

3. Austin DR, Haun J, Gillespie P: Massage reduces non-specific shoulder pain and improves function. *Massage Today*, 2015, 15: 12–12.
4. Bot SD, van der Waal JM, Terwee CB, et al. : Predictors of outcome in neck and shoulder symptoms: a cohort study in general practice. *Spine*, 2005, 30: E459–E470.
5. van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, et al. : Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis*, 1995, 54: 959–964.
6. Karels CH, Polling W, Bierma-Zeinstra SM, et al. : Treatment of arm, neck, and/or shoulder complaints in physical therapy practice. *Spine*, 2006, 31: E584–E589.
7. van den Dolder PA, Ferreira PH, Refshauge KM: Effectiveness of soft tissue massage and exercise for the treatment of non-specific shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2014, 48: 1216–1226.
8. Kong LJ, Zhan HS, Cheng YW, et al. : Massage therapy for neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 2013: 613279.
9. Kim SN: The effects of combined hot pack and sports massage therapy on pain and/or range of motion (ROM) of rotator cuff disease. Unpublished master's thesis, Jeonju: Chonbuk National University, 2016.
10. Yang JH: The effects of deep-tissue massage for shoulder pain: focused on the portion and whole body. Unpublished master's thesis, Gwangju: Chosun University, 2011.

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Сирицына Ю. Ч.

УО «ГрГМУ», Гродно, Беларусь

Дорсалгия (от лат. *dorsum* – спина + греч. *algos* – боль) – группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, характеризующаяся болью в спине. Является наиболее частым проявлением остеохондроза позвоночника, особенно в зрелом возрасте.

Остеохондроз позвоночника – дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата позвоночника. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника составляют до 80% всех заболеваний периферической нервной системы. Под действием ряда факторов в одном или нескольких позвоночных двигательных сегментах возникает воспаление, которое клинически проявляется болью и некоторым ограничением движений. Однако следует отметить, что между выраженностью рентгенологических данных и клинической картиной

заболевания отсутствует зависимость. Так, по данным литературы, до 50% больных с выраженными изменениями в позвоночнике на рентгенограммах не испытывают болей в спине. На первом месте по частоте встречаемости стоят поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника (60-80%), а на втором – шейного отдела позвоночника (около 10%). Клинически остеохондроз позвоночника проявляется в виде рефлекторного синдрома (встречается в 90% случаев) и компрессионного (выявляется в 5-10% случаев).

Несмотря на большое количество возможных этиологических факторов, патогенетические механизмы, лежащие в основе дорсалгии, являются типовыми и не зависят от этиологического фактора. Лечение дорсалгий проводится с учетом формы заболевания и варианта его течения и включает медикаментозное, немедикаментозное (в том числе физиотерапевтическое) и оперативное виды лечения. Одним из методов немедикаментозного лечения дорсалгий является наложение тейпов (повязок) или кинезиотейпирование.

Метод кинезиотейпирования, предложенный в 1973 году японским врачом – мануальным терапевтом Кензо Касе с использованием тейпов, является новым направлением в восстановительной медицине, которое на протяжении многих лет используют врачи спортивной медицины и физиотерапевты всего мира. Особое признание и распространение метод получил после Олимпийских игр 1988 года в Сеуле, где показал свою высокую эффективность. Кинезиотейпирование (функциональное тейпирование, мультитейпинг) – это наложение и фиксация на несколько дней на теле человека специальных эластичных пластырей – кинезиотейпов, которые представляют собой эластичные ленты, изготовленные из высококачественного хлопка и покрытые гипоаллергенным клеящим слоем 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 суток.

Самый выраженный эффект – обезболивающий и противовоспалительный. Уже через несколько минут после

правильного наклеивания тейпа больной чувствует уменьшение боли и увеличение объема движений. В отличие от классического жесткого тейпинга и эластичных бинтов, которые призваны обеспечить полную фиксацию, кинезиотейпирование позволяет сохранить и даже увеличить подвижность поврежденного двигательного сегмента. Происходит это за счет того, что эластичная лента берет на себя часть нагрузки сухожилий и мышц, а также приподнимает кожу и улучшает гемоперфузию и лимфоток под ней. Таким образом, кинезиотейпирование позволяет организму задействовать собственные силы для излечения благодаря поддержке, стабилизации мышц, суставов и связок и увеличению пространства для циркуляции межклеточной жидкости, крови и лимфы.

Суть методики состоит в том, что на место повреждения особым способом наклеивается эластичный тейп длиной от нескольких до десятков сантиметров, нарезанный специальным образом – I-, Y-, X-веером и так далее в зависимости от применяемой техники тейпирования. Вырезанная полоска условно делится на рабочую зону и «якоря», или «базы», расположенные по краям вырезанной полоски. И если рабочая зона может быть наклеена в растянутом или нерастянутом виде, то «якоря» всегда клеятся в нерастянутом виде для оптимальной фиксации тейпа.

Основные техники кинезиотейпирования: механическая, связочная, сухожильная, фасциальная, функциональные коррекции, лимфатическая и послабляющая. Существует огромное количество методов кинезиотейпирования, но первый и самый главный – это приподнимание кожи и подлежащих под тейпом тканей, так называемый метод «лифтинга», как следствие увеличение межтканевого пространства, что обеспечивает уменьшение компрессии в месте аппликации и создает благоприятные условия для протекания всех саногенетических процессов. Механизм коррекции мышечной работы заключается в воздействии тейпа на проприорецепторы и интерорецепторы посредством их стимуляции.

Применение различных техник аппликаций кинезиотейпинга дает уникальную возможность проводить коррекцию биомеханики каждого пациента с учетом его индивидуальных особенностей, что способствует более

эффективному регрессу болевых проявлений.

В зависимости от повреждения тейп можно наклеить в нерастянутом или растянутом виде:

- при применении нерастянутого тейпа, перед его наклеиванием поврежденная мышца и кожа над ней растягиваются, а после наклеивания тейпа кожа, мышцы и связки укорачиваются, в результате чего образуются волнообразные складки комплекса «кожа-тейп». После поднятия тейпом кожи над мышцами и связками создается дополнительное внутритканевое пространство и облегчается крово- и лимфоциркуляция.

- если же мышцы и связки травмированы и неспособны к растяжению, перед применением растягивается тейп, а после наклеивания за счет своей эластичности сокращается и формирует кожные складки, в то же время поддерживая травмированный участок.

Необходимо помнить, что кинезиотейпирование эффективно только при правильном наклеивании. В противном случае эластичный тейп ничем не будет отличаться от обыкновенного пластыря.

В качестве курсового лечения тейпирование должно применяться не менее 3 раз. Курс кинезиотейпирования может быть окончен при отсутствии жалоб пациента, стабильном состоянии тканей при их обследовании и полном восстановлении функций. Исходя из изложенного функциональное терапевтическое кинезиотейпирование является перспективным методом для лечения и контроля мышечно-скелетной боли.

Литература:

1. Субботин Ф. А., Консервативное лечение миофасциального болевого синдрома. – Визави, 2012.
2. Субботин Ф. А. Пропедевтика функционального терапевтического кинезиотейпирования. – Москва, 2014, – 192 с.
3. Субботин Ф. А. Терапевтическое тейпирование в консервативном лечении миофасциального болевого синдрома, Москва, 2015, – 286 с.
4. Субботин Ф. А. Применение функционального терапевтического кинезиотейпирования при дорсалгиях: Методические рекомендации. – Симферополь., 2015. – 24 с.