SKUTECZNOŚĆ METODY KINESIO®TAPING W ZMNIEJSZENIU OBJAWÓW AKTYWNOŚCI MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWYCH PUNKTÓW SPUSTOWYCH W MIĘŚNIU CZWOROBOCZNYM GRZBIETU

Paweł Sip[1], Natalia Sip[2], Wojciech Manikowski[1]

[1]*Klinika Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań*
[2]*Dom Pomocy Społecznej Ugory, Poznań*

STRESZCZENIE

Wstęp. Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe to bardzo tkliwe, bolesne miejsca w obrębie mięśni szkieletowych, które są wrażliwe na dotyk i powodują promieniowanie dolegliwości do różnych obszarów organizmu. Istnieje wiele metod, które są wykorzystywane w terapii punktów spustowych. Jedną z nich może być Kinesio®Taping, metoda wspomagająca leczenie zaburzeń prawidłowego funkcjonowania mięśni za pomocą specjalnych plastrów – Kinesio Tex Tape®.

Cel. Celem pracy była ocena skuteczności Kinesio®Tapingu w terapii punktów spustowych na przykładzie mięśnia czworobocznego grzbietu u młodych mężczyzn, grających amatorsko w koszykówkę.

Materiał i metoda. W badaniu wzięło udział 39 mężczyzn w wieku od 18 do 32 lat. Zbadano zakres bólu i jego promieniowanie przed aplikacją plastra, bezpośrednio po aplikacji, po 2 godzinach i po 2 dniach. Zastosowano skalę VAS.

Wyniki. Po zakończeniu terapii stwierdzono zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz zmniejszenie zakresu promieniowania.

Wnioski. Kinesio®Taping jest skuteczną metodą zmniejszania objawów powodowanych przez mięśniowo-powięziowe punkty spustowe.

Słowa kluczowe: mięśniowo-powięziowe punkty spustowe, Kinesio®Taping, stres, przeciążenia mięśni

Wprowadzenie

Stres emocjonalny i tkankowy uważany jest powszechnie za zjawisko negatywne. Ze względu na występowanie wyróżnia się stres ostry oraz przewlekły. Zdarza się, że ostry stres ma działanie mobilizujące, pobudza do działania i umożliwia radzenie sobie w trudnych sytuacjach (Travel i Simons 1999; Gerwin i wsp. 2004; Dommerholt i wsp. 2006). Gdy jest jednak zbyt silny lub długotrwały i uniemożliwia adaptację psychologiczną do zaistniałej sytuacji, jego efekty widać szczególnie w sferze emocjonalnej oraz psychicznej (zaburzenia osobowości, stany lękowe, depresja itd.). Coraz częściej mówi się o psychosomatycznych efektach stresu. Są to różnego rodzaju dolegliwości, które spowodowane stresem, występują w różnych narządach i tkankach miękkich (LeMay 2005; Riggs 2007). W strefie fizjologicznej stres ma odzwierciedlenie głównie w układzie nerwowo-mięśniowym. Wyznaczono strefy ludzkiego organizmu, które na skutek stresu psychicznego zaczynają nieprawidłowo funkcjonować. Należą do nich narządy wewnętrzne (żołądek, jelita – występująca choroba wrzodowa) oraz narządy układu ruchu, gdzie najczęściej objawia się to wzmożonym tonusem mięśniowym. Szczególnie podatność dotyczy mięśni górnego tułowia, karku, głowy, barków – są to tzw. mięśnie stresu. W zbyt długo napiętych mięśniach powstają zaburzenia, których efektem jest nieprawidłowa, patologiczna praca. Szereg procesów chemicznych prowadzi do powstawania bardzo bolesnych miejsc w obrębie tkanek miękkich

– mięśniowo-powięziowych punktów spustowych. Wykazują one tkliwość, powodując dolegliwości o dużym natężeniu oraz promieniują do różnych obszarów organizmu (Dommerholt 2006; Nicpoń 2007; Staciwa 2012).

Naukowcy wciąż badają wpływ różnych metod na zmniejszenie negatywnych efektów dzisiejszego, stresującego stylu życia. Coraz popularniejsza staje się medycyna naturalna. Joga, terapie relaksacyjne (aromaterapia, muzykoterapia, ćwiczenia oddechowe), treningi autogenne, masaże to tylko niektóre metody. Skuteczna okazuje się także najprostsza aktywność fizyczna, spacery, bieganie, rower, pływanie. Coraz więcej podobnych działań znajduje zastosowanie w niwelowaniu efektów stresu. Jedną z metod fizjoterapeutycznych, pozytywnie wpływającą na redukowanie szeroko rozumianych przeciążeń dynamicznych i statycznych może być Kinesio®Taping. To nowoczesna metoda, która jest stosowana w różnego rodzaju zaburzeniach pracy tkanek miękkich, w tym mięśni i powięzi (Sikora 2007; Mikołajewska 2011).

MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWE PUNKTY SPUSTOWE

Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe (MPPS) to charakterystyczne miejsca w mięśniu, o zaznaczonym dyskretnym ognisku zapalnym, dużej wrażliwości palpacyjnej, wyczuwalne na przebiegu włókien mięśniowych, jako niewielkie zgrubienia, grudki, guzki. To miejsca, w których występują napięcia wynikające z przeciążeń statycznych, dynamicznych lub z uszkodzeń strukturalnych. W mięśniach o zmienionych przeciążeniowo właściwościach, z wytworzonymi punktami spustowymi, zaczynają postępować procesy zapalne. Brak reakcji na powstały w ten sposób ból doprowadza do znacznej dysfunkcji tkanek miękkich. Przyjmuje się, iż utrzymujący się stan wzmożonego napięcia może w rezultacie spowodować uszkodzenie przeciążonych włókien mięśniowych (Manheim 2011; Staciwa 2012; Staciwa 2012). Dokładniejszą etiologię MPPS mogą tłumaczyć teorie: skurczów małego stopnia, nierównomiernego rozkładu ciśnienia wewnątrzmięśniowego, urazu bezpośredniego, jak również skurczów odśrodkowych (Dommerholt 2006; Esenyel i wsp. 2000; Itoh i wsp. 2004; Fu i wsp. 2007; Otten 1988; Sanderek 2007; Simons 1997).

Rozróżnia się aktywne i przetrwałe punkty spustowe. Ból pochodzący od aktywnych punktów spustowych występuje przy bezpośredniej stymulacji oraz bez zewnętrznego bodźca w spoczynku. Przetrwałe wytwarzają ból jedynie podczas pobudzenia uciskowego. Dolegliwości rozchodzić się mogą na zasadzie promieniowania na odległe rejony ciała, potęgując tym samym uczucie dyskomfortu. Te dość niespecyficzne dolegliwości nierzadko mają wpływ na stawianie błędnej diagnozy, co w rezultacie doprowadza do podejmowania nieskutecznego leczenia. Dzieje się tak, gdyż ból pochodzący od punktów spustowych może imitować objawy wielu chorób, takich jak zespół kanału nadgarstka, łokieć tenisisty/golfisty, zapalenia kaletek, przewlekłe bóle głowy wraz z zawrotami, zapalenia zatok/ucha, parestezje kończyn, problemy kardiologiczne (Ciechomski 2006; Manheim 2011; Staciwa 2012; Staciwa 2012). W poniższej tabeli zaprezentowano zestawienie przykładowych mięśni z aktywnymi punktami spustowymi i wybranych dolegliwości bólowych, jakie mogą one powodować (Ciechomski 2006).

Tabela I. Zestawienie mięśni z przykładami dolegliwości spowodowanymi przez aktywne MPPS.

Mięsień/Mięśnie	Dolegliwości
m. trapezius	Bóle barku, potylicy, V palca kończyny górnej
mm. scaleni	Bóle okolicy łopatek, drętwienia I i II palca kg
m. sternocleidomastoideus	Bóle ucha, zębów
mm. suboccipitales	Bóle oka
m. pectoralis major	Objawy dusznicy bolesnej (ból po lewej stronie)
m. pectoralis minor	Drętwienie ręki
m. latissimus dorsi	Bóle okolicy kręgosłupa L-S
m. supraspinatus	Zespół łokcia tenisisty
m. subscapularis	Zespół kanału nadgarstka
m. rectus abdominis	Bolesne miesiączkowanie u kobiet
m. psoas	U mężczyzn – bóle jąder; u kobiet – bóle jajników
m. gluteus medius	Rwa kulszowa z poziomu L5

Z punktu widzenia prawidłowej diagnostyki i terapii punktów spustowych, niezwykle istotny jest fakt, iż aktywne (pierwotne) MPPS wytwarzać mogą wrażliwe punkty wzdłuż topografii swojego promieniowania, które określa się mianem satelitarnych (wtórnych). Adekwatnym przykładem mogą tu być mięśnie pochyłe (mm. scalene). Aktywny punkt spustowy wytwarza satelitarny ból w mięśniu piersiowym większym, dwugłowym i w prostownikach ręki. Usunięcie aktywnych punktów automatycznie likwiduje również te satelitarne (Ciechomski J. 2006; Staciwa E. 2012; Staciwa E. 2012).

Zakłada się, że mięśniowo-powięziowe punkty spustowe występują w mięśniach, napiętych pa-

smach mięśniowych oraz w samych powięziach. Prowadzą w danym mięśniu do osłabienia jego siły i elastyczności ograniczając przez to zakresy ruchów w stawach (Dommerholt i wsp. 2006; Earls i wsp. 2012; Manheim 2011).

KINESIO®TAPING

Kinesio®Taping to koncepcja lecznicza stworzona w latach 70-tych XX wieku przez japońskiego chiropraktyka Kenso Kase. Jest formą terapii tkanek miękkich, która pozwala osiągać zadowalające rezultaty terapeutyczne poprzez wykorzystywanie bezpośredniego działania na skórę specjalistycznych elastycznych plastrów – Kinesio Tex Tape® (K-Tex). Taśmy te, naklejone na skórę w odpowiedni sposób oraz według określonego wzoru, wspomagają leczenie w wielu dziedzinach medycyny, zwłaszcza w ortopedii, neurologii, traumatologii i medycynie sportowej. Działanie plastrów powoduje odciążenie układu mięśniowo-powięziowego, aktywuje uszkodzone mięśnie, zwiększa zakresy ruchów w stawach, redukuje dolegliwości bólowe tkanek miękkich. Kinesio®Taping jest metodą sensoryczną, wspierającą fizjologiczne procesy ustrojowe, pozwalająca utrzymywać stan homeostazy organizmu. Wpływa na mikrokrążenie, nie powodując przy tym zatorów krążeniowych, odparzeń skórnych czy reakcji alergicznych. Właściwie naklejona aplikacja oddziałuje na skórę, mięśnie, powięź, stawy, układ naczyń powierzchownych, układ limfatyczny, endogenny system znieczulania. Określono kilka zasadniczych obszarów działania plastrów, wpływających na fizjologię organizmu:

- wspomaganie pracy mięśni – wzrost siły, przyspieszanie regeneracji, normalizacja tonusu włókien mięśniowych,
- redukcja bólu – aktywacja endogennego systemu znieczulania, włókien alfa, beta i ich połączeń skórnych,
- pobudzanie mikrokrążenia – usuwanie restrykcji w układach powierzchownych,
- zmniejszanie obrzęków limfatycznych – tworzenie drenażu limfatycznego, zwiększanie prędkości przepływu limfy, usuwanie zastoin, redukcja lokalnych stanów zapalnych,
- korekcja funkcji stawów – regulacja propriocepcji, anatomiczne ustawienie, bierna podpora, symetryczność,
- regulacja propriocepcji (czucia głębokiego) – wspomaganie odtworzenia biomechanicznego ruchu, poprawa czucia z danych segmentów, stałe przezskórne bodźcowanie lokalne,
- regeneracja uszkodzeń skóry – przebudowa i uelastycznianie blizn, wspomaganie gojenia ran (Hałas 2010; Jaraczewska 2005; Mikołajewska 2011; Senderek 2005).

Wyróżnia się 6 podstawowych technik plastrowania za pomocą Kinesio Tex Tape®: mięśniowa, więzadłowa, powięziowa, limfatyczna, korekcyjna oraz funkcjonalna. Rodzaj użytej techniki, dobór odpowiedniego cięcia oraz sposób naklejenia ustalane są zawsze indywidualnie po przeprowadzeniu dokładnej diagnostyki fizjoterapeutycznej. Terapeuta, po zebraniu wywiadu, posługuje się przy ocenie funkcjonalnej pacjenta co najmniej ośmioma testami screeningowymi – po minimum cztery na górny i dolny kwadrant ciała. Skuteczność metody Kinesio®Taping oceniana powinna być od razu po naklejonej aplikacji (Hałas 2010; Mikołajewska 2012; Schuller i wsp. 2000; Senderek 2007; Zajt-Kwiatkowska i wsp., 2005).

Cel pracy

W przedstawionym artykule celem pracy było zbadanie skuteczności metody Kinesio®Tapingu w zmniejszaniu objawów pochodzących z mięśniowo-powięziowych punktów spustowych w mięśniu czworobocznym grzbietu, na podstawie oceny bólu oraz występowania rzutowanego bólu w postaci promieniowania.

Materiał i metoda

W badaniu wzięło udział 39 mężczyzn – studentów medycyny, w wieku od 18 do 32 lat (Tabela II). Średnia wieku wyniosła 23,5 lat z odchyleniem standardowym 3,5. Wszyscy badani amatorsko grali w koszykówkę, regularnie 2 razy w tygodniu po 90 minut. W ocenie dominacji strony ciała przeważała strona prawa (Tabela III).

Tabela II. Struktura wieku badanych osób.

Wiek	Ilość osób
16-20	9
21-30	27
31-40	3

Tabela III. Kończyna dominująca.

Kończyna	Ilość osób
Prawa	34
Lewa	5

Tabele IV i V przedstawiają rozkład związany z występowaniem bólu okolicy obręczy barkowej oraz rodzaj i okoliczności jego występowania, zgłoszone podczas wywiadu podmiotowego.

Tabela IV. Uogólnione, nieprowokowane palpacyjnie bóle mięśni obręczy barkowej.

Bóle	Ilość osób
TAK	30
NIE	9

Tabela V. Okoliczności odczuwania nieprowokowanego palpacyjnie bólu mięśni obręczy barkowej.

Okoliczności odczuwania bólu	Ilość osób
Samoistne	6
Sporadycznie podczas ruchu	13
Rano po przebudzeniu	6
Po wysiłku	5

Wśród osób zgłaszających ból mięśni obręczy barkowej, część badanych zgłosiła także ból promieniujący. Rozkład i jego kierunki przedstawiają odpowiednio tabele VI i VII;

Tabela VI. Występowanie promieniowania.

Promieniowanie	Ilość osób
TAK	21
NIE	9

Tabela VII. Kierunki promieniowania bólu.

Kierunek promieniowania	Ilość osób
Skroń/oko	6
Żuchwa/ucho	6
Ramię	9

Część osób badanych miała wcześniej kontuzje okolicy barkowej – tabela VIII. We wszystkich przypadkach kontuzje dotyczyły kończyny niedominującej. Nie były one leczone operacyjnie, zastosowano leczenie zachowawcze – farmakoterapię, fizykoterapię, unieruchomienie. W chwili badania żadna z powyższych osób nie zgłaszała dolegliwości związanych z przebytym urazem.

Tabela VIII. Kontuzja okolicy barkowej.

Kontuzja okolicy barkowej	Ilość osób
TAK	5
NIE	34

Kryteriami włączenia uczestników do badań były: dające się sprowokować bóle w miejscu występowania MPPS mięśnia czworobocznego grzbietu (po stronie kończyny górnej dominującej) oraz ich rzutowane promieniowanie, brak ograniczeń ruchomości kręgosłupa szyjnego oraz stawów ramiennych, prawidłowa funkcja mięśni stożka rotatorów, stabilne stawy ramienne.

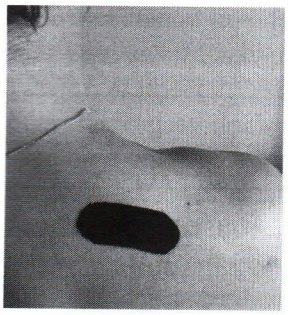
Wszyscy badani przed włączeniem do badań zostali poddani testom klinicznym kręgosłupa szyjnego i stawu ramiennego:

- palpacyjne sprowokowanie bólu i jego promieniowania z MPPS mięśnia czworobocznego
- pomiar zakresów ruchu kręgosłupa C
- pomiar zakresów ruchu barków
- objaw opadającego ramienia
- test szuflady przedniej i tylnej stawu ramiennego.

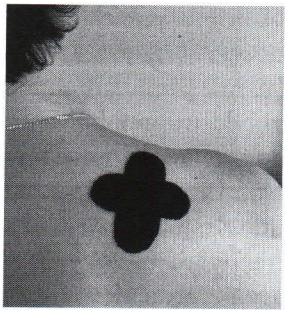
U każdej z testowanych osób wystąpił ból i jego promieniowanie spowodowane palpacyjnym uciskiem MPPS mięśnia czworobocznego grzbietu. Pomiary zakresów ruchu kręgosłupa szyjnego i barków u wszystkich badanych miały wynik mieszczący się w normie fizjologicznej dla wieku. W pozostałych testach za każdym razem uzyskano wyniki ujemne, w związku z czym wszystkie osoby zostały zakwalifikowane do badań nad skutecznością metody Kinesio®Taping. Dodatkowym kryterium włączenia do badań osób po przebytym urazie okolicy barkowej był fakt, iż kontuzje te dotyczyły strony recesywnej, natomiast badania przeprowadzone zostały na stronie dominującej.

Badani uczestniczyli w serii pomiarów, podczas których palpacyjnie prowokowano ból z punktów spustowych w mięśniu czworobocznym grzbietu, zawsze po stronie kończyny dominującej. Badania przeprowadzał u wszystkich ten sam terapeuta, z jednakową siłą nacisku przez 5 sekund. Poziom nasilenia bólu oceniano na podstawie skali wzrokowo-analogowej (VAS ang: Visual Analogue Scale). Jest to graficzna skala opisowa, gdzie badany określa stopień natężenia bólu na linijce o długości 10 cm (0 oznacza brak bólu, a 10 cm – najsilniejszy ból, jaki może sobie wyobrazić). Ten sam sposób badania zastosowano przed aplikacją plastra, bezpośrednio po aplikacji, po 2 godzinach, podczas których nastąpił wysiłek (trening) oraz po 2 dniach – łącznie 4 razy.

Aplikacja polegała na naklejeniu na powierzchnię mięśnia w okolicy punktu spustowego plastrów (Kinesio Tex Tape®). W zależności od efektu przeciwbólowego stosowano 1, 2, 3 lub 4 plastry. Etapy naklejania plastrów przedstawiają ryciny 1-4.

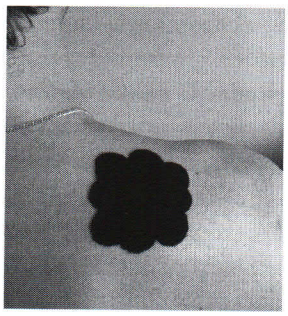


Rycina 1. I etap aplikacji.



Rycina 2. II etap aplikacji.

Rycina 3. III etap aplikacji.



Rycina 4. IV etap aplikacji.

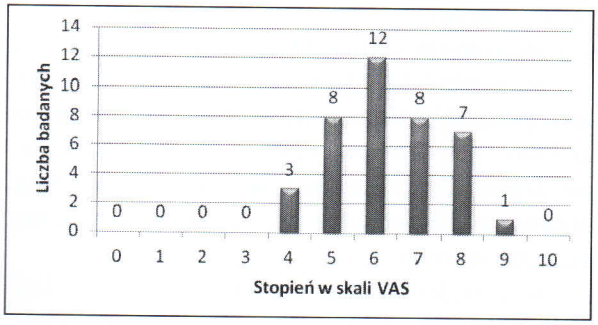
Ocenie również zakres promieniowania bólu. Do jego oceny zastosowano rycinę mięśnia, na której zaznaczano kierunek i zasięg bólu.

Wyniki

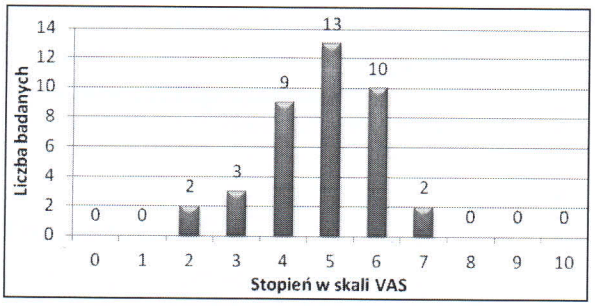
Ocenie został poddany ból przed aplikacją plastra K-Tex®, bezpośrednio po aplikacji, po 2 godzinach i po 2 dniach.

Przed aplikacją minimalna ocena bólu wyniosła 4, a maksymalna 9. Średnio ból oceniono na 6,28 z odchyleniem standardowym 1,27. Mediana wyniosła 6. Ból bezpośrednio po aplikacji został oceniony na min. 2 i max.7; średnio 4,82 z odchyleniem 1,21. Szczegółowy rozkład bólu przed aplikacją oraz bezpośrednio po niej przedstawiają ryciny 5 i 6.

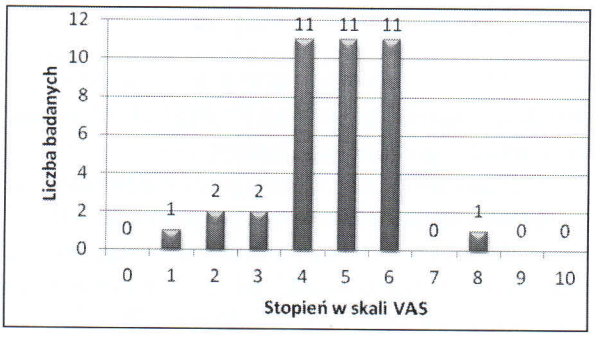
Po 2 godzinach od aplikacji ból oceniono średnio na 4,71 z odchyleniem standardowym 1,36 (Rycina 7),zawierał się w przedziale od 1 do 8, natomiast po 2 dniach średnio 4,85 z odchyleniem 1,48 (Rycina 8), z wartościami min. 2 i max. 8.



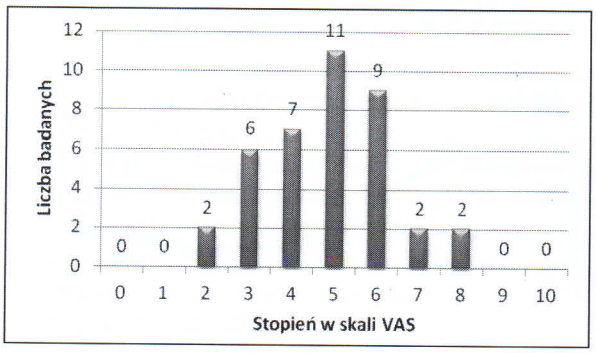
Rycina 5. Ocena bólu przed aplikacją.



Rycina 6. Ocena bólu bezpośrednio po aplikacji.



Rycina 7. Ocena bólu po 2 godzinach od aplikacji.

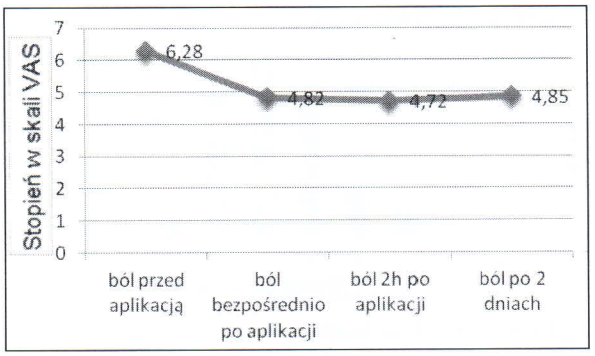


Rycina 8. Ocena bólu 2 dni po aplikacji.

Na poniższej rycinie 9 przedstawiono liniowy wykres średnich wartości bólu ze wszystkich czterech pomiarów.

Zauważono, iż w wyniku aplikacji metody plastra K-Tex® nastąpił spadek poziomu bólu. Najniższą średnią wartość uzyskano podczas trzeciego pomiaru, zaś 2 i 4 były zbliżone do siebie. Największą różnicę uzyskano bezpośrednio po aplikacji.

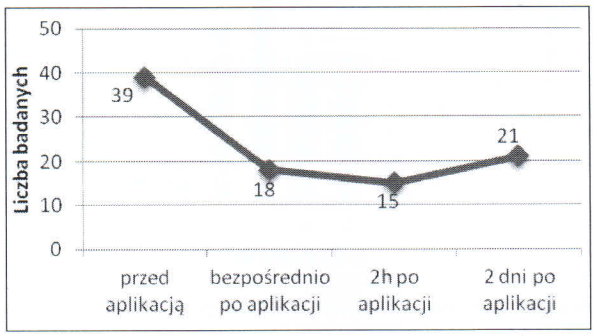
Celem analizy statystycznej było wykrycie zjawiska, że działanie plastrów polega na zmniejszeniu bólu. Przyjęto hipotezę zerową H_0, iż nie ma różnic w średnim poziomie bólu przed i po zastosowaniu plastrów K-Tex®. Hipoteza alternatywna H_1 dotyczyła tego, że średni poziom bólu był mniejszy po zastosowaniu plastrów. Korzystając z testu porównania dwóch wartości oczekiwanych (wartości oczekiwane to średni poziom bólu przed i po naklejeniu aplikacji



Rycina 9. Średnia wartość bólu w każdym badaniu.

Kinesio®Taping) udowodniono z prawdopodobieństwem 0,95 działanie plastrów. Po wykonaniu wszystkich testach odrzucono H_0 i przyjęto H_1.

Dodatkowo ocenie zostało poddane promieniowanie bólu spowodowane uciskiem punktu spustowego. Badano ten parametr przed aplikacją plastra, bezpośrednio po aplikacji, po 2 godzinach i po 2 dniach – tak samo jak ból. Przed aplikacją promieniowanie odczuwali wszyscy badani – 39 osób. Zestawienie liczby badanych, którzy zgłosili promieniowanie w trakcie badań przedstawia rycina 10.



Rycina 10. Promieniowanie bólu rejestrowanego w poszczególnych badaniach.

Ponadto w przeprowadzono analizę zależności pomiędzy natężeniem dolegliwości bólowych a jego promieniowaniem. Zauważono, że promieniowanie występuje częściej, im mocniejszy ból jest odczuwany przez pacjenta. Im mniejszy był ból, tym promieniowanie rzadziej występowało lub zanikało całkowicie.

Zbadano również zależność między ilością aplikowanych plastrów a efektem przeciwbólowym – spadkiem poziomu dolegliwości. Współczynnik korelacji Pearsona wskazywał na słabą ujemną zależność (0,3) – im więcej plastrów zostało zastosowanych, tym mniejszy był poziom bólu zgłaszany przez badanego pacjenta w skali VAS.

W badaniach zauważono ogólnie zmniejszenie dolegliwości bólowych spowodowanych MPPS. Największy efekt przeciwbólowy zaobserwowano po 2 godzinach od aplikacji – najmniejszy średni poziom bólu, jednak największą różnicę w odczuwaniu bólu zanotowano bezpośrednio po aplikacji. Po 2 dniach od aplikacji poziom dolegliwości wzrósł względem pomiaru po 2 godzinach od plastrowania, jednak nie przekroczył poziomu wyjściowego. Promieniowanie bólu również zmniejszyło się podczas stosowanej terapii. Efekt przeciwbólowy był ściśle związany z ilością plastrów zastosowanych w jednej aplikacji – użycie większej ilości taśmy miało największą skuteczność.

Dyskusja

Pojawia się coraz więcej prac potwierdzających skuteczność ocenianej metody. Niemniej badań dotyczących skuteczności terapii punktów spustowych przy użyciu plastrów K-Tex® jest nadal stosunkowo niewiele.

Potwierdzeniem własnych wyników skuteczności metody Kinesio®Taping mogą być badania przeprowadzone przez Hashemirad (2013). Dowiedziono o natychmiastowym zmniejszeniu dolegliwości bólowych po zastosowaniu taśm Kinesio Tex Tape® u pacjentów z rozpoznanym zespołem mięśnia gruszkowatego (porifiris syndrome), za pomocą skali VAS. Powyższy efekt uzyskano dzięki poprawie funkcji mięśni przez wsparcie osłabionych włókien, usprawnieniu przepływu krwi i limfy, stymulacji układu nerwowego, korekcji stawowej oraz poprawie czucia głębokiego. Pomiary powtarzano w kolejnych trzech dniach uzyskując niezmienny efekt zmniejszenia bólu w mięśniu gruszkowatym (Hashemirad 2013).

Garcia-Muro i wsp. (2009) w publikacji na temat leczenia mięśniowo-powięziowego bólu stawu ramiennego z użyciem metody Kinesio®Taping wnioskują na podstawie wyników swoich badań, że aplikowanie plastrów pozwala na szybkie rozwiązanie problemów stawowych (zmniejszony zakres ruchu, ograniczenie funkcji, ból), które z powodzeniem utrzymuje się w kolejnych dniach.

Zuidewind (2011) w badaniach nad bolesnością po iniekcjach w mięśniu czworobocznym grzbietu również potwierdza, iż metoda Kinesio®Taping jest efektywna w zmniejszaniu bólu, poprzez redukcję stanu zapalnego oraz poprawę krążenia krwi i drenażu limfatycznego.

W przeglądzie prac polskich autorów, znaleźć można jedynie ogólne potwierdzenie skuteczności

metody Kinesio®Taping w terapii przeciwbólowej. W badaniach Mikołajewskiej (2005, 2012) dotyczących wpływu plastrowania na zmniejszenie bólu tkanek miękkich, w terapii schorzeń barku, kręgosłupa i grzbietu oraz zespołach bólowych kręgosłupa szyjnego uzyskano pozytywny efekt końcowy badań. Również Hałas(2010) w swoim artykule donosi, iż zastosowanie Kinesio®Tapingu przynosi efektywne skutki w pracy z chorym z dolegliwościami bólowymi.

Kinesio®Taping redukuje ból w obszarze lędźwiowo-krzyżowym u kobiet w ciąży, dowiedzieć się można z badań Kowalczyk-Odeyale i Hałas (2010). Te same badania przedstawiają działanie Kinesio®Tapingu w profilaktyce bólu w nawałach mlecznych u tej samej grupy respondentów. Może to świadczyć także o korzystnym oddziaływaniu plastrów na punkty spustowe w mięśniu piersiowym większym, którym to coraz częściej przypisuje się udział w powstawaniu zatorów mlecznych w piersiach kobiet karmiących (Kowalczyk-Odeyale i wsp. 2010).

Potwierdzeniem słuszności stosowania przedstawianej metody w redukcji dolegliwości bólowych, tym samym wyników badań własnych, może być publikacja Karczewskiej (2013) dotycząca zespołu ciasnoty podbarkowej.

W terapii punktów spustowych Kinesio®Taping okazuje się dobrą metodą zmniejszającą ból i promieniowanie. Działa stosunkowo szybko, jest prosty w zastosowaniu i nie wymaga specjalistycznego sprzętu medycznego. W żaden sposób nie ogranicza zakresów ruchu ani aktywności pacjenta, nie prowokuje także żadnych skutków ubocznych. Jedna aplikacja może być używana nawet przez kilka dni, dzięki czemu nie jest czasochłonna i nie wymaga codziennych wizyt u terapeuty. Ponadto, z punktu widzenia dzisiejszego trybu życia, gdzie dużą rolę odgrywa pośpiech – jest to metoda wygodna, szybka i bardzo efektywna.

Wnioski

1. Kinesio®Taping jest skuteczną metodą do wykorzystania w terapii mięśniowo-powięziowych punktów spustowych mięśnia czworobocznego grzbietu.
2. Kinesio®Taping wpływa na zmniejszenie objawów, tj. bólu i promieniowania, spowodowanych punktami spustowymi w mięśniu czworobocznych grzbietu,.
3. Efektywność metody zależy od ilości plastrów Kinesio Tex Tape® zastosowanych w jednej aplikacji na mięśniowo-powięziowym punkcie spustowym mięśnia czworobocznego grzbietu.

Piśmiennictwo

Ciechomski J., Techniki energizacji mięśni, Poznań 2006.

Dommerholt J., Bron C., Franssen J., Myofascial trigger points: an evidence – informed review w: The Journal of Manual & Manipulative Therapy 2006;14,4:203-221.

Earls J., Myers T., Rozluźnianie powięziowe dla równowagi strukturalnej, WSEiT 2012.

Esenyel M., Caglar N., Aldemir T., Department of Physical Medicine and Rehabilitation and the Anesthesiology and Pain Clinic, Vakif Gureba Teaching Hospital, Istanbul, Turkey "Treatment of myofascial pertaining to or involving the fascia surrounding and associated with muscle tissue", w: Physical Medicine Rehabilation 2000;79:48-52.

Fu T., Wong A., Pei Y., Wu K., Chou S., Lin Y., Effect of Kinesio taping on muscle strength in athletes-A pilot study, w: Journal Science Medicine Sport 2007;22.

Garcıa-Muro F., Rodrıguez-Fernandez A. L., Herrero-de-Lucas A., Treatment of myofascial pain in the shoulder with Kinesio Taping. A case report, w: Manual Therapy 2009:1-4.

Gerwin R.D., Dommerholt J., Shah J., An expansion of Simons' integrated hypothesis of trigger point formation, w: Curr Pain Headache Rep 2004;8:468–475.

Hałas I., Kinesiotaping – metoda wspomagająca terapię tkanek miękkich, w: Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja 2010;9:23-27.

Hashemirad F., The Effect of Kinesio Taping Technique on Trigger Point of Piriformis Muscle, Tehran 2013.

Itoh K., Okada K., Kawakita K., A proposed experimental model of myofascial trigger points in human muscle after slow eccentric exercise, w: Acupunct Med 2004;22,1:2–12.

Jaraczewska E., Metoda Kinesiotaping i jej zastosowanie w wybranych przypadkach ortopedycznych, AWF, Warszawa 2005.

Karczewska E., Zespół ciasnoty podbarkowej. Zastosowanie metody Kinesio Taping w procesie usprawniania, w: Rehabilitacja w praktyce 2013;4:42-46.

Kowalczyk-Odeyale A., Hałas I., Zastosowanie Kinesiotapingu w redukcji bólów kompleksu lędźwiowo-krzyżowego u kobiet w ciąży i profilaktyce nawałów mlecznych, w: Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja 2010;9:28-32.

LeMay M., Stretching, Bauer-Weltbild Media, Warszawa 2005.

Manheim C. J., Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe, WSEiT 2011.

Mikołajewska E., Kinesiotaping w terapii schorzeń barku – przykłady aplikacji" w: Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja 2012;24:8-14.

Mikołajewska E., Kinesiotaping w zespole bólowym kręgosłupa szyjnego – opis przypadku, w: Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja 2012;26:18.

Mikołajewska E., Kinesiotaping, PZWL, Warszawa 2011.

Nicpoń K., Bóle mięśniowe i kurcze bolesne w praktyce neurologa, w: Polski Przegląd Neurologiczny 2007;3:4.

Otten E., Concepts and models of functional architecture in skeletal muscle, w: Exerc Sport Sci Rev 1988;16:89–137.

Riggs A., Deep tissue massage. A visual guide to techniques, North Atlantic Books, Berkeley, California, USA 2007.

Schuller E., Eisenmenger W., Brier G., Whiplash injury in low speed car accidents, w: J. Musculoskeletal Pain 2000;8,1,2:55–67.

Senderek T. Kinesiotaping part 1, Poznań 2007.

Senderek T., Breitenbach S., Hałas I., Kinesiotaping – nowe możliwości fizjoterapii u kobiet w czasie ciąży, w: Fizjoterapia Polska 2005;5:2.

Sikora A., Kinesiotaping – nowa metoda fizjoterapii w Polsce, XLV Ogólnopolska i III Międzynarodowa konferencja studenckich towarzystw naukowych i młodych lekarzy, Łódź 2007.

Simons D.G., Triggerpunkte und Myogelose, w: Manuelle Medizin 1997;35:290–294.

Staciwa E., Wprowadzenie do terapii punktów spustowych – część 1, w: Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja 2012;26:34-35.

Staciwa E., Elementy terapii punktów spustowych – część 2, w: Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja 2012;27:22-23.

Travel J., Simons D., Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual, Baltimore, Williams and Wilkins 1999.

Zajt-Kwiatkowska J., Rajkowska-Labon E., Skrobot W., Bakuła S., Kinesio Taping – metoda wspomagająca proces usprawniania fizjoterapeutycznego – wybrane aplikacje, w: Nowiny Lekarskie 2005;74,2:190-194.

Zuidewind M. „The effect of Kinesio®Taping space-correction-technique on post-needling soreness in the trapezius muscle trigger point two", Durban University of Technology, 2011.

Autor odpowiedzialny za korespondencję: Paweł Sip; +48 606 369 794; pawel.sip@gmail.com