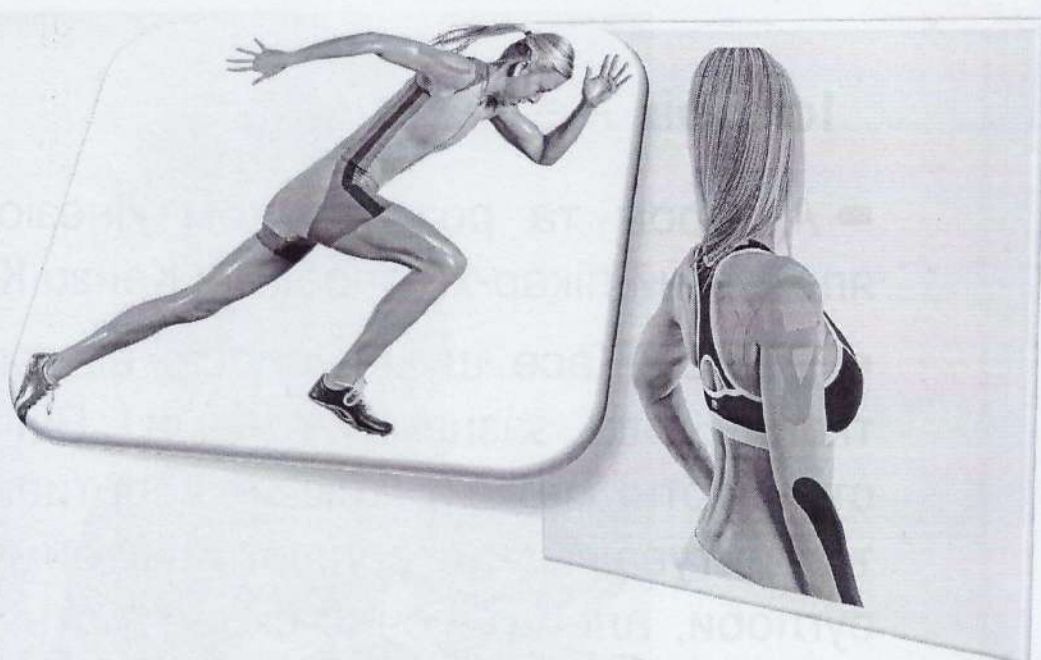
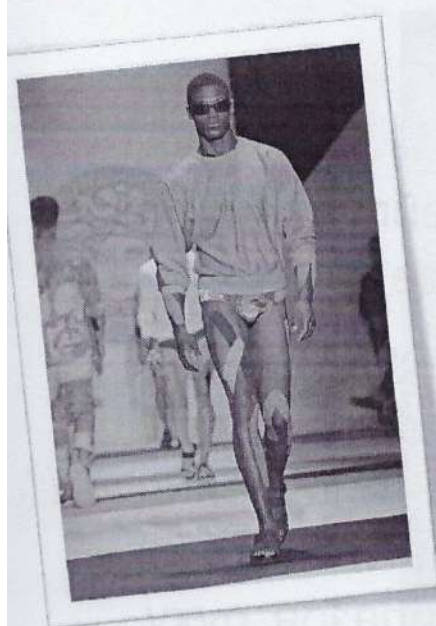




Мультитейпінг Basic

- Навіщо вам кінезітейпування
- Аплікацій буде багато рекомендую навпіл вздовж розрізати тейп або купляти коли закінчиться

Історія методу:

■ Автором та розробником кінезіотейпування є японський лікар-хіропрактик Кензо Касе.

■ Доктор Касе шукав спосіб відновлення м'яких тканин, які зазнали травми. Він помітив, що стандартні методи, такі як спортивне тейпування та бинтування, дозволяють підтримувати м'язи та суглоби, але водночас скорочують діапазон руху. Тому, в більшості випадків гальмується сам процес загоєння тканин, які зазнали травми.

■ 1973 року доктор Касе розробив новий метод тейпування, який отримав назву **кінезіотейпування**. Термін кінезіотейпування складається з двох частин: *кінезіо* - рух, *тейп* - стрічка, "клейка стрічка".

■ 1988 року даний метод було представлено в Сеулі на Олімпійських іграх. "Кольорові пластирі" на м'язах японських спортсменів стали сенсацією. Відтоді кінезіотейпування стало одним з найпрогресивніших спортивних методів лікування та реабілітації в світі.

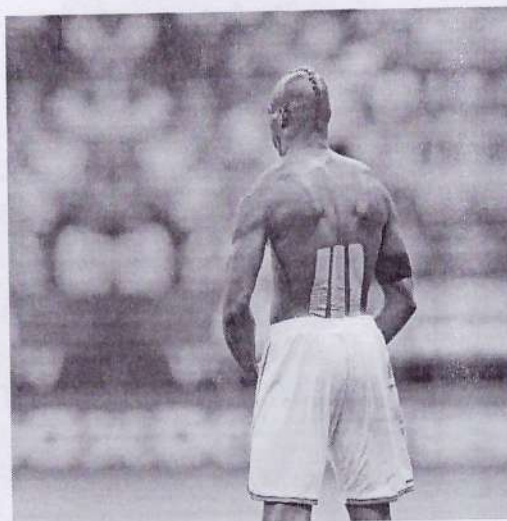


Властивості кінезіотейпу:

- Являє собою еластичну бавовняну стрічку (95-97% бавовни), вкриту гіпоалергенним клеєм на акриловій основі, який активується за температури тіла (термоактивний клей).
- Особливе плетіння волокон кінезіотейпу з додаванням волокон еластичного полімеру забезпечує його розтягування.

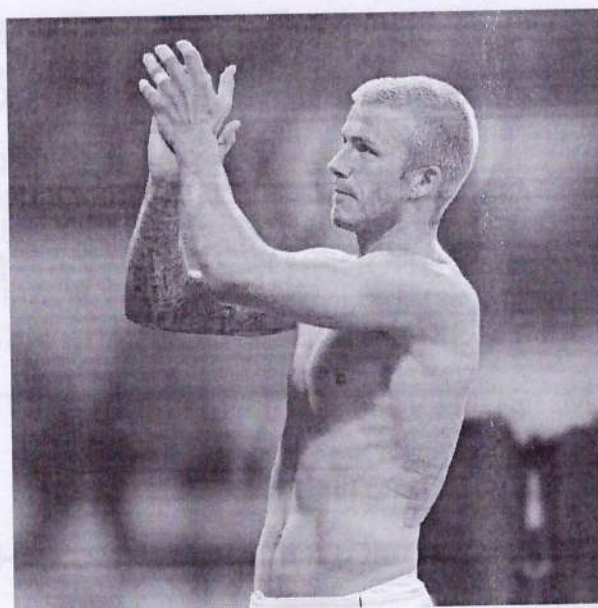
- Бавовняна основа тейпів сприяє кращому випаровуванню та диханню шкіри, а також швидкому висиханню тейпу.

- Тейп розтягується лише по довжині

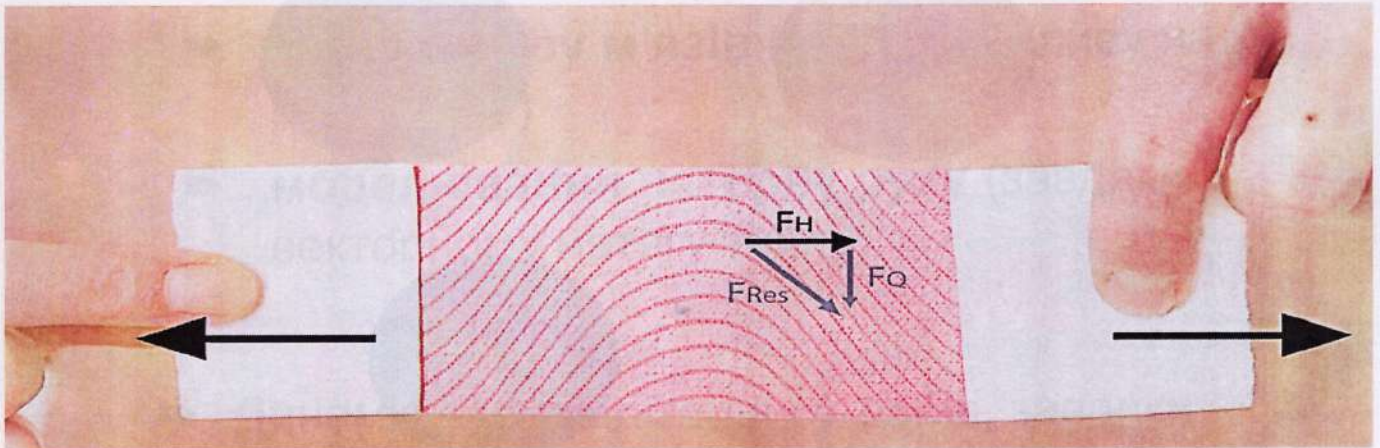


- 1973 року доктор Касе розробив новий метод тейпування, який отримав назву *кінезіотейпування*.

- Кінезіотейп можна носити без повторного застосування від кількох годин до 16 днів



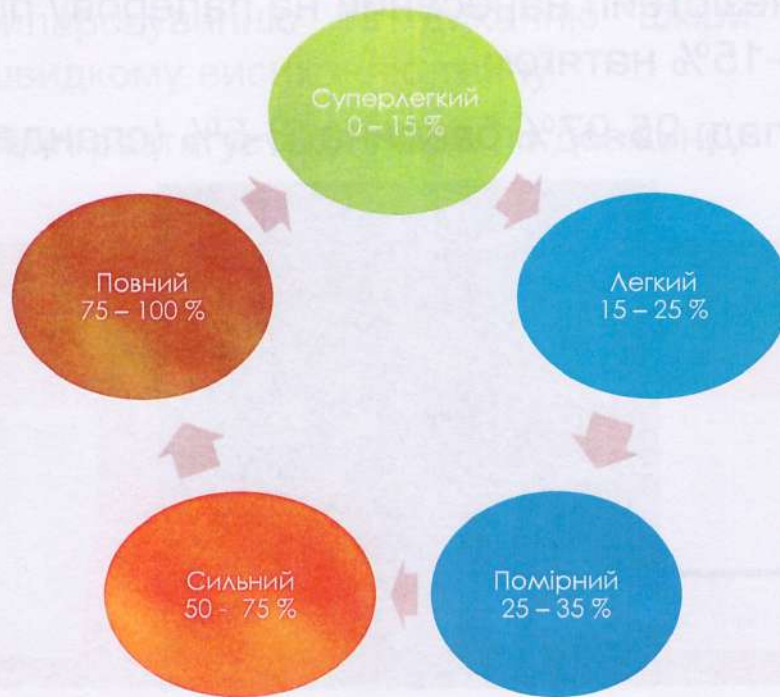
- Кінезіотейп нанесений на паперову підкладку з 10-15% натягом
- склад: 95-97% бавовна, 3-5% (спандекс, еластан)



Кінезіологічний тейп:

- Натуральний (>95 % бавовна)
- Еластичний (не обмежує рухи)
- Клейкий (термоактивний клей)
- Водостійкий (не відклеюється під час купання)
- Кольоровий (використовується в кольоротерапії)

Шість ступенів натягу:



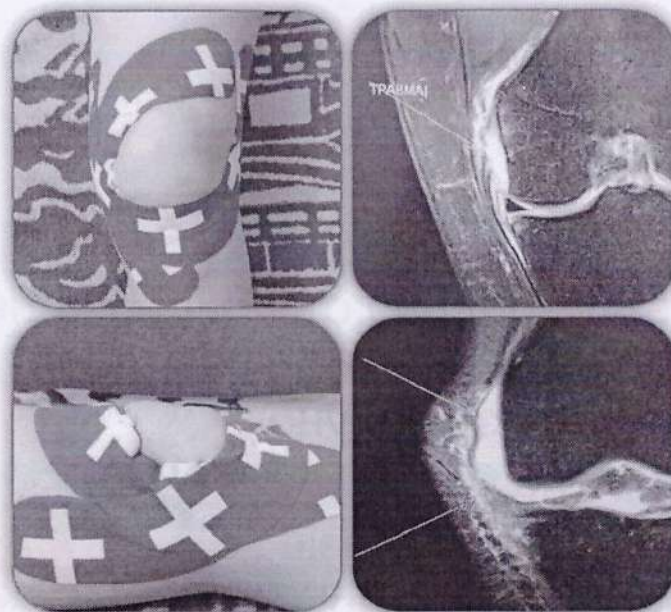
**Стрічка тейпа довжиною 10 см
розтягнеться приблизно на 5 см**

Тому 100% натягнення це зайві 5 см

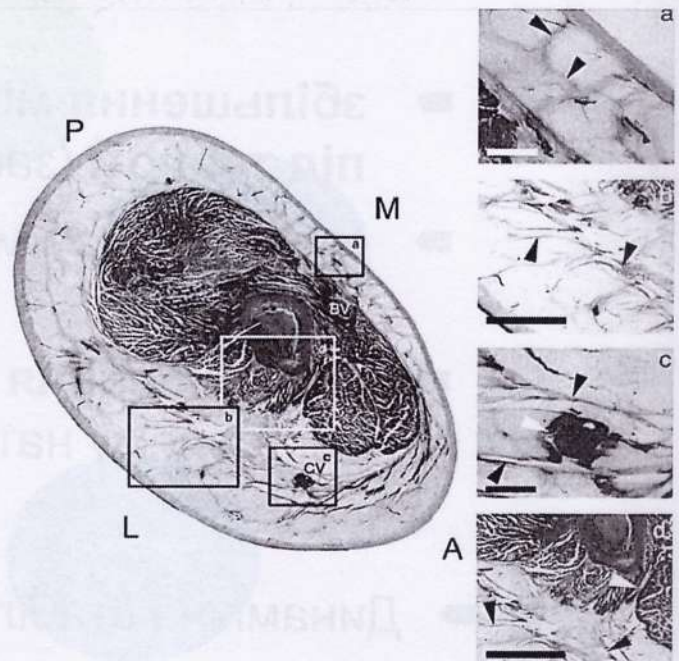
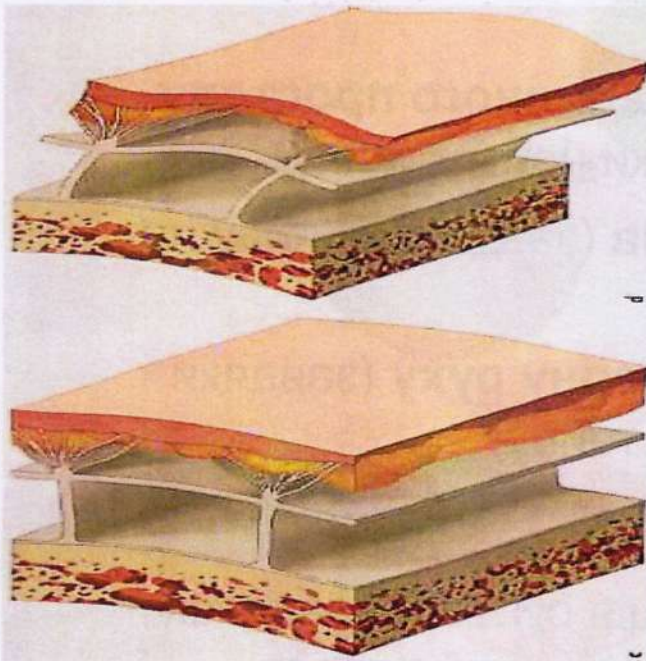
**50% натягнення тейпа 10 см це 2.5 см
25% додається 1.25 см**

Вплив кінезіологічного тейпу на тіло:

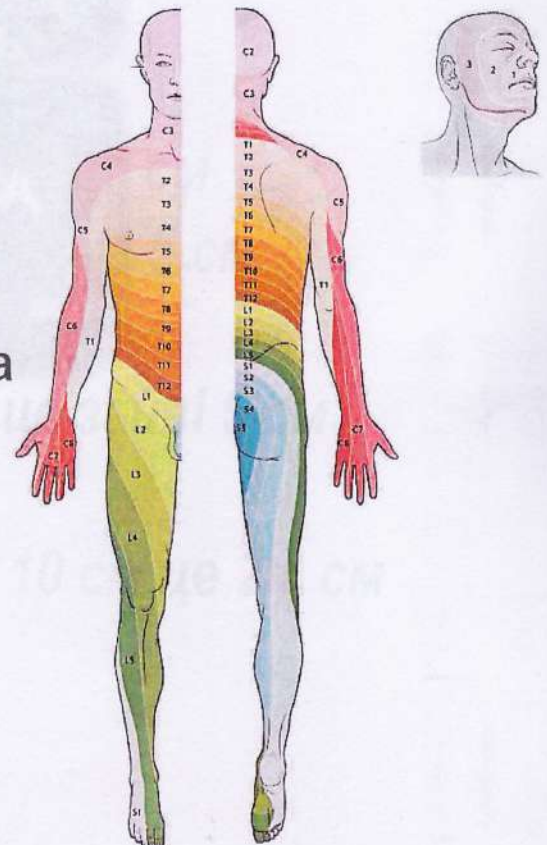
- **збільшення міжтканинного простору під тейпом** (завдяки натягу тейпу)
 - **зміна тону́су м'язів** (завдяки впливу на рецептори)
 - **моделювання патерну руху** (завдяки векторному натягу тейпу)
- Динамічна стабілізація суглобів, завдяки впливу на м'язово-зв'язковий апарат



Шкірні зв'язки



- Регуляція вісцеральних порушень за рахунок впливу на орган асоційованих м'язів за принципом Захар'їна-Геда



- Зменшення набрякового синдрому та лімфостазу
- Пришвидшення розсмоктування гематом завдяки поліпшенню мікроциркуляції



- Зменшення больового синдрому, за теорією "вхідних воріт" Мелзака та Волла

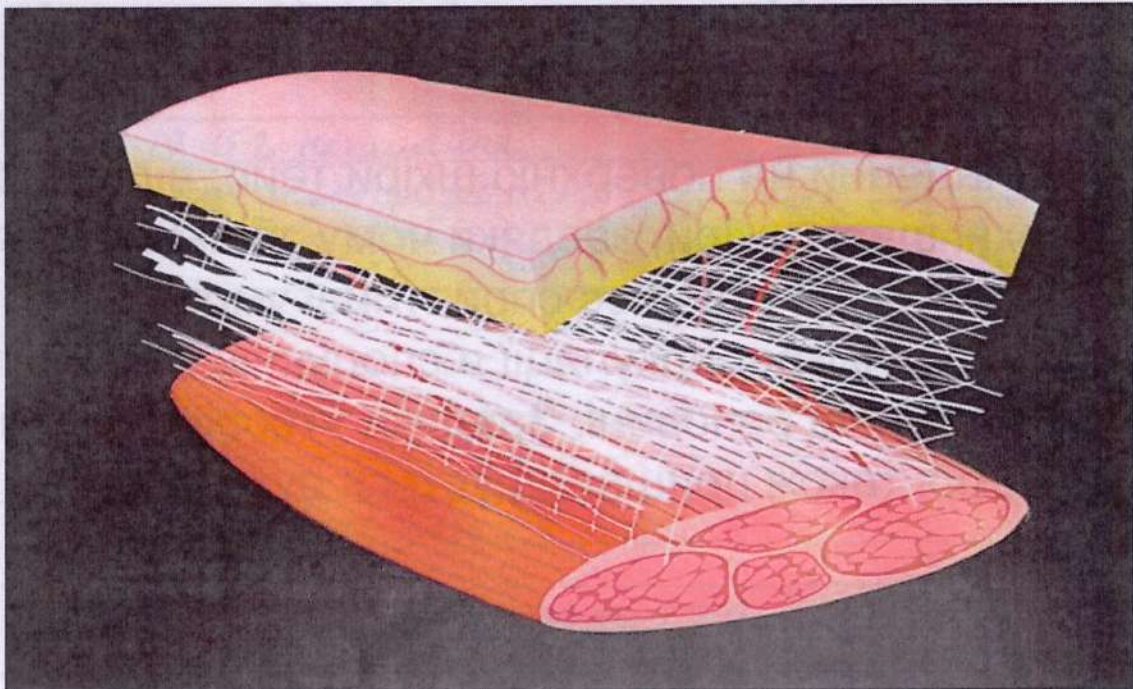


Механізм дії кінезіотейпу

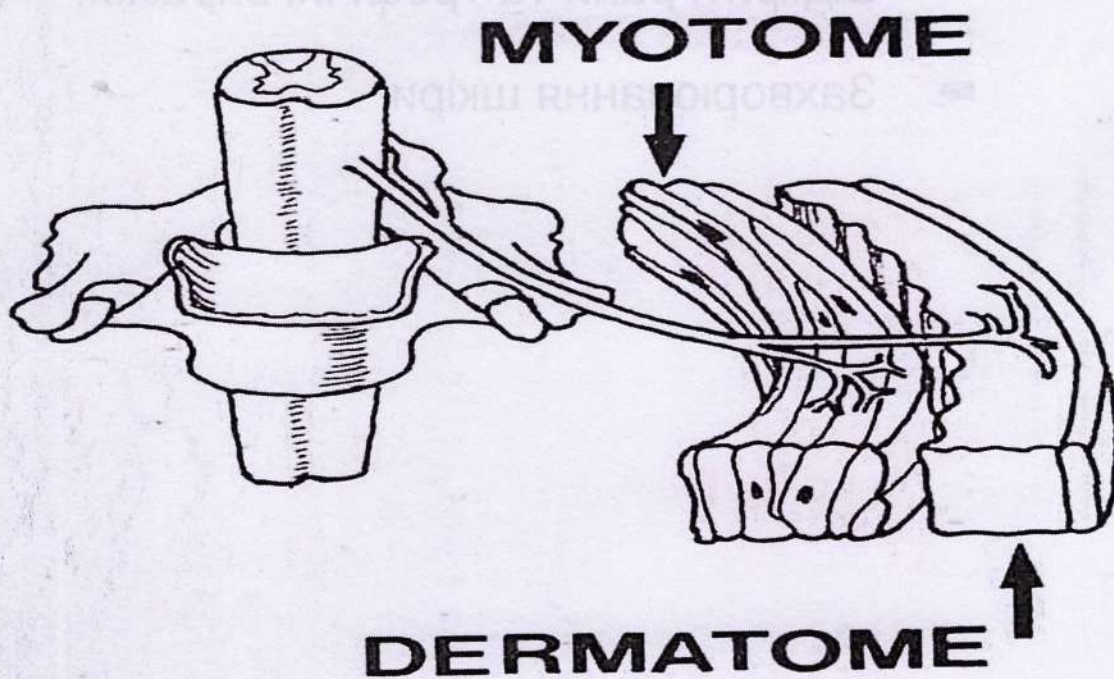
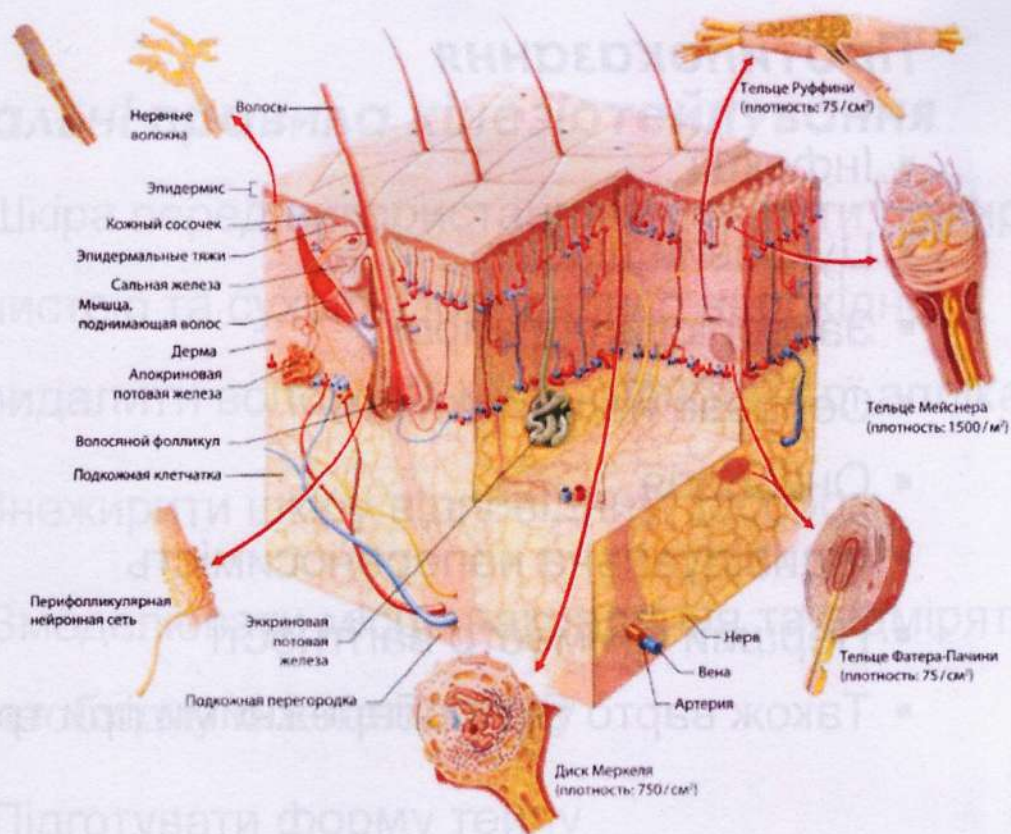
Накладений на поверхню шкіри тейп, підіймає верхні шари шкіри, завдяки чому збільшується простір, який створює сприятливі умови для активації мікроциркуляції в сполучній тканині та міжклітинній речовині. Завдяки утворенню складок на шкірі також пришвидшується рух лімфи.



Фасція



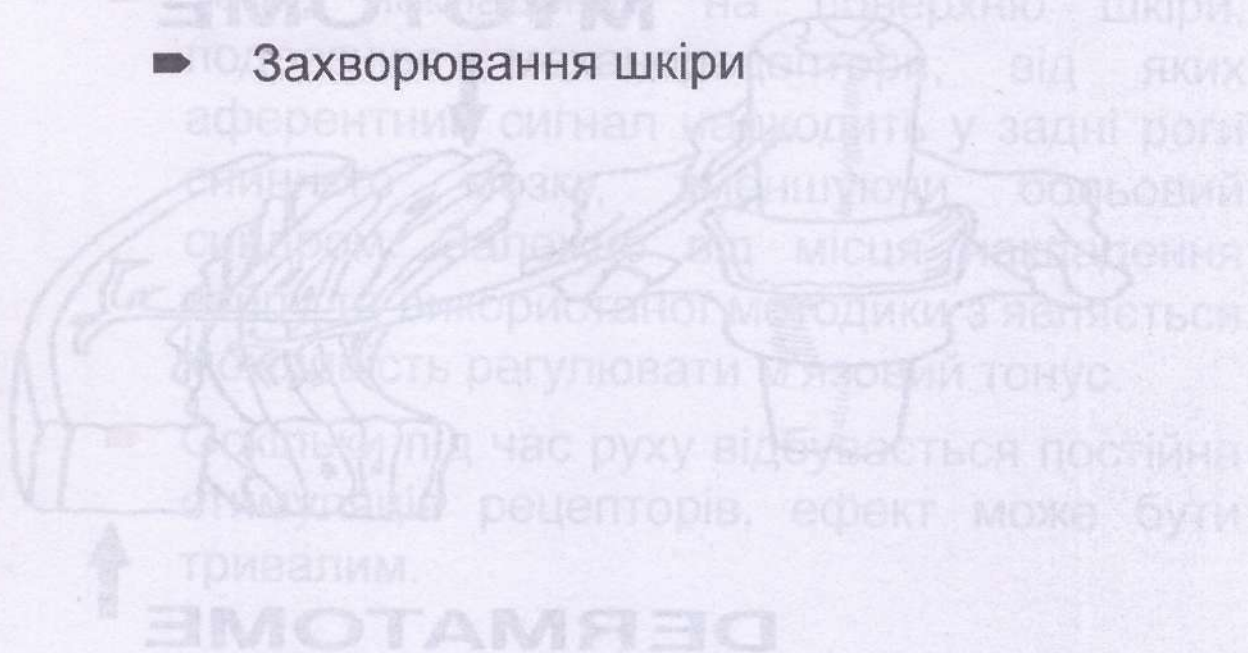
- Тейп, накладений на поверхню шкіри, подразнює механорецептори, від яких аферентний сигнал надходить у задні роги спинного мозку, зменшуючи больовий синдром. Залежно від місця накладення тейпу та використаної методики з'являється можливість регулювати м'язовий тонус.
- Оскільки під час руху відбувається постійна стимуляція рецепторів, ефект може бути тривалим.



Протипоказання

- Інфекції
- Цукровий діабет
- Захворювання нирок
- Серцева недостатність
- Онкологія
- Індивідуальна непереносимість
- Перший триместр вагітності
- Також варто бути обережними при тромбозах

- Екзема
- Відкриті рани та трофічні виразки.
- Захворювання шкіри



Загальні правила кінезіотейпування

- Шкіра перед використанням має бути нежирною, чистою та сухою. Попередньо необхідно видалити волосся з місць майбутньої аплікації
- Знежирити шкіру відповідним засобом
- Змоделювати місце накладення та відміряти необхідну кількість тейпу
- Підготувати форму тейпу
- Закруглити кінці вирізаної смужки



Протипоказання

- Відокремити робочу зону та якорі
- Акуратно наклеїти тейп
- Активувати клейову основу (потерти тейп)
- Перенавчання стереотипу руху
- Оптимальна фіксація клею досягається через 1.5 - 2 години
- Після накладення кінезіотейпу (через 2 години) можна душ, плавати в басейні
- **Відвідувати сауну категорично заборонено!!!**

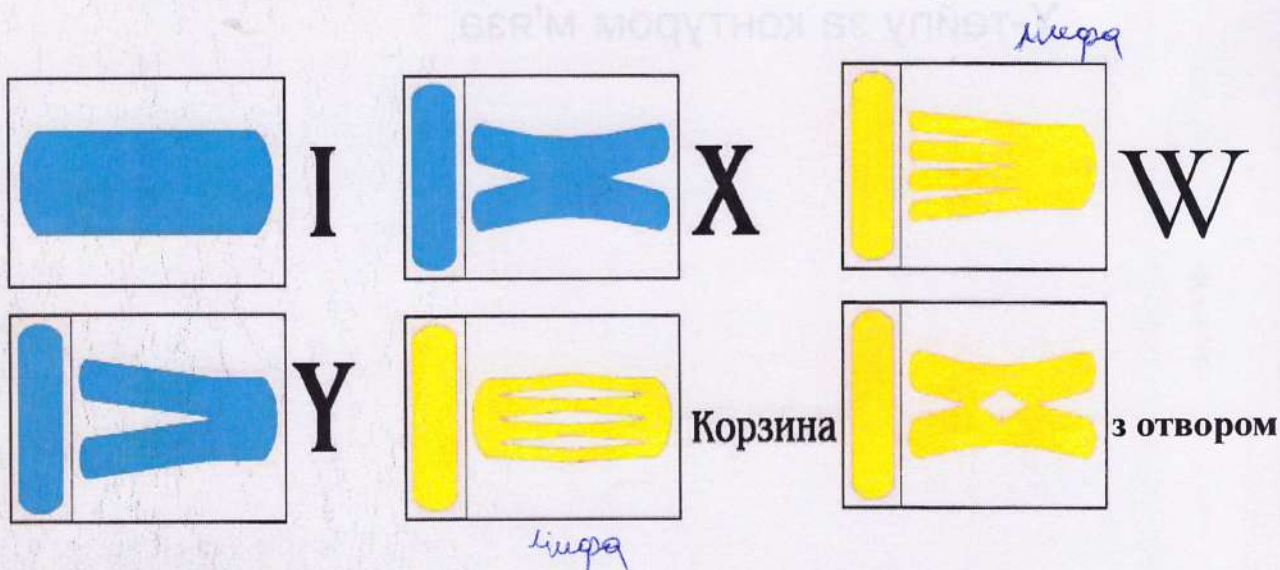
Правила зняття:

- Акуратно відокремити край тейпу від шкіри
- Переконатися в тому, що шкіра натягнута
- Тримаючи тейп натягнутим, обережно вивільнити шкіру від тейпу
- Тейп відокремлюється по росту волосся, щоб уникнути пошкодження волосяних фолікул

Не знімати тейп різким рухом!

Категорично заборонено знімати тейп після гарячого душу або ванни!

I;Y;X;W-подібний тейп з отвором



Техніки накладення тейпу

- Нейро-м'язове тейпування
 - Фасціальне тейпування *рубці, сколіоз*
 - Зв'язкове (Лігамент) тейпування
 - Декомпресійне тейпування
 - Лімфатичне тейпування
-
- Якорі кріпляться поза місцем прикріплення м'яза; якорі необхідно завжди клеїти без натягу
 - Робочу зону наносять за ходом м'язових волокон або за напрямком вектора скорочення м'яза
 - Аплікація на великі м'язи (великий грудний, найширший, трапецієподібний, дельтоподібний, великий сідничний тощо) можна наносити за вектором їхнього скорочення або за допомогою Y-тейпу за контуром м'яза



- Обирайте форму тейпу відповідно до форми м'яза
- Для прямих м'язів використовуйте смужку І-тейпу
- Для багатоголових м'язів кілька І-тейпів або Y-тейп відповідної ширини
- Для м'язів з певною геометричною формою використовуйте кілька І-тейпів, або Y-W-тейп відповідної ширини, накладаючи кожен відрізок тейпу за ходом м'язових волокон або за напрямком вектора скорочення м'яза.
- Тейп можна накладати різними способами для кожного пучка (порції) м'яза або накладати не на всі пучки.

НОДОСТОВНИЙ М'ЯЗ.

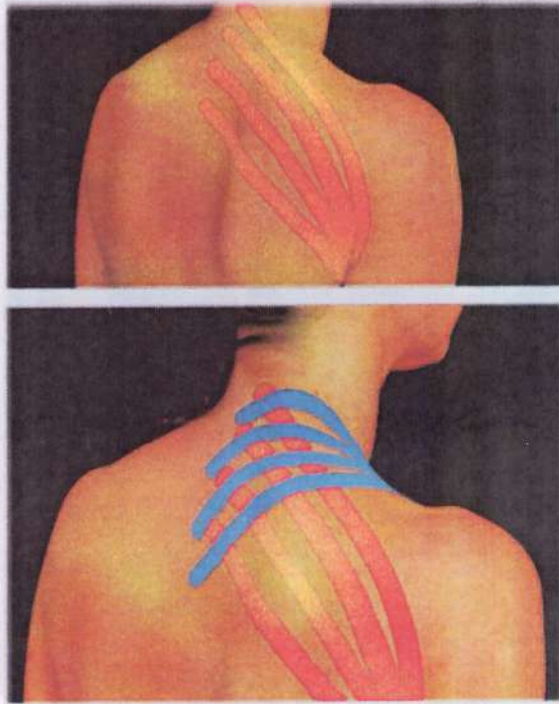
вудит (зспадання сукх жмла)

зубокровидний бусит

м'язовий періодит

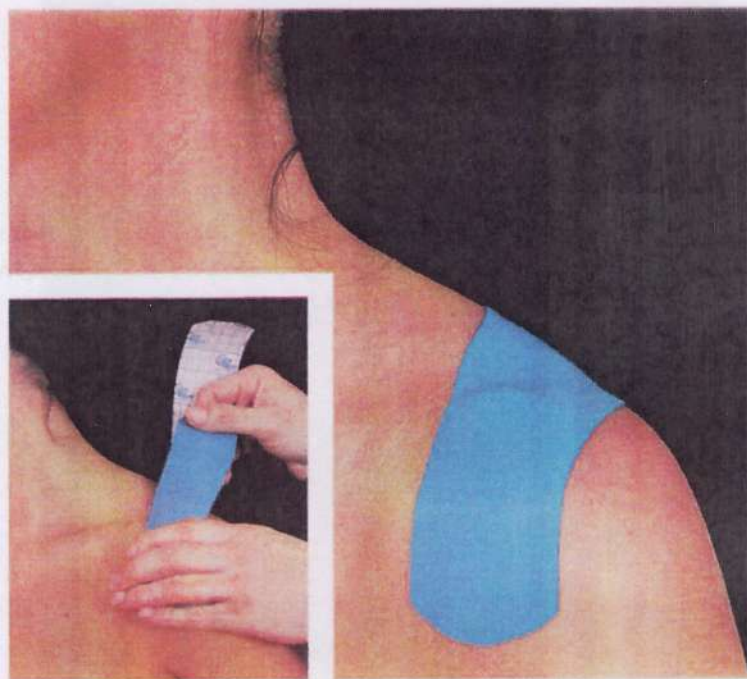
м'язовий періодит

Лімфодренаж плеча. Блок шийно-грудного переходу.

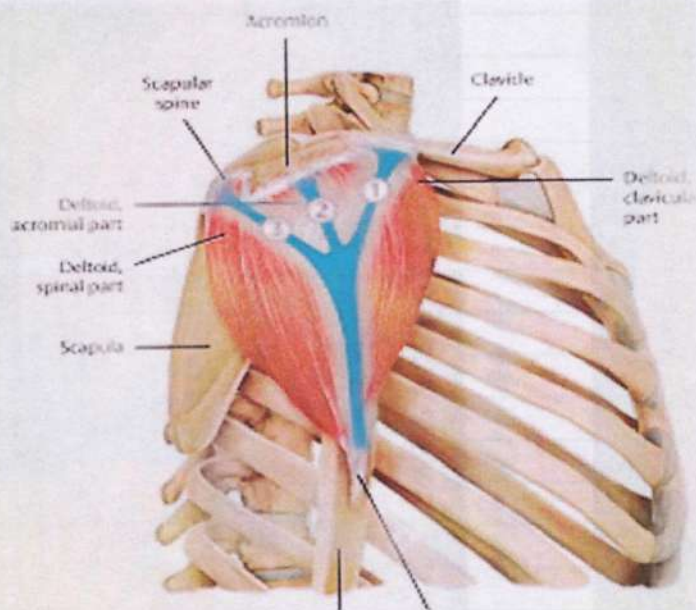


Надостьовий м'яз.

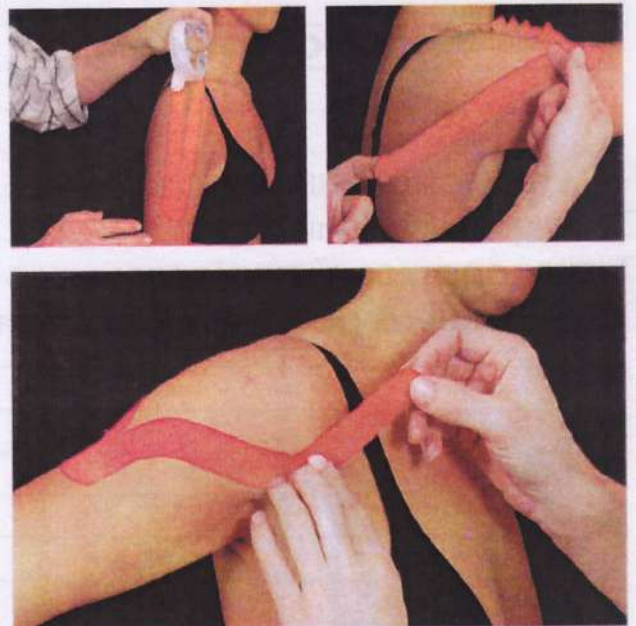
Тендініт (запалення сухожилка)
Субакроміальний бурсит
Плечолопатковий періартрит
Пошкодження ротаційної манжети



Дельтоподібний м'яз.

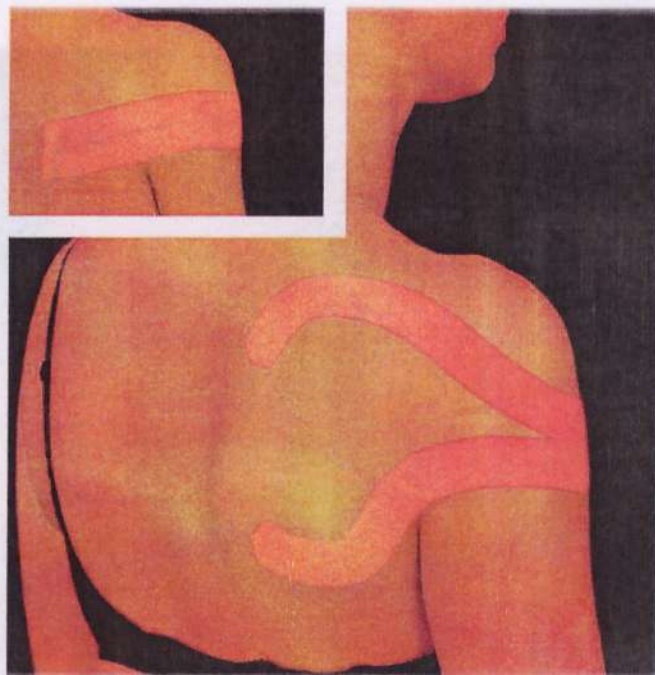


Біль у м'язі
Нестабільність плечового суглоба
Неврологічна геміплегія
Бурсит
Імпіджмент синдром
Міофасціальний больовий синдром
Пошкодження ротаційної манжети



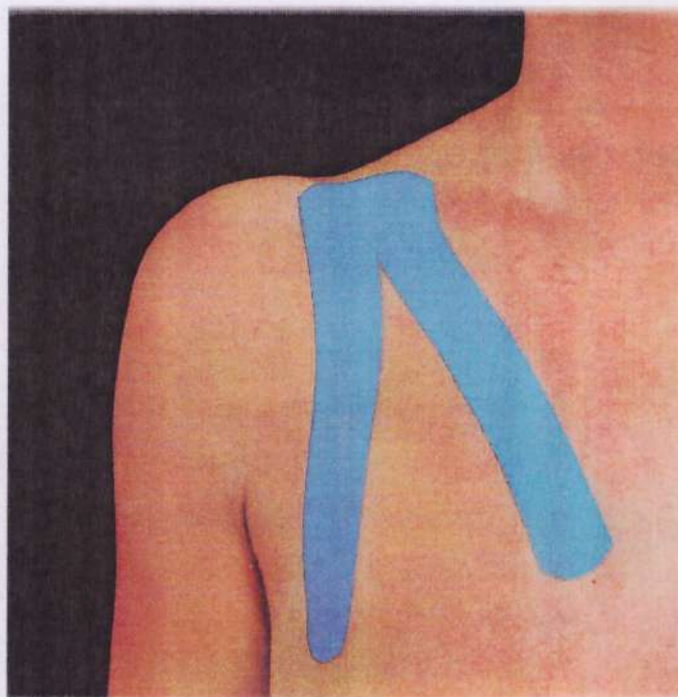
Підлопатковий м'яз.

Тендініт
Плечолопатковий періартрит
Субакроміальний бурсіт
Пошкодження ротаційної манжети

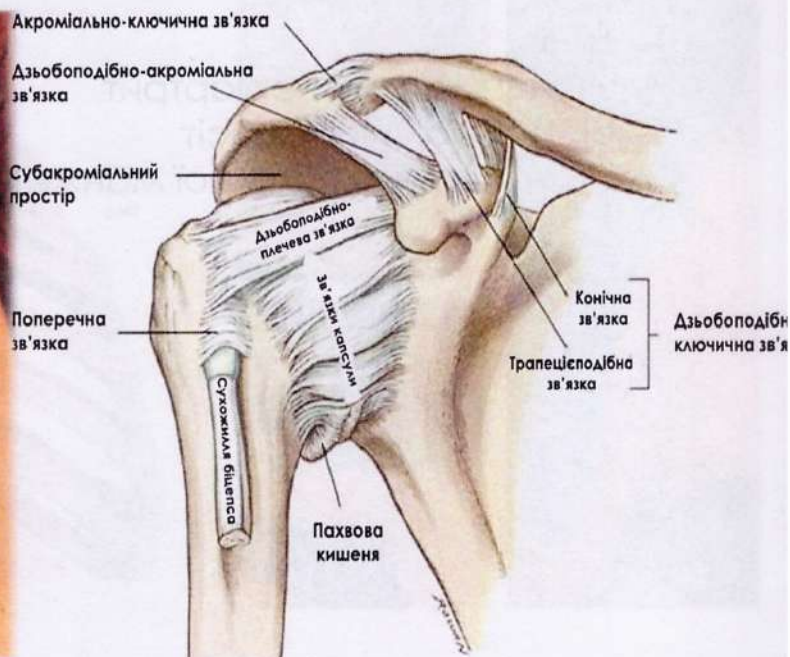


Малий грудний м'яз.

Плечолопатковий періартрит.
Компресійний синдром верхньої
апертури грудної клітини.
Біль у м'язі

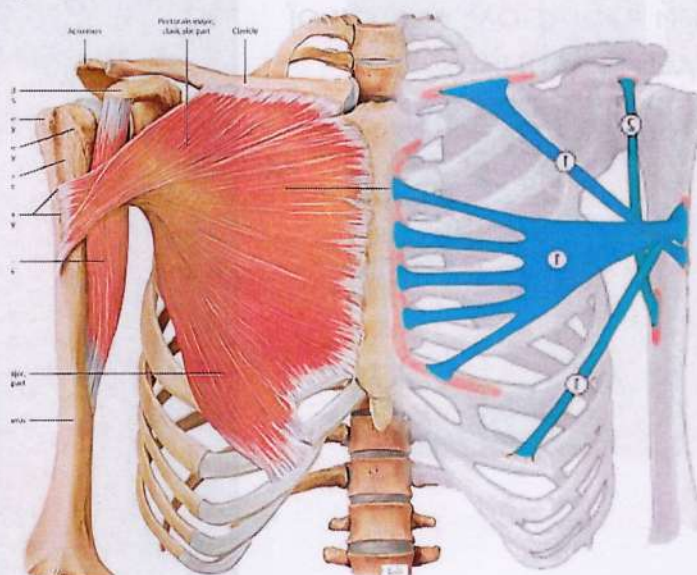


Ключично-Акроміальне З'єднання.



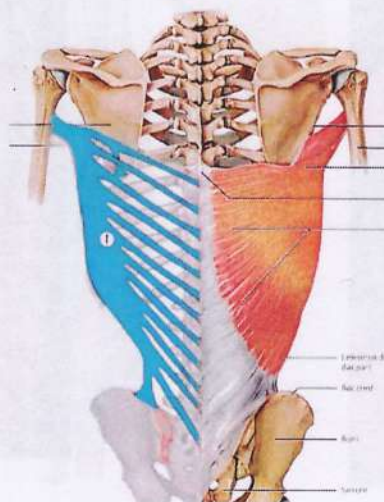
Великий грудний м'яз.

Компресійний синдром
верхньої апертури
Тендініт м'яза

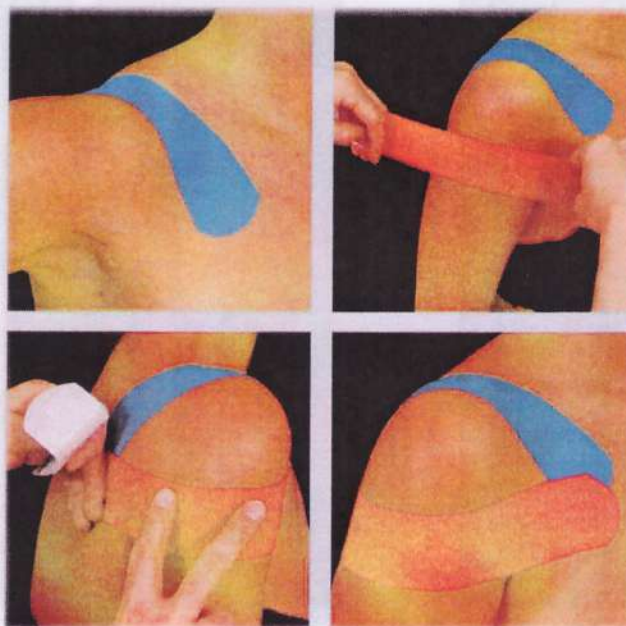


Найширший м'яз спини.

Плечолопатковий періартрит
Біль у м'язі
Біль у попереку
Сколіоз

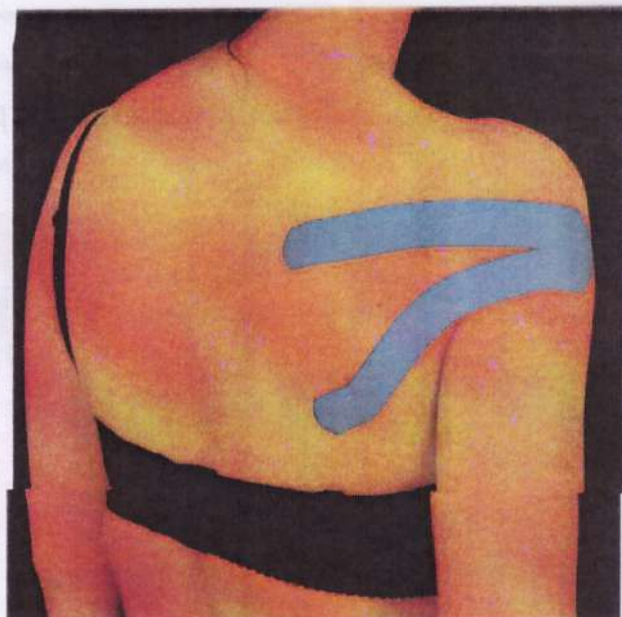


Нестабільність плечового суглобу.



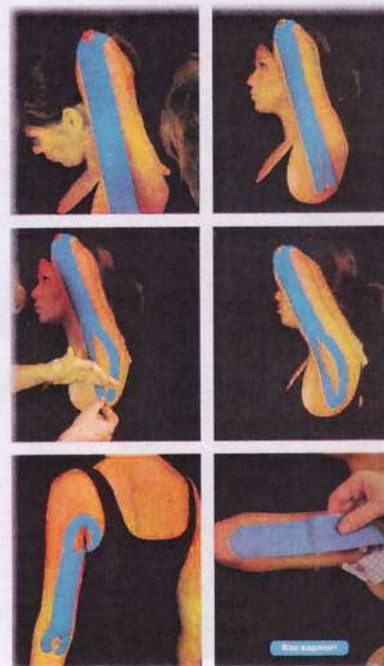
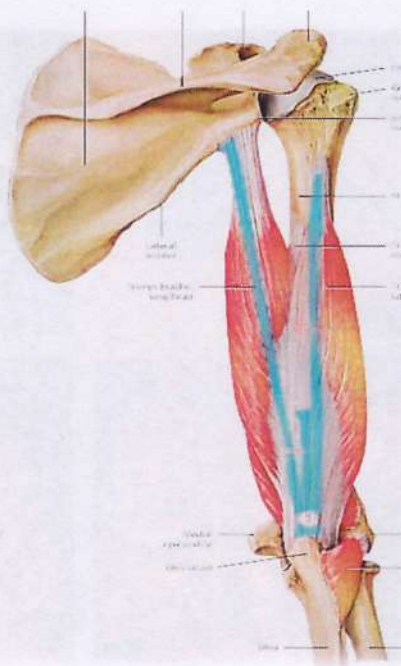
Підостьовий м'яз.

Плечолопатковий періартрит
Біль у м'язі
Пошкодження ротаційної манжети



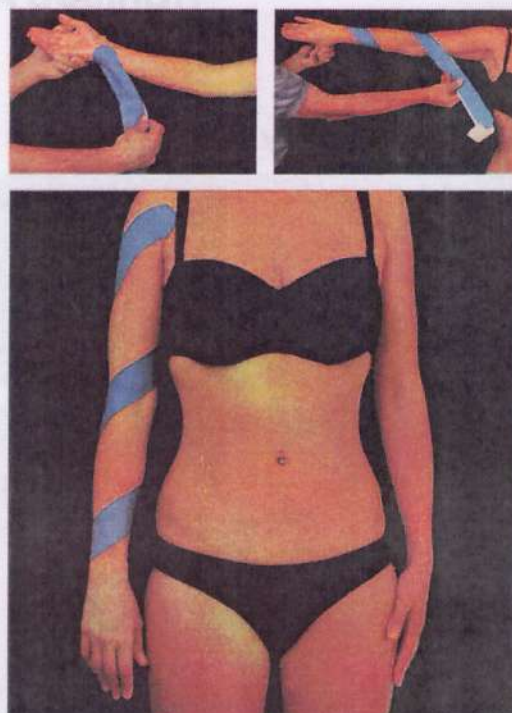
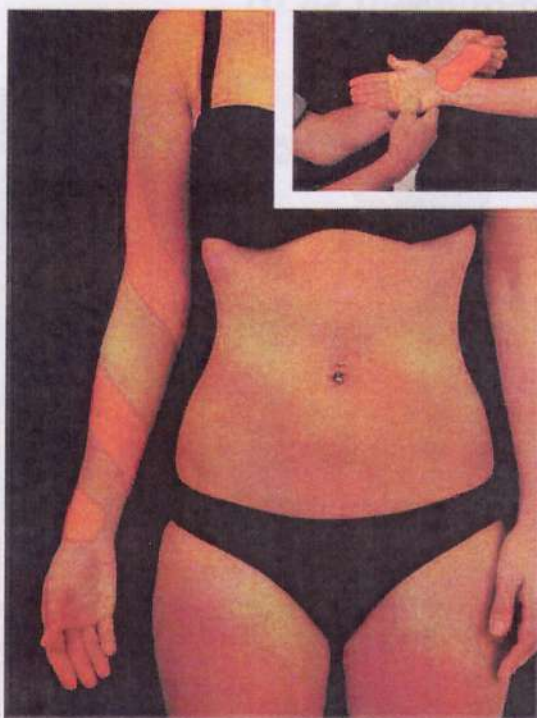
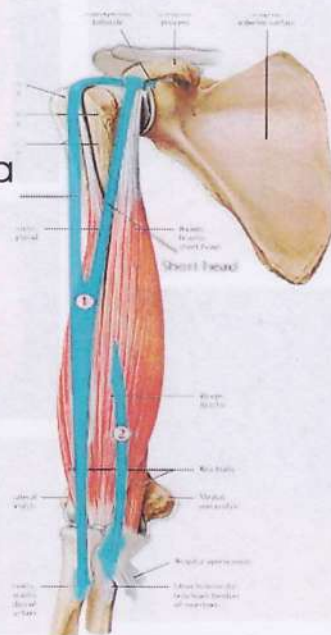
Триголовий м'яз плеча.

Закрите пошкодження м'яза
Тендініт та Біль у м'язі
Неврологічні порушення



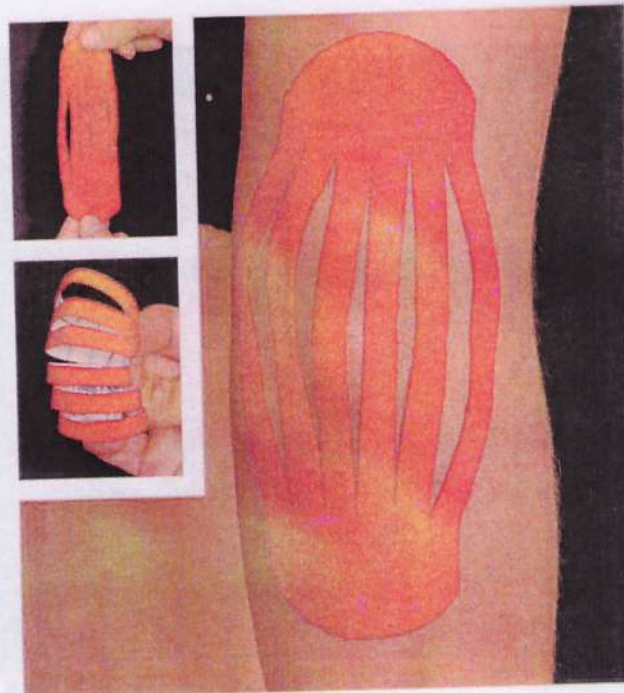
Двоголовий м'яз плеча.

Міофасціальний больовий синдром (тригерні пункти)
Тендініт
Закрите пошкодження м'яза
Неврологічні порушення



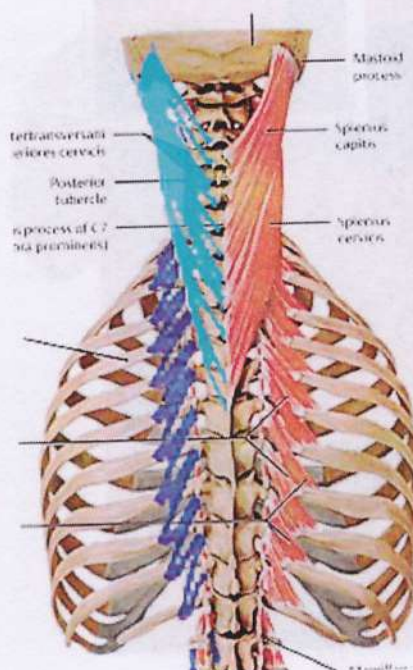
Аплікація «Корзінка»

Бурсит



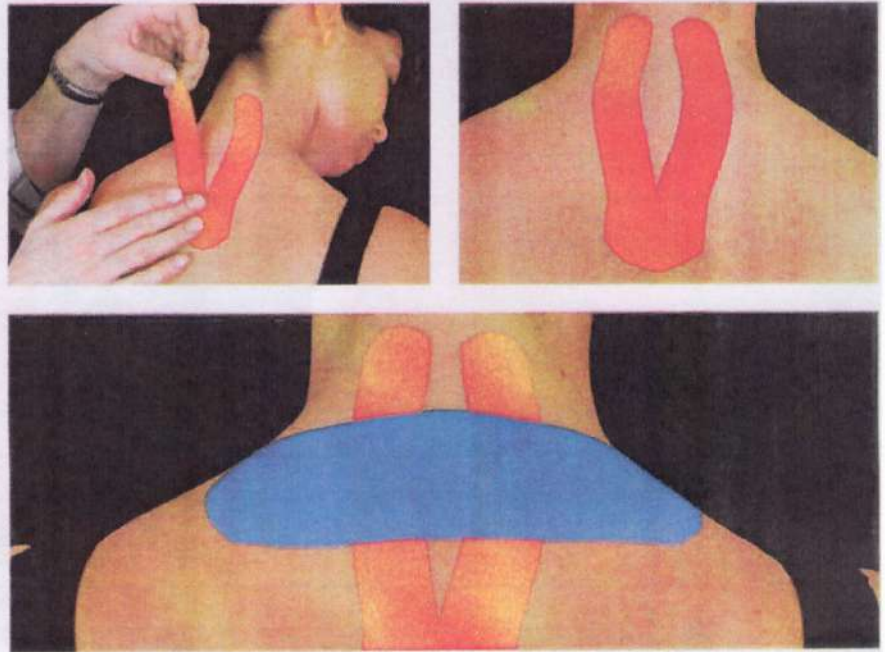
Напівостистий м'яз.

Біль у шиї
Головний біль



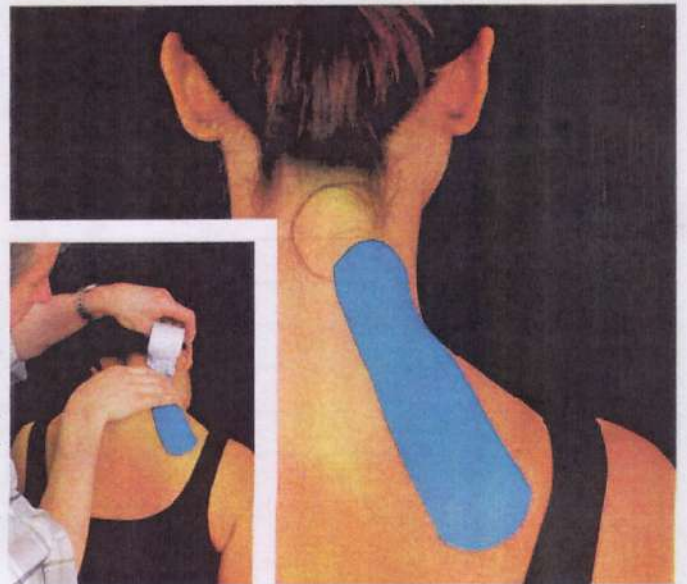
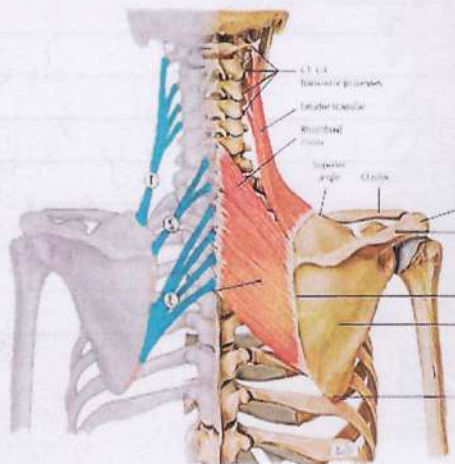
Паравертебральний м'яз шиї.

Верхній перехресний синдром
Головний біль
Хлистова травма
Біль у шиї



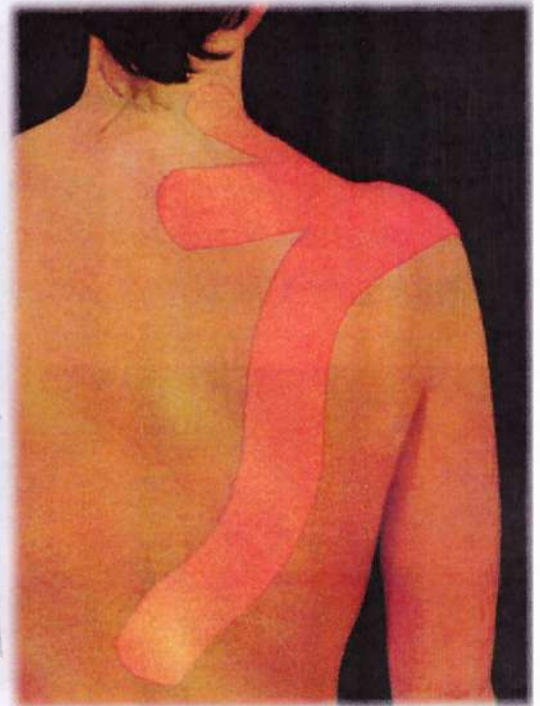
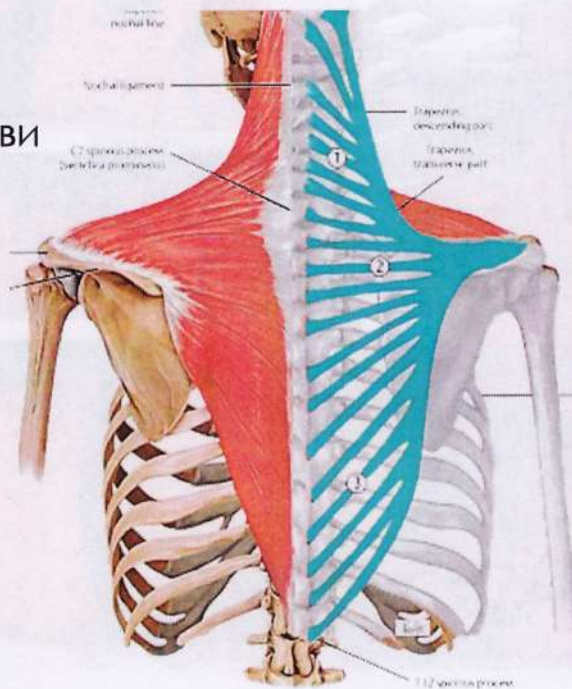
М'яз підіймач лопатки.

Біль у шиї
Тригерні пункти у m.sternocleidomastoideus



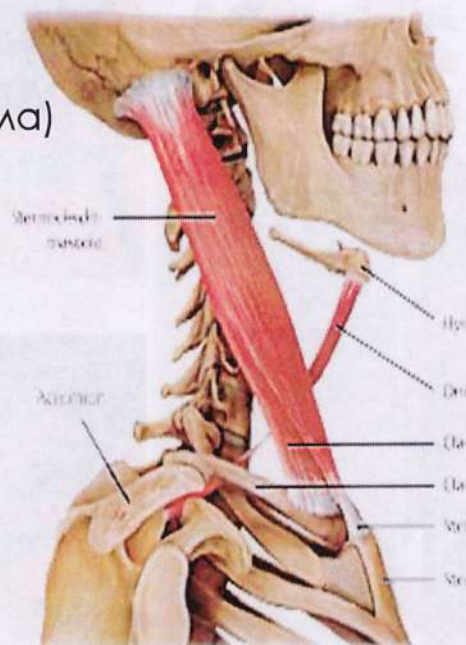
Трапецієподібний м'яз.

Тригерні пункти
Головний біль
Порушення постави



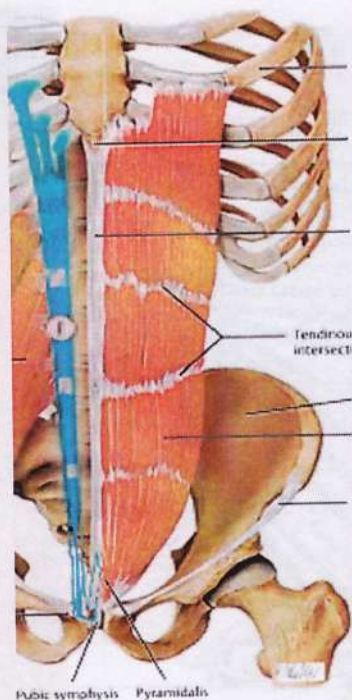
Грудино-ключично-соскоподібний м'яз.

Кривошия
Утруднення дихання(астма)
Тригерні пункти
Головний біль



Прямий м'яз живота.

Гіперлордоз
Нижній перехрестний
синдром
Спонділолістез
Закрите пошкодження
(надрив) м'яза



Наружний косий м'яз живота.

Корекція осанки
Біль в попереку
Асиметрія таза
Сколіоз



Внутрішній косий м'яз живота.

Корекція осанки
Біль в попереку
Асиметрія таза
Сколіоз

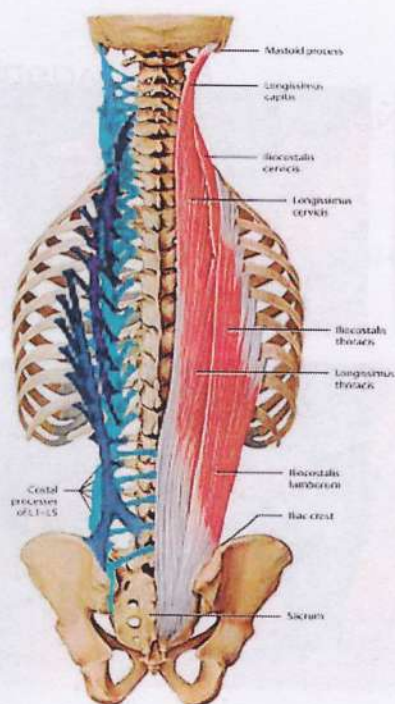


Поперечний м'яз живота.

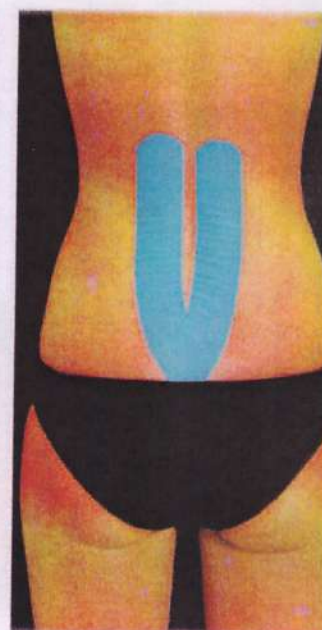
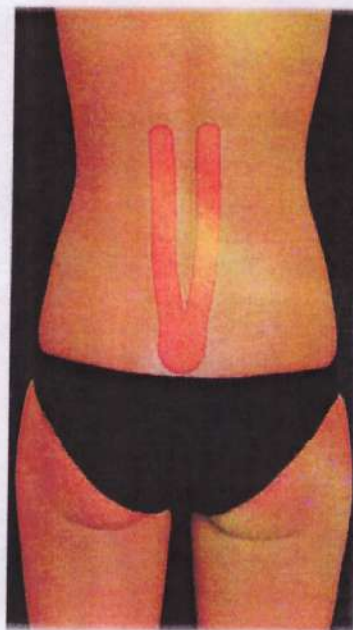
Корекція осанки
Біль в попереку
Сколіоз



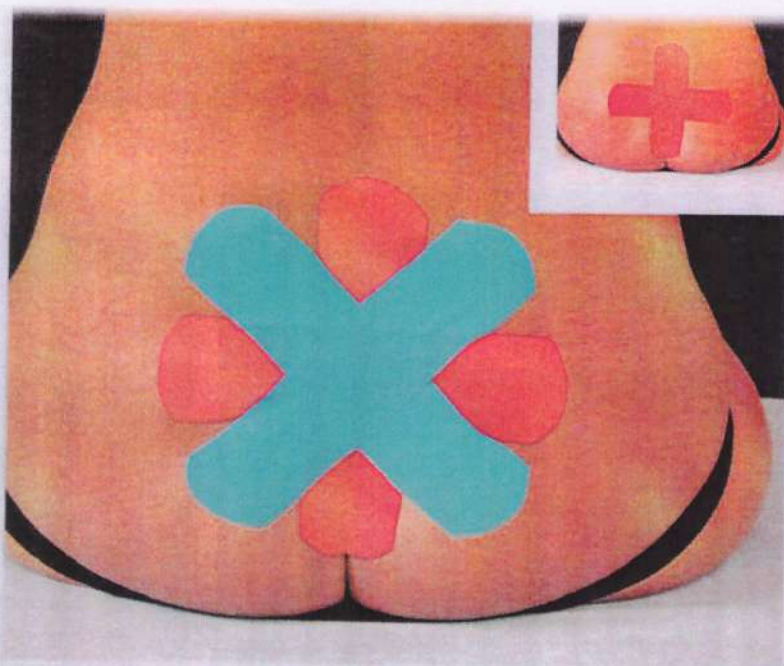
М'яз розгинач хребта



Біль у попереку
НПС

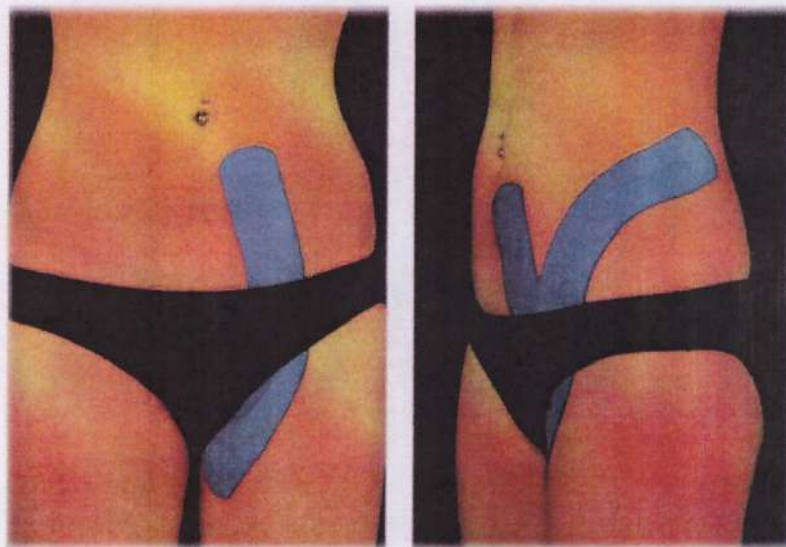
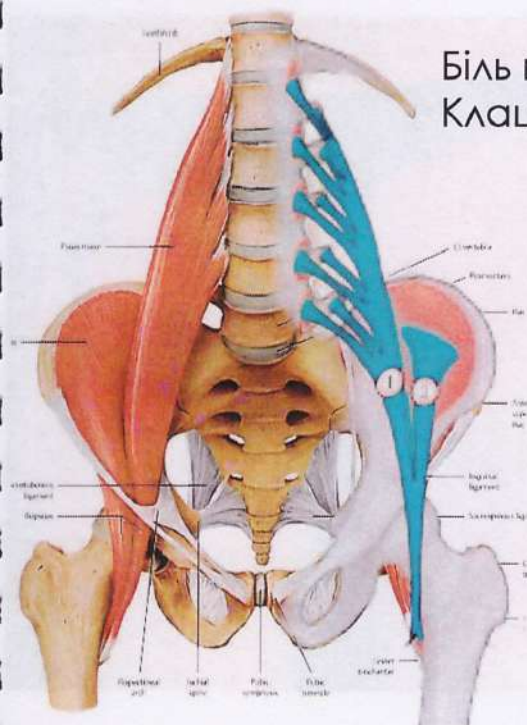


Грижа диска L5-S1.



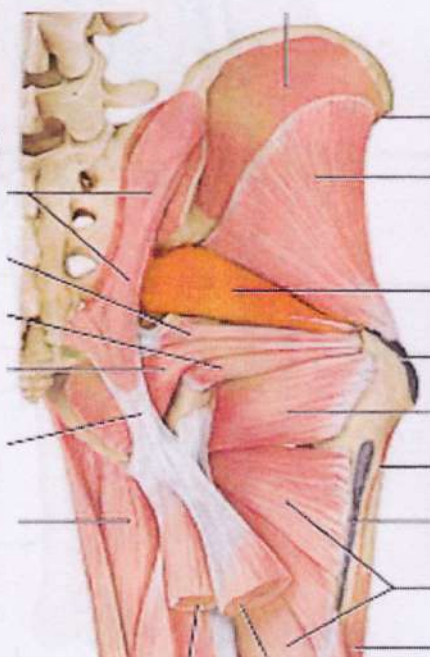
Клубово-поперековий м'яз.

Біль в попереку, артроз кульшового суглоба,
Клацаюче стегно «Snapping» синдром.



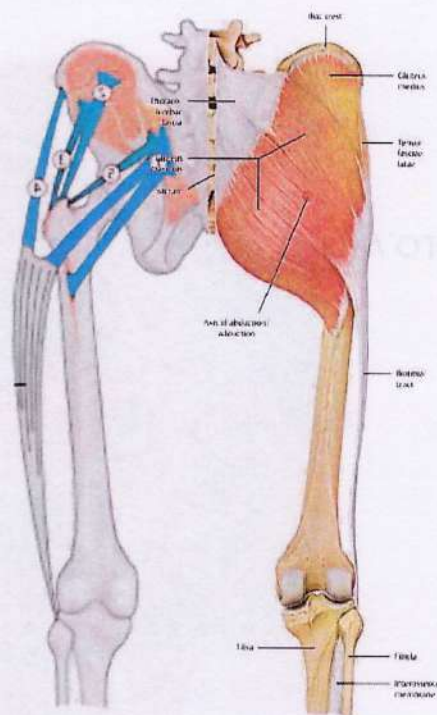
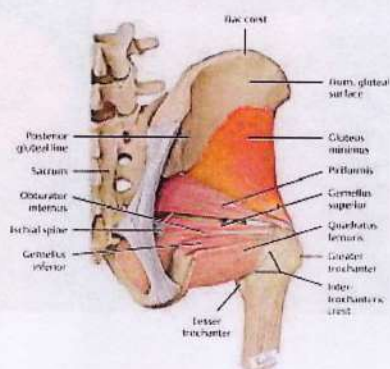
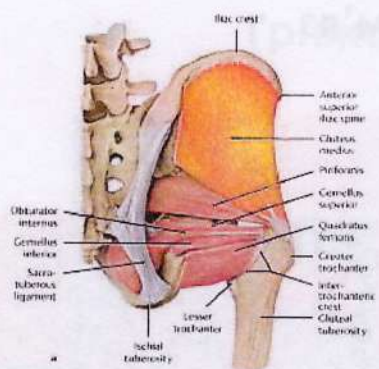
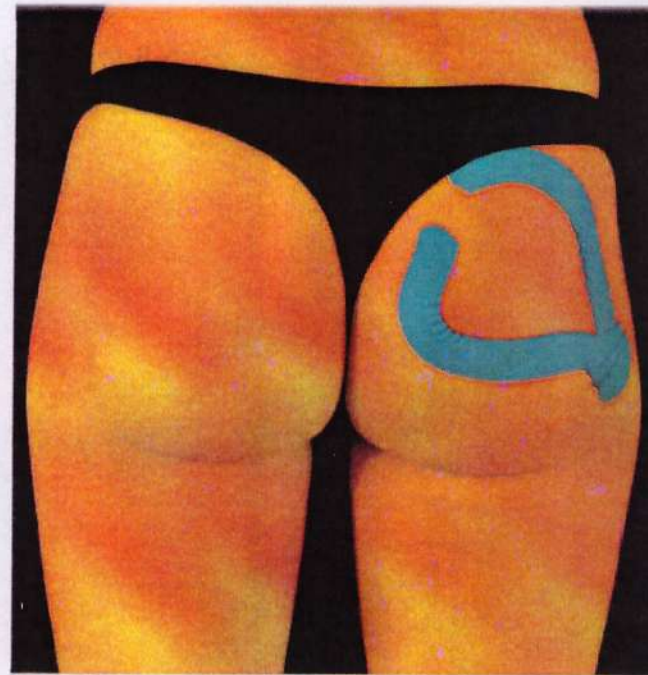
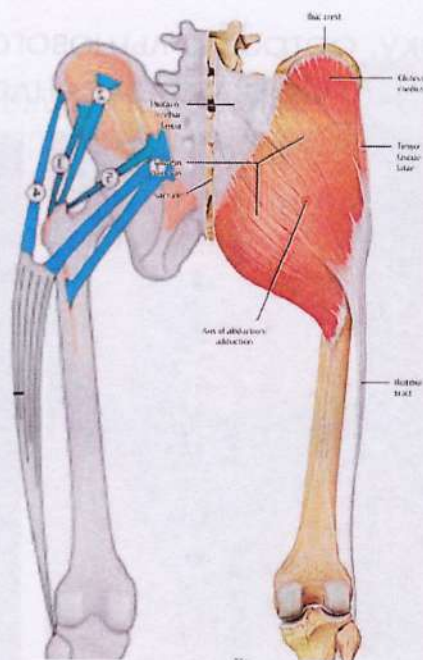
Грушоподібний м'яз.

Ішіас
Синдром
Грушоподібного м'яза



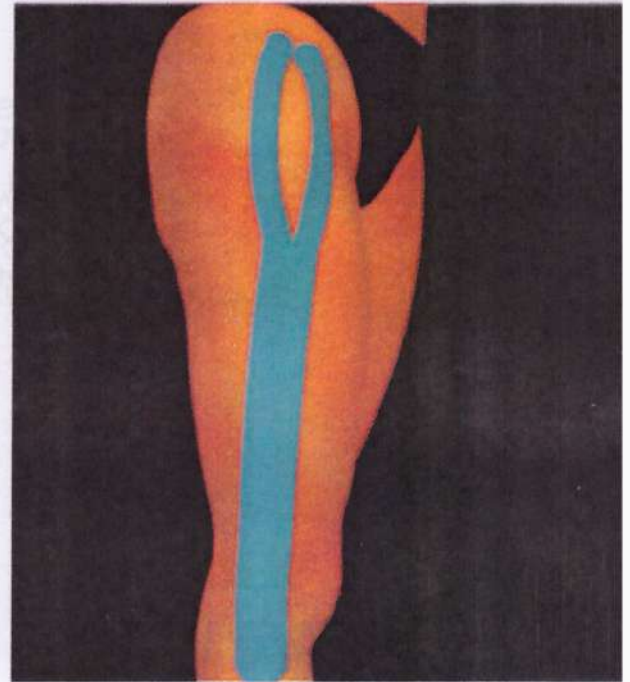
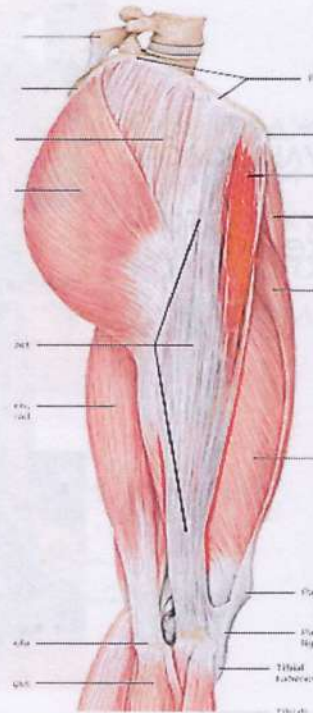
Великий сідничний м'яз.

Артроз кульшового
суглоба
Міозит
Тригерні пункти



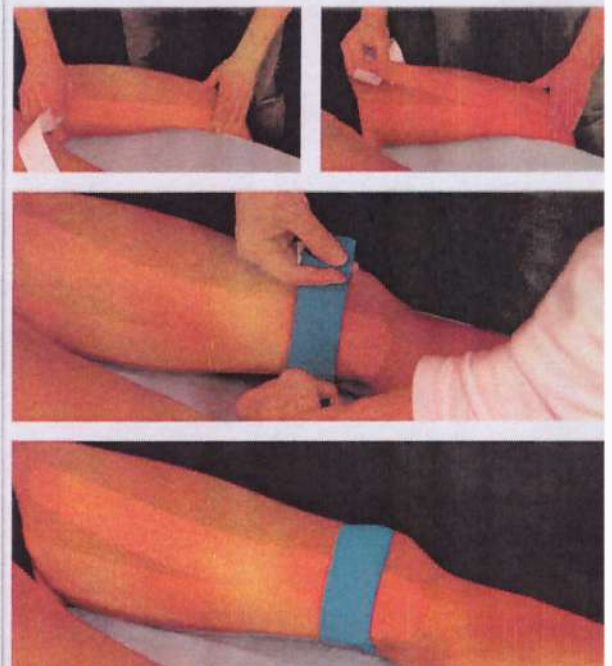
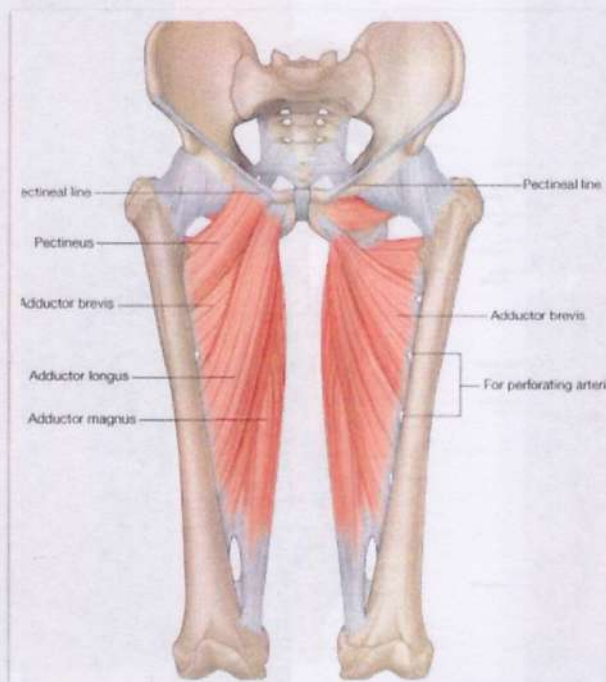
Напружувач широкої фасції стегна.

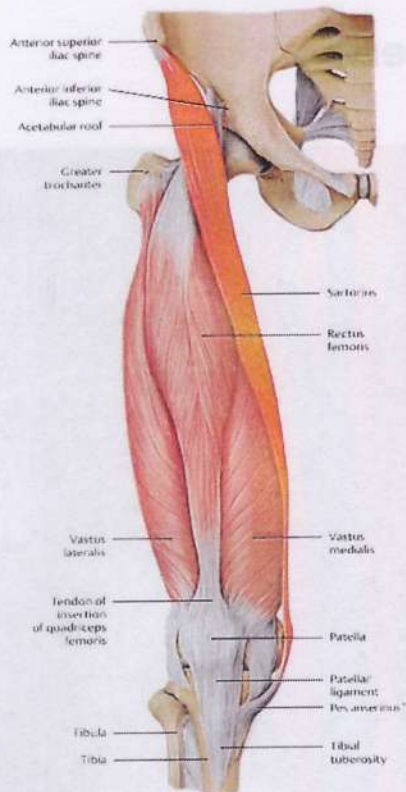
Констипація (закреп)
Спазм товстої кишки
Коліт
Тригерні пункти



Привідна група м'язів стегна.

Пошкодження
П пункти





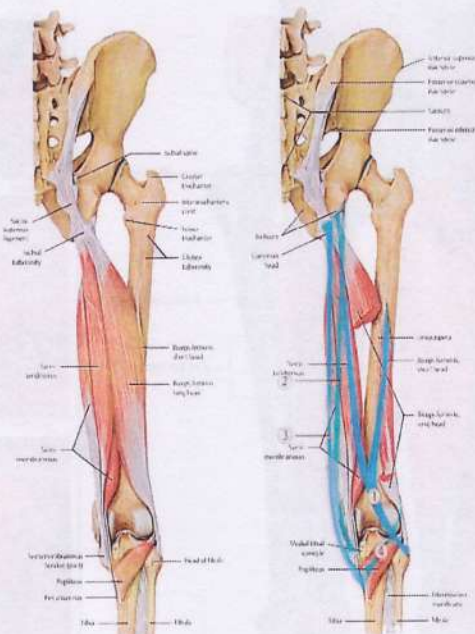
Кравецький м'яз стегна.

Артроз кульшового суглоба
Пошкодження ТТ пункти

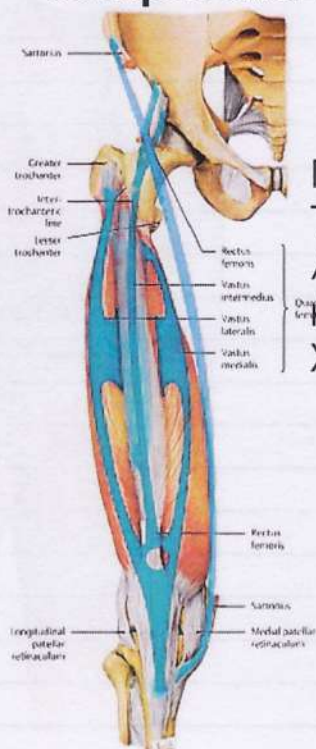
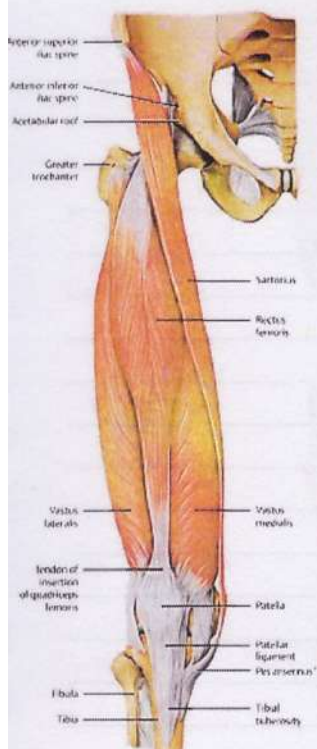


Гамстринг група.

Міозит
ТТ пункти
Пошкодження
Артроз кульшового та колінного суглоба



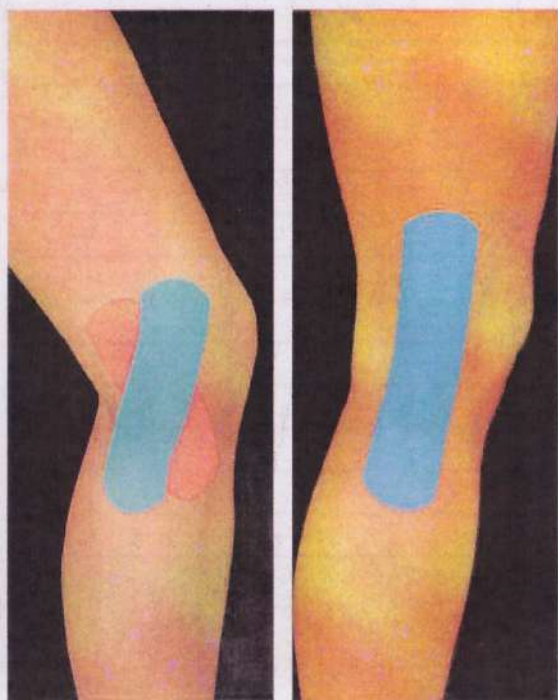
Чотириголовий м'яз.



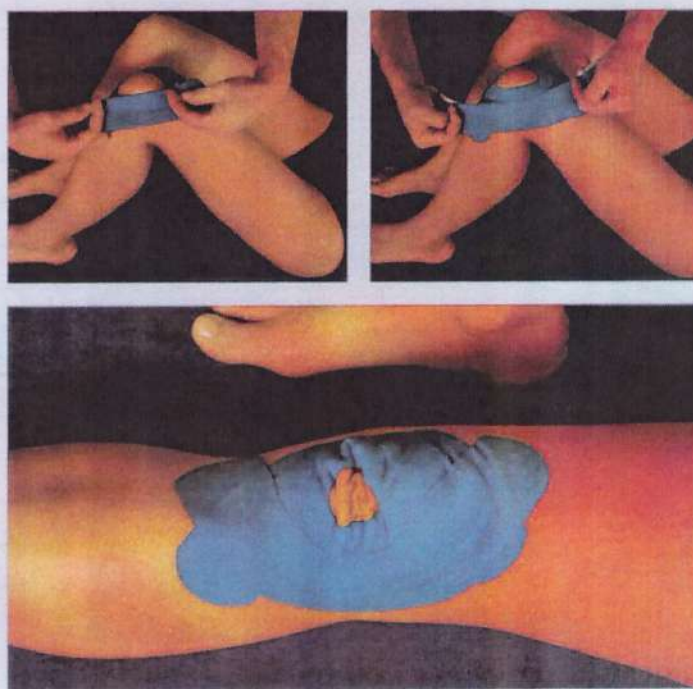
Пошкодження
ТТ пункти
Артроз кульшового та
колінного суглоба
Хондромалія надколінка

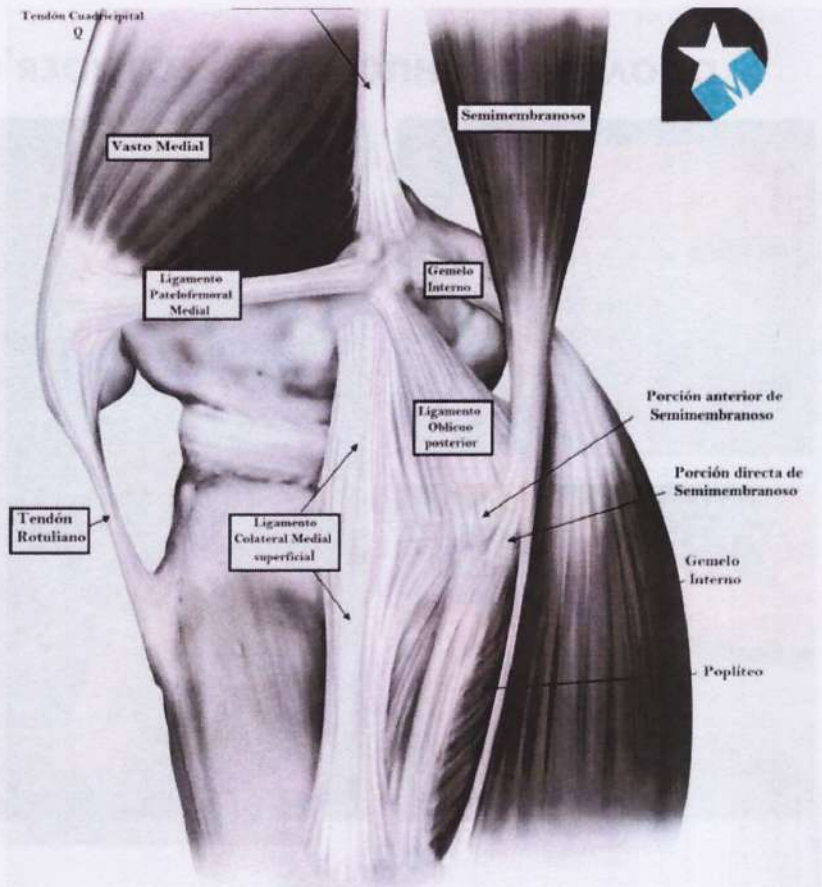


Пошкодження колатеральних
з'язок колінного суглоба.

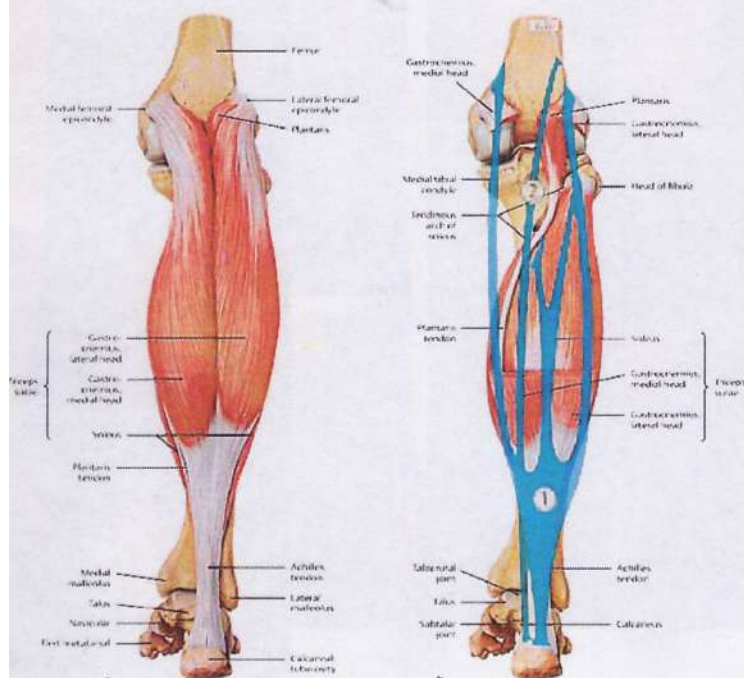


Хондромалія надколінка.





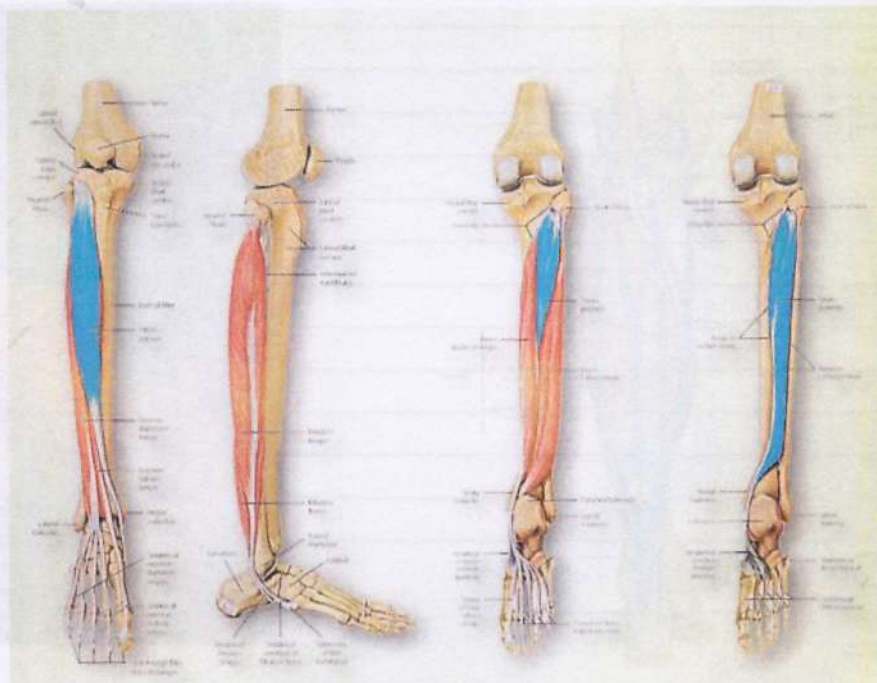
Литковий м'яз. Камбалоподібний м'яз. Ахіліт сухожилля.



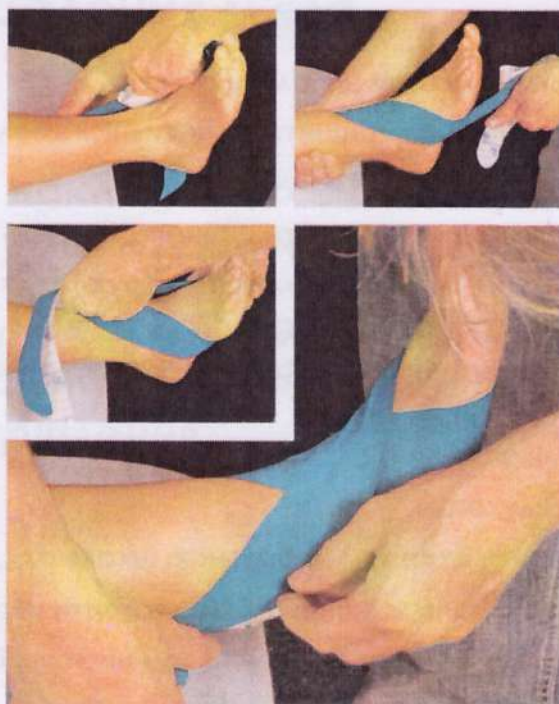


Передній великогомілковий м'яз.

Плоскостопість
Неврологічні
порушення
ТТ пункти



Закрите пошкодження зв'язок гомілковостопного суглоба.



Анамнез. Алгоритм

- Скарги.
 - Пацієнт локалізує скаргу на ділянці тіла.
 - За 100 бальною шкалою оцінити інтенсивність болю.
 - Оцінити 6 рухів у пошкодженому сегменті.
 - За 100 бальною шкалою оцінити найнеприємніше відчуття.
 - Під час пальпації порівняти щільність, структуру тканин з обох боків.
 - Провести диференціальний діагноз та визначити положення найбільшого полегшення, визначити структуру з якою будемо взаємодіяти.
 - Накласти аплікацію.
 - Провести реєдукацію.
 - Повторно оцінити стан за 100 бальною шкалою.
- А) Стало легше. Б) З'явився інший біль (повторити алгоритм).
В) Стало гірше (повторити алгоритм та замінити аплікацію).

Посилення м'яза

- Тейп накладаємо від периферії до центру, зсуваючи шкіру через тейп
- Тейп накладаємо на скорочений м'яз, з максимальним зближенням точок його прикріплення

Ослаблення м'яза

- Тейп накладаємо від центру до периферії, шкіру зсуваємо через тейп
- Тейп накладаємо на розтягнутий м'яз, з максимальним віддаленням точок його прикріплення

