

УДК 616.711-002-085:615.45

І. М. Циркот<sup>1</sup>  
І. Г. Бірюк<sup>1</sup>  
П. І. Циркот<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

<sup>2</sup> - Кабінет відновного лікування "МедАльтернатива", м. Чернівці

## НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З БОЛЯМИ В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

**Ключові слова:** кінезіотейпінг, мануальне м'язове тестування, біль в поперековому відділі хребта.

**Резюме.** На основі досвіду лікування хворих із болями в поперековому відділі хребта визначені покази до застосування в клінічній практиці методу кінезіотейпінгу. Запропоновано метод мануального м'язового тестування для оцінки ефективності фіксації кінезіотейпами.

### Вступ

Метод кінезіотейпування вперше був запропонований у 1973 році японським лікарем Кензо Касе. Кінезіотейпінг знайшов своїх прихильників у багатьох країнах світу, оскільки почав широко застосовуватися в спортивній медицині, реабілітації, фізіотерапії [2,3,4,5,6,7]. Кінезіотейпи - це еластичні клейкі стрічки, виготовлені з високоякісної бавовни і покриті гіпоалергічним шаром клею на акриловій основі. Еластичні властивості кінезіотейпів близькі до еластичності епідермісу. Бавовняна основа тейпів не порушує дихання шкіри та випаровування з її поверхні. Це дає змогу використовувати кінезіотейпи у водних видах спорту та не створює обмежень по догляду за тілом.

### Мета дослідження

Проаналізувати та узагальнити дані по застосуванню кінезіотейпів у пацієнтів з больовим синдромом у поперековому відділі хребта; застосувавши мануальне м'язове тестування, визначити покази до кінезіотейпування поперекового відділу хребта й оцінити ефективність кінезіотейпування поперекового відділу хребта при двосторонній функціональній гіпотонії m. quadratus lumborum,.

### Матеріал і методи

На базі кабінету відновного лікування "МедАльтернатива" (м. Чернівці) за період із 2010 по 2012 роки було проведено відновне лікування 148 пацієнтам із захворюваннями опорно-рухового апарату. Переважну більшість 86(58,1%) - склали пацієнти з хронічними больовими синдромами поперекового відділу хребта. Середній вік хворих - 46,2 роки. В основному - це були жінки 67(78%), чоловіків - 19(22%).

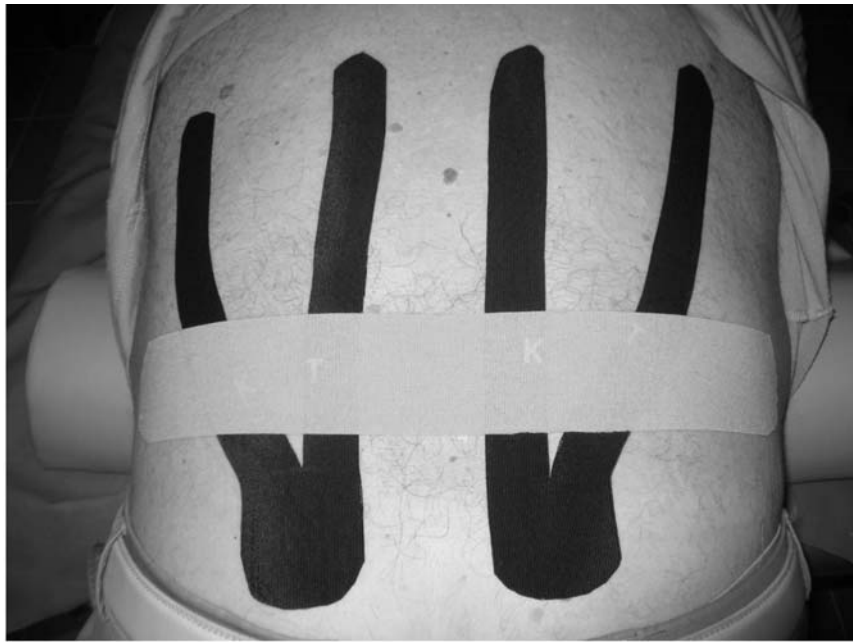
Поряд із традиційними обстеженнями, всі пацієнти були обстежені із застосуванням методу

мануального м'язового тестування [1]. Ми проводили двосторонню оцінку функціонального стану основного м'яза-стабілізатора поперекового відділу хребта - m. quadratus lumborum. Двостороння гіпотонія м'язів була показом до тейпування.

Для фіксації поперекового відділу хребта використовували м'язово-фасціальний кінезіотейпінг, який моделювався в положенні згинання тулуба по гіпотонічних m. quadratus lumborum У-подібним способом та підсилювався додатковим тейпом (поперечною стрічкою на рівні L4-L5-S1) (рис. 1). Середня тривалість фіксації була від 5 до 10 днів. В окремих випадках ми проводили повторне кінезіотейпування, але не частіше 2-3 разів.

### Обговорення результатів дослідження

Двостороння функціональна гіпотонія m. quadratus lumborum виявлена в 33 (38,4%) клінічних випадках. Функціонально гіпотонічні м'язи при пальпації не були больовими і їх не можна було вважати першопричиною больового синдрому. Проте, біль провокували м'язи-синергісти (mm. intertransversarii laterales lumborum, mm. interspinalis, mm. transversospinalis та mm. erector trunci spinae), які включались у виконання руху замість гіпотонічних mm. quadratus lumborum і при перевантаженні спричиняли посиленню болу та спазму. Усі наші подальші зусилля були спрямовані на виявлення першопричин функціональної гіпотонії m. quadratus lumborum, а не на усунення спазму паравертебральних м'язів, який виникав вторинно та був саногенетичним і компенсаторним. Одним із клінічних підтверджень правильності наших поглядів на дану проблему було погіршення загального стану пацієнтів (зменшення рухової активності та збільшення больового синдрому) після релаксуючого масажу спазмованих м'язів та відчутне покращання при фіксації поперекового відділу хребта корсетом. Проте, фікса-



**Рис. 1.** Техніка м'язово-фасціального кінезіотейпування *m. quadratus lumborum* у положенні згинання



**Рис. 2.** М'язово-фасціальний кінезіотейпінг *m. quadratus lumborum* в положенні стоячи (хвилястість тейпів свідчить про оптимальні умови для кровотоку та лімфодренажу в місцях фіксації)

ція корсетом поперекового відділу хребта не завжди є комфортною для пацієнта. Тому ми почали застосовувати кінезіотейпи, які мали цілий ряд суттєвих переваг над корсетами.

Кінезіотейпи сприяють активації мікроциркуляції в шкірі та підшкірно-жировій клітковині, зменшують больовий синдром, відновлюють функцію гіпотонічного м'яза, а на сегментарному рівні - впливають на асоційовані внутрішні орга-

ни. Всі ці якості кінезіотейпів забезпечували створення сприятливих умов для саногенетичних процесів у поперековому відділі хребта. Тому при двосторонній гіпотонії *m. quadratus lumborum* ми проводили кінезіотейпування поперекового відділу хребта з наступним повторним тестуванням та оцінкою функціонального тону м'язів (рис.2). У всіх випадках ми отримали відновлення тону *m. quadratus lumborum*, що свідчило про

клінічну ефективність методики. Пацієнти відмічали зменшення болю, збільшення рухової активності та комфортність фіксації кінезіотейпами.

Накопичений нами клінічний досвід показав, що якісно проведене тейпування сприяло активації функціонально гіпотонічних *m. quadratus lumborum*, зменшувало навантаження на м'язи синергісти та забезпечувало стабілізацію поперекового відділу хребта. Тому, ми рекомендуємо застосовувати метод кінезіотейпінгу, як один з етапів комплексного відновного лікування.

### Висновки

1. Оцінка функціонального стану м'язів-стабілізаторів поперекового відділу хребта (*m. quadratus lumborum*) є одним із важливих етапів діагностики та ефективності лікування хворих із болями в поперековій ділянці хребта. Метод мануального м'язового тестування - інформативний засіб контролю за функціональним станом м'язів та периферичної нервової системи.

2. Гіпотонію *m. quadratus lumborum* компенсують м'язи-синергісти, які при перевантаженні спазмуються та стають додатковим джерелом болю. Усунення спазму компенсаторно перевантажених паравертебральних м'язів без фіксації поперекового відділу хребта приводить до посилення больового синдрому.

3. Двостороння гіпотонія *m. quadratus lumborum* є показом до застосування м'язово-фасціального кінезіотейпінгу, що забезпечує міоактивацію, сприяє зменшенню больового синдрому, покращує рухову активність пацієнтів. Фіксація поперекового відділу хребта за допомогою кінезіотейпів є комфортною для пацієнтів і може бути альтернативою фіксації корсетом.

### Перспективи подальших досліджень

Метод кінезіотейпінгу доцільно застосовувати в комплексному відновному лікуванні захворювань опірно-рухового апарату, які супроводжуються дисбалансом м'язів. Подальше вивчення функціонального стану м'язів, шляхом мануального м'язового тестування, дасть змогу зрозуміти компенсаторні та адаптаційні реакції опірно-рухового апарату людини.

**Література.** 1. Красноярова Н.А. Анатомо-фізіологічне особливості скелетних м'язів і тести для їх дослідження: Учебное пособие.- Алматы, 2004, с.197. 2. Halseth T, McChesney JW, DeBeliso M, Vaughn R, J Lien J. The effects of kinesiо taping on proprioception at the ankle. *J Sports Sci & Med.* 2004, vol.3, №1, pp.1-7. 3. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD. The clinical efficacy of kinesiо tape for shoulder pain: a randomized, double-blinded, clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008, vol.38, №7, pp.389-395. 4. Walther M, Werner A, Stahlschmidt T, Woelfel R, Gohlke F. The subacromial impingement syndrome of the shoulder treated by conventional physiotherapy, self-training, and a shoulder brace: results of a prospective, randomized study. *J Shoulder Elbow Surg.* 2004; 13:417-423. 5. Wilson T, Carter N, Thomas G. A multicenter, single-masked study of medial, neutral, and lateral patellar taping in individuals with patellofemoral pain syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2003; 33:437-443; discussion 444-438. 6. Yasukawa A, Patel P, Sisung C. Pilot study: investigating the effects of Kinesiо taping in an acute pediatric rehabilitation setting. *Am J Occup Ther.* 2006; 60:104-110. 7. Yoshida A, Kahanov L. The effect of kinesiо taping on lower trunk range of motions. *Res Sports Med.* 2007;15:103-112. 8. You SH, Granata KP, Bunker LK. Effects of circumferential ankle pressure on ankle proprioception, stiffness, and postural stability: a preliminary investigation. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2004; 34:449-460.

### НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЯМИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

*И.М.Циркот, И.Г.Бирюк, П.И.Циркот*

**Резюме.** На основании опыта лечения больных с болями в поясничном отделе позвоночника определены показания к применению в клинической практике метода кинезиотейпінга. Для оценки функционального состояния мышц и эффективности фиксации кинезиотейпами предложен метод мануального мышечного тестирования.

**Ключевые слова:** кинезиотейпінг, мануальное мышечное тестирование, боль в поясничном отделе позвоночника.

### OUR EXPERIENCE OF USING KINESIOTAPES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PAIN IN LUMBAR PART OF SPINAL COLUMN

*I.M. Tsyrcot, I.G. Biriuk, P.I. Tsyrcot*

**Abstract.** Indications for usage of kinesiо taping method in clinical practice have been defined on the basis of the treatment of patients with pain in lumbar part of the spinal column. To estimate the functional state of the muscle and the efficiency of fixation a method of manual muscle testing has been offered.

**Key words:** kinesiо taping, manual muscle testing, pain in lumbar spine.

**Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)**

*Clin. and experim. pathol. - 2012. - Vol.11, №3(41). - P.130-132.*

*Надійшла до редакції 25.08.2012*

*Рецензент – проф. Б.Г.Макар*

*© І.М.Циркот, І.Г.Бирюк, П.І.Циркот, 2012*