

УДК 616-009.7

**КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ  
ОСТРОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ**

Стариков А.С., Пенина Г.О., Валужене Е.И.

ФГБУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина»;  
ФГБОУ ДПО "Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации;  
Государственное учреждение Республики Коми «Кардиологический диспансер»

**THE KINESIOTAPING IN TREATMENT OF ACUTE LOW BACK PAIN**

Starikov A. S., Penina, G.O., Valuzene E. I.

FSBI "Syktyvkar State University Pitirim Sorokin";  
FGBOU DPO "St. Petersburg Institute of improvement of doctors-experts" of the Ministry  
of labour and social protection of the Russian Federation;  
State institution of the Komi Republic "Cardiology clinic"

**Аннотация**

В статье показана эффективность и безопасность кинезиологического тейпирования в лечении острой неспецифической боли в нижней части спины в сочетании с медикаментозным лечением по сравнению с лекарственной терапией.

**Ключевые слова:** острая боль в нижней части спины, кинезиотейпирование, визуальная шкала боли.

**Abstract**

The article shows the efficacy and safety of kinesiо taping for the treatment of acute nonspecific pain in the lower back combined with medicamentous treatment compared to drug therapy.

**Keywords:** acute pain, low-back pain, kinesiо taping, visual analog scale of pain.

**Актуальность.**

Боль в нижней части спины (БНЧС) – одна из наиболее распространенных проблем современной медицины [1,4,5]. Она занимает одно из ведущих мест среди причин обращения к врачу и нетрудоспособности у лиц различного возраста [3,5,6]. Согласно классификации G. Waddell 1987 г., рекомендованной рабочей группой Европейской федерации неврологических обществ по ведению пациентов с болевыми синдромами в нижней части спины, выделяют несколько групп патологических состояний, которые могут являться причинами БНЧС:

*Специфические болезни позвоночника:* остеопороз, опухоли (первичные и метастатические), компрессионные переломы, инфекционные заболевания, аутоиммунные

воспалительные процессы, миеломная болезнь. Также у пациентов, особенно в пожилом и старческом возрасте, необходимо исключить иррадиацию боли от внутренних органов. Корешковая боль (невропатическая), в основе которой лежит компрессия спинномозгового корешка в результате сдавления экструзией диска или дискоостеофитным комплексом, или при спондилолистезе. Болевой синдром при поражении корешка сопровождается парезами индикаторных мышц, чувствительными расстройствами, выпадением рефлексов [6].

*Неспецифическая БНЧС* (более 85% случаев острой БНЧС) не связана с поражением корешков спинного мозга и специфическими заболеваниями позвоночника. Формирование неспецифической БНЧС вызвано патологией мышечно-суставно-связочного аппарата [3].

Диагностика неспецифической БНЧС основана на исключении специфических причин и поражения спинномозговых корешков и включает в себя неврологический, невроортопедический, соматический осмотр [7,8]. При подозрении на специфическую природу проводят лабораторные и инструментальные обследования (рентгенография, рентгеновская, компьютерная томография – КТ, магнитно-резонансная томография – МРТ, электронейромиография и др.) [2,3].

При исключении специфических причин и отсутствии признаков компрессии корешка болевой синдром в нижней части спины расценивается как неспецифическая БНЧС [2,3,4]. По продолжительности выделяют острую (до 6 нед.), подострую (6–12 нед.) и хроническую (более 12 нед.) боль [3].

Кинезиологическое тейпирование - это простой и эффективный метод лечения растяжения связок, мышечных болей и других травм, а также гематом и отеков с помощью наклеивания специальной эластичной клейкой ленты - тейпа (син.: кинезиотейп, кинезиотейп, физиотейп). Метод кинезиотейпирования, предложенный в 1973 г. японским врачом-мануальным терапевтом Кензо Касе, с использованием тейпов, разработанных по инновационным технологиям и изготовленных японским концерном Нитто Денко (Nitto Denko), является новым направлением в восстановительной медицине, которого на протяжении многих лет придерживаются врачи спортивной медицины и физиотерапевты всего мира. Кинезиотейпы представляют собой эластичные ленты, изготовленные из высококачественного хлопка и покрытые гипоаллергенным клеящим гелем на акриловой основе, который активизируется при температуре тела. Эластические свойства тейпов приближены к эластическим параметрам кожи. Хлопковая основа не препятствует дыханию кожи и испарению с ее поверхности. Эти свойства позволяют использовать тейпы в водных видах спорта, а также оставлять наклеенными на кожу до 5 сут.

В основе лечебного действия тейпов лежат следующие эффекты:

1. Активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке.
2. Уменьшение болевого синдрома.
3. Восстановление функциональной активности мышц.
4. Нормализация функции суставов.
5. Рефлекторное влияние на внутренние органы.

Основной эффект при применении кинезиотейпирования — создание благоприятных условий для саногенетических процессов в тканях.

Кинезиотейпирование целесообразно применять как самостоятельный метод, а также в сочетании с медикаментозным лечением, физиотерапией, мануальной терапией, иглорефлексотерапией, лечебной физкультурой при следующих заболеваниях:

#### *Спортивная медицина*

- профилактика спортивных травм
- посттравматические болевые синдромы суставов верхних и нижних конечностей
- ушибы мягких тканей туловища, верхних и нижних конечностей
- растяжение связок суставов верхних и нижних конечностей

#### *Ортопедия*

- сколиоз
- юношеский кифоз
- ахиллобурсит
- варусное искривление голени у детей

#### *Неврология*

- неврологические проявления дорсопатии шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника
- мышечно-фасциальные болевые синдромы туловища, верхних и нижних конечностей, в т.ч. неспецифическая боль в нижней части спины

#### *Гинекологические болезни*

- нарушение лимфотока при варикозной болезни и после мастэктомии
- альгодисменорея.

#### *Педиатрия*

- улучшение показателей функциональной моторики у детей

#### *Противопоказания для применения*

- Открытые раны и трофические язвы
- Экзема
- Аллергическая реакция на акрил
- Ксеродерма (пергаментная кожа)
- Первый триместр беременности
- Индивидуальная непереносимость

Применение кинезиотейпирования в комплексном лечении и реабилитации пациента значительно повышает их эффективность.

**Целью работы** являлась оценка эффективности кинезиотейпирования при острой неспецифической боли в нижней части спины (БНЧС). Для этого обследовано 40 пациентов с острой БНЧС, длительно — до 2-х суток на момент осмотра.

Критериями отбора являлись:

1. Острая неспецифическая БНЧС, длительно — до 2-х суток

2. Отсутствие «красных флагов» при сборе анамнеза, жалоб и по результатам осмотра

3. Отсутствие корешковой симптоматики по жалобам и результатам неврологического осмотра

4. Выраженность болевого синдрома – от умеренного до сильного (5-10) баллов по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ)

5. Отсутствие симптоматики, позволяющей связать БНЧС с фасеточным синдромом

6. Отсутствие язвенного анамнеза и жалоб на явления диспепсии в течение 2-х последних недель

Все пациенты жаловались на боль в спине без иррадиации в ногу. При осмотре у всех пациентов наблюдалось тоническое напряжение и болезненность при пальпации паравертебральных мышц, у 12 пациентов (30%) наблюдалось тоническое напряжение квадратной мышцы поясницы на стороне боли. У 95% наблюдалось усиление боли при наклоне вперед, у 70 % в сторону, противоположную боли. Симптомы натяжения были отрицательными у всех пациентов. Средний уровень боли по ВАШ составил  $7,16 \pm 1,32$  баллов.

Пациенты были случайным образом разделены на две группы по 20 человек, которым проводилась терапия острого болевого синдрома в виде нимесулида 100 мг \* 2 раза в день в течение 5 дней и толперизона (Мидокалм) 150 мг \* 3 раза в день в течение 5 дней. Пациентам первой группы назначалось местное лечение в виде гелей и кремов, содержащих НПВП (без разогревающего эффекта). Пациентам второй группы помимо медикаментозной терапии нимесулидом и мидокалмом проводилось кинезиологическое тейпирование паравертебральных мышц с 2-х сторон I-образными полосками от крестцово-подвздошных сочленения до уровня XII грудного позвонка (послабляющая коррекция) и квадратных

мышц поясницы (послабляющая коррекция) Y-образными полосками с использованием кинезиотейпов различных производителей (K-Tape, Kinexib, Kinesio). Пациенты носили кинезиотейп в течение 5 дней и снимали его самостоятельно накануне 3 осмотра, что было необходимо, для того, чтобы оценить стойкость эффекта при снятом кинезиотейпе. Оценка уровня боли осуществлялась по шкале ВАШ на первом осмотре (до аппликации тейпа), на 3 и на 6 день.

**Результаты:** Уровень боли по шкале ВАШ при первичном осмотре составлял: у пациентов 1 группы –  $7,2 \pm 1,26$  балла; у пациентов 2 группы –  $7,1 \pm 1,45$  балла (различия статистически не значимы). При осмотре на 3 день уровень боли составил: в 1 группе  $4,2 \pm 1,1$  балла; во второй группе –  $3,0 \pm 1,3$  балла (различия статистически значимы для  $p < 0,05$ ). При осмотре на 6 день уровень боли в 1 группе составил  $3,0 \pm 1,1$  балла; во второй группе  $2,3 \pm 1,1$  балла (различия статистически значимы для  $p < 0,05$ ). За время лечения побочных эффектов со стороны ЖКТ не наблюдалось у пациентов обеих групп, также не наблюдалось и аллергических реакций на кинезиотейпы. Внимания заслуживает тот факт, что по результатам расспроса при втором визите значительное облегчение к вечеру первого дня испытывали 50% пациентов первой группы и 90% пациентов второй группы.

**Заключение:** проведенное исследование показывает, что кинезиологическое тейпирование является дополнительным эффективным и безопасным вспомогательным методом в составе комплексного лечения острой боли в спине. Также следует заметить, что метод не должен рассматриваться как средство монотерапии и должен применяться совместно с лекарственной терапией, физиотерапевтическим лечением и кинезиотерапией, значительно повышая эффективность последних.

### Список литературы

1. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. – М: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 168 с. – 1 ил.
2. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – с. 194 - 208.

3. Пенина Г.О., Помников В.Г., Стариков А.С. Методические рекомендации «Неврологические проявления пояснично-крестцовых радикулопатий: выявление, дифференциальная диагностика, терапия, МСЭ» - СПбИУВЭК - СПб 2016. – 74с.
4. Подчуфарова Е.В. Боль в спине: доказательная медицина и клиническая практика // Трудный пациент – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 18-24

5. Cole A.J., Herring A.S. Low back pain handbook. A guide for the practicing clinician. — 2nd ed. — 2003. — 584 p.
6. Haig A.J., Wallbom A., Hill P.G. et al. Low Back Pain // N. Engl. J. Med. — 2001. — V. 344. — P. 1644-1645.
7. Harms M.C., Peers Ch.E., Chase D. Low back pain: what determines functional outcome at six months? An observational study // BMC Musculoskelet Disord. — 2010. — 11. — P. 236.
8. Janwantanakul P., Pensri P., Moolkay P., Jiamjarasrangsri W. Development of a risk score for low back pain in office workers - a cross-sectional study // BMC Musculoskelet Disord. — 2011. — P. 97-102.
9. Koes B.W., van Tulder M., Ostelo R. et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison // Spine. — 2001. — V. 26. — P. 2504-2513.

Поступила в редакцию 24.02.2017

**Сведения об авторах:**

*Пенина Галина Олеговна* – ФГБОУ ДПО "Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, докт.мед.наук, профессор, e-mail: penkina.ru@rambler.ru