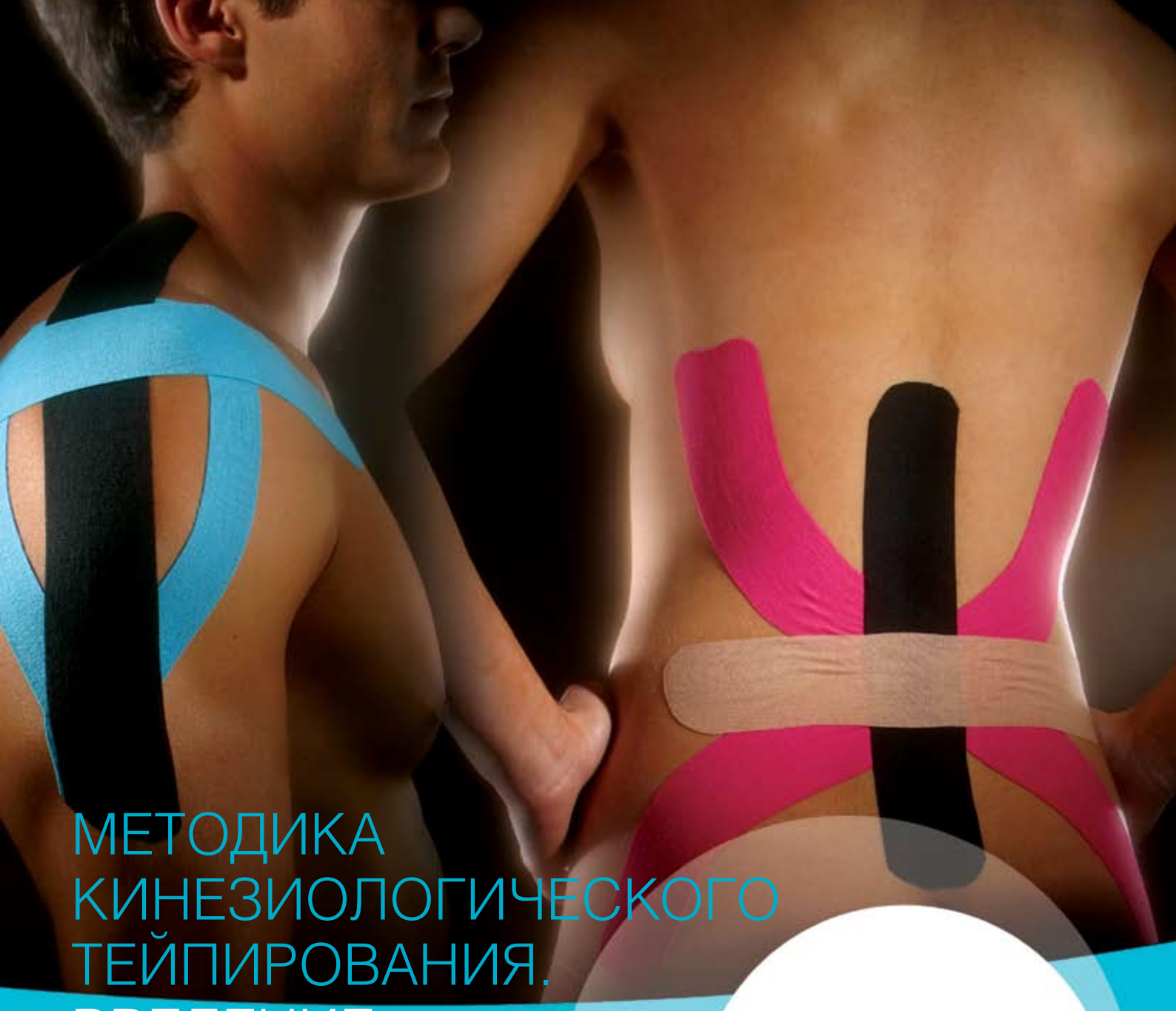


МЕТОДИКА КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ. ВВЕДЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

KINESIO

СОДЕРЖАНИЕ

Свойства Kinesio TexR Tape(KTT) 12
Основа аппликационной техники. 12
Снятие пластыря с бумажной основы 12
Выбор типа полоски для кинезиотейпинга 13
Основы аппликации 13
Натяжение тканей 14
Натяжение пластыря. 14
Направление аппликации 14
Аппликация Y-образной полоской. 15
Аппликация I-образной полоской 15
Аппликация X-образной полоски. 15
Аппликация веерообразной полоски. 15
Аппликация паутинной полоски 16
Аппликация полоски с отверстием 16
Корригирующие техники (КТ) 20
ВВЕДЕНИЕ
Корригирующие техники. «Отдача» 21
Механическая коррекция. (МК) 22
МК. Техника наложения Y-образных полосок 23
с натяжением на «хвостах».
МК. Техника наложения Y-образной полоски. 24
с натяжением на основании.
МК. Техника наложения i-образной 25
полоски с натяжением.
Фасциальная коррекция (ФК) 26
ФК. Репозиция фасции с использованием 27
натяжения на основании Y-образной полоски.
ФК. Мануальная репозиция фасции с последующим 28
наложением пластыря с натяжением на основании полоски.
Послабляющая коррекция (ПК) 29
ПК. Наложение i-образной полоски 30
ПК. ФК, используемая для ПК 31
ПК: использование пластырных полосок с 32
отверстием и с сетчатой нарезкой
Связочная/сухожильная коррекция (СК). 32
Техника связочной коррекции 34
Сухожильная коррекция: 35
Техника наклеивания пластыря.
Функциональная коррекция (ФК) 36
ФК: техника наложения пластыря 37
Лимфатическая коррекция (ЛК) 39
ЛК :техника наложения пластыря 40
Кинезиотейпинг и рубцовые ткани 41
Послабляющая коррекция (ПК) 41
Фасциальная коррекция (ФК) 41
РАЗДЕЛ 2 43
ГОЛОВА И ШЕЯ
Головная боль, вызванная мышечным 44
напряжением (тензионная головная боль [ТГБ]).
Височно-нижнечелюстной сустав (ВЧС) 46
Невралгия тройничного нерва (НТН). 47
Шейный спондилит (ШС) 48
Растяжение мышц в шейном отделе позвоночника. 50
РАЗДЕЛ 3
ПЛЕЧО 53

СОДЕРЖАНИЕ

Синдром манжетки ротаторов 54
Лопаточно-плечевая дисфункция 56
(ЛПД).
Нестабильность плечевого сустава: передняя или многоосевая 58
Передняя нестабильность плечевого сустава 58
Многоосевая нестабильность плечевого сустава 60
Бурситы плечевого сустава 61
Растяжение ключично-акромиального сочленеия 63
«Застывшее» плечо – адгезивный капсулит 65
Тендосиновиит бицепса 68
Нейропраксия плечевого сплетения 70
РАЗДЕЛ 4 73
ТУЛОВИЩЕ И СПИНА
Синдром грудной апертуры 74
Растяжение грудинно-ключичного 76
сустава.
Сколиоз 77
Перелом и ушиб ребра 79
Межрёберная невралгия 81
Костохондроизный разрыв или растяжение 82
Растяжение мышц, выпрямляющих спину. Поясничная область 83
Растяжение и воспаление крестцово – подвздошного сустава 88
Спондилолиз и спондилолистез 89
Миофасциальные боли в пояснице 92
РАЗДЕЛ 5 95
РУКА
Вальгусная деформация в локтевом суставе 96
Бурсит локтевого отростка 98
Переразгибание в локтевом суставе 100
Латеральный эпикондилит плечевой кости 102
Медиальный эпикондилит плеча 105
«Локоть юниора» 108
Повреждение области медиального надмыщелка плеча.
Синдром карпального тоннеля 111
Лимфостаз в области верхних конечностей 115
РАЗДЕЛ 6 119
КИСТЬ И ПРЕДПЛЕЧЬЕ
Повреждение кисти 120
Контрактура де Кервена 123
Повреждение межфаланговых суставов 125
Молотообразный палец 127
Вывихи фаланг 128
«Палец лыжника» 130
РАЗДЕЛ 7 133
БЕДРО И ГОЛЕНЬ
Остеоартрит тазобедренного сустава 134
Бурсит вертельной сумки 136
Ушиб гребня подвздошной кости 138
Ушиб и растяжение квадрицепса бедра 139
Растяжение аддукторов бедра 141
Растяжение мышц, чьи сухожилия ограничивают с обеих 143
сторон подколенную ямку.
Воспаление илиотибиального тракта 145
Медиальный большеберцовый синдром (МБС) 148
Синдром гематомы переднего компартмента 150

СОДЕРЖАНИЕ

Ишиас 151
Лимфедема голени 153
РАЗДЕЛ 8 155
КОЛЕННЫЙ СУСТАВ И ГОЛЕНЬ
Тендинит связки надколенника 156
Тендинит связки надколенника (использование U-образной полоски) 157
Тендинит связки надколенника: верхний и нижний полюса 158
Синдром подвижного надколенника 160
Подвывих надколенника 163
Хондромаляция надколенника 166
Складка коленного сустава 168
Синдром Огсуда-Шляттера и Ларсена-Йохансона 170
Кинезиотейпинг при повреждениях передней крестовидной связки (ПКС) 172
Кинезиотейпинг при повреждениях медиальной коллатеральной связки (МКС) 174
Переразгибание в коленном суставе 177
Повреждение менисков коленного сустава 178
Остеоартрит коленного сустава 180
Бурситы коленного сустава 182
Бурсит или тендинит области «гусиной лапки» 184
Колено бегуна и велосипедиста 187
РАЗДЕЛ 9 189
ГОЛЕНЬ И СТУПНЯ
Плантарный фасцеит 190
Тендинит и тендосиновиит Ахиллова сухожилия 192
Позадипяточный бурсит 195
Синдром Seves или апофизит пяточной кости 196
Растяжение латеральных связок голеностопного сустава 197
Растяжение связок медиальной поверхности голеностопного сустава 201
Подвывих сухожилий, в области малоберцовой кости 203
Hallux valgus 205
Молотообразный палец стопы 207
Вывихи пальцев стопы 208
Переразгибание большого пальца стопы 209
Плюсневая дуга и ее повреждения 210
Неврома Мортона 211
РАЗДЕЛ 10
Комбинированный тейпинг 213
Комбинированный тейпинг при тендините ахиллова сухожилия 214
Комбинированный тейпинг ключично-акромиального сочленения 216
Комбинированный тейпинг при растяжении мышц аддукторов бедра 219
Комбинированный тейпинг при переразгибании в локтевом суставе 230
Комбинированный тейпинг при растяжении мышц, формирующих края подколенной ямки 222
Комбинированный тейпинг при контузии гребня подвздошной кости 232
Комбинированный тейпинг при переразгибании в коленном суставе 226
Комбинированный тейпинг растяжения связок латеральной поверхности голени 228
Комбинированный тейпинг при повреждении медиальной/латеральной коллатеральных связок 230
Комбинированный тейпинг при медиальном/латеральном эпикондилите плечевой кости 232
Растяжение связок медиальной поверхности голеностопного сустава 233
Комбинированный тейпинг плюсневой дуги 234

СОДЕРЖАНИЕ

Комбинированный тейпинг плюсневой дуги с использованием традиционного кинезиотейпинга. 236
Комбинированный тейпинг при тендините сухожилия надколенника 237
Тендинит связки надколенника – комбинированный тейпинг. 238
Комбинированный тейпинг при плантарном фасциите. 239
Комбинированный тейпинг при растяжении/контузии квадрицепса 243
Комбинированный тейпинг при медиальном большеберцовом стресс-синдроме 243
Комбинированный тейпинг при молотообразной деформации пальцев стопы 244
Комбинированный тейпинг вальгусной деформации в локтевом суставе. 246
Комбинированный тейпинг при растяжении кисти 248

СВОЙСТВА KINESIO TEX® TAPE (KTT)

KTT был модифицирован с момента его создания с целью придания ему свойств кожи. Придерживаясь концепции, что аппликации KTT подобна наложению ваших рук на пациента и помня, что по своим свойствам он напоминает кожу пациента, вам будет легче освоить метод кинезиотейпинга. Эластические свойства KTT позволяют увеличивать его длину на 5-6%, что соответствует растяжимости человеческой кожи. KTT следует растягивать только вдоль. Он выпускается наклеенным на бумажное основание с 25% натяжением. Эластические свойства KTT сохраняются в течение 3-5 дней до разрушения эластополимера. Толщина KTT соответствует толщине эпидермиса, что позволяет избежать сенсорной стимуляции при правильном наложении (через 10 минут после аппликации пациент не должен его ощущать). KTT состоит из эластополимера, покрытого 100% хлопковыми волокнами, не препятствующими испарению жидкости с поверхности тела. Он не содержит латекса. Клеевая основа акриловая на 100% и активизируется под воздействием тепла. Кожа перед наклеиванием пластыря должна быть сухой и обезжиренной. Адгезивные свойства клеевой основы, нанесенной волнообразно, не ухудшаются в процессе ношения аппликации. После удаления пластыря следов на коже не остается и, как правило, отсутствует раздражение, что позволяет выполнять неоднократные аппликации. При подозрении на гиперчувствительность кожи к элементам клеевой основы сначала оценивают реакцию кожи на аппликацию небольшого кусочка пластыря.

ОСНОВА АППЛИКАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ

В начале обучения многие специалисты полагают, что возможно освоить эту методику без приобретения большого практического опыта, однако совершают ошибки, связанные с недооценкой состояния пациента и ошибки, связанные с аппликационной техникой. Важно отметить, что для кинезиотейпинга в полной мере пригоден только KTT. Вначале обучающийся должен забыть все, что он знал о традиционном атлетическом тейпинге, и усвоить, что кинезиотейпинг, при правильном использовании, позволит восстановить функцию посредством аппликации пластыря на кожу. Первичный эффект кинезиотейпинга обычно поверхностен, более того, выполнение кинезиотейпинга с избыточным натяжением на пластыре снижает его эффективность.

Кожа перед аппликацией должна быть высушена и обезжирена, при необходимости выбрита. При выполнении аппликации с повышенным потоотделением используется водоупорный пластырь.

СНЯТИЕ ПЛАСТЫРЯ С БУМАЖНОЙ ОСНОВЫ

Помните, что производитель наклеивает пластырь на бумажную основу уже с 25% натяжением. Отслоите пластырь от бумажной основы только на том участке, который неоходим для немедленной аппликации. При работе с Y-образными полосками, например, сначала отслаивайте пластырь только на основании полоски. Помните, что всякое дотрагивание рукой до клеевой основы ухудшает ее адгезивные свойства.

ВЫБОР ТИПА ПОЛОСКИ ДЛЯ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА

Наиболее широко используемые для кинезиотейпинга Y;X;I-образные, веерообразные, «паутинообразные» и полоски с отверстием.
Выбор типа полоски зависит от желаемого лечебного эффекта. Y-образные полоски одни из наиболее широко используемых. Во время аппликации «хвостами» Y-образной полоски часто оклеиваются поврежденные мышцы. Длина Y-образной полоски должна быть примерно на 2 дюйма больше, чем длина поврежденной мышцы, измеряемая от ее начала до места прикрепления.
I-образные полоски могут быть использованы вместо Y-образных при остром повреждении мышцы. Первичная цель такой аппликации в остром периоде травмы – уменьшение отека и боли.
X-образные полоски используются, когда начало и место прикрепления мышцы могут меняться местами в зависимости от вида движения в суставе (например, в случае ромбовидной мышцы).
Веерообразные полоски используются для оптимизации лимфатического дренажа.
«Паутинные» полоски представляют собой модифицированные веерообразные, причем не разрезанными на небольшом протяжении оставляют только концы полоски.
Полоски с отверстием посередине накладываются непосредственно на зону повреждения для борьбы с отеком.
При использовании любого из пяти типов полосок целесообразно перед аппликацией закруглять их углы, что уменьшит вероятность их удаления с кожи.

ОСНОВЫ АППЛИКАЦИИ

Проведя клиническое обследование, специалисты определяют мышцы, кинезиотейпинг которых будет выполняться. Основание полоски наклеивается обычно на 2 дюйма ниже начала или на 2 дюйма выше прикрепления мышцы. Старайтесь максимально точно выполнить эту аппликацию. Всегда убеждайтесь в прочности фиксации основания пластыря перед началом дальнейших движений. Начало и конец полосок при кинезиотейпинге всегда наклеивается без натяжения с целью минимизации дискомфорта со стороны пациента.

НАТЯЖЕНИЕ ТКАНЕЙ

При использовании всех базовых аппликационных техник ткани в месте аппликации должны находиться в натянутом состоянии. Это приводит, при корректном выполнении аппликации, к возникновению характерной волнистости на поверхности пластыря. Наличие волнистости свидетельствует о сохранении нормального кровотока и лимфодренажа в зоне воздействия.

НАТЯЖЕНИЕ ПЛАСТЫРЯ

Эластическими свойствами КТТ 55-60% увеличение длины. Выбор степени натяжения на пластыре критичен при кинезиотейпинге. Общим правилом является то, что недостаточное натяжение на пластыре лучше, чем его избыток. Предусмотренное производителем максимальное натяжение принимается за 100%. Например, если вы работаете с 10-дюймовой i-образной полоской и создали на ней максимально возможное натяжение (40% от общей длины), ее длина станет 14 дюймов. Во время аппликации, если техника требует 25% натяжения, то, очевидно, ее следует растянуть до 11 дюймов.

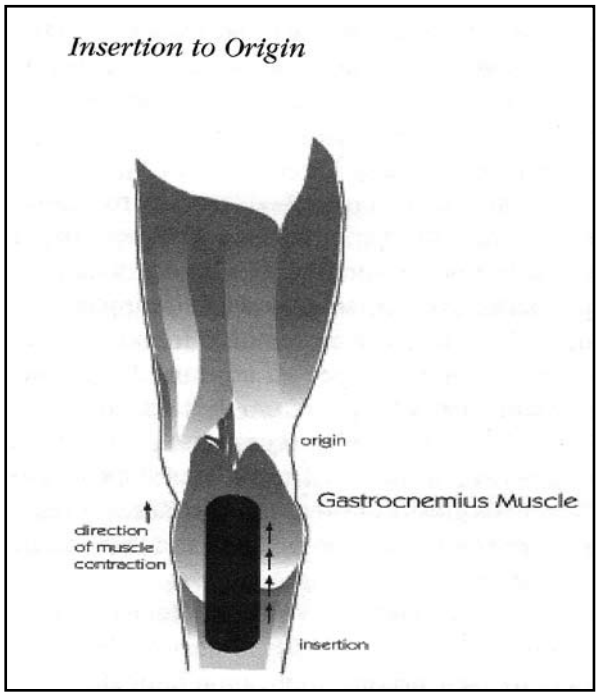
Натяжение пластыря определяется следующими терминами:

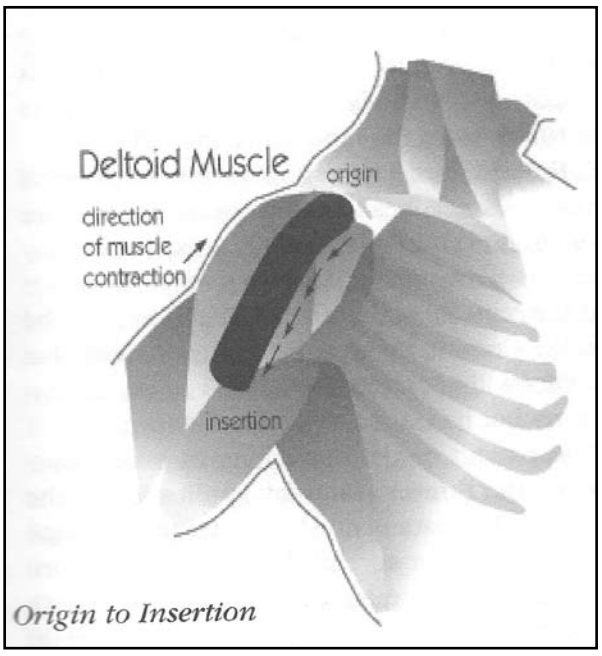
– полное – 100%
– сильное – 75%
– умеренное – 50%
– легкое – 15-25%
– очень легкое 0-15%
– без натяжения.

НАПРАВЛЕНИЕ АППЛИКАЦИИ

Для травмированных мышц в остром периоде кинезиотейпинг выполняется от места прикрепления к началу мышцы для подавления ее функции. Для хронической мышечной слабости с целью облегчения мышечных сокращений – в обратном направлении.

При кинезиотейпинге от места прикрепления к началу мышцы используется 15-25% натяжение пластырем (то есть натяжение, с которым он наклеен производителем на бумажное основание). Помните, что дефицит натяжения гораздо лучше его избытка. При кинезиотейпинге от начала к месту прикрепления мышцы используется 25-50% натяжения пластыря (при такой степени видна легкая сепарация эластических волокон КТТ).





АППЛИКАЦИЯ –Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКОЙ

После адекватной подготовки кожи основаниеY-образной полоски наклеивается без натяжения. После приведения тканей в области тейпинга в натянутое состояние, выполняется наклеивание «хвостов» Y-образной полоски. Натяжение создается по всей длине «хвоста» за исключением последнего 1-2 дюймов, которые наклеиваются без натяжения. Растирающими движениями пальца по поверхности пластыря добиваются его надежного приклеивания до изменения положения тканей в зоне воздействия. При использовании Y-образной полоски с тремя «хвостами», третий наклеивается непосредственно на брюшко мышцы. Напомните пациенту, что в течение 20 минут происходит полное приклеивание пластыря, в это время не желательно выполнять физические упражнения. Аппликацию можно носить в течение 3-4 дней, купаться в ней и плавать, но просушивать без искусственного источника тепла.

АППЛИКАЦИЯ I-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКОЙ

Основные принципы такие же, как при аппликацииY-образной полоской, только вместо оклеивания «хвостами» брюшка мышцы, полоска наклеивается непосредственно на область повреждения или боли. Эта техника оптимальна в остром периоде травмы, по прошествии которого может быть заменена на аппликацию Y-образной полоской.

АППЛИКАЦИЯ X-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ

Используется на мышцах, проходящих через 2 сустава, значительно изменяющих свою длину на фоне сокращения. Необходимая длина полоски определяется на растянутой мышце. Натяжение создается на средней трети полоски, которая наклеивается на брюшко мышцы, «хвосты» наклеиваются без натяжения.

АППЛИКАЦИЯ ВЕЕРООБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ

При аппликации мышца должна находиться в растянутом состоянии. Для лимфатической коррекции используется 0-15% натяжение на «хвостах» веерообразной полоски, которая наклеивается над областью отека, а основанием в области лимфатического коллектора.

АППЛИКАЦИЯ ПАУТИННОЙ ПОЛОСКИ

При сохранении целостности обоих концов I-образной полоски, средняя часть ее разрезается на 4-8 тонких продольных полос. Пациента просят совершить движение в суставе в максимально возможном объеме, наклеивают одно основание, затем с 0-15% натяжением нарезанную среднюю часть и, наконец, второе основание.

АППЛИКАЦИЯ ПОЛОСКИ С ОТВЕРСТИЕМ

Начните с вырезания отверстия в центре 8-дюймовой I-образной полоски, каждый из концов которой на глубину на 2 дюйма по длине, разрежьте на 2-3 хвоста. Попросите пациента совершить движения в суставе в максимально возможном объёме, создайте 25-50% натяжение на полоске и наклейте её отверстием непосредственно на зону воздействия. При использовании нескольких полосок уменьшайте степень натяжения на каждой из них.

УДАЛЕНИЕ ПЛАСТЫРЯ

По прошествии нескольких дней акриловая клеевая основа прочно удерживает пластырь на коже. Удалять его проще, если пациент только что вышел из ванны или пластырь просто оказался влажным. Полоски снимают сверху вниз, по направлению роста волос на коже. Отделив от кожи участок пластыря, в образовавшееся пространство вводят палец и отклеивают им кожу от пластыря, а не наоборот. Если пытаться удалять аппликацию рывком, неизбежно развивается раздражение и воспаление кожи. В таких случаях используются минеральные масла или магнезиальное молоко.

ВОЗМОЖНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА

1. Некоторые пациенты имеют избыточный волосяной покров на теле и не желают его сбривать.
2. Невыдерживание срока в 20-30 минут от завершения аппликации до проявления полной адгезивной способности клея приводит к смещению пластыря на коже.
3. Иногда при наклеивании пластыря на фоне физической активности используют адгезивные спреи, в таком случае удаление аппликации станет большой проблемой из-за её сильной фиксации.
4. Пациенту обязательно следует объяснить, что аппликация должна находиться на коже в течение 3-4 суток, что её не нужно снимать принимая ванну, плавая, а лишь промокнуть после указанных действий полотенцем.

ТРУДНОСТИ В ОВЛАДЕНИИ ТЕХНИКОЙ АППЛИКАЦИИ

Изучая кинезиотейпинг, прежде всего следует забыть всё, что вы знали об атлетическом тейпинге, о больших натяжениях пластыря, о том, что на терапевтический эффект можно рассчитывать, лишь ограничивая или способствуя движению в суставе в каком-то направлении. В кинезиотейпинге критично клиническое обследование мышц в зоне повреждения, выбор коррегирующей техники, наблюдение и переоценка, а если надо, то и изменение терапевтической тактики в динамике.

РАЗМЕРЫ И ТИПЫ ПЛАСТЫРЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА

Самым широко используемым КТТ является двухдюймовый (5 см), 5,4-ярдовый (5 м) пластырь.
Он бывает естественного, красного, голубого, чёрного цветов. Последний – водоустойчив, стоит дороже и для сохранения стоимости лечения на прежнем уровне, его в бобине на 1 м меньше. Для клинического лечения доступны бобины двухдюймового (5 см) КТТ, длиной 34,5 ярдов (31 м).

Пластыри тёмных цветов (чёрный и красный) поглощают больше тепла и температура под ними несколько выше, чем под голубым пластырем, в остальном же они равнозначны.

ОВЛАДЕНИЕ СЛОЖНЫМИ ТЕХНИКАМИ АППЛИКАЦИИ

Работая со сложной техникой аппликации, не допускайте неточностей в использовании базовых (основных) корригирующих техник, из которых она состоит. Помните о подготовке кожи к аппликации, правильном отделении пластыря от бумажного основания, выборе ширины пластыря, натяжении тканей, натяжении на пластырной полоске, направлении аппликации, времени для прочной фиксации клеевой основы, правильном удалении пластыря с кожи. При выполнении многослойных аппликаций, первой накладывается та, которая реализует терапевтическую задачу первостепенной важности. Многослойная аппликация создаёт зачастую интерференцию (взаимное наложение) в проприоцептивной импульсации вместо ясной сенсорной картины. Обезболивание обычно достигается кинезиотейпингом мышцы от места прикрепления к началу в сочетании с послабляющей коррекцией или лимфатической коррекцией. Причём лимфатическая или послабляющая коррекции используются в течение первых 24-72 часов, затем сменяясь механической коррекцией, если это необходимо.
Один из основных принципов кинезиотейпинга – «меньше – лучше». Меньшее количество слоёв аппликации, меньшее натяжение на пластыре, меньшее давление кнутри зачастую обеспечивают больший клинический эффект.
Не может быть переоценено общение с пациентом, контроль за его состоянием в динамике, изменение при необходимости лечебной тактики.
Приведённые в книге примеры – не инструкции, а рекомендации, сделанные на основании клинической эффективности методик. Выбор оптимального метода лечения – вопрос компетенции специалиста.

ВВЕДЕНИЕ В КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНИКИ

РАЗДЕЛ 1

КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНИКИ (КТ)
ВВЕДЕНИЕ

КТ являются логическим продолжением и развитием метода кинезиотейпинга. С момента введения в практику в 1973 году последнего, КТ продолжали разрабатываться; и это касалось не только теоретических основ, но и практических приёмов. Специалисты по кинезиотейпингу приобретают навыки не только на семинарах, но и на практических занятиях. Мы систематизировали и несколько формализировали КТ для облегчения усвоения их специалистами по кинезиотейпингу. Во время семинаров по кинезиотейпингу специалисты традиционно проходят несколько ступеней подготовки: во-первых, основные концепции методики, во-вторых, изучение основных практических приёмов, в-третьих, практическое использование полученных знаний на пациентах, в-четвёртых, дополнительные семинары по наиболее сложным концепциям и, наконец, в пятых, зачастую, общая фрустрация от применения на практике наиболее сложных концепций без реального понимания теоретических основ методики. Особенно часто трудности возникают, когда к работе приступает специалист, не прошедший тренинг по КТ. Многие специалисты полагают каждый клинический случай уникальным, что заставляет их изучать каждую клиническую методику в отрыве от остальных, не рассматривая их взаимосвязи. Это неверно.

Клиническое использование кинезиотейпинга подразумевает использование нескольких элементов (техник) с реализацией присущих каждой из них специфических эффектов. Специалист вначале оценивает состояние пациента, определяет поражённые мышцы и именно с них начинает целебное воздействие. Как только поражённые мышцы подверглись кинезиотейпингу, время использовать КТ, дабы помочь организму в исправлении ситуации.
Выделяют 6 видов КТ: механические, фасциальные, послабляющие, связочные/сухожильные, функциональные и лимфатические. Естественно, области применения многих из них взаимно перекрываются, но именно специалист по кинезиотейпингу определяет необходимость и очерёдность использования этих методик.

КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНИКИ. «ОТДАЧА»

Механическая коррекция использует эластические свойства пластыря (Kinesio Tex Tape) и дополнительно прилагаемое давление кнутри, обеспечивающее позиционную стимуляцию через кожу. Выраженность стимуляции определяется степенью растяжения пластыря в момент аппликации и прилагаемым давлением кнутри.

Три наиболее используемых варианта этой техники:

1) с использованием основания Y-образной полоски для генерации натяжения.

2) с использованием «хвостов» Y-образной полоски для генерации натяжения.

3) с использованием натяжения центральной части i-образной полоски.

Механическая коррекция, обычно, подразумевает использование от умеренного до выраженного (50%-75%) натяжения, вплоть до максимального, если это необходимо.

Фасциальная коррекция «удержание» удержание или фиксацию фасции в желаемом положении с помощью пластыря (Kinesio Tex Tape). Чаще используются две методики:

1) мануальная репозиция фасции с последующим удержанием её пластырем.

2) создание натяжения с помощью осциллирующих движений при наложении пластыря (это вызывает движение фасции с последующей фиксацией). Фасциальная коррекция подразумевает использование лёгкого или умеренного натяжения (25%-50%).

Послабляющая коррекция «лифтинг» имеет целью создание большего пространства непосредственно над областью боли, воспаления и отёка. Считается, что такой манёвр приводит к снижению внутритканевого давления за счёт лифтинга кожи.

Обычно используется одна из трёх техник:

1) руками создаётся желаемая конфигурация мягких тканей с последующей фиксацией их пластырем(KinesioR Tape Tex).

2) используется фасциальная осциллирующая техника.

3) используются эластические свойства пластыря (Kinesio Tex Tape) для смещения и фиксации соединительной ткани в желаемой области. Послабляющая коррекция подразумевает использование от лёгкого до умеренного натяжения (25%-50%).

Связочно-сухожильная коррекция «давление» выполняется для создания усиленной стимуляции над областью связки и/или сухожилия, влекущей усиленную стимуляцию механорецепторов. Считается, что организмом это воспринимается как проприостимуляция, симулирующая состояние ткани, находящейся в менее повреждённом состоянии.

Связочная техника: пластырь (Kinesio Tex Tape) клеится над связкой с натяжением от умеренного до выраженного (50%-75%).

При выполнении сухожильной техники над сухожилием с аналогичным натяжением. В обеих техниках специалист может использовать и полное натяжение.

Функциональная коррекция «пружинирование» используется, если специалист ставит целью генерацию сенсорной стимуляции для ассистирования или ограничения движений.Пластырь клеится на кожу с натяжением от умеренного до полного (50%-100%) на фоне активных движений. Усиленная стимуляция механорецепторов действует как преднагрузка к моменту достижения предельных амплитуд при движении.

Лимфатическая коррекция «Туннелирование» используется для создания областей с низким внутритканевым давлением под пластырем, служащих своеобразными тоннелями для направления экссудата к ближайшему лимфоузлу.Пластырь клеится основанием около лимфоузла, к которому «направляется» экссудат, а остальной пластырь наклеивается веерообразно без или с очень малым (0%-15%) натяжением.

Было бы хорошо, если бы после тренинга по КТ специалист мог выбрать одну или несколько методик, сообразных состоянию пациента, а не ограничивался лишь виденными на фото или семинарах. Следует помнить о возможности использования нескольких КТ, сообразных с состоянием пациента и терапевтическими решениями. Зачастую аналгезия является одной из первых клинических целей, что обуславливает выбор «послабляющей» или лимфатической КТ. По достижению аналгезии механическая или фасциальная КТ могут оказаться методиками выбора.Таким образом, курс лечения определяется потребностями пациента, а не догмами.

МЕХАНИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ. (МК)

МК, по природе своей, относится к позиционным методикам, а не к попытке удержать сустав или ткани в фиксированном положении. В МК используется свойство пластыря (Kinesio Tex Tape) фиксироваться в состоянии от умеренного до выраженного натяжения с последующей стимуляцией механорецепторов. Выраженность последней определяется комбинацией степени натяжения пластыря и величины давления кнутри, сгенерированного в процессе его наложения. Задача специалиста – поиск соответствия между методикой наложения пластыря и потребностями пациента. Методика МК нацелена на определённое позиционирование мышц, фасций или суставов с генерацией сенсорной стимуляции, с одной стороны, и адаптацией организма к ней – с другой. Функциональная поддержка осуществляется без ограничения объёма движений или нарушения циркуляции. При МК генерируемая сенсорная стимуляция приводит к такой реакции организма пациента, которая направлена на минимизацию натяжения, созданного при наложении пластыря, либо к блокировке сустава или тканей: во-первых, использование мануальной техники, во-вторых, использование эластических свойств пластыря (Kinesio Tex Tape). При использовании мануальной техники ткани помещаются в нормальную или желаемую позицию с использованием позиционирования суставов или миофасциального высвобождения с последующим наложением пластыря. Если для корректного позиционирования тканей используются эластические свойства пластыря (Kinesio Tex Tape), то натяжение может создаваться либо за счёт основания Y-образной полоски (тогда «хвосты» при наклеивании служат для рассеивания натяжения), либо за счёт «хвостов» её (тогда основание Y-образной полоски клеится без натяжения, а «хвосты» – с максимальным натяжением по длине, кроме концов, которые клеятся без натяжения).

Третий метод использует генерацию натяжения в центральной части i-образной полоски пластыря с одномоментным приложением давления кнутри при его наклеивании. Приблизительно 6-8-дюймовая i-образная полоска наклеивается с созданием от умеренного до полного натяжения посередине на сустав или ткани с приложением давления кнутри. Ожидаемый эффект метода – ограничение подвижности сустава или тканей. Какой бы метод не был выбран для наложения пластыря, он основан на эластических свойствах последнего. Будучи наклеенным, пластырь, создавая тягу, генерирует сенсорную импульсацию, которая может быть использована для вызывания коррегирующих реакций со стороны организма либо для простой иммобилизации тканей.

Эластические свойства пластыря Kinesio Tex Tape максимально проявляются при генерации натяжений до 50% от возможного. При больших натяжениях эластические свойства полимера снижаются.

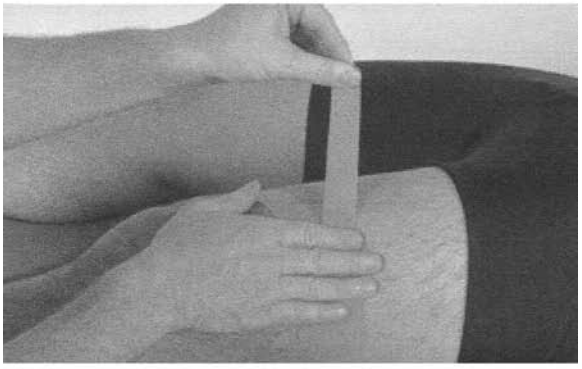
Приложение давления кнутри во время наложения пластыря позволяет стимулировать механорецепторы глубоколежащих тканей.

Комбинация высоких натяжений и давления кнутри – ключевой компонент МК.

МК. ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ Y-ОБРАЗНОЫХ ПОЛОСОК С НАТЯЖЕНИЕМ НА «ХВОСТАХ»

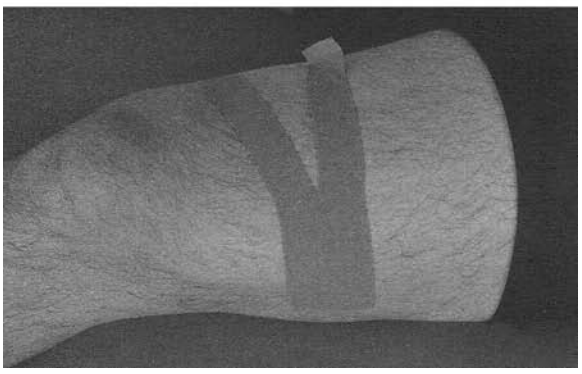
Эта техника использует эластические свойства пластыря для позиционирования тканей в направлении к основанию полоски. Степень натяжения и величина давления кнутри определяют глубину и восприятие, генерируемые смещением тканей. При использовании техники с натяжением на «хвостах» полоски, специалист прибегает к достаточно тонкой стимуляции.

1) Начинайте наклеивать основание Y-образной полоски без натяжения. Приклейте основание до начала «хвостов» полоски безо всякого натяжения.



2) Приложите от умеренного до выраженного натяжения (50%-75%). Ещё большее натяжение допустимо при наложении пластыря над сухожилиями или связками. Натяжение в продольном направлении комбинируется с давлением кнутри.

3) Когда достигнута желаемая степень натяжения «хвоста» полоски, скользя рукой, которая фиксировала основание, приклейте его, оставив ~1 дюйм неприклеенным.

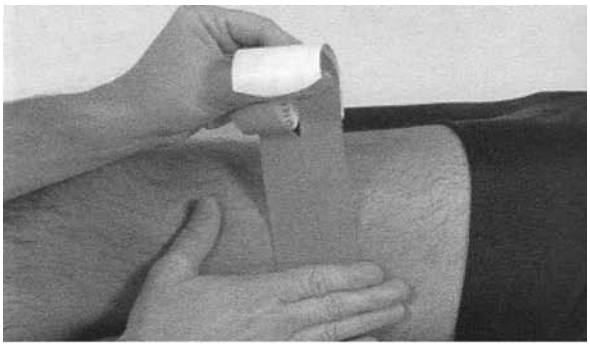


4) Приклейте последний дюйм без натяжения. Если необходимо, перед приклеиванием последнего дюйма совершите движение в суставе в полном объёме.

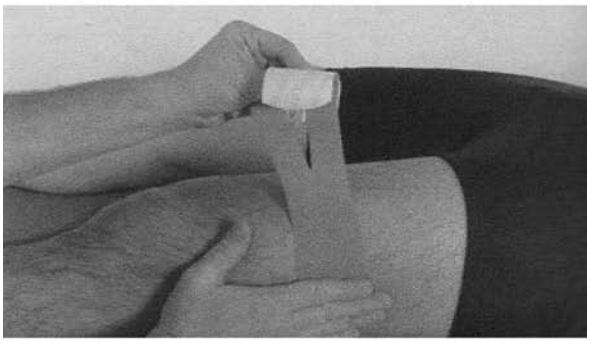
МК. ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ С НАТЯЖЕНИЕМ НА ОСНОВАНИИ

Эта техника использует основание Y-образной полоски для генерации натяжения. Степень натяжения и величина давления кнутри определяют глубину и восприятие, генерируемые смещением тканей.

Начинайте наклеивание безо всякого натяжения.



Приложите от умеренного до выраженного натяжения. Более значительное натяжение может использоваться над сухожилиями или связками. Натяжение комбинируется с приложением давления кнутри.Перед приклеиванием основания полоски, зачастую, целесообразно фиксировать сустав в положении, стимулирующем или ограничивающем объём движений.



Когда к основанию Y-образной полоски приложено желаемое натяжение, скользящим движением другой руки приклейте её вплоть до конца зоны натяжения.

Уложите и приклейте «хвосты» полоски на фоне движений в суставе в полном объёме. Приклеивайте их в разведённом положении для рассеивания натяжения, генерируемого основанием полоски по возможно большей площади.

МК. ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ I-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ С НАТЯЖЕНИЕМ

Эта техника подразумевает генерацию натяжения в середине i-образной полоски для достижения эффекта блокирования движения, который зависит от степени натяжения полоски и величины приложенного при наложении давления кнутри.

Начните с приклеивания центра 6-8 дюймовой i-образной полоски к коже непосредственно над тканями, нуждающимися в терапевтическом воздействии. Приложите к полоске 50 – 100% натяжение. Приклейте полоску, комбинируя натяжение и давление кнутри. Используйте полоску для создания блокировки или ограничения движений в суставе или тканях.

Попросите пациента совершить движение, сопровождающееся растяжением сустава или тканей, подвергающихся терапевтическому воздействию. Приклейте концы i-образной полоски без натяжения, дабы вызвать рассеивание прилагаемого натяжения. На фотографии изображена аппликация примерно 1/2 i-образной полоски по латеральному краю надколенника для предотвращения его смещения.

ФАСЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ (ФК)

ФК имеет целью восстановление пространственных соотношений фасций. Наложенный пластырь должен предотвращать смещение фасций в нежелательное положение. Методика оказывает корригирующее воздействие на фасцию через смещение кожи посредством эластических свойств Kinesio Tex® Tape.

Фасция представляет собой соединительную ткань, связывающую различные слои тканей, а также ткани в пределах одного слоя. Фасция похожа на трёхмерную паутину, лежащую между слоями тканей и, естественно, любое острое или хроническое воспаление в ней будет препятствовать движению тканей.

ФК подразумевает использование двух методик. Первая, используя эластические свойства пластыря, нацелена на репозицию фасции с последующим ограничением её движения, вторая же использует пластырь лишь для фиксации фасции после мануальной миофасциальной терапии. Просто после мануального воздействия фасция фиксируется в желаемом положении одной рукой, другой же рукой производится наложение Y-образной полоски пластыря, фиксирующей ткани в желаемом положении. Принципиальное отличие ФК от МК в отсутствии давления кнутри при наложении пластыря при ФК.

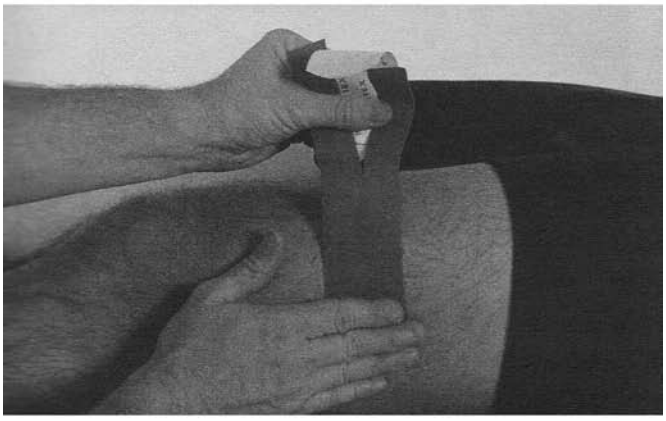
Давление кнутри прилагается при наложении пластыря только тогда, когда специалист хочет воздействовать на глубоколежащие ткани.

Одной из техник аппликации пластыря является осциллирующая техника.При ней основание Y-образной полоски клеится на 1/2 – 1 дюйм ниже зоны воздействия и придерживается одной рукой. Другой же рукой во время наклеивания оставшегося пластыря совершаются осциллирующие движения в продольном направлении, иногда в сочетании с давлением кнутри, если необходимо оказать лечебное воздействие на глубоколежащие ткани. Эта техника несколько ограничивает эластические свойства пластыря.

ФК. РЕПОЗИЦИЯ ФАСЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАТЯЖЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ

При использовании этой методики эластические свойства пластыря симулируют мануальное воздействие. Пластырь накладывается с использованием осциллирующей техники для уменьшения давления и адгезии в и между фасциальными слоями. Эта методика не столь эффективна, как мануальное воздействие, но представляет одну из терапевтических опций.

Приклейте основание Y-образной полоски примерно на 1/2 – 1 дюйм ниже локализации фасции, подвергаемой воздействию, без натяжения.



Прилолжите от лёгкого до умеренного (25-50%) натяжения в направлении корригирующего воздействия. При этом фиксируйте уже приклеенное к коже начало основания полоски другой рукой, чтобы избежать излишнего натяжения. Приклеивание осуществляйте на фоне «осцилляций» в продольном направлении. При наклеивании прилагайте также мануальное давление кнутри, которое в этом случае направлено не на углубление эффекта воздействия пластыря, а на некоторое уменьшение его эластических свойств.

Приклейте «хвосты» без натяжения. С использованием этой техники можно осуществлять тракцию фасции и в противоположном направлении, опять же, используя эластические свойства пластыря.

ФК. МАНУАЛЬНАЯ РЕПОЗИЦИЯ ФАСЦИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ НАЛОЖЕНИЕМ ПЛАСТЫРЯ С НАТЯЖЕНИЕМ НА ОСНОВАНИИ ПОЛОСКИ

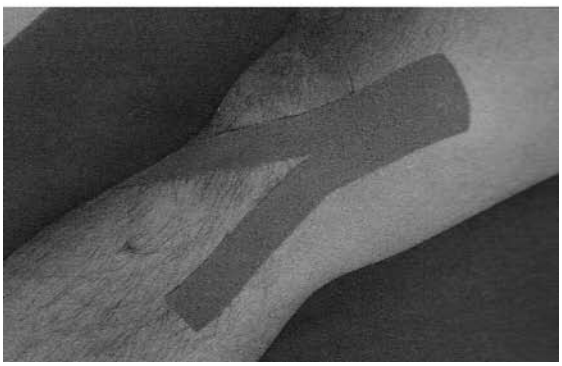
Мануальное воздействие приводит к репозиции фасции, а пластырь наклеивается потом. Техника используется либо для удержания фасции в желаемом положении, либо для ограничения смещения фасции в нежелательном направлении. Пластырь используется для удержания фасции в скорригированном положении.

Используйте мануальную технику для репозиции фасции и/или Мягких тканей.

Приклейте начало основания Y-образной полоски несколько выше или ниже собранных в складку мягких тканей. Удерживая полоску в руках, убедитесь, что приклеивание происходит пока без натяжения.

Сгенерируйте натяжение полоски в направлении или против направления желаемой ФК. Натяжение варьирует от умеренного до выраженного (50-75%) с минимальным давлением кнутри. Желаемый эффект – «удержание» положения, достигнутого миофасциальной репозицией. Это может быть завершено приклеиванием «хвостов» полоски для фиксации корригирующего положения.

«Хвосты» приклеиваются без натяжения под углом для рассеивания приложенного натяжения по возможно большей площади.



ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ (ПК)

ПК ставит целью некоторое увеличение пространства непосредственно над зоной боли, воспаления и отёка. Это увеличение, приводящее к снижению внутритканевого давления, достигается поднятием кожи и подлежащих мягких тканей непосредственно над зоной воздействия. Результирующее снижение внутритканевого давления влечёт уменьшение стимуляции хеморецепторов , в том числе уменьшая болевой синдром. Оптимизация микроциркуляции в зоне воздействия уменьшает количество экссудата. Уменьшению болевого синдрома способствует и стимуляция механорецепторов. Увеличение сенсорной стимуляции модифицирует восприятие и контроль боли.

Эффект послабления реализуется за счёт эластических свойств Kinesio Tex Tape, поднимающего фасции и мягкие ткани над областью боли и воспаления. Наклеивание должно выполняться очень медленно во избежание формирования «блистера» из мягких тканей под пластырем или слишком большого натяжения (во избежание раздражения кожи).

ПК, зачастую, является первой методикой выбора после оценки состояния пациента, так как изначально максимальную пользу можно извлечь из уменьшения боли и воспаления, а лишь затем прибегнуть к другой терапевтической методике, например, МК или ФК.

Существует 4 основных техники выполнения ПК:

– первая подразумевает использование i-образной полоски, с генерацией натяжения не по центру её с наклеиванием концов без натяжения для того, чтобы смещать (тянуть) соединительнотканные структуры в желаемом направлении (модификация связочной/сухожильной коррекции). Пластырь может накладываться многослойно в зависимости от зоны поражения.

– вторая включает элементы мануальной техники, с помощью которой специалист аккуратно «собирает» кожу и фасции над местом повреждения с последующей фиксацией их пластырем.

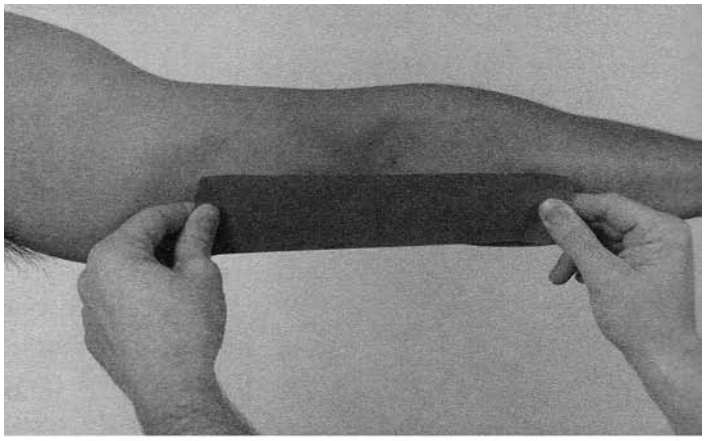
– третья подразумевает использование ФК для перемещения и удержания тканей над зоной повреждения.

– согласно четвёртой технике, специалист использует полоски с отверстием или паутинной нарезкой.

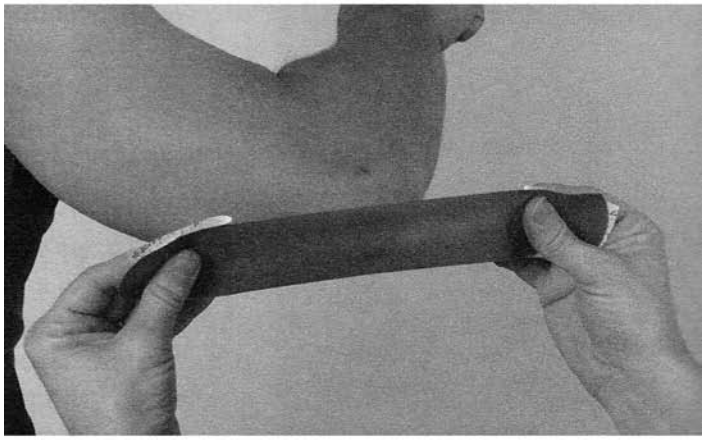
ПК. НАЛОЖЕНИЕ I-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ

Эластические свойства пластыря используются для создания пространства под ними в зоне поражения за счёт поднятия кожи. Это реализуется за счёт генерации натяжения в средней трети i-образной полоски с последующим приклеиванием её концов без натяжения. Может использоваться как одна полоска так и несколько взаимоперекрывающих друг друга. Цель техники – создание под пластырем пространства с пониженным внутритканевым давлением, уменьшающим боль и воспаление.

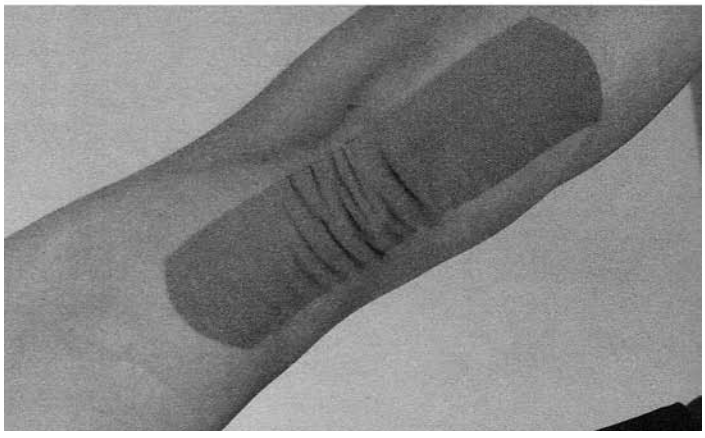
Обычно используется 6-8 дюймовая полоска. Бумажное основание надрывается посередине, концы его подворачиваются и создаётся натяжение в средней трети.



Используется натяжение от мягкого до умеренного (25-50%). Центр полоски приклеивается в зоне повреждения. Можно использовать несколько взаимопересекающихся полосок. В последнем случае степень натяжения каждой из них может быть уменьшена во избежание кумулирующего эффекта.

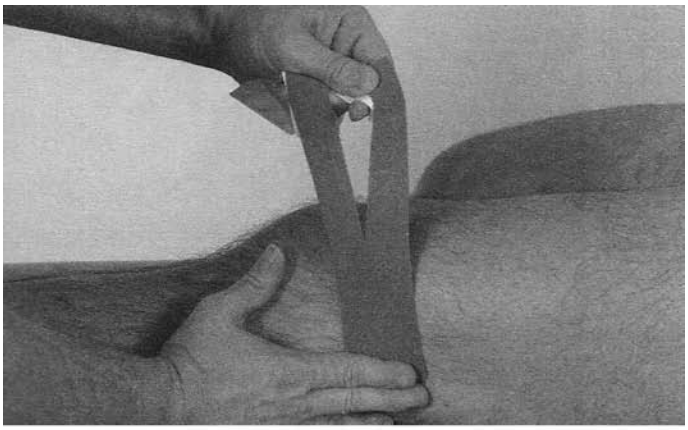


Попросите пациента совершить движения в суставе в полном объёме для уменьшения натяжения на концах полоски. Если после наклеивания вы не видите характерную волнистость в проекции средней трети полоски, то она наклеена с избыточным натяжением.



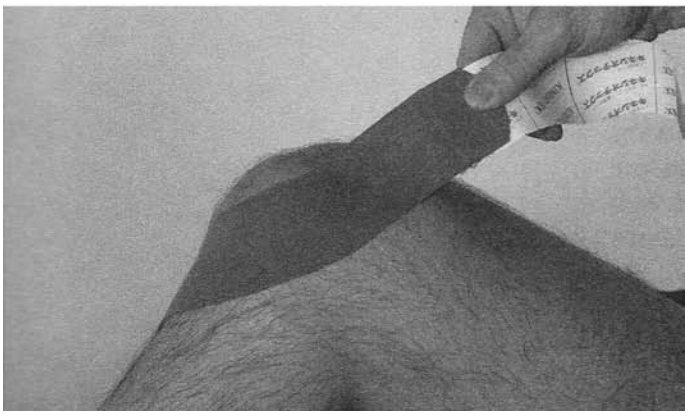
ПК. ФК, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ПК.

Это ФК нацеленная на уменьшение боли и воспаления. Техника выполнения ФК остается неизменной, меняется лишь терапевтическая цель. Для исчерпывающего описания каждой из техник – см. ФК.



После выполнения мануальной репозиции зафиксируйте фасции и кожу в желаемом положении до наклеивания пластыря. Цель наклеивания пластыря – ПК, воздействие на фасции – вторичный терапевтический феномен. Область повреждения должна приходиться на основание Y-образной полоски.

Используйте ФК для репозиции фасции. Специалист использует эластические свойства пластыря, симулируя мануальную технику. Желаемый терапевтический эффект – ПК. Воздействие на фасции – вторичный терапевтический феномен.



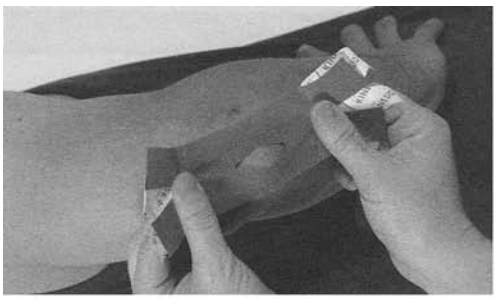
Используется 6-8 дюймовая i-образная полоска с лёгким (15-25%) натяжением. Натяжение создаётся в средней трети её. Начинайте наклеивать полоску без натяжения, затем попросите пациента либо максимально согнуть сустав, либо привести заинтересованные ткани в состояние максимального натяжения. После чего приклейте полоску с незначительным натяжением. Наличие характерной волнистости на пластыре – признак правильного наклеивания.

ПК: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАСТЫРНЫХ ПОЛОСОК С ОТВЕРСТИЕМ И С СЕТЧАТОЙ НАРЕЗКОЙ

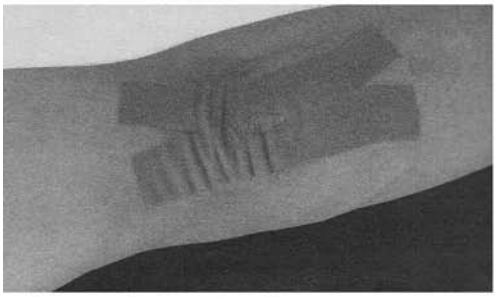
При использовании этой техники применяются i-образные полоски пластыря с отверстием посередине, несколько превышающим по размеру область воздействия. Оба конца i-образной полоски разрезаются надвое приблизительно на 1/3 её длины. Отверстие должно располагаться непосредственно над зоной, в которой необходимо создать послабляющий эффект. При наклеивании полоски создаётся натяжение от лёгкого до умеренного (25-50%), причём приклеивание выполняется в положении максимального растяжения мягких тканей. «Хвосты» образовавшиеся при разрезании концов полоски приклеиваются без натяжения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОСКИ С ОТВЕРСТИЕМ:

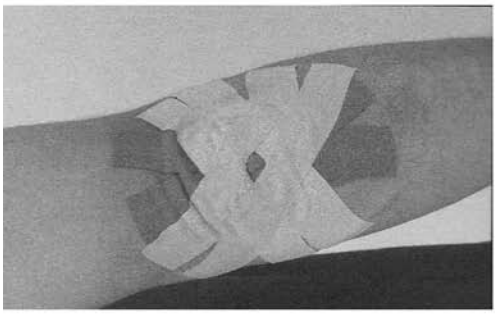
Начните с вырезания отверстия в центре приблизительно 6-дюймовой полоски. Диаметр отверстия не должен превышать 1/2 ширина полоски, иначе пострадают её адгезивные свойства. Каждый из концов полоски разрежте вдоль на 2-3 части длиной по 2 дюйма.



Придайте суставу (насколько это позволяет сделать отёк и/или боль) положение, в котором мягкие ткани в зоне воздействия будут максимально растянуты. Естественно, что в начале лечения это будет ограниченный объём движения, но в процессе он будет увеличиваться. Надорвите бумажное основание пластыря посередине, подверните его концы и создайте натяжение от лёгкого до умеренного (25-50%). Затем приклейте отверстие в пластыре непосредственно на зону воздействия. При использовании 2 и более полосок создавайте лишь лёгкое натяжение при прижимании.



Приклейте концы без натяжения под углом друг к другу для рассеивания натяжения, создаваемого центральной частью полоски. Убедитесь, что клей зафиксировал полоску до начала пациентом активных движений.

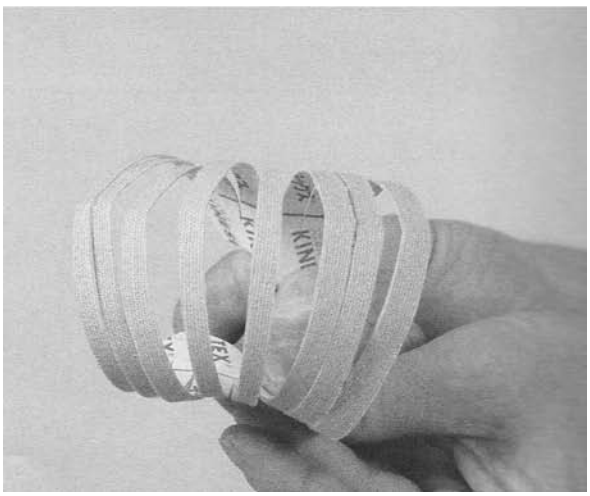


ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОСКИ С СЕТЧАТОЙ НАРЕЗКОЙ:

i-образная полоска соответствующей длины складывается вдвое. На ней выполняются продольные разрезы с образованием в результате 4-8 узких полосок, причём последний дюйм полоски с каждого конца не рассекается. Суставу (насколько позволяет боль и отёк) придаётся положение, при котором мягкие ткани в зоне воздействия максимально натягиваются. Существует 2 основных методики:

1)начинайте наклеивание с одного из неразрезанных концов без натяжения несколько ниже зоны воздействия. Далее, отклеивая бумажную основу, приклеивайте «сетку» с тем же натяжением, с которым она была фиксирована к ней, и второй конец полоски.

2)Надорвите бумажное основание в центре «сетки», приклейте её с лёгким или очень лёгким натяжением (15-25%), начиная с центральной части «сетки», отделив вначале участок бумажного основания полосок длиной не более 1/2 дюйма. Концы клеятся без натяжения. Убедитесь в приклеивании до начала активных движений в суставе.



СВЯЗОЧНАЯ/СУХОЖИЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ (СК)

Имеет целью создание в зоне повреждения связки или сухожилия очага увеличенной стимуляции механорецепторов, которая при наложении на уже существующую в зоне импульсацию формирует в зоне проприоцептивную картину, воспринимаемую мозгом как близкую к нормальной.
Пластырь при СК наклеивается с натяжением от умеренного до сильного(50-75%) на область связки. По усмотрению специалиста может быть использовано и 100%-натяжение.Концы полосок как всегда приклеиваются без натяжения. Специалист также определяет направление приклеивания пластыря: либо от места начала до места прикрепления, либо наоборот. Обычно пластырь наклеивается в направлении от места прикрепления связки или сухожилия к его началу. Это позволяет ограничить разрешённый объём движения связки/сухожилия. Иногда желательно оценить объём движений в зоне воздействия до приклеивания пластыря (насколько это позволяют боль и отёк).

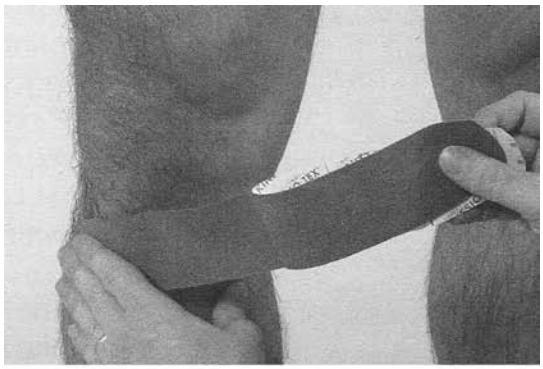
Существует 2 методики выполнения СК:
1) начните с наклеивания одного из концов i-образной полоски без натяжения, затем создайте желаемое натяжение по длине связки, после этого приклейте второй конец без натяжения.
2) надорвите бумажное основание пластыря посередине полоски. Создайте желаемое натяжение в области средней трети полоски, приклейте её по длине связки. Приклеивание концов полоски осуществляется на фоне выполнения активных движений в зоне воздействия в максимальном объёме для минимизации натяжения.

Наклеивание пластыря на сухожилия отличается лишь меньшим натяжением (50%). В отдельных случаях используется 75% натяжение. Как и обычно, концы полосок приклеиваются без натяжения. Натяжение полоски может быть увеличено непосредственно над областью сухожилия. Когда же пластырь наклеивается на область брюшка мышцы, натяжение изменяется до 15%-ого (очень лёгкого) вслучае наклеивания от начала к месту прикрепления или до 25-50% (лёгкое – умеренное) при наклеивании от места прикрепления к началу.

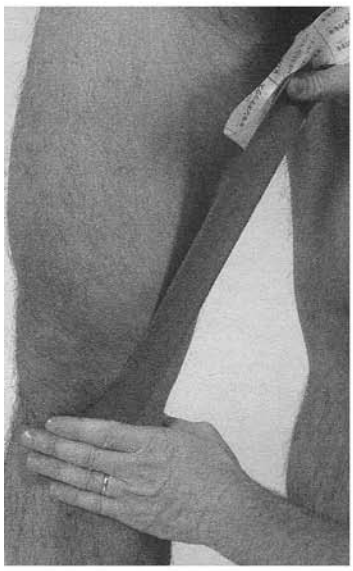
ТЕХНИКА СВЯЗОЧНОЙ КОРРЕКЦИИ

Используется для создания зоны увеличения стимуляции механорецепторов в области повреждённой связки.Вообще, вначале приклеивается основание полоски в зоне прикрепления связки. Это создаёт некоторый «укорачивающий» эффект по отношению к коже и суставу, за счёт эластических свойств пластыря.

Приклейте основание полоски без натяжения. Придерживайте приклеенное основание рукой, чтобы убедиться, что натяжение в этой части действительно отсутсвует.



Приложите от умеренного до сильного натяжения (50-75%) по ходу связки. При этом сустав должен находиться в функциональном положении (для коленного сустава – сгибание под углом в 20-30°). Специалист может использовать и 100% натяжение.



Скользя рукой, фиксировавшей приклеенный конец полоски, приклейте её натянутую часть, захватывая всю длину связки. Второй конец полоски приклейте без натяжения. Перед завершением приклеивания оцените движения в суставе в возможно полном объёме. Например, при связочной коррекции лучезапястного сустава в нейтральном положении, концы полоски могут быть приклеены на фоне сгибания или разгибания в нём.

СУХОЖИЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ: ТЕХНИКА НАКЛЕИВАНИЯ ПЛАСТЫРЯ

Используется для создания зоны увеличения стимуляции механорецепторов в области поражённого сухожилия. При правильном приклеивании пластыря по всей длине сухожилия создаётся натяжение от умеренного до сильного (50-75%). Возможные варианты наклеивания: от начала к месту прикрепления сухожилия и наоборот.

Приклейте один из концов полоски без натяжения. Фиксируйте его рукой, чтобы убедиться в отсутствии последнего.

Приложите от умеренного до сильного натяжения (50-75%) к пластырю по ходу сухожилия. Придайте пациенту положение, обеспечивающее максимальное натяжение тканей в зоне воздействия, Помните о необходимости снижать натяжение пластыря при наклеивании его на брюшко мышцы в зависимости от направления воздействия (от начала к месту прикрепления или наоборот).

Скользя рукой, фиксировавшей начало полоски, приклейте её натянутую часть. Приклейте её другой конец с натяжением, сообразующимся с направлением воздействия (от начала к месту прикрепления или наоборот).

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ (ФК)

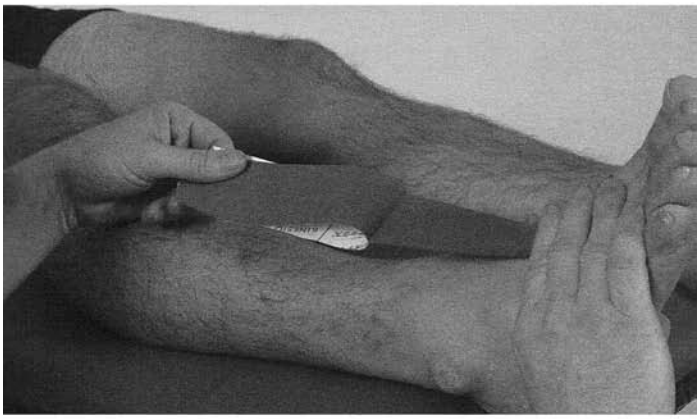
Используется, когда необходимо за счёт дополнительной сенсорной стимуляции облегчить или ограничить движение. Пластырь приклеивается к коже без натяжения на фоне активных движений. Натяжение, возникающее во время активных движений, стимулирует механорецепторы, чья импульсация служит некой «преднагрузкой» при достижении предельных положений в диапазоне движений. Обычно используются i-образные полоски соответствующей длины: по 4 дюйма выше и ниже сустава, на который оказывается воздействие. Прежде всего необходимо придать суставу или мышце, на которые оказывается воздействие соответствующее положение. Например, если надо облегчить сгибание и ограничить разгибание, придайте суставу положение сгибания. Начинайте аппликацию с дистальной части выбранного сустава, причём минимум 2 дюйма полоски приклейте без натяжения. Затем приложите соответствующее натяжение (лёгкое, умеренное, сильное или полное) и приклейте вторую часть полоски на проксимальную часть соответствующего сустава.

Для начинающего специалиста основная проблема – определение адекватного натяжения пластыря. Обычным является приложение слишком малого или избыточного натяжения, пренебрежение необходимостью отсутствия натяжения на первых 2 дюймах основания полоски. После наложения пластыря, наложив обе руки на концы полоски, попросите пациента совершить движение в суставе в том направлении, в котором необходимо ограничение. Например, облегчая сгибание и ограничивая разгибание, попросите пациента совершить активные разгибания. Для окончания аппликации сместите обе руки к середине сустава и приклейте оставшийся пластырь. Убедитесь в надёжной фиксации пластыря (фиксируйте его растирающими движениями). После ФК, описанной выше, у пациента будет облегчено сгибание в суставе и будет осуществляться рестрикция (ограничение) при достижении предельного разгибания. Это будет происходить из-за изменения импульсации с механорецепторов, ввиду дополнительной их стимуляции со стороны кожи, на которую наложен пластырь: во время разгибания импульсация с механорецепторов, соответствующая максимальному разгибанию в суставе, будет возникать до того, как последнее случится; обратное истинно в отношении сгибания.

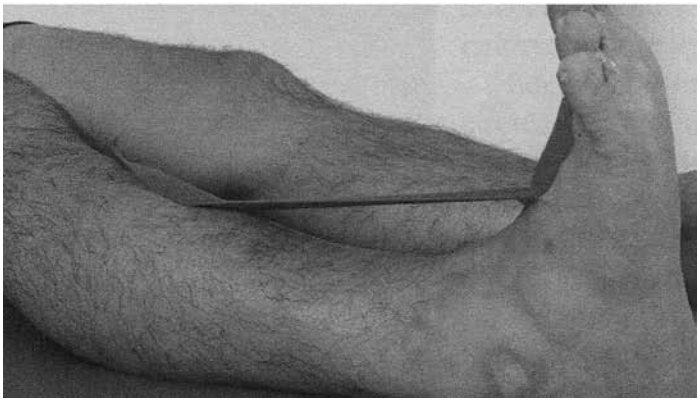
ФК: ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ ПЛАСТЫРЯ

ФК используется для облегчения или ограничения движений в суставе (например, сгибания или разгибания). Считается, что изменение характера перцепции (восприятия) положения сустава за счёт натяжения кожи, создаваемого пластырем, является основным лечебным механизмом методики. Пациент непроизвольно изменяет положение в суставе с целью минимизации натяжения кожи.

Обычно используется i-образная полоска Kinesio Tex подходящей длины. Полоска должна заходить за верхнюю и нижнюю границы сустава на 4 дюйма (сообразуйте эту цифру с размерами сустава).

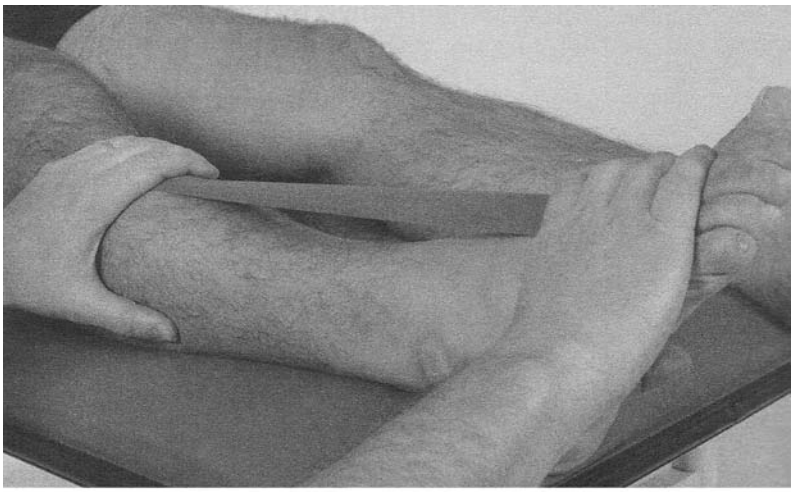


Придайте мышце или суставу соответствующее положение. Например, облегчая дорсифлексию и ограничивая подошвенное сгибание, придайте суставу положение дорсифлексии. Начинайте приклеивание пластыря с дистального конца, причём минимум первые 2 дюйма приклеивайте без натяжения.



Создайте необходимую степень натяжения полоски и приклейте её проксимальный конец. Иногда бывает проблематично определить сразу адекватную степень натяжения. На проксимальном конце минимум 2 дюйма приклеивается без натяжения.

Удерживая обеими руками приклеенные концы полоски, попросите пациента совершить обратные движения в суставе. Например, облегчая дорсифлексию (тыльное сгибание) и ограничивая подошвенное сгибание, попросите пациента совершить подошвенное сгибание.



Теперь, скользя руками во встречном направлении к середине сустава, приклейте пластырь. Перед тем, как отнять руки, убедитесь, что пластырь действительно приклеился.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ (ЛК)

ЛК состоит в облегчении лимфодренажа тканевой жидкости из области максимального отёка в направлении наименее перегруженных лимфатических сосудов и узлов. С этой целью используется как возможность создания «лифтинг» эффекта за счёт пластыря Kinesio Tex Tape, так и его эластические свойства. Лифтинг кожи уменьшает внутритканевое давление в зоне поражения и вызывает раскрытие мелких лимфатических сосудов с одной стороны, а с другой пластырь обусловливает массирующий эффект на фоне активных движений. Воздействие пластыря на мышцы способствует оптимизации лимфотока в глубжележащих тканях за счёт полноценных сокращений и расслаблений мышц.

Лимфатическая система однонаправлена и движущей силой тока лимфы является внутритканевое давление. За 24-часовой период от 50 до 100% протеинов плазмы покидают кровеносные сосуды, реабсорбируясь лимфатической системой. Ежесуточно в организме образуется до 2 литров лимфы. Начинаясь в самых поверхностных слоях дермы на уровне венозных отделов капилляров, лимфатическая система обеспечивает удаление части продуктов клеточного метаболизма а также крупных белковых молекул, которые не могут быть транспортированы кровеносной ситемой. Интерстициальная жидкость, попадая в лимфатические коллекторы превращается в лимфу. Начальные отделы этих коллекторов имеют микроскопические размеры и крепятся к коже своими устьями, с или без клапанного механизма, микрофиламентами. Смещения кожного покрова и изменения давления на него открывают и закрывают устья лимфатических сосудов, обусловливая их заполнение и запустевание. Более глубоколежащие лимфатические сосуды находятся в межмышечных пространствах и идут параллельно венозным сосудам. Напоминая ожерелье, в котором отдельные «бусинки» отделены друг от друга однонаправленными клапанами, реагирующими на растяжение предыдущего участка лимфососуда, они, перистальтируя, обеспечивают ток лимфы. Мышечная активность разного рода и фазы дыхательного цикла (вдох/выдох), вызывая изменение давления в различных полостях и тканях организма, также способствуют лимфотоку. Лимфа в процессе своего движения к сердцу претерпевает разного рода биохимические изменения. В лимфоузлах происходит концентрация и очищение лимфы от токсинов, красителей, чужеродных клеток. В организме насчитывается около 600 лимфоузлов, большинство из которых расположены вблизи органов и больших суставов. Наибольшее их скопление отмечается в области шеи. Лимфоузлы богато кровоснобжаются и более 40% лимфы в них реабсорбируется в кровоток, что приводит к увеличению её вязкости. Иммунокомпетентные Т– и В-лимфоциты, а также макрофаги, находящиеся в лимфоцитах , разрушают попавшие туда чужеродные (изменённые) клетки или изолируют их. Концентрированная, прошедшая обработку в лимфоузлах лимфа поступает в более крупные, глубоко лежащие лимфатические сосуды туловища , которые сливаются друг с другом и, укрупняясь, впадают в виде грудного лимфатического протока в левую ярёмную вену и через верхнюю полую вену – в сердце. Отёк и воспаление в любом месте – это проявление временного дисбаланса в увеличении местного кровоснабжения с одной стороны и относительной неспособности лимфатической системы обеспечить дренажные функции – с другой. Среди причинных факторов могут быть: травма, инфекция, аутоиммунное заболевание (ревматоидный артрит), ожог и т. д. Воспалительная реакция раздражает тактильные рецепторы, вызывает повышение тканевого давления в коже, следовательно, и ограничение её подвижности, что, ухудшая лимфатический дренаж, усугубляет отёк.

*Отдельную благодарность авторы выражают Ruth Coopee OTR-CHT, Voddes MLD-CDT , CKTI за помощь в описании ЛК.

ЛК: ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ ПЛАСТЫРЯ

ЛК используется для создания как послабляющего эффекта, так и для оптимизации лимфооттока к регионарным лимфоузлам. Используются полоски Kinesio Tex Tape, нарезанные веерообразно. Для начинающих специалистов оптимальным будет использовать полоски, разрезанные на четыре части, хотя максимально улучшить лимфоотток можно полосками, разрезанными на пять и даже шесть частей.

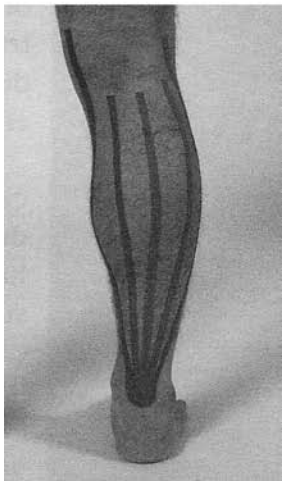
Для выполнения ЛК Kinesio Tex Tape нарезается на полоски шириной от 1/4 до 1/2 дюйма. Первой накладывается полоска, разрезанная на 5 частей. Неразрезанный конец полоски приклеивается немного выше лимфоузла, по направлению к которому должно осуществляться дренирование лимфы. «Хвосты» полоски наклеиваются без натяжения или с небольшим натяжением (0-15%) на область отёка. Неразрезанный конец полоски приклеивается немного выше лимфоузла, по направлению к которому должно осуществляться дренирование лимфы. Придайте конечности положение, сопровождающееся максимальным натяжением мягких тканей в зоне повреждения. В этом примере: коленный сустав – разогнут, стопа – в тыльном сгибании.

Наклеенные полоски пластыря способствуют осуществлению дренирования в соответствующий лимфатический проток: на фото показан способ дренирования лимфы к заднемедиальной части коленного сустава. Вторая наклеенная полоска пластыря разрезана также на 5 частей, её «хвосты» пересекают «хвосты» первой полоски под прямым углом.

На фото: дренирование области ахиллова сухожилия.

ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ:

Кинезиотейпинг и тромбоз глубоких вен. (ТГВ).
Под тромбозом понимают «образование, развитие или существование тромба в сосудистой системе».
ТГВ наиболее часто происходит в венозном бассейне нижних конечностей вследствие венозного стаза. Наиболее велик риск развития этого состояния у больных в послеоперационном периоде, с ожирением, а также обездвиженных пациентов. ТГВ становится жизнеугрожающим состоянием, если тромб, пройдя через сердце, попадает в лёгочную циркуляцию, вызывая тромбоэмболию лёгочной артерии. ТГВ может наблюдаться и в верхних конечностях.
По мнению некоторых сосудистых хирургов наложение пластыря по методике, предусмотренной ПК, не влияет на мышечный тонус, а следовательно не приводит к смещению и отрыву тромбов.



КИНЕЗИОТЕЙПИНГ И РУБЦОВЫЕ ТКАНИ

– Не накладывайте пластырь непосредственно на рубец, пока он полностью не сформировался.
– Слишком раннее наложение приводит к гиперпродукции каллогена и увеличению рубца.
– Будьте осторожны с пациентами с сахарным диабетом, венозной недостаточностью и периферическими нейропатиями.
– Рубцовая коррекция (РК) способствует смягчению рубцовой ткани, уменьшению косметических дефектов (адгезий, западений), делая рубец более мягким, плоским и эластичным.
– Придайте пациенту положение, при котором мягкие ткани в области рубца будут максимально растянуты по его длине. Наклейте i-образную полоску пластыря.
– Углубления или втяжения, вызванные рубцом: придайте пациенту положение, при котором будет наблюдаться максимальное удлинение мышц, фасций и кожи в области рубца. Наложите i-образную полоску пластыря с 75%-ным натяжением. Разотрите её чтобы упрочить приклеивание.
– Наклейте i-образную полоску накрест предыдущей с 75%-ным натяжением для лифтинга втяжений.

ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ (ПК).

– Подразумевает обеспечение лифтинга фасций и мягких тканей за счёт эластических свойств Kinesio Tex Tape. Методика обеспечивает уменьшение давления, раздражения и стимуляции хеморецепторов.
– ПК обеспечивает декомпрессию зоны повреждения за счёт эластичных свойств пластыря.
Уменьшаются адгезивные процессы, облегчается мобилизация тканей. Методика эффективна в отношении разнонаправленных адгезий.
– Растяните рубец и окружающие ткани.
– Заклейте рубец с 30-40% натяжением.

ФАСЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ (ФК).

– Используется для коррекции пространственных соотношений и удержания фасций в желательном положении.
– Уменьшает количество адгезий, улучшает мобилизацию тканей.
– Для углубления эффекта используйте давление кнутри.
– ФК наиболее эффективна в работе с рубцовой тканью. Приклейте один из концов полоски в направлении, в котором нужно добиться скольжения тканей, тогда за счёт эластических свойств пластыря ткани будут смещаться по направлению к нему, придавая фасции корректное положение. Пластырь наклеивается с 20-30% натяжением. С целью рассеивания тяги по поверхности кожи эффективно использование Y-образных полосок. Большее натяжение используется при воздействии на глубоколежащие ткани, меньше – на поверхностные.
– Начинайте аппликацию в направлении желаемого смещения тканей.
– Когда ткани/мышцы натянуты, соберите их и наклейте пластырь с 20-30%-ным натяжением.

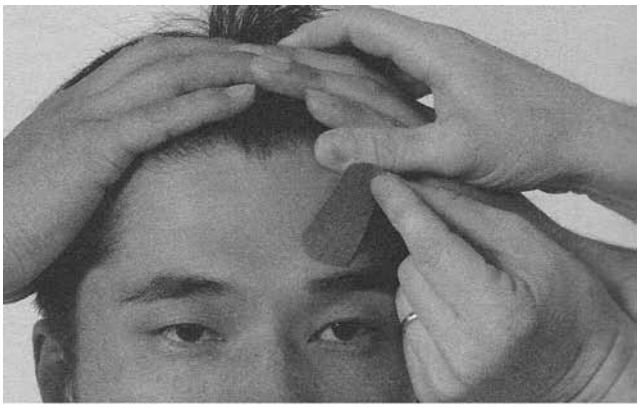
ГОЛОВА И ШЕЯ

РАЗДЕЛ 2

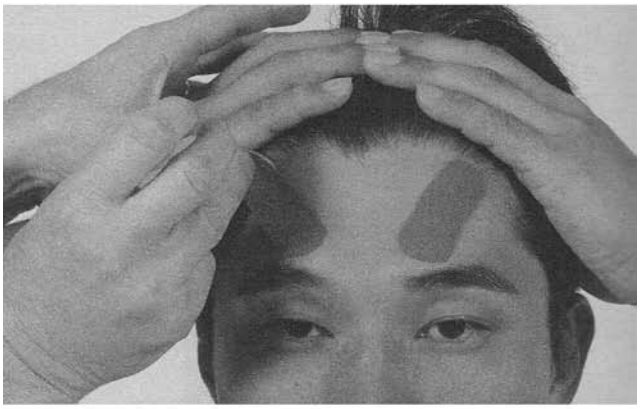
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ВЫЗВАННАЯ МЫШЕЧНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ (ТЕНЗИОННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ [ТГБ])

ТГБ часто развивается из-за длительного сгибания головы кпереди и удержания её в таком положении во время работы или вследствие перегрузки различных мышечных групп этой области на фоне обычной активности. Методика терапии, предложенная ниже имеет высокую клиническую эффективность. Метод кинезиотейпинга снижает напряжение мышц. Перед наложением пластыря – обезжирьте лоб.

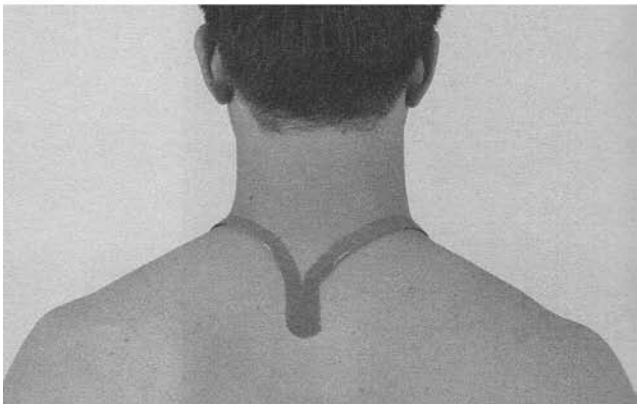
Две полоски пластыря наклеиваются над бровями под углом 45°. Первая полоска наклеивается слегка медиальней середины брови одной рукой, другая же рука расположена на границе роста волос и полоска приклеивается с натяжением от 0 до 15%. Убедитесь в прочности приклеивания.

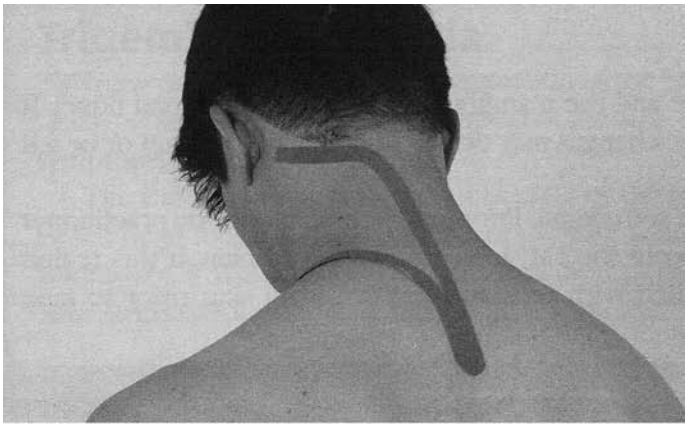


Начните приклеивание второй полоски также слегка медиально от середины брови по направлению к границе роста волос. Создайте натяжение от 0% до 15%. Убедитесь в прочности приклеивания.

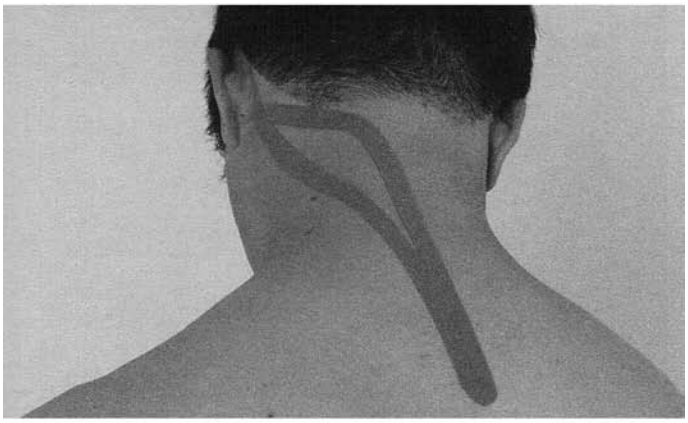


Начните с измерения необходимой длины полоски (от Th III-ThV) до большого затылочного отверстия. Приклейте основание Y-образной полоски в проекции остистых отростков ThIII-V (шея пациента должна быть в нейтральной позиции) без натяжения. Будьте осторожны, чтобы не создать избыточного натяжения пластыря ввиду повышенной чувствительности этой зоны к натяжению (лучше меньше, чем больше необходимого).

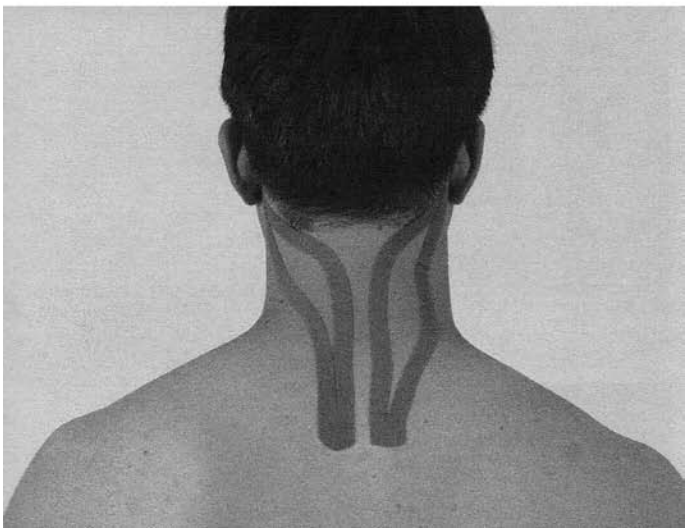




Попросите пациента согнуть шею кпереди. Приклейте медиальный «хвост» на места проекции остистых отростков с очень лёгким натяжением (0-15%) отThIII-V до CV-VI , затем измените направление его наклеивания к сосцевидному отростку. Если у пациента низкая граница роста волос, остерегайтесь наклеивания пластыря на них – это усугубит симптомы.Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Попросите пациента сохранять шею в согнутом кпереди положении ,но с ротацией головы в противоположную сторону. Приклейте латеральный «хвост» полоски в направлении к сосцевидному отростку. Убедитесь в прочности фиксации пластыря .

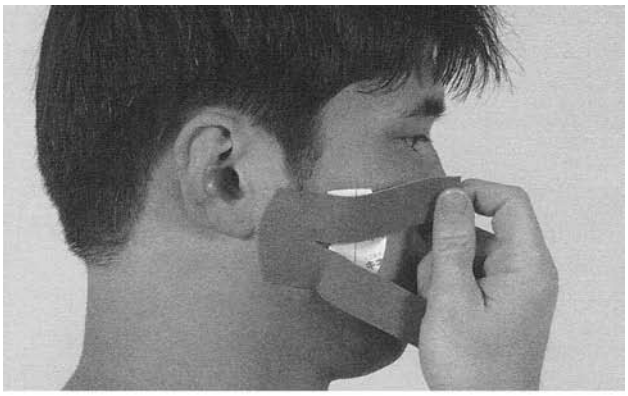


Повторите то же самое с другой стороны.

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ (ВЧС)

ВЧС образован суставным отростком нижней челюсти и челюстной ямкой височной кости. Он может повреждаться как вследствии непосредственной травмы, так и вследствии дегенеративных изменений. Боль может носить как постоянный характер, так и быть связанной с движениями нижней челюстью. Метод кинезиотейпинга позволяет уменьшить боль и отёк в зоне поражения. Перед аппликацией специалист просит пациента открыть и закрыть рот для точной локализации ВЧС и эпицентра боли.

Кожу нужно натянуть до наклеивания пластыря, чтобы минимизировать пластырную тягу чувствительного кожного покрова. Приклейте основание Y-образной полоски чуть позади ВЧС без натяжения.

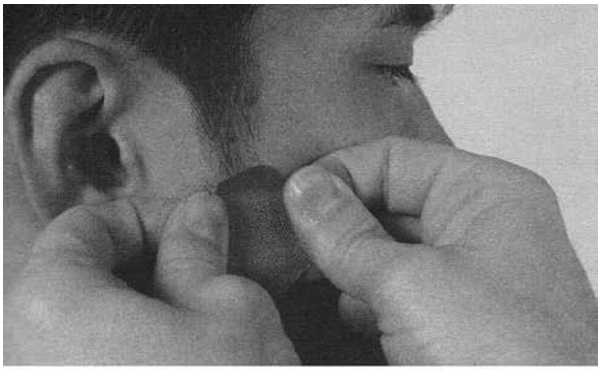


Определите ход верхнего «хвоста» Y-образной полоски до его наклеивания: натяните кожу по направлению от ВЧС к носу. Это в какой-то мере ограничит натяжение, создаваемое пластырем. Приклейте верхний «хвост» с очень лёгким натяжением (0-15%).

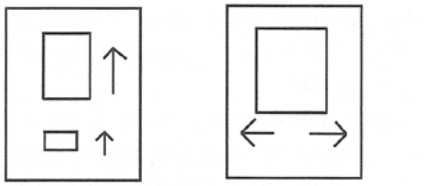
Подобный же манёвр выполните при наклеивании нижнего «хвоста».

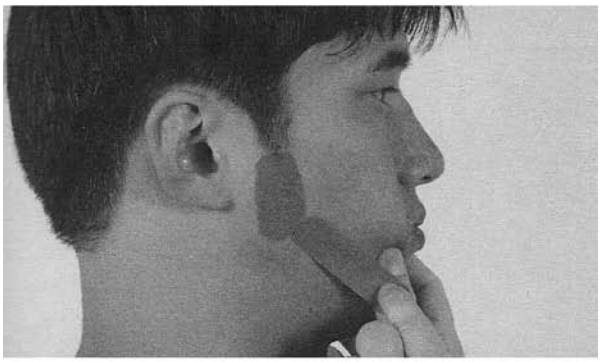
НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (НТН)

НТН – воспаление одного из из 5-ой пары черепно-мозговых нервов, называемого тройничным. У пациентов отмечается обычно гиперчувствительность латеральной части лица. Болевой синдром выражен, и очень важно не усугублять симптоматику. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить зону повышенной чувствительности и болевой синдром. Аппликация должна оставаться на коже, по возможности долго, если она не вызывает усугубления симптомов. Каждый раз, удаляя пластырь, мы снимаем слой эпидермиса, увеличивая чувствительность кожи, Обычно наклеиваются 4 полоски пластыря.

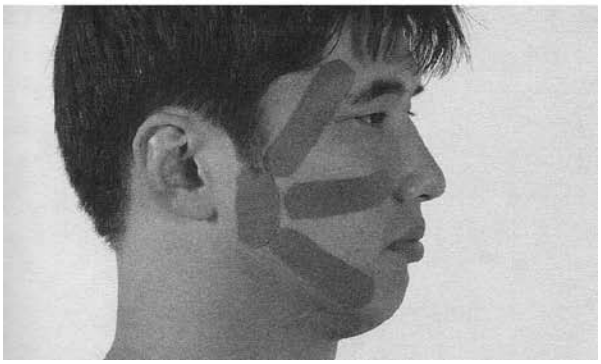


Первая полоска наклеивается с натяжением от височно-нижнечелюстного сустава по направлению к носу. Для этой аппликации каждая их трёх полосок (i-образных) нарезается так, что натяжение создаётся в горизонтальном, а не, как обычно, в вертикальном направлении (т.е. длина полоски является её шириной). Наклеивание выполняется без или с очень лёгким натяжением (0-15%).





Приклейте основание второй полоски непосредственно перед первой в направлении от височно-нижнечелюстного сустава к подбородку. Основание наклеивается без натяжения и удерживается одной рукой во избежание создания натяжения. Другой рукой, расположенной в области подбородка, натяните кожу по напрпавлению к последнему. Приклейте полоску с 15-25%-ным натяжением.
Убедитесь в надёжности фиксации.

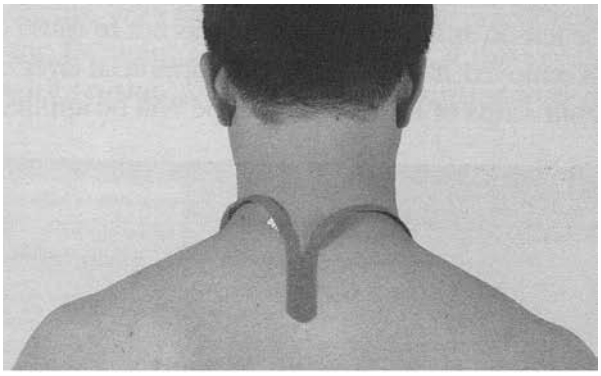


Наклеивание средней и верхней полосок выполняется схожим образом.
Верхняя полоска наклеивается над бровью.
Средняя – по направлению к средней части носа.

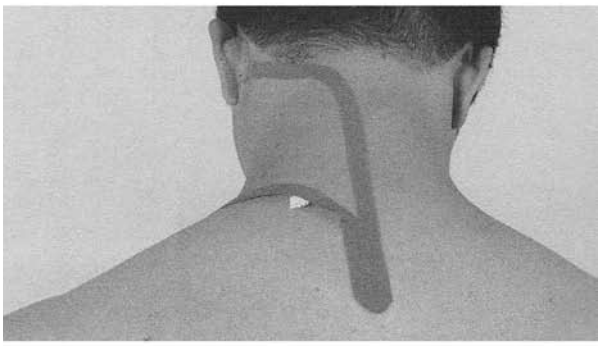
ШЕЙНЫЙ СПОНДИЛИТ (ШС)

ШС подразумевает воспаление одного или более межпозвоночных суставов в шейном отделе позвоночника (артриты или дегенеративные изменеия суставов). Кинезиотейпинг позволяет уменьшить отёк и болевой синдром.

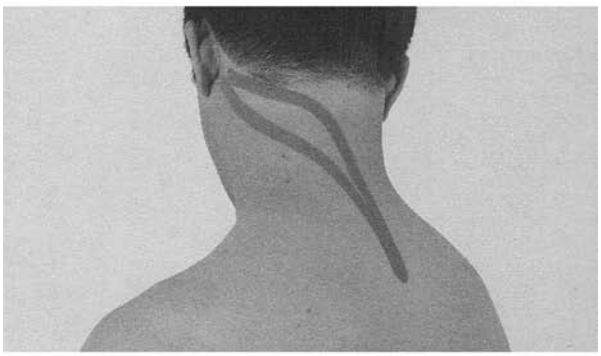
Начните с определения необходимой длины Y-образной полоски от Th III– V до большого затылочного отверстия. Приклейте основание Y-образной полоски в проекции остистых отростков Th III– V без натяжения. Шея при этом должна находиться в нейтральном положении.



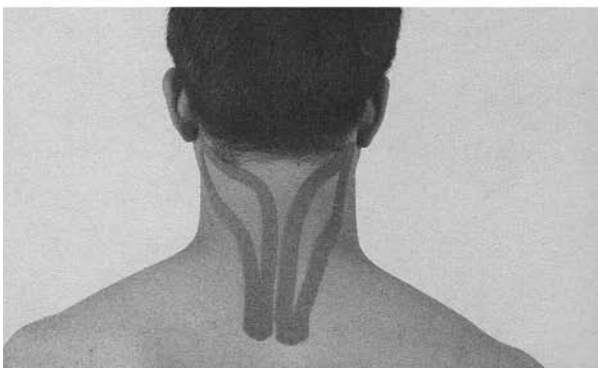
Попросите пациента согнуть шею. Приклейте медиальный «хвост» вдоль остистых отростков вплоть до C V-VI с небольшим натяжением (15-25%), а затем по направлению к сосцевидному отростку вдоль границы роста волос, избегая наклеивания на них, так как это может усугубить симптомы. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

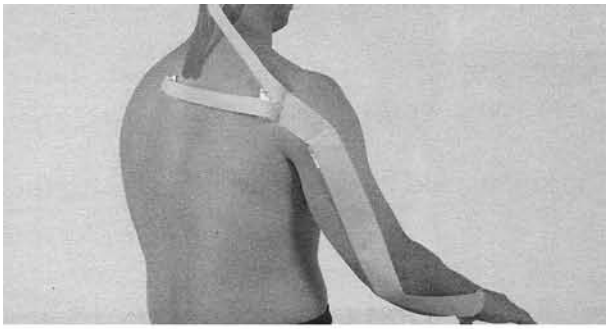


Попросите пациента, не разгибая шею, повернуть голову в противоположную сторону. Приклейте латеральный «хвост» полоски с лёгким натяжением (15-25%) в направлении сосцевидного отростка. Убедитесь в прочности приклеивания пластыря. Этот же манёвр может быть выполнен и с другой стороны, в зависимости от жалоб пациента.



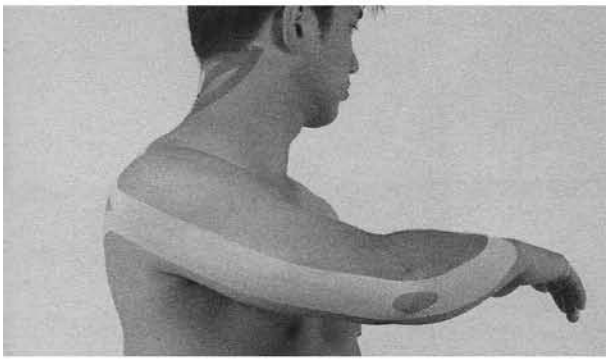
Пример двусторонней аппликации.



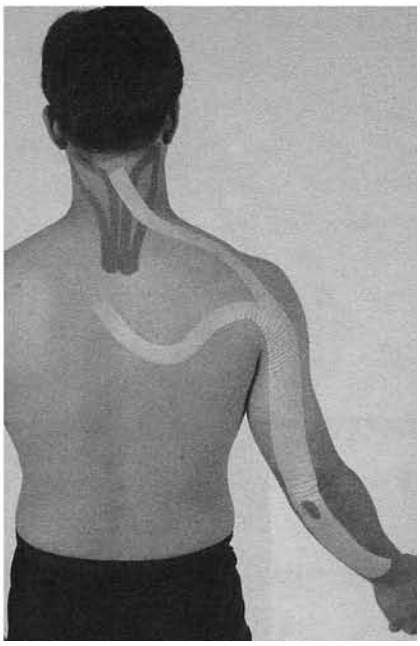


Аппликация Kinesio Tex Tape в случае нейропраксии плечевого сплетения. Отмерьте необходимую длину полоски пластыря от наиболее дистальной области парестезии до большого затылочного отверстия. Проксимальный конец разрежте надвое (Y– образно) примерно до точки прикрепления большой и малой круглых мышц. Надорвите бумажную основу в области основания Y-образного сегмента и приклейте к коже.

Попросите пациента выполнить сгибание в плечевом суставе в горизонтальной плоскости. Одновременно с поворотом головы и наклоном её в бок в сторону противоположную поражённой. Приклейте верхний «хвост» полоски вдоль верхнего края трапециевидной мышцы по направлению к большому затылочному отверстию. Нижний «хвост» клеится либо по выявленным триггерным точкам, либо вдоль большой и малой круглых мышц по направлению к аксиллярному краю лопатки.



Попросите пациента, сохраняя оговоренное сгибание в плечевом суставе, согнуть руку в локтевом и лучезапястном суставах. Наклейте пластырь с 15-25% натяжением вдоль всей зоны парестезии. В области локтевого сустава либо обойдите локтевой отросток, либо прорежьте в пластыре отверстие для него, во избежание оказания давления на его сумку. Продолжите наклеивание по тылу предплечья и тылу кисти вплоть до места, где пациент уже не чувствует боли.



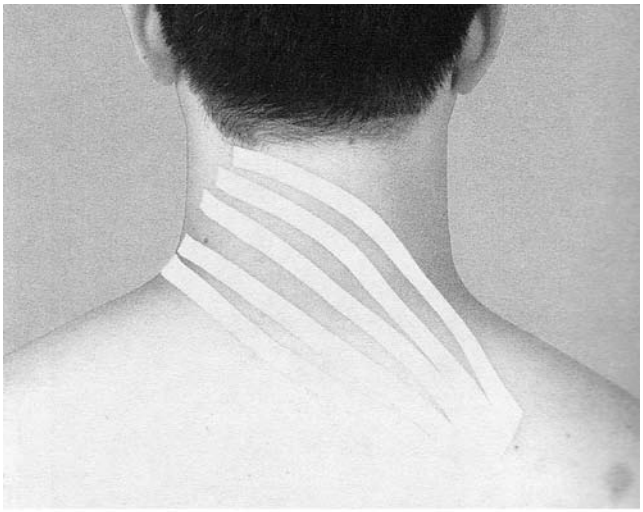
Законченная аппликация при ШС.

РАСТЯЖЕНИЕ МЫШЦ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Обычно является результатом быстрого приведения/выведения головы в/из состояния сгибания. При реализации данного механизма повреждения растяжению подвергаются не только мышцы шеи, но и параспинальные мышцы.
Кинезиотейпинг обеспечивает уменьшение отёка и спазма мышц, а при использовании связочной коррекции, ограничивает болезненные движения в шейном отделе позвоночника.

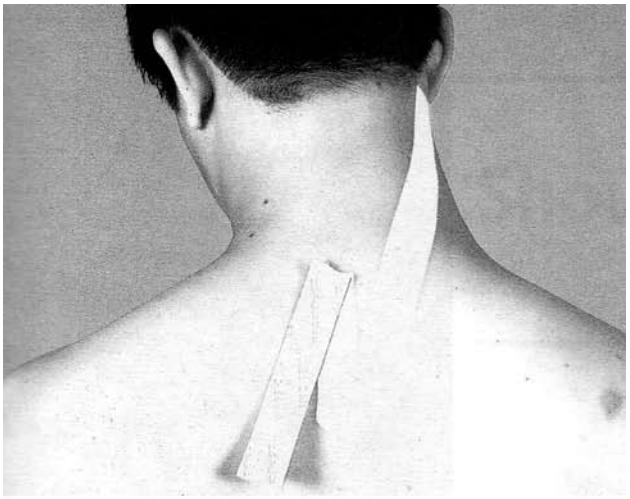
ОСТРАЯ ФАЗА: ПЕРВЫЕ 24-72 ЧАСА

Начальное лечение воспаления и отёка обеспечивается двумя техниками лимфатической коррекции (см. стр. 39 – 40). Начните с наклеивания основания веерообразно наклеенной полоски в области верхнемедиального угла ключицы. Тело пациента должно находиться в нейтральном положении.Затем попросите пациента наклониться кпереди с вращением в сторону противоположную поражённой. «Хвосты» полоски наклеиваются под углом в 45° к поражённому шейному отделу позвоночника с лёгким или очень лёгким натяжением (15-25%).

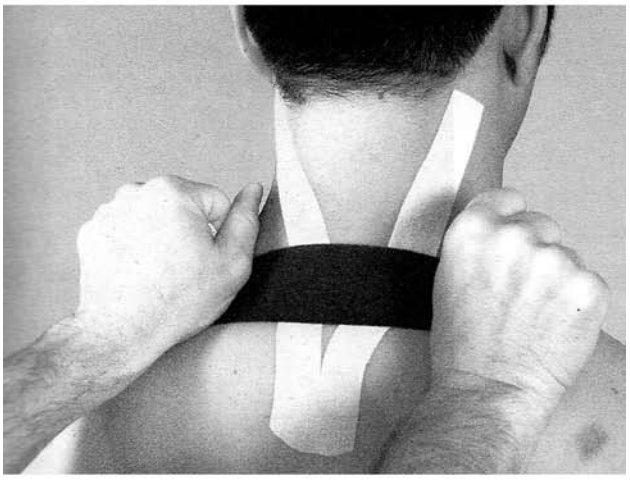


Симметрично, аналогичным образом наклеивается веерообразно разрезанная полоска и с другой стороны. Они пересекаются друг с другом приблизительно под прямым углом над поражённым шейным отделом позвоночника.

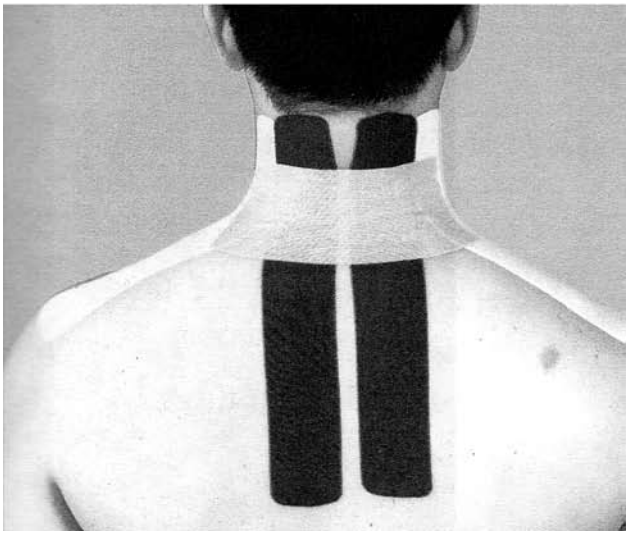
ПОДОСТРАЯ ФАЗА: СЛЕДУЮЩИЕ 24-72 ЧАСА



Пациент находится в нейтральном положении. Наклейте основание Y-образной полоски так, чтобы начало прорези находилось на уровне остистых отростков Th I-II, без натяжения. Попросите пациента наклонить голову кпереди. Приклейте «хвосты» Y-образной полоски с каждой стороны по направлению к затылку с очень лёгким (0-15%) натяжением. Область шеи весьма чувствительна к большему натяжению. При приклеивании «хвостов» с каждой из сторон просите пациента не разгибая головы поворачивать её в сторону, противоположную аппликации. Концы «хвостов» приклеивайте без натяжения.



Применение связочной коррекции (см. стр. 29-30)
Надорвите бумажную основу 4-6 дюймовой i-образной полоски посередине. Создайте от сильного до умеренного натяжения (75-50%). Поместите центр полоски в область расположения связок, нуждающихся в коррекции.
При использовании механической коррекции, возможно приложение давления кнутри при наклеивании.
Попросите пациента наклонить голову кпереди и приклейте концы полоски без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



В некоторых случаях используется альтернативная методика: две i-образные полоски наклеиваются с обеих сторон по верхнему краю трапециевидных мышц от места прикрепления к началу. Затем наклеиваются i-образные полоски вдоль мышц, выпрямляющих шейный отдел позвоночника, начиная снизу. И, наконец, 3-дюймовая полоска пластыря наклеивается непосредственно на область болевых ощущений.

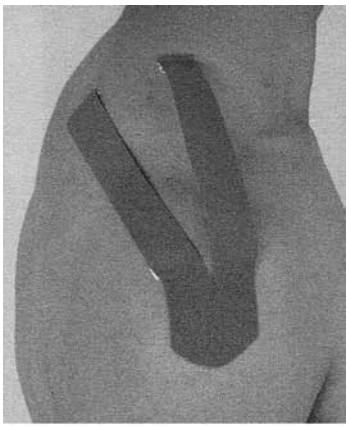
ПЛЕЧО

РАЗДЕЛ 3

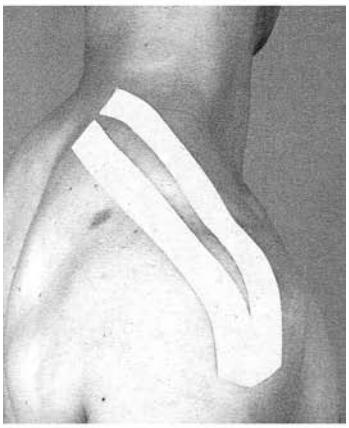
СИНДРОМ МАНЖЕТКИ РОТАТОРОВ

Синдром манжетки ротаторов подразумевает компрессию сухожилий надостной мышцы, длинной головки бицепса или субакромиальной сумки на костной поверхности коракоакромиальной дуги. По мере развития воспаления мягкие ткани компремируются о костную поверхность коракоакромиальной дуги, что влечёт ещё большее увеличение отёка и расширение зоны поражения. Это состояние часто сочетается с нестабильностью плечевого сустава.
Кинезиотейпинг, уменьшая боль и отёк, приводит к увеличению мышечной активности и известной стабилизации сустава.

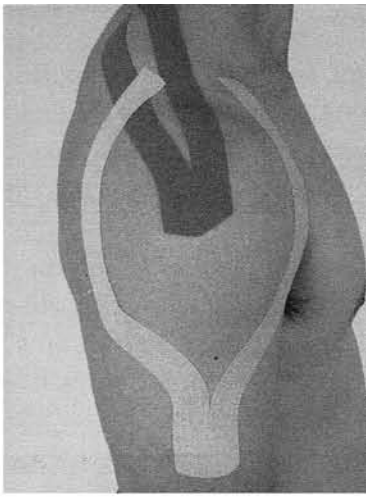
Аппликация пластыря в проекции надостной мышцы от места прикрепления её к началу должна быть выполнена в первую очередь, так как она чаще всего вовлекается в патологический процесс. Начните с наклеивания основания Y-образной полоски на 2 дюйма ниже большой бугристости плечевой кости без натяжения.



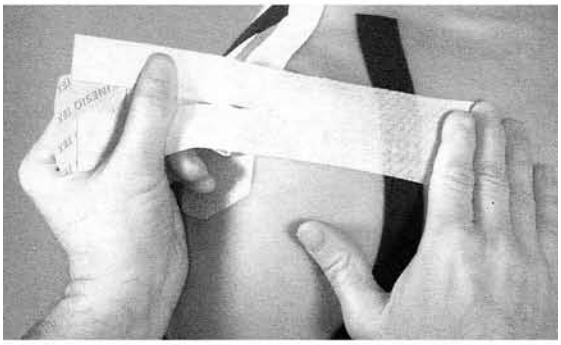
Руку пациента в состоянии аддукции заведите за спину, голова должна быть повёрнута и наклонена в сторону противоположную манипуляции. Создайте лёгкое натяжение (15-25%) на полоске пластыря. Верхний «хвост» приклеивается над остистым отростком ключицы, примерно между верхней и средней порциями трапециевидной мышцы, конец его наклеивается в надостистой ямке по верхнемедиальному краю ключицы. Нижний «хвост» наклеивается вдоль остистого отростка ключицы. Последние 1-2 дюйма наклеивают без натяжения. Убедитесь в надёжной фиксации пластыря до начала активных движений.



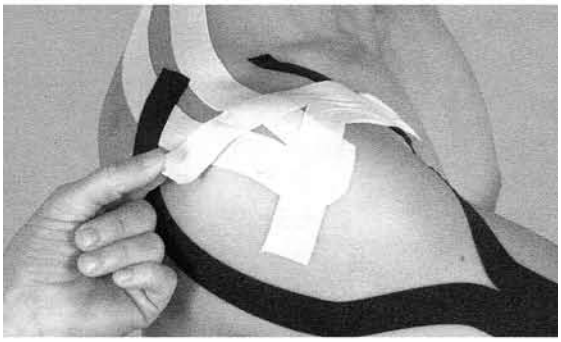
Выполните тейпинг дельтовидной мышцы от места прикрепления к началу. На фотографии выполнен тейпинг всех 3 порций дельтовидной мышцы как единого целого, хотя можно воздействовать на них и по отдельности. Начинайте аппликацию с наклеивания основания Y-образной полоски на 2 дюйма ниже дельтовидной бугристости плечевой кости без натяжения.



Как передний, так и задний концы полоски наклеиваются с лёгким (15-25%) натяжением. Приведите плечо в положение абдукции на 90°, наружной ротации и разгибания в горизонтальной плоскости. Приклейте передний «хвост» полоски по внешнему краю передней порции дельтовидной мышцы приблизительно до ключично-акромиального сочленения. Последние 2 дюйма наклеивайте без натяжения. Приведите плечо в положение сгибания в горизонтальной плоскости и внутренней ротации, сохраняя абдукцию. Приклейте задний «хвост» по внешнему краю задней порции дельтовидной мышцы приблизительно до ключично-акромиального сочленения. Последние 2 дюйма приклеиваются без натяжения.



Использование механической коррекции с натяжением на основании полоски (см. раздел «Механическая коррекция»).
Начните с наклеивания основания 6-8 дюймовой Y-образной полоски на переднюю поверхность плеча в проекции клювовидного отростка без натяжения. При правильном приклеивании разрез Y-образной полоски будет располагаться непосредственно под эпицентром боли. Одной из рук удерживайте основание полоски, другой создайте от умеренного до сильного (50-75%) натяжение с одновременным давлением кнутри, оклеивая область боли полоской, примерно на 1/2 её длины.



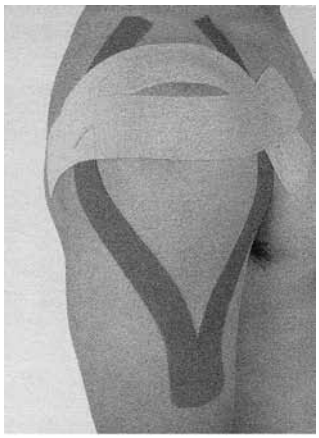
После того, как половина полоски наклеена, рукой, фиксировавшей основание, скользящим движением приклейте всю натянутую часть полоски. Приведите плечо в положение сгибания в горизонтальной плоскости. Приклейте «хвосты» полоски под углом, чтобы вызвать рассеивание тяги, создаваемой основанием. «Хвосты» приклеиваются без натяжения.
Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений.

Вид законченного кинезиотейпинга при синдроме манжетки ротаторов.

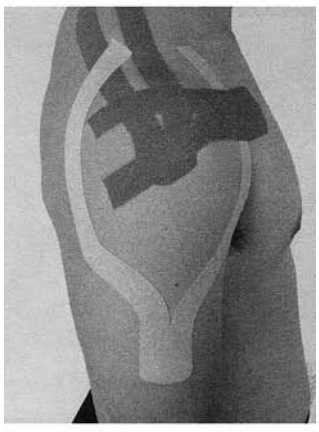
ЛОПАТОЧНО-ПЛЕЧЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ (ЛПД)

Перемещение лопатки по отношению к плечевой кости при обычном объёме движений называется лопаточно-плечевым ритмом. Для сохранения нормального объёма движений в плечевом суставе должна присутствовать точная координация между плечевой костью, лопаткой, ключицей, ключично-акромиальным и грудинно-ключичным сочленениями. Если присутсвуют избыточная подвижность в плечелопаточном сочленении, неадекватная подвижность лопатки и/или ограничение подвижности в ключично-акромиальном сочленении, то имеет место нарушение моторного стереотипа.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить болевой синдром, улучшить функцию мышц и обеспечить проприоцептивную импульсацию для восстановления нормального моторного стереотипа. Невозможно описать специфическую технику тейпинга для этого состояния, она скорее будет определяться симптоматикой пациента.

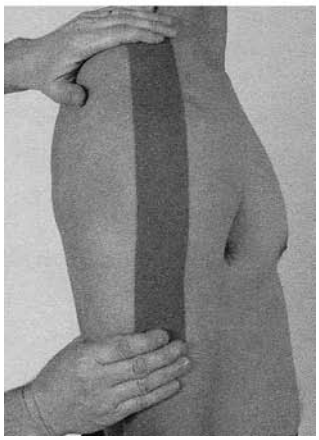
Синдром гиперподвижности плечелопаточного сочленения – преимущественное смещение кпереди.
Кинезиотейпинг синдрома гиперподвижности плечелопаточного сочленения с преимущественным смещением кпереди. Подробнее см. Нестабильность плечевого сустава со смещением кпереди (стр. 58-59).



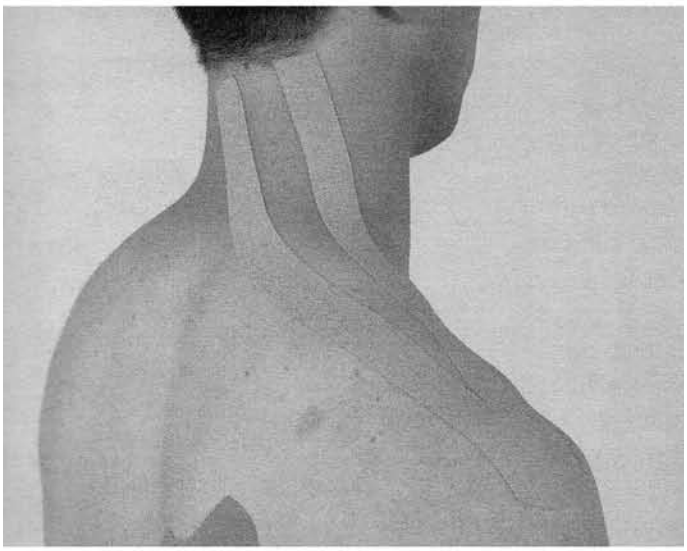
Синдром манжетки ротаторов.
Кинезиотейпинг синдрома манжетки ротаторов. Подробнее см. Синдром манжетки ротаторов (стр. 54).



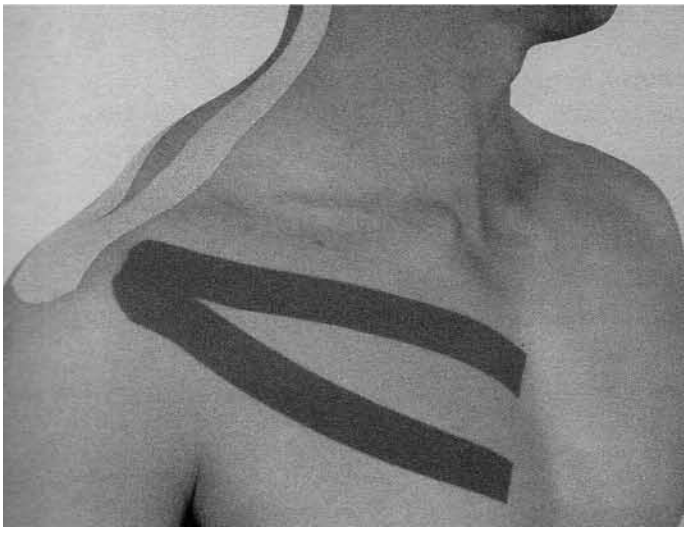
Многоосевая нестабильность плечелопаточного сочленения.
Кинезиотейпинг плечевого сустава при многоосевой нестабильности его. Подробнее см. Многоосевую нестабильность плечевого сустава (стр. 58-59).



Кинезиотейпинг при дисфункции абдукции и ротации лопатки кверху.
Наклеивается полоска («хвост») вдоль нижнего края трапециевидной мышцы от её начала к месту прикрепления, для увеличения её контрактильности. Лопатка при этом должна находиться в абдукции и быть ротированной кверху.
Аппликацию начинают с основания Y-образной полоски под углом 45° с ориентацией на нижний угол лопатки на уровне остистых отростков Th X – XII. Пациента просят отвести плечо и согнуть его в горизонтальной плоскости, создают на полоске 25%-ое (лёгкое) натяжение и наклеивают её «округляя» нижнюю порцию трапециевидной мышцы. Концы «хвостов» приклеиваются без натяжения.



Кинезиотейпинг при поражении передней части плеча.
Используйте технику, как при передней нестабильности плечелопаточного сочленения. Дополнительно используется кинезиотейпинг верхней части трапециевидной мышцы и малой грудной мышцы. В случае кинезиотейпинга верхней части трапециевидной мышцы начинайте с наклеивания основания Y-образной полоски латеральнее ключично-акромиального сочленения. Попросите пациента завести руки за спину, а голову наклонить в противоположную сторону. Используйте лёгкое (25%) натяжение пластыря, охватывая «хвостами» при наклеивании верхнюю часть трапециевидной мышцы.

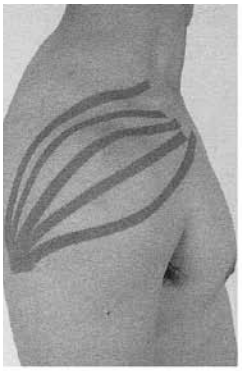


Кинезиотейпинг малой грудной мышцы.
Аппликацию проводят от места прикрепления мышцы к её началу для уменьшения натяжения по передней поверхности плеча. Начинают с наклеивания основания Y-образной полоски в проекции клювовидного отростка без натяжения. Просят пациента отвести плечо и ротировать его кнаружи. Используют очень лёгкое или лёгкое (15-25%) натяжение. Верхний «хвост» полоски натягивается по верхнему краю малой грудной мышцы по направлению к III грудинно-рёберному сочленению. Нижний «хвост» – вдоль нижнего края мышцы по направлению к V грудинно – рёберному сочленению.

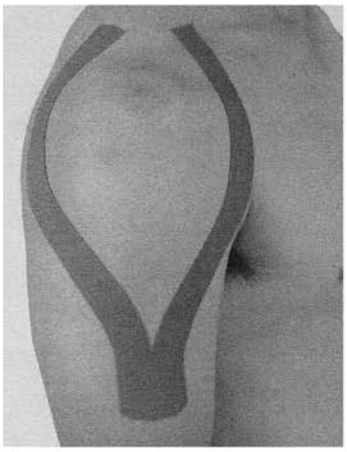
НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА: ПЕРЕДНЯЯ ИЛИ МНОГООСЕВАЯ

Случается после острых дислокаций, хронических подвывихов, длительного перенапряжения, влекущего растяжение капсулы сустава (бейсбол, теннис, метание копья). В большинстве случаев причиной нестабильности является повреждение передней части капсулы плечевого сустава. Кинезиотейпинг не является иммобилизирующей методикой и не может предотвратить дислокацию головки плечевой кости, он лишь позволит уменьшить боль и отёк, и обеспечит проприоцептивную стимуляцию, которая позволит организму оптимизировать моторный стереотип.

Острая фаза – первые 24-27 часа.
В этот период при повреждении субакромиальной сумки первичная цель – ограничение воспалительной реакции.
Первая полоска – наклеивание начинают с основания в проекции задненижней части задней порции дельтовидной мышцы, а «хвосты» веерообразной полоски – через ключично-акромиальное сочленение фиксируют в области ключицы.
Вторая полоска – наклеивание начинают с основания в проекции переднеижней части передней порции дельтовидной мышцы, а «хвосты» веерообразной полоски через ключично-акромиальное сочленение фиксируют в области прикрепления верхней части трапециевидной мышцы. Эти две полоски взаимоперекрещиваются.

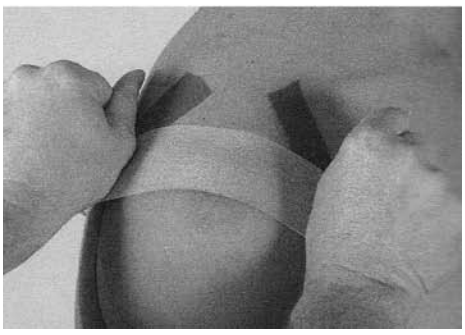


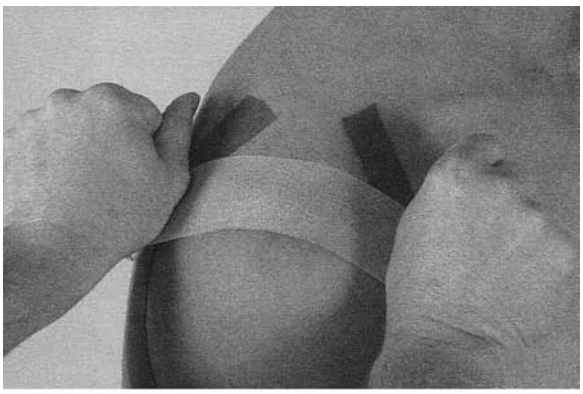
Применение техники лимфатической коррекции для уменьшения отёка в острой фазе: наклеиваются две полоски. (подробнее о ЛК см. стр. 39-40).
Задняя: основание полоски приклеивается без натяжения на заднюю часть дельтовидной мышцы в проекции прикрепления большой и малой круглых мышц. «Хвосты» наклеиваются непосредственно на область боли и отёка с лёгким натяжением (15-25%).
Переднее основание полоски наклеивается в аксиллярной области, «хвосты» же с лёгким (15-25%) натяжением – непосредственно на зону боли и отёка. «Хвосты» полосок должны взаимно перекрещиваться в зоне максимальной боли и отёка.
На усмотрение специалиста может быть выполнен кинезиотейпинг дельтовидной мышцы, в значительной степени улучшающий стабильность плечевого сустава, а также тейпинг других мышц, вовлечённых, по мнению специалиста, в процесс. В острой фазе кинезиотейпинг выполняется от места прикрепления мышц к их началу, позже – наоборот, с целью стабилизации сустава.



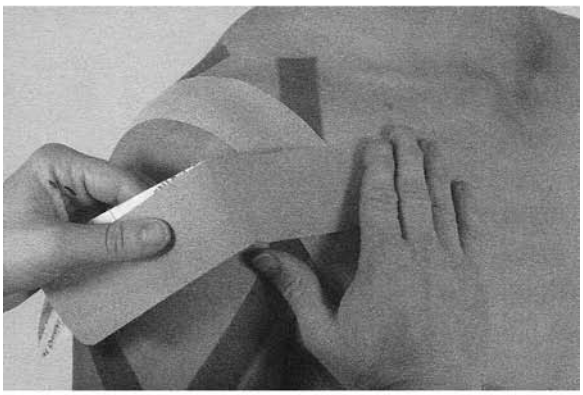
ПЕРЕДНЯЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Использование акромиоклавикулярной техники коррекции.
Подробнее о механической коррекции см. стр. 22-25.
Надорвите бумажное основание i-образной полоски по центру, подверните его, создайте 75-100% натяжение в центре полоски и наклейте его между ключично-акромиальным сочленением и головкой плечевой кости. Иногда требуется более одной полоски, в зависимости от размеров пациента.



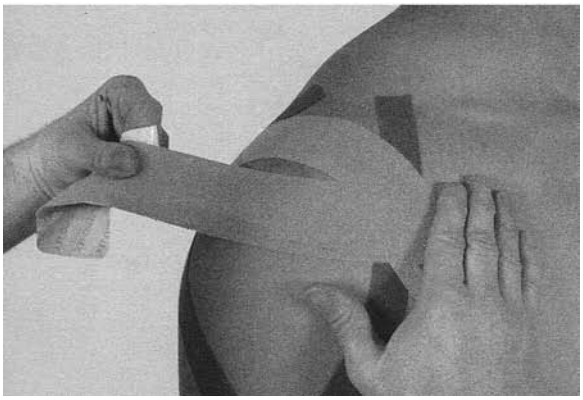


Попросите пациента согнуть руку в плечевом суставе со сгибом в горизонтальной плоскости. Приклейте задний конец полоски без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала движений.

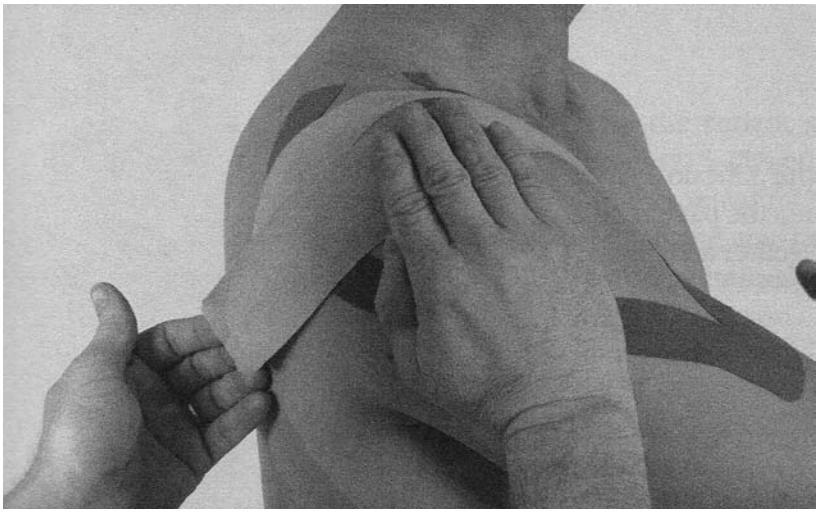


Попросите пациента отвести плечо и разогнуть его в горизонтальной плоскости. Приклейте передний конец полоски без натяжения. Убедитесь в надёжной фиксации пластыря перед началом дальнейших движений.

При выполнении механической коррекции плечелопаточного сочленения придайте плечу положение лёгкой наружной ротации. Приклейте один из концов i-образной полоски минимум на один дюйм медиальнее ключично-акромиального сочленения без натяжения и прификсируйте его одной рукой во избежание генерации натяжения на этом участке.

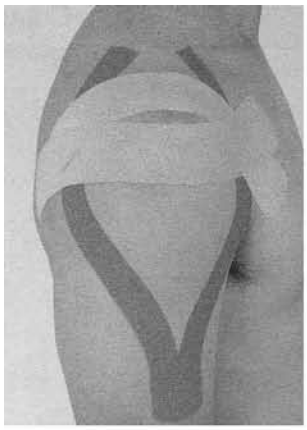


Приложите к полоске 50-75% натяжение и давление кнутри, оклеивая ей область коррекции передней и средней порций дельтовидной мышцы. Конец зоны натяжения должен приходиться на заднюю границу средней порции дельтовидной мышцы. Полоска должна быть наклеена книзу от коракоакромиального сочленения. Специалист может придавать руке положение наружной или внутренней ротации, в зависимости от степени нестабильности плечевого сустава.

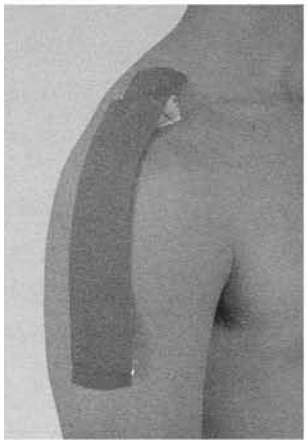


Скользя рукой, фиксировавшей наклеенный конец полоски, приклейте всю её натянутую часть. Приведите плечо в состояние сгибания и сгибания в горизонтальной плоскости и приклейте задний конец полоски без натяжения. Важно, чтобы концы полосок не были наклеены друг на друга, так как их фиксация к коже гораздо надёжней.

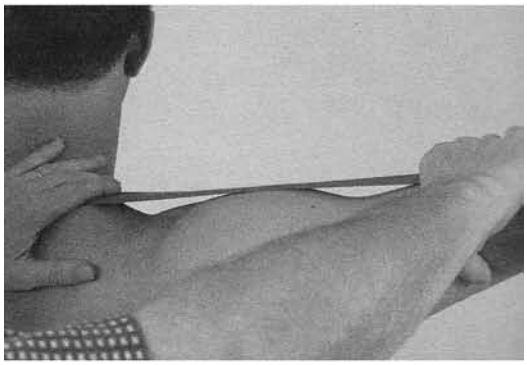
На фото: возможный вариант кинезиотейпинга при передней нестабильности плечевого сутава.



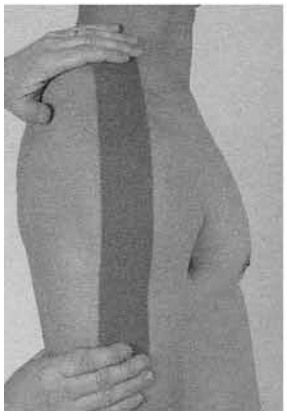
МНОГООСЕВАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА



Использование функциональной коррекции для многоосевой нестабильности плечевого сустава.
Эта концепция применима и к передней нестабильности плечевого сустава. Подробнее см. функцоинальная коррекция стр. 39
Начните с наклеивания i-образной полоски на 3-4 дюйма ниже ключично-акромиального сочленения без натяжения. Описанная техника может быть видоизменена специалистом при нестабильности в нескольких плоскостях.



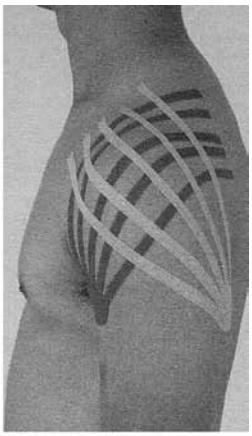
Отведите плечо минимум на 90°. Приклейте другой конец полоски на 3-4 дюйма ниже дельтовидной бугристости плечевой кости. Перед наклеиванием надо определиться со степенью натяжения полоски, которая зависит от желаемой степени ограничения движений. Для начала, обычно, достаточно 50-75% натяжения.



Зафиксировав руками наклеенные концы полоски, приведите плечо пациента. Скользящим движением рук навстречу друг другу приклейте полоску. Убедитесь в надёжности её фиксации до начала движений.

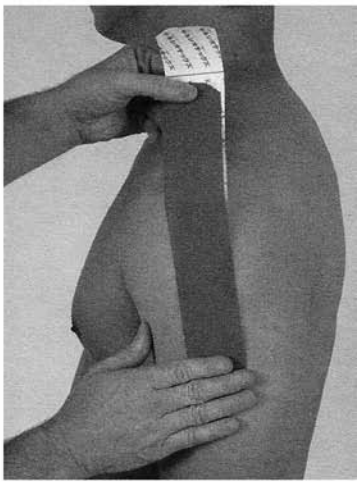
БУРСИТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Чаще возникают в субакромиальной сумке, иногда называемой поддельтовидной. Воспаление возникает в ответ на хроническое перенапряжение, синдром манжетки ротаторов, падение на эту часть тела, прямую травму. Воспалённая сумка компрессирует окружающие мягкие ткани. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и воспаление. После клинической оценки собственно бурсита, специалист может принять решение о дополнительном тейпинге мышц, которые могут быть заинтересованы в патологическом процессе: надостной, дельтовидной или бицепса.

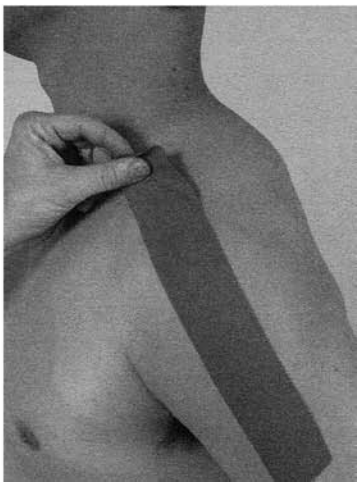


Острая фаза: первые 24-72 часа.

Первичная цель в этот период – ограничение воспалительной реакции. Первая полоска: основание полоски наклеивается в передненижнем углу передней порции дельтовидной мышцы, «хвосты» веерообразно проходят над ключично-акромиальным сочленением по направлению к месту прикрепления трапециевидной мышцы.
Вторая полоска: основание клеится в задненижнем углу задней порции дельтовидной мышцы, «хвосты» веерообразно проходят над ключично-акромиальным сочленением к области ключицы.
«Хвосты» полосок взаимно пересекаются.



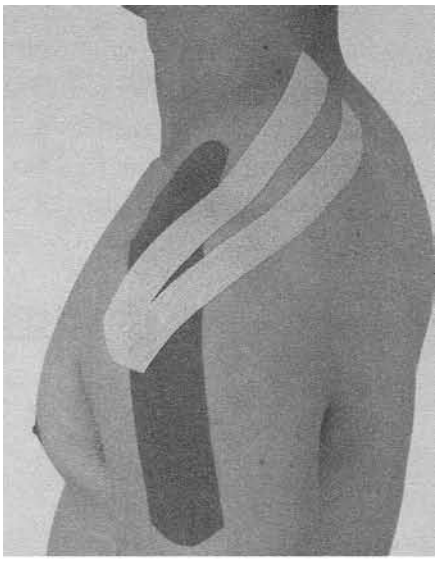
Оптимизация послабляющей i-образной полоски. Подробнее: см. лечение тендинита надколенниковой связки с использованием i-образной полоски (стр. 157).
Наклеиваемая полоска вызывает послабляющий эффект, создавая дополнительное пространство между кожей и воспалённой сумкой, что приводит к уменьшению отёка. Подробнее см. послабляющую коррекцию (стр. 29).
Наклеивать полоску начинайте без натяжения в проекции дельтовидной бугристости плечевой кости. Удерживайте наклеенный участок одной рукой.



Попросите пациента завести руки за спину. Создайте лёгкое (15-25%) натяжение на полоске по всей длине кроме последних 2 дюймов, которые наклеиваются без натяжения.
Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Характерная для послабляющей коррекции волнистость на поверхности полоски может отсутствовать при нахождении руки в нейтральном положении, она появляется на фоне движений в плечевом суставе.

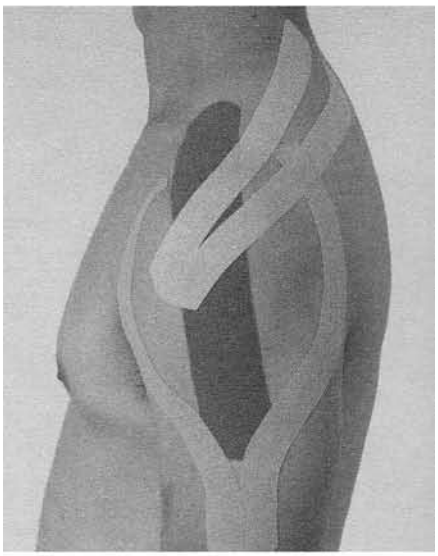
ВАРИАНТ 1: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ НАДОСТНОЙ МЫШЦЫ

Подробнее кинезиотейпинг надостной мышцы описан в разделе «Синдром манжетки ротаторов» (стр. 54)



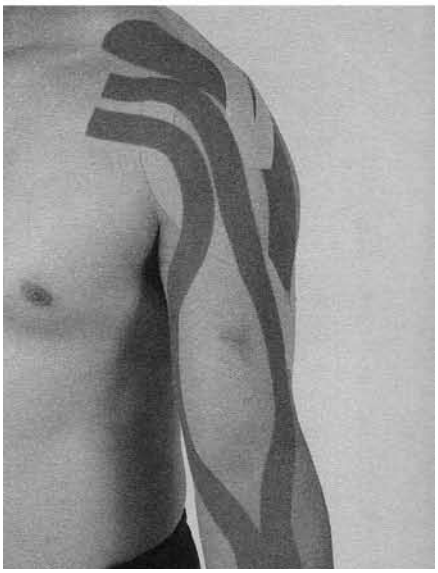
ВАРИАНТ 2: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ДЕЛЬТОВИДНОЙ МЫШЦЫ

Подробнее кинезиотейпинг дельтовидной мышцы описан в разделе «Синдром манжетки ротаторов» (стр. 54)



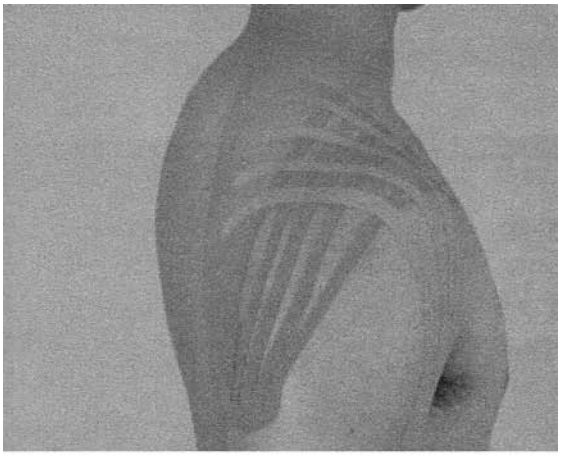
ВАРИАНТ 3: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ БИЦЕПСА

Подробнее кинезиотейпинг бицепса описан в разделе «Тендосиновиит сухожилия бицепса» (стр. 68)



РАСТЯЖЕНИЕ КЛЮЧИЧНО-АКРОМИАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕИЯ

Частая травма при падении на вытянутую руку, падении на само плечо. Боль и воспаление обычно ощущаются в плече как в покое, так и на фоне активных движений. Методика кинезиотейпинга позволяет за счёт эластических свойств пластыря фиксировать ключицу книзу вблизи места формирования ею и акромионом сочленения. Используется механическая коррекция с большим натяжением и давлением кнутри. Лимфатическая коррекция также применима в этой ситуации для борьбы с отёком.

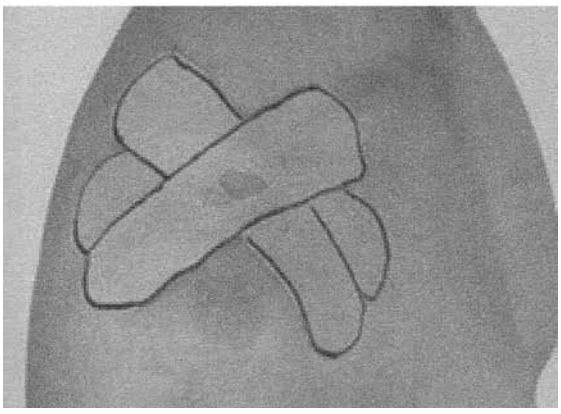


ВАРИАНТ 1:

В острой фазе наклеиваются 2 полоски для лимфатической коррекции. Подробнее см. лимфатическую коррекцию(стр. 39)
Острая фаза – первые 24-72 часа.
Основная цель – ограничение воспалительной реакции.
Первая полоска: основание приклеивается в передненижнем углу передней порции дельтовидной мышцы, а «хвосты» веерообразно, проходя через область ключично-акромиального сочленения, клеятся в области прикрепления трапециевидной мышцы.
Вторая полоска: основание наклеивается на заднениж-ний угол задней порции дельтовидной мышцы, «хвосты» веерообразно переходят через область ключично-акромиального сочленения и клеятся в проекции ключицы.
«Хвосты» полосок должны взаимно пересекаться.

ВАРИАНТ 2:

Аппликация полоски с отверстием для ограничения воспалительной реакции.
Вырежьте отверстие в центре 6-8 дюймовой i-образной полоски. Надорвите бумажную основу посередине и создайте 15-25% натяжение. Приклейте отверстие непосредственно на ключично -акромиальный сустав. Концы полоски наклейте без натяжения.

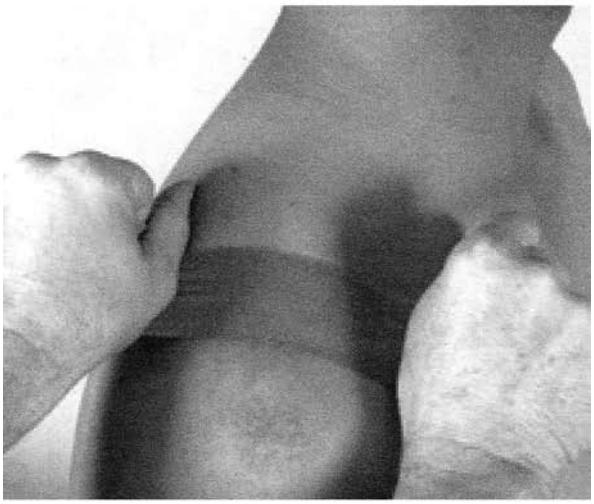


С целью максимизации лифтинга могут быть использованы 2-3 полоски с отверстиями.

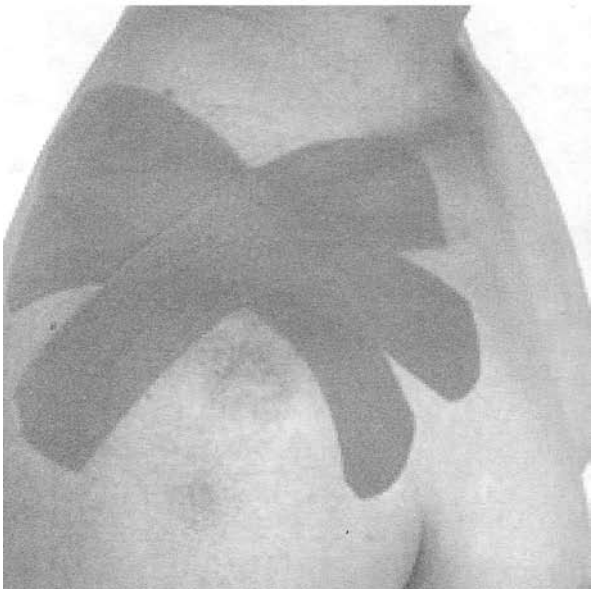
В зависимости от результатов клинического исследования, специалист может выполнить кинезиотейпинг дельтовидной мышцы, корригирующим моментом которого является увеличение общей стабильности плечевого сустава на фоне повреждения ключично-акромиального сочленеия. В некоторых случаях выполняется кинезиотейпинг и других мышц. Тейпинг дельтовидной мышцы на фото выполнен от места её прикрепления к началу с целью уменьшения боли. По истечении острой фазы направление тейпинга меняется на обратное для большей стабилизации ключично-акромиального сустава.

ВАРИАНТ 3: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Начните с надрывания бумажной основы i-образной полоски пластыря и приложения к середине полоски 75-100% натяжения, после чего натянутый участок наклейте непосредственно на ключично-акромиальное сочленение. Концы полоски наклеиваются без натяжения. Иногда, в зависимости от размера пациента, необходимо несколько полосок пластыря.

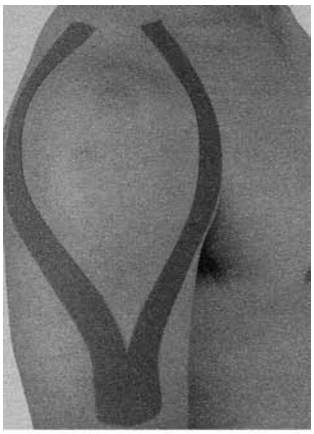


Законченная картина кинезиотейпинга в случае растяжения ключично-акромиального сочленения. С использованием техники механической коррекции наложены 3 полоски пластыря.



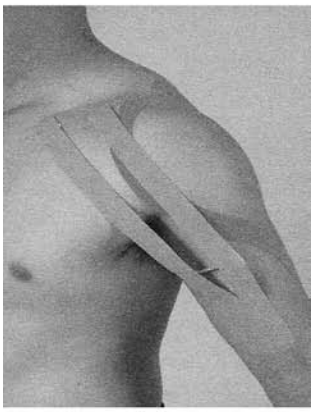
«ЗАСТЫВШЕЕ» ПЛЕЧО – АДГЕЗИВНЫЙ КАПСУЛИТ

Это состояние встречается чаще у пожилых людей. Причина его до конца не ясна, но очевидно, что оно сопровождается утолщением и уменьшением в размерах капсулы плечевого сустава. Адгезивный капсулит может иметь место в любом суставе, но чаще поражается плечевой. Мышцы, окружающие плечевой сустав, также вовлекаются в процесс, внося свой вклад в тугоподвижность. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль, отёк и спастику мышц в зоне поражения. При лечении этого состояния важно определиться с зоной наложения пластыря. Кинезиотейпинг мышц, показанных на фото, продемонстрировал высокую клиническую эффективность (см. ниже). При выполнении тейпинга помните об ограниченном объёме движений в плечевом суставе и, если наклеивать пластырь необходимо при определённом положении конечности, отличном от нейтрального, старайтесь придать ей это положение, насколько возможно. Для нивелирования ограниченного объёма движений, специалист прибегает к несколько большим натяжениям пластыря, чем обычно.



КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ДЕЛЬТОВИДНОЙ МЫШЦЫ ОТ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ К НАЧАЛУ

Подробнее см. раздел «Синдром манжетки ротаторов или тендинит» (стр. 54).

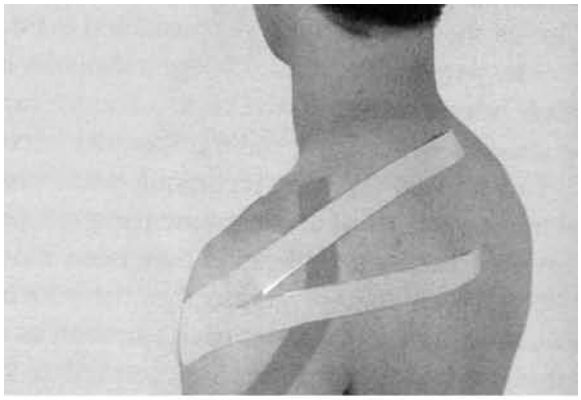


КИНЕЗИОТЕЙПИНГ КЛЮВОВИДНО-ПЛЕЧЕВОЙ МЫШЦЫ ОТ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ К НАЧАЛУ

Начинайте наклеивание Y-образной полоски пластыря с основания на 2 дюйма ниже середины плеча по его медиальной поверхности без натяжения.

Попросите пациента выполнить отведение и разгибание в плечевом суставе. Создайте на «хвостах» полоски 15-25% (лёгкое) натяжение. Верхний хвост должен наклеиваться в порции верхнего края брюшка клювовидно-плечевой мышцы по направлению к клювовидному отростку лопатки. Нижний «хвост» – по нижнему краю брюшка клювовидно-плечевой мышцы по направлению к клювовидному отростку лопатки. Последние 1-2 дюйма «хвостов» наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений.

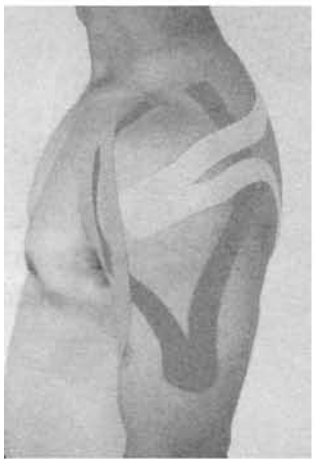
КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ПОДЛОПАТОЧНОЙ МЫШЦЫ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ОТ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ К НАЧАЛУ



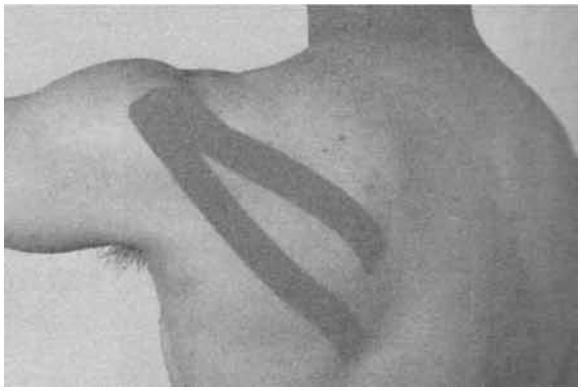
Начните с наклеивания основания Y-образной полоски на 2 дюйма латеральнее малой бугристости плечевой кости без натяжения.

Придайте плечу положение отведения, горизонтального сгибания и внутренней ротации. Создайте на «хвостах» полоски лёгкое (15-25%) натяжение. Верхний «хвост» приклеивается в проекции оси лопатки, по направлению к её верхнему краю. Последние 1-2 дюйма наклеиваются без натяжения. Нижний «хвост» наклеивается по нижнему краю лопатки. Последние 1-2 дюйма наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала движений.

Законченная аппликационная картина при адгезивном капсулите. Альтернативная методика кинезиотейпинга подлопаточной мышцы подразумевает наклеивание основания Y-образной полоски в нижнелатеральной части подмышечной области (это больше соответствует анатомической области начала этой мышцы). Придайте плечу положение отведения и внутренней ротации. Приклейте «хвосты» полоски по ходу мышцы. Помните о возможности раздражения чувствительной кожи подмышечной области пластырем



ВАРИАНТ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА МАЛОЙ КРУГЛОЙ МЫШЦЫ ОТ МЕСТА ЕЁ ПРИКРЕПЛЕНИЯ К НАЧАЛУ



Начните с наклеивания основания Y-образной полоски пластыря на нижнюю часть бугристости плечевой кости без натяжения. Приведите плечо в положение отведения, сгибания в горизонтальной плоскости и внутренней ротации. Наклейте верхний «хвост» полоски вдоль верхнего края аксиллярной части ключицы, а нижний – вдоль её нижнего края с лёгким натяжением (15-25%). Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений.

ВАРИАНТ АППЛИКАЦИИ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ С ЦЕЛЬЮ ОБЛЕГЧЕНИЯ НАРУЖНОЙ РОТАЦИИ ЗА СЧЁТ УМЕНЬШЕНИЯ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ВНУТРЕННЕЙ

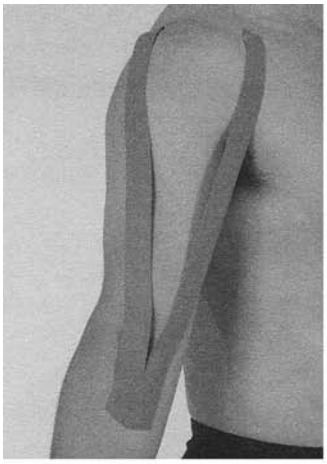
Приклейте основание полоски к задне-латеральной поверхности плеча.

Уложите пациента, приведите плечо в положение отведения и наружной ротации, насколько это возможно. Уложите руку на опору, чтобы минимизировать дискомфорт. Создайте на хвостах лёгкое (15-25%) натяжение. Верхний хвост клеится слегка ниже ключицы вплоть до грудинно-ключичного сочленения.Нижний – по ходу нижних волокон большой грудной мышцы к месту перехода костной части рёбер в хрящевую.

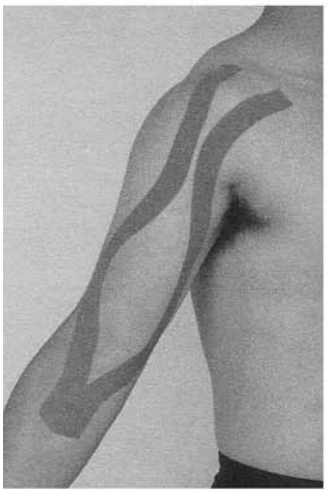
Желаемый эффект аппликации – ограничение внутренней ротации, вследствие которого наружная ротация осуществляется отчасти как пассивное движение.

ТЕНДОСИНОВИИТ БИЦЕПСА

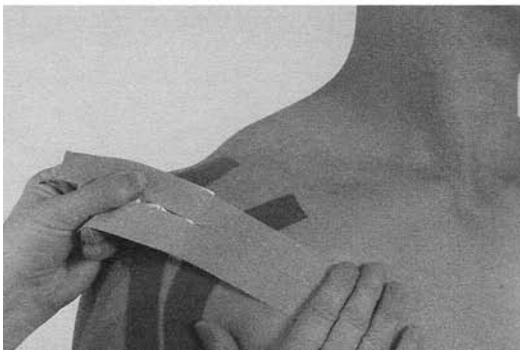
Подразумевает наличие воспалительного процесса между сухожилием бицепса и синовиальным влагалищем, окружающем его. Воспаление обычно возникает на том участке сухожилия бицепса, который пересекает поперечную связку плеча, т.е. в месте прохождения его в бициптальной бороздке плечевой кости. Это состояние наиболее типично при занятиях спортом, связанных с поднятием руки выше уровня головы: теннис, бейсбол, волейбол, метание копья.
Кинезиотейпинг уменьшает боль и воспаление в зоне повреждения. Тендосиновиит бицепса обычно сочетается с синдромом манжетки ротаторов.



Кинезиотейпинг бицепса от места прикрепления к началу:
– должен выполняться в первую очередь. Начните с наклеивания основания Y-образной полоски на 2 дюйма ниже проекции бициптальной бугристости на лучевой кости или выше локтевой ямки без натяжения.

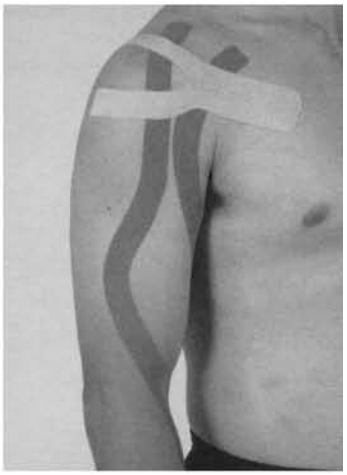


Придайте плечу положение отведения, разгибания, наружной ротации. Создайте 15-25%-ное натяжение (лёгкое) на «хвостах» полоски. Латеральный «хвост» наклеивается по наружному краю длинной головки бицепса к надсуставной бугристости лопатки. Медиальный «хвост» по ходу короткой головки бицепса к клювовидному отростку лопатки. Дистальные 1-2 дюйма «хвостов» наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала движений.

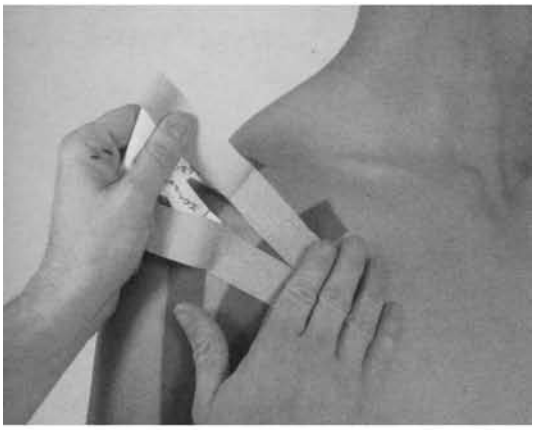


Использование техники механической коррекции с нахождением на основании Y-образной полоски.
Подробнее: см. механическая коррекция (стр.22)
Начните с наклеивания основания 6-8 дюймовой Y-образной полоски на переднюю поверхность плеча под клювовидным отростком без натяжения. Конец прорези в полоске должен находиться непосредственно под эпицентром боли. Одной рукой фиксируйте основание полоски. Создавая 50-75% натяжение(от умеренного до сильного) с давлением кнутри начните оклеивание эпицентра боли.

Когда будет наклеена приблизительно 1/2 полоски, скользящим движением сместите руку, фиксировавшую основание к месту, где заканчивается натяжение на полоске.
Приведите плечо в положение сгибания и сгибания в горизонтальной плоскости. Наклеивайте «хвосты» полоски под углом друг к другу для рассеивания тяги со стороны основания. «Хвосты» приклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Вид законченного кинезиотейпинга при тендосиновите бицепса.



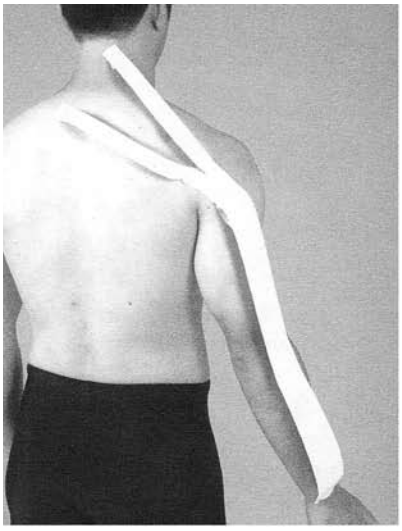
ВАРИАНТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ С НАТЯЖЕНИЕМ НА «ХВОСТАХ» ПОЛОСКИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Подробнее: см. послабляющую коррекцию(стр.29)
Начните с наклеивания основания 6-8 дюймовой Y-образной полоски на переднюю поверхность плеча под клювовидным отростком без натяжения. Начало прорези в полоске должно располагаться непосредственно ниже эпицентра боли. Одной рукой фиксируйте основание полоски. Создайте на «хвостах» 25-50%(от лёгкого до умеренного натяжения)как бы обходя ими эпицентр боли с обеих сторон.

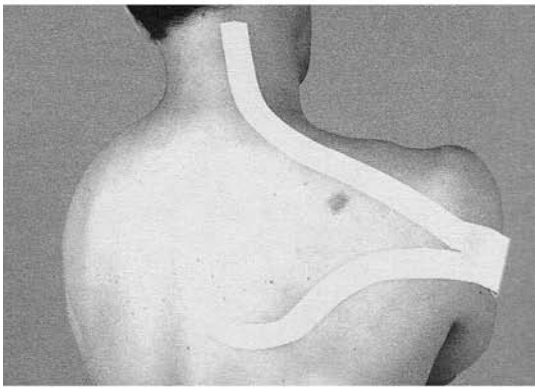
Натяжение, создаваемое на «хвостах» полоски позволит собрать кожу непосредствнно над местом воспаления, оптимизируя лимфодренаж. Создайте натяжение на «хвостах», на участке1/2 их длины. Скользящим движением руки, фиксировавшей основание полоски приклейте части «хвостов»,находящиеся под натяжением. Приведите плечо в положение сгибания и сгибания в горизонтальной плоскости. Доклейте «хвосты» под углом друг к другу, обеспечивая рассеивание тяги. Концы «хвостов» наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря перед началом активных движений.

НЕЙРОПРАКСИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

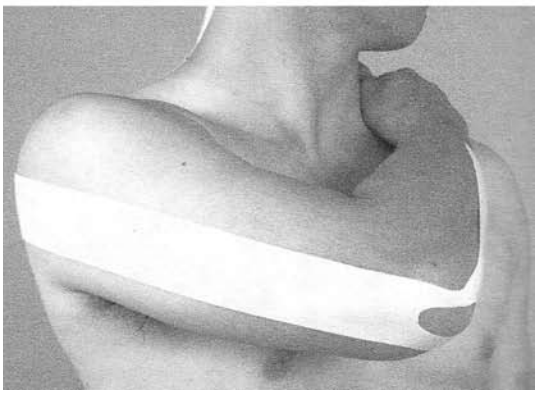
Состояние, характеризующееся выпадением или снижением функции периферического нерва без дегенеративных изменений в нём, за счёт повреждения соответствующего спинального корешка в шейном отделе позвоночника. Возникающие при этом парестезии разнообразны (жаленье, жжение, щипки). Состояние это возникает обычно при приложении нагрузки на наклонённую в сторону голову (это создаёт предпосылки для травмирования нервного корешка). Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль, отёк, парестезии, воспаление. Кинезиотейпинг выполняется по всей длине дермотома, иннервируемого повреждённым нервным корешком.
Наклеивание при поражении корешков плечевого сплетения можно начинать как с шеи, так и с руки. Важно, чтобы сегментарная аппликация выполнялась на ткани, находящиеся в натянутом состоянии.



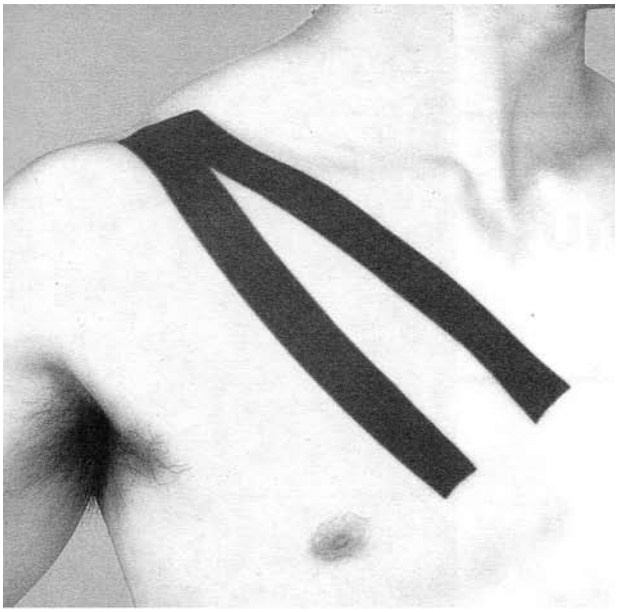
Отмерьте полоску необходимой длины (от наиболее удалённого участка парастезий до затылка). Y-образно разрежте проксимальный конец полоски приблизительно до места прикрепления большой и малой грудных мышц. Там же надорвите бумажное основание полоски и приклейте около 2 дюймов без натяжения.



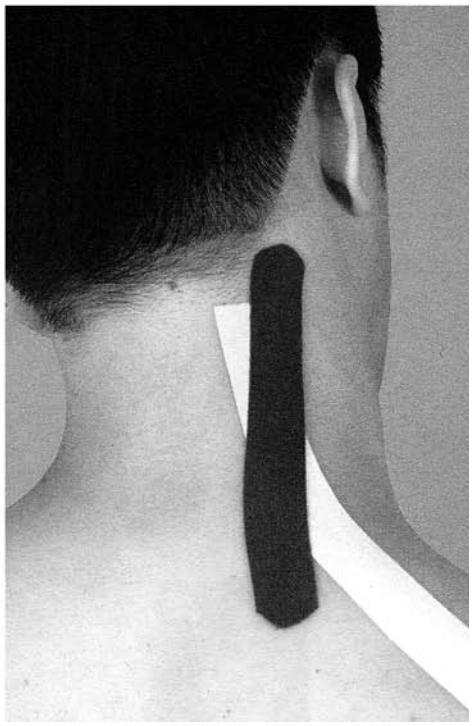
Приведите плечо в положение сгибания со сгибанием в горизонтальной плоскости, голову пациента поверните и наклоните в сторону, противоположную стороне поражения. С лёгким натяжением (15-25%) наклейте верхний «хвост» полоски вдоль верхней части трапециевидной мышцы вплоть до затылка. Нижний «хвост» клеится в проекции обнаруженных триггерных точек или в проекции большой и малой круглых мышц к аксиллярному краю лопатки.



Попросите пациента согнуть руку в локтевом и лучезапястном суставах, удерживая сгибание и сгибание в горизонтальной плоскости – в плечевом. Наклейте полоску по всей длине зоны парестезий с лёгким (15-25%) натяжением. В области локтя либо обойдите полоской сумку локтевого отростка, либо вырежьте отверстие в пластыре, чтобы не оказывать на неё давление. Продолжите аппликацию на предплечье и тыле кисти до конца зоны парестезий.



Использование техники аппликации для малой грудной мышцы. Подробнее: см. синдром апертуры грудной клетки (стр.74).
Начните с наклеивания основания Y-образной полоски. Выше клювовидного отростка лопатки без натяжения. Придайте плечу положение отведения минимум на 90° и максимальной наружной ротации. Создайте 15-25%-ное натяжение на пластыре. Верхний «хвост» клеится по направлению к месту перехода костной части III ребра в хрящевую, нижний – пятого. Последние 1-2 дюйма пластыря наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря перед началом движений.



Кинезиотейпинг задней костничной мышцы от места прикрепления к началу. Вначале пациент должен находиться в нейтральном положении. Приклейте основание 1 дюймовой i-образной полоски пластыря латеральнее Th 2-3. Попросите пациента привести подбородок к противоположному плечу. Создайте очень лёгкое (10-15%) натяжение на полоске и приклейте её в направлении ипсилатерального сосцевидного отростка. Не переусердствуйте с натяжением (это очень чувствительная зона). Иногда необходимо сбривать волосы перед аппликацией.

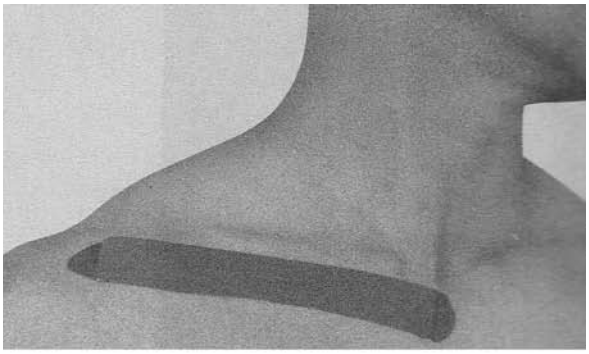
ТУЛОВИЩЕ И СПИНА

РАЗДЕЛ 4

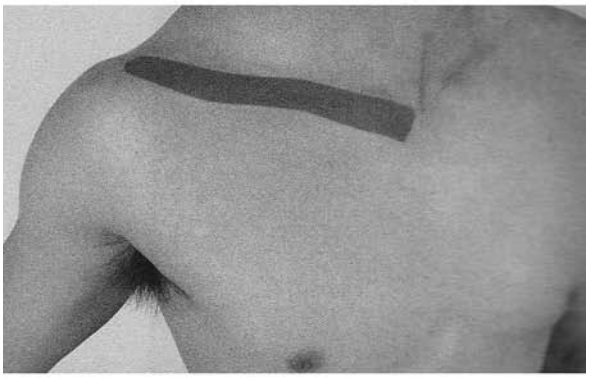
СИНДРОМ ГРУДНОЙ АПЕРТУРЫ

Подразумевается сдавление в указанной анатомической области сосудисто-нервных пучков. Обычно компрессируются: подключичная артерия, вена и плечевое сплетение. Сдавление может иметь место в локализации малой грудной мышцы, первого ребра и ключицы и между передней и средней лестничными мышцами. Кинезиотейпинг снижает натяжение анатомических структур в зоне компрессии. В ходе клинического обследования, специалист выяснит вид компрессии и причину синдрома апертуры грудной клетки. Ниже показаны наиболее эффективные методики кинезиотейпинга.

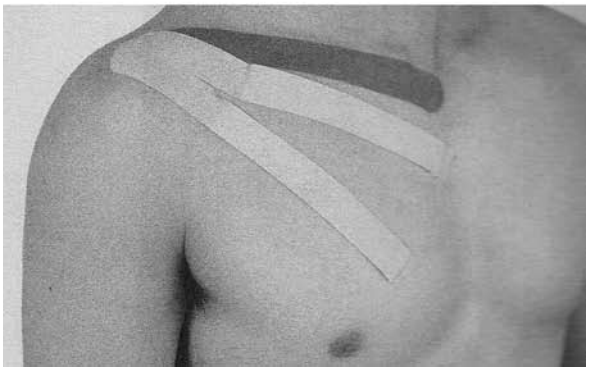
Кинезиотейпинг подключичной мышцы от места прикрепления к началу.
Начните с наклеивания основания i-образной полоски (шириной в один дюйм) книзу и слегка медиальнее ключично-акромиального сочленения без натяжения.

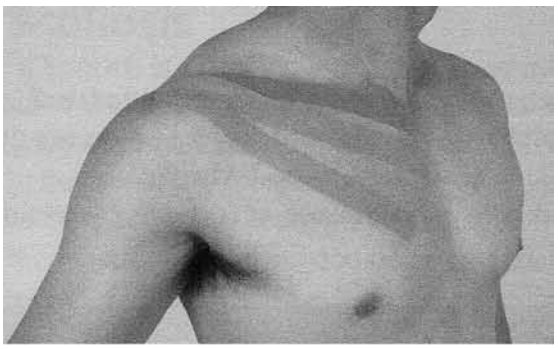


Приведите плечо в положение отведения и наружной ротации. Создайте 15-25% натяжение на пластыре, приклейте его под нижним краем ключицы вплоть до грудинно-ключичного сочленения. Последние 1-2 дюйма наклейте без натяжения. Убедитесь в надёжной фиксации пластыря.

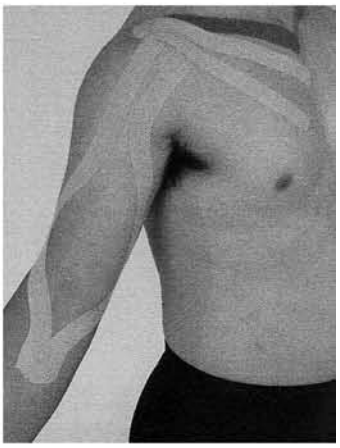


Кинезиотейпинг малой грудной мышцы от места прикрепления к началу.
Начните с наклеивания основания Y-образной полоски выше клювовидного отростка лопатки без натяжения.

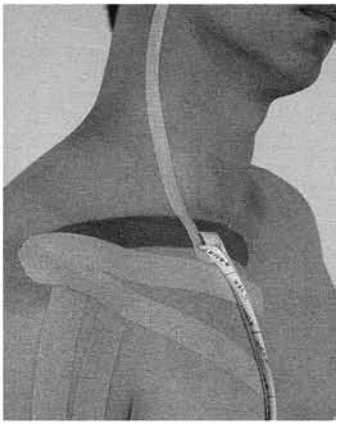




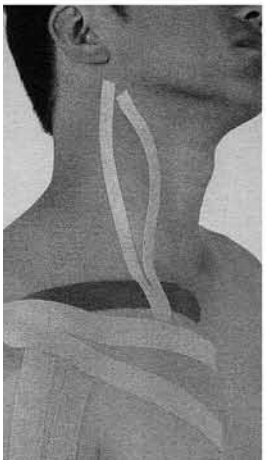
Приведите плечо в состояние отведения (90° и более) и максимальной нагрузки ротацией. Создайте 15-25% натяжение на пластыре. Верхний «хвост» клеится в направлении перехода костной части III ребра в хрящевую, нижний – пятого. Последние 1-2 дюйма наклеиваются без натяжения. Убедитесь в надёжности фиксации пластыря до начала активных движений.



Кинезиотейпинг бицепса от места прикрепления к началу.
Подробнее см. тендосиновиит бицепса (стр.68).



Кинезиотейпинг передней лестничной мышцы от места прикрепления к началу.
Пациент находится в нейтральном положении. Начинайте аппликацию с основания Y-образной полоски на уровне остистых отростков C III-VI без натяжения. Для передних волокон попросите пациента наклонить голову в противоположную аппликации сторону, одновременно повернув её в сторону аппликации. Создайте на пластыре 10-15% (очень лёгкое) натяжение. Медиальный «хвост» клеится в направлении I рёберно-грудинного сочленения.

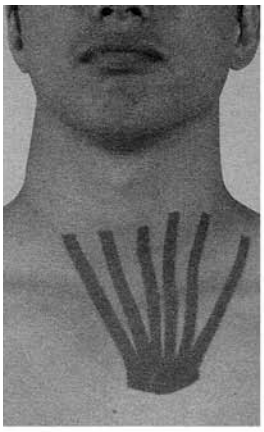


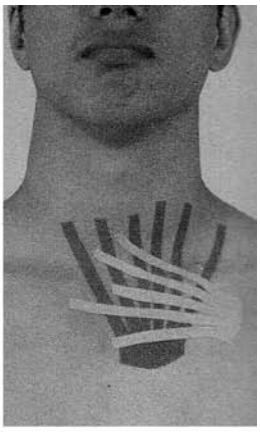
Для тейпинга латеральных волокон попросите пациента наклонить голову в сторону противоположную аппликации и повернуть её туда же. «Хвост» наклеивается по направлению к границе медиальной и средней трети I ребре. Последний дюйм наклеивается без натяжения. «Хвосты» после аппликации должны заходить за I ребро примерно на 1 дюйм.
Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

РАСТЯЖЕНИЕ ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНОГО СУСТАВА

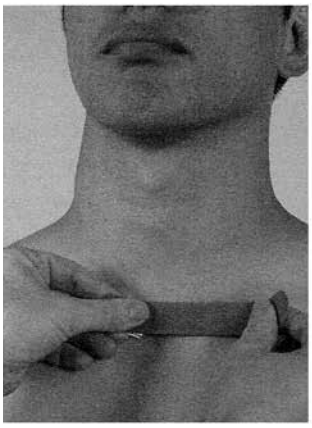
Нечастая травма, связанная в основном с передаточным усилием на ключицу со стороны плеча. По природе грудинно-ключичный сустав подвижен и участвует в отведении плеча до 90°. Хорошо известен долгий период его восстановления после травмы.
Кинезиотейпинг уменьшает отёк и боль в зоне повреждения при использовании послабляющей техники.

Кинезиотейпинг с использованием лимфатической коррекции при растяжении грудиноключичного сустава.
Наклеиваются две полоски. Подробнее см. лимфатическая коррекция (стр. 39). Первая полоска наклеивается основанием ниже грудиноключичного сустава. Веерообразные полоски, переходя через область сустава и ключицу, наклеиваются с 15-25% натяжением.
Вторая полоска клеится либо медиальнее, либо латеральнее первой так, чтобы их веерообразные полоски пересекались над областью сустава.

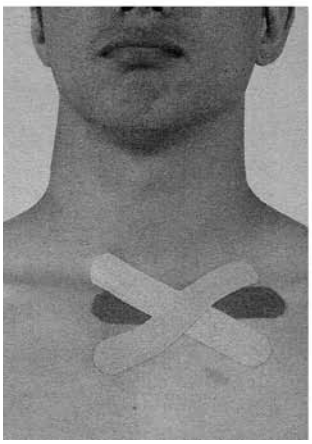




Использование послабляющей техники. Подробнее: см. послабляющая техника (стр. 29).
Надорвите бумажное основание посередине 4-х дюймовой i-образной полоски. Создайте 15-25% натяжение на пластыре. Приклейте растянутый участок i-образной полоски непосредственно на область грудиноключичного сустава. Концы полоски приклейте без натяжения.

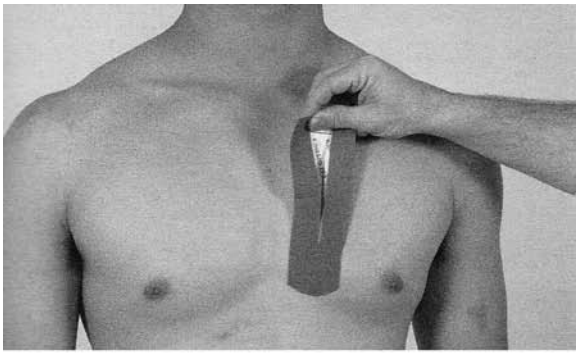


Наклейте еще 2-3 полоски над грудиноключичным суставом указанным выше способом для создания послабляющего эффекта. Убедитесь в надёжности фиксации пластыря. Лечебная тактика может включать механическую коррекцию с использованием значительных натяжений пластыря и давления кнутри для ограничения подвижности сустава.
Дополнительно: см. ключично-акромиальный сустав (стр. 63)
Для стабилизации грудиноключичного сустава механическая коррекция выполняется непосредственно в его проекции.
Дополнительно: см. ключично-акромиальный сустав (стр. 63)

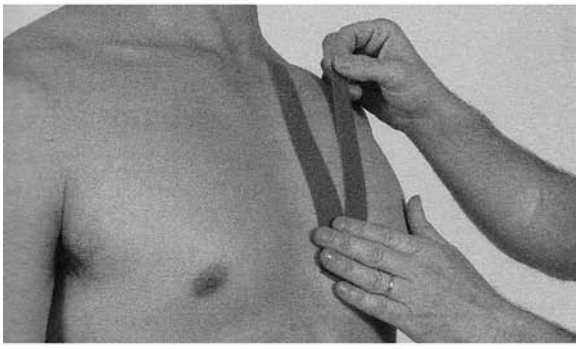


СКОЛИОЗ

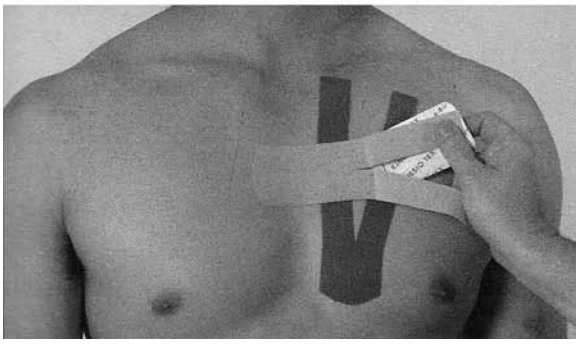
Подразумевает искривление позвоночника во фронтальной плоскости с одновременной ротацией тел позвонков. Чаще встречается в грудном отделе. По причине возникновения различают функциональный и структуральный сколиоз. Причинами функционального сколиоза могут быть разная длина ног, неравномерное развитие мышц. Структуральный сколиоз имеет в основе костные дефекты позвоночника. Показанный ниже кинезиотейпинг при сколиозе может служить лишь одним из примеров манипуляции. Специалист же в каждом конкретном случае должен оценить степень и направление искривления и вид ротации позвонков. С помощью кинезиотейпинга можно изменить тонус различных мышц, а созданием тяги на поверхности кожи создать предпосылки для ликвидации ротации позвонков. В иллюстрированном примере выполнен кинезиотейпинг по поводу правостороннего сколиоза в грудном отделе позвоночника и левостороннего –в поясничном, обуславливающих смещение правого плеча кпереди, а левого-кзади.



Используется техника механической коррекции с натяжением на «хвостах» Y-образной полоски.
Подробнее, см. механическая коррекция (стр. 22)
Начните с наклеивания основания Y-образной полоски длиной 6-8 дюймов на два дюйма ниже зоны воздействия без натяжения. Одной рукой фиксируйте приклеенное основание.

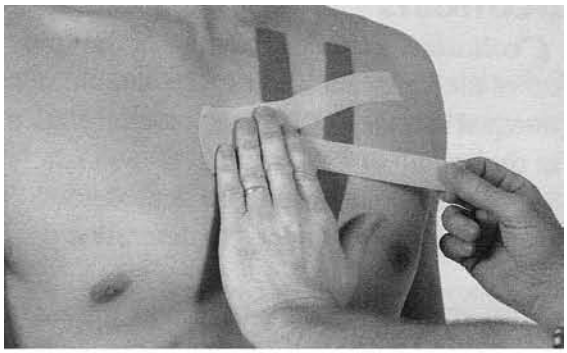


Попросите пациента разогнуть спину и ротироваться в направлении, противоположном желаемой коррекции. Создайте 25-50% (от лёгкого до умеренного) натяжения на «хвостах» полоски. Наклейте их. Концы «хвостов» наклеиваются без натяжения. Убедитесь в надёжности наклеивания пластыря.

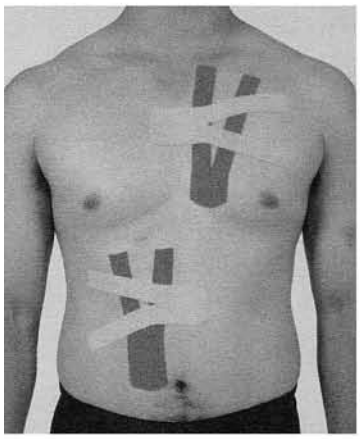


Кинезиотейпинг с использованием фасциальной коррекции с натяжением на основании полоски.
Подробнее см. фасциальная коррекция (стр. 27)
Начните с наклеивания основания Y-образной 6-8 дюймовой полоски медиальнее зоны воздействия без натяжения. Одной рукой фиксируйте наклеенное основание.

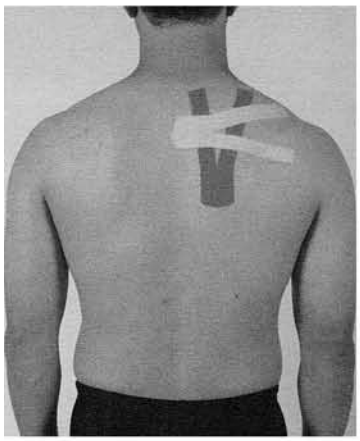
Попросите пациента разогнуть спину и ротироваться в сторону противоположную желаемой коррекции. Создайте 25%-ное натяжение на «хвостах» полоски осциллирующими движениями. Скользящим движением руки, фиксировавшей основание полоски начните наклеивать «хвосты». Концы «хвостов» наклеивайте без натяжения, врозь, чтобы рассеять тягу, создаваемую полоской. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



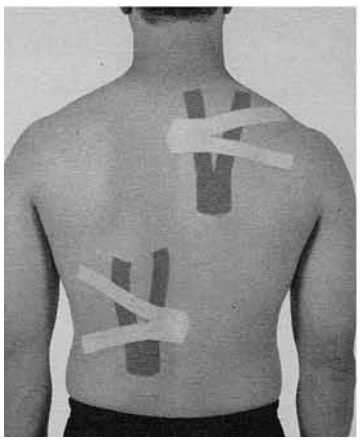
В передненижней области техника стимуляции остаётся такой же, но в диаметрально противоположном направлении. Желаемый эффект – «раскрутить» позвоночник.



В задневерхней области пластырь наклеивается на стороне, противоположной передневерхней. Желаемый эффект – «раскрутить» позвоночник.

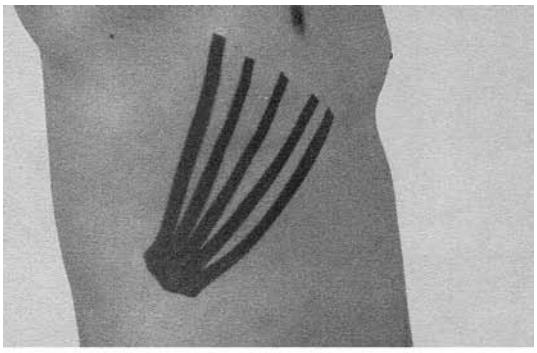


В задненижней области аппликация выполняется на стороне, противоположной передненижней. Желаемый эффект – «раскрутить» позвоночник.

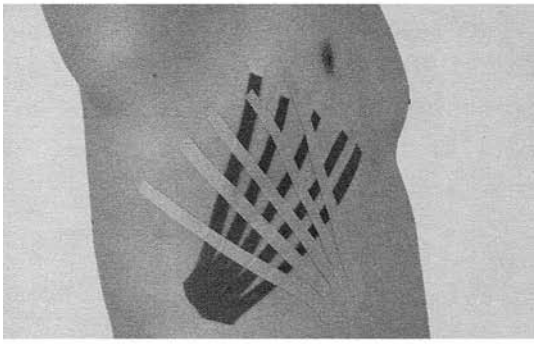


ПЕРЕЛОМ И УШИБ РЕБРА

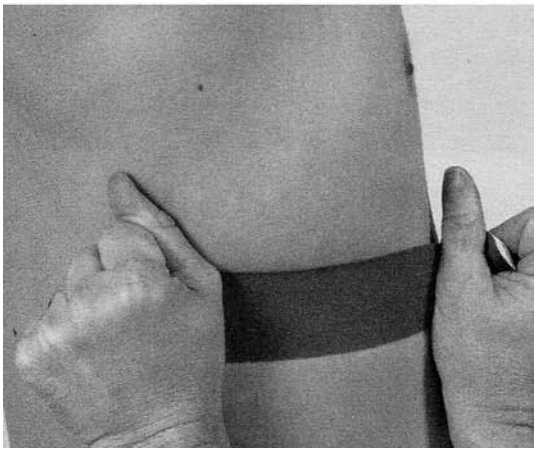
Обычно связаны с прямой тупой травмой. Распространены в тех видах спорта, где часты столкновения. Перелом и ушиб ребра трудно дифференцировать. Чаще повреждаются рёбра с 5 по 9. Нужно с осторожностью допускать спортсмена с травмой рёбер к дальнейшему участию в соревновании – при компрессии места удара возможно повреждение лёгкого. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк и обеспечивает стабилизацию зоны перелома. Пациенты часто отдают предпочтение этой методике, так как при наложении тейпинга не оказывается дополнительного давления на чувствительную зону перелома и облегчаются дыхательные движения. В острой фазе специалист обычно прибегает к лимфатической коррекции двумя взаимоперекрещивающимися полосками.



Острая фаза: первые 24 –72 часа.
Используется техника лимфатической коррекции для уменьшения воспаления и боли. Подробнее: см. лимфатическую коррекцию (стр. 39)
Первая полоска наклеивается кзади и ниже места перелома или ушиба. Приведите плечо пациента в положение максимальной абдукции. «Хвосты» полоски наклеиваются веерообразно поверх места травмы с очень небольшим натяжением (10-15%).

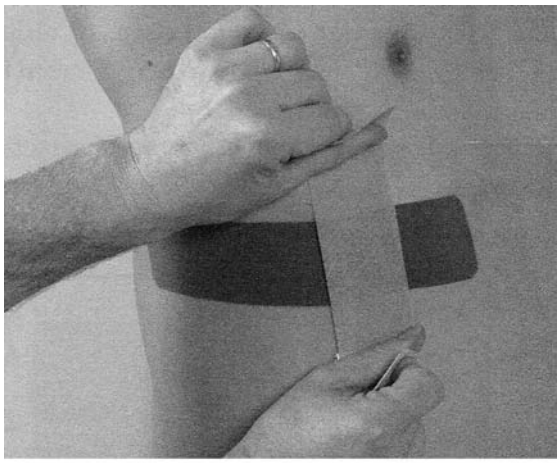


Вторая полоска клеится книзу и кпереди от места травмы. Плечо приводится в положение максимального отведения. «Хвосты» полоски наклеиваются веерообразно поверх места травмы с очень небольшим натяжением (10-15%). «Хвосты» полосок взаимно пересекаются над местом перелома или ушиба.

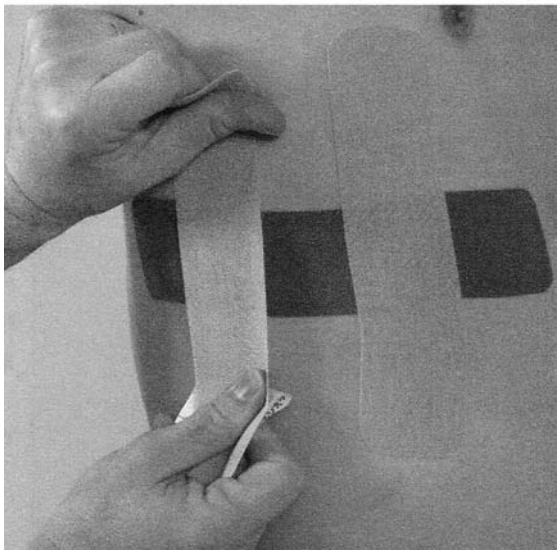


Подострая фаза.
Первая полоска клеится с использованием техники механической коррекции. Подробнее: см. механическая коррекция (стр. 22)
Отведите плечо на 90° (если позволяет боль). Надорвите бумажное основание по центру 6-8 дюймовой i-образной полоски и создайте на этом участке 75-100% натяжение. Приклейте этот участок с давлением кнутри на место ушиба или перелома. Не переусердствуйте с давлением кнутри – это усугубит боль.Приклейте концы полоски без натяжения на фоне глубокого вдоха. Иногда, в зависимости от размеров пациента, необходима и вторая полоска пластыря.

На фоне сохраняющегося отведения руки надорвите посередине бумажное основание i-образной 4-6 дюймовой полоски и создайте на этом участке 75-100% натяжение. Наклейте этот участок кпереди от места ушиба или перелома перпендикулярно первой полоске с давлением кнутри. Концы полоски наклеивайте без натяжения на фоне глубокого вдоха.

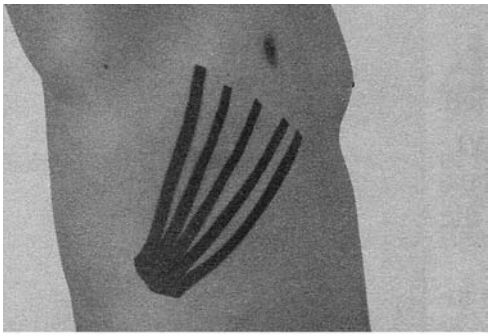


На фоне сохраняющейся абдукции руки, надорвите бумажное основание i-образной 4-6 дюймовой полоски посередине и создайте на этом участке 75-100% натяжение. Наклейте его кзади от места ушиба или перелома перпендикулярно первой полоске с давлением кнутри. Концы полоски наклеивайте без натяжения на фоне глубокого вдоха.

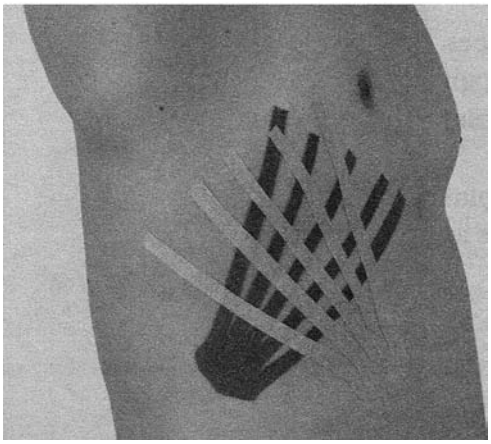


МЕЖРЁБЕРНАЯ НЕВРАЛГИЯ

Сопровождается сильной острой болью по ходу межрёберного нерва. Часто возникает на фоне состояний, сопровождающихся длительным кашлем. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк в анатомической локализации межрёберного нерва.



Лечение состоит в использовании 2 полосок для лимфатической коррекции. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 39).
Приведите руку пациента в положение отведения, попросите его наклонить туловище в здоровую сторону. Начните с приклеивания основания первой полоски пластыря для лимфатической коррекции на 3-4 дюйма выше и кзади от верхнезадней ости подвздошной кости. «Хвосты» ориентируются под углом в 45° в передневерхнем направлении и клеятся с 15-25% натяжением.



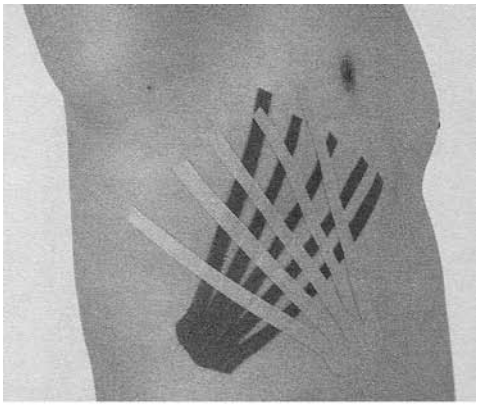
Основание второй полоски пластыря для лимфатической коррекции клеится примерно на 3-4 дюйма сзади и на 6-8 дюймов кверху от передневерхней ости подвздошной кости. Приведите руку пациента в положение отведения, туловище наклоните и ротируйте в здоровую сторону. «Хвосты» полоски наклеивайте под углом 45°, пересекая ими «хвосты» первой полоски приблизительно под прямым углом.
На фото: кинезиотейпинг при межрёберной невралгии.

КОСТОХОНДРОИЗНЫЙ РАЗРЫВ ИЛИ РАСТЯЖЕНИЕ

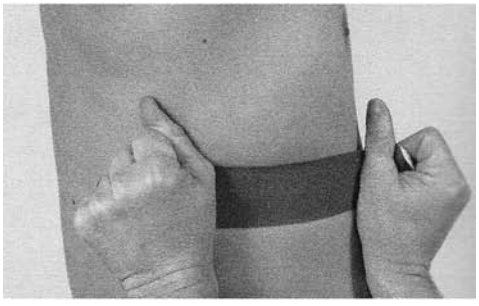
Это повреждение в месте перехода костной части ребра в хрящевую. Встречается чаще, чем перелом рёбер. Обычно эта травма является результатом ротирующего усилия, приложенного к грудной клетке, либо просто тупой травмы последней, например, падения на плечо.
Основная зона повреждения – место перехода костной части ребра в хрящевую. Обычно эта травма сопровождается болезненностью при дыхании и при ротационных движениях в грудном отделе позвоночника.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк и обеспечить стабилизацию зоны повреждения. Пациенты отдают предпочтение этой методике, так как при тейпинге не оказывается дополнительного давления на чувствительную область повреждения и облегчается дыхание. В острой фазе специалист отдаёт предпочтение технике лимфатической коррекции двумя полосками пластыря.

Острая фаза: первые 24-72 часа.

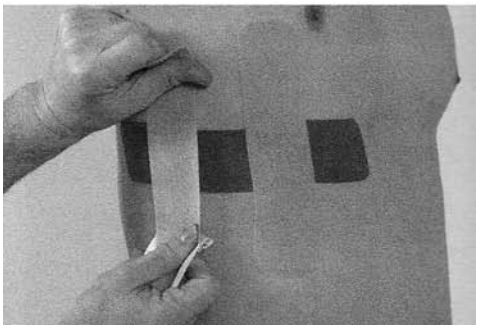
Накладываются две полоски для лимфатической коррекции. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 39). Основания полосок приклеиваются книзу от места повреждения (разрыва или растяжения) и наклеиваясь взаимоперекрещиваются. Специалист может так же прибегнуть к технике с использованием полоски с отверстием, как это описано для растяжения ключично-акромиального сочленения (стр. 63).



Первая полоска пластыря наклеивается с использованием техники механической коррекции.
Подробнее: механическая коррекция (стр. 22)
Придайте руке положение отведения на приблизительно 90° (или настолько, насколько позволяет боль), надорвите бумажное основание посередине 6-8 дюймовой i-образной полоски, создайте 50-75% натяжения на этом участке. Приклейте его непосредственно на место растяжения или разрыва с давлением кнутри, причём последнее не должно усугублять болевой синдром.

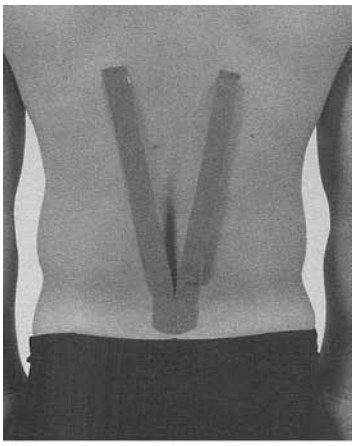


Сохраняя руку в отведённом положении, надорвите посередине бумажную основу i-образной полоски пластыря 4-6 дюймовой длины с 75-100% натяжением. Наклейте по одной i-образной полоске для механической коррекции с давлением кнутри спереди и сзади зоны повреждения. Концы обеих полосок наклеиваются на фоне глубокого вдоха без натяжения.

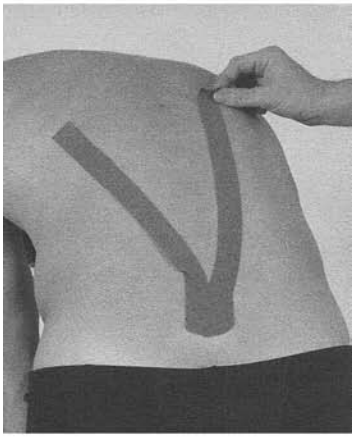


РАСТЯЖЕНИЕ МЫШЦ, ВЫПРЯМЛЯЮЩИХ СПИНУ.ПОЯСНИЧНАЯ ОБЛАСТЬ

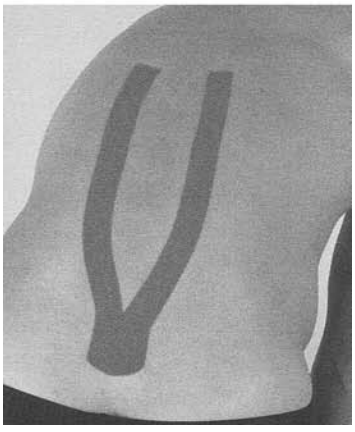
Эта группа мышц обеспечивает стабилизацию позвоночного столба и повреждается в результате внезапной перегрузки при разгибании, ослаблении мышц, ротации туловища. Часто это состояние сочетается с грыжей межпозвоночного диска. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить острый или хронический мышечный спазм, отёк, боль. Ниже продемонстрированы несколько техник аппликации, но ими не ограничивается выбор специалиста.
Ниже не представлена только техника аппликации при грыже межпозвоночного диска.



Кинезиотейпинг разгибателей спины с использованием Y-образной полоски (двустороннее воздействие)
Пациент должен находиться в нейтральном положении. Приклейте основание полоски в области крестцоволюмбального перехода, минимум на два дюйма ниже эпицентра боли. Если эпицентр боли расположен в шейном или грудном отделе – соблюдайте это же правило: основание Y-образной полоски клеится на два дюйма ниже эпицентра боли.



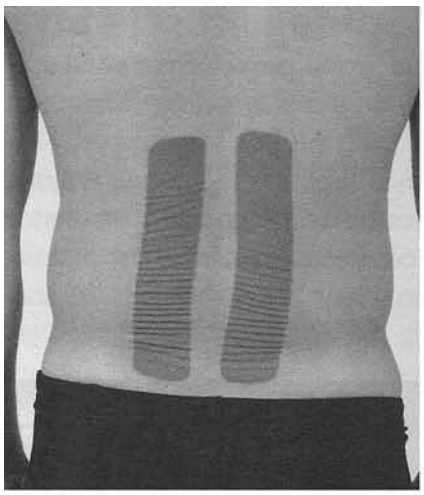
Для наклеивания правого «хвоста» полоски попросите пациента согнуть спину с одновременным поворотом туловища влево. Наклейте «хвост» с 15-25% натяжением. Последние 2 дюйма «хвоста» наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



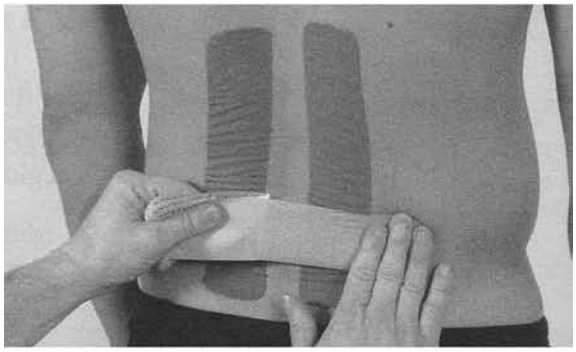
Попросите пациента вновь согнуть спину и одновременно ротировать туловище вправо. Аналогичным образом наклейте левый «хвост» полоски. Последние 2 дюйма «хвоста» клейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Эта же технология может быть как двусторонней, так и односторонней.

H-ОБРАЗНАЯ ТЕХНИКА АППЛИКАЦИИ

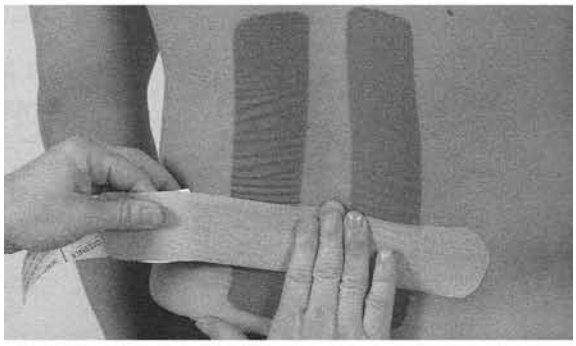
Двустороннее наложение i-образных полосок пластыря с использованием техники послабляющей коррекции при двустороннем растяжении мышц, выпрямляющих спину.
При наложении каждой из полосок просите пациента согнуть спину и ротировать туловище в здоровую сторону. Используется очень лёгкое или лёгкое (15-25%) натяжение пластыря.



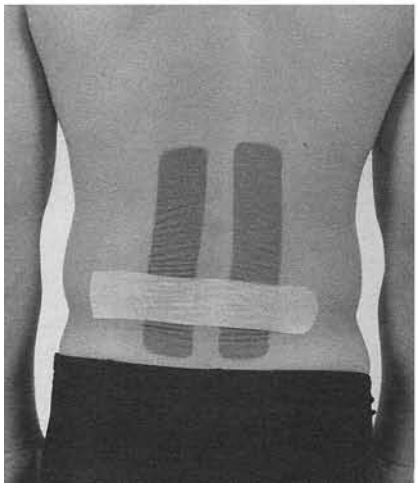
Третья полоска также наклеивается с использованием техники послабляющей коррекции. Отмерьте длину i-образной полоски пластыря, достаточную, чтобы она выступала минимум на 2 дюйма за наружные края уже наклеенных полосок. Оторвите бумажное основание с одного из концов i-образной полоски примерно на 2 дюйма, создайте на этом участке от лёгкого до умеренного натяжения (25-50%) и приклейте его на эпицентр мышечного спазма и боли. При использовании послабляющей коррекции давление кнутри при приклеивании не прилагается.



Когда будет закончено приклеивание части третьей полоски на эпицентр боли, скользящими движениями руки, фиксировавшей конец полоски, дойдите до её середины. Ротация туловища может способствовать снижению натяжения на концах.

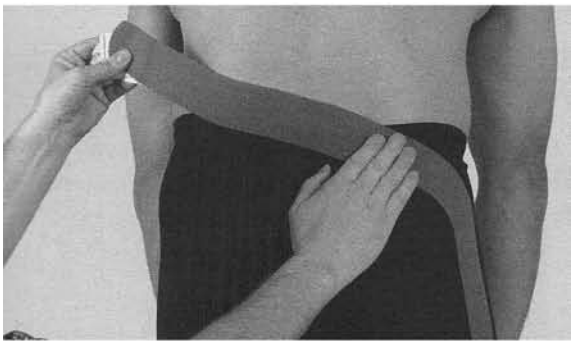


Уложите и приклейте полоску в проекции поперечных и остистых отростков позвонков до середины, затем, фиксируя рукой наклеенную часть, наклейте оставшуюся часть полоски с 25-50% натяжением по другую сторону позвоночника в проекции мышечного спазма и боли, конец же полоски приклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

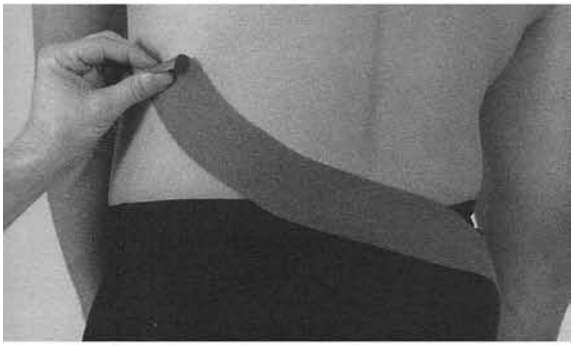


ВАРИАНТ X-ОБРАЗНОЙ АППЛИКАЦИИ

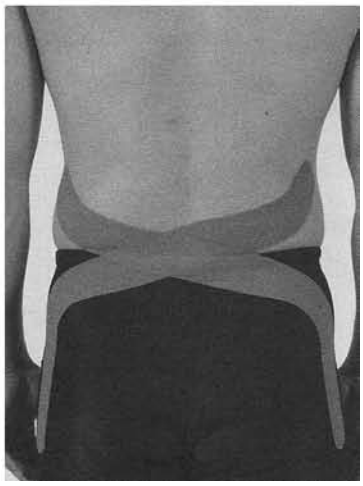
Аппликация i-образной полоски с обеих сторон при растяжении мышц, выпрямляющих спину с использованием техники послабляющей коррекции.
Отмерьте необходимой длины i-образную полоску двухдюймовой ширины: от большого вертела наискось через поясничную область до задненижнего края рёберной дуги с противоположной стороны. Приклейте конец i-образной полоски ниже области большого вертела без натяжения. Попросите пациента наклониться в противоположную сторону. Наклеивайте полоску с натяжением от лёгкого до умеренного (25-50%) по указанной на фото траектории.



Приведите бедро пациента в состояние максимально выраженного сгибания. Наклейте полоску на область эпицентра боли с лёгким натяжением (25%). Когда аппликация достигнет латерального края группы мышц, выпрямляющих спину, остановитесь.

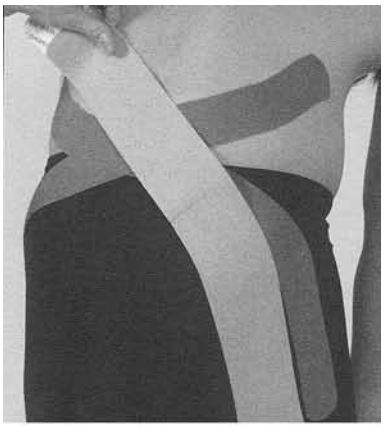


Попросите пациента наклонить туловище в сторону, с которой начинали аппликацию. Сориентируйте оставшуюся часть i-образной полоски по направлению к задненижнему краю рёбер с лёгким (25%) натяжением. Убедитесь в прочности фиксации.

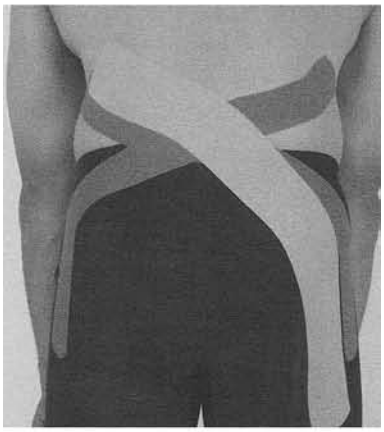


С другой стороны выполните аппликацию аналогичным образом.

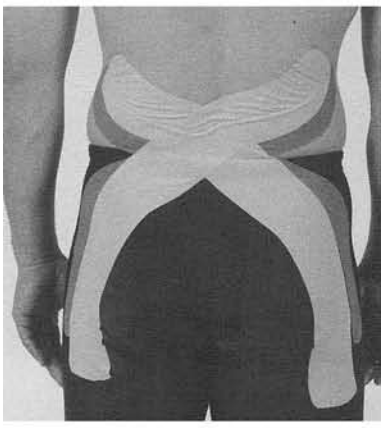
Отмерьте 3-х дюймовой ширины i-образную полоску пластыря такой же длины, какая использовалась для предыдущего слоя аппликации. Начните с приклеивания основания слегка книзу и медиальнее полоски первого слоя. Попросите пациента максимально согнуть бедро. Приклейте полоску в проекции бугристости седалищной кости и над эпицентром боли с лёгким (25%) натяжением.



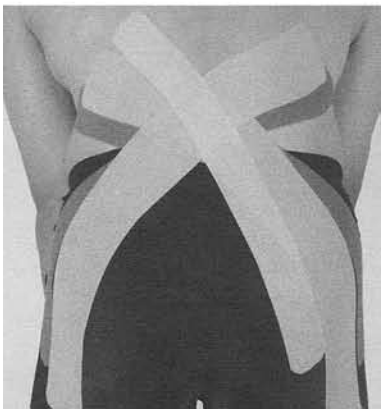
Удерживая бедро в согнутом положении, попросите пациента наклонить туловище в сторону эпицентра боли. Приклейте оставшуюся часть полоски. Убедитесь в надёжности фиксации пластыря.

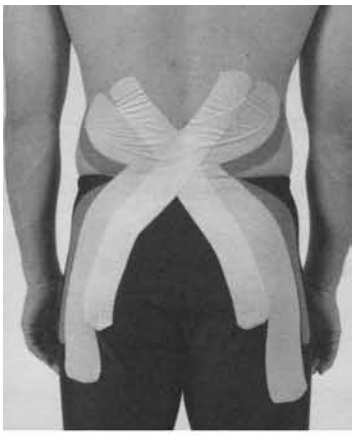


Аналогично наклейте полоску и с другой стороны.



Отмерьте отрезок 2-х дюймовой i-образной полоски такой же длины, как и для предыдущих слоёв аппликации. Начните с наклеивания одного из концов чуть медиальнее и выше, чем полоска второго слоя аппликации. Попросите пациента максимально согнуть бедро. Приклейте полоску в проекции бугристости седалищной кости и эпицентра боли с лёгким (25%) натяжением. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений.

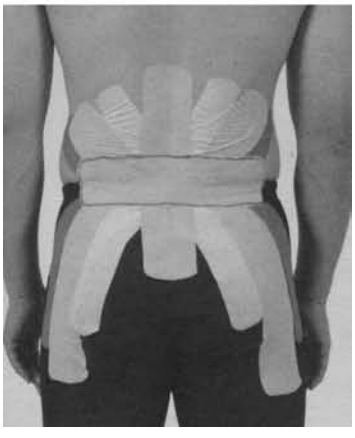




С противоположной стороны выполните аппликацию аналогичным образом.

Кинезиотейпинг с использованием послабляющей техники i-образной полоской.
Подробнее: см. послабляющая коррекция (стр. 29)
Начните с наклеивания одного из концов i-образной полоски на протяжении 2-3 дюймов (в зависимости от размеров пациента) в проекции копчика без натяжения. Длина полоски должна быть 10-12 дюймов.

Попросите пациента нагнуться. Наклейте полоску на эпицентр боли с нежным (25%) натяжением. Последние 2-3 дюйма наклеиваются без натяжения. Техника может быть модифицирована созданием 25%-ого натяжения по центру полоски и приклеиванием его на эпицентр боли. Убедитесь в прочности фиксации полоски.

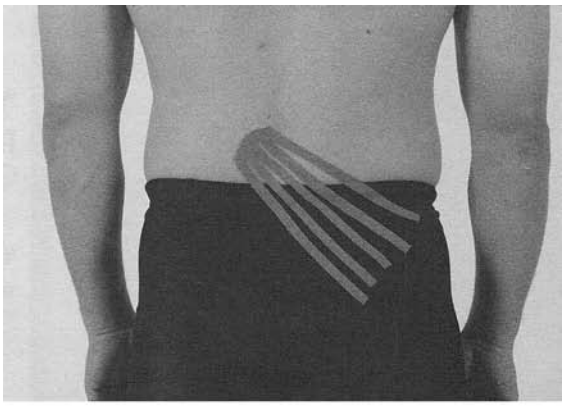


Последняя полоска наклеивается горизонтально аналогичным образом. Вид кинезиотейпинга зависит от клинической картины заболевания, размеров пациента, опыта специалиста, выполняющего тейпинг.

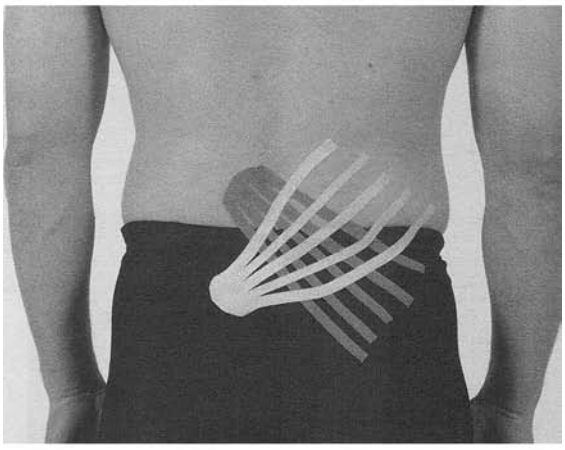
РАСТЯЖЕНИЕ И ВОСПАЛЕНИЕ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СУСТАВА

Крестцово-подвздошный сустав образован суставными поверхностями крестца и подвздошной кости и укреплён мощными связками, допускающими, однако, некоторую степень подвижности. Этот сустав может становиться гипермобильным, растянутым, воспалённым или гипомобильным в результате повреждающих воздействий и перегрузок. Ранее полагали, что этот сустав неподвижен, а следовательно не подвержен травмам. При вовлечении в патологический процесс этого сустава изменяются осанка, угол наклона таза, возникает ротация таза, изменяется подвижность позвоночника. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить отёк и боль в суставе, способствует восстановлению мышечного баланса, столь важного для стабилизации тазового кольца.

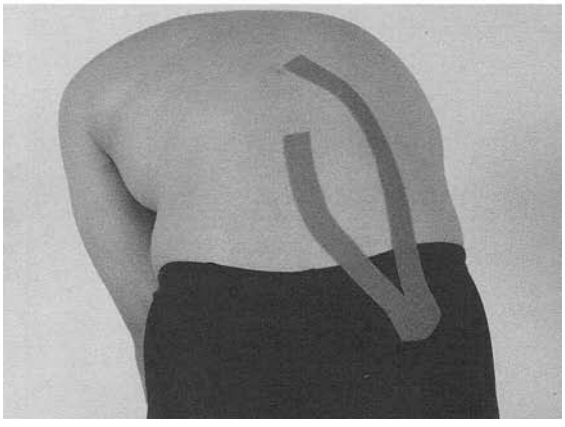
В начале лечения используется техника лимфатической коррекции.
Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 39)
Начните с наклеивания основания веерообразной полоски пластыря на 2-3 дюйма выше поражённого сустава вдоль остистых отростков позвонков. Пациент в это время находится в нейтральном положении. Затем попросите пациента наклониться кпереди и ротировать туловище в сторону, противоположную поражённому суставу. «Хвосты» полоски наклеиваются под углом 45°, проходят над областью поражённого сустава и заканчиваются в проекции верхней части большой ягодичной мышцы. Наклеивание производят с 15-25% (лёгким) натяжением.



Вторая веерообразная полоска наклеивается основанием вдоль остистых отростков на 2-3 дюйма ниже поражённого сустава. Пациент при этом находится в нейтральном положении. Затем просят пациента наклониться кпереди и ротировать туловище в сторону от поражённого сустава. «Хвосты» полоски наклеиваются под углом 45° кверху, проходят над зоной поражённого сустава и заканчиваются в области задневерхней ости подвздошной кости. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

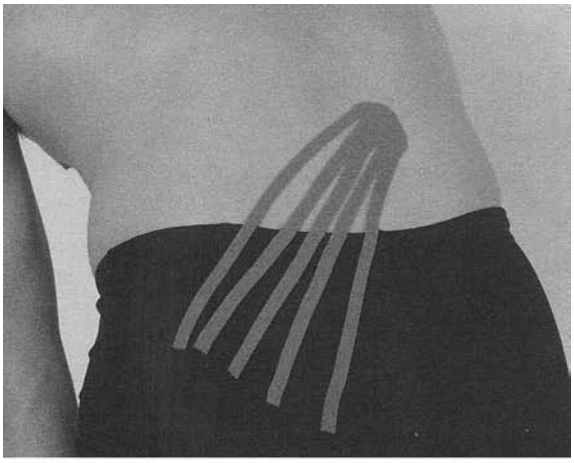


В процессе клинического обследования может быть выявлено вовлечение в процесс некоторых мышц: подвздошно-поясничной, грушевидной, большой ягодичной, квадратной мышцы поясницы, что может потребовать их кинезиотейпинга. В этом примере показан кинезиотейпинг квадратной мышцы поясницы от места прикрепления к началу с 15-25% натяжением пластыря.

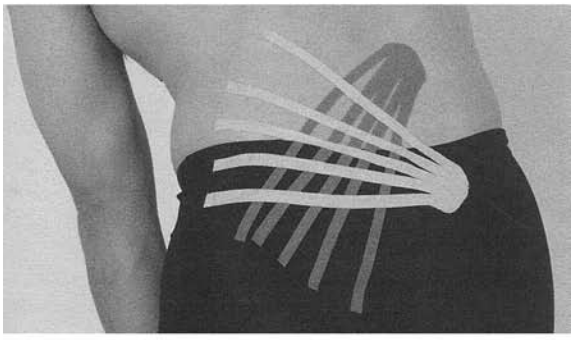


СПОНДИЛОЛИЗ И СПОНДИЛОЛИСТЕЗ

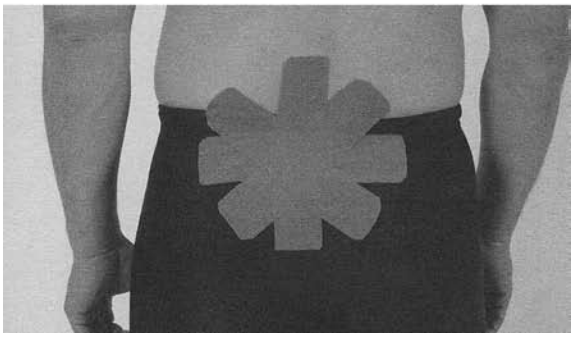
Спондилолиз – это острое или дегенеративное поражение позвонка. Повреждение, вызванное повторной травматизацией или врождёнными аномалиями, локализуется в области межпозвоночных суставов. Спондилолистез по сути является результатом или осложнением спондилолиза, при котором происходит смещение тела позвонка кпереди. Состояние пациентов, обычно, усугубляется переразгибанием в позвоночнике.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить отёк и боль и, отчасти, купировать мышечный дисбаланс, что связано со стабилизацией тазового кольца.



Острая фаза: начальное лечение воспаления и отёка включает наложение двух полосок для лимфатической коррекции.
Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 39)
Начните с приклеивания основания веерообразной полоски на 2-3 дюйма выше зоны отёка по латеральному краю позвоночника. Пациент при этом должен находиться в нейтральном положении. Затем попросите пациента нагнуться кпереди и ротировать туловище в сторону противоположную отёку. «Хвосты» полоски наклеиваются с 15-25% натяжением над областью отёка и заканчиваются в проекции верхнего края кретцово-подвздошного сустава.
Хвосты» можно наклеить и таким образом, чтобы дренировать отёк на непоражённую сторону позвоночного столба.



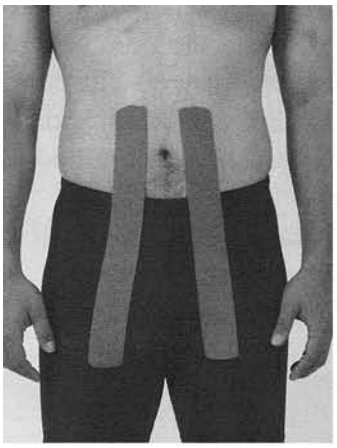
Вторая полоска приклеивается основанием на 2-3 дюйма ниже зоны отёка по латеральному краю позвоночника. Пациент при этом находится в нейтральном положении. Затем попросите пациента наклониться кпереди и ротировать туловище в сторону отёка. «Хвосты» полоски приклеиваются под углом 45° кверху,проходят над зоной отёка и заканчиваются на уровне остистых отростковL II-III (над зоной спондилолистеза). Приклеивание выполняют с лёгким или очень лёгким натяжением (15-25%).



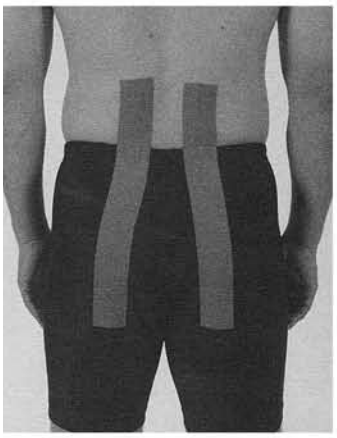
ВАРИАНТ 1: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ПРИ ГРЫЖЕ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА

Аппликация выполняется с использованием техники послабляющей коррекции i-образными полосками, длиной 6-8 дюймов, прямо над зоной боли и воспаления.

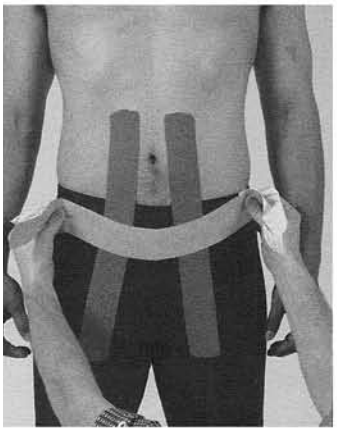
ВАРИАНТ 2: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ БОЛЬШОЙ ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ I-ОБРАЗНЫМИ ПОЛОСКАМИ



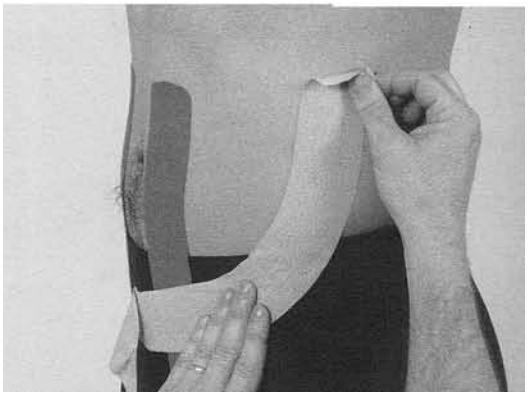
Начните с наклеивания конуса i-образной полоски на переднюю брюшную стенку без натяжения на уровне Th XII (чуть выше пупка и ниже нижнего края рёберной дуги). Попросите пациента разогнуть бедро, чтобы большая поясничная мышца натянулась. Приклейте полоску на медиальную поверхность бедра в верхней его трети с очень лёгким натяжением(10-15%). Конец полоски приклеивается без натяжения.



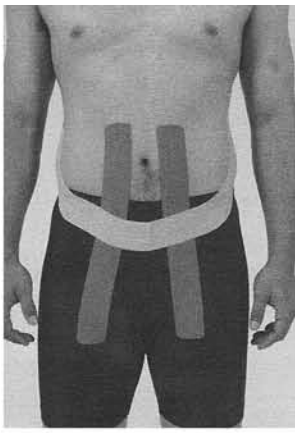
Кинезиотейпинг мышц разгибателей спины и ягодичных мышц i-образной полоской.
Уложите пациента на бок, максимально согните бедро на стороне аппликации. Приклейте конец i-образной полоски без натяжения примерно на уровне L II над местом повреждения. Создайте от лёгкого до умеренного (25-50%)натяжения на пластыре. Наклеивайте полоску в направлении бугристости седалищной кости. Конец полоски приклеивается на 3-4 дюйма ниже бугристости седалищной кости. Аналогично выполняется аппликация и с другой стороны.



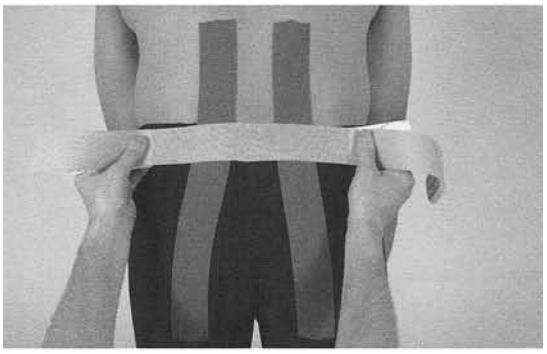
Наклеивание передней поддерживающей i-образной полоски.
Она наклеивается от одной передне-верхней ости подвздошной кости к другой плюс ещё 4-6 дюймов с каждой стороны.
Попросите пациента максимально прогнуться кпереди. Создайте от лёгкого до умеренного (25-50%) натяжения на полоске на участке между двумя передне-верхними остями подвздошных костей. Приклейте её движением направленным кверху примерно на 2-3 дюйма ниже уровня передне-верхних остей.



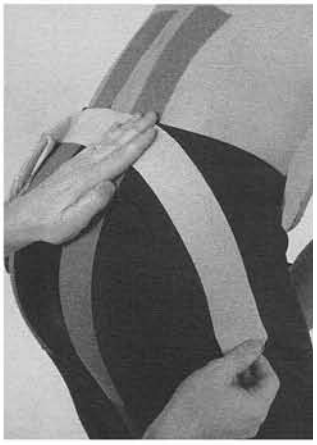
Попросите пациента максимально наклонить туловище в противоположную сторону. Удерживая наклеенную часть полоски в области передне-верхней ости, доклейте её с очень лёгким натяжением(15-25%)по направлению к подкрыльцовой ямке. Конец полоски (2-3 дюйма) наклеивается без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Повторите процесс с другой стороны.



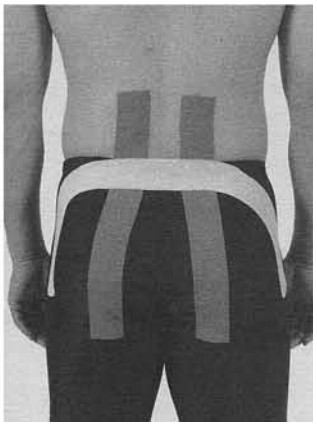
Законченная передняя аппликация.



Наклеивание задней поддерживающей i-образной полоски. Она должна проходить от одной задне-верхней ости подвздошной кости к другой плюс 6 дюймов с каждой стороны. Эта аппликация выполняется с использованием послабляющей техники(стр. 29) для создания послабляющего эффекта непосредственно в области боли. Создайте на пластыре 25-50%-ое натяжение непосредственно над областью боли. Вне зоны боли натяжения на пластыре быть не должно. Наклеивание выполняется на фоне максимального сгибания туловища.



С каждой стороны аппликация выполняется на фоне максимального сгибания и, одновременно, наклона туловища в противоположную сторону. Одной рукой удерживайте наклеенную полоску непосредственно латеральнее зоны боли и продолжайте её наклеивание над большим вертелом в направлении мышцы напрягающей широкую фасцию бедра. Последние 2-3 дюйма полоски клеятся безнатяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Повторите процесс с противоположной стороны.

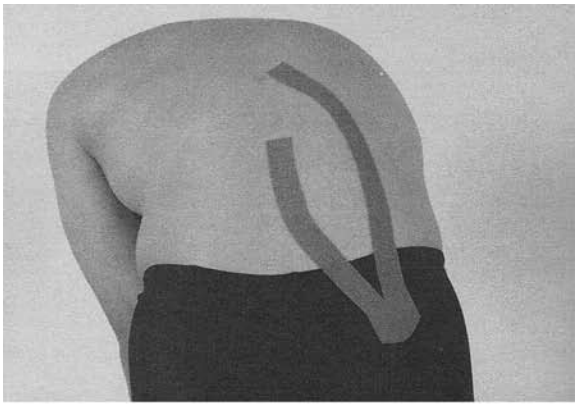


Законченная задняя аппликация.

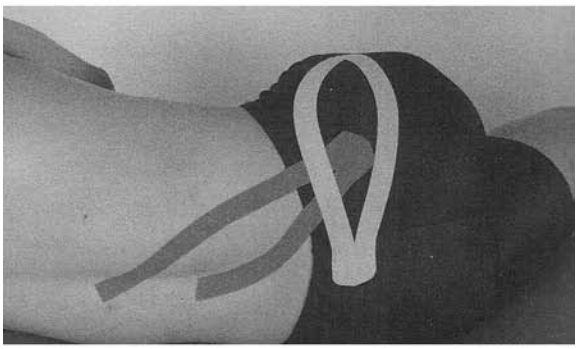
МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ

Это синдром, при котором болевые ощущения связаны с существованием в мышцах триггерных точек, при давлении на которые можно получить предсказуемую картину иррадиации боли. Чаще в процессе участвуют квадратная мышца поясницы и грушевидная мышца. Кинезиотейпинг зачастую захватывает и наружную косую мышцу живота с использованием техники фасциальной коррекции. Если в процессе клинического обследования специалист выявляет триггерные точки, на них также необходимо воздействовать. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль, отёк, мышечный спазм, чувствительность триггерных точек.

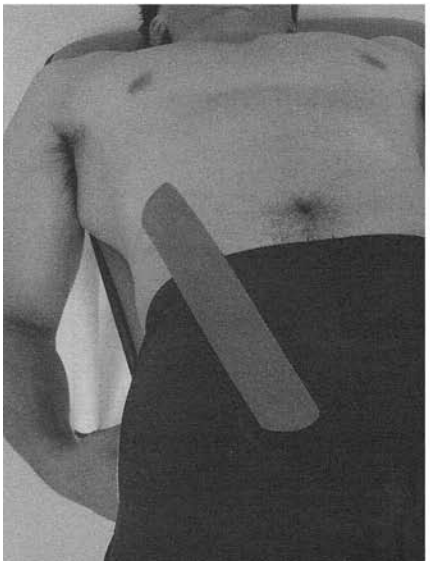
Кинезиотейпинг квадратной мышцы поясницы выполняется от начала её к месту прикрепления Y-образной полоской пластыря (можно так же использовать i-образную полоску)
Начните аппликацию с основания полоски в проекции задневерхней ости подвздошной кости без натяжения. Попросите пациента согнуть бедро и ротировать туловище в противоположную сторону. При использовании i-образной полоски ориентируйте её на остистые отростки ThXI-XII. При использовании Y-образной полоски верхний «хвост» ориентирован на поперечный отросток ThXII, а нижний – на поперечные отростки LII-III. Оба «хвоста»наклеиваются с натяжением, сообразным направлению аппликации: от начала к месту прикрепления – 25-50% натяжение, наоборот – 15 – 25%.

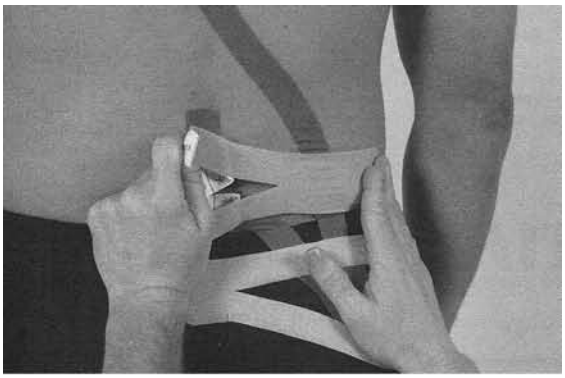


Кинезиотейпинг грушевидной мышцы от начала к месту прикрепления Y-образной полоской (можно использовать и i-образную.
Основание полоски наклеивается на крестец без натяжения, нога при этом согнута и приведена. Если используется i-образная полоска, наклейте её в направлении большого вертела с 15-25% натяжением. Если же Y-образная, то, наклеивая «хвосты», как бы обойдите по контуру грушевидную мышцу, концы «хвостов» наклеиваются в проекции большого вертела.

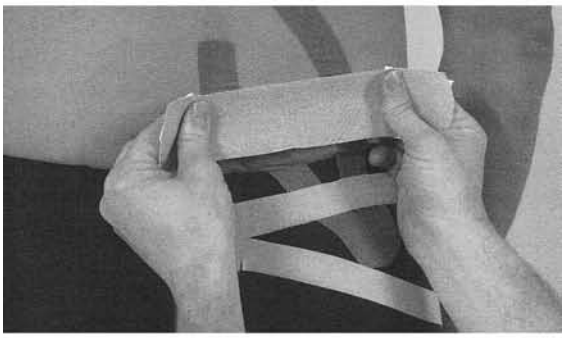


Кинезиотейпинг наружной косой мышцы живота i-образной полоской (можно использовать и Y-образную) в направлении от начала к месту прикрепления мышцы. Наклейте основание полоски в проекции лобкового симфиза без натяжения. Придайте пациенту положение разгибания с ротацией в противоположную сторону. При использовании i-образной полоски наклеивайте её в направлении нижнего края 10-12 рёбер с 25-50% натяжением. При использовании Y-образной полоски нижний «хвост» клеится в направлении нижнего края 12 ребра, а верхний – 10 ребра.

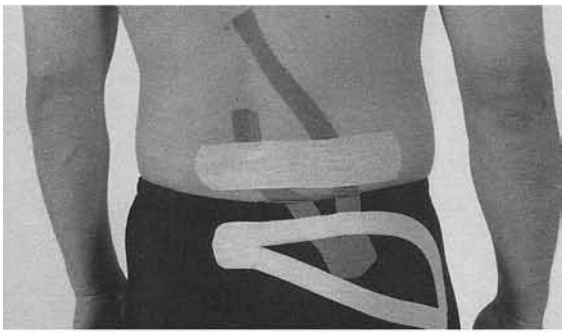




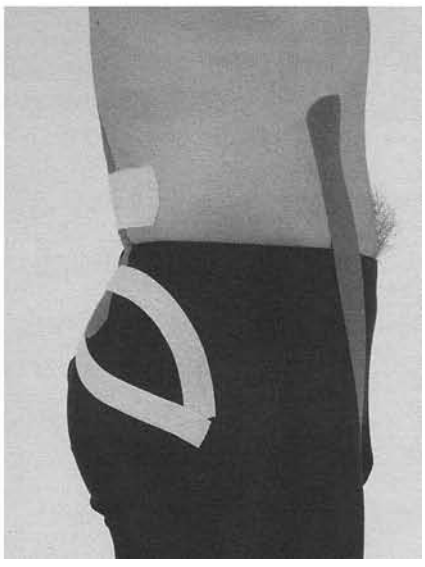
Используйте технику фасциальной коррекции с натяжением на основании полоски, если не найдены триггерные точки. Подробнее см. фасциальная коррекция (стр. 27)
Начните с наклеивания основания полоски без натяжения. Создайте натяжение для фасциальной коррекции в желаемом направлении. Натяжение должно быть от очень лёгкого до лёгкого (15-25%). Приклеивание производится осциллирующими движениями. При наклеивании применяется минимальное давление внутри, призванное не столько углубить эффект тейпинга, сколько для улучшения приклеивания. Специалист выполняет тейпинг в той области, которая является, по его мнению, причинной в ограничении подвижности спины.



При обнаружении триггерных точек используйте послабляющую коррекцию с наложением пластыря непосредственно на них (подробнее см. послабляющая коррекция стр. 29)
Пациент находится в нейтральном положении. Надорвите бумажное основание посередине 4-6 дюймовой i-образной полоски. Создайте на середине полоски натяжение от 25 до 50% и наклейте этот участок непосредственно на триггерную точку, выявленную при обследовании.



Приклейте концы i-образной полоски без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений.



Вид горизонтальной аппликации по поводу миофасциальной боли в пояснице.

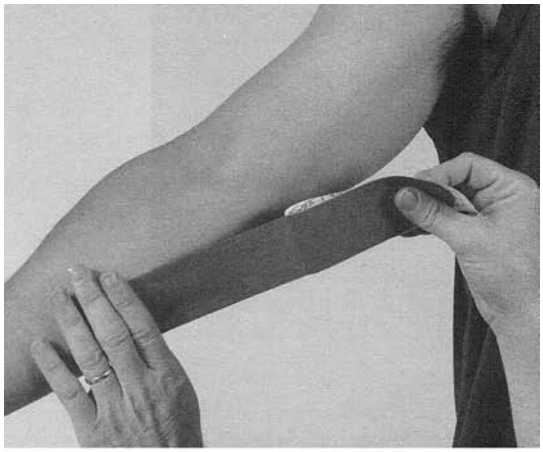
РУКА

РАЗДЕЛ 5

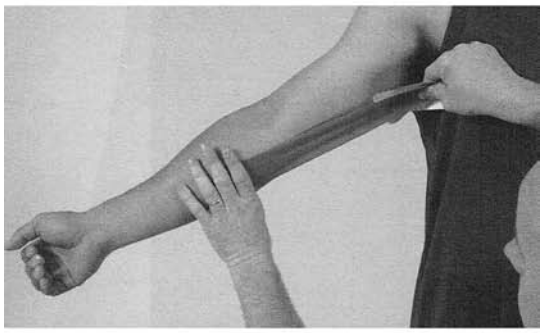
ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ

Возникает в результате повторяющихся нагрузок в соответствующем направлении при нахождении руки выше уровня головы. Например, при игре в бейсбол рука находится в положении отведения, наружной ротации, согнута в локте, а создаваемое усилие создаёт вальгусную деформацию, влекущую растяжение локтевой коллатеральной связки и, со временем, к избыточному движению в суставе в этом направлении.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк, а при использовании связочной и функциональной коррекции – ограничить избыточную подвижность в суставе в вальгусном направлении.

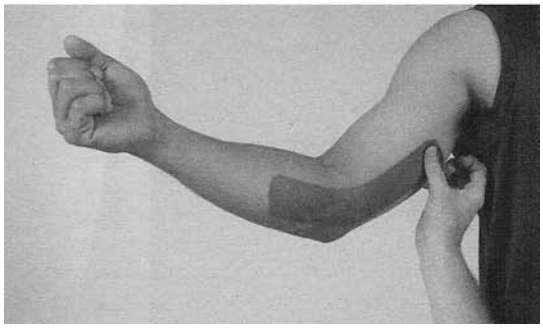
Кинезиотейпинг с использованием техники связочной коррекции. Подробнее: см. связочная коррекция (стр.33)
Начните с наклеивания i-образной полоски для связочной коррекции примерно на 4 дюйма ниже медиального надмыщелка плеча без натяжения. До наклеивания определите желаемое место или линию аппликации.

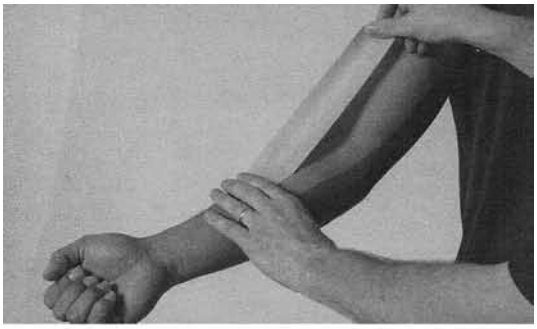


Одной рукой удерживайте наклеенный конец полоски до того, как начнёте создавать на ней натяжение. Выполните связочную коррекцию с созданием 75-100% натяжения по длине связки.



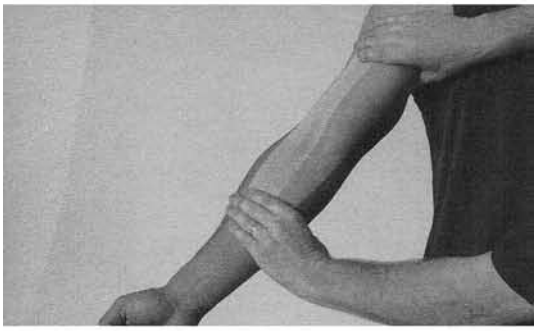
Когда полоска уже наклеена по всей длине связки, руку, фиксировавшую начальный отрезок её, сместите к месту, где заканчивается натяжение, попросите пациента максимально согнуть руку в локте. Приклейте конец полоски без натяжения.



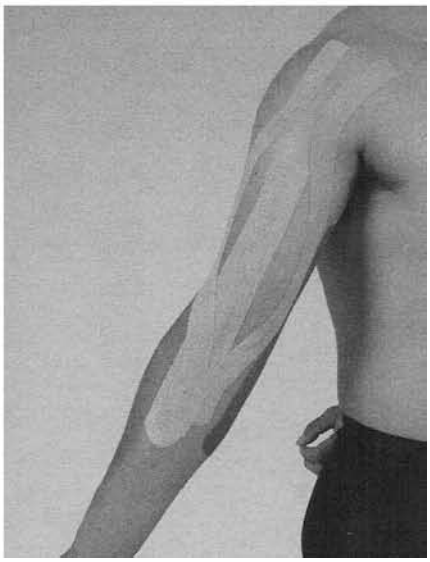


Кинезиотейпинг с использованием функциональной коррекции.
Подробнее: см. функциональная коррекция (стр.37)
Отмерьте отрезок i-образной полоски, достаточный для захождения по 5-6 дюймов кверху и книзу от локтевой ямки. Приведите локтевой сустав в положение сгибания под углом в 30° приклейте основание ниже локтевой ямки без натяжения.

Выполните функциональную коррекцию. Создав натяжение на полоске от 25% до 75%, приклейте верхний её конец. Степень натяжения должна сообразоваться с желаемым ограничением в объёме движений.



Попросите пациента разогнуть руку в локте. На этом фоне приклейте полоску. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений.



ВАРИАНТ: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ БИЦЕПСА В НАПРАВЛЕНИИ ОТ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ К НАЧАЛУ

Кинезиотейпинг бицепса должен быть выполнен до функциональной коррекции. Подробнее: см. тендосиновиит бицепса(стр. 68)

БУРСИТ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА

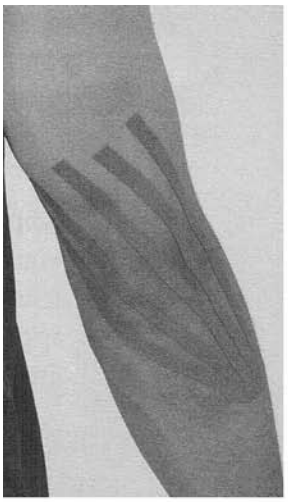
Сумка локтевого отростка – наиболее часто травмируемое место. Она локализуется между кожей и костной поверхностью локтевого отростка. При бурсите в ней скапливается значительное количество выпота, что ограничивает сгибание руки в локте. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и воспаление.

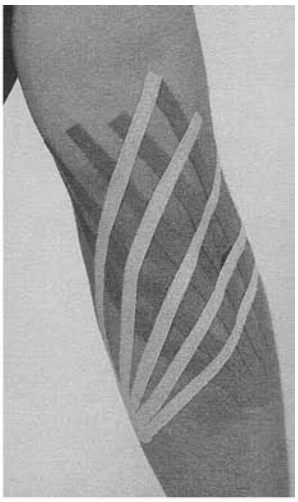
Острая фаза 24-72 часа

В острой фазе первичная цель ограничение воспалительной реакции. Обычно, наклеиваются две полоски для лимфатической коррекции. Подробнее: см.лимфатическая коррекция (стр. 39)

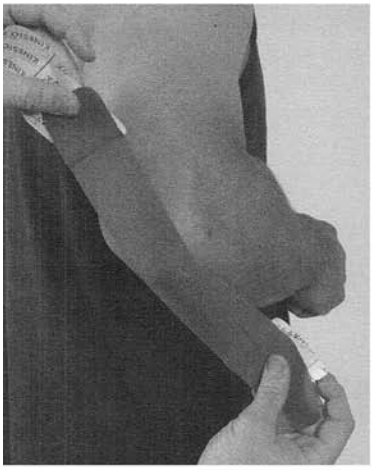
На фото справа: первая полоска наклеивается под углом 45° на 3-4 дюйма ниже латерального надмыщелка плеча и заканчивается на медиальной поверхности средней трети трицепса с 15-25% натяжением.

На фото справа: вторая полоска наклеивается под углом 45° на 3-4 дюйма ниже медиального надмыщелка плеча и заканчивается на латеральной поверхности средней трети трицепса с 15-25% натяжением. Полоски должны перекрещиваться над зоной воспаления.



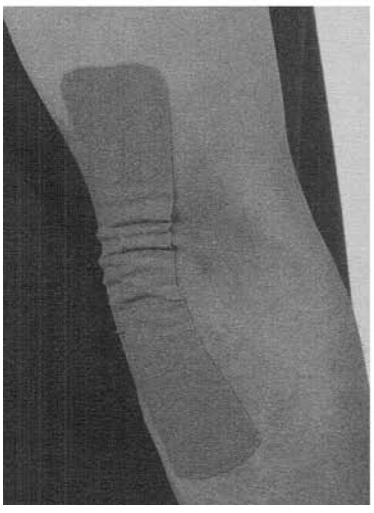


ВАРИАНТ 1: ПОДОСТРАЯ ФАЗА – ПО ПРОШЕДСТВИИ 72 ЧАСОВ

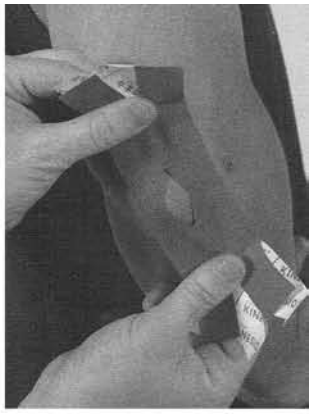


Используется послабляющая коррекция и модифицированная связочно-сухожильная коррекция. Подробнее: см. послабляющая коррекция.

Надорвите бумажное основание посередине 6-8 дюймовой i-образной полоски пластыря. Создайте на средней трети полоски 25-50% натяжение. Приклейте эту часть i-образной полоски 2-хдюймовой ширины на место, где необходима послабляющая коррекция. Возможно наложение нескольких i-образных полосок, взаимопересекающихся над зоной воспаления, где необходим послабляющий эффект.



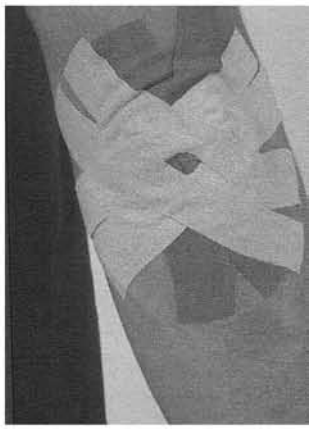
Попросите пациента совершить движения в локтевом суставе с максимальной амплитудой для минимизации натяжения на концах. Обе крайние трети i-образной полоски наклеивайте без натяжения. На поверхности пластыря на фоне движений в суставе должна наблюдаться характерная волнистость, если же она отсутствует, значит пластырь наклеен с избыточным натяжением.



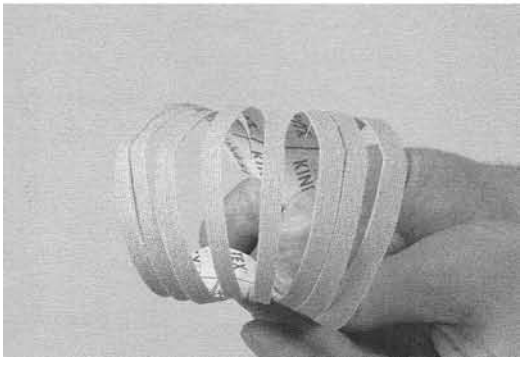
ВАРИАНТ 2: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОСКИ С ОТВЕРСТИЕМ

Начните с вырезания отверстия в центре 6-8 дюймовой i-образной полоски. Диаметр отверстия не должен превышать 2/3 ширины полоски, так как в противном случае снизятся её адгезивные свойства. Дистальные концы полоски на протяжении 2 дюймов нарежьте на 2-3 «хвоста».

Рука находится в положении равного доступа к обеим сторонам локтевого сустава. Надорвите бумажное основание посередине полоски, создайте 25% натяжение на средней её поверхности и наклейте отверстие на зону повреждения.



Концы полоски наклеиваются без натяжения, «хвосты» – без натяжения под углом друг к другу для создания эффекта рассеивания тяги, генерируемой центральной частью полоски с отверстием. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений.
Аналогичные полоски могут быть наклеены в несколько слоёв, в зависимости от размеров пациента и выраженности воспаления. При использовании нескольких полосок натяжение на каждой из них несколько уменьшено во избежание эффекта суммации натяжений.



ВАРИАНТ 3: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТОЙ/«ПАУТИННОЙ» ПОЛОСКИ

Сохраняя целостность концов i-образной полоски, разрежьте её центральную часть на 4-8 полосок. Руке пациента придаётся положение, при котором ткани в зоне повреждения натягиваются. Аппликация такой полоски выпоняется последовательно, начиная с одного из концов.
Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

ПЕРЕРАЗГИБАНИЕ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ

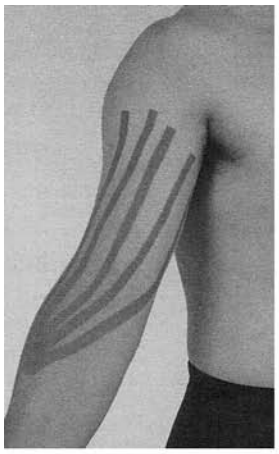
Локтевой сустав относительно стабилен. Проблема гиперэкстензии возникает при регулярном приложении разгибающего усилия на уже разогнутую в локте руку. Верхушка локтевого отростка при нахождении её в одноименной ямке на фоне полного разгибания в локте является точкой опоры, вокруг которой и совершается переразгибание. Отметим, что у женщин в норме возможно переразгибание в локтевом суставе до 30°. Вообще же в результате травмирующего усилия такого рода будут наблюдаться боль и отёк в области локтевой коллатеральной связки. Кинезиотейпинг в этой ситуации включает лимфатическую коррекцию для уменьшения боли и отёка, связочную коррекцию для локтевой коллатеральной связки, тейпинг бицепса и, наверное, функциональную коррекцию для ограничения разгибания в локтевом суставе в острую фазу.

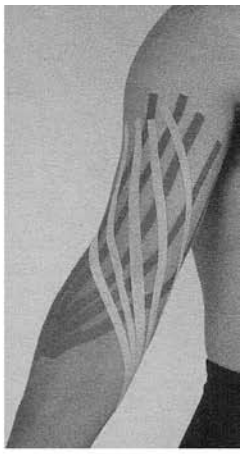
Острая фаза – 24-72 часа

Техника лимфатической коррекции используется в локтевой ямке и в области локтевой коллатеральной связки. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 39)

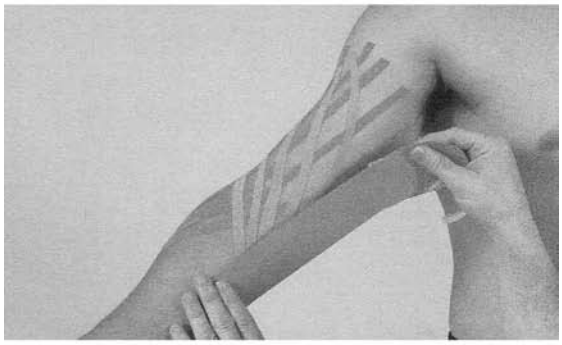
Основание первой веерообразной полоски наклеивается ниже латерального надмыщелка плеча. «Хвосты» наклеиваются при прохождении через область локтевой ямки с 15-25% натяжением.

Основание второй веерообразной полоски наклеивается ниже медиального надмыщелка плеча. «Хвосты» наклеиваются таким образом, чтобы они пересекали «хвосты» первой полоски приблизительно под прямым углом.

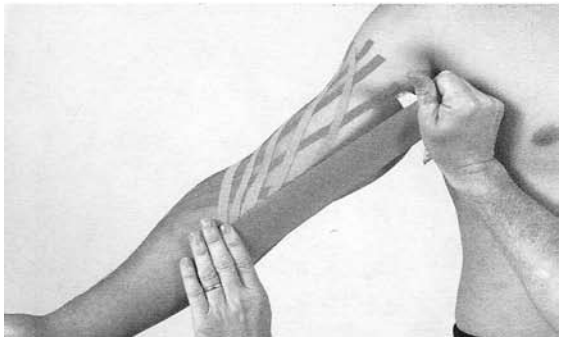


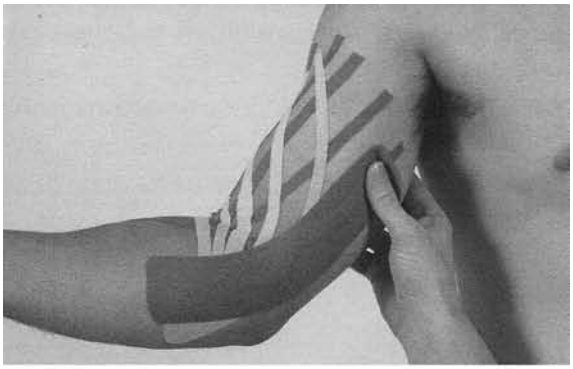


Клиническое обследование пациента может продиктовать необходимость выполнения связочной коррекции локтевой коллатеральной связки. Для гиперэкстензии средней степени выраженности – это оптимальная техника. При более выраженной гиперэкстензии – она рекомендуется. Подробнее: см. технику связочной коррекции см.вальгусную деформацию локтевого сустава.(стр. 96) В положении максимального разгибания в локтевом суставе начните с приклеивания основания i-образной полоски для связочной коррекции примерно на 4 дюйма ниже уровня середины локтевого сустава без натяжения.

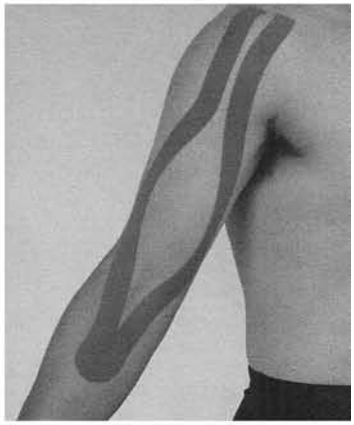


Одной рукой фиксируйте наклееное основание полоски. По длине локтевой коллатеральной связки, создавая 75-100% натяжение на пластыре, выполните связочную коррекцию. Участок натяжения на пластыре, соответствующий по длине локтевой коллатеральной связки, приклеивается скользящим движением руки, фиксировавшей начало полоски.



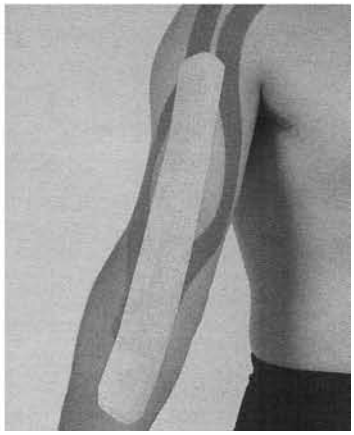


Согните руку в локтевом суставе и наклейте конец полоски без натяжения



Подострая фаза: по прошедствии 24-72 часа.
Кинезиотейпинг бицепса. Подробнее: см. тендинит бицепса.
Желаемый эффект тейпинга – уменьшение мышечного спазма, возникающего в ответ на гиперэкстензию. Тейпинг бицепса выполняется в направлении от места прикрепления к началу.

Кинезиотейпинг с использованием функциональной коррекции для предотвращения переразгибания в локтевом суставе.
Подробнее: см. функциональная коррекция (стр. 37)
Степень необходимого ограничения в разгибании локтевого сустава определяется специалистом при клиническом обследовании. Желаемый результат– ограничение разгибания в локтевом суставе до зоны болезненного разгибания.
Приклейте один из концов i-образной полоски длиной 4-6 дюймов ниже локтевой ямки без натяжения. Фиксируйте наклеенный конец одной рукой. Создайте 50-100% натяжение на пластыре (величина натяжения зависит от желаемой степени ограничения разгибания) Приклейте верхний конец i-образной полоски на 4-6 дюймов выше локтевой ямки без натяжения. Попросите пациента разогнуть руку в локтевом суставе. Скользящим движением обеих рук приклейте натянутую часть полоски. Убедитесь в надёжности фиксации пластыря.

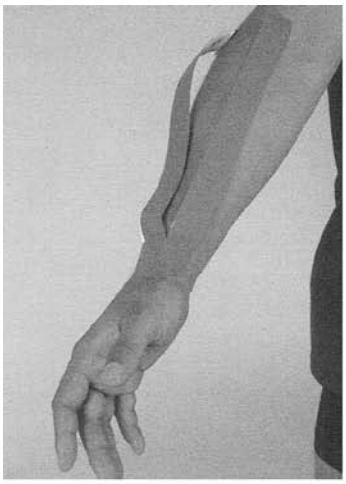


Вид законченной аппликации при переразгибании в локтевом суставе. В том числе выполнен кинезиотейпинг бицепса в направлении от места прикрепления к началу.

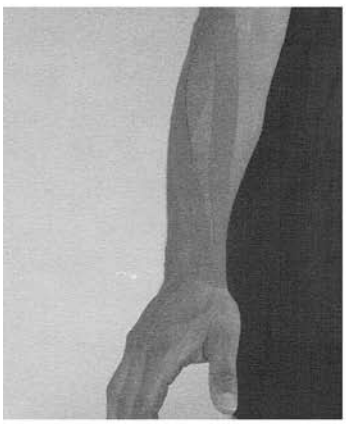
ЛАТЕРАЛЬНЫЙ ЭПИКОНДИЛИТ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Является следствием повторяющихся разгибаний предплечья и кисти в положении избыточной пронации. Часто наблюдается у теннисистов, бейсболистов, метателей копья, т. е. в тех видах спорта, где рука часто находится выше уровня головы. Это состояние сопровождается выраженной болезненностью при разгибании кисти.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк. Иллюстрированные ниже техники лишь немногие из возможных. Специалист может их дополнить послабляющей коррекцией на фоне острого воспаления, фасциальной коррекцией при хроническом процессе, механической коррекцией, если необходимо оказать местное давление, функциональной коррекцией, если надо ограничить объём движений, либо выполнить тейпинг мышц-супинаторов с целью облегчения или ограничения движений. В данном разделе непроиллюстрированной осталась техника механической коррекции для «удержания» общих сгибателей кисти. Это показано при лечении синдрома Осгуда-Шляттера (стр. 170) и тейпинге при медиальном и латеральном эпикондилите плечевой кости (стр. 102).

ВАРИАНТ1: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ

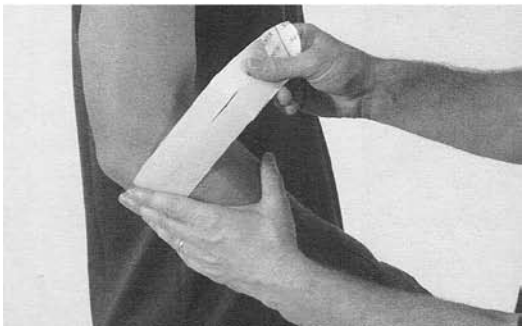


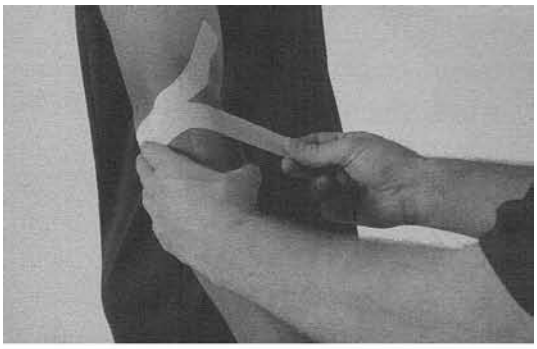
Используется тейпинг общих разгибателей по направлению от места прикрепления к началу в случае острого воспаления.
Начните с наклеивания основания Y-образной полоски в проекции шиловидного отростка без натяжения, рука должна быть чуть согнута в локте, кисть в нейтральном положении. Этот кинезиотейпинг выполним и с использованием i-образной полоски, при чём последняя клеится непосредственно на брюшко мышцы.



Попросите пациента разогнуть руку в локтевом и лучезапястном суставах с ульнарной девиацией кисти. Создайте 15-25% натяжение на Y-образной полоске. Нижний «хвост» наклеивается по нижнему краю группы разгибателей кисти, верхний – по верхнему, с ориентацией обоих «хвостов» на латеральный надмыщелок плечевой кости. Последнии 1-2 дюйма наклеиваются без натяжения. Проверьте надёжность фиксации пластыря.

Выполните кинезиотейпинг с использованием послабляющей коррекции с натяжением на основании Y-образной полоски в эпицентре боли.
Подробнее: см. послабляющая коррекция (стр. 29)
Приклейте основание Y-образной полоски ниже эпицентра боли, рука при этом должна находиться в нейтральном положении. Не заходите полоской за латеральный край локтевой кости – это может усугубить боль. Перед натяжением основания Y-образной полоски убедитесь, что вне натяжения разрез полоски будет находиться ниже эпицентра боли и будет пересекать нижний «хвост» Y-образной полоски, наклееной первой. В этой ситуации может использоваться механическая или фасциальная коррекция, по усмотрению специалиста.

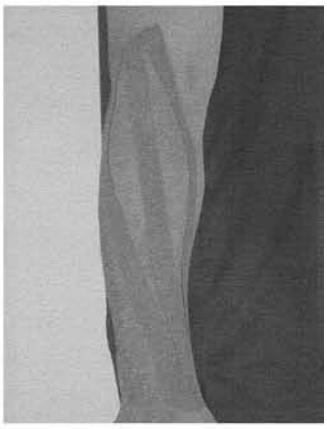




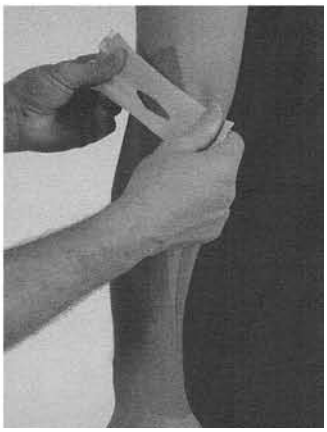
Фиксируя одной рукой наклеенное основание Y-образной полоски, создайте на ней 25% натяжение. Когда натяжение создано, скользящим движением руки, фиксировавшей основание полоски, начните её наклеивать по направлению к эпицентру боли. Перестаньте поддерживать натяжение на полоске, когда прорезь её достигнет уровня наклеенного нижнего «хвоста» первой полоски. «Хвосты» полоски наклеивайте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Если аппликация выполнена верно, то непосредственно над эпицентром боли образуется четырёхугольник.

ВАРИАНТ 2: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛОСКИ С ТРЕМЯ «ХВОСТАМИ» И ПОЛОСКИ С ОТВЕРСТИЕМ ДЛЯ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ

Начните с разрезания вдоль i-образной полоски на три части равные по ширине с сохранением целостности одного из контуров. Длина полоски равна расстоянию от шиловидного отростка лучевой кости до латерального надмыщелка плеча.

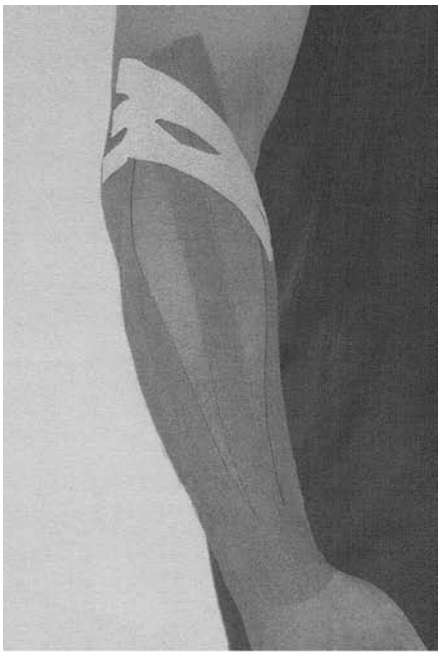


Согните руку пациента в локтевом и лучезапястном суставе с ульнарной девиацией кисти. Наклейте верхний «хвост» по верхнему краю мышц разгибателей кисти, средний – в области брюшка, нижний – по нижнему краю. Во время аппликации создавайте 15-25% натяжение.

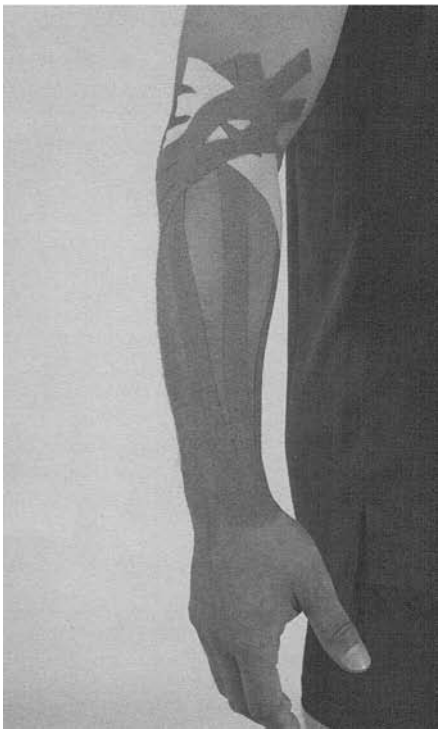


Аппликация полоски с отверстием. Подробнее: см. послабляющая коррекция (стр. 29)
Начните с вырезания отверстия посередине 4-6 дюймовой i-образной полоски. Диаметр отверстия не должен превышать1/3-1/2 ширины полоски, так как это снизит её адгезивные свойства. Разрежте каждый из концов полоски на длину до 2 дюймов на 2-3 «хвоста».

Придайте руке положение, обеспечивающее равный доступ к суставу с обеих сторон. Надорвите и отделите бумажное основание с середины полоски и создайте натяжение около 25% (лёгкое). Приклейте полоску отверстием в зоне повреждения. Приклейте концы полоски без натяжения под углом друг к другу для расеивания тяги, создаваемой центральной частью полоски. Убедитесь в прочности фиксации полоски.

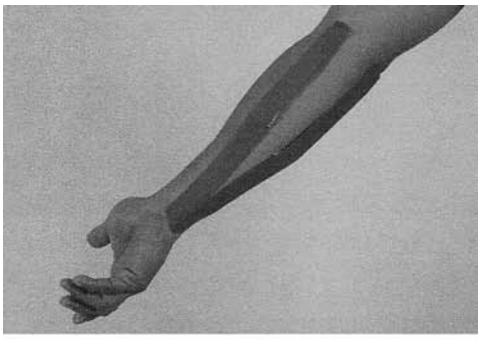


Может возникнуть необходимость в наклеивании и 2-ой и 3-ей полосок с отверстиями. Целесообразно наклеивать их под углом 45° друг к другу для того, чтобы собрать большее количество мягких тканей. При правильном выполнении аппликации мягкие ткани выступают через отверстия в полосках над уровнем пластыря.



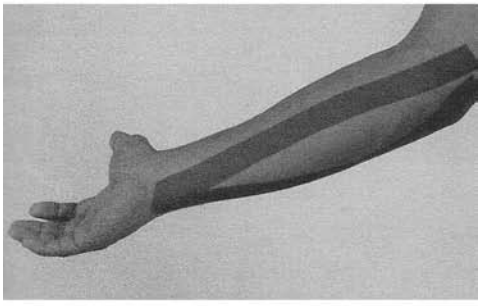
МЕДИАЛЬНЫЙ ЭПИКОНДИЛИТ ПЛЕЧА

Чаще является результатом форсированного сгибания кисти с вальгусным усилием на уровне локтевого сустава . Носит название «локтя теннисиста», «локтя копьеметателя» и т. д. Сопровождается выраженным болевым синдромом при сгибании кисти. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк. Иллюстрированные ниже техники – лишь возможные варианты терапии. Специалист может дополнить их послабляющей коррекцией на фоне острого воспаления, фасциальной коррекцией при хронических состояниях, механической коррекцией при необходимости местного давления кнутри, или функциональной коррекцией для ограничения объёма движений. Неиллюстрированными остались механическая коррекция с удержанием общих сгибателей кисти. Подобный пример можно найти в описании терапии синдрома Осгуда-Шляттера (стр.170) и комбинированного тейпинга латерального и медиального надмыщелков плеча (стр.102).



ВАРИАНТ 1: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ОБЩИХ СГИБАТЕЛЕЙ КИСТИ ОТ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ К НАЧАЛУ ДЛЯ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ И НАОБОРОТ – ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Начните с наклеивания основания Y-образной полоски в области шиловидного отростка локтевой кости без натяжения. Рука чуть согнута в локте, кисть – в нейтральном положении. При использовании i-образной полоски начинайте её наклеивание непосредственно на область боли.

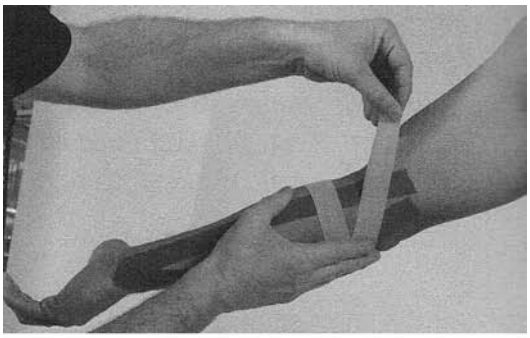


Разогните руку в локтевом и лучезапястном суставах с радиальной девиацией кисти. Создайте 15-25% натяжение на «хвостах» полоски и оклейте ими мышечный массив сгибателей по направлению к медиальному надмыщелку плеча. Последние 1-2 дюйма наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации полоски.

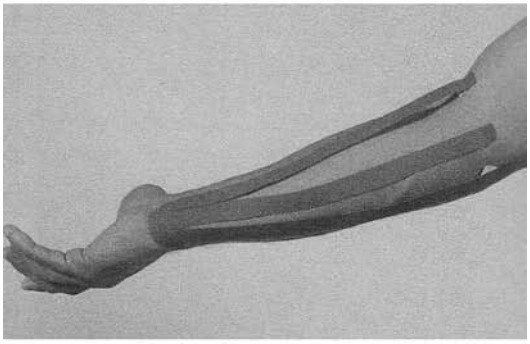
ВАРИАНТ 2: ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАТЬ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Выполняется тейпинг общих сгибателей кисти от места прикрепления к началу или наоборот, если в ходе клинического обследования выявлена мышечная слабость. Начните с наклеивания места начала прорези Y-образной полоски ниже эпицентра боли без натяжения. Локтевой сустав должен находиться в нейтральном положении.

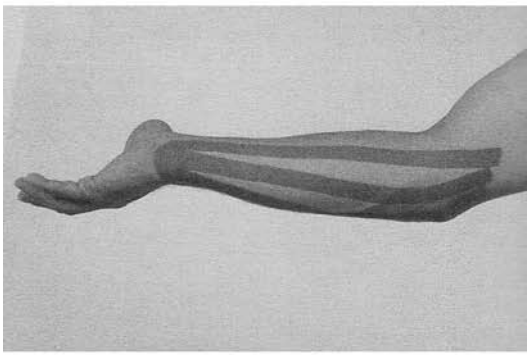
Попросите пациента разогнуть руку в локтевом и лучезапястном суставах с радиальной девиацией кисти. Создайте на «хвостах» полоски 15-25% натяжение(очень лёгкое или лёгкое). Латеральный и медиальный «хвосты» при наклеивании должны окружать область боли. Последние 1-2 дюйма «хвостов» наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Эта техника может быть модифицирована использованием элементов механической и фасциальной коррекции.



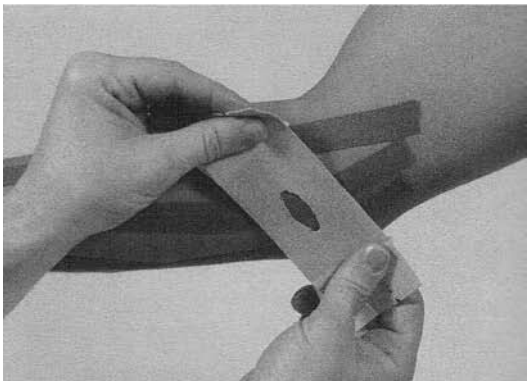
ВАРИАНТ 3: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОСКИ С ТРЕМЯ «ХВОСТАМИ»В СОЧЕТАНИИ С ПОЛОСКОЙ С ОТВЕРСТИЕМ ДЛЯ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ



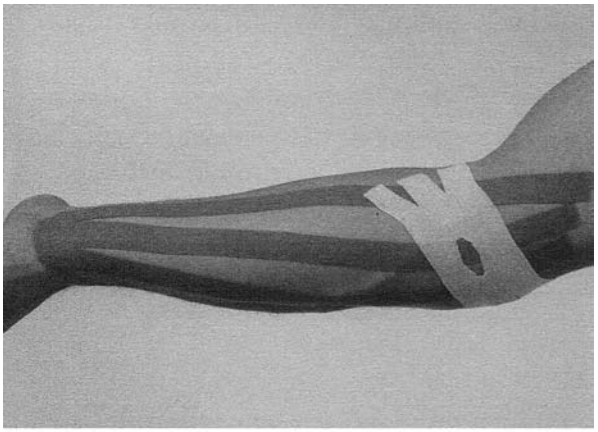
Начните с разрезания i-образной полоски с одного из концов на три части равной ширины. Длина полоски равна расстоянию от шиловидного отростка локтевой кости до медиального надмыщелка плеча.



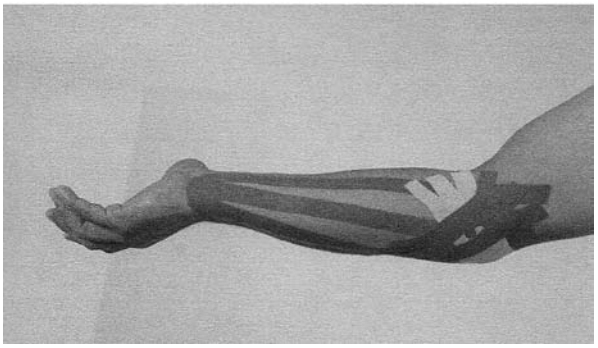
Приведите руку в положение разгибания в локтевом и лучезапястном суставах с радиальной девиацией кисти. Верхний из «хвостов» наклейте по верхнему краю мышц сгибателей кисти, средний – посередине мышечного массива, а нижний – по нижнему его краю с 15-25% натяжением. Последние 1-2 дюйма «хвостов» наклеиваются без натяжения.



Аппликация полоски с отверстием – послабляющая техника.
Начните с вырезания отверстия в центре 4-6 дюймовой i-образной полоски. Диаметр отверстия не должен превышать 1/3-1/2 ширины полоски, иначе это снизит её адгезивные свойства. Дистальные 2-3 дюйма каждого из контуров полоски разрежте на 2-3 части.



Придайте руке положение, при котором зона наклеивания будет одинаково доступна с обеих сторон.
Надорвите бумажное основание полоски посередине и подверните его. Создайте 25% натяжение в средней трети полоски и наклейте её отверстием непосредственно на зону повреждения. Если используются 2-3 полоски с отверстиями, уменьшайте степень натяжения на каждой из них. Убедитесь в прочности фиксации полоски.

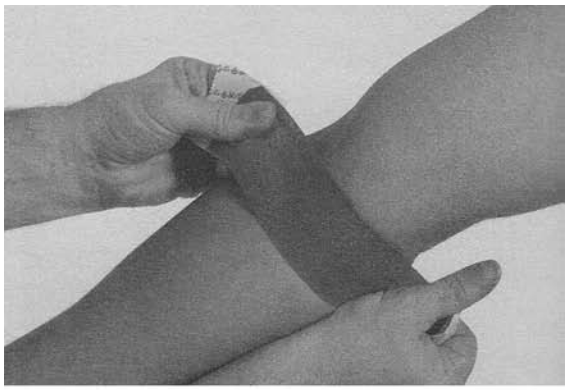


Иногда требуются 2-3 полоски с отверстиями. Наклеивайте их под углом 45° друг к другу, чтобы собрать максимальное количество мягких тканей. Если аппликация выполнена корректно, мягкие ткани выступают через отверстие в пластырных полосках, наклеенных друг на друга.

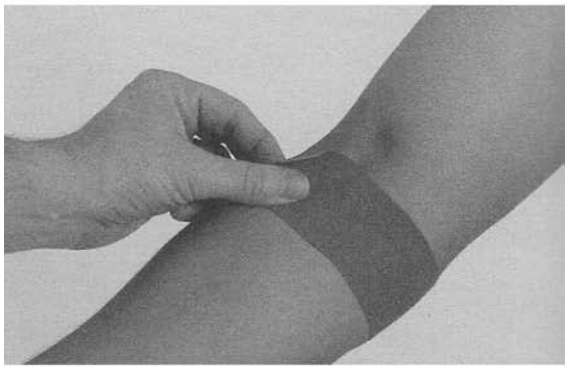
ПОВРЕЖДЕНИЕ ОБЛАСТИ МЕДИАЛЬНОГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧА

Частая травма причиной которой является перенапряжение группы мышц сгибателей в подростковом возрасте, которое влечёт микротравматизацию места прикрепления их к кости, которое в этом возрастном периоде более хрупко и не соответствует быстро растущей силе мышц. Кинезиотейпинг позволит уменьшить боль и отёк. Существует несколько вариантов тейпинга в этой ситуации. Выбор за специалистом.

ВАРИАНТ 1: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

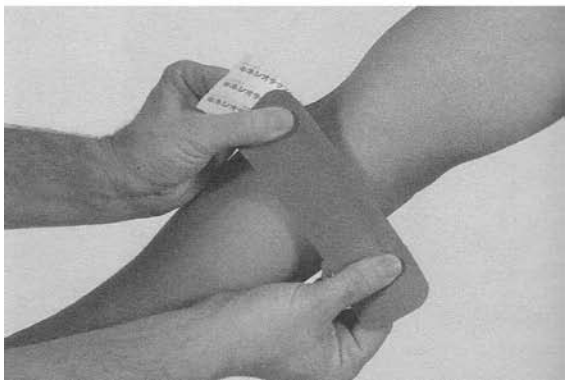


С целью купирования болевого синдрома полоска наклеивается с использованием техники механической коррекции в попытке «удержать» апофиз медиального подмыщелка плеча.
Подробнее: см. механическая коррекция (стр. 22)
Слегка согните руку в локтевом суставе и надорвите бумажное основание 4-6 дюймовой полоски посередине. Удерживая в руках оба конца создайте 50-75% натяжение на пластыре и с давлением кнутри наклейте его на медиальный подмыщелок плечевой кости.

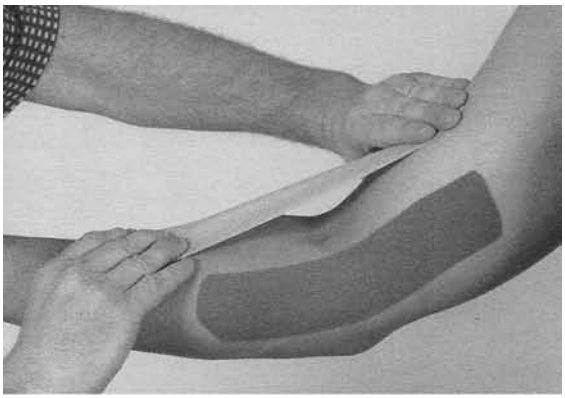


Перед приклеиванием концов полоски полностью разогните руку в локте и приклейте их без натяжения.

ВАРИАНТ 2: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНИКИ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ

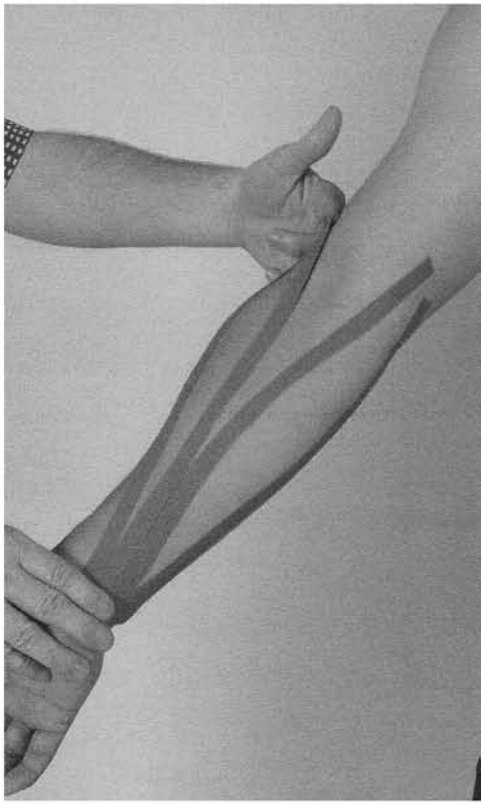


Подробнее: см. послабляющая коррекция (стр. 29).
Создайте 25-50% натяжение на середине i-образной 4-6 дюймовой полоски. Наклейте её на зону повреждения. Концы полоски наклейте без натяжения. Убедитесь в надёжности фиксации пластыря. Иногда необходимы несколько i-образных полосок (аппликация «звёздочкой»).



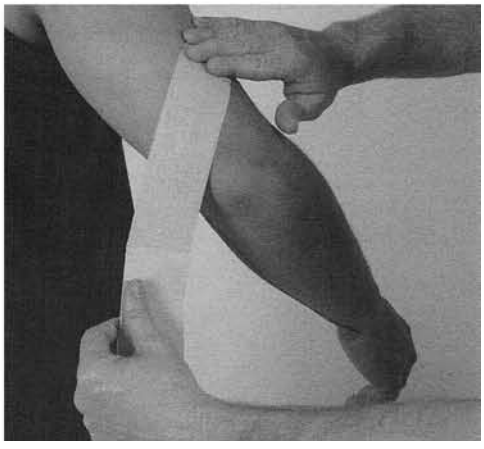
ВАРИАНТ 3: ТЕХНИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ I-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ ПРИ МЕДИАЛЬНОМ ЭПИКОНДЕИТЕ ПЛЕЧА

Подробнее: см. вальгусная деформация локтевого сустава.



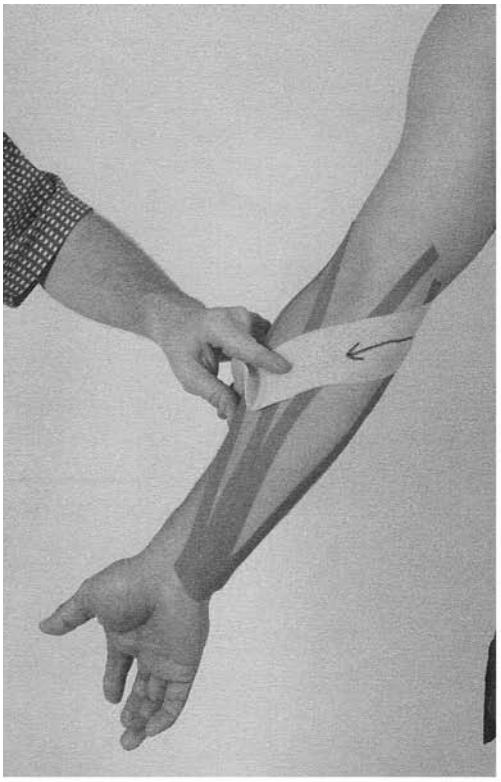
ВАРИАНТ 4: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОСКИ С 4 «ХВОСТАМИ» ДЛЯ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА МЫШЦ СГИБАТЕЛЕЙ КИСТИ И МЫШЦ СУПИНАТОРОВ

Начните с нарезания i-образной полоски с одного из концов на 4 «хвоста». Начните с наклеивания основания (неразрезанной части) в проекции шиловидного отростка локтевой кости. Рука при этом должна быть разогнута в локтевом и лучезапястных суставах. Создайте на «хвостах» 15-25% натяжение. Первыми двумя «хвостами» оклеивают мышцы-сгибатели по их краям (подробнее: см. медиальный эпиконделит, стр.105). Два других «хвоста» наклеивают по ходу мышц-разгибателей кисти на дистальной части предплечья, а затем окружают супинатор предплечья в его проксимальной части.

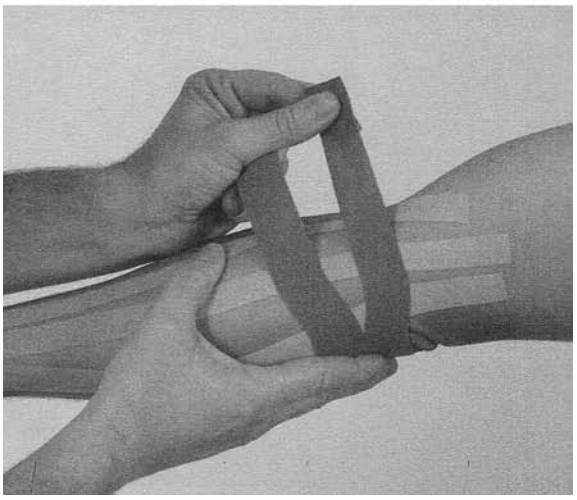


Кинезиотейпинг круглого пронатора с использованием функциональной коррекции (подробнее: см. функциональная коррекция стр. 37). Начните с наклеивания одного из концов i-образной полоски выше лотерального надмыщелка плеча. Рука согнута в локте под углом 30°, предплечье пронировано.

Приведите руку в положение разгибания в локтевом суставе и супинации кисти во время наклеивания полоски с 25-50% натяжении. Направление наклеивания граница проксимальной и медиальной трети лучевой кости по латеральному краю предплечья.
Последние 1-2 дюйма наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Цель аппликации – ограничение супинации и облегчение пронации (функциональная коррекция)



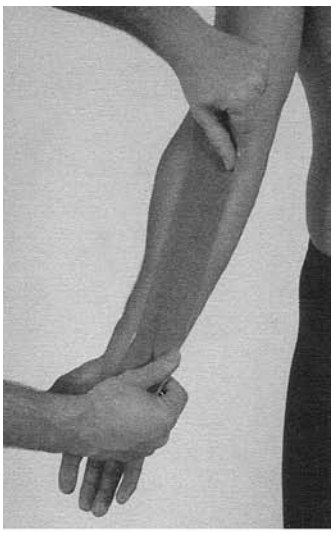
ВАРИАНТ 5: МЕХАНИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ (АНАЛОГИЧНО МОГУТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНЫ ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ И ФАСЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИИ)



Подробнее: см. медиальный эпиконделит плеча (стр.105).
Кинезиотейпинг группы мышц-сгибателей кисти выполняется полоской с тремя «хвостами». Показанная на фото механическая коррекция выполняется с 50-75% натяжением на «хвостах», которыми оклеивается зона боли воспаления.

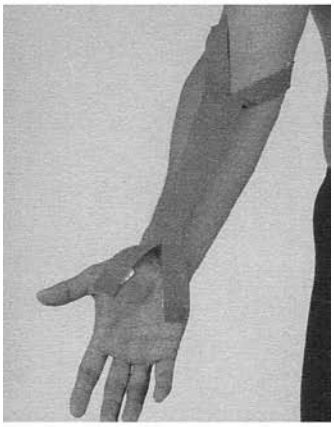
СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО ТОННЕЛЯ

Представляет собой результат компрессии различных анатомических структур между пястными костями с одной стороны и поперечной пястной связкой с другой. Развивающееся в результате воспаление и отек на фоне снижения эластичности связки еще больше компрессируют срединный нерв, проходящий в этой области. Наиболее частая причина этого состояния – частое сгибание кисти. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить отек и болевой синдром. Специалист может также дополнить предложенные ниже варианты послабляющей коррекцией на фоне острого воспаления, фасциальной коррекцией в случае хронического процесса, механической коррекцией при необходимости создания давления на область поражения, функциональной коррекцией с целью ограничения объема движения.

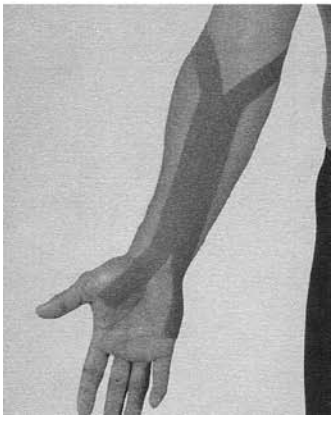


ВАРИАНТ 1:

Отмерьте i-образную полоску пластыря длиной от головок пястных костей до надмыщелков плеча. Разрежьте каждый из концов полоски на двое (x-образная полоска): дистальный конец разрезается примерно до места прикрепления длинной ладонной мышцы, проксимальной на 4 дюйма от конца полоски. Кисть должна находиться в нейтральном положении, рука разогнута в локте. Надорвите бумажное основание полоски посередине и отслоите его от неразрезанной части полоски.

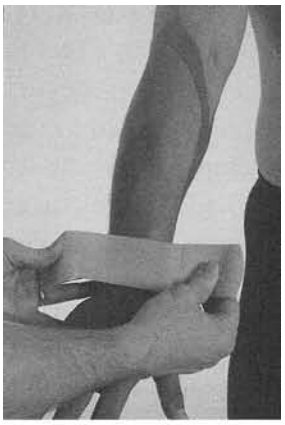


Примените технику послабляющей коррекции. Подробнее: см.послабляющая коррекция (стр. 29). Создайте на части полоски, с которой уже снято бумажное основание, 15-25% натяжение. Приклейте эту часть полоски в проекции карпального тоннеля в нижней части предплечья.



Сохраняйте разгибание в лучезапястном суставе. Приклейте дистальные «хвосты» полоски в проекции 1 и 5 пястных костей без натяжения. Медиальный проксимальный «хвост» наклейте с 15-25% натяжением в направлении медиального надмыщелка, причем последние 1-2 дюйма без натяжения, а латеральный – латерального надмыщелка с 15-25% натяжением, причем последние 1-2 дюйма без натяжения.

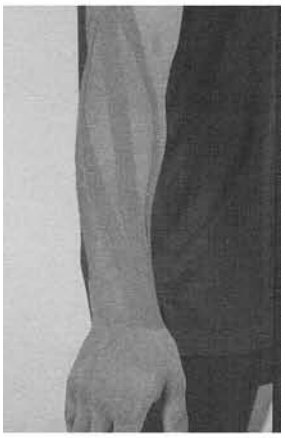
Используйте технику послабляющей коррекции на тыле кисти. Начните с надрывания бумажного основания 6-8 –дюймовой i-образной полоски. Создайте на ней 15-25% (очень легкое и легкое) натяжение. Кисть должна быть слегка согнута. Наклейте натянутую часть полоски на дистальные 2 дюйма лучевой и локтевой костей на тыл предплечья.



Фиксируя одной рукой наклеенную часть полоски над шиловидными отростками лучевой и локтевой костей, попросите пациента разогнуть руку в лучезапястном суставе. Другой рукой наклейте концы полоски без натяжения или отрежьте их с образованием небольшого зазора между наклеенными концами.

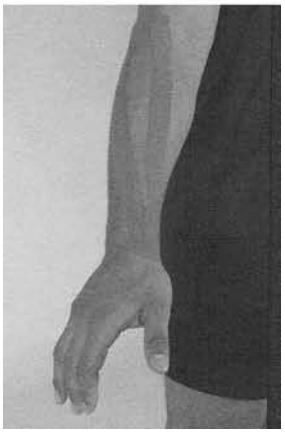
ВАРИАНТ 2:

Используйте кинезиотейпинг группы мышц сгибателей полоской с тремя «хвостами». Подробнее: см.лотеральный или медиальный эпикондилиты (стр.102).



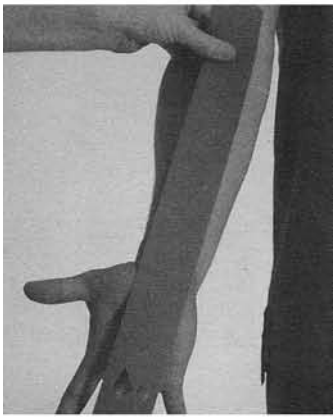
ВАРИАНТ 3:

Используйте кинезиотейпинг группы мышц сгибателей кисти Y-образной полоской пластыря. Подробнее: см. медиальный или латеральный эпикондилиты. И во 2 и в 3 варианте желательно наклеивание i-образной полоски для послабляющей коррекции, описанное в первом варианте, на область карпального тоннеля.

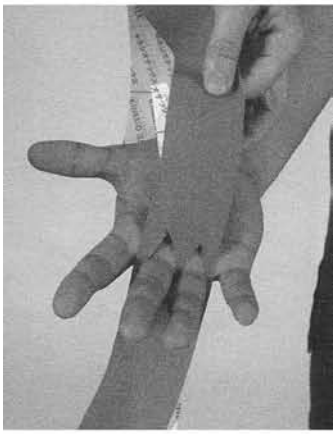


ВАРИАНТ 4:

Послабляющая коррекция с использованием полоски с отверстиями для пальцев.
Отмерьте полоску длиной, равной расстоянию от медиального и латерального надмыщелка плеча по ладонной поверхности предплечья до оснований проксимальных фаланг и далее по тыльной поверхности предплечья до надмыщелков плеча.



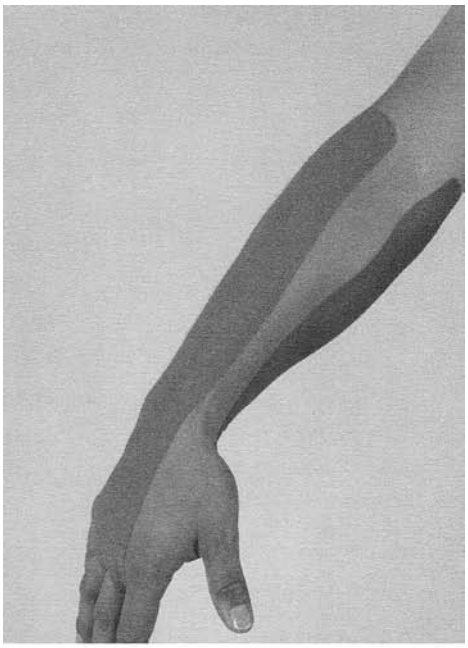
Вырежьте 2-3 отверстия посередине полоски для пальцев.



Надорвите бумажное основание i-образной полоски в области отверстий и проденьте в отверстие указательный, средний и безымянный пальцы, либо средний, безымянный и мизинец.

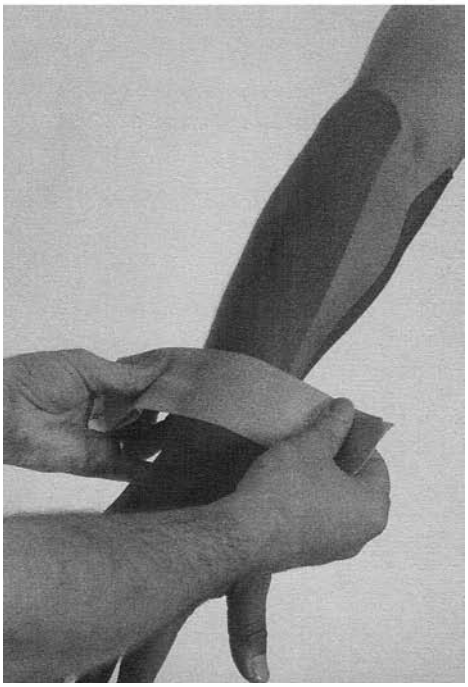
Попросите пациента разогнуть руку в лучезапястном суставе с радиальной девиацией кисти и наклейте полоску с 15-25% натяжением в направлении медиального надмыщелка плеча. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений

Согните руку в лучезапястном суставе с ульнарной девиацией кисти и наклейте полоску с 15-25% натяжением в направлении латерального надмыщелка плеча. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



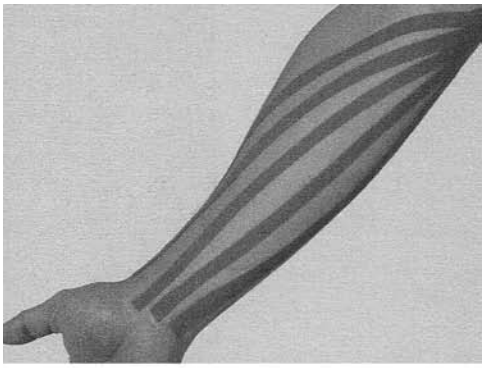
Наклейте полоску пластыря для послабляющей коррекции на тыл дистальной части предплечья.

На фото законченная аппликация при синдроме карпального тоннеля.

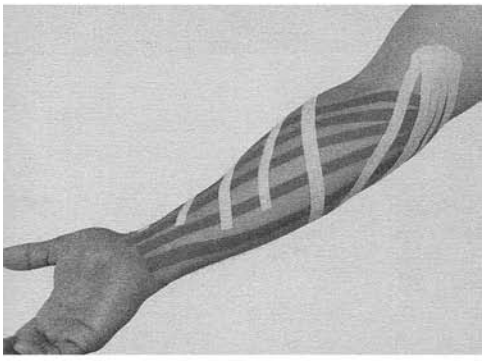


ЛИМФОСТАЗ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

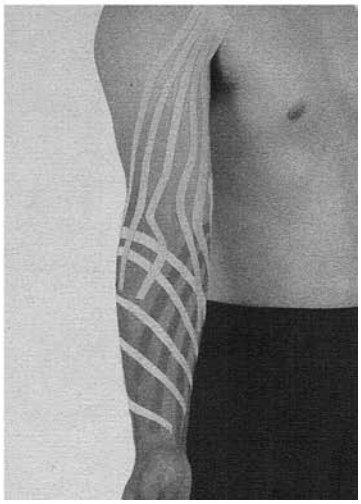
Может быть как острым, так и хроническим состоянием. При остром повреждении степень выраженности отека может превосходить дренирующую способность лимфатической системы. При хронических состояниях не происходит эвакуация лимфы по измененным в морфофункциональном отношении лимфатическим сосудам. Кинезиотейпинг позволяет при использовании техники лимфатической коррекции, уменьшить отек тканей за счет оптимизации лимфодренажа. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 39). В задачу специалиста входит определение плохо функционирующей части лимфатической системы и переориентация лимфодренажа к нормально функционирующим участкам.
С осторожностью применяют кинезиотейпинг при лимфостазе на фоне: сахарного диабета, заболевания почек, застойной сердечной недостаточности, заболеваний щитовидной железы, осложненного течения беременности.



Ниже будет проиллюстрирована методика оптимизации лимфодренажа от дистальной части конечности к проксимальной. На практике могут использоваться не все участки аппликации. Рука находится в нейтральном положении, локоть разогнут. Наклейте основание веереобразной полоски выше медиального надмыщелка плеча и наклейте «хвосты» по передней поверхности предплечья к основанию большого пальца с очень малым (5-15%) натяжением. Концы узких полосок наклеиваются без натяжения.



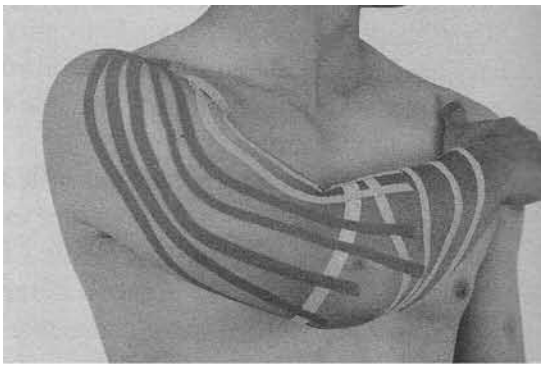
Вариант аппликации второй веерообразной полоски на предплечье. Она наклеивается либо чуть выше, либо чуть ниже первой полоски. Основание второй веерообразной полоски наклеивается выше или ниже медиального надмыщелка плеча, а «хвосты», пересекая тыльную поверхность предплечья, по направлению к тылу кисти с очень легким натяжением. Концы «хвостов» наклеиваются без натяжения. Эту аппликацию можно дополнить тейпингом полоской пластыря с отверстиями для пальцев (см. 117 стр.).



При адекватной функции аксиллярных лимфоузлов: кинезиотейпинг плеча. Плечо в положении отведения и наружной ротации. Основание веерообразной полоски наклеивается в непосредственной близости от аксилярных лимфоузлов. «Хвосты» клеятся в направлении медиального надмыщелка плеча с легким натяжением.
Концы «хвостов» наклеиваются без натяжения.

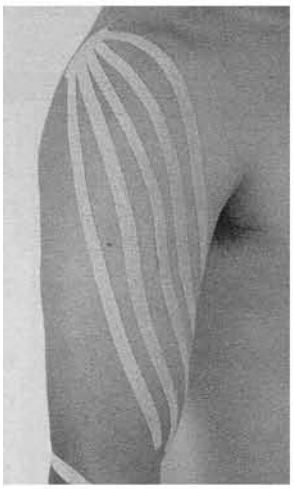
Вариант аппликации второй веерообразной полоски на плечо.

Аппликация второй веерообразной полоски выполняется либо несколько ниже, либо выше первой. Плечо в положении приведения и внутренней ротации. Основание второй полоски приклеивается либо выше, либо ниже основания первой полоски в проекции аксиллярных лимфоузлов. «Хвосты» ее наклеиваются в направлении латерального надмыщелка задней поверхности трицепса с очень легким натяжением. Дистальные концы «хвостов»наклеиваются без натяжения.



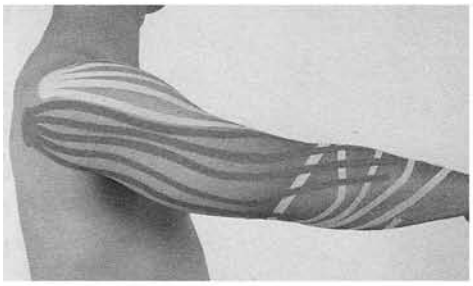
Аксиллярные лимфоузлы функционально несостоятельны – вариант кинезиотейпинга плеча.

Плечо приведено и согнуто в горизонтальной плоскости. Основание веерообразной полоски приклеивается в месте прикрепления большой и малой круглых мышц. «Хвосты» ее наклеиваются, пересекая среднюю порцию дельтовидной мышцы по направлению к медиальному надмыщелку плеча с очень малым натяжением. Дистальные концы «хвостов» наклеиваются без натяжения.



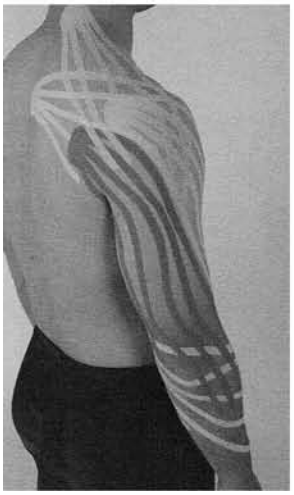
Вариант аппликации второй веерообразной полоски: кинезиотейпинг плеча.

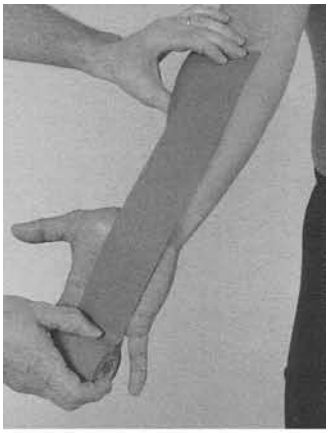
Плечо в положении отведения и сгибания в горизонтальной плоскости. Наклейте основание полоски в области прикрепления большой и малой круглых мышц чуть выше или ниже основания первой полоски. «Хвосты» наклеиваются, пересекая заднюю порцию дельтовидной мышцы, по задней поверхности плеча в области трицепса с очень легким натяжением. Концы «хвостов» клеятся без натяжения.



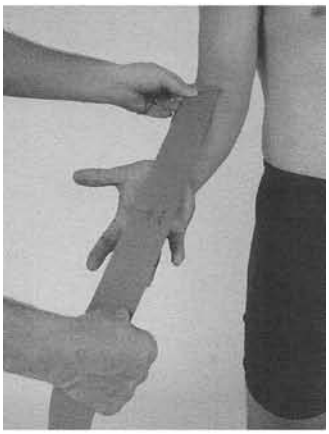
Вариант наклеивания веерообразной полоски по направлению к шейным или среднеспинным лимфоузлам.

Основание веерообразной полоски наклеивается на поперечные отростки шейных позвонков. Плечо в положении сгибания в горизонтальной плоскости, голова наклонена в противоположную сторону. «Хвосты» полоски наклеиваются в направлении задней поверхности плеча.

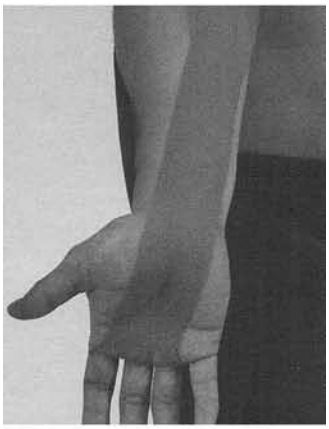




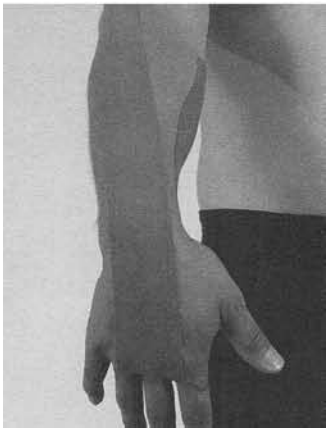
Вариант использования полоски с отверстиями для пальцев для лимфодренажа предплечья.
Отмерьте длину i-образной полоски, равную расстоянию от медиального и латерального надмыщелков плеча с ладонной стороны предплечья до основания проксимальных фаланг, а затем от них до надмыщелков плеча по тыльной стороне предплечья.



Вырежьте 2-3 отверстия для пальцев в середине полоски. Надорвите и отделите бумажное основание пластыря в этой области. Наденьте отверстия на указательный, средний и безымянный палец, либо на средний, безымянный и мизинец.



Кисть в положении разгибания и радиальной девиации, полоска с легким натяжением наклеивается в направлении медиального надмыщелка плеча. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Кисть в положении сгибания и ульнарной девиации, полоска с легким натяжением наклеивается в направлении латерального надмыщелка плеча. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

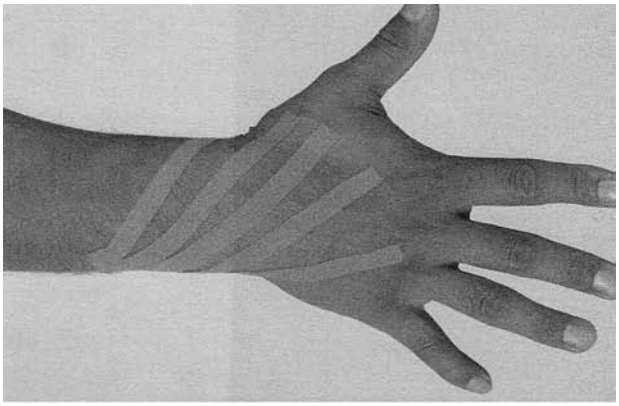
КИСТЬ
И ПРЕДПЛЕЧЬЕ

РАЗДЕЛ 6

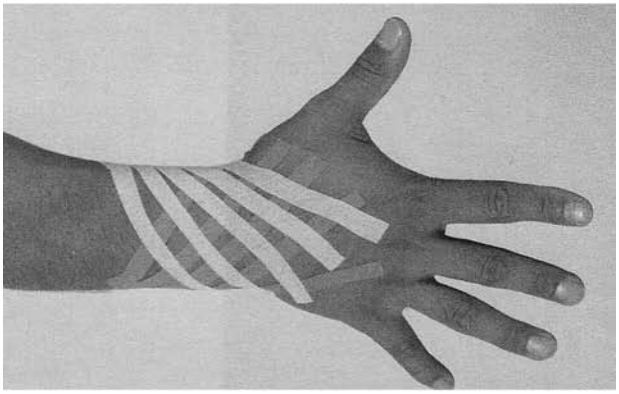
ПОВРЕЖДЕНИЕ КИСТИ

Одно из частых острых или хронических повреждений. Может быть последствием как эпизодической нагрузки так и систематической (поднятие тяжестей, повторное перерасгибание и сгибание). Клиническая оценка повреждения связочного аппарата кисти очень сложна. Важно знать, что повреждение связочного аппарата кисти сопровождается снижением кровоснабжения костного остова кисти.
Кинезиотейпинг повреждений кисти включает лимфатическую коррекцию с целью уменьшения отечности (острой или хронической), связочную коррекцию, функциональную коррекцию для ограничения объема движений.

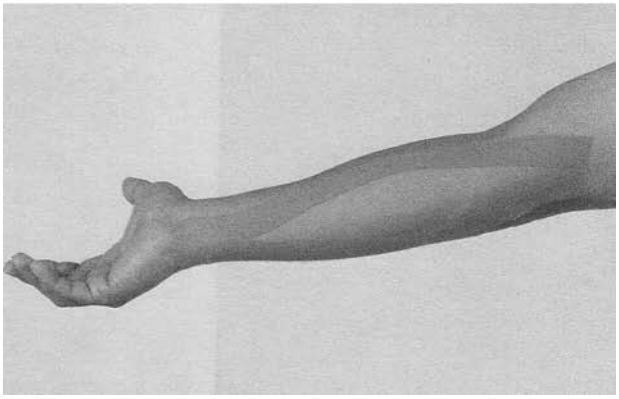
Кинезиотейпинг тыла кисти с использованием лимфатической коррекции. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр.39).
Начните с наклеивания основания веерообразной полоски на два дюйма выше шиловидного отростка локтевой кости и наклейте «хвосты» под углом 45° по направлению к большому пальцу с 15-25% натяжением.

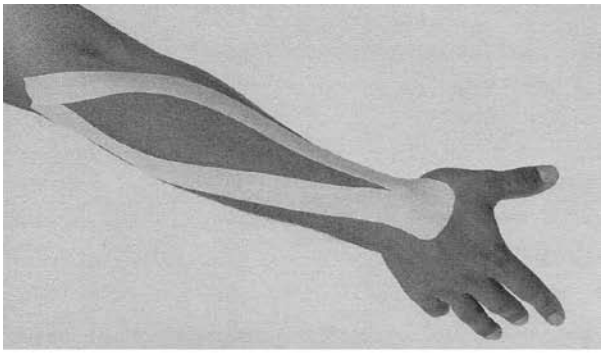


Основание второй веерообразной полоски наклейте на два дюйма выше шиловидного отростка лучевой кости. Наклейте «хвосты» под углом 45 градусов по направлению к мизинцу с 15-25% натяжением. Специалист может принять решение о проведении лимфатической коррекции на ладонной стороне кисти или с обеих сторон.

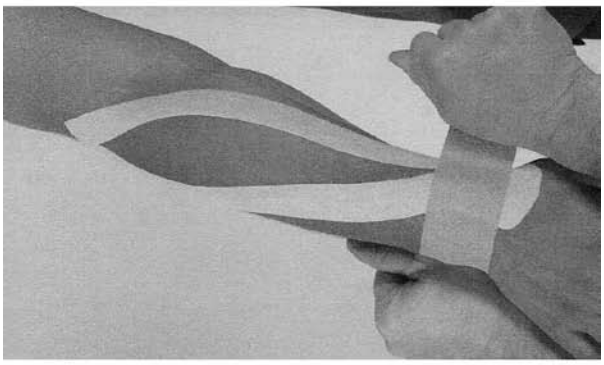


Вариант кинезиотейпинга группы мышц-сгибателей с использованием Y-образной полоски.
Подробнее: см. медиальный эпикондилит (стр.105).
Методика используется для уменьшения спазма мышц-сгибателей кисти после ее повреждения.

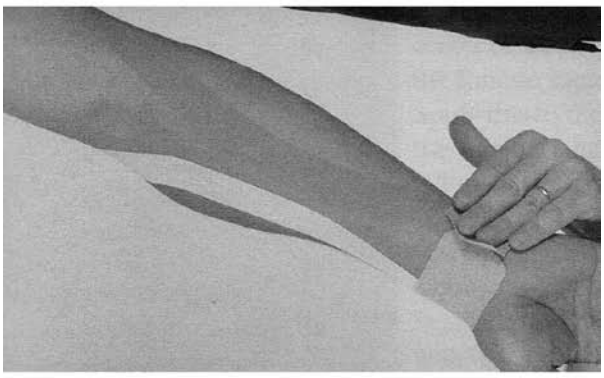




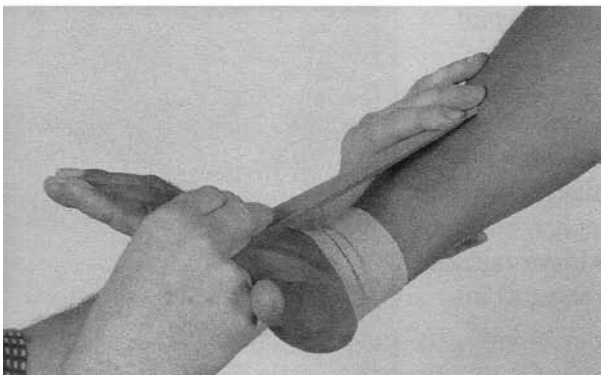
Вариант кинезиотейпинга группы мышц-разгибателей с использованием Y-образной полоски.
Подробнее: см. латеральный эпикондилит (стр. 102).
Используется для уменьшения спазма в группе мышц-разгибателей кисти после ее повреждения.



Выполнение связочной коррекции на тыле кисти.
Кисть в нейтральном положении, пальцы разведены. Надорвите бумажное основание посередине 6-8-дюймовой полоски. Создайте 50-75% натяжение на средней части полоски и наклейте ее с давлением кнутри непосредственно на эпицентр боли или в область желаемого упрочения связок.

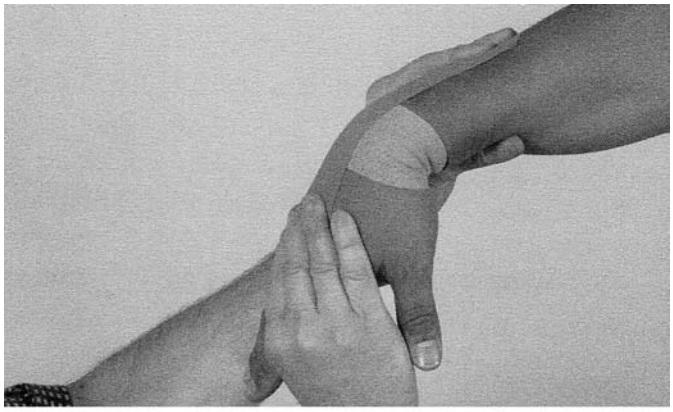


Попросите пациента разогнуть руку в лучезапястном суставе и приклейте концы i-образной полоски без натяжения.
Если необходимо, аналогичная коррекция выполняется и с ладонной стороны предплечья.

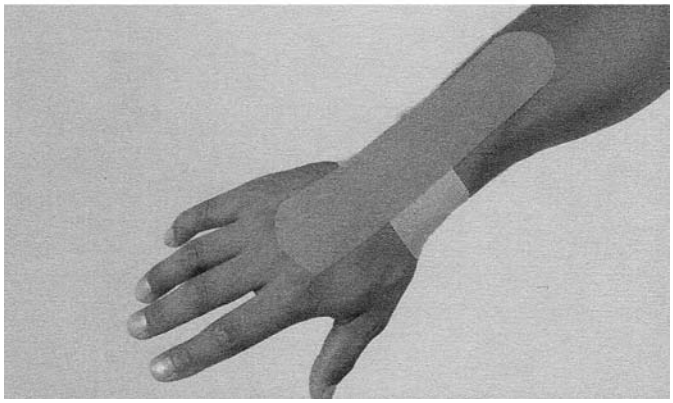


Используйте функциональную коррекцию для ограничения сгибания или разгибания кисти в зависимости от вида повреждения. Подробнее: см. функциональная коррекция (стр. 37).
Отмерьте длину полоски, равную расстоянию от головки пястных костей до точки на 4 дюйма выше лучезапястного сустава по тыльной поверхности предплечья.
Кисть в положении легкого разгибания.
Приклейте один из концов i-образной полоски на 4 дюйма выше лучезапястного сустава по тыльной поверхности предплечья без натяжения. Создайте 50-75% натяжение на полоске и приклейте другой ее конец на проекцию головок пястных костей на тыле кисти без натяжения.

Согните руку в лучезапястном суставе, приклейте натянутую часть полоски к тылу кисти. Важно определить необходимую степень натяжения полоски. Общие правила: если требуется меньшее ограничение объема движений, создавайте меньшее натяжение пластыря и наоборот.

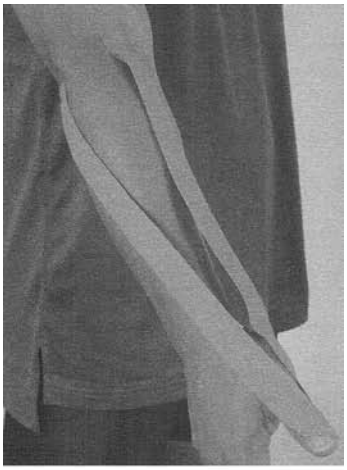


Вид законченной аппликации при кинезиотейпинге повреждения кисти.

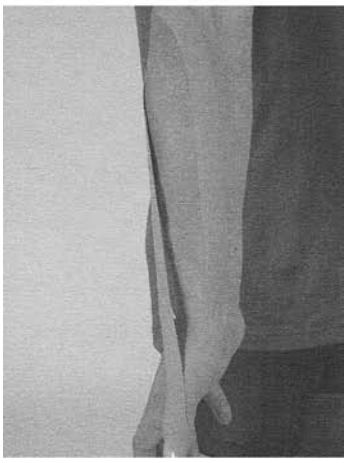


КОНТРАКТУРА ДЕ КЕРВЕНА

Представляет собой тендинит длинного аддуктора большого пальца кисти. Состояние связывают либо с сужением сухожильного влагалище этой мыщцы, либо с физической перегрузкой. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить отек и боль в проблемной зоне и несколько изменить пространственные анатомические соотношения при использовании механической коррекции. Для выполнения аппликации используются две i-образные полоски шириной 1 дюйм или одна Y-образная, шириной два дюйма, причем прорезь должна начинаться на уровне шиловидного отростка лучевой кости. На фото представлена техника с использованием двух i-образных полосок шириной один дюйм. Специалист может использовать послабляющую коррекцию вместо механической или, скажем, функциональную.



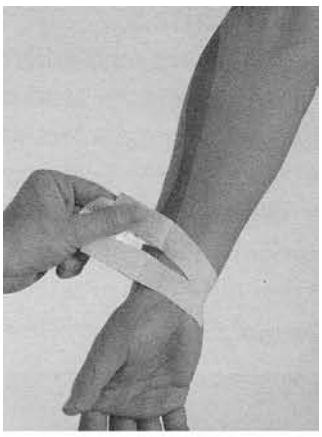
Начните с наклеивания i-образных полосок с ладонной и тыльной сторон большого пальца. Иногда бывает удобно склеить концы обеих полосок над верхушкой большого пальца.
Вариант с использованием Y-образной полоски двухдюймовой ширины с основанием, наклеенным на лучевую поверхность дистальной фаланги большого пальца.
«Хвосты» полоски наклеиваются вокруг ладонной стороны большого пальца.



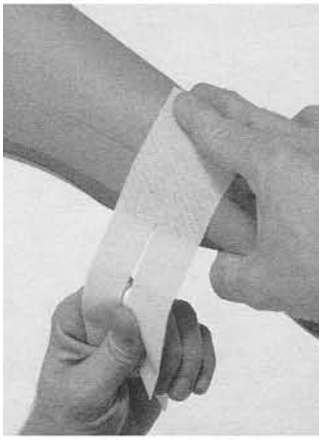
Вариант с использованием модифицированной Х-образной полоски.
Возьмите i-образную полоску двухдюймовой ширины адекватной длины. Один из концов надрежьте посередине вдоль оси полоски на один дюйм, а с другого конца выполните осевой разрез посередине, оставив неразрезанным лишь 1 дюйм полоски. Надорвите и отслоите бумажное основание от коротких «хвостов» полоски и от ее неразрезанной части. Приклейте последнюю к праксимальной фаланге большого пальца натяжения. Оберните и приклейте короткие «хвосты» к дистальной фаланге большого пальца. Рука разогнута в лучезапястном суставе с ульнарной девиацией и разогнута в локтевом суставе. С оставшимися длинными «хвостами» Х-образной полоски поступите в соответствие с дальнейшим описанием.
Приклейте i-образную полоску вдоль длинной мышцы, приводящей большой палец (по ладонной стороне большого пальца) с легким (15-25%) натяжением. Не заклеивайте область анатомической табакерки или область боли. Наклеивайте полоску от шиловидного отростка лучевой кости по направлению к латеральному надмыщелку плеча. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

Рука в положении разгибания в лучезапястном суставе с радиальной девиацией кисти и разгибанием в локте.
Наклейте i-образную полоску вдоль разгибателя большого пальца (тыльная его сторона) с легким (15-25%) натяжением.
Не заклеивайте область анатомической табакерки или область боли. Наклеивайте полоску в направлении от шиловидного отростка лучевой кости к латеральному надмыщелку плеча. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

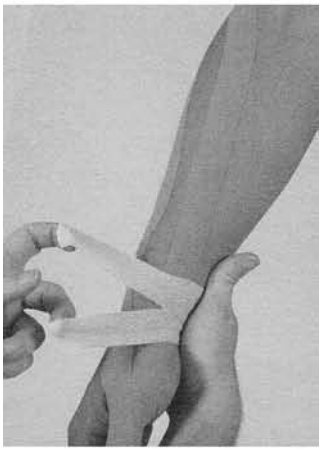
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ С НАТЯЖЕНИЕМ НА ОСНОВАНИИ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ



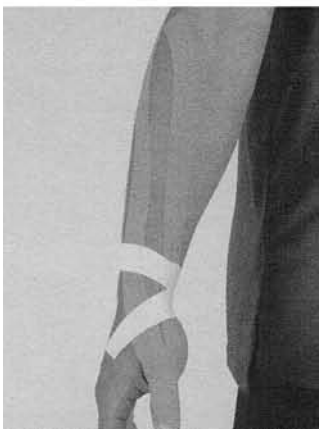
Подробнее: см. механическая коррекция (стр. 22). Начните с наклеивания основания 4-6-дюймовой Y-образной полоски на ладонную поверхность дистальной части предплечья. Место наклеивания должно быть выбрано так, чтобы при создании натяжения начало прорези в полоске пересекало наклеенную ранее полоску в области анатомической табакерки.



Одной рукой фиксируйте наклеенное начало основания Y-образной полоски. Создайте 50-75% натяжение на основании Y-образной полоски с давлением кнутри, после этого скользящим движением руки, фиксировавшей начало основания, приклейте весь участок пластырной полоски, на котором создано натяжение. Конец зоны натяжения должен приходиться на то место, где начало разреза Y-образной полоски пересекает предварительно наклеенную полоску в области анатомической табакерки.



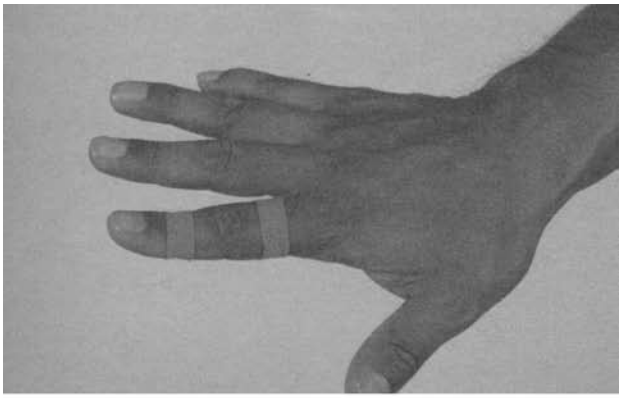
Кисть в положении сгибания ульнарной девиации. Наклейте «хвосты» Y-образной полоски без натяжения под углом друг к другу для рассеивания тяги, создаваемой основанием. При корректно выполненной аппликации над областью боли образуется четырехугольник, свободный от пластыря, образованный «хвостами» двух взаимно пересекающихся Y-образных полосок.



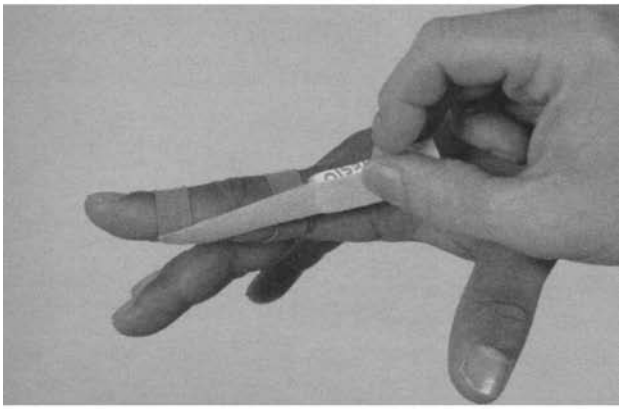
Законченная картина кинезиотейпинга при контрактуре де Кервена. Специалист может использовать послабляющую или фасциальную коррекцию вместо механической.

ПОВРЕЖДЕНИЕ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ

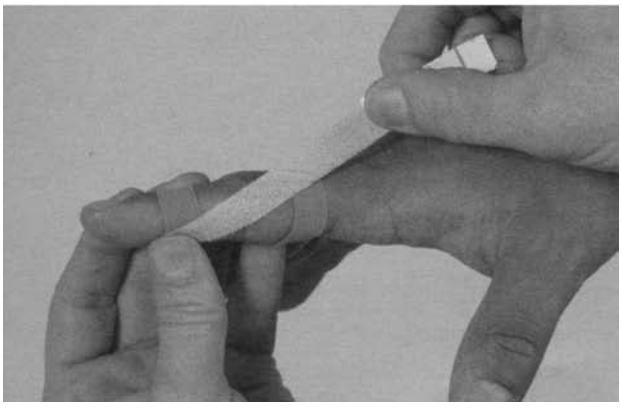
Частая травма, являющаяся результатом либо осевой нагрузки на кончик пальца, либо аддукционной (абдукционной) нагрузки на межфаланговый сустав. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить отек, боль и стабилизоровать связочный аппарат.



Вы можете начать с наложения двух циркулярных полосок пластыря на обе фаланги выше и ниже пораженного сустава. Эта манипуляция не является обязательной, более того пластырь лучше приклеивать к коже, нежели к пластырю.

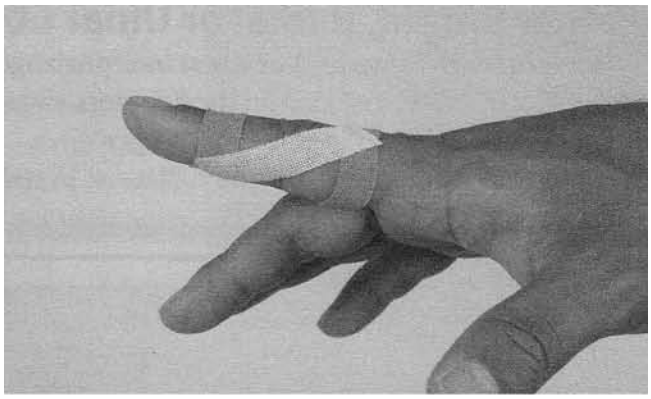


Используйте технику связочной коррекции. Подробнее см. связочная коррекция (стр. 32). Приклейте конец i-образной полоски дистальнее сустава, нуждающегося в стабилизации, без натяжения. Сориентируйте полоску под углом в 45°. Одной рукой удерживайте наклееный конец.

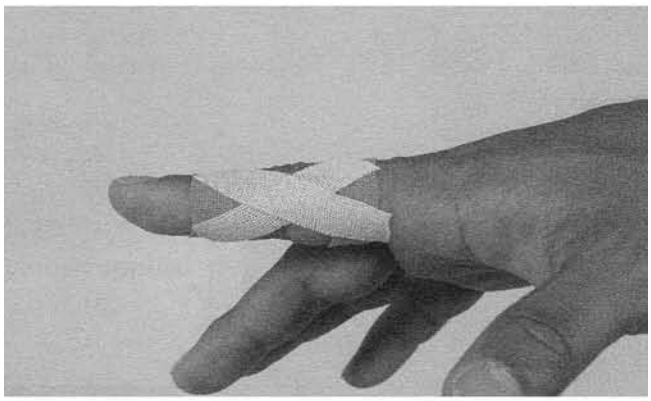


Выполните связочную коррекцию с 50-100% натяжением на середине i-образной полоски. Растянутую часть полоски наклеивайте непосредственно на зону нестабильности.

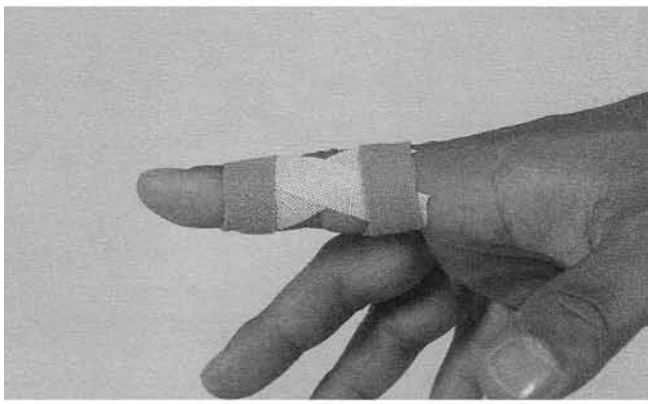
Остаток i-образной полоски приклейте без натяжения.



Повторите вышеописанные действия, чтобы получить крестообразную аппликацию с двумя полосками. Оправдано наклеивание еще одной полоски вдоль поврежденной связки, используя технику связочной коррекции.



Наложите второй слой циркулярных полосок поверх первого на проксимальную и дистальную, по отношению к проблемному суставу фаланги.

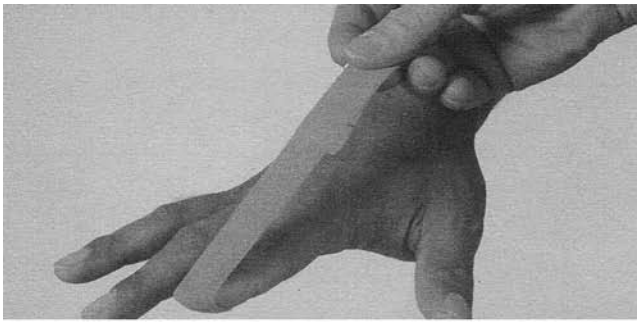


ВАРИАНТ: СОВМЕСТНЫЙ КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ПОВРЕЖДЕННОГО И СОСЕДНЕГО НОРМАЛЬНОГО ПАЛЬЦЕВ

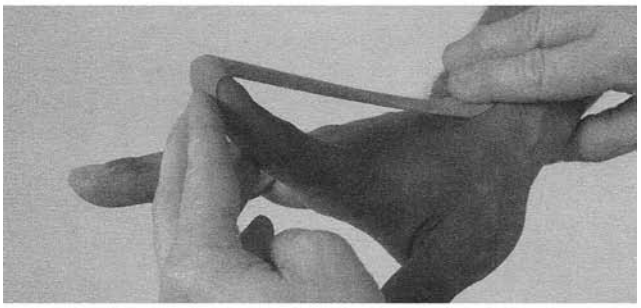
Наклейте циркулярные полоски пластыря, связывающие оба пальца, выше и ниже поврежденного сустава. Иногда при использовании этой техники пользуются адгезивным спреем, чтобы упрочить фиксацию пальцев циркулярными полосками, которые уменьшаются во влажной среде.

МОЛОТООБРАЗНЫЙ ПАЛЕЦ

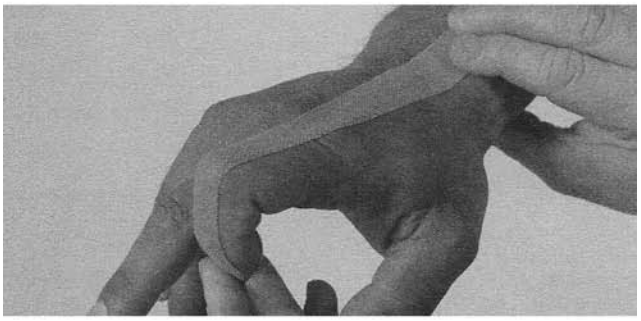
Эта травма обычный результат действия сгибающего усилия на разогнутый палец, при этом происходит авульсия сухожилия разгибателя пальцев с дистальной его фаланги. Сохраняющееся при этом натяжение сухожилия сгибателя и придает молотообразную деформацию пальцу.
Кинезиотейпинг ограничит сгибание дистальной фаланги. При сохраняющейся на фоне кинезиотейпинга деформации, очевидно, показано шинирование или хирургическое лечение, а уже в периоде реабилитации – кинезиотейпинг.



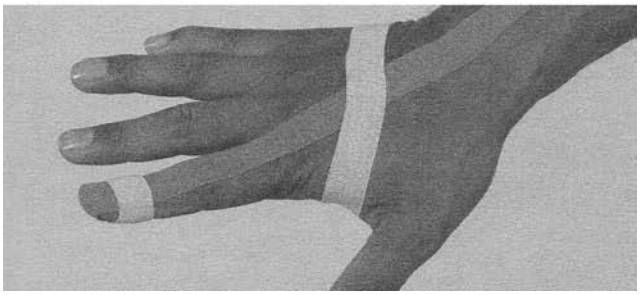
С помощью функциональной коррекции ограничьте сгибание дистальной фаланги поврежденного пальца. Подробнее: см. функциональная коррекция (стр. 37). Отмерьте i-образную полоску длиной, равной расстоянию от начала дистальной фаланги на ладонной стороне поврежденного пальца через верхушку его, ногтевое ложе до соответствующего пястнофалангового сустава. Приклейте один конец полоски на ладонную поверхность поврежденного сустава и заверните ее через верхушку пальца на тыльную поверхность, приклеив этот участок без натяжения.



Одной рукой фиксируйте наклеенный участок полоски на дистальной фаланге. Выполните функциональную коррекцию с 50-100% натяжением. Наклейте полоску на тыльную поверхность поврежденного пальца. Продолжайте создавать натяжение на полоске при наклеивании, пока ее конец не окажется на 1 дюйм дистальнее пястнофалангового сустава.



Удерживая руками оба конца полоски, попросите пациента согнуть поврежденный палец. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.
Вторая полоска пластыря для функциональной коррекции накладывается в зависимости от размеров пациента и желаемой степени ограничения объема движений.

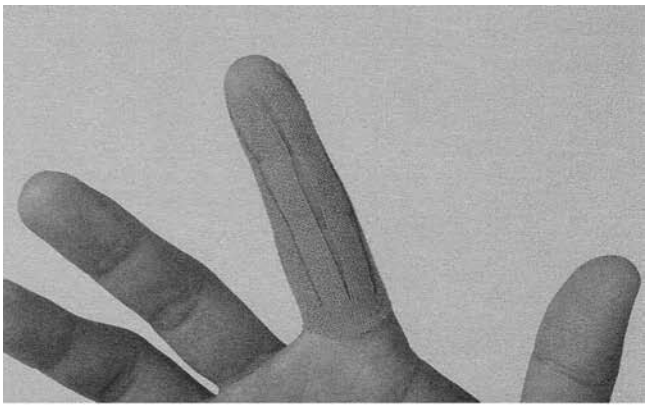


Наклейте две «якорные» циркулярные пластырные полоски: одну – на дистальную фалангу, другую – максимально близко к плюснефаланговому суставу. Это увеличит стабильность аппликации и предотвратит смещение ее из-за используемого высокого натяжения.

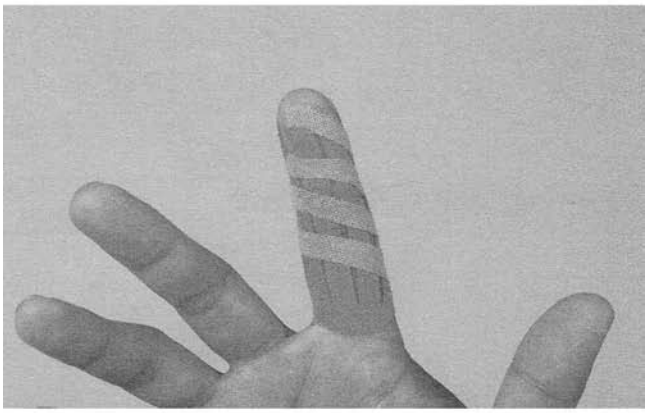
ВЫВИХИ ФАЛАНГ

Это самые частые вывихи. Они могут происходить в плюснефаланговых суставах, проксимальных и дистальных межфаланговых. Вывих может произойти как в тыльном, так и в ладонном направлении.
Кинезиотейпинг обеспечит обезболивание, ограничит воспалительную реакцию при использовании лимфатической коррекции, стабильность сустава при использовании связочной коррекции, ограничит сгибание и разгибание при использовании функциональной коррекции.

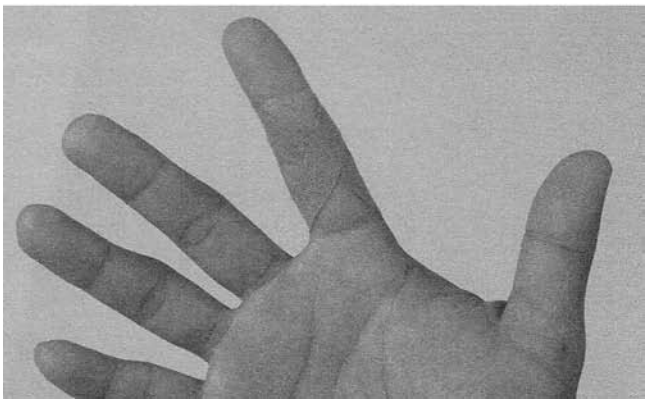
Выполните лимфатическую коррекцию на тыльной и\или ладонной поверхности пальца. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 34). Аппликация на фото выполнена от основания проксимальной фаланги до дистальной фаланги поврежденного пальца.

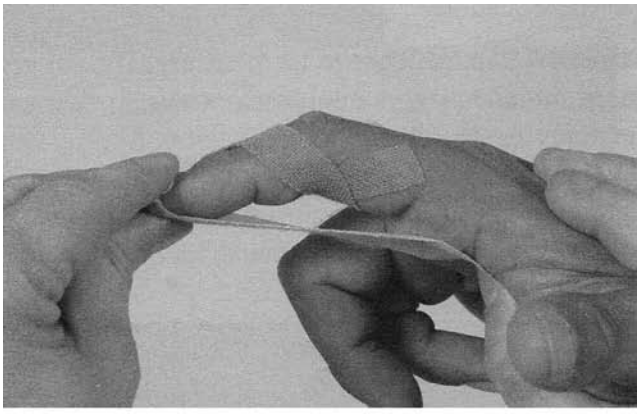


На фото: спиральная аппликация пластырной полоской от проксимальной фаланги до дистальной.

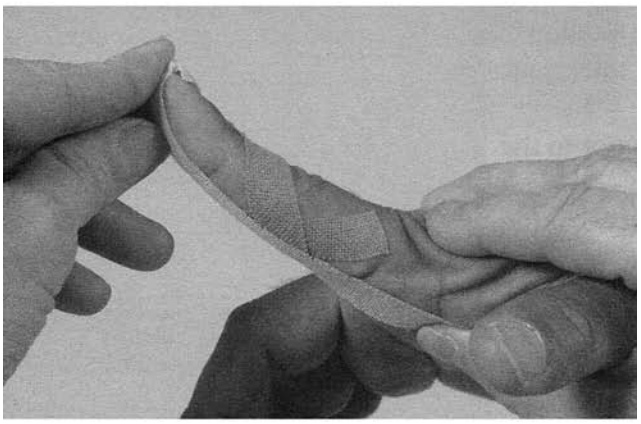


В области вывиха выполните связочную коррекцию. Подробнее: см. связочная коррекция (стр. 33).
Если вывих произошел с дорсальной дислокацией, связочная коррекция выполняется на тыльной стороне пальца. Если дислокация повлекла повреждение коллатеральных связок, то пластырные полоски для связочной коррекции накладываются крест-накрест.
Подробнее: см. растяжение связок межфаланговых суставов (стр.125)

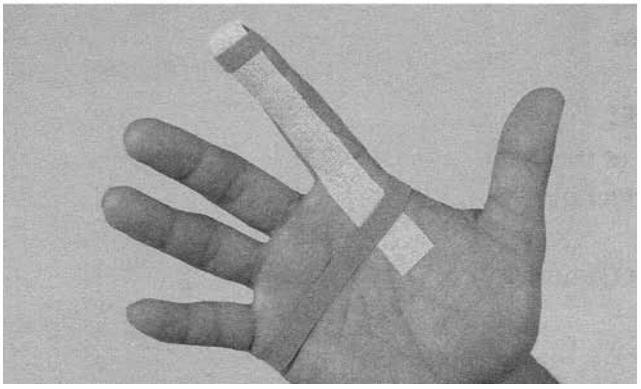




Используя функциональную коррекцию, обеспечьте необходимое ограничение объёма движений. Вывихи чаще происходят в дорсальном направлении, поэтому целесообразно ограничить разгибание в суставе. Согните палец. Наклейте один конец полоски на тыльную сторону дистальной фаланги. Другой конец наклейте в проекции головки соответствующей пястной кости на ладонной стороне.



Удерживая концы обеими руками, разогните палец. Степень ограничения объёма движений в суставе определяется специалистом.



Используйте циркулярные полоски пластыря для фиксации аппликации.
Не показанной на фото осталась техника фиксации повреждённого пальца к соседнему.

«ПАЛЕЦ ЛЫЖНИКА»

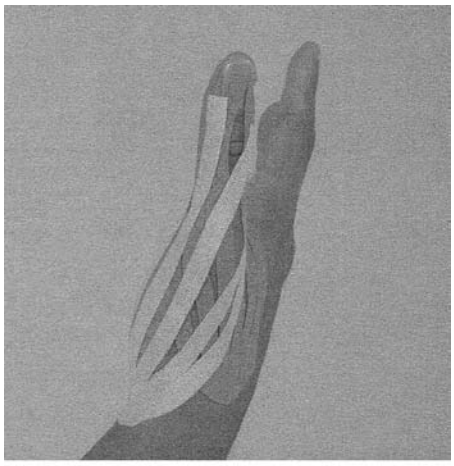
Эта травма подразумевает растяжение ульнарной коллатеральной связки 1ого пястнофалангового сустава. Причиной травмы является усилие, направленное на отведение большого пальца с разгибанием последнего. Травма значительно затрудняет такое движение, как собирание или хватание предметов большим и указательным пальцами. Кинезиотейпинг уменьшит боль, отёк, обеспечит стабилизацию связочного аппарата. При II (выраженная слабость связки) и III (разрыв связки) степенях повреждения выполняется гипсовая иммобилизация. Кинезиотейпинг применим до наложения гипсовой лангеты и после её снятия.

Острая фаза 24-72 часа.

Для уменьшения степени отёка в зоне повреждения используйте лимфатическую коррекцию. Обычно, используются две веерообразные полоски. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр.39)

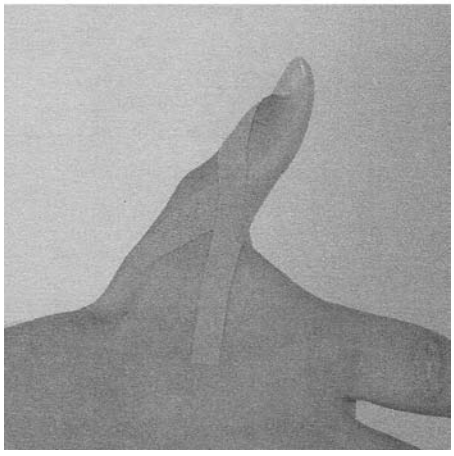
Первая полоска: наклейте основание веерообразной полоски на лучевую сторону ниже головки пястной кости и наклейте «хвосты» под углом над плюснефаланговым суставом.

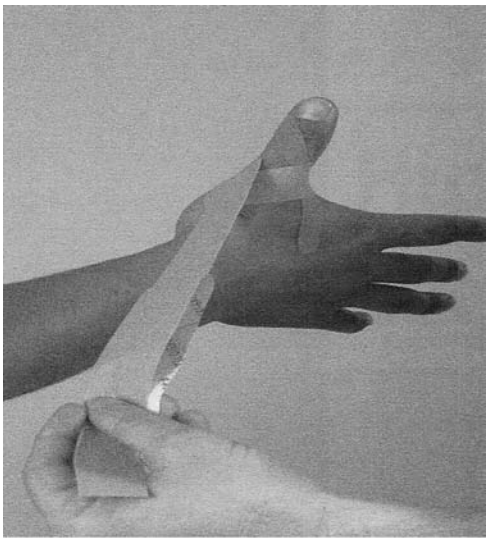
Вторая полоска: приклейте основание веерообразной полоски на лучевую сторону основания большого пальца между головками 1-ой и 2-ой пястных костей, наклейте «хвосты» её под углом над плюснефаланговым суставом. «Хвосты» полосок должны перекрещиваться. «Хвосты» наклеиваются с 25% натяжением.



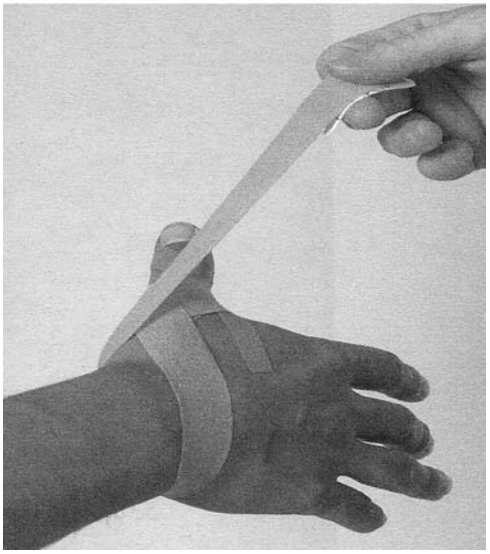
Подострая фаза: по прошедствии 72 часов.

Используя технику связочной коррекции, выполните кинезиотейпинг с ульнарной стороны 1го пястнофалангового сустава. Подробнее: см. связочная коррекция (стр. 33). Выполните кинезиотейпинг, как это показано в разделе о повреждениях межфаланговых суставов. (стр. 125), в проекции ульнарной коллатеральной связки.





Наклейте 8-образную аппликацию полоской пластыря 1дюймовой ширины на локтевую сторону проксимальной фаланги. Продолжайте наклеивать полоски вокруг ладонной поверхности большого пальца с небольшим давлением кнутри. Остерегайтесь отведения большого пальца в результате аппликации



Продолжайте наклеивать полоску над плюснефаланговым суставом и по тылу кисти под углом в направлении 5ой пястной кости. После того, как пройдена ладонная поверхность продолжайте аппликацию в направлении повреждённого плюснефалангового сустава. Эта полоска создаёт аддукционное давление, поддерживающее капсулу сустава и ограничивает отведение.

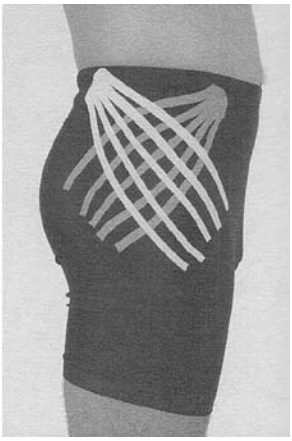
БЕДРО
И ГОЛЕНЬ

РАЗДЕЛ 7

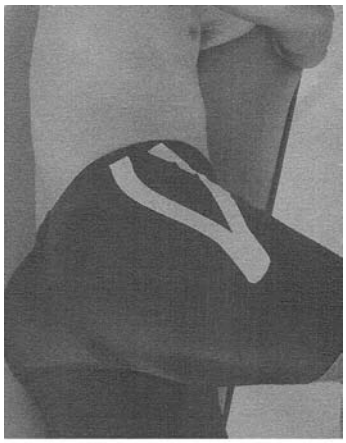
ОСТЕОАРТРИТ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Является дегенеративной деструкцией суставных поверхностей тазобедренного сустава. Часто клиническая картина возникает на фоне «обычных» дегенеративных изменений суставных поверхностей, но на фоне значительной физической активности. Зачастую не удаётся выяснить причину выпота в полости тазобедренного сустава, но известно, что наличие выпота ускоряет дегенеративные процессы и влечёт в последующем снижение функции мышц. Кинезиотейпинг уменьшает выпот и боль в тазобедренном суставе.

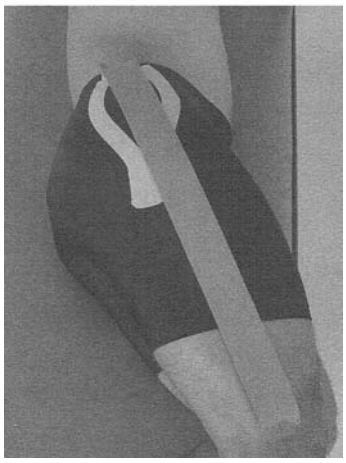
Вначале для купирования воспаления и отёка выполняется аппликация двух веерообразных полосок для лимфатической коррекции. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр.39). Основание первой полоски наклеивается в проекции передне-верхней ости подвздошной кости. «Хвосты» наклеиваются под углом в 45° в задне-нижнем направлении. Основание второй веерообразной полоски наклеивается в проекции задне-верхней ости, а «хвосты» – под углом в 45° в передне-нижнем направлении. «Хвосты» полосок должны взаимно пересекаться.



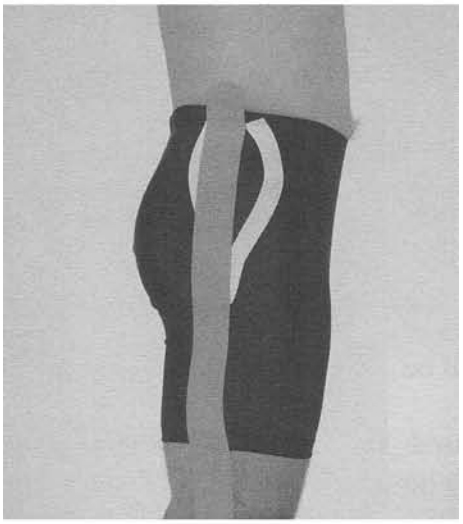
Кинезиотейпинг средней ягодичной мышцы Y-образной полоской в направлении от места прикрепления к началу. Наклейте основание Y-образной полоски в проекции большого вертела без натяжения. Нога в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах, приведения и внутренней ротации. Верхний «хвост» наклеивается в направлении передне-нижней ости подвздошной кости с 15-25% натяжением. Последние 1-2 дюйма без натяжения. Задний «хвост» наклеивается с 15-25% натяжением по направлению к задне-нижней ости подвздошной кости. Последние 1-2 дюйма без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации полоски.



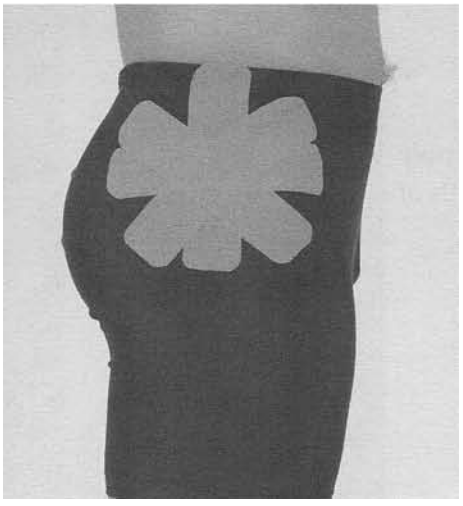
Вариант илеотибиального кинезиотейпинга может выполняться в обоих направлениях. Вначале определите необходимую длину полоски. Приклейте один из концов выше гребня подвздошной кости без натяжения.



Придайте ноге положение, в котором ткани в области аппликации будут максимально натянуты. По всей длине полоски создайте 15-25% натяжение. Конец полоски наклеивается на латеральной поверхности верхней трети голени.



Законченная аппликация при остеоартрите тазобедренного сустава.

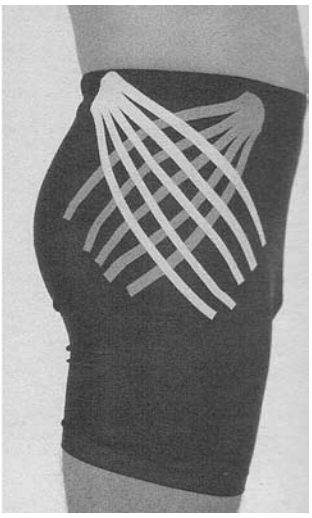


Вариант «звёздчатой» аппликации для уменьшения боли и отёка непосредственно в зоне повреждения.
Подробнее: см. «звёздчатую» технику при грыжах межпозвоночных дисков.
Начальный этап лечения обеспечивается аппликацией двух веерообразных полосок для лимфатической коррекции.

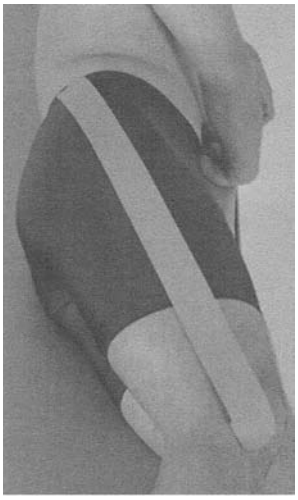
БУРСИТ ВЕРТЕЛЬНОЙ СУМКИ

Состояние, при котором воспаляется вертельная сумка, лежащая на поверхности большого вертела бедренной кости. Может сочетаться с болью в области места прикрепления средней ягодичной мышцы. Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк.

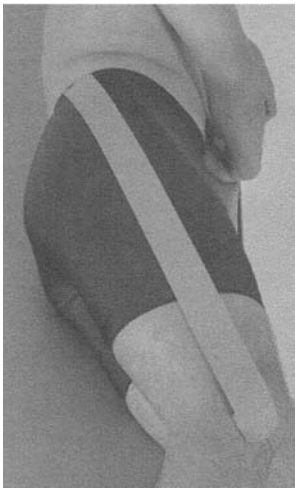
Начальные мероприятия по уменьшению боли и отёка обеспечиваются наклеиванием двух полосок для лимфатической коррекции. Начните с наклеивания основания первой веерообразной полоски в проекции передневерхней ости подвздошной кости. «Хвосты» её наклейте под углом в 45° в задне-нижнем направлении. Основание второй веерообразной полоски приклейте в проекции задневерхней ости подвздошной кости. «Хвосты» ее наклейте под углом 45 градусов в передне-нижнем направлении. «Хвосты» полосок должны взаимно пересекаться.

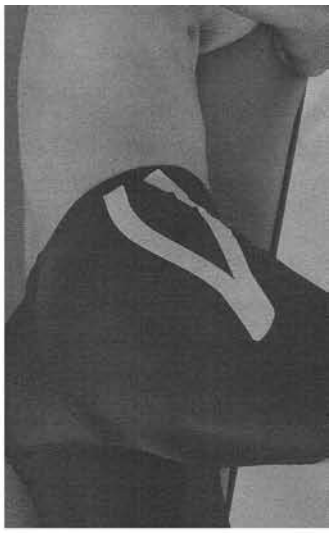


Илиотибиальный кинезиотейпинг может выполняться в обоих направлениях. Отмерьте полоску необходимой длины. Основание ее наклейте без натяжения выше гребня подвздошной кости.



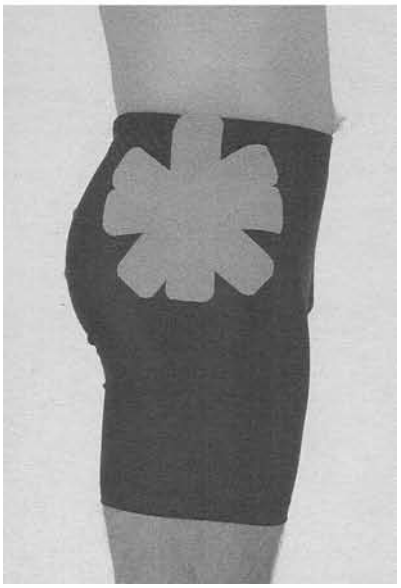
Приведите ногу в положение, в котором ткани в области аппликации будут максимально натянуты. Создайте на пластыре 15-25% натяжение по всей длине наклеивания.





Кинезиотейпинг средней ягодичной мышцы с использованием Y-образной полоски в направлении от места прикрепления к началу.
Начните с наклеивания основания полоски на боковую поверхность большого вертела без натяжения. Нога в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах, приведения и наружной ротации.
Наклейте передний «хвост» полоски в направлении передне – нижней ости подвздошной кости с 15-25% натяжением. Последние 1-2 дюйма без натяжения. Наклейте задний «хвост» в направлении задне-нижней ости подвздошной кости с 15-25% натяжением. Последние 1-2 дюйма без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

Законченная аппликация при бурсите большого вертела.

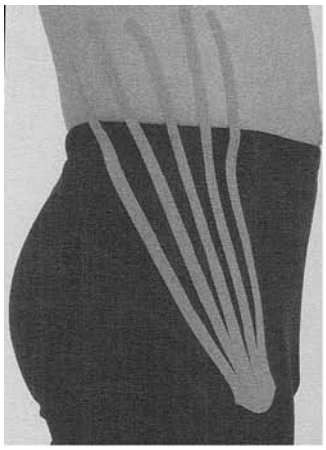


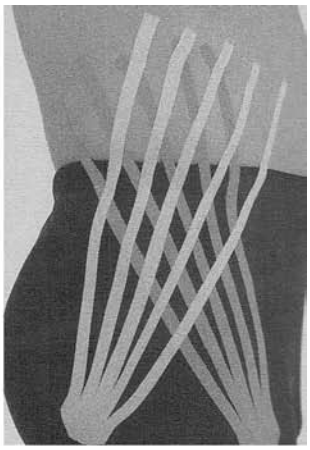
Вариант «звездчатой» аппликации для уменьшения боли и отека над вертельной сумкой.

УШИБ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

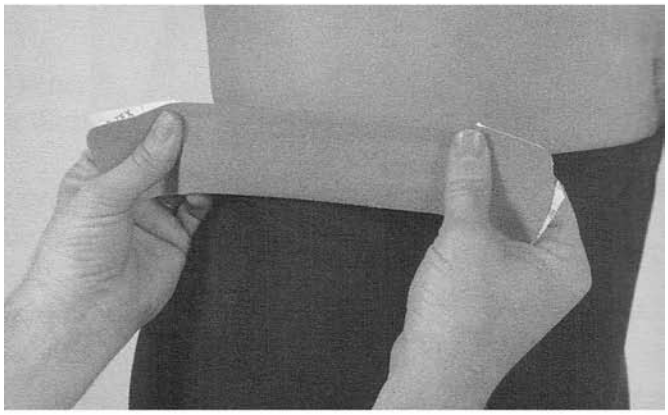
В зоне повреждения при этом состоянии находится зона прикрепления абдоминальных мышц. Это состояние, обычно, является результатом прямой тупой травмы области гребня подвздошной кости. В результате травмы может образоваться гематома. Область повреждения, обычно, чрезвычайно болезненна. Кинезитейпинг купирует боль, препятствует росту гематомы.

Начальный этап лечения состоит в наложении двух веерообразных полосок для лимфатической коррекции с целью ограничения воспалительной реакции. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр.39).
Основание первой полоски наклеивается на 3-4 дюйма кпереди и книзу от гребня подвздошной кости. «Хвосты» наклеиваются под углом в 45 градусов кзади.
Основание второй полоски натягивается на 3-4 дюйма кзади и книзу от гребня подвздошной кости. «Хвосты» под углом 45 градусов кпереди. «Хвосты» полосок взаимно пересекаются.

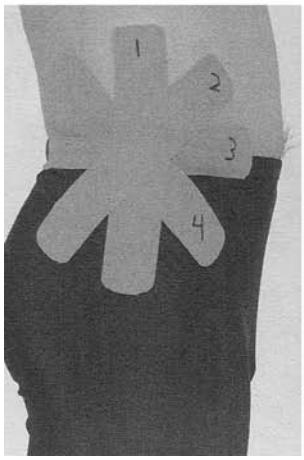




Используйте послабляющую технику для уменьшения отека. Подробнее: см. послабляющая коррекция (стр.29). Эта аппликация аналогична «звездчатой» технике на пояснице.
Начните с надрывания бумажного основания пластыря посередине 4-6-дюймовой i-образной полоски . Создайте на ее средней части 25-50% натяжение. Наклейте натянутый участок непосредственно на эпицентр боли на гребне подвздошной кости. Концы полоски наклейте без натяжения. В момент наклеивания концов попросите пациента совершить активное движение в этой области.

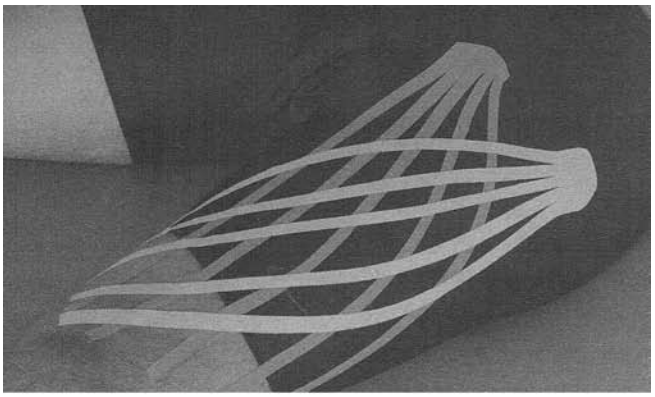


При остром ушибе гребня подвздошной кости рекомендуется наклеивать 4 полоски для послабляющей коррекции. По мере выздоровления – меньшее число.
Наклеивая концы полосок, просите пациента совершать активные движения в этой области, чтобы убедиться, что на их фоне после аппликации не будет создаваться дополнительное натяжение. При наклеивании полосок остерегайтесь создания дополнительного давления кнутри, так как это усугубит болевой синдром.

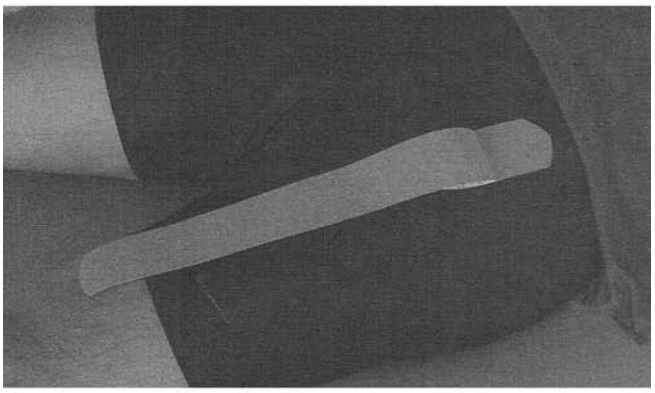


УШИБ И РАСТЯЖЕНИЕ КВАДРИЦЕПСА БЕДРА

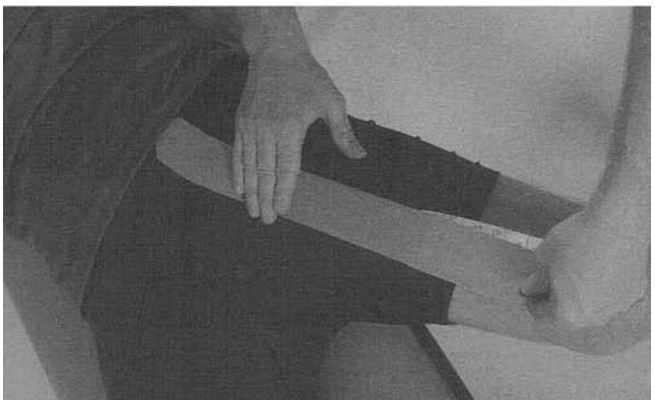
Часто сопровождается формированием гематомы, что ограничивает трудоспособность пациента. Гематомы небольших размеров саморазрешаются в течение нескольких дней, а значительные при разрешении могут приводить к формированию кальцинатов в мышечной ткани.
Кинезиотейпинг способствует скорейшему разрешению гематомы, предотвращает развитие мышечной слабости, как следствия травмы, и ограничения подвижности. С целью профилактики мышечной слабости может быть использован кинезиотейпинг квадрицепса. Технику лимфатической или послабляющей коррекции можно применить как до его наложения, так и после. Кинезиотейпинг используется также при растяжении квадрицепса после гиперфлексии или гиперэкстензии.



Острая фаза.
Используйте технику лимфатической коррекции для уменьшения гематомообразования. Подробнее: см. лимфатическая коррекция (стр. 39).
Наклеиваются две веерообразные полоски. Основание первой полоски наклеивается в области паховой складки, а «хвосты» пересекают переднюю поверхность бедра или область гематомы. Вторая веерообразная полоска наклеивается основанием максимально высоко по медиальной поверхности бедра через область локализации гематомы. «Хвосты» обеих полосок должны взаимоперекрещиваться на передней поверхности бедра.

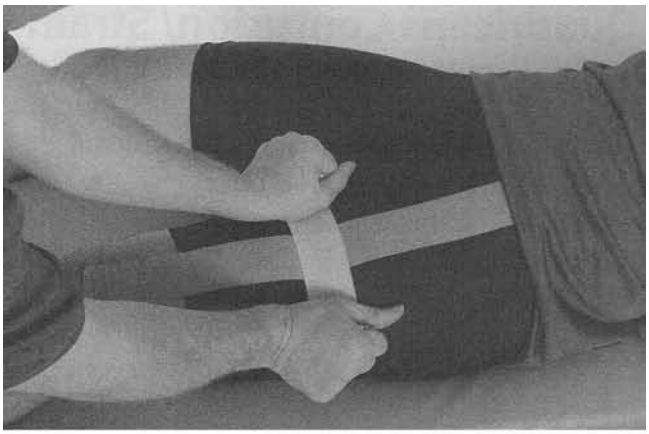


Подострая фаза.
Выполняется кинезиотейпинг прямой мышцы бедра i-образной полоской, которая наклеивается непосредственно на эпицентр боли. Один из концов полоски наклеивается над передней верхней остью подвздошной кости (возможно, и ниже в зависимости от места повреждения). При использовании Y-образной полоски оклеивают область повреждения ее «хвостами».

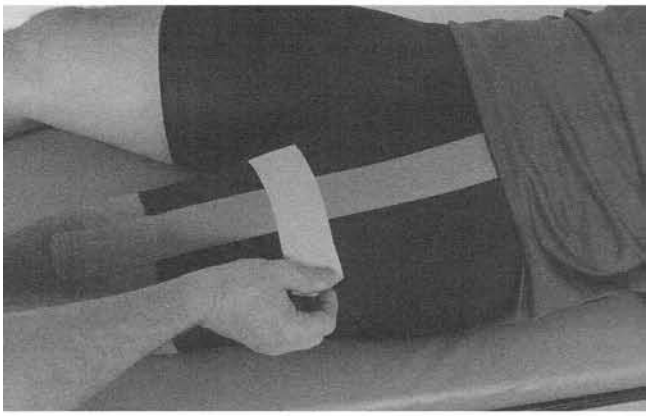


Нога в положении разгибания в тазобедренном суставе. Наклейте верхний конец i-образной полоски без натяжения. Создайте 15-25% натяжение, по мере приближения аппликации к гематоме, увеличьте натяжение до 25-50%, используя технику послабляющей коррекции над областью боли. После прохождения аппликации области боли, снизьте натяжение на пластыре до легкого. Последние 2-3 дюйма полоски наклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

ВАРИАНТ 1: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

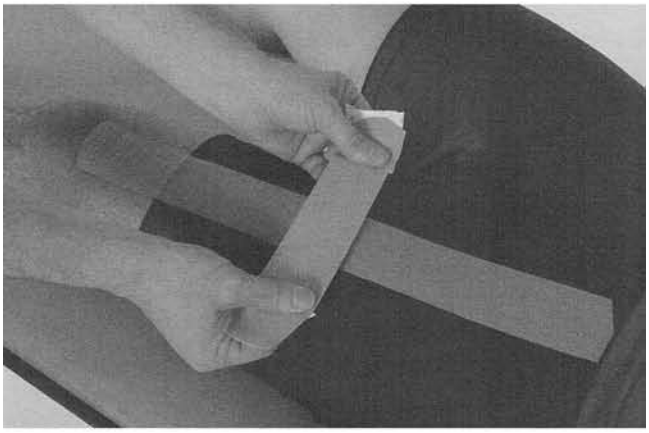


i-образная полоска наклеивается непосредственно на поврежденную область. Это обеспечивает дополнительную проприоцептивную стимуляцию, сходную с таковой при надевании неопреновой повязки. Подробнее: см. механическая коррекция (стр.22).



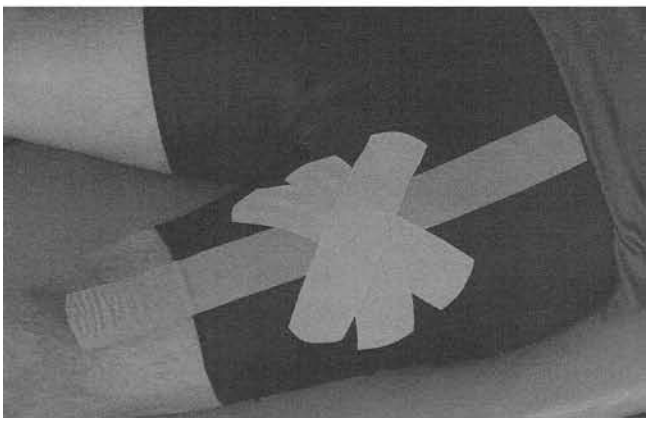
Сначала надорвите бумажное основание посередине 6-8-дюймовой полоски. Создайте на среднем участке полоски натяжение от 50 до 75% и наклейте его с давлением кнутри на зону поражения. Концы полоски наклейте без натяжения, Убедитесь в прочности приклеивания пластыря. Иногда целесообразно наклеить 2-3 полоски для механической коррекции.

ВАРИАНТ 2: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ. I-ОБРАЗНАЯ ПОЛОСКА ДЛЯ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ НАКЛЕИВАЕТСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО НА ЗОНУ ПОРАЖЕНИЯ.



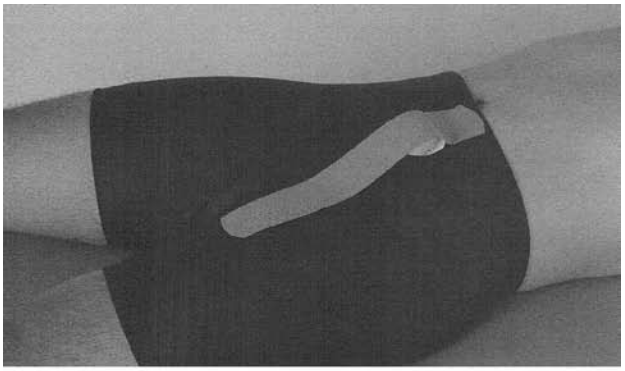
Это позволит уменьшить отек и предотвратить формирование гематомы. Сначала надорвите по центру бумажное основание посередине 6-8-дюймовой i-образной полоски, отслоите его в области средней трети, создайте на ней 25% натяжение и наклейте без давления кнутри.

Уложите концы i-образной плоски и наклейте их без натяжения. Убедитесь в надежности фиксации пластыря. Специалист может принять решение о наклеивании 2-3 i-образных полосок с использованием «звездчатой» аппликационной техники на область отека и гематомы.

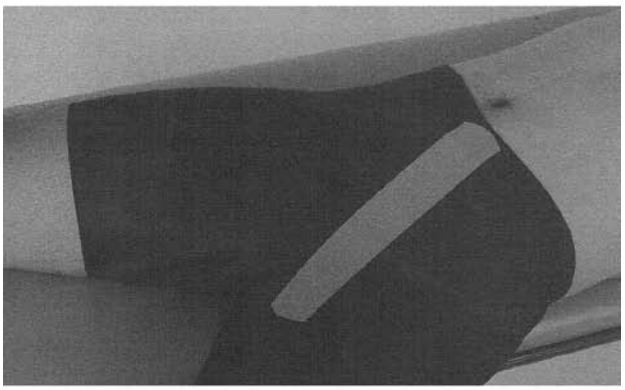


РАСТЯЖЕНИЕ АДДУКТОРОВ БЕДРА

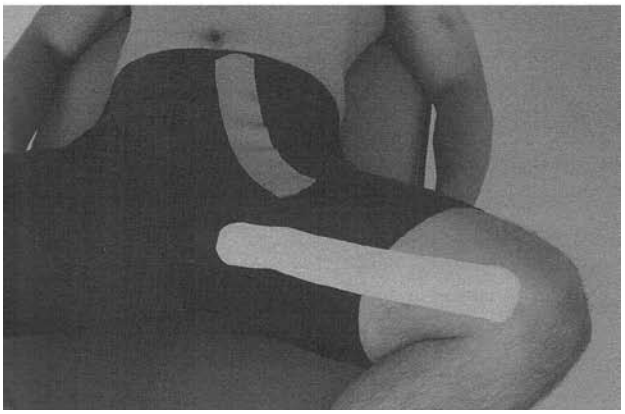
Обычно является результатом прямого перерастяжения этой группы мышц. Могут повреждаться: подвздошно-поясничная, прямая, нежная, гребенчатая, короткая, длинная и большая приводящая мышцы. До выполнения кинезиотейпинга надо выяснить какие мышцы конкретно повреждены. Кинезиотейпинг позволит уменьшить боль и отек и обеспечит стабильность связочного аппарата. В остром периоде растяжения наклеивайте i-образную полоску пластыря непосредственно на область повреждения на 24-72 часа. По прошествии 72 часов, используйте Y-образную полоску, «хвостами» которой оклейте поврежденную группу мышц по периметру.



Кинезиотейпинг подвздошно-поясничной мышцы (большой поясничной, малой поясничной и подвздошной) при помощи i-образной полоски, наклеиваемой непосредственно на область боли.
Наклейте один из концов полоски над пупком (уровень Th XII) если используется Y-образная полоска – оклейте ее «хвостами» область повреждения по периметру.



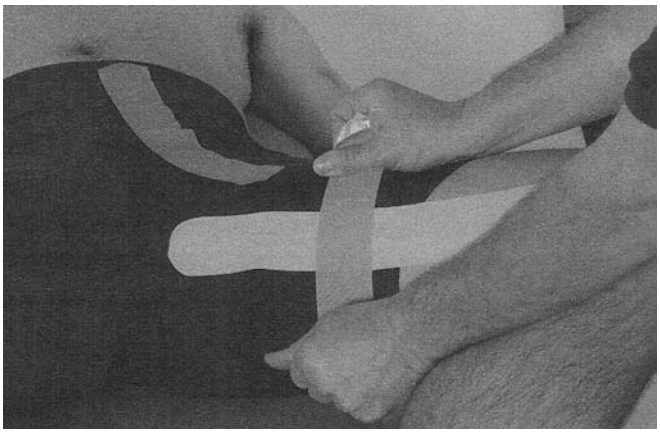
Попросите пациента разогнуть ногу в тазобедренном суставе. Создайте на пластыре 15-25% натяжение. Наклейте i-образную полоску по направлению к малому вертелу бедренной кости. Последние 2-3 дюйма приклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Кинезиотейпинг группы мышц аддукторов бедра (нежной, гребенчатой, короткого, длинного и большого аддукторов) с использованием i-образной полоски, наклеиваемой непосредственно на область боли.
Наклейте один из концов i-образной полоски максимально близко к лобковому симфизу. Полоска наклеивается непосредственно на область боли, при этом бедро должно быть отведено. Натяжение на платыре 15-20%, направление наклеивания – верхняя часть медиального мыщелка бедра. Если специалист в состоянии определить конкретную поврежденную мышцу, он выполняет ее тейпинг.

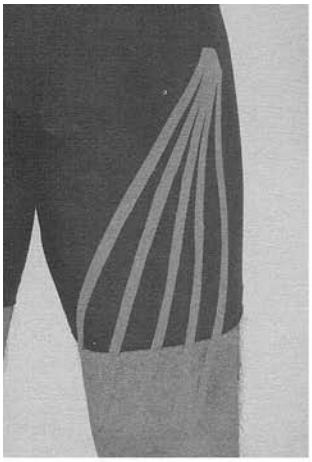
ВАРИАНТ: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ОБЛАСТИ БОЛИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ИЛИ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ

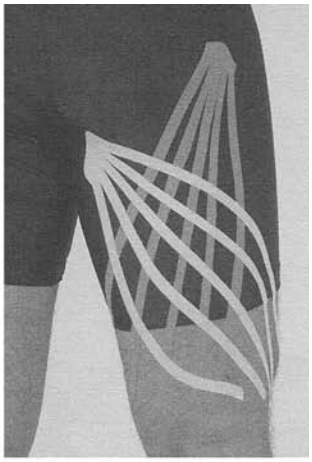
Механическая коррекция обеспечивает проприоцептивную импульсацию, сходную с циркулярной неопреновой повязкой, Послабляющая коррекция уменьшает отечность тканей и предотвращает формирование гематомы.



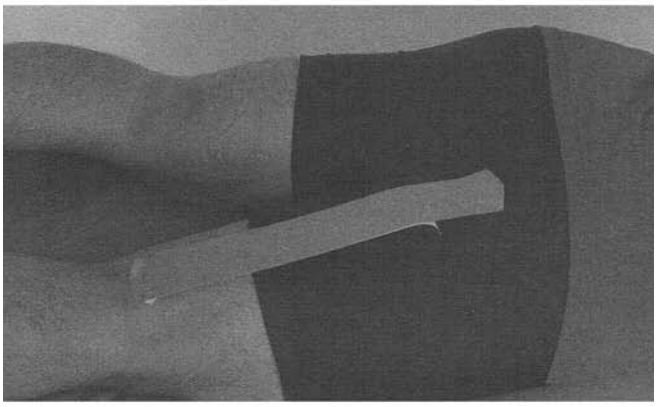
РАСТЯЖЕНИЕ МЫШЦ, ЧЬИ СУХОЖИЛИЯ ОГРАНИЧИВАЮТ С ОБЕИХ СТОРОН ПОДКОЛЕННУЮ ЯМКУ

Это повреждение сухожилий полумембранозной, полусухожильной мышц или бицепса бедра, являющееся одной из частых травм, связанной с «перетягиванием» этой группы более мощной группой квадрицепса бедра либо на фоне перегрузки. Во многих случаях подобные растяжения становятся хроническими. Выполняя кинезиотейпинг, специалист должен постараться идентифицировать поврежденную мышцу, так как весьма целесообразно воздействовать на нее с использованием механической или послабляющей коррекцией непосредственно. В острой фазе используйте тейпинг i-образными полосками, наклеиваемыми непосредственно на зону повреждения. По прошествии 72 часов используйте Y-образные полоски, оклеивая их «хвостами» зону повреждения по периметру.

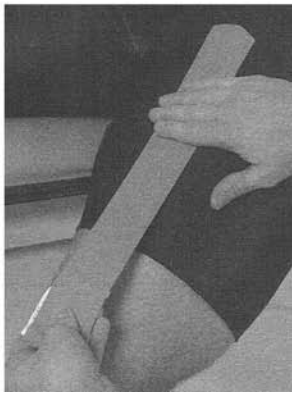




Используйте лимфатическую коррекцию, чтобы уменьшить гематомообразование. Используйте 2 полоски, Основание первой из них наклеивается медиальнее бугристости седалищной кости, а «хвосты» пересекают латеральный край задней поверхности бедра или область возможной локализации гематомы. Основание второй полоски наклеивается латеральнее бугристости седалищной кости, а «хвосты» пересекают медиальную часть бедра в проекции возможной лекализации гематомы. «хвосты» наклеиваются с 25% натяжением и взаимно пересекаются на задней поверхности бедра.

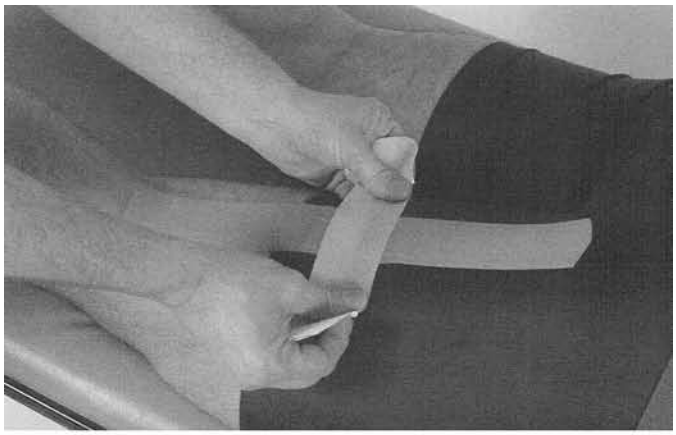


Кинезиотейпинг мышц, чьи сухожилия ограничивают с обеих сторон подколенную ямку с использованием i-образной полоски, наклеиваемой непосредственно на область боли. Начните с наклеивания одного из концов полоски максимально близко к началу этой группы мышц без натяжений. При использовании Y-образной полоски, оклейте ее «хвостами» область повреждения по периметру.



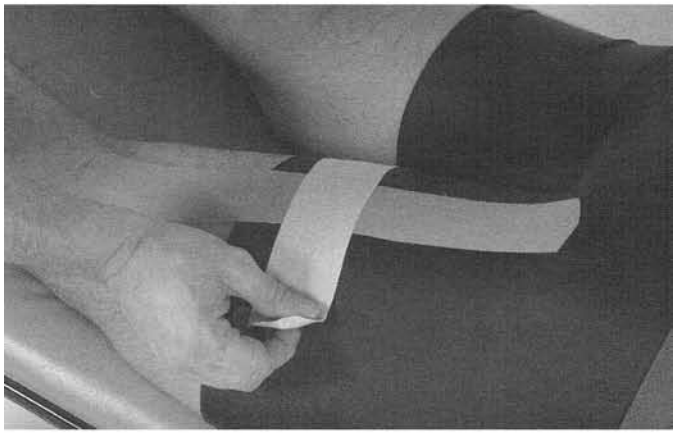
Попросите пациента согнуть бедро, чтобы указанные мышцы перешли в натянутое состояние. Если объем движений значительно ограничен, это придется компенсировать дополнительным натяжением пластыря. Создайте на полоске 25% натяжение, когда аппликация подойдет к границе зоны повреждения – увеличьте натяжение до 50%, это обеспечит больший послабляющий эффект для уменьшения отека. По прохождении зоны повреждения снова снизьте натяжение пластыря до 25%, Последние 2-3 дюйма полоски наклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

Кинезиотейпинг с использованием техники механической коррекции. i-образная полоска пластыря наклеивается с использованием техники механической коррекции непосредственно на область повреждения. Это обеспечивает проприоцептивную стимуляцию, сравнимую с неопреновой циркулярной повязкой (чулком). Подробнее см. механическая коррекция (стр. 22).



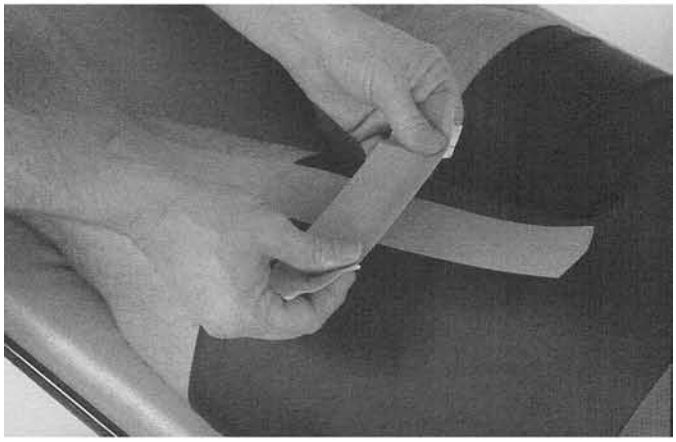
Сначала надорвите посередине бумажное основание i-образной полоски и отслоите его в средней трети полоски,создайте на ней 50-75% натяжение и с давлением кнутри наклейте на место повреждения.

Концы полоски наклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

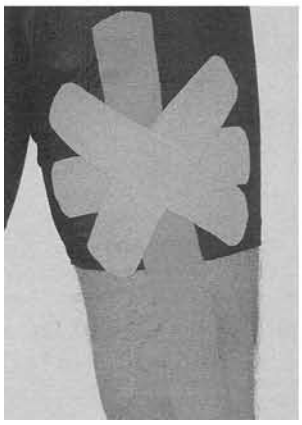


ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ

i-образная полоска для послабляющей коррекции наклеивается непосредственно на зону повреждения. Это обеспечивает уменьшение отека и предотвращает формирование гематомы.
Начните с надрывания бумажной основы пластыря посередине i-образной полоски, подверните его на протяжении средней трети, создавая на этой участке 25% натяжение и наклейте непосредственно на зону повреждения. Концы полоски приклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

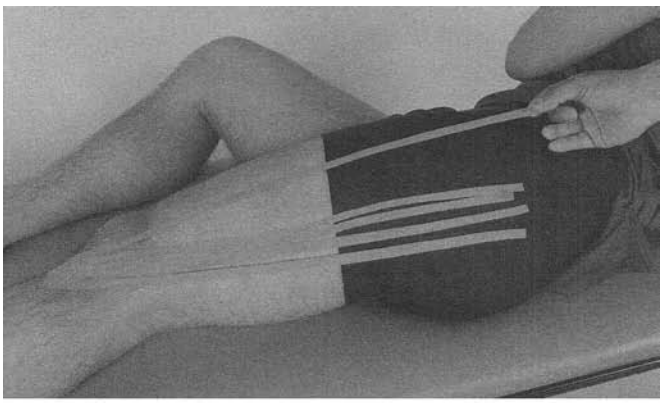


Вид законченного кинезиотейпинга при растяжении мышц, чьи сухожилия формируют края подколенной ямки.
Если для послабляющей коррекции используется одна полоска, то создаваемое на ней натяжение при аппликации должно быть 50%.

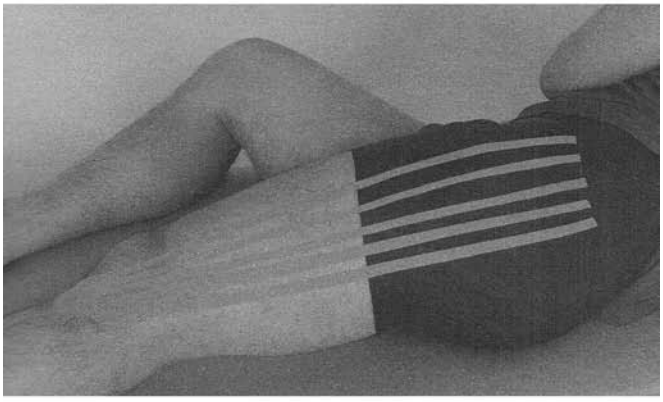


ВОСПАЛЕНИЕ ИЛИОТИБИАЛЬНОГО ТРАКТА

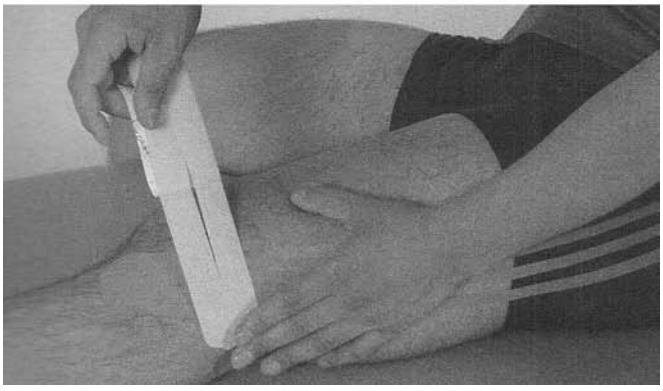
Обычно возникает в месте, где он пересекает латеральный мыщелок бедра или в месте его прикрепления к большеберцовой кости. Наиболее часто встречается у бегунов, велосипедистов. Нога при этом приходит в состояние вынужденной пронации и варусной деформации.
Кинезиотейпинг ограничивает воспалительную реакцию и уменьшает натяжение илиотибиального тракта посредством использования мышечного тейпинга, сухожильной, послабляющей и механической коррекции.



Илиотибиальный тракт одним из концов крепится к мышце, напрягающей широкую фасцию бедра. Его повреждение чаще результат повышенного натяжения. На фото: показано направление тейпинга от места прикрепления к началу (хотя возможно и обратное направление тейпинга). Начните с определения необходимой длины полоски. Приклейте основание веерообразной полоски ниже места прикрепления илиотибиального тракта. Лимфатическая коррекция ограничит воспалительную реакцию и натяжение, создаваемое мышцей, натягивающей широкую фасцию бедра.

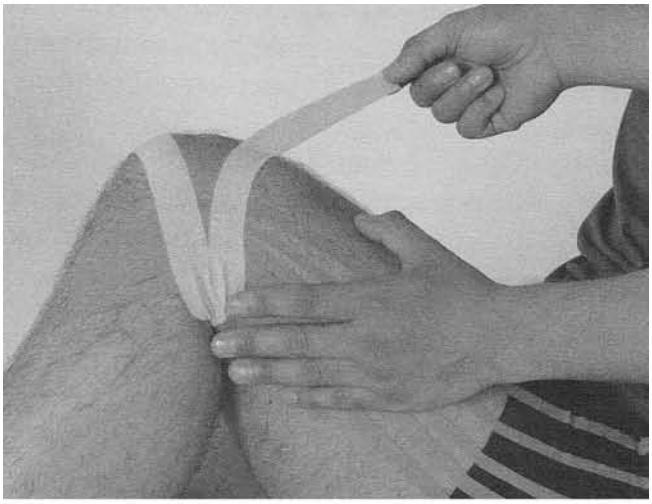


ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ С НАТЯЖЕНИЕМ НА «ХВОСТАХ» Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ

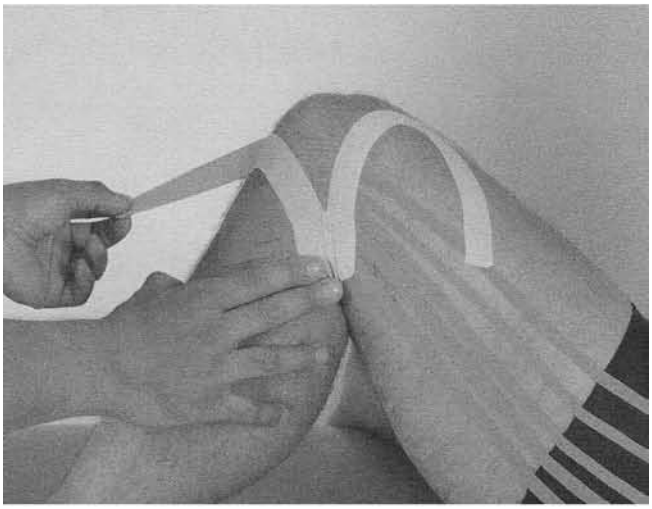


Специалист может также прибегнуть к фасциальной или послабляющей коррекции.
Механическая коррекция призвана ограничить движение илиотибиального тракта в области над латеральным мыщелком бедра. Подробнее: см. механическая коррекция (стр. 22).
Начните с приклеивания основания Y-образной полоски кзади и книзу от латерального мыщелка бедра. При правильном наклеивании начало прорези в полоске приходится на эпицентр боли.

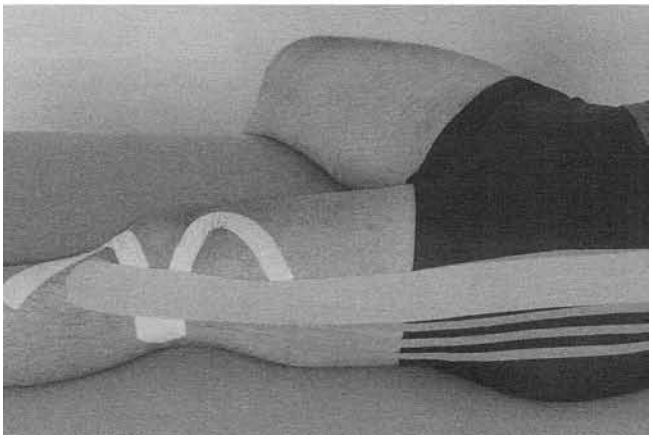
Нога разогнута в коленном суставе. Одной рукой фиксируйте наклеенное основание полоски. Согните ногу в колене наполовину, создайте на «хвостах» полоски 50-75% натяжение. Верхний «хвост» наклеивается выше эпицентра боли. За местом пересечения им илиотибиального тракта, наклейте его U-образно, причем последний дюйм – без натяжения.

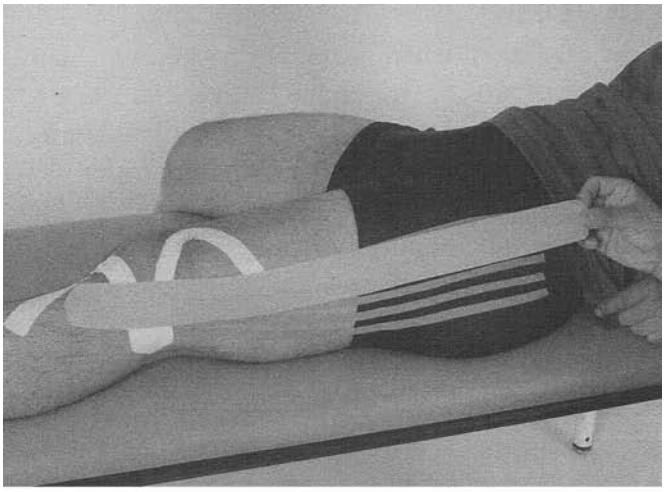


Нижний «хвост» наклеивается ниже эпицентра боли. За местом пересечения им илиотибиального тракта, наклейте его на U-образно, причем последний дюйм без натяжения. Цель аппликации – предотвратить смещение илиотибиального тракта кзади от латерального мыщелка бедра при сгибании ноги в коленном суставе.

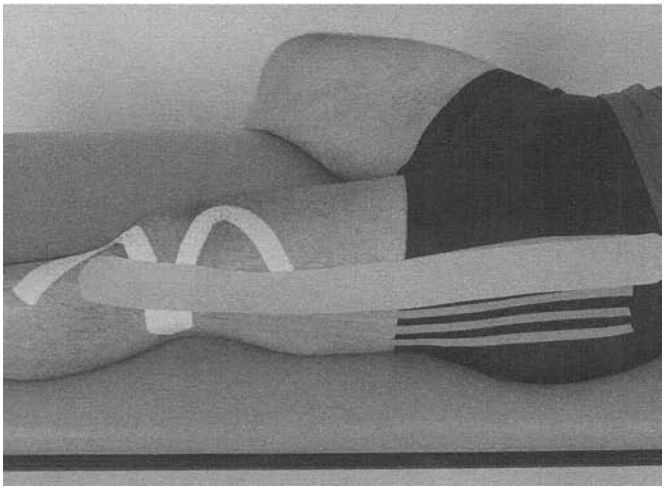


Вид законченной аппликации при растяжении илиотибиального тракта.





Аппликация i-образной полоски вдоль илиотибиального тракта и мышцы, натягивающей широкую фасцию бедра. Регионарное натяжение этой полоски может варьировать от послабляющей коррекции в зоне послабления, сухожильной коррекции над зоной сухожильных влагалищ,, или еще более выраженного натяжения над мышцей, натягивающей широкую фасцию бедра. Начните с определения необходимой длины полоски. Приклейте конец полоски ниже места прикрепления илиотибиального тракта без натяжения. Придайте пациенту положение, в котором ткани в области предстоящего тейпинга максимально натянуты. Создайте нужную степень натяжения на пластыре перед аппликацией.

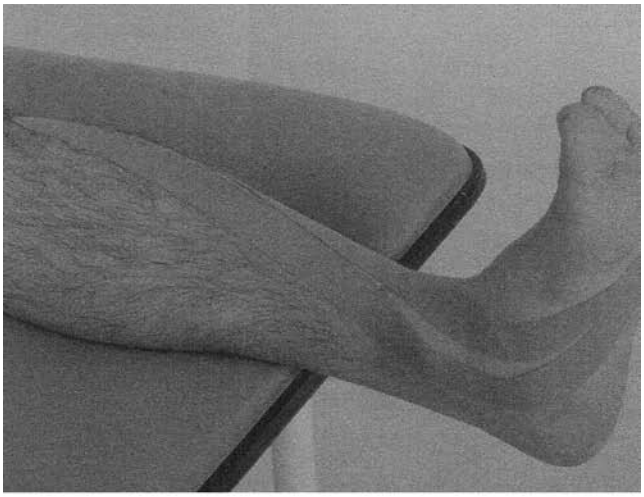


Вид законченного кинезиотейпинга при растяжении илиотибиального тракта.

МЕДИАЛЬНЫЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫЙ СИНДРОМ (МБС).

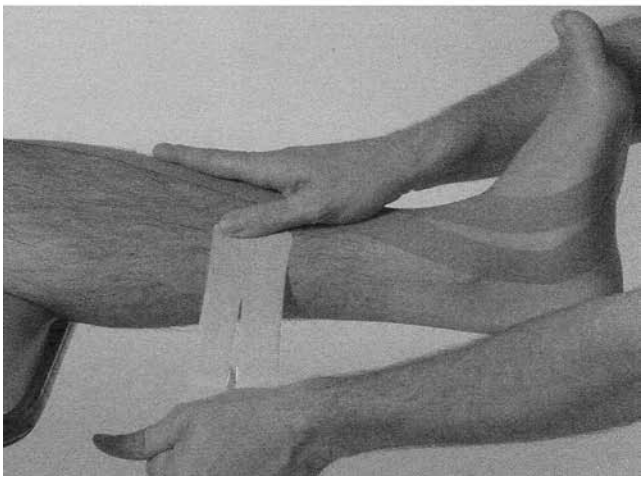
Причина этого состояния не всегда очевидна. Вероятно причиной являются повторяющиеся травмы медиальной поверхности нижней трети голени. Перед началом лечения необходимо определиться с причиной этого состояния. Кинезиотейпинг может включать тейпинг мышц, сводов и послабляющую коррекцию. Ниже представлены способы тейпинга передней большеберцовой мышцы и два способа послабляющей коррекции по медиальной поверхности большеберцовой кости.

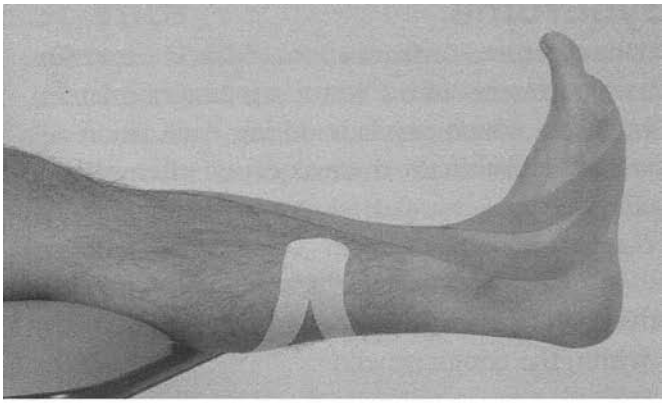
Кинезиотейпинг передней большеберцовой мышцы. Последняя обычно вовлекается в процесс, ввиду того, что ее функцией являются подошвенное сгибание и подворачивание стопы. Если медиальный продольный свод стопы не обеспечивает адекватного рассеивания нагрузки при приземлении или подпрыгивании, в компесаторную реакцию (а затем и в повреждение) включается передняя большеберцовая мышца.



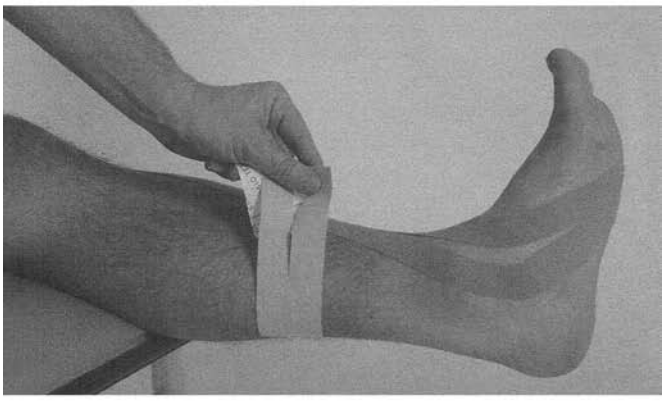
ВАРИАНТ 1: ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ

Выполнение послабляющей коррекции по медиальному краю бельшеберцовой кости. При использовании этой методики кожа смещается от внутренней поверхности большеберцовой кости. Начните с наклеивания основания Y-образной полоски книзу от эпицентра боли, фиксируйте его одной рукой, создайте на пластыре 25-50% натяжение, как бы оттягивая кожу от медиального края большеберцовой кости.



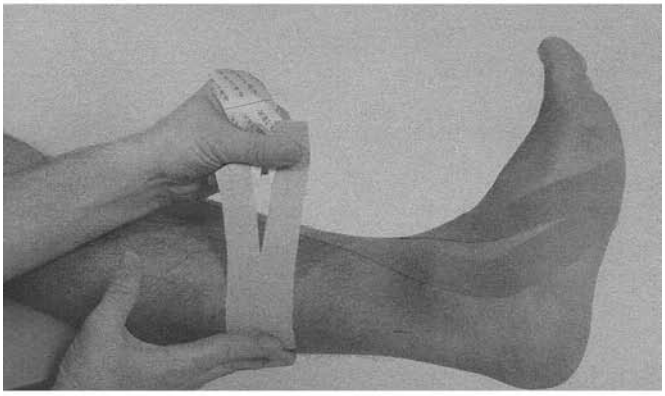


Когда натяжение дойдет до начала прорези в полоске, скользящим движением руки, фиксировавшей приклеенное начало основания, приклейте его до конца. Попросите пациента выполнить тыльное сгибание и наклейте «хвосты» Y-образной полоски без натяжения под углом друг к другу.
Y-образные полоски трехдюймовой ширины более эффективны у крупных пациентов.

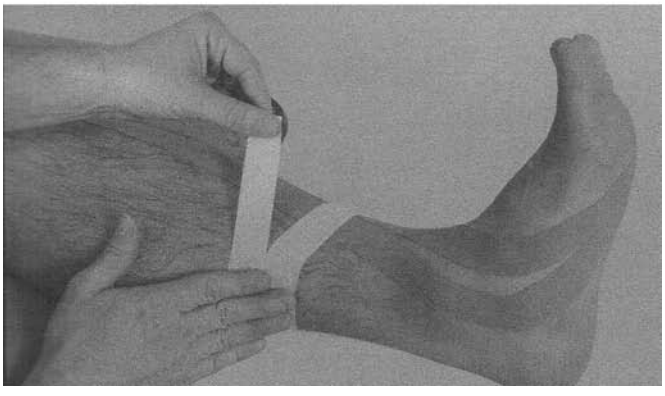


ВАРИАНТ 2: ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ

При использовании этой методики кожа тянется по направлению к медиальному краю большеберцовой кости. Y-образные полоски могут использоваться как с натяжением на основании, так и на «хвостах». Подробнее: см. послабляющая коррекция (стр. 29).
Y-образные полоски трехдюймовой ширины более эффективны у крупных пациентов.



Начните с наклеивания основания Y-образной полоски ниже эпицентра боли. Создайте 25-50% натяжение на «хвостах» по мере оклеивания ими области боли. Последний дюйм каждого из «хвостов» наклеивается без натяжения.

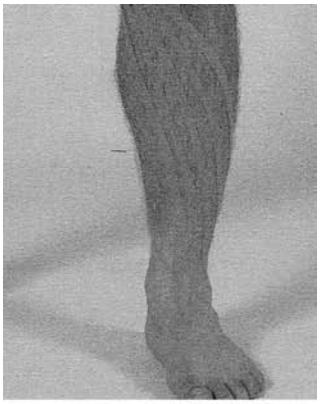


«Хвосты» наклеиваются под углом друг к другу для рассеивания тяги на коже.

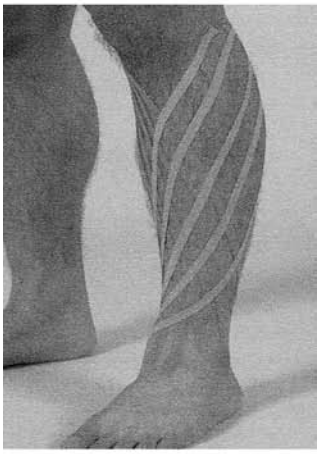
СИНДРОМ ГЕМАТОМЫ ПЕРЕДНЕГО КОМПАРТМЕНТА

Голень состоит из четырех компартментов (переднего, латерального, заднего поверхностного и глубокого), ограниченных друг от друга листками фасций, и расширяющихся во время физической нагрузки. Каждый из компартнментов содержит мышцы, артерии, вены и нервные стволы. В результате травмы с последующим кровоизлиянием повышается давление внутри компартмента, что ухудшает микроциркуляцию в нем с передачей этого давления на нервные стволы. Давление внутри компартмента может повышаться и в связи с утратой фасциальной его оболочкой эластичных свойств. Хронический синдром компартмента, связанный с физической нагрузкой, лечится снижением давления внутри его.

Сцелью уменьшения давления внутри компартмента используется техника лимфатической коррекции. Основание первой веерообразной полоски наклеивается на медиальную поверхность коленного сустава чуть выше его суставной линии. «Хвосты» наклеиваются с 25% натяжением.



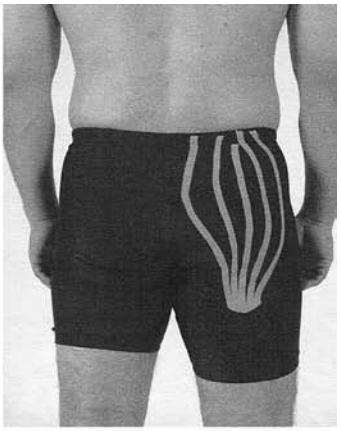
Основание второй веерообразной полоски наклеивается в месте прикрепления ахиллова сухожилия. «Хвосты» наклеиваются с 25% натяжением ,пересекая «хвосты» предыдущей полоски.



На фоне образования гаматомы часто необходима послабляющая коррекция. При наложении i-образной полоски (на фото) непосредственно на область гематомы создаются предпосылки для снижения тканевого давления.
Надорвите бумажное основание i-образной полоски посередине и создайте 25% натяжение в средней части полоски. Приклейте этот участок непосредственно над гематомой. Концы полосок наклейте без натяжения. Иногда необходимо наклеить 2 или 3 i-образные полоски.

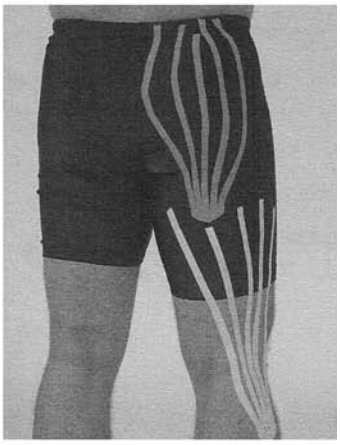
ИШИАС

Представляет собой воспаление седалищного нерва ,который может вовлекаться в процесс как первично, так и вследствии наличия грыжи межпозвоночного диска, либо сужения отверстия над грушевидной мышцей.
Кинезиотейпинг позволит ограничить воспалительную реакцию, отёк, облегчит парастезии. Техника лимфатической коррекции позволит уменьшить отёк.
Кинезиотейпинг седалищного нерва нужно выполнить по всей длине.
Ниже показаны два варианта кинезиотейпинга.
1) использование «звёздчатой техники послабляющей коррекции для оптимизации лимфодренажа.
2) кинезиотейпинг грушевидной мышцы(см.миофасциальные боли в пояснице)

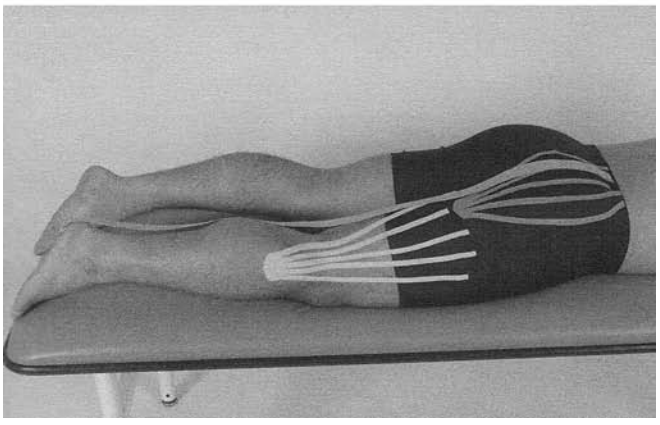


АППЛИКАЦИЯ ВЕЕРООБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ ДЛЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Наклейте основание первой полоски кнутри от бугристости седалищной кости.
Максимально согните ногу пациента в тазобедренном суставе. Наклейте «хвосты»» с 25% натяжением через область боли в направлении крестцово-подвздошного сустава.
Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

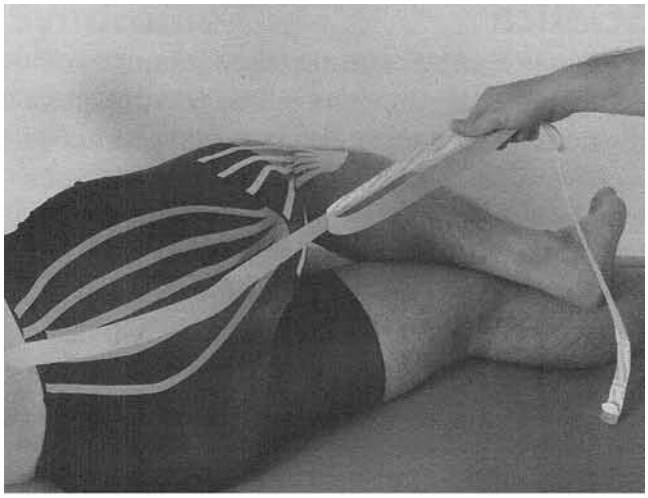


Основание второй веерообразной полоски наклеивается ниже подколенной ямки. Нога максимально сгибается и «хвосты» наклеиваются с 25% натяжением через область боли, не доходя до основания первой полоски.
Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

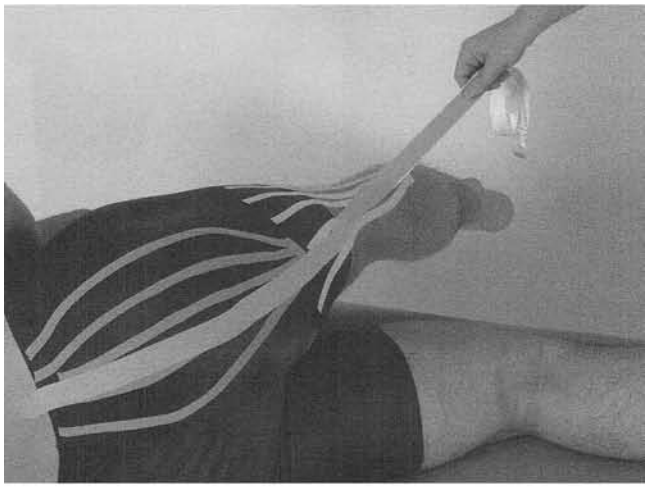


Тейпинг седалищного нерва может выполняться как от бедра к ступне, так и наоборот. Важно, чтоб перед выполнением этого тейпинга, каждый подлежащий тейпингу сегмент мягких тканей перед наклеиванием пластыря приводился в натянутое состояние.
Длина полоски равна расстоянию от задне-верхней ости подвздошной кости до конца зоны парестезии, при этом нога должна находиться в физиологическом положении. Приклейте первые два дюйма i-образной полоски шириной в один дюйм в проекции задне-верхней ости подвздошной кости.
Полоска наклеивается вплоть до самого удалённого участка иррадиации боли.

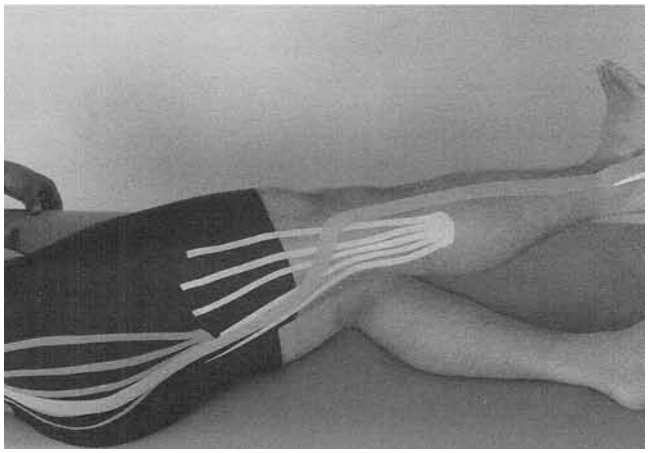
Нога согнута в тазобедренном суставе, туловище наклонено кпереди. Наклейте i-образную полоску с 25% натяжением посередине задней поверхности бедра (в проекции парестезии)



Не меняя положения попросите пациента разогнуть колено. Продолжайте наклеивать полоску с 25% натяжением в проекции иррадиации боли.

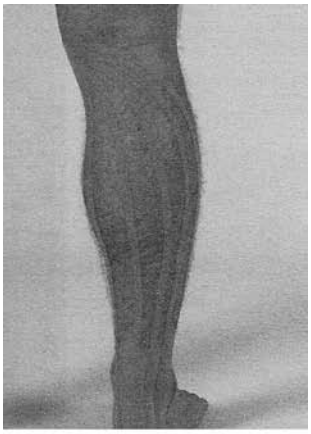


Сохраняя ногу согнутой в тазобедренном суставе и разогнутой в коленном, попросите пациента выполнить тыльное сгибание стопы с внутренней ротацией. Продолжайте аппликацию с 25% натяжением в проекции иррадиации боли. Последние 2-3 дюйма наклейте без натяжения.

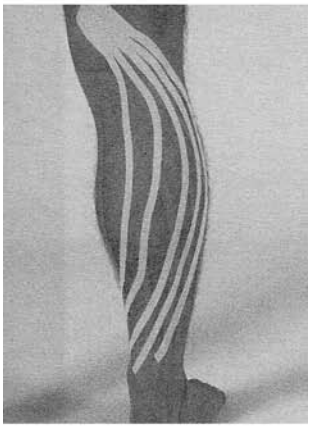


ЛИМФЕДЕМА ГОЛЕНИ

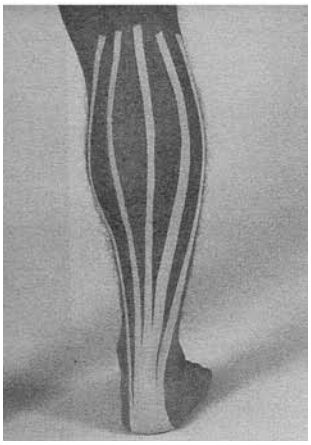
Может являться острым и хроническим состоянием. В остром случае нормально функционирующая лимфатическая система не справляется с дренажём тканевой жидкости из-за большого её количества. В хронических ситуациях – из-за дисфункции лимфатической системы невозможен дренаж обычного объёма жидкости.
Кинезиотейпинг с использованием техники лимфатической коррекции позволит уменьшить отёк. Специалист должен определить место дисфункции лимфатической системы и перенаправить тканевую жидкость к функционально состоятельным коллекторам.
Кинезиотейпинг используется с осторожностью при: сахарном диабете, заболевании почек, застойной сердечной недостаточности, заболеваниях щитовидной железы, осложнённом течении беременности и тромбозе глубоких вен голеней.



Начните с приклеевания основания веерообразной полоски на задне-медиальной поверхности коленного сустава без натяжения. Будьте осторожны с наклеиванием «хвостов» в подколенной ямке – возможно раздражение кожи. «Хвосты» наклеиваются с 25% натяжением, нога разогнута в колене, стопа в положении сгибания,на область отёка, причём последнии 1-2 дюйма без натяжения.



Основание второй веерообразной полоски наклеивается или выше или ниже первого, по задне-медиальной или задне-латеральной поверхности коленного сустава.
«Хвосты» наклеиваются в направлении книзу и должны пересекаться над областью отёка с «хвостами» первой веерообразной полоски.(наклеивание «хвостов» второй веерообразной полоски так же выполняется на ноге, разогнутой в коленном суставе, и стопе,в положении тыльного сгибания.)
Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Вариант: Аппликация третьей веерообразной полоски.
Если решено воспользоваться этим вариантом аппликации, то третья полоска должна наклеиваться первой. Основание её клеится ниже места прикрепления ахиллова сухожилия на пяточную кость. «Хвосты» клеятся кверху. Нога разогнута в коленном суставе, стопа – в положении тыльного сгибания.
Убедитесь в надёжности фиксации пластыря.

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ И ГОЛЕНЬ

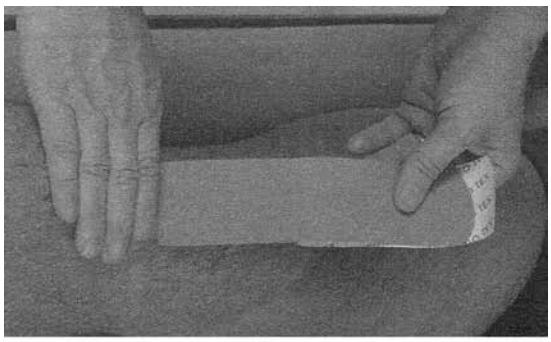
РАЗДЕЛ 8

ТЕНДИНИТ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА

Ниже предложена техника кинезиотейпинга этого состояния i-образной полоской, наклеивающейся от бугристости большеберцовой кости через надколенник. Важно не допустить создания давления кнутри в области надколенника при этой аппликации. Не исключено, что понадобится комбинировать кинезиотейпинг с традиционными видами терапии. Выбор оптимального метода лечения – компетенция специалиста.

Начните с наклеивания и фиксации одной рукой конца i-образной полоски ниже бугристости большеберцовой кости.

ВАРИАНТ 1: СВЯЗОЧНАЯ (СУХОЖИЛЬНАЯ) КОРРЕКЦИЯ



Нога согнута в коленном суставе на 30°. Создайте на полоске 50-75% натяжения на участке от бугристости большеберцовой кости до нижнего полюса надколенника. Скользящим движением руки, фиксировавшей наклеенный конец полоски, приклейте её до нижнего полюса надколенника. Согните ногу в коленном суставе. Создайте 10-15% натяжение на участке полоски от нижнего полюса надколенника до точки в 2-х дюймах до её конца. Наклейте конец полоски без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до разгибания ноги в коленном суставе.

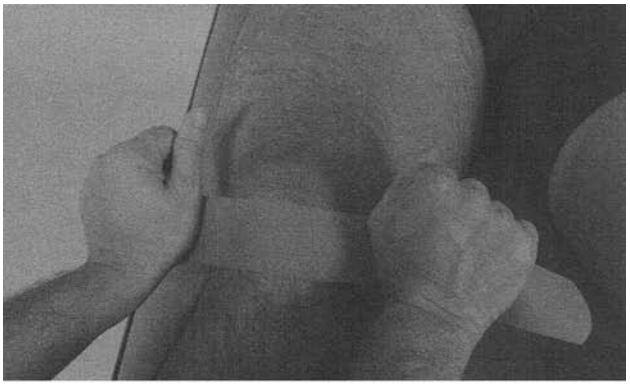
ВАРИАНТ 2: ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ

Нога в положении максимальной флексии в коленном суставе. Наклейте среднюю часть i-образной полоски с 25% натяжением поверх надколенника. Наклейте по 2 дюйма с каждого конца без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

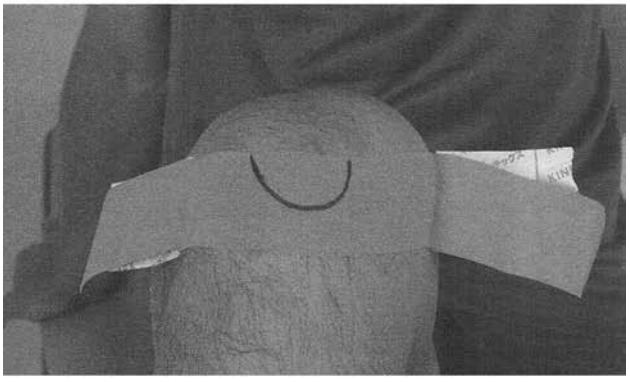
Когда пациент разогнёт ногу в коленном суставе на поверхности пластыря появится характерная волнистость. Если последняя выражена недостаточно – полоска наклеена с избыточным натяжением.

ТЕНДИНИТ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА (ИСПОЛЬЗОВАНИЕ U-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ)

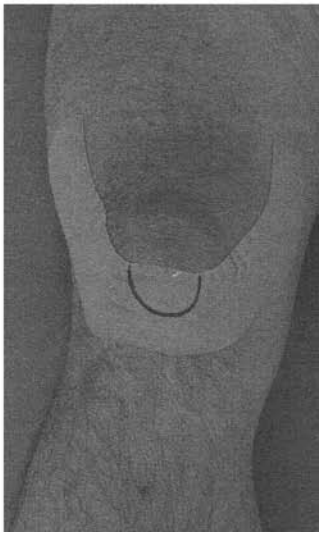
U-образная полоска наклеивается под надколенником и вокруг него. Цель аппликации – создание давления кнутри на нижний полюс надколенника, чтобы несколько накренить его. Такое изменение пространственных анатомических соотношений уменьшает давление на нижний полюс надколенника, ограничивает воспалительную реакцию и боль. Выраженность оказываемого аппликацией давления кнутри – вопрос компетенции специалиста. Обучаясь , необходимо начинать с меньших давлений. Эта методика может использоваться для нижнего полюса надколенника («колено прыгуна») или тендинита бугристости большеберцовой кости. Она может так же оказаться эффективной при синдроме Остгуда – Шляттера или Ларсена – Йохансона.



Надорвите бумажное основание на 6-8 дюймовой i-образной полоске посередине. Наклейте середину полоски на 1/3-1/2 ее ширины на нижний полюс надколенника. Создайте 50% натяжение и давление кнутри, свойственные механической коррекции, на средней трети полоски. В момент аппликации «толкайте» надколенник внутрь и книзу, как бы накреняя его.
Подробнее: см. механическая коррекция (стр. 22).



Согните колено. Во время сгибания пациентом колена, наклейте концы i-образной полоски с 25% натяжением вокруг надколенника.



Концы полоски наклеиваются без натяжения. Убедитесь в надежности фиксации пластыря до разгибания ноги в коленном суставе.

ТЕНДИНИТ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА: ВЕРХНИЙ И НИЖНИЙ ПОЛЮСА

Это состояние является следствием перенапряжения мышц группы квадрицепса. Надколенник в механическом смысле является рычагом, увеличивающим силу квадрицепса. Ниже приведены три примера тейпинга в случае тендинита связки надколенника. Выбор методики лечения – компетенция специалиста.

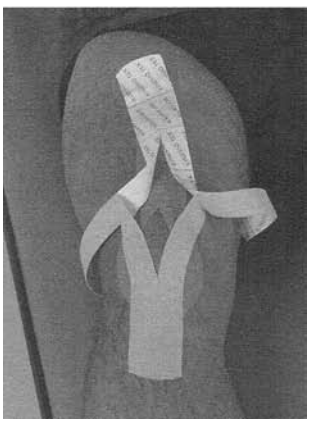
ТЕНДИНИТ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ СВЕРХУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКИ

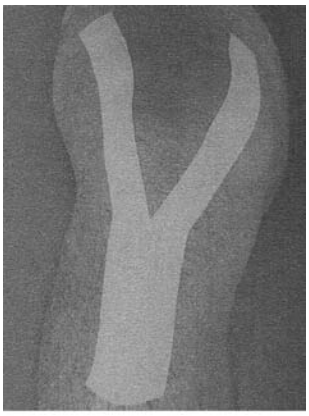
Это по сути модифицированный тейпинг квадрицепса, просто место начала прорези в полоске приходится на верхний полюс надколенника, а не на место слияния медиального и латерального брюшек квадрицепса. Начните с наклеивания основания полоски в средней трети бедра. Согните бедро пациента. Создайте 25% натяжение на полоске до тех пор, пока начало прорези в ней не придется на верхний полюс надколенника. Наклейте эту часть полоски и убедитесь в прочности фиксации пластыря.

Попросите пациента максимально согнуть ногу в коленном суставе. Наклейте «хвосты» полоски по медиальному и латеральному краю надколенника с 25% натяжением. Концы «хвостов» фиксируются в области бугристости большеберцовой кости. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

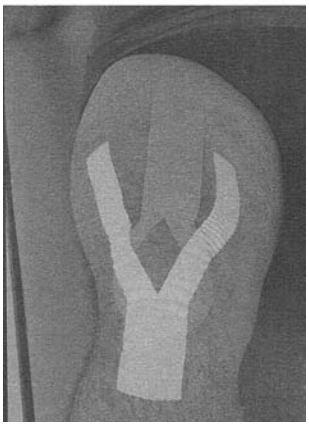
ТЕНДИНИТ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКОЙ СНИЗУ

Эта аппликация начинается книзу от бугристости большеберцовой кости. Вначале – без натяжения. 25% натяжение на пластыре создается при подходе к нижнему полюсу надколенника.





Нога максимально сгибается в коленном суставе. «Хвосты» полоски наклеиваются по латеральному и медиальному краям надколенника. Концы «хвостов» наклеиваются соответственно в проекциях медиального и латерального брюшек квадрицепса. «Хвосты» наклеиваются с 15-25% натяжением. Методика может быть модифицирована разрезанием «хвостов» надвое и дополнительным тейпингом брюшек квадрицепса.



ТЕНДИНИТ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ДВУМЯ Y-ОБРАЗНЫМИ ПОЛОСКАМИ СНИЗУ И СВЕРХУ

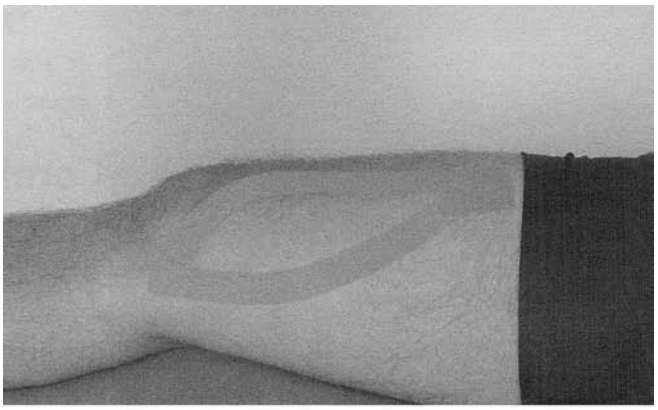
При наличии острого воспалительного процесса в зоне повреждения, специалист может в течение первых 7 дней использовать эту методику тейпинга. В дальнейшем может хватить и одной полоски.

СИНДРОМ ПОДВИЖНОГО НАДКОЛЕННИКА

Это одна из частых проблем в области коленного сустава. Причинных факторов – множество: особенности формы надколенника, варусная или вальгусная деформации, слабость медиального брюшка квадрицепса и т.д. Это состояние является хроническим и дегенеративным по природе. Боль и воспаление заявляют о себе на фоне повышенной физической активности. Выявление конкретных причин – залог эффективной терапии. Кинезиотейпинг способствует уменьшению боли и ограничению воспалительной реакции. Это достигается, прежде всего, использованием механической коррективи.

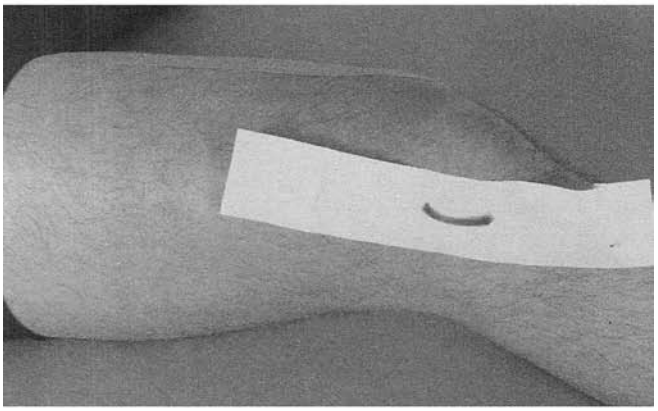
ВАРИАНТ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА МЫШЦ ПРИ ИХ СЛАБОСТИ

Если в результате клинического обследования выявлено, что слабость медиального брюшка квадрицепса является причиной подвижности надколенника и состояние мышц оценивается как переутомление, то используется тейпинг ее от места прикрепления к началу. В случае хронической слабости мышцы или слабости, возникшей после хирургического вмешательства – аппликация выполняется от начала мышцы к месту ее прикрепления.
На фото: аппликация в направлении от начала мышцы к месту ее прикрепления.

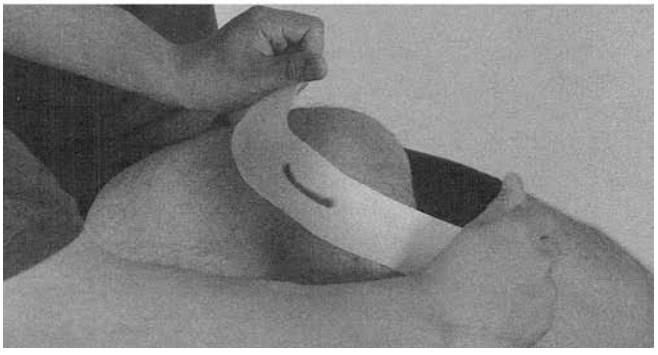


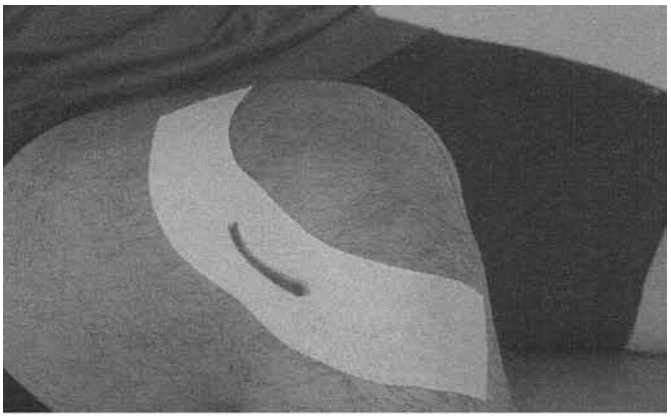
ВАРИАНТ 1: ЛАТЕРАЛЬНОСМЕЩЕННЫЙ НАДКОЛЕННИК: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ I-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКОЙ

Это механическая коррекция. По результатам исследования специалист определяет место аппликации. Нога согнута в коленном суставе под углом 20-30°. Надорвите бумажное основание посередине 6-8-дюймовой i-образной полоски. Удерживая в руках оба конца полоски, выполните механическую коррекцию с 50-70% – натяжением с давлением кнутри по латеральному краю надколенника.

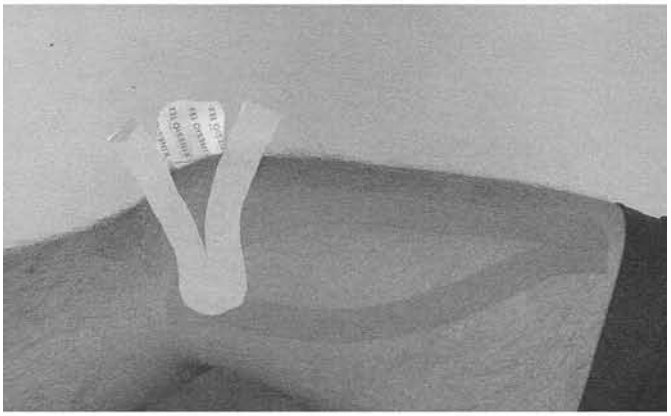


Целесообразно, чтобы во время аппликации пациент сгибал ногу в колене, это делает ее более функциональной. Участок натяжения полоски должен начинаться у верхнего полюса надколенника и заканчиваться у нижнего.





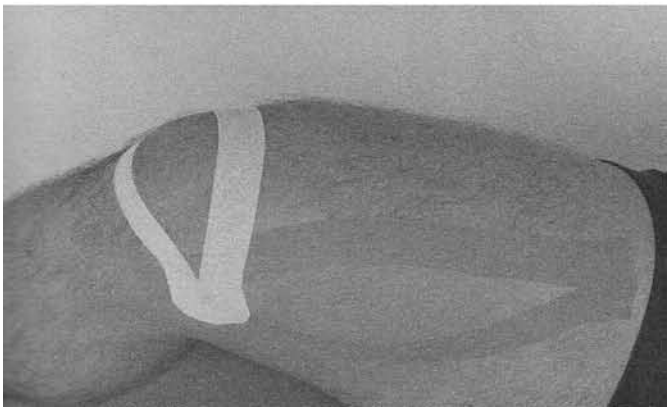
Концы полоски наклейте без натяжения. Если аппликация выполнялась на разогнутой ноге, попросите пациента согнуть ногу перед наклеиванием концов полоски.



ВАРИАНТ 2: ЛАТЕРАЛЬНО СМЕЩЕННЫЙ НАДКОЛЕННИК, КИНЕЗИОТЕЙПИНГ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКОЙ С НАТЯЖЕНИЕМ НА «ХВОСТАХ»

Начните с наклеивания основания Y-образной полоски с медиальной стороны надколенника так, чтобы начало прорези в ней пришлось на его край. Аппликация выполняется без натяжения.

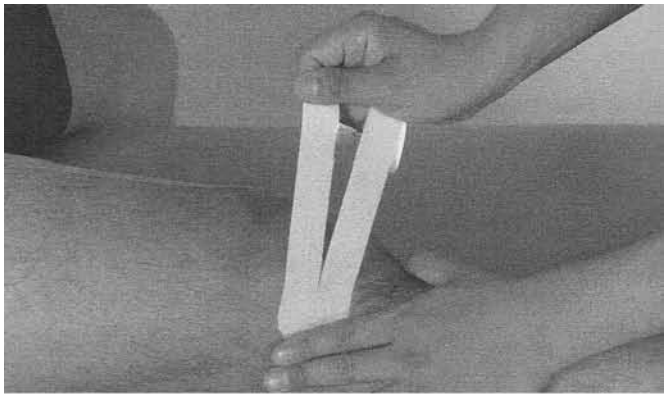
Одной рукой удерживайте наклеенное основание. Один «хвост» с 50% натяжением и давлением кнутри наклеивается вдоль нижнего полюса надколенника, второй – верхняя. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



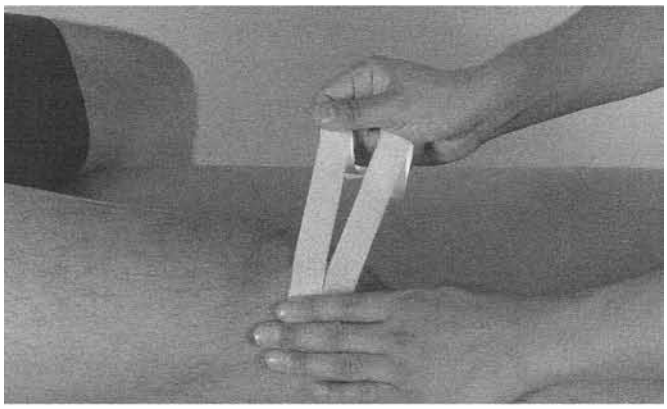
Последний дюйм обоих «хвостов», наклеенных по методике механической коррекции, наклеивается без натяжения. При такой аппликации кожа тянется с латерального края коленного сустава к медиальному.

ВАРИАНТ 3: ЛАТЕРАЛЬНО СМЕЩЕННЫЙ НАДКОЛЕННИК. КИНЕЗИОТЕЙПИНГ Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКОЙ С НАТЯЖЕНИЕМ НА ОСНОВАНИИ

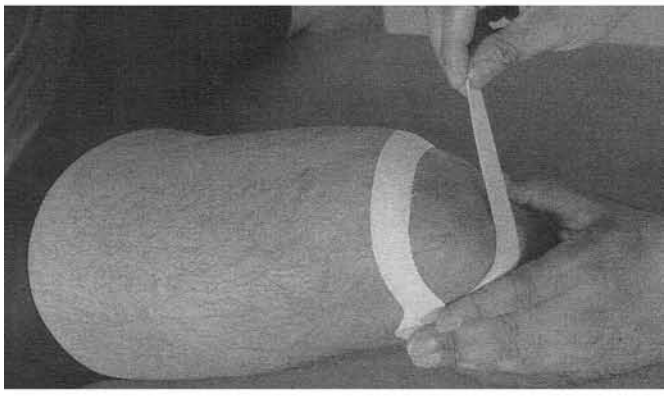
Используя эту методику, специалист может применять как собственно натяжением на основании полоски, так и мануальную репозицию надколенника. Вначале наклейте без натяжения первые два дюйма основания Y-образной полоски. Удерживайте одной рукой наклеенный участок.



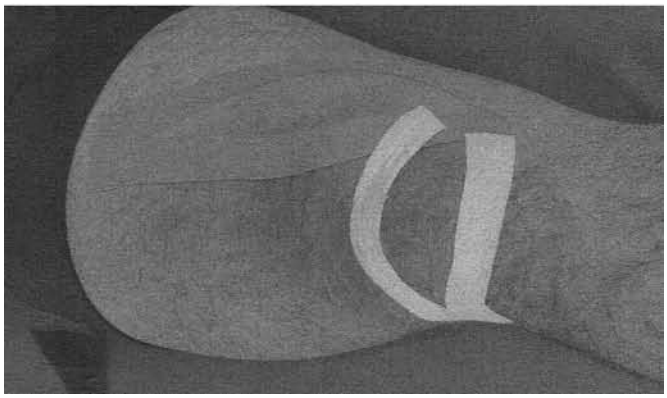
Приложите соответствующее натяжение для создания адекватной проприоцептивной стимуляции: 50% натяжение с давлением кнутри на латеральный край надколенника. Когда натяжение на полоске создано, скользящим движением руки, фиксировавшей наклеенную часть основания, начните приклеивание по ходу полоски вплоть до костного края надколенника, лучше посегментарно.



Сохраняя натяжение на полоске у латерального края надколенника, попросите пациента согнуть ногу в коленном суставе. Приклейте верхний «хвост» по верхнему краю надколенника без натяжения, затем приклейте нижний «хвост» по нижнему краю надколенника также без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря до начала активных движений. Считается, что эта методика предотвращает латеральную дислокацию надколенника.



Вид кинезиотейпинга при синдроме подвижного надколенника.

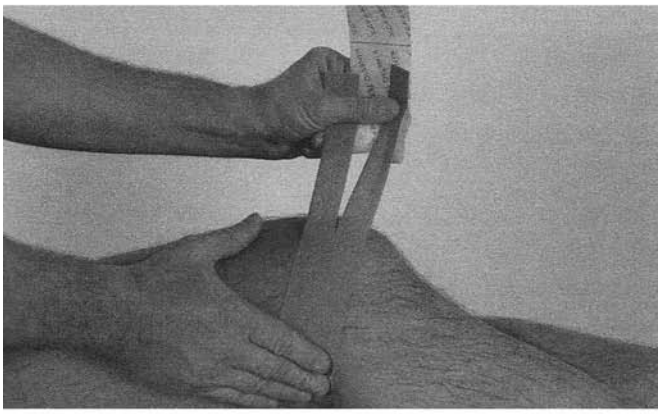


ПОДВЫВИХ НАДКОЛЕННИКА

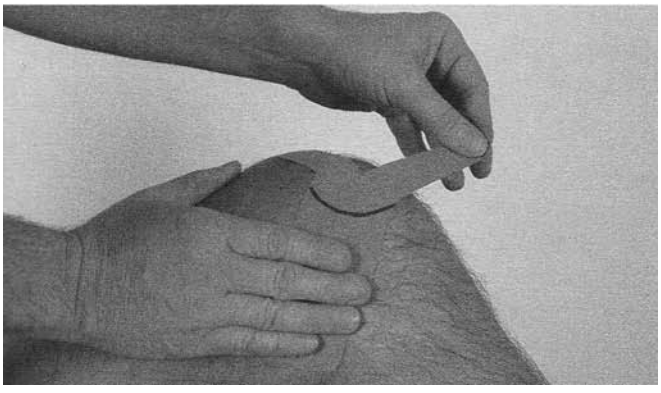
Причиной травмы может стать отрицательное ускорение с ротацией или прямой удар в край надколенника. Единожды случившийся вывих надколенника, предрасполагает к повторным подвывихам.
Кинезиотейпинг уменьшает частоту повторных подвывихов, купируя болевой синдром и ограничивая воспалительную реакцию, создавая проприоцептивную стимуляцию, ограничивающую латеральное смещение надколенника.

ВАРИАНТ 1:

Начните аппликацию с использованием техники механической коррекции по латеральному краю надколенника. Наклейте основание полоски ниже уровня суставной линии. Нога разогнута в коленном суставе. Полоска ориентирована на латеральный край надколенника. Одной рукой удерживайте наклеенное основание полоски.

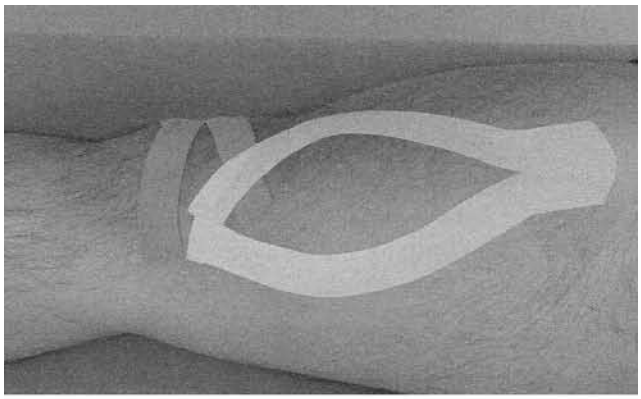


По достижении латерального края надколенника создайте на полоске 50-75% натяжение с давлением кнутри (на надколенник). Центр полоски должен приходиться на край надколенника. Во время наклеивания полоски попросите пациента согнуть ногу в коленном суставе. Возможно наклеивание полоски в положении ноги под нагрузкой (вес тела). Полоска должна заходить за надколенник примерно на 2 дюйма с его латерального края.



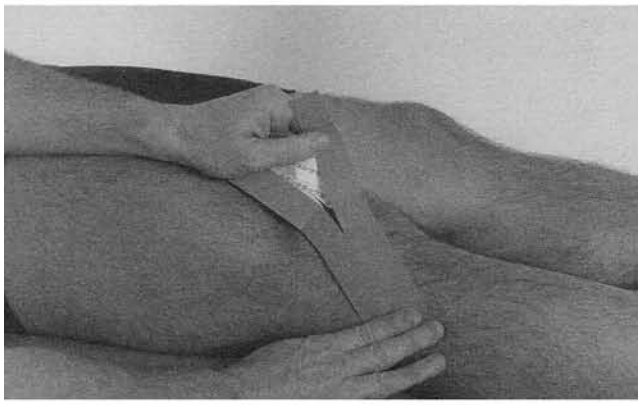
Нога полностью согнута в коленном суставе. Наклейте конец полоски без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

Для активизации мышцы, выполните кинезиотейпинг медиального брюшка квадрицепса. Это выполнимо и i-образной и Y-образной полосками в направлении от начала к месту прикрепления мышцы. Цель – ограничение латерального смещения надколенника за счет мышечной тяги медиальной группы мышц квадрицепса.

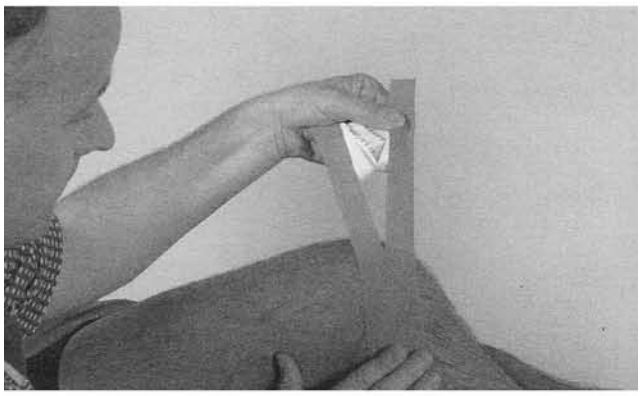


ВАРИАНТ 2: КИНЕЗИОТЕЙПИНГ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОТ НИЖНЕЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ НАДКОЛЕННИКА

Начните с приклеивания основания полоски без натяжения в проекции проксимальной головки малоберцовой кости. Фиксируйте наклеенную часть основания полоски рукой.

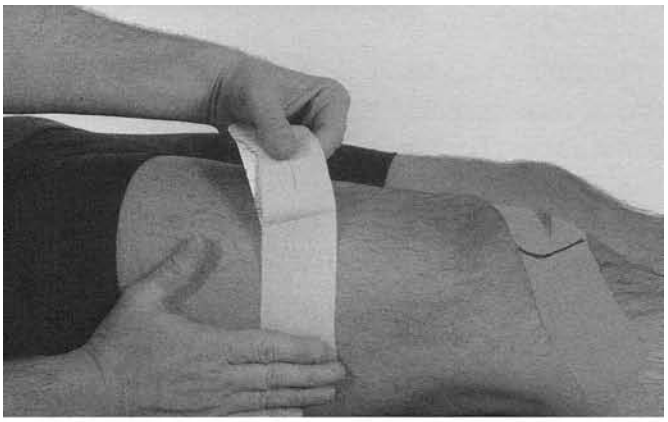


Создайте на основании полоски достаточное натяжение (50-75%) с давлением кнутри на нижнелатеральный край надколенника. После того, как натяжение создано, скользящим движением руки, фиксировавшей наклеенную часть основания, приклейте натянутую часть полоски. Приклеивание натянутого участка целесообразно выполнять посегментарно. Натяжение полоски поддерживается до достижения аппликацией нижнего полюса надколенника.

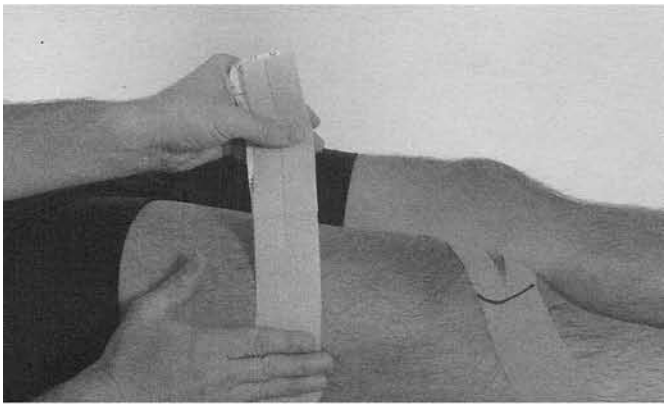


Удерживая натяжение полоски на латеральном краю надколенника, попросите пациента согнуть ногу в коленном суставе. Затем приклейте верхний «хвост» полоски по верхнему краю надколенника без натяжения, а нижний – по нижнему. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

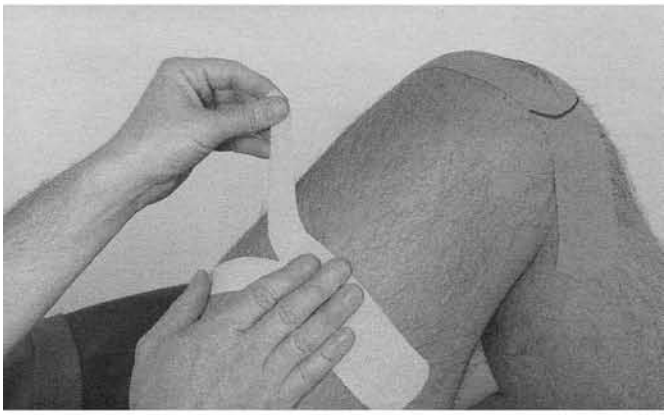
ВАРИАНТ 2 (ПРОДОЛЖЕНИЕ)



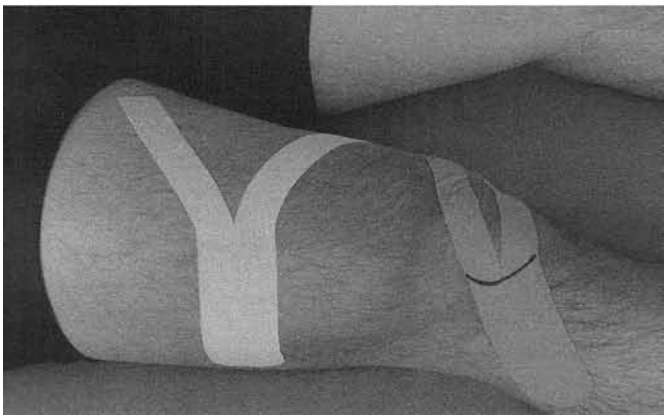
Используя технику фасциальной коррекции, выполните тейпинг i-образной полоской от места мышечно-сухожильного перехода латерального брюшка квадрицепса к верхней части медиального брюшка этой мышцы. Приклейте основание Y-образной полоски латеральнее мышечно-сухожильного перехода латерального брюшка квадрицепса без натяжения. Одной рукой фиксируйте наклеенную часть основания полоски.



Создайте 15-25% натяжение на полоске осциллирующими движениями, на фоне выполнения которых, рукой, фиксировавшей начало основания на коже, приклейте ее. Возможно приложение незначительного давления кнутри, облегчающего приклеивание.



Когда рука, осуществляющая приклеивание, достигнет начало прорези полоски, попросите пациента согнуть ногу в колене. Наклейте «хвосты» полоски под возможно большим углом для рассеивания тяги, создаваемой основанием. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



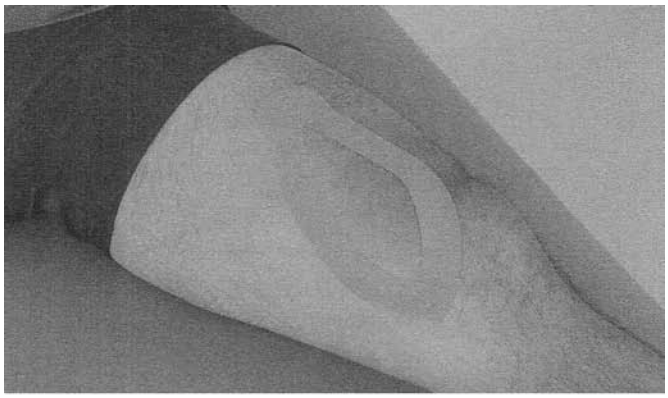
Вид кинезиотейпинга при подвывихе надколенника.

ХОНДРОМАЛЯЦИЯ НАДКОЛЕННИКА

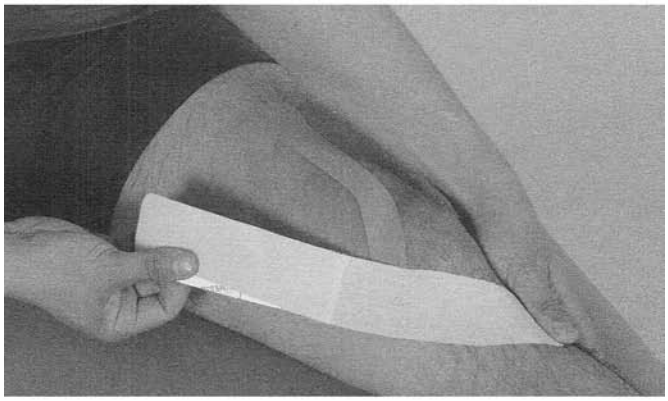
Подразумевает размягчение и дегенерацию внутренней поверхности надколенника. Точная причина этого состояния неизвестна (это может быть и гипермобильность надколенника, и увеличенный угол квадрицепса, и мышечная слабость и т.д.). Состояние, обычно, сопровождается воспалительными изменениями в тканях, окружающих надколенник, и нарастанием симптоматики на фоне физической активности.
Кинезиотейпинг способствует уменьшению боли и воспаления и обеспечивает проприоцептивную стимуляцию для коррекции гипермобильности надколенника.

ВАРИАНТЫ ТЕЙПИНГА МЫШЦ ПО ПОВОДУ ИХ СЛАБОСТИ

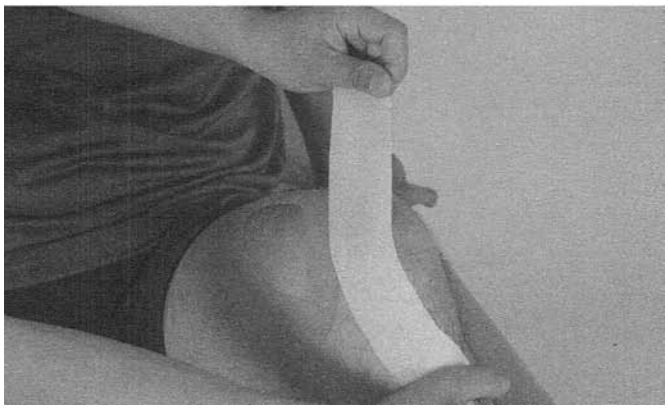
Если специалист считает, что мышечная слабость – причина хондромаляции надколенника, то целесообразно выполнить кинезиотейпинг этих (этой) мышц.
На фото: тейпинг медиального брюшка квадрицепса.



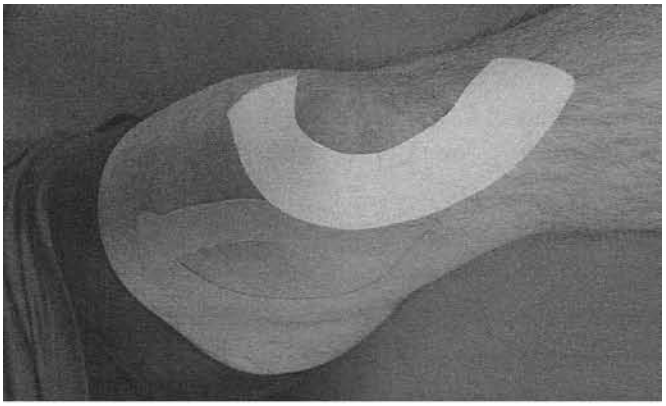
Если в мышце присутствуют воспалительные изменения или переутомление, выполняется аппликация в направлении от места прикрепления к началу мышцы. При наличии хронической слабости или слабости после хирургического вмешательства – аппликация выполняется в обратном направлении.
В этом примере: тейпинг в направлении от начала мышцы к месту ее прикрепленипя.



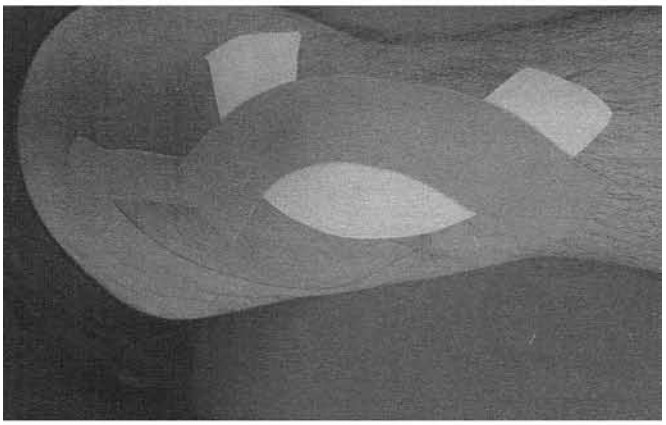
Главная первичная цель кинезиотейпинга при хондромаляции надколенника – ограничение воспалительной реакции. С этой целью используется модифицированная послабляющая коррекция. Нога в положении разгибания. Основание полоски наклеивается на бугристость большеберцовой кости. Направление аппликации – по краю надколенника.



Одной рукой фиксируйте наклеенное основание полоски на коже. Создайте на пластыре 25-50% натяжение, согните ногу пациента в коленном суставе и наклейте полоску по краю вокруг надколенника до его верхнего полюса.



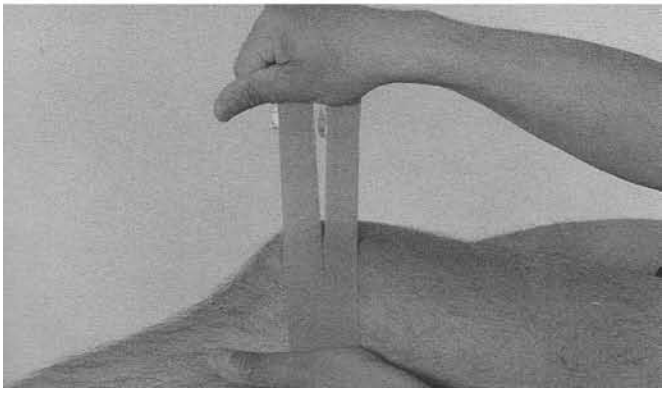
Последние два дюйма полоски наклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Повторите наклеивание полоски с использованием техники послабляющей коррекции и по другой полуокружности надколенника аналогичным образом.
По завершении аппликации и разгибании ноги в коленном суставе, на поверхности пластыря должна появиться волнистость, характерная для послабляющей коррекции. Если последняя не выражена, натяжение на полоске – избыточно.

ВАРИАНТ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА I-ОБРАЗНАОЙ ПОЛОСКОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНІЕМ МЕХАНІЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Специалист использует эту технику для восстановления пространственных анатомических соотношений в зоне воздействия. На фото: механическая коррекция при латеральном смещении надколенника i-образной полоской.



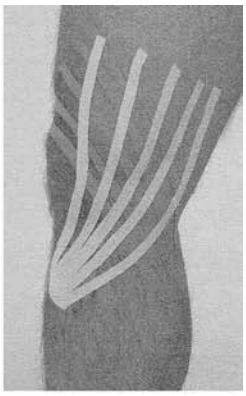
ВАРИАНТ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА Y-ОБРАЗНОЙ ПОЛОСКОЙ С НАТЯЖЕНИЕМ НА ОСНОВАНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Эта техника используется для восстановления пространственных анатомических соотношений в зоне воздействия. На фото: механическая коррекция латерально смещенного надколенника Y-образной полоской с натяжением на основании.

СКЛАДКА КОЛЕННОГО СУСТАВА

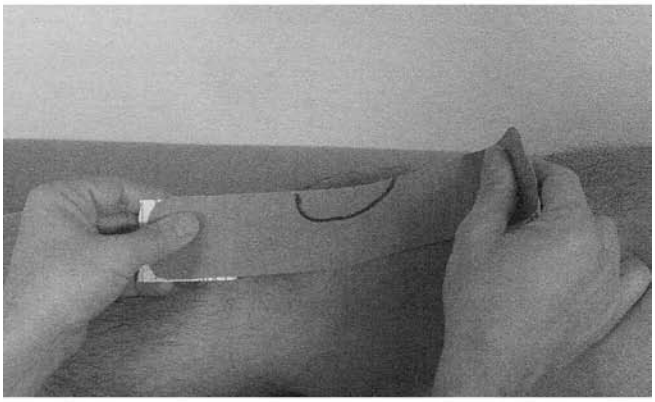
Образуется остатками эмбриональных синовиальных стенок коленного сустава, которые делят его на три полости в эмбриогенезе. Неполная инволюция этих оболочек приводит к утолщению синовиальной капсулы с образованием дополнительных складок, которые присутствуют у 25% населения. Травмируясь, воспаляются, что зачастую сопровождается выпотом в области поднаколенниковой жировой подушки.
Кинезиотейпинг способствует уменьшению отека и боли, а ограничивая движение надколенника – уменьшает давление на складку.

Начальное лечение воспалительного процесса состоит в наклеивании двух веерообразных полосок для лимфатической коррекции. Их положение определяется специалистом, но, как правило, их «хвосты», наклеенные с 25% натяжением, должны взаимно перекрещиваться в области отека.

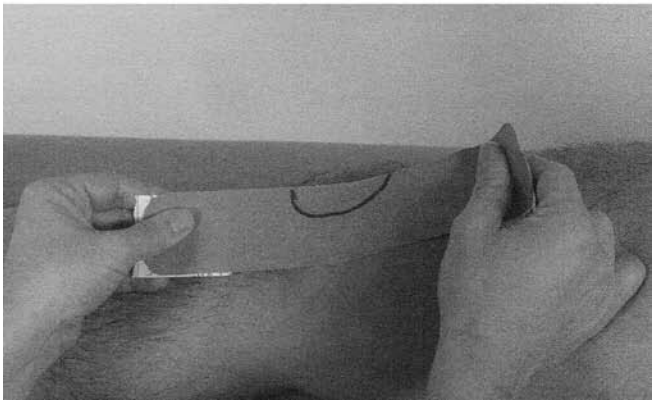


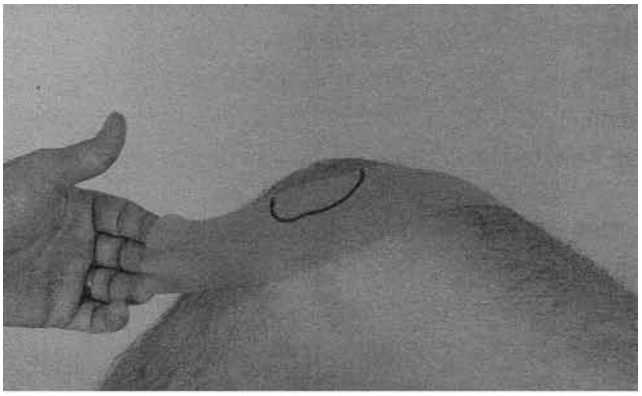
ВАРИАНТ 1:

Воспользуйтесь модифицированной послабляющей коррекцией.
Начните с наклеивания основания i-образной полоски на бугристость большеберцовой кости без натяжения. Нога при этом должна быть разогнута в колене. Полоска должна быть ориентирована под углом, позволяющим оклеить надколенник по периметру в зависимости от локализации отека.



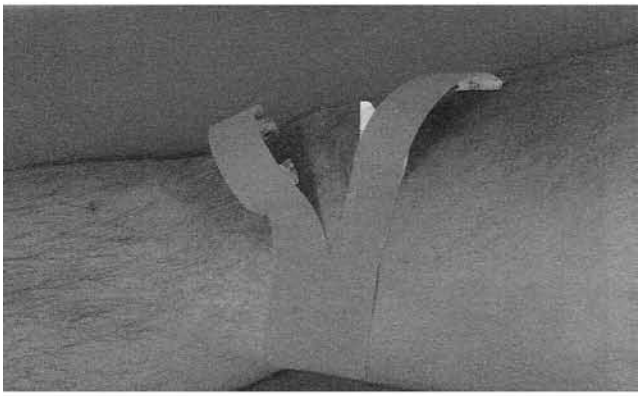
Одной рукой фиксируйте основание наклеенной полоски. Создайте на ней 25-50% натяжение (меньше – лучше). Когда полоска будет растянута, попросите пациента согнуть колено, в это время оклейте надколенник по краю вплоть до верхушки.



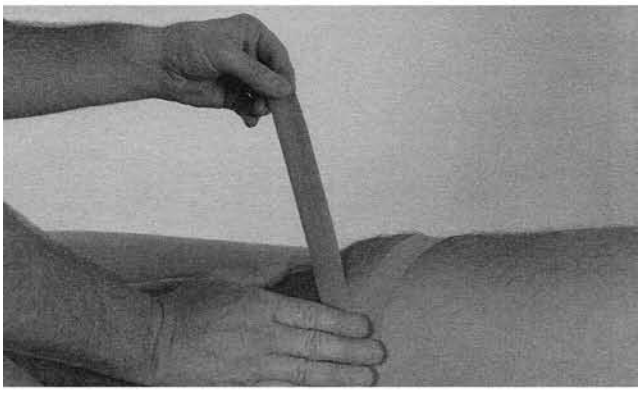


Приклейте два последние дюйма полоски без натяжения. Убедитесь в прочности ее фиксации.

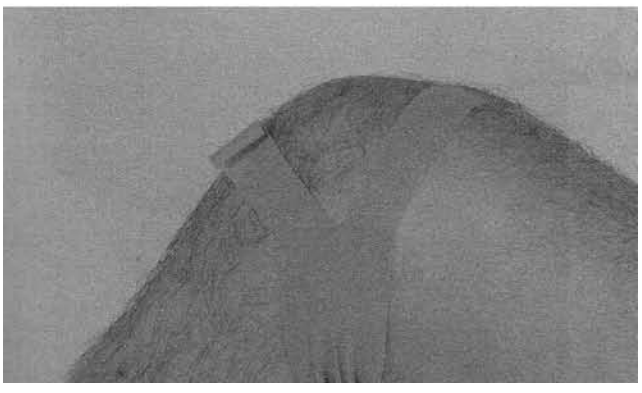
ВАРИАНТ 2:



Воспользуйтесь техникой механической коррекции для ограничения движений надколенника в стороны и, таким образом, для уменьшения травмирования складки. На фото: показана техника механической коррекции Y-образной полоской с натяжением на «хвостах». Начните с наклеивания основания Y-образной полоски с медиальной стороны надколенника без натяжения и так, чтобы начало прорези на полоске пришлось на медиальный край надколенника.



Одной рукой удерживайте наклеенное основание. Один «хвост» с 50-75% натяжением и давлением кнутри наклеивается вдоль нижнего полюса надколенника, другой «хвост», аналогично вдоль верхнего. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.

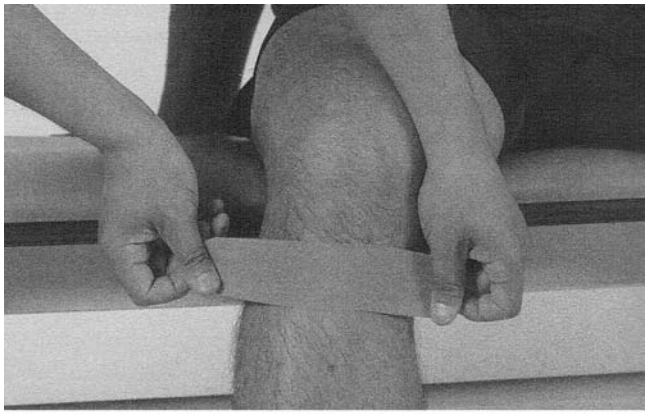


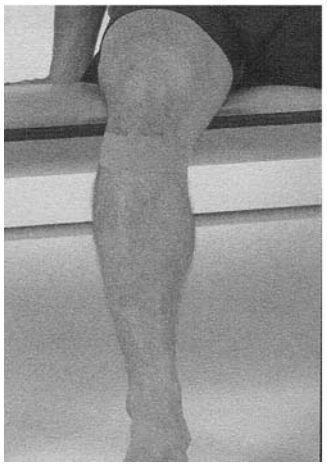
Последний дюйм обоих «хвостов» наклеивается без натяжения.

СИНДРОМ ОГСУДА-ШЛЯТТЕРА И ЛАРСЕНА-ЙОХАНСОНА

Синдром Осгуда-Шляттера это апофизит связки надколенника в месте ее прикрепления к бугристости большеберцовой кости в подростковом возрасте. Синдром Ларсена-Йохансона это апофизит связки надколенника в месте ее начала на нижнем полюсе надколенника. Оба синдрома характеризуются отеком, локальной болезненностью либо в начальном отделе связки надколенника, либо в месте ее прикрепления.
Существует несколько техник кинезиотейпинга, ограничивающих воспалительную реакцию и уменьшающих болевой синдром при этих состояниях.

ВАРИАНТ 1:

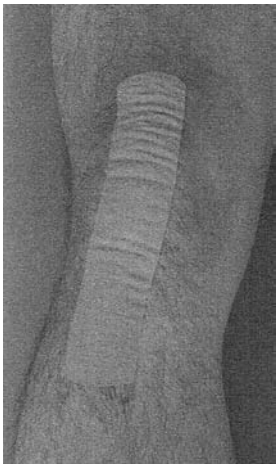




С целью обезболивания в остром периоде возможно использование техники механической коррекции для «удержания» области апофиза бугристости большеберцовой кости, либо нижнего полюса надколенника. Используя эту технику при синдроме Ларсена-Йохансона, не прикладывайте излишнее давление.
Нога в положении легкого сгибания в коленном суставе. Надорвите бумажное основание посередине 4-6-дюймовой i-образной полоски. Удерживая концы полоски руками, создайте на ее средней части 50-75% натяжение и с давлением кнутри наклейте этой участок полоски на бугристость большеберцовой кости или на нижний полюс надколенника.

Перед наклеиванием без натяжения концов полоски, полностью разогните ногу в колене. Важно отметить, что поверх описанного может быть выполнен еще один вариант тейпинга.

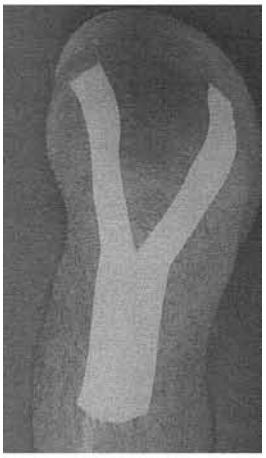
ВАРИАНТ 2:



Наложите кинезиотейп как при тендините связки надколенника i-образной полоской (стр. 156).

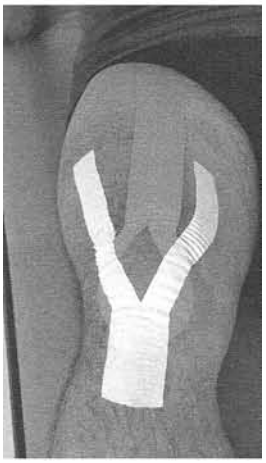
ВАРИАНТ 3:

Наложите кинезиотейп Y-образной полоской сверху, как при тендините связки надколенника (стр. 158).



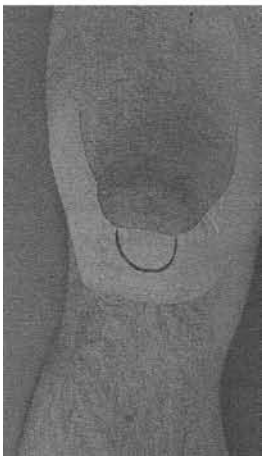
ВАРИАНТ 4:

Наложите кинезиотейп Y-образной полоской снизу как при тендините связки надколенника (стр. 158).



ВАРИАНТ 5:

Наложите кинезиотейп двумя Y-образными полосками сверху и снизу, как при тендините связки надколенника (стр. 158).



ВАРИАНТ 6:

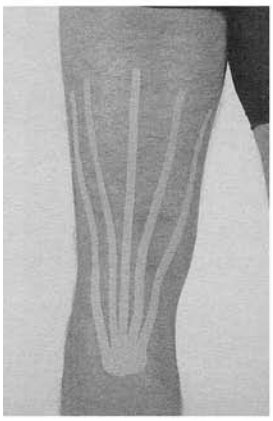
Выполните тейпинг надколенника U-образной полоской, см. тендинит связки надколенника (стр. 158).

КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТОВИДНОЙ СВЯЗКИ (ПКС)

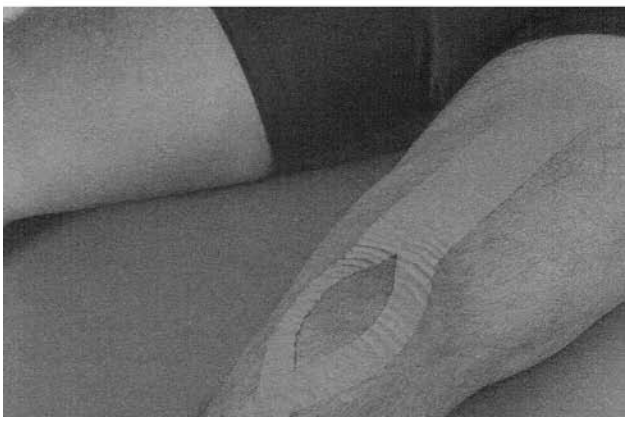
ПКС часто травмируется при форсированном разгибании и ротации в коленном суставе. Может встречаться как изолированное повреждения ПКС, так и в сочетании в медиальной коллатеральной связкой, медиальным мениском, латеральным мениском. При повреждении ПКС, как правило, есть внутри суставной выпот, снижающий объем движений в суставе, и затягивающий реабилитацию.Острая травма ПКС лечится с помощью лимфатической коррекции, уменьшающей количество выпота в суставе. В последующем выполняется модифицированная связочная коррекция для предотвращения переднего смещения большеберцовой кости.

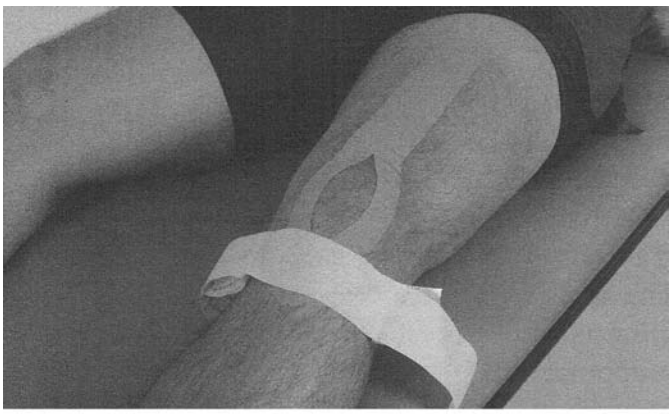
В первые 24-72 часа выполняется лимфатическая коррекция тремя веерообразными полосками – двумя по передней поверхности коленного сустава и одной по задней поверхности сустава выше или ниже подколенной ямки. Основание первой веерообразной полоски клеится в проекции медиального надмыщелка бедра, а «хвосты», пересекая надколенник – на латеральную поверхность коленного сустава. Основание второй веерообразной полоски клеится в проекции латерального надмыщелка бедра, а «хвосты», пересекая надколенник – на медиальной поверхности коленного сустава. «Хвосты» обеих поло-

Основание третьей веерообразной полоски клеится по задней поверхности сустава выше или ниже подколенной ямки. «Хвосты» наклеиваются в проекции подколенной ямки и заканчиваются в средней трети бедра. Можно использовать и эластичный чулок (см. кинезиотейпинг медиальной коллатеральной связки).

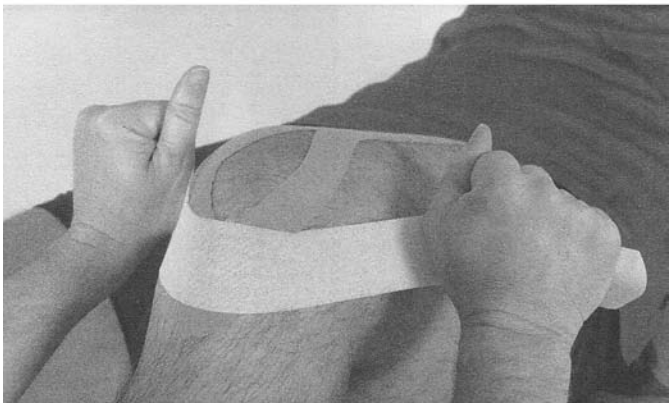


Либо в острой, либо в подострой фазе специалист может выполнить тейпинг квадрицепса Y-образной полоской сверху от начала мышцы к месту ее прикрепления, для облегчения ее сокращения (стр. 156).

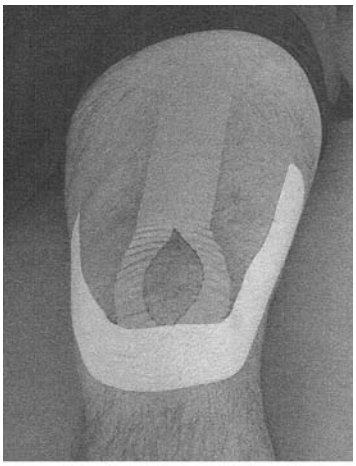




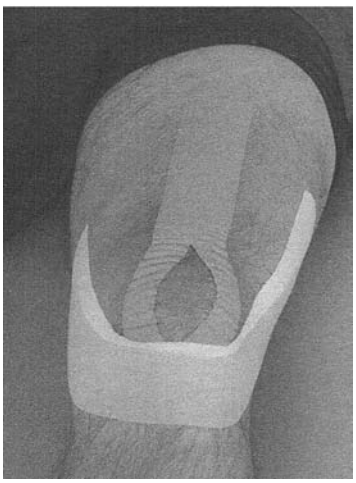
Подострая фаза, по прошествии 72 часов. Используйте модифицированную связочную коррекцию от бугристости большеберцовой кости к латеральному и медиальному надмыщелкам бедра, для ограничения переднего смещения большеберцовой кости.
Длина i-образной полоски равна 4 дюйма плюс межмыщелковое расстояние через бугристость большеберцовой кости плюс 4 дюйма. Надорвите бумажное основание полоски посередине, приклейте середину полоски к большеберцовой бугристости без натяжения.



Нога в положении сгибания в коленном суставе на 20-30 градусов. Отслоите бумажное основание, оставив достаточно его, чтобы не касаться своими руками клеевой основы. Создавая 75-100% натяжение на обоих концах полоски, выполните связочную коррекцию вдоль медиальной и латеральной коллатеральных связок, «толкая» большеберцовую кость кзади.



Концы полоски приклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. У крупных пациентов целесообразнее использовать пластырь трехдюймовой ширины.

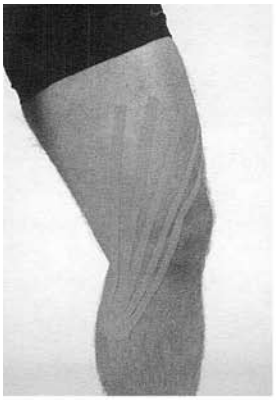


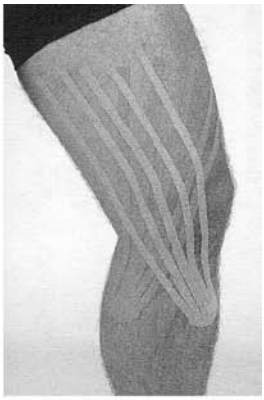
Вторая полоска, наложенная поверх первой – терапевтический вариант у крупных пациентов.

КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ (МКС)

При повреждениях МКС 1-3 степени используйте технику связочной коррекции по длиннику связки, выполняя тейпинг от дистального ее конца к проксимальному. Можно прибегнуть к лимфатической коррекции для дренирования тканевой жидкости от коленного сустава в область бедра или паховым лимфоузлам. Натяжение пластыря должно быть максимальным в проекции связки, что приведет к возникновению проприоцептивной стимуляции, характерной для сустава, находящегося в более стабильном состоянии. Кинезиотейпинг должен выполняться в кратчайшие сроки после травмы. После выполнения тейпинга можно прибегнуть к аппликациям льда, обеспечить возвышенное положение конечности, компрессию с помощью бандажа. Выполненный кинезиотейпинг можно не снимать в течение всего периода реабилитации. Новый, по мере необходимости, наклыдвается поверх.

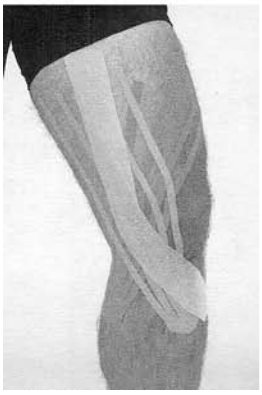
Острая фаза 24-72 часа.
Используется техника лимфатической коррекции.
Основание первой полоски наклеивается на нижнюю часть медиального мыщелка. «Хвосты» полоски повторяют ход медиальной коллатеральной связки.
Основание второй полоски приклеивается чуть ниже основания первой, «хвосты» обеих полосок после аппликации должны взаимно перекрещиваться в области поврежденной МКС.





Основание полоски для связочной коррекции наклейте чуть ниже бугристости большеберцовой кости. Удерживая наклеенную часть одной рукой, создайте 50-75% натяжение по всей длине поврежденной связки. Когда полоска пластыря выйдет за проксимальный конец связки, максимально согните ногу пациента в колене.

Скользящим движением руки, фиксировавшей основание полоски, наклейте всю ее натянутую часть. Конец полоски наклеивается без натяжения.
Законченный вид кинезиотейпинга при повреждении МКС (острая фаза).

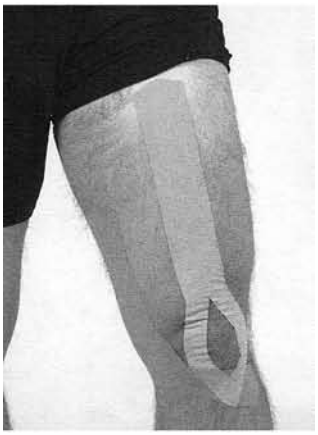


Вариант компрессионного бандажа (Tubi Grip, Tetra Grip) в острой фазе.

Подострый период: по прошествии 72 часов.

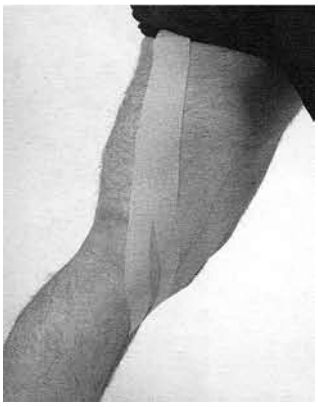
ВАРИАНТ 1:

Вид законченной аппликации с использованием техники связочной коррекции при повреждении МКС.



ВАРИАНТ 2:

КинезиотейпингквадрицепсаY-образной полоской сверху в направлении от начала к месту повреждения, облегчающий сокращение мышцы.



ВАРИАНТ 3:

Выполните тейпинг мышц, чьи сухожилия формируют медиальный край подколенной ямки от начала к месту их прикрепления, для облегчения их сокращения. Если их необходимо релаксировать смените направление тейпинга на обратное.

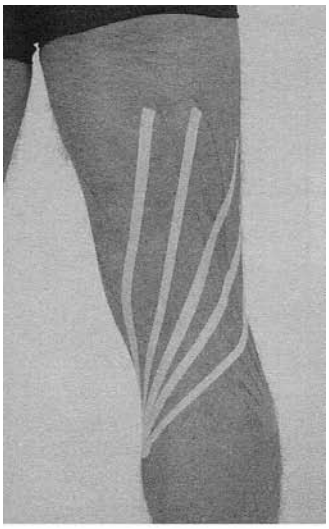
ВАРИАНТ 4:

Использование модицированной техники механической коррекции полоской с тремя «хвостами».
Нога разогнута в колене. Приклейте начало основания полоски кзади от задних пучков МКС без натяжения. Удерживая наклееный участок на коже одной рукой, создайте 50-100% натяжение с давлением кнутри над областью поврежденной МКС. Когда аппликация над связкой закончена, придайте ноге положение физиологического сгибания. «Хвосты» полоски наклейте без натяжения под углом друг к другу для рассеивания тяги, создаваемого основанием полоски.

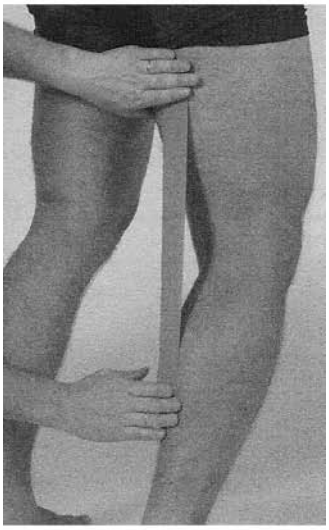
Вид законченной аппликации с выполненной связочной коррекцией поверх механической.

ПЕРЕРАЗГИБАНИЕ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

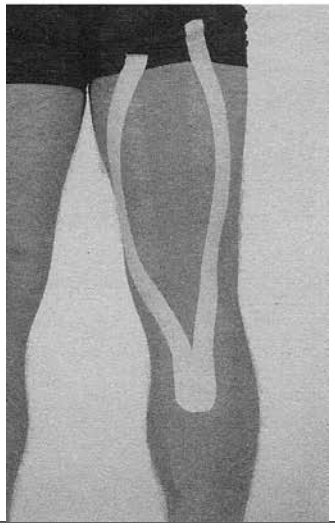
Нередкая травма при насильственном переразгибании коленного сустава (у женщин в норме коленный сустав может переразгибаться до плюс 3 градусов). Обычно сопровождается выраженным отеком и болью. Кинезиотейпинг включает лимфатическую коррекцию для уменьшения боли и отека, тейпинг мышц, чьи сухожилия формируют края надколенной ямки, функциональную коррекцию для ограничения разгибания в коленном суставе в острую фазу.



Лимфатическая коррекция выполняется в области подколенной ямки с использованием двух полосок.
На фото: основание первой веерообразной полоски наклеивается книзу от латерального мыщелка бедра, «хвосты» пересекают подколенную ямку, заканчиваясь над областью отёка.
Основание второй веерообразной полоски клеится ниже медиального мыщелка бедра, «хвосты» пересекают подколенную ямку, заканчиваясь над областью отёка.»Хвосты»наклеиваются с 25% натяжением и взаимно пересекаются в подколенной ямке.



Функциональная коррекция ограничит разгибание в коленном суставе.
Степень ограничения разгибания – вопрос компетенции специалиста, но, очевидно, оно должно быть ограничено до начала болевых ощущений.
Наклейте концы полоски на 4 дюйма выше и ниже коленного сустава. Может понадобиться более одной полоски.
Удерживая наклеенные концы руками, попросите пациента разогнуть ногу.



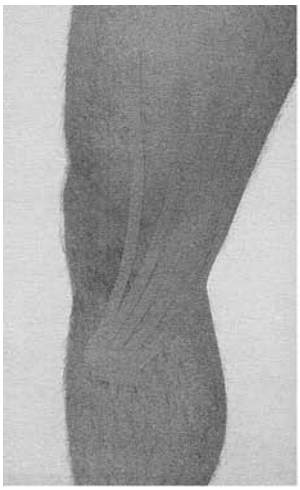
Кинезиотейпинг мышц, чьи сухожилия формируют края подколенной ямки.
Желаемый результат – уменьшение спазма этой группы мышц при разгибании ноги в коленном суставе.
Тейпинг выполняется от места прикрепления мышц к началу.

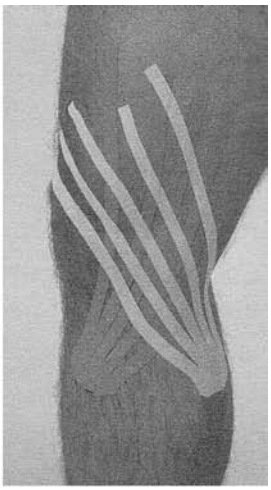
ПОВРЕЖДЕНИЕ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Травмы менисков обычно проявляются болью при разгибании и ротации в коленном суставе. Отмечается болезненность по суставной линиия, а в хронических случаях кистообразование. Чаще повреждается медиальный мениск, так как он связан с медиальной частью капсулы сустава. Повреждение менисков чаще случается на фоне разгибания и ротации.
Кинезиотейпинг позволит уменьшить выпотообразование в суставе и боль.

ЛЕЧЕНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Направлено на уменьшение отёка и боли. Используется техника лимфатической коррекции двумя веерообразными полосками. Положение полосок определяется специалистом. Обычно, их «хвосты» должны пересекаться над областью отёка и наклеиваться с 25% натяжением.

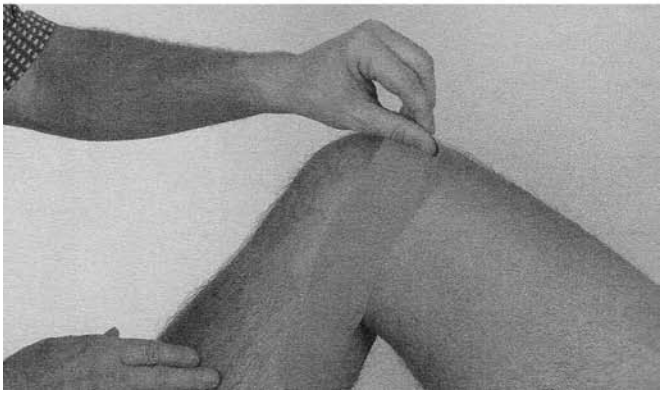


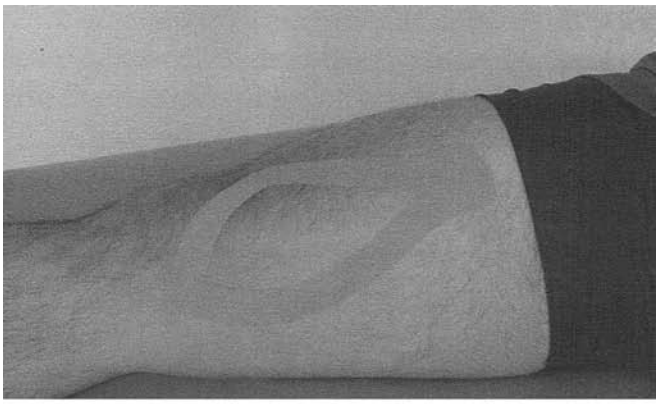


ВАРИАНТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОСЛАБЛЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ

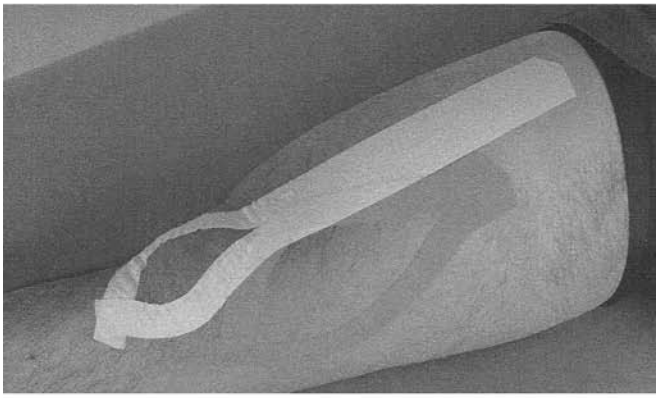
Послабляющая коррекция выполняется по латеральному или по медиальному краю коленного сустава в зависимости от симптоматики. Нога разогнута в коленном суставе. Надорвите бумажное основание посередине 4-6 дюймовой полоски, создайте на средней её части 25% натяжение и наклейте непосредственно на область боли.

Концы полоски наклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. Могут быть использованы 2-3 полоски или полоска с отверстием.

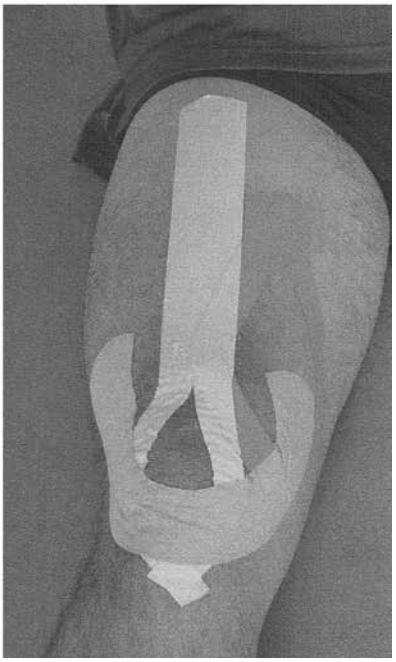




Кинезиотейпинг медиального брюшка квадрицепса Y-образной полоской от начала мышцы к месту её прикрепления позволяет облегчить её сокращение.



Кинезиотейпинг прямой мышцы бедра Y-образной полоской сверху.



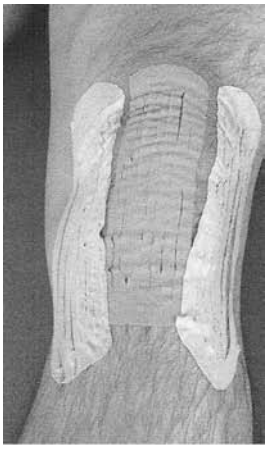
ВАРИАНТЫ КИНЕЗИОТЕЙПИНГА ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Аппликация U-образной полоски.
Дополнительные варианты: см. синдром гипермобильности надколенника, подвывих надколенника, хондромаляция надколенника (см. 160, 163, 166 стр.)

ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Дегенеративное изменение суставных поверхностей –частая находка при этом состоянии. Клиническая картина заболевания может возникнуть на фоне «нормальных» по отношению к возрасту, дегенеративных изменений суставных поверхностей, но на фоне значительной физической нагрузки, причину наличия выпота в коленном суставе удаётся установить не всегда, но наличие его ускоряет дегенеративные процессы в суставном хряще и снижает функцию мышц. Кинезиотейпинг уменьшает боль и образование выпота.

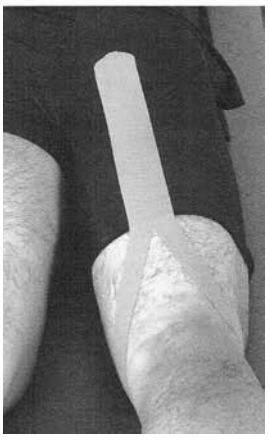
Острая фаза 24-72 часа.
Вариант 1: Аппликация «паутинной» полоски пластыря.
Сделайте разрезы, чтобы из i-образной полоски получить «паутинную» (4-8 тонких полосок). Напомним, что концы полоски не разрезаются. Существует две техники аппликации «паутинных» полосок .
1. Последовательное наклеивание, начиная с одного из концов.
2. Наклеивание, начиная с середины полоски.
Надорвите и отслоите бумажное основание с «паутинной» части полоски. Создайте на ней 15-25% натяжение и наклейте в месте коррекции.
Специалист может счесть целесообразной аппликацию 1-2 и даже 3 (как изображено на фото) «паутинных» полосок для послабляющей коррекции. Убедитесь в надежности фиксации пластыря перед началом движения пластыря.

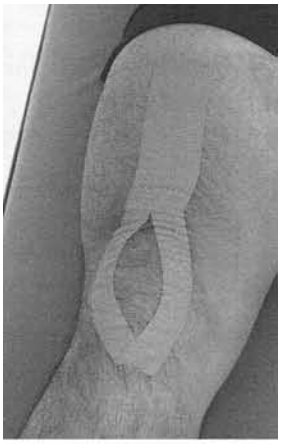


ВАРИАНТ 2: ЛИМФАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

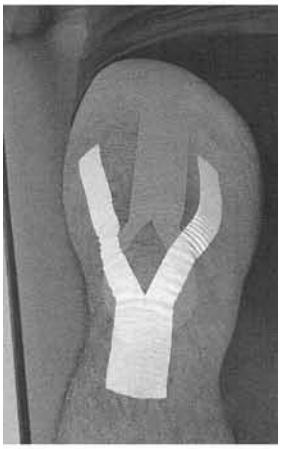
Основание первой веерообразной полоски клеится ниже латерального мыщелка бедра, а «хвосты» заканчиваются выше и медиальнее надколенника. Основание второй веерообразной полоски клеится книзу от медиального мыщелка бедра, а «хвосты» заканчиваются выше и латеральнее надколенника. «Хвосты» полосок взаимно пересекаются. Возможно использование циркулярного компрессионного бандажа.

Выполните кинезиотейпинг мышц, чьи сухожилия формируют края подколенной ямки Y-образной полоской в направлении от начала к месту прикрепления.
Полоска на фото уменьшает натяжение этой группы мышц, вызванное сгибательной контрактурой из-за наличия выпота в коленном суставе.



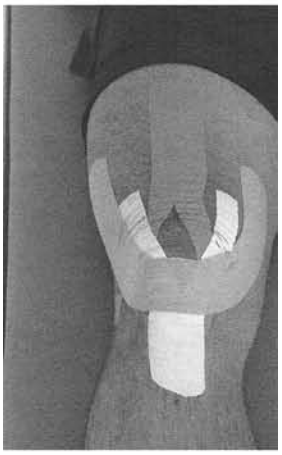


Подострая фаза:
Кинезиотейпинг Y-образной полоской сверху в направлении от начала к месту прикрепления, как в случае тендинита связки надколенника (стр. 156).



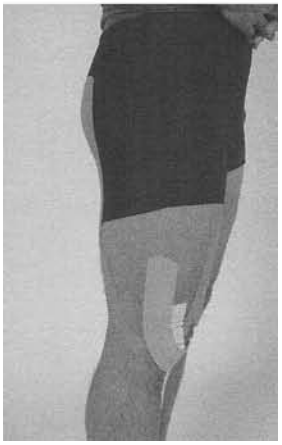
ВАРИАНТ 2:

Кинезиотейпинг Y-образной полоской снизу в направлении от начала к месту прикрепления, как случай тендинита связки надколенника.



ВАРИАНТ 3:

Техника аппликации U-образной полоской для надколенника. Типичная техника может быть модифицирована: полоска пластыря будет короче и аппликация не захватывает полностью латеральное и медиальное брюшко квадрицепса, а заканчивается на 2 дюйма выше надколенника с обеих сторон.



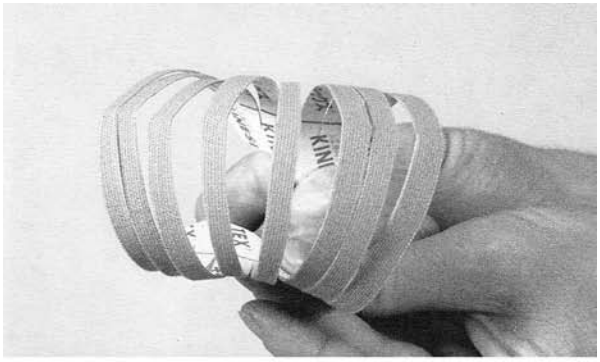
Вид законченного кинезиотейпинга при остеоартрите коленного сустава с выпотом.

БУРСИТЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Возникают как в результате острой травмы, так и при хронической перегрузке. При этом поражается препателлярная или инфрапателлярная сумка. Воспаление препателлярной сумки является обычно результатом травмы. Кинезиотейпинг позволит уменьшить отек и болевой синдром. В первые 24-72 часа основная задача ограничить воспалительную реакцию. В этом разделе речь пойдет о препателлярной сумке.

Острая фаза – первые 24-72 часа.

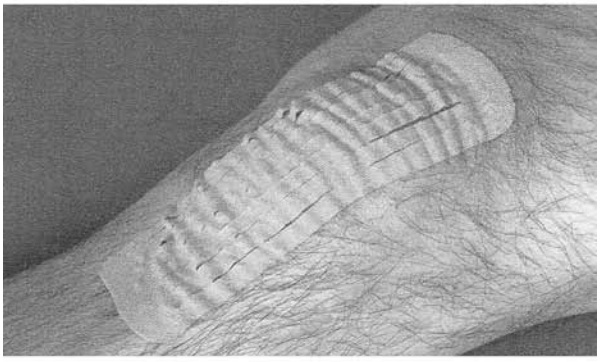
ВАРИАНТ 1:



Накладывается «паутинная» полоска. С этой целью i-образная полоска разрезается на 4, 5, 6 или 8 узких полосок по длине, причем оба конца исходной полоски остаются неразрезанными.

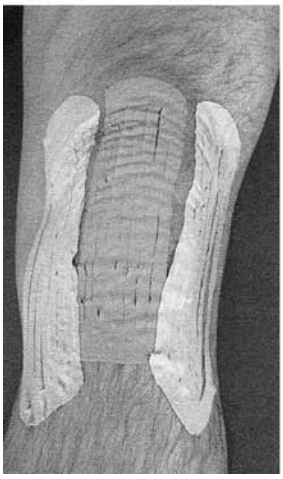
Техника 1:

Начните с наклеивания одного из концов «паутинной» полоски, затем отслаивая бумажные основания – узких полосок, затем второго основания. Аналогичным образом наклеиваются полоски на латеральную и медиальную поверхность коленного сустава. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Техника 2:

Надорвите бумажное основание на 4-6-дюймовой i-образной полоске, разрезанной, как описано выше, для получения «паутинной» полоски, посередине и отслоите его. Создайте на пластыре натяжение 15-25%, приклейте «паутинную» часть к зоне повреждения. Концы полоски приклеиваются без натяжения. Сустав во время аппликации находится в нейтральном положении. Убедитесь в прочности фиксации пластыря перед началом активных движений.



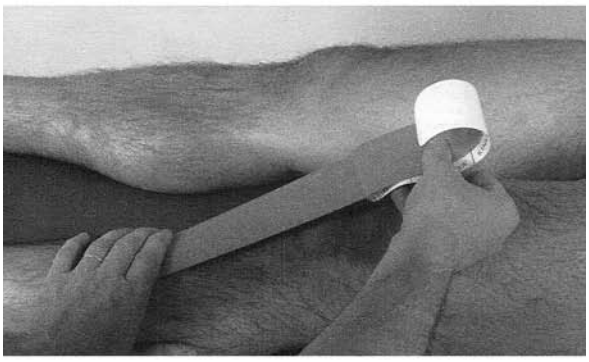
Повторите описанные выше действия для наклеивания «паутинных» полосок с медиальной и латеральной сторон коленного сустава.

Острая фаза 24-72 часа.

ВАРИАНТ 2:

Наклеиваются 2 полоски для лимфатической коррекции. Первая полоска наклеивается основанием ниже медиального мыщелка бедра, а»хвосты» заканчиваются выше и латеральнее надколенника. Наклеиваются «хвосты» с 25% натяжением.

Основание второй веерообразной полоски наклеивается ниже латерального мыщелка, а «хвосты» заканчиваются выше и латеральнее надколенника. «Хвосты» обеих полосок должны взаимно перекрещиваться. Возможно использование циркулярного компрессионного бандажа.



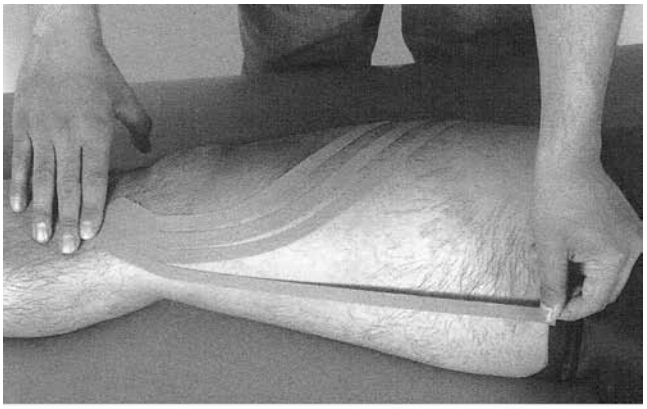
Подострая фаза – по прошествии 72 часов. Используется техника послабляющей коррекции i-образной полоски. Начало полоски наклеивается в проекции бугристости большеберцовой кости без натяжения. Нога в положении разгибания. Одной рукой фиксируется на коже наклеенный участок.

В то время, когда пациент переводит ногу из разгибания в сгибание, на полоске создается 15-25% натяжение и полоска наклеивается по надколеннику. Рукой, фиксировавшей наклеенное основание полоски, скользящим движением приклеивается вся ее натянутая часть вплоть до верхнего полюса надколенника. Оставшиеся 2 дюйма полоски приклеиваются без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря. При разгибании ноги, на поверхности пластыря должна появиться характерная волнистость. Если она недостаточно выражена – натяжение на полоске избыточно.

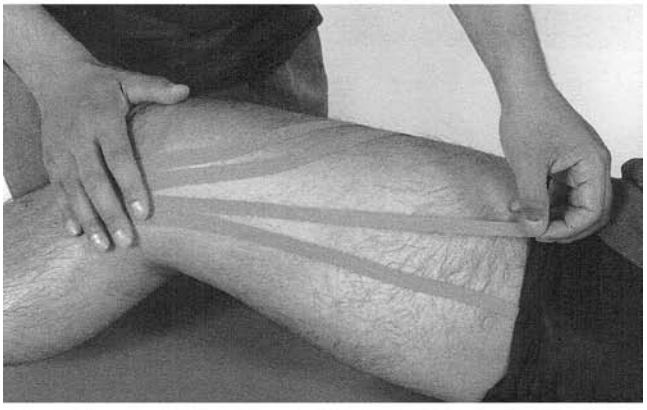
БУРСИТ ИЛИ ТЕНДИНИТ ОБЛАСТИ «ГУСИНОЙ ЛАПКИ»

Это воспаление в месте прикрепления сухожилий полусухожильной, нежной и портняжной мышц, обычно являющееся результатом переутомления в этой области, чаще из-за бега под уклон. Чаще встречается у индивидуумов с вальгусной деформацией и слабостью медиальной группы мышц бедра. Кинезиотейпинг позволит ограничить воспалительную реакцию. Необходимо выполнить тейпинг трех мышц, образующих в сухожильной части «гусиную лапку». Учитывая многослойность предстоящей аппликации, следует помнить, что наиболее эффективным является самый глубокий (первый) ее слой.

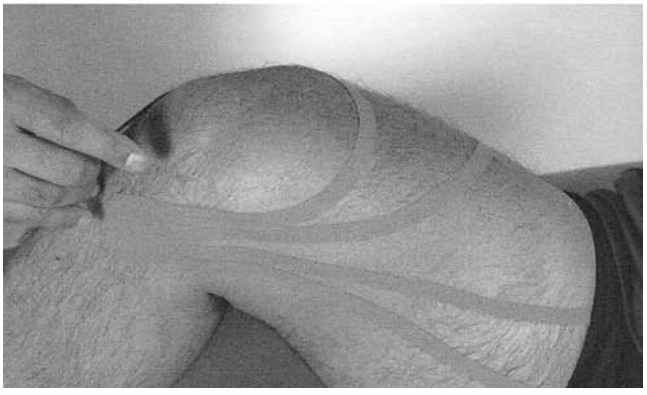
Использование модицированной техники лимфатической коррекции.
Начните с наклеивания веерообразной полоски с четырьмя «хвостами». Нога в положении разгибания в коленном суставе. Основание полоски наклеивается ниже области проекции «гусиной лапки». Первый «хвост» наклеивается по ходу большого аддуктора бедра с 25% натяжением.

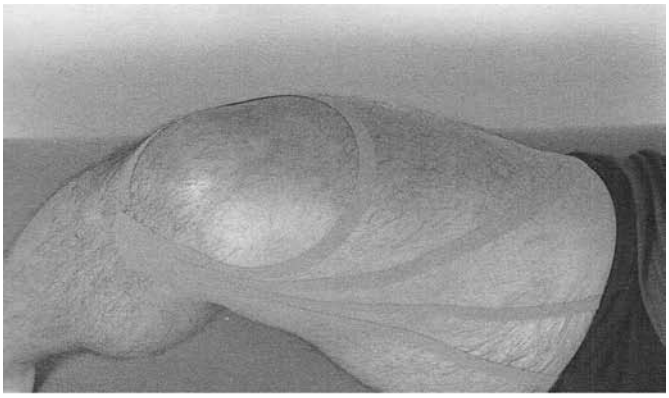


Затем нога сгибается в коленном суставе под углом 20-30 градусов и второй «хвост» наклеивается выше первого, как бы ограничивая между собой и первым «хвостом» эпицентр зоны воспаления.

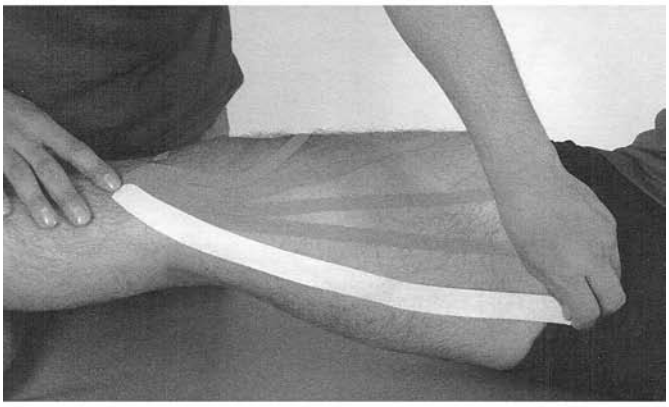


Третий «хвост» наклеивается с пересечением средней трети бедра в направлении его латеральной поверхности, а четвертый U-образно по нижней трети бедра, заканчиваясь у латерального края надколенника.



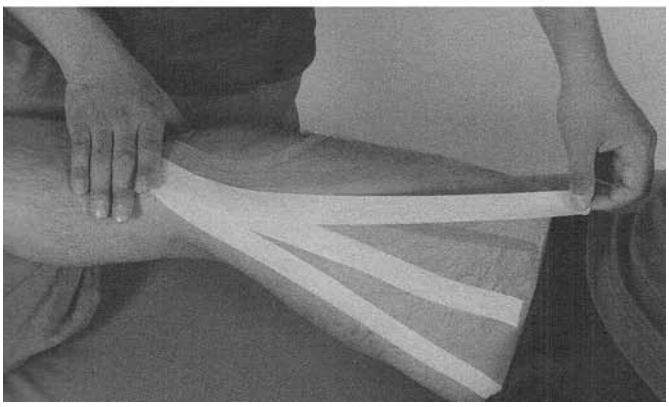


Вид законченной аппликации (модифицированная лимфатическая коррекция).



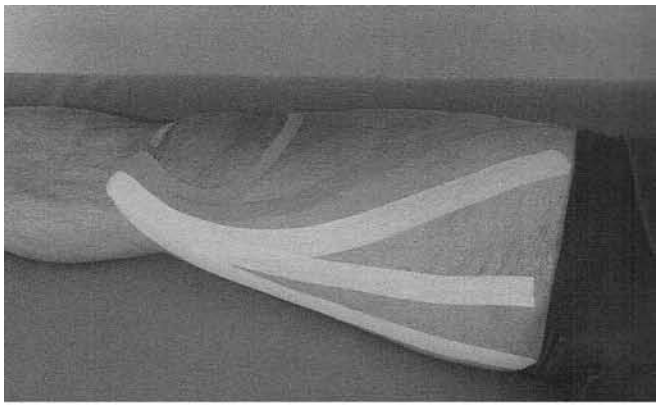
Кинезиотейпинг полусухожильной мышцы в направлении от места прикрепления к началу с использованием i-образной полоски шириной один дюйм.

Кинезиотейпинг нежной мышцы бедра от места прикрепления к основанию с использованием i-образной полоски шириной один дюйм.

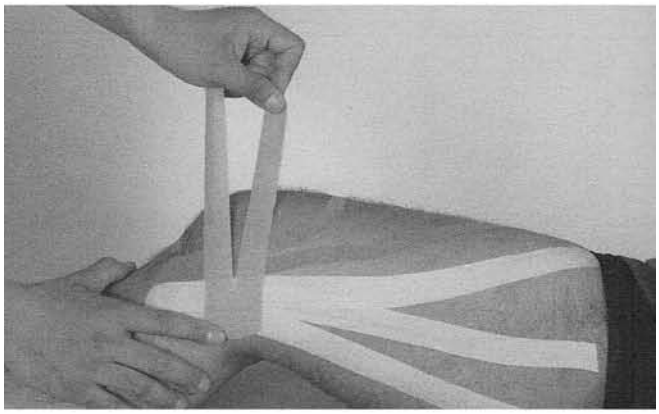


Кинезиотейпинг портняжной мышцы от места ее прикрепления к началу с использованием i-образной полоски один дюйм.

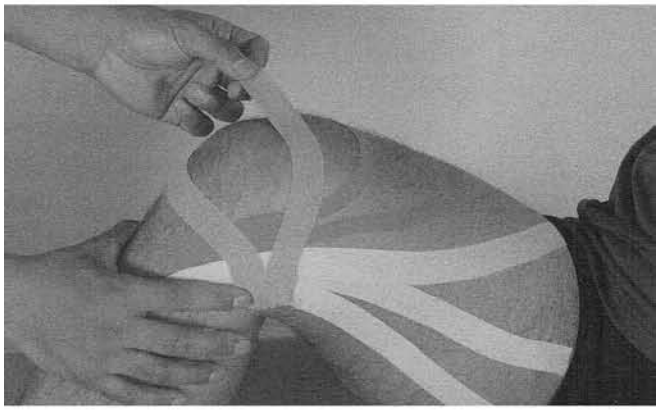
Вид законченной аппликации трех мышц, формирующих «гусиную лапку» в направлении от места прикрепления к началу, и модифицированной техники лимфатической коррекции.



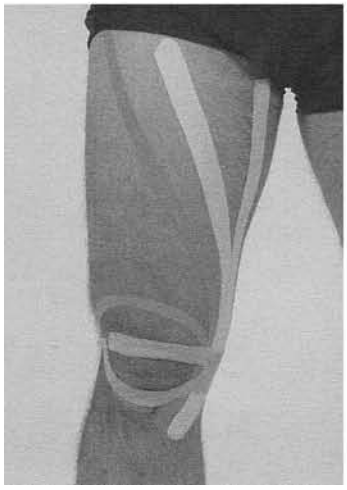
Использование техники механической коррекции Y-образной полоской с натяжением на «хвостах». Цель: ограничение подвижности тканей в области «гусиной лапки». Специалист может прибегнуть и к фасциальной или послабляющей коррекции в зависимости от данных обследования. Наклейте основание Y-образной полоски на медиальный край подколенной ямки. Одной рукой фиксируйте его на коже.



Этой же рукой соберите кожу и мягкие ткани в этой области. Создайте на «хвостах» 25-50% натяжение. Аппликацию натянутой части полоски выполните скользящим движением руки, фиксировавшей основание в области «гусиной лапки». Попросите пациента согнуть ногу в коленном суставе.



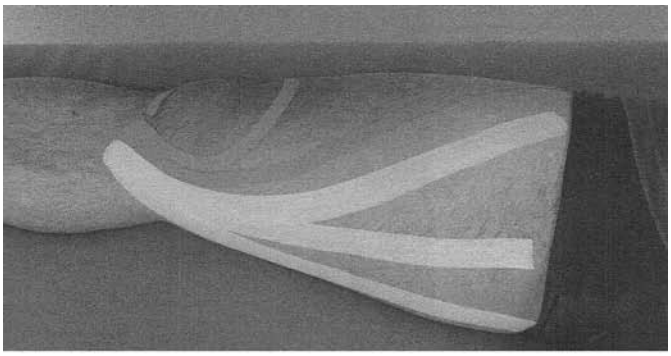
Наклейте «хвосты» полоски без натяжения вокруг надколенника. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Вид законченной аппликации при тендините (бурсите) «гусиной лапки».

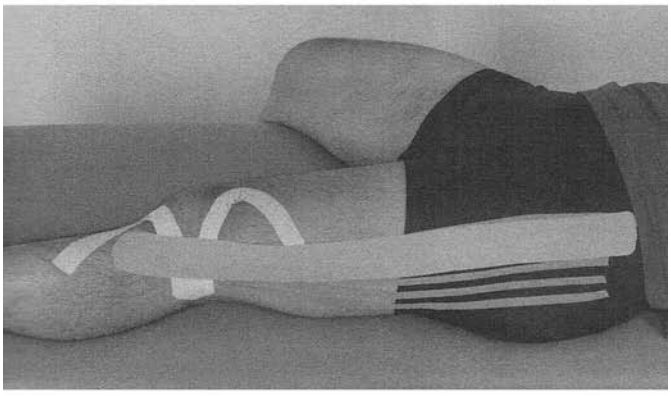
КОЛЕНО БЕГУНА И ВЕЛОСИПЕДИСТА

Общий термин для описания изменений в коленном суставе при перегрузках. Обычно включает: тендинит «гусиной лапки», синдром илиотибиального тракта, синдром дислокации надколенника.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить болевой синдром, отечность, дисбаланс мышечного тонуса и, возможно, аномалии прилежания надколенника.



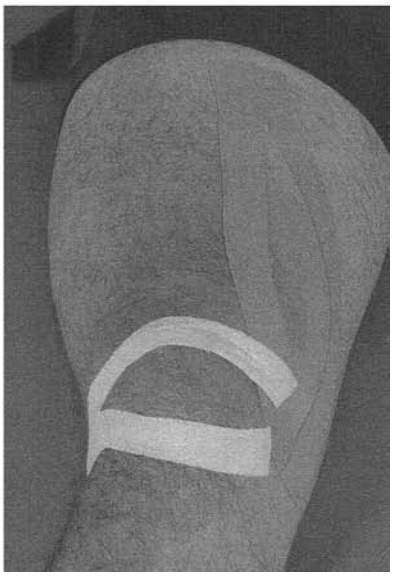
ВАРИАНТ 1:

Вид кинезиотейпинга при тендините «гусиной лапки».



ВАРИАНТ 2:

Вид кинезиотейпинга при синдроме илиотибиального тракта.



ВАРИАНТ 3:

Вид кинезиотейпинга при синдроме дислокации надколенника.

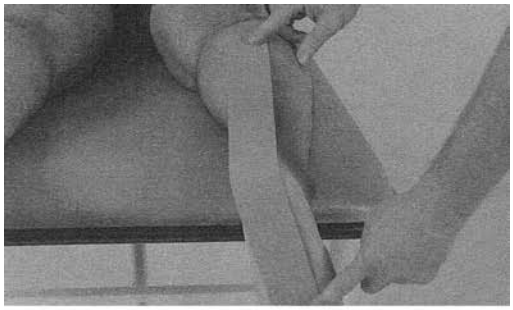
ГОЛЕНЬ И СТУПНЯ

РАЗДЕЛ 9

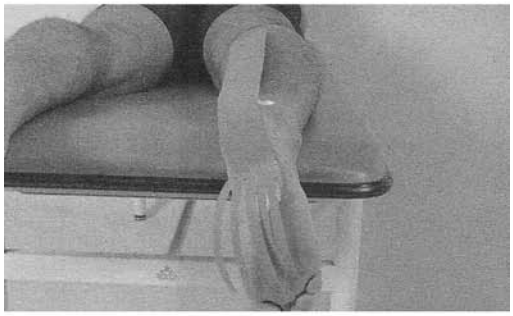
ПЛАНТАРНЫЙ ФАСЦЕИТ

Это воспаление подошвенного апоневроза. Эпицентр боли и воспаления – надмыщелок пяточной кости (по ее передней поверхности) – место начала апоневроза. Обычно, на подошвенную поверхность стопы наклеиваются две полоски. Первая веерообразная полоска наклеивается по длине подошвенного апоневроза с полным натяжением, которое пациент легко толерирует на этой части тела, из-за большой толщины кожного покрова. Вторая полоска с использованием техники механической коррекции клеится поперек свода стопы для поддержания плюсневой ее части. Обязательно наклеивать обе полоски. Кинезиотейпинг может выполняться неоднократно. Рекомендуется использование водостойкого пластыря. На фоне острого воспаления коррекция включает тейпинг Ахиллова сухожилия и плантарного апоневроза для достижения максимального терапевтического эффекта.

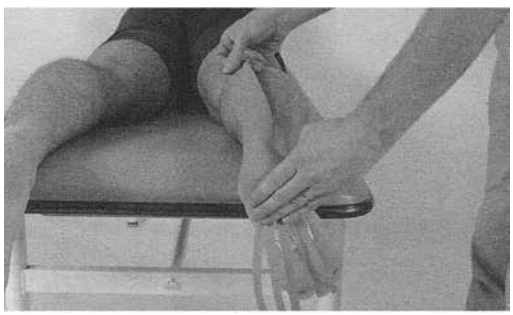
Длина полоски равна расстоянию от головок плюсневых костей до точки, которая на два дюйма выше мышечносухожильного перехода икроножной мышцы. Дистальный конец полоски нарезается на 4 «хвоста», длиной от головок плюсневых костей до бугорка пяточной кости – месту начала подошвенного апоневроза. Отрезая полоску необходимой длины, помните, что она наклеена на бумажное основание с легким натяжением, а для этого вида кинезиотейпинга нужно большое натяжение, поэтому отрезайте кусок полоски несколько короче вымеренного расстояния.



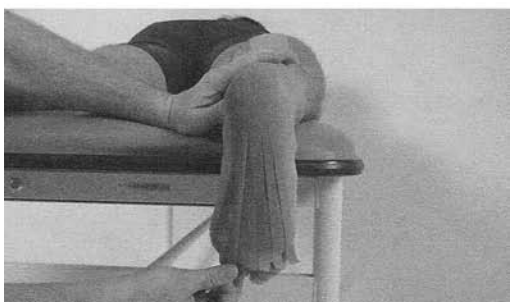
Надорвите бумажное основание чуть выше начала «хвостов» на полоске. Наклеивание начинают на стопе в положении тыльного сгибания.



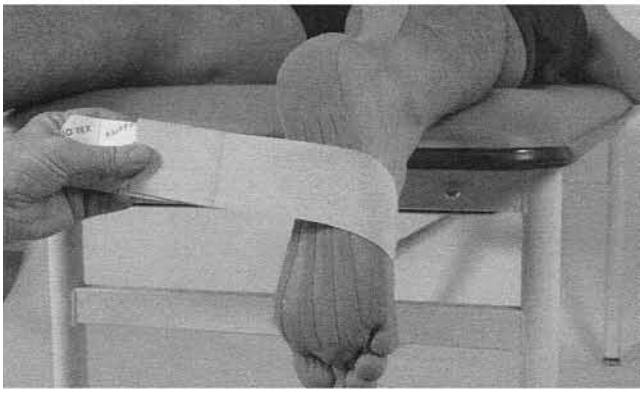
Удерживая часть полоски, наклеенной на пятку, создайте 50% натяжение на полоске, приклеивая ее в проекте Ахиллова сухожилия (сухожильная коррекция). Когда аппликация дойдет до мышечносухожильного перехода икроножной мышцы, уменьшите натяжение до 25%, а последние два дюйма наклейте без натяжения. Убедитесь в прочности фиксации пластыря.



Сохраняя тыльное сгибание стопы, с 75-100% натяжением, приклейте один (первый) «хвост» в направлении первого межпальцевого промежутка. Убедитесь в прочности его фиксации.

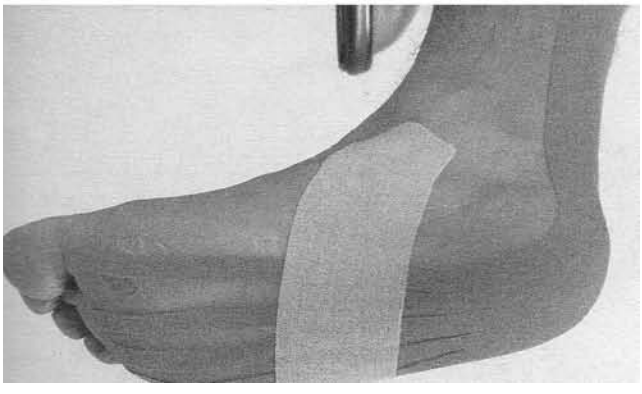


Повторите тот же процесс с каждым из «хвостов», наклеивая их в направлении соответствующих межпальцевых промежутков.



Второй вид тейпинга это механическая коррекция i-образной полоской плюсневой дуги. Стопа в положении тыльного сгибания. Конец i-образной полоски приклеивается без натяжения в области 5 плюсневой кости на латеральной части стопы. Полоска в ширину занимает пространство от основания 5 плюсневой кости до ее тела. Полоска при аппликации ориентируется на предплюсно-плюсневое сочленение стопы на ее медиальном крае.

Попросите пациента расслабить стопу. Создайте на полоске 25-50% натяжение от основания 5 плюсневой кости до области таранно-ладьевидного сустава. Полоска наклеивается с использованием техники механической коррекции – с натяжением и давлением кнутри, определяемыми специалистом. При правильной аппликации в области плюсны на подошве появятся морщины.



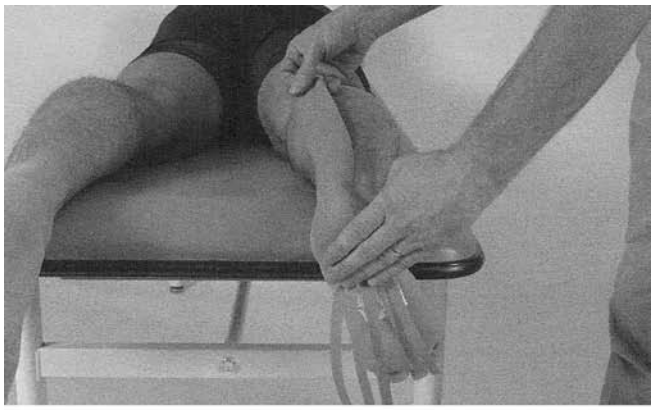
Вид законченного кинезиотейпинга при плантарном фасциите.

ТЕНДИНИТ И ТЕНДОСИНОВИИТ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

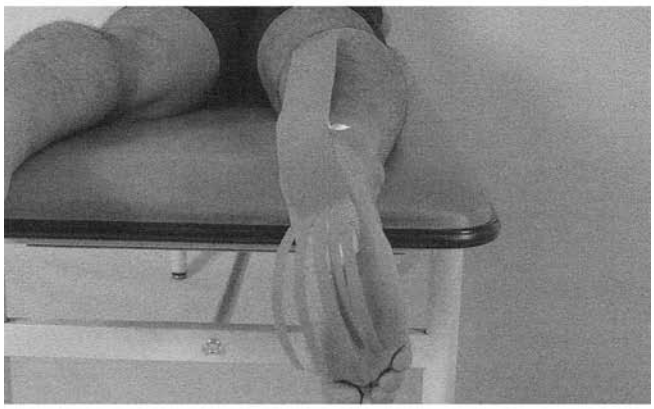
Это воспаление общего сухожилия икроножной и камбаловидной мышц. Процесс, обычно, локализуется в дистальной трети Ахиллова сухожилия, в месте прикрепления его к пяточной кости. Воспаление – обычно результат перегрузки. Кинезиотейпинг включает:

1. Сухожильную коррекцию Ахиллова сухожилия часто, ввиду того, что Ахиллово сухожилие и подошвенная фасция представляют собой функциональный континуум, выполняется кинезиотейпинг последней.
2. Кинезиотейпинг икроножной мышцы Y-образной полоской.
3. Полоска, наклеиваемая на подошвенную поверхность стопы, чтобы упрочить аппликацию двух предыдущих.

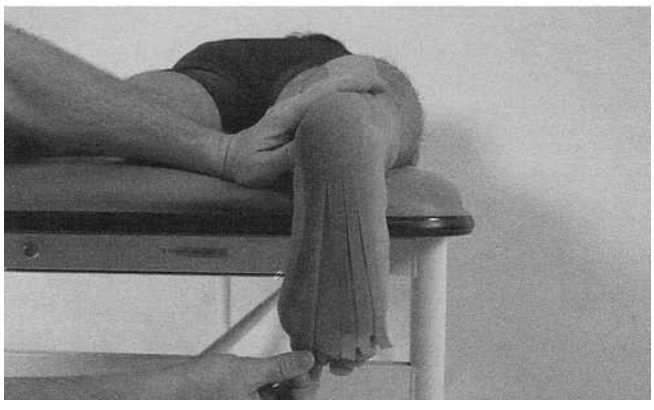
Длина полоски равна расстоянию от мышечно-сухожильного перехода камбаловидной мышцы до головок плюсневых костей на подошвенной стороне стопы. Разрежте подошвенный конец полоски, как для тейпинга подошвенного апоневроза (см. предыдущий раздел). Надорвите бумажное основание пластыря чуть отступя от места, где заканчиваются ваши разрезы и наклейте его на пятку. Полоска должна быть достаточно длинной ,чтобы выйти за границу мышечно-сухожильного перехода камбаловидной мышцы минимум на 2 дюйма.

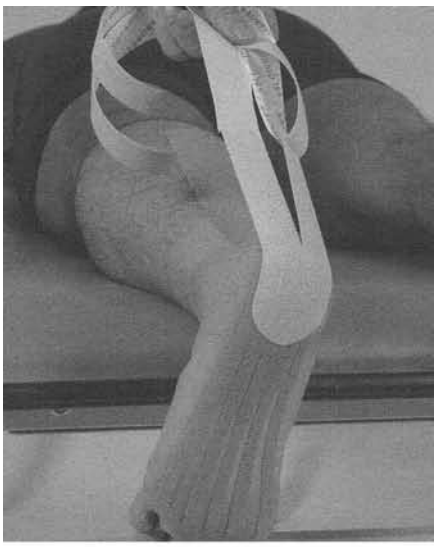


Выполните кинезиотейпинг подошвенной фасции (см. предыдущий раздел)

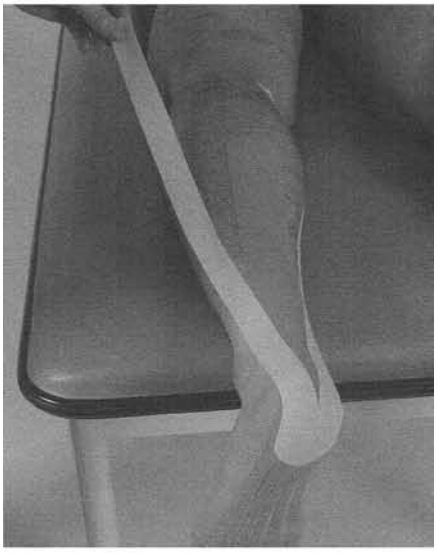


Стопа в положении тыльного сгибания. Одной рукой фиксируйте участок полоски, наклеенный в проекции пяточной кости. Используя технику сухожильной коррекции с 25-50% натяжением наклейте полоску на ахиллово сухожилие. В области сухожильно-мышечного перехода снизьте давление до 25%. Конец полоски наклейте без натяжения.

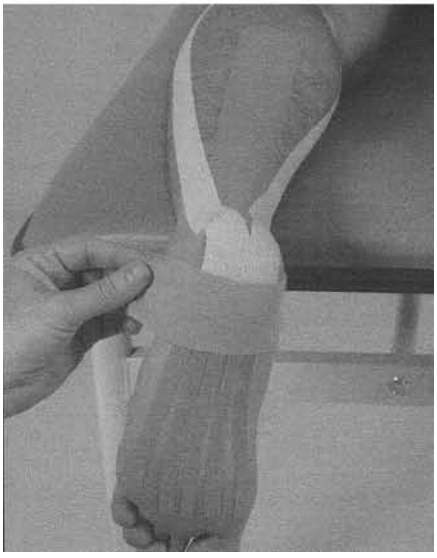




Основание Y-образной полоски наклейте на подошвенную сторону стопы слегка кпереди от пяточной кости.



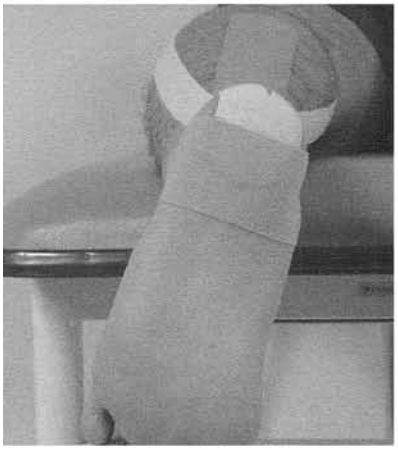
Стопа в положении тыльного сгибания. Медиальный «хвост» с 25-50% натяжением клеится вокруг медиальной головки икроножной мышцы (направление коррекции – от места прикрепления к началу). Если при клиническом обследовании выявлена мышечная слабость – направление коррекции обратное: от начала к месту прикрепления.



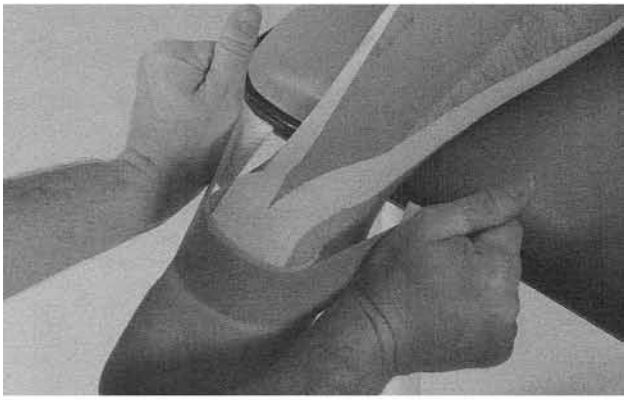
Третья полоска клеится на подошвенную поверхность стопы для упрочения фиксации второй (Y-образной). Она не несёт самостоятельной функциональной нагрузки.
Для этой аппликации можно пользоваться влагоустойчивым пластырем.

Вид законченного кинезиотейпинга при тендините ахиллова сухожилия в сочетании с плантарным фасциитом.

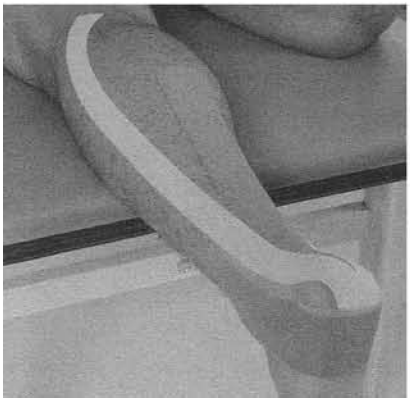
Аппликация при хроническом тендините ахиллова сухожилия.



Вариант: использование механической коррекции по нижней поверхности пяточной кости.
Приведите стопу в нейтральное положение и приклейте середину 6-8 дюймовой i-образной полоски в месте начала подошвенной фасции. Создайте на ней 50-75% натяжение, стремясь как бы «приподнять» пяточную кость в суставе.

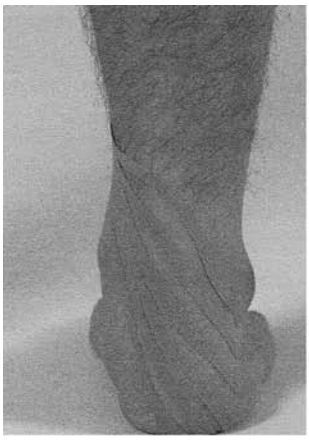


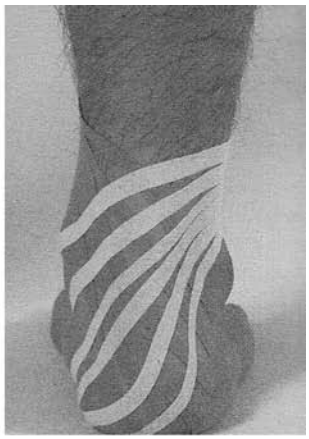
Попросите пациента выполнить подошвенное сгибание и наклейте концы полоски без натяжения

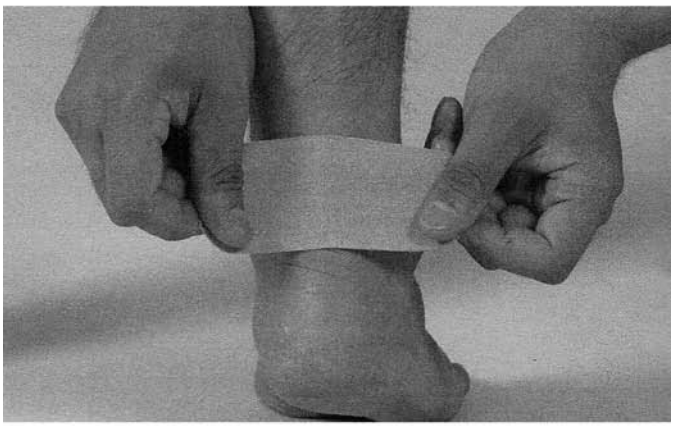


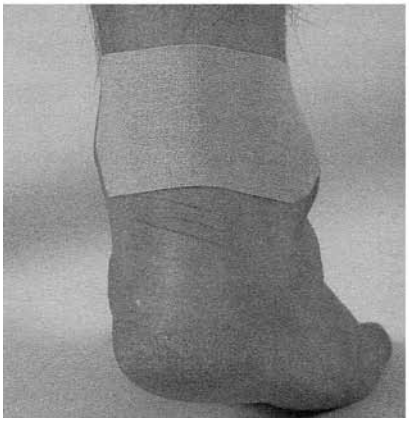
ПОЗАДИПЯТОЧНЫЙ БУРСИТ

Это воспаление сумки ,расположенной между ахилловым сухожилием в месте его прикрепления и пяточной костью. Такую воспалительную реакцию может вызвать неудобная обувь.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк.









ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ

В острую фазу лечение боли, отёка, воспаления выполняется с использованием техники лимфатической коррекции двумя веерообразными полосками.
Основание первой веерообразной полоски наклеивается на 3-4 дюйма выше и медиальнее позадипяточной сумки. «Хвосты» наклеиваются под углом 45° в нижнелатеральном направлении.
Основание второй веерообразной полоски наклеивается на 3-4 дюйма выше и латеральнее позадипяточной сумки, а «хвосты» под углом в 45° – в нижнемедиальном направлении с 25% натяжением. «Хвосты» полосок должны взаимно пересекаться в зоне воспаления.

КИНЕЗИОТЕЙПИНГ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

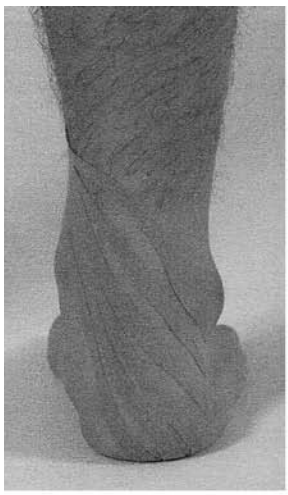
Используйте послабляющую технику в борьбе с отёком.
Надорвите бумажное основание по центру 4-6дюймовой i-образной полоски. Создайте в её средней части 25-50% натяжение, наклейте натянутую часть непосредственно на воспалённую сумку.

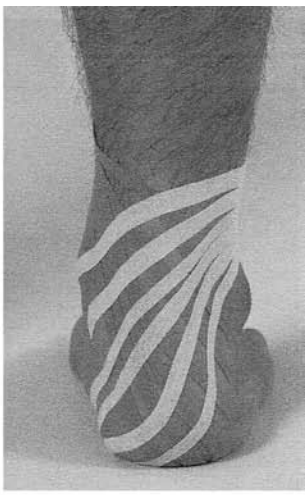
Наклейте концы i-образной полоски без натяжения. Эта техника имеет вертикальный и горизонтальный варианты исполнения.

СИНДРОМ SEVES ИЛИ АПОФИЗИТ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Синдром Seves это воспаление места прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости. Это место по сути является тракционным эпифизом. Воспаление может повлечь частичную авульсию эпифиза или вызвать его дегенеративные изменения из-за нарушений микроциркуляции.
Кинезиотейпинг позволяет уменьшить боль и отёк. Существует две основные техники кинезиотейпинга в этой ситуации и при безрезультативности одной, вторая может оказаться эффективной.

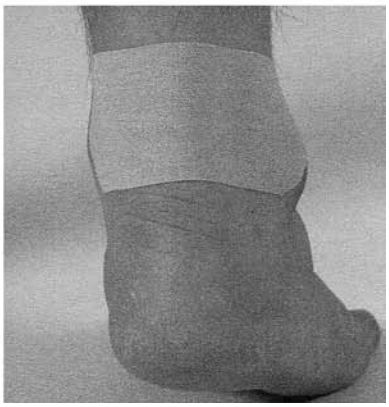
В острой фазе специалист может использовать технику лимфатической коррекции в зоне воспаления.
На фото:
Аппликация веерообразной полоски с основанием на верхне-медиальной части пяточного апофиза и «хвостами» в нижне-латеральном направлении.
На фото справа:
Аппликация веерообразной полоски с основанием на верхне-латеральной части пяточного апофиза и «хвостами» в нижне-медиальном направлении.





Для купирования болевого синдрома оправдано использование техники механической коррекции.
Нога в положении разгибания в коленном суставе с тыльным сгибанием стопы. Надорвите бумажное основание 4-6 дюймовой i-образной полоски посередине. Удерживая оба конца руками, создав 50-75% натяжение в центральной части полоски, с давлением кнутри наклейте ее на место прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости.

Не меняя положения ноги наклейте концы полоски без натяжения.
Механическая коррекция может быть выполнена первой, а поверх её – лимфатическая. По мере улучшения состояния пациента можно оставить одну из них.



РАСТЯЖЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНЫХ СВЯЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Имеются ввиду прежде всего растяжения передней таранномалоберцовой, пяточномалоберцовой и задней таранномалоберцовой связок, как наиболее частые повреждения (до 90% всех случаев). Самая повреждаемая связка – передняя таранномалоберцовая.

Лечение таких травм сводится к уменьшению боли и отека, сохранению силы мышц, проприоцептивной стимуляции и профилактическому тейпингу для предотвращения рецидивов. В остром периоде (24-72 часа) главное – борьба с отеком, в подостром – возвращение пациента к нормальному уровню физической активности.

Острая фаза (0-24 часа).

Покой, лед, бандаж (давящая повязка), возвышенное положение.

Костыли: с обязательным инструктажем.

Электростимуляция: первые 24 часа: микротоки 0,3 Гц в течение 10 минут, затем 1 Гц – 10-20 минут. Кинезиотейпинг: передняя, задняя, медиальная и латеральная вееробразные полоски для лимфатической коррекции.

Инструктаж пациента: пациента отправляют домой на костылях, с бандажом или эластической повязкой и, если показано, после приема анальгетиков. Дома пациент должен держать ногу в возвышенном положении и прикладывать лед к месту повреждения в течение 20 минут каждый час. Если давящая повязка или возвышенное положение усугубляют боль, пациент должен пользоваться ими периодически. Пациент может и должен совершать плавные движения в голеностопном суставе в свободном от боли диапазоне, шевелить пальцами на поврежденной ноге. На время сна рекомендуется компрессионный чулок (бандаж), начинающийся ниже колена и выходящий за пределы большого пальца поврежденной ноги. (TUBIGRIR или Tetra Grip).

Острая фаза (24-72 часа).

Электростимуляция: начиная с 24 часов после травмы: интерференционная или Pre-mod с частотой 80-150 Гц.

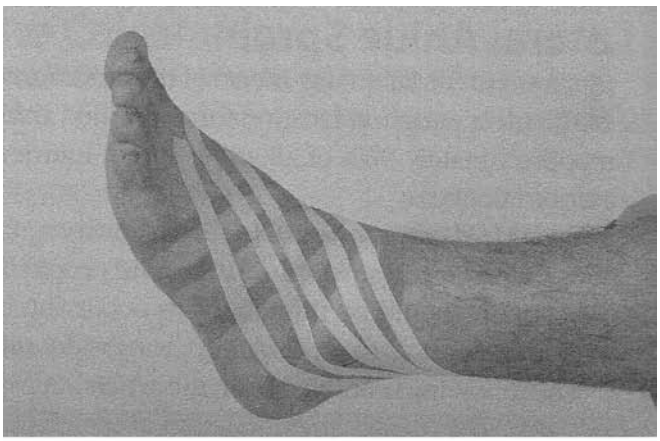
Массаж по поводу лимфедемы нижней конечности: 10 минут – передняя поверхность, 5-10 минут – задняя, 5-10 минут – передняя.

Объем движений: активное до предела переносимости боли тыльное и подошвенное сгибание стопы 3 х 12; при подворачивании ноги внутрь или кнаружи – активные движения в противоположном направлении.

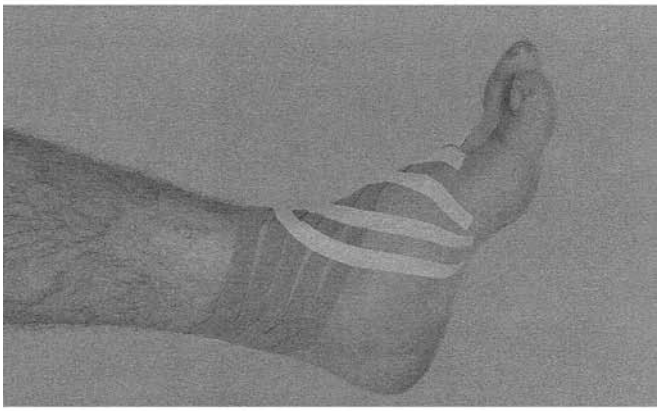
Бассейн: холодная вода, не снимая эластической компрессионной повязки – 10-20 минут.

Острая (0-72 часа) фаза лечения растяжения латеральных связок голеностопного сустава.

Вид сбоку: техника лимфатической коррекции.



Вид с внутренней стороны: техника лимфатической коррекции на передней, задней, латеральной и медиальной поверхностях голени и стопы.

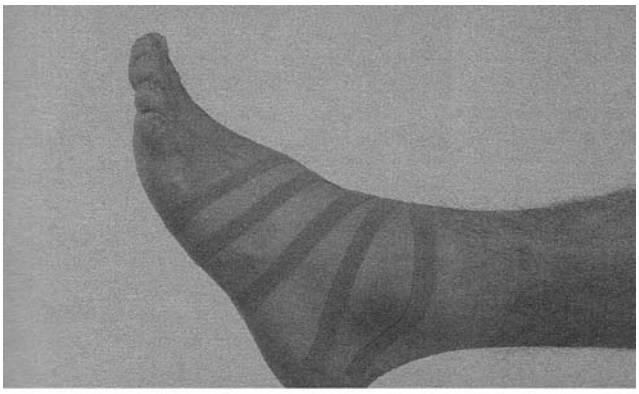


Адекватная компрессионная повязка поверх наложенной латеральной лодыжки – U-образно уложенный трубчатый бинт.

Подострая фаза. Электростимуляция – по показаниям.

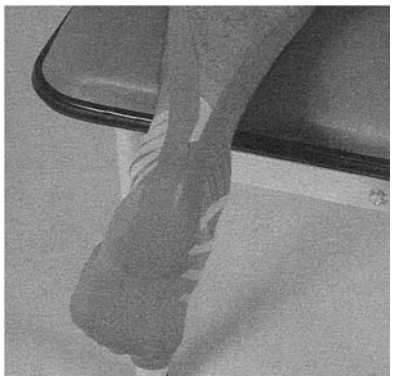
Массаж по поводу лимфедемы нижней конечности – 5-20 минут – передняя поверхность, 5-20 минут – задняя.
Кинезиотейпинг: если отечность исчезла, можно ограничиться передней веерообразной полоской для лимфатической коррекции.
Контрастный бассейн. Вначале из холодной воды в теплую. Начните с 4 минут в холодной воду и 1 минуты в горячей, повторите цикл 5 раз и закончите в холодной. По мере уменьшения отека: 3 минуты холодная, 2 горячая, затем 2,5 – холодная – 2,5 – горячая, затем 3 горячая и 2 – холодная и , наконец 4 горячая и 1 – холодная вода.

Каждый из водных лечебных циклов выполняется 1-2 дня. Общее правило: по мере уменьшения отека – больше времени проводить в горячей воде.
Объем движений: так же как в острой фазе.Вращение по и против часовой стрелки, тыльное и подошвенное сгибание, подворачивание стопы.
Система упражнений:
– с учетом переносимости
3 х 20 тыльных сгибаний стопы.
3 х 20 тыльных сгибаний с наружной ротацией
3 х 20 тыльных сгибаний с внутренней ротацией (только при наружном подворачивании стопы)
3 х 20 подошвенных сгибаний стопы
3 х 20 подошвенных сгибаний стопы с ротацией бедра кнутри
3 х 20 подошвенных сгибаний стопы с ротацией бедра кнаружи.
– 3 минуты стояния на доске с возрастающим углом наклона для растяжения мышц заднего компартмента (икроножной, камбаловидной), которые укорачиваются от обездвиживания.
Стабилизация: опираться на большой палец поврежденной ноги в течение 3 минут.
Сердечно-сосудистый тренинг: минимум 30 минут в сутки.
Кинезиотейпинг мышц, исходя из механизма травмы и выявленной мышечной слабости.



Подострый период.

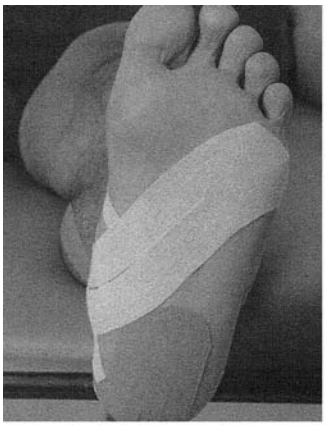
Выполняется лимфатическая коррекция по латеральной поверхности стопы.

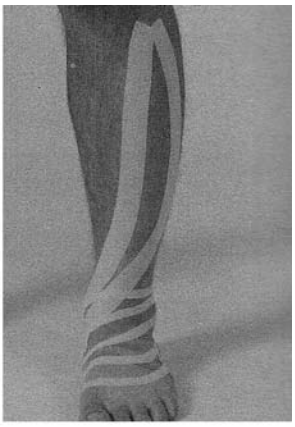


Подострый период.

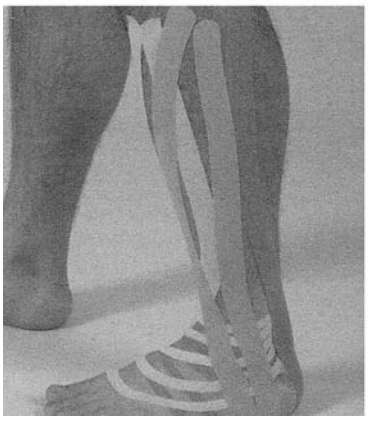
Тейпинг икроножной мышцы для облегчения подошвенного сгибания стопы и борьбы со слабостью мышцы. По мере улучшения состояния пациента может быть дополнен сухожильной коррекцией ахиллова сухожилия, для ее большего облегчения подошвенного сгибания.

Кинезиотейпинг передней большеберцовой мышцы для облегчения тыльного сгибания и борьбы со слабостью мышцы.



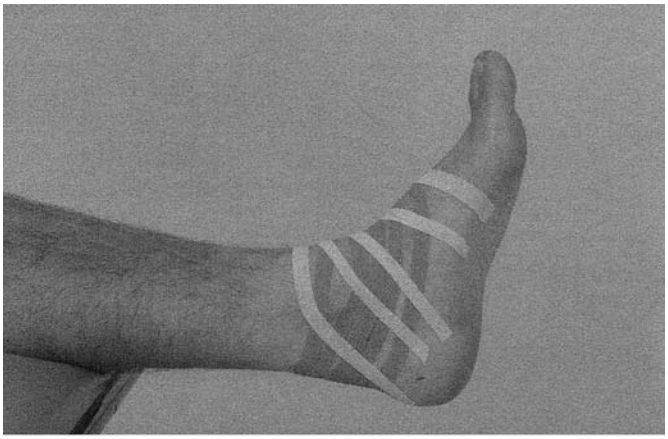


Кинезиотейпинг длинной и короткой малоберцовых мышц для облегчения выворачивания стопы и борьбы с мышечной слабостью.

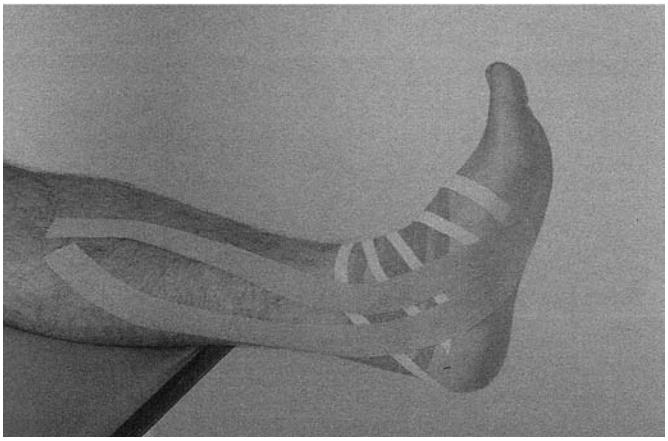


РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Чаще повреждается дельтовидная связка при выворачивании стопы.
Лечение в острой фазе состоит в уменьшении отека, поддержании силы мышц, проприоцентивной стимуляции и профилактическом тейпинге для борьбы с рецидивами.
Утрата медиальной продольной дуги часто сочетается с растяжением дельтовидной связки.



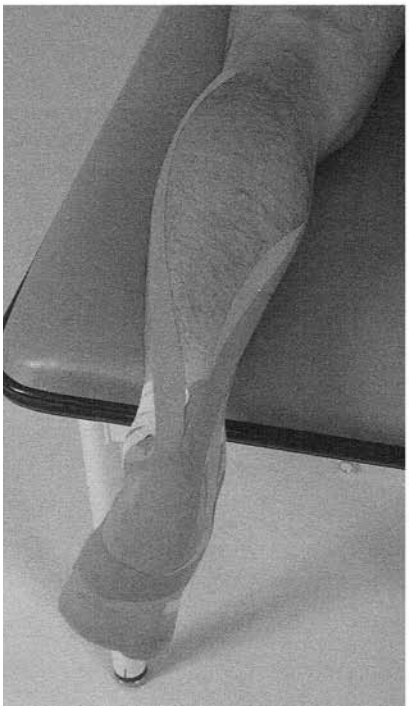
Используйте технику лимфатической коррекции на медиальной поверхности голеностопного сустава.



Выполните кинезиотейпинг задней большеберцовой мышцы, чтобы предупредить развитие ее слабости.

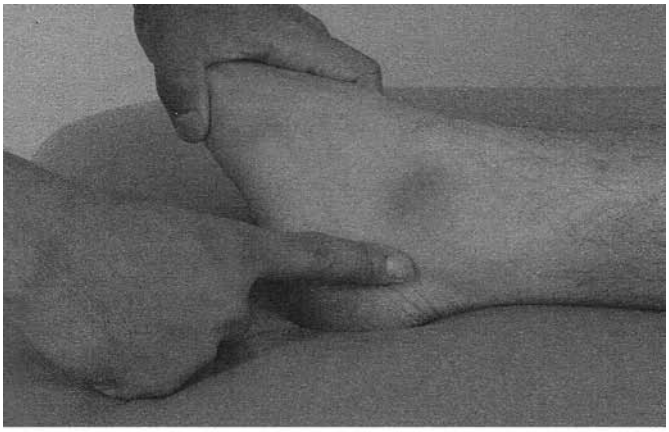
Используются две модификации кинезиотейпинга.
1. Выполняется аппликация в проекции плюсневой дуги для поддержвания ее стабильности.

2. Выполняется кинезиотейпинг как при тендините ахиллова сухожилия с целью профилактики развития контрактур, вследствие иммобилизации в острую фазу.

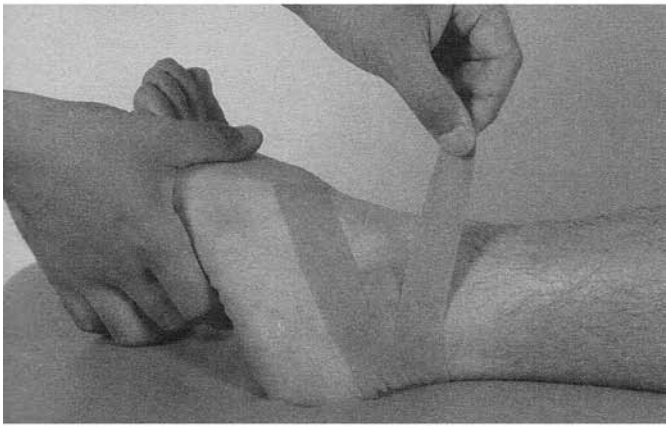


ПОДВЫВИХ СУХОЖИЛИЙ, В ОБЛАСТИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Речь идет о сухожилиях длинной и короткой малоберцовых мышц, повреждающихся при подворачивании стопы. Их сухожилия проходят в общей бороздке позади латеральной лодыжки и удерживаются в ней так называемым малоберцовым удерживателем (связка), который может повреждаться на фоне травмы (подворачивание стопы).
Кинезиотейпинг в этой ситуации подразумевает механическую коррекцию для предотвращения смещения этих сухожилий из бороздки.



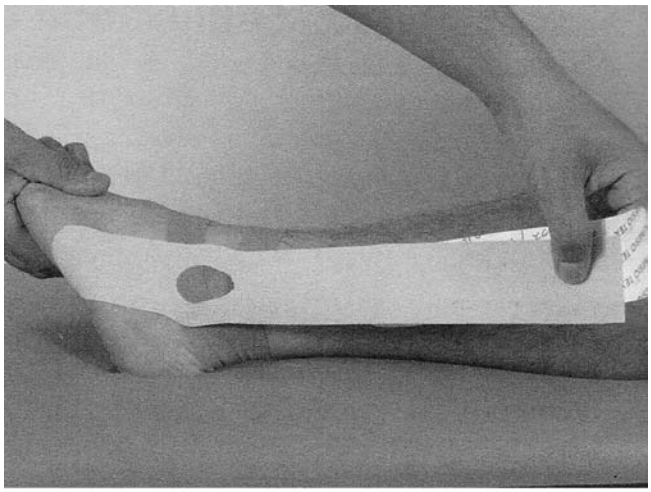
До аппликации стопа приводится в положение тыльного сгибания и наружного выворачивания. Просите пациента удерживать ее в таком положении. Положите руку в проекции прохождения этих сухожилий в бороздки позади латеральной лодыжки. Выполните подошвенное сгибание с подворачивающим движением для того, чтобы рукой ощутить момент дислокации сухожилий.
Приклейте основание Y-образной полоски на переднюю поверхность латеральной лодыжки без натяжения (кпереди от дислоцированных сухожилий). Попросите пациента вернуть стопу в состояние тыльного сгибания и наружного выворачивания.



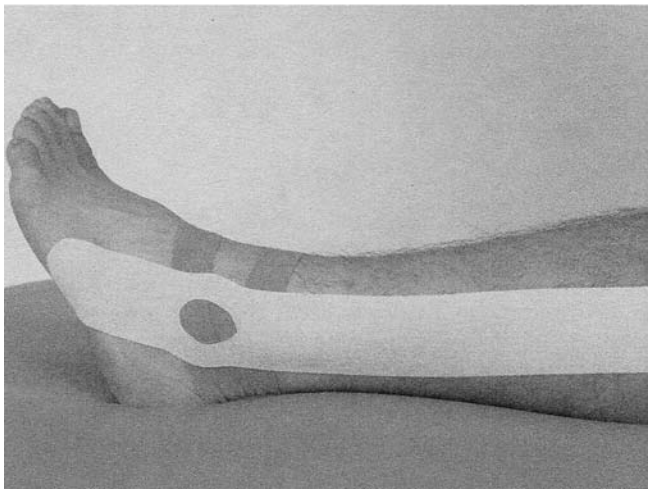
Создайте на полоске 15% натяжение вплоть до определенного выше места дислокации сухожилий. В этом месте используйте технику механической коррекции с 50-75% натяжением на «хвостах». Последний дюйм обоих «хвостов» наклеивается без натяжения.

Верхний «хвост» наклеивается чуть выше, а нижний – чуть ниже места дислокации сухожилий. Конец нижнего «хвоста» (1 дюйм) наклеивается без натяжения.

Вариант использования послабляющей коррекции в острой фазе подвывиха сухожилий для борьбы с отеком или при хроническом процессе. На фото – техника аппликации i-образной полоской с отверстием для латеральной лодыжки, начинающейся у основания 5-й плюсневой кости. Начало полоски наклеивается без натяжения.



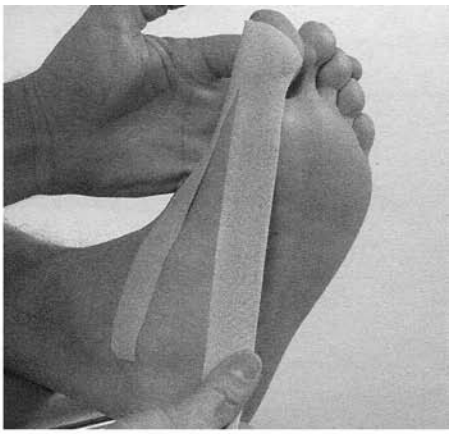
Попросите пациента выполнить подошвенное сгибание стопы и подвернуть ее вовнутрь. В области повреждения создайте 25-50% натяжение на полоске, по прошествии зоны повреждения, полоска наклеивается с 25% натяжением; концы – без натяжения.



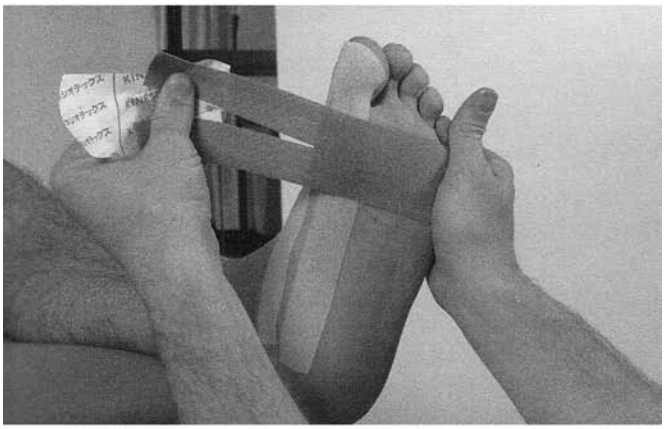
HALLUX VALGUS

Зачастую эта деформация связана с ношением неудобной обуви. Очевидна деформация первой плюсневой кости с отклонением ее кнаружи. Некоторые авторы ссылаются на наследственный характер этой деформации. Чаще она встречается у женщин, чем у мужчин.
Кинезиотейпинг используется для коррекции положения большого пальца за счет эластических свойств пластыря, а также для купирования болевого и отечного синдромов.
Эффект от использования методики наступает через недели и месяцы ношения аппликации.

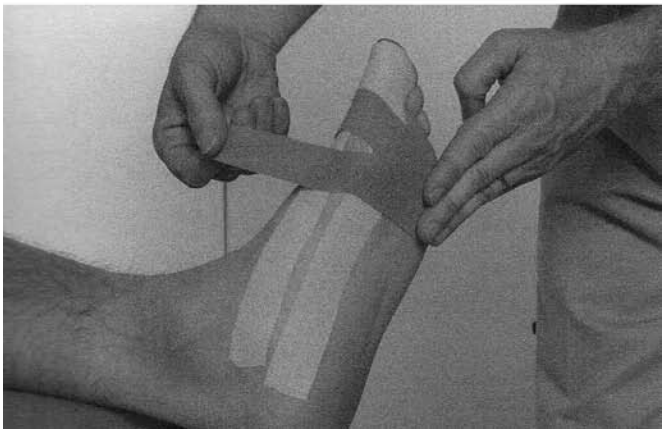
ВАРИАНТ 1:



Основание Y-образной полоски наклеивается на большой палец так, чтобы начало прорези в ней находилось на уровне плюснефалангового сустава. Создайте на полоске 25-50% натяжение в варусном направлении и наклейте нижний «хвост» слегка ниже проекции 1-й плюсневой кости. Второй «хвост» наклеивается с аналогичным натяжением выше первого.
Методику можно модифицировать, используя 2 i-образные полоски шириной 1 дюйм вместо одной 2-х-дюймовой Y-образной.

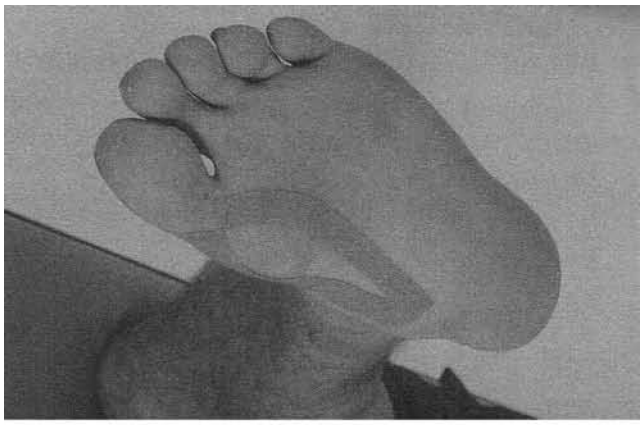


Наклейте основание второй Y-образной полоски на подошвенную поверхность стопы в проекции плюсне-фаланговых суставов без натяжения.

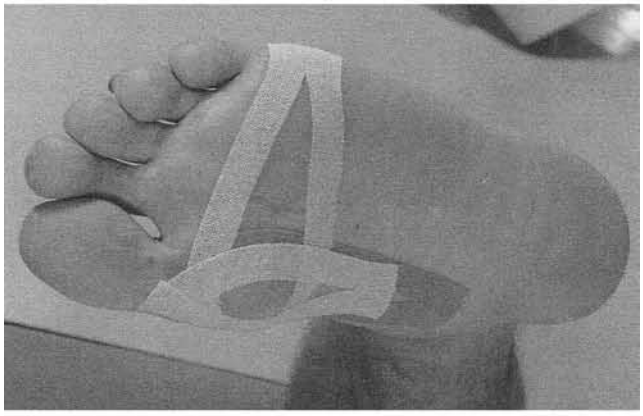


Наклейте «хвосты» полоски, используя технику механической коррекции с 50-75% натяжением по обе стороны 1-го плюснефалангового сустава. Степень натяжения определяется специалистом.

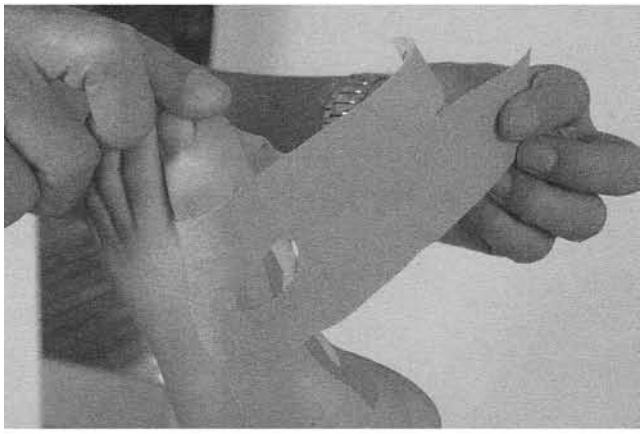
Начните с наклеивания основания Y-образной полоски в проекции таранно-ладьевидного сустава без натяжения. Верхний «хвост», используя технику механической коррекции, с 25-50% натяжением, наклейте по направлению и на внутреннюю поверхность первого плюсне-фалангового сустава, как бы осуществляя его тракцию в варусном направлении. Нижний «хвост» с аналогичным натяжением наклеивается по направлению и на нижнюю поверхность первого плюснефалангового сустава, осуществляя его тракцию в подошвенном направлении.



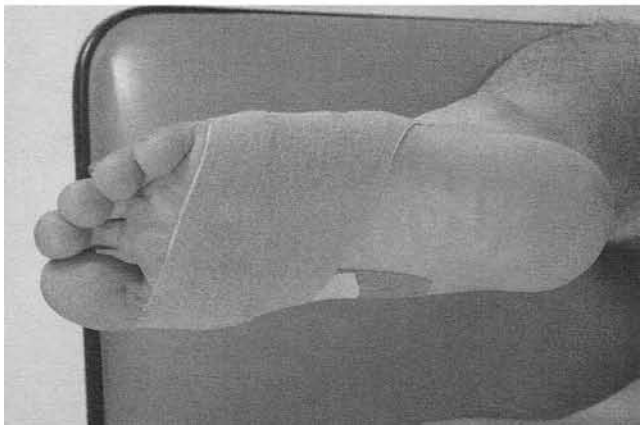
Основание второй Y-образной полоски наклеивается в проекции латерального края головки пятой плюсневой кости. «Хвосты» наклеиваются, как показано на фото, с использованием техники механической коррекции для осуществления тракции первого плюснефалангового сустава в подошвенном направлении. Еще одна Y-образная полоска меньшего размера может быть наклеена по ходу первой, дублируя ее функцию.



Следующая полоска для аппликации имеет отверстие для первого плюсне-фалангового сустава на одном конце, а другой ее конец на длину 1,5 дюйма разрезается на 2-3 «хвоста». Эта аппликация должна коррегировать ротационный компонент hallux valgus. Отверстие в полоске наклеивается на первый плюснефаланговый сустав с использованием техники механической коррекции. Специалист может дополнить эту коррекцию, используя подошвенное сгибание и отводящие усиление в сочетании с 50-70% натяжением.

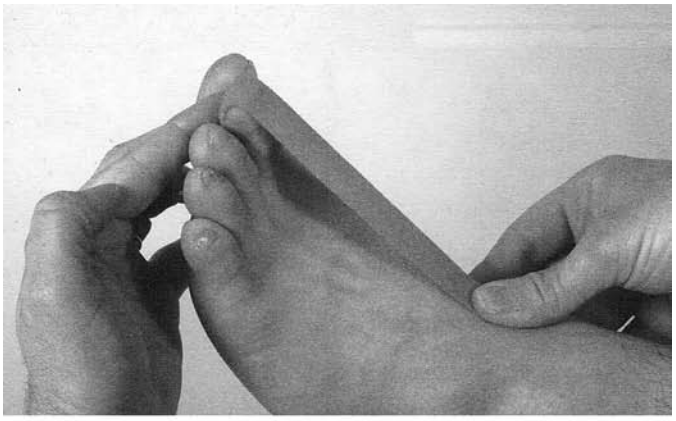


Приклейте оставшуюся часть полоски с отверстием практически без натяжения.



МОЛОТООБРАЗНЫЙ ПАЛЕЦ СТОПЫ

Представляет собой либо врожденную аномалию, либо результат ношения неудобной обуви. Наиболее часто поражаются второй и третий пальцы стопы. Если поражаются более одного пальца, то говорят о клешневидной стопе. При этом состоянии есть укорочение сухожилий сгибателей, а сухожилия разгибателей – перерастянуты. Кинезиотейпинг уменьшит боль и отек и ограничит сгибание фаланг.



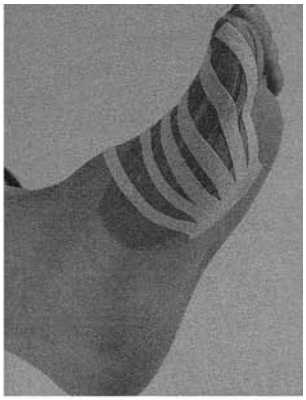
Используя технику функциональной коррекции, ограничте сгибание дистальных фаланг. Начните с определения длины полоски. Она равна расстоянию от подошвенной поверхности дистальной фаланги через ногтевую пластинку до плюсне-фалангового сустава деформированного пальцы. Начиная аппликацию, оклейте концом i-образной полоски дистальную фалангу деформированного пальца, начиная с подошвенной поверхности, без натяжения.

Одной рукой фиксируйте уже оклеенную пластырем фалангу. Максимально согните деформированный палец. Наклейте полоску, на которой создано 75-100% натяжение на тыльную поверхность деформированного пальца. Поддерживайте натяжение, пока аппликация не дойдет до точки на 1 дюйм ниже плюснефалангового сустава. Конец полоски (1 дюйм) наклейте без натяжения.

Можно наклеить и вторую полоску для функциональной коррекции, в зависимости от размеров пациента и желаемой степени ограничения движений.
Наложите две фиксирующие циркулярные полоски– на дистальную фалангу деформированного пальца и по возможности ближе к плюснефаланговому суставу. Это повышает надёжность аппликации.

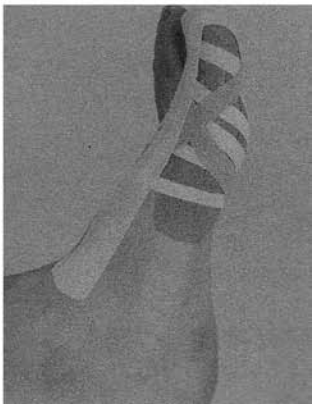
ВЫВИХИ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ

Частая травма среди физически активных людей. Прежде всего, необходимо получить врачебную консультацию.
Кинезиотейпинг позволит:уменьшить отёк и воспаление с использованием лимфатической коррекции, обеспечить стабильность связочного аппарата с использованием связочной коррекции, и ограничить объём движений с использованием функциональной коррекции.
Иногда рекомендуют ношение специальной иммобилизирующей переднюю часть ступни обуви.



Используйте технику лимфатической коррекции на тыльной и /или подошвенной стороне стопы. «Хвосты» веерообразных полосок должны взаимно пересекаться в области максимального отека и боли. Создавайте на хвостах небольшой 25% натяжение.

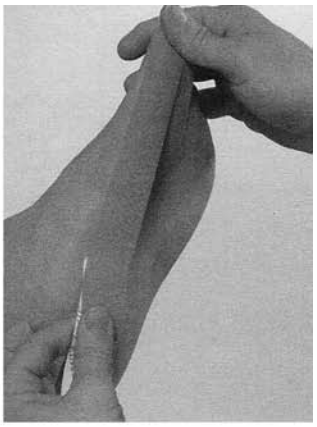
В области вывиха или перелома используйте связочную коррекцию. Если вывих произошел в тыльном направлении, выполняйте аппликацию с большим или полным натяжением пластыря с тыльной поверхности пальца. Техника коррекции предполагает аппликацию взаимно перекрещивающихся полосок (подробнее см. стр. 128).



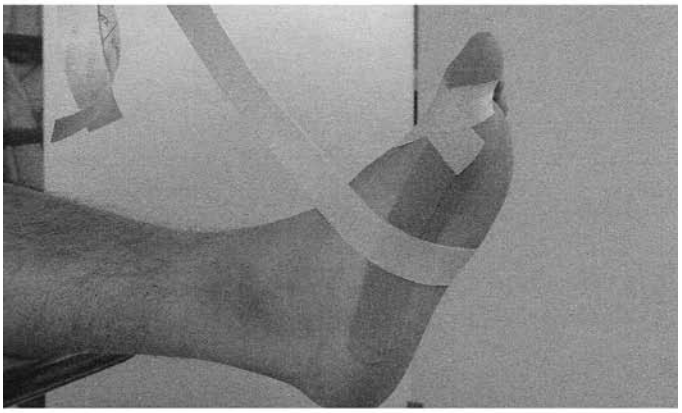
На фото слева: функциональная коррекция для ограничения сгибания пальца.
На фото справа вид законченной аппликации при вывихе пальца.
Возможно выполнение кинезиотейпинга с задействованием соседнего здорового пальца.

ПЕРЕРАЗГИБАНИЕ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ

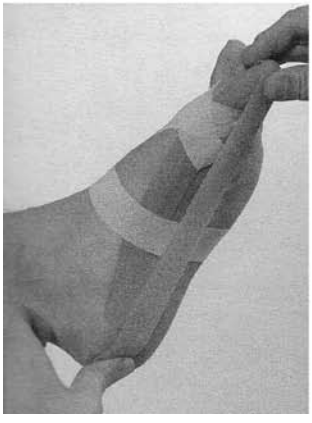
Переразгибание происходит в плюснефаланговом суставе. Эта травма может явиться результатом любого движения с переразгибанием большого пальца стопы. При обследовании обычно выявляются – боль при разгибании большого пальца, отек, изменение цвета кожных покровов над плюснефаланговым суставом. Цель кинезиотейпинга: ограничить разгибание пальца и обеспечить стабилизацию плюснефалангового сустава. Используя функциональную коррекцию, можно уменьшить боль и отек, а также ограничить движение в суставе. До выполнения тейпинга специалист определяет объем движений в суставе, отмечает точку появления болезненных ощущений при движениях. Тейпинг выполняется в положении отсутствия боли и за счет эластических свойств пластыря минимизирует движения в суставе в объеме, выходящем за точку появления болевых ощущений.

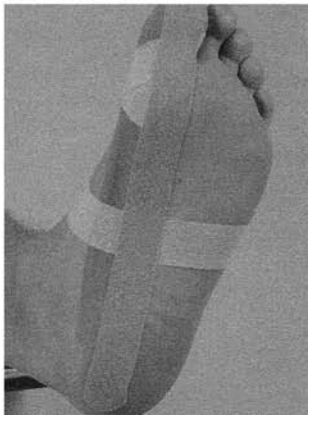


Наклейте основания i-образной полоски шириной в один дюйм на дистальную часть большого пальца стопы. Создайте на ней 50-70% натяжение и наклейте в проекции плюснефалангового сустава и ниже – на среднюю треть стопы. Может понадобиться 2-3 полоски, взаимно перекрывающие друг друга, смещаясь на медиальную поверхность плюснефалангового сустава.



Наклейте 8-образную полоску пластыря однодюймовой ширины, начиная с нижней поверхности 1-го плюснефалангового сустава (см. фото), продолжайте аппликацию по тыльной поверхности большого пальца с небольшим давлением кнутри, но не смещая палец в варусную позицию, затем над плюснефаланговым суставом и через тыл стопы, под углом – к основанию 5 плюсневой кости. Когда пластырь пересечет подошвенную поверхность стопы, направьте его под углом назад по направлению к плюснефаланговому суставу. Эта аппликация создает определенное подошвенное сгибание и стабилизирует капсулу плюснефалангового сустава.





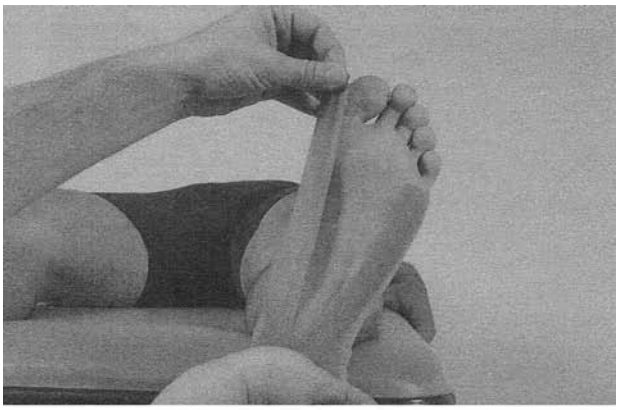
ВАРИАНТ:

Используя функциональную коррекцию, ограничьте разгибание большого пальца.

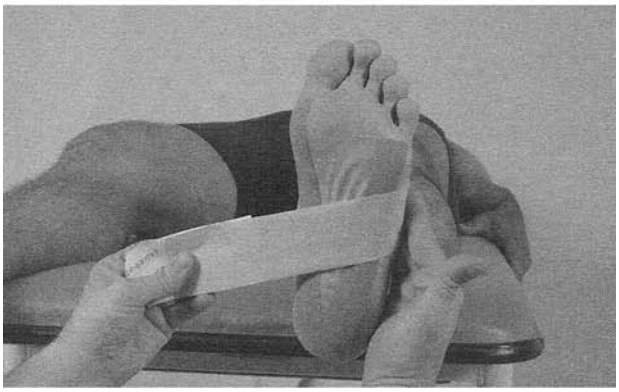
ПЛЮСНЕВАЯ ДУГА И ЕЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Располагается в проекции головок плюсневых костей и обеспечивает рассеивание нагрузки, возникающей при движении, Архитектура этой дуги может пострадать в результате острой травмы или хронической перегрузки, Если плюсневая дуга не выполняет своих функций, основная нагрузка падает на головки плюсневых костей, что приводит к образованию костных мозолей и усталостных переломов. Кинезиотейпинг предполагает использование механической коррекции для поддержания плюсневой дуги стопы. Целесообразно использовать влагостойкий пластырь для этой аппликации.

Начните с наклеивания основания Y-образной полоски ниже места начала подошвенного апоневроза без натяжения. Одной рукой фиксируйте наклеенное основание. С 50-75% натяжением наклейте первый «хвост» вдоль 1-й плюсневой кости к 1-му плюснефаланговому суставу. Последний дюйм наклеивается без натяжения. Второй «хвост», аналогично, следует в проекции 5-й плюсневой кости до 5-го плюснефалангового сустава. Убедитесь в надежности фиксации пластыря.

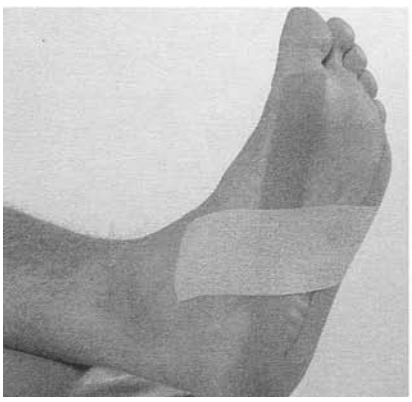


Попросите пациента расслабить ступню. Используя технику механической коррекции с 25-50% натяжением и давлением кнутри, наклеивается i-образная полоска от основания 5-й плюсневой кости к таранно-ладьевидному суставу. Степень натяжения и давления кнутри определяется специалистом и размером пациента. Иногда необходимо наложить более одной полоски.



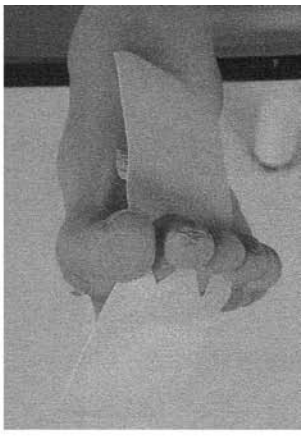
ВИД ЗАКОНЧЕННОЙ АППЛИКАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЮСНЕВОЙ ДУГИ

При правильно выполненной аппликации в проекции дуги на коже появляются «морщины».



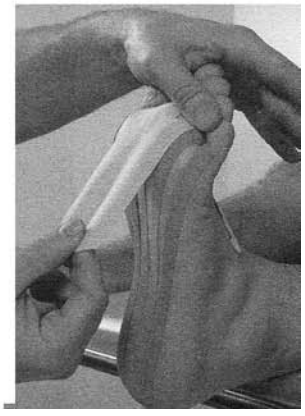
НЕВРОМА МОРТОНА

Это разрастание миелиновой оболочки межпальцевого нерва в месте его прохождения между головками ключевых костей. Нерв оказывается компремированным, в результате чего возникает онемение в соответствующей области. Наиболее частая локализация – 3-й межпальцевый нерв – между головками 3-й и 4-й плюсневых костей. Лечение состоит в разведении головок плюсневых костей и уменьшении сдавления нерва. Это достигается ношением свободной обуви, подъемом головок плюсневых костей непосредственно над областью невромы и ограничением воспалительной реакции.
Кинезиотейпинг способствует уменьшению отека и воспаления.



На фото слева: Вариант аппликации полоски как в случае плантарного фасциита (см. стр.190).
На фото справа: в центре i-образной полоски вырезаются отверстия для пальцев стопы. Подробнее: см. синдром карпального тоннеля (стр. 111).

Наклейте конец полоски с 25-50% натяжением на тыльную поверхность стопы. Пальцы стопы при этом должны быть согнуты. Это обеспечит растяжение кожи, необходимое для возникновения характерной волнистости на пластыре по завершении аппликации.



Попросите пациента разогнуть пальцы на стопе и приклейте оставшуюся полоску на подошвенную поверхность стопы с 25-50% натяжением.
Возможно использование циркулярной пластырной наклейки для фиксации аппликации.

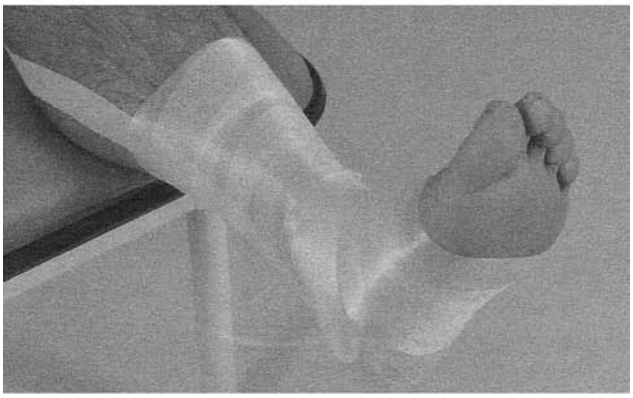
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ

РАЗДЕЛ 10

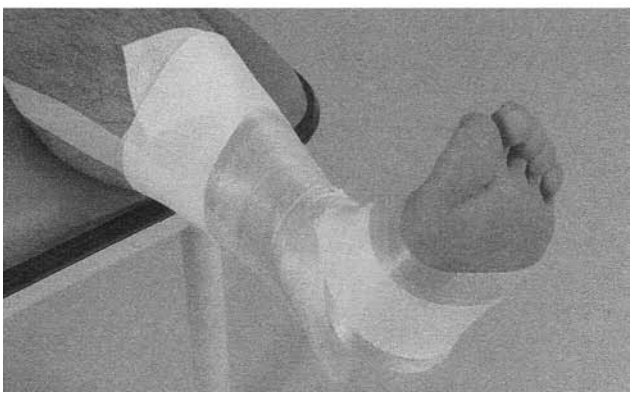
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ ТЕНДИНИТЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

Тейпинг при тендините ахиллова сухожилия комбинируется с традиционным тейпингом ахиллова сухожилия. Последний предназначен для ограничения тыльного и облегчения подошвенного сгибания стопы. Этот вид тейпинга выполняется эластическими пластырями Elastoplast или Elastikon. Фиксирующие полоски накладываются более тонким пластырем (Lightplast или SheerLight). Традиционный тейпинг ахиллова сухожилия целесообразен на фоне физической активности – в остальное время достаточно, обычно, кинезиотейпинга, на который можно перейти, как на единственно необходимый, через несколько дней по мере улучшения состояния пациента.

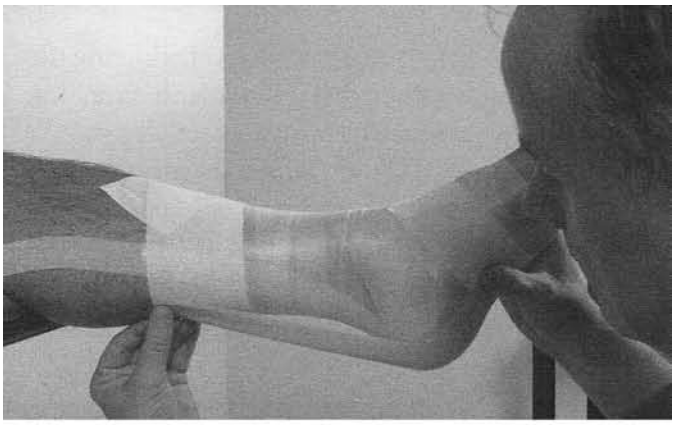
Вид законченной аппликации при тендините ахиллова сухожилия (подробнее см. стр. 192).



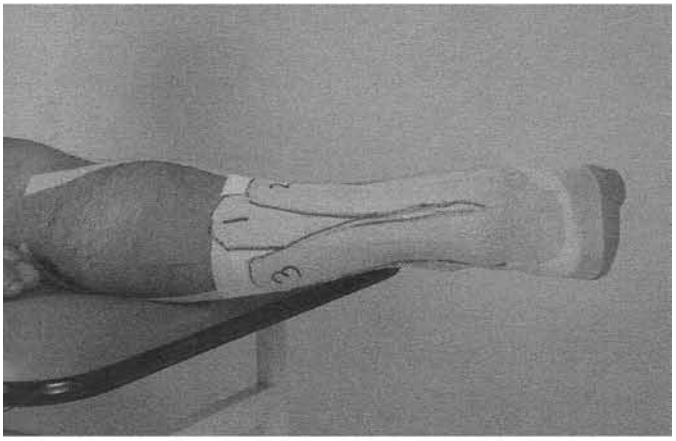
Стопа исходна в нейтральном положении. Попросите пациента начать выполнять тыльное сгибание стопы до момента появления боли. Тейпинг лучше выполнить в положении стопы, не доходящем до точки появления болевых ощущений. Подложите специальные подушечки под пятку и на переднюю поверхность голени в месте перехода ее в стопу для минимизации трения и прификсируйте их. Поверх выполняется кинезиотейпинг.



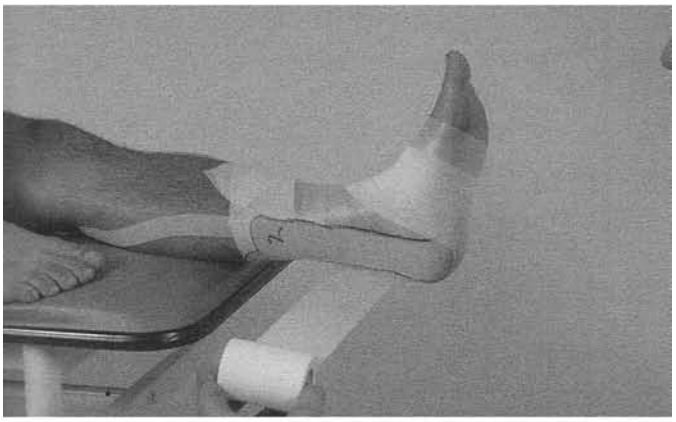
Наложите фиксирующие циркулярные повязки как на подошвенную поверхность стопы, так и в месте мышечно-сухожильного перехода икроножной мышцы. Используйте для фиксирующих циркулярных повязок эластичный пластырь, удлиняющийся по мере сокращения мышц. Если пластырь не эластичен, повязка не должна быть циркулярной.



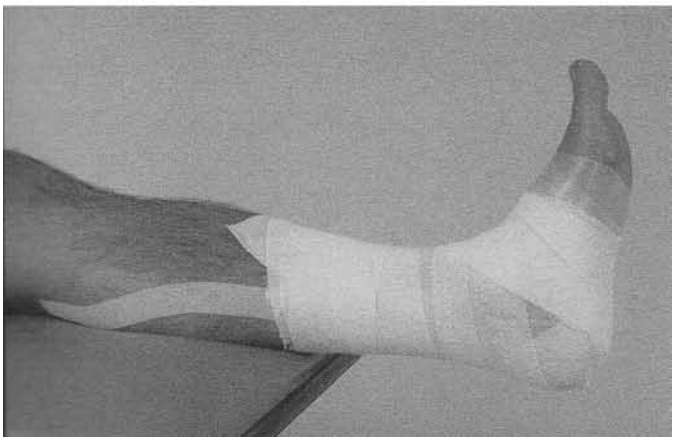
Используйте эластичный пластырь Elastoplast или Elastikon. Наклейте один его конец на циркулярную фиксирующую повязку на подошвенной поверхности стопы. Попросите пациента расслабить ступню. Создайте на пластыре натяжение, вызывая подошвенное сгибание стопы. Степень натяжения определяется исходя из необходимости сохранить определенную степень (до появления боли) тыльного сгибания у физически активных пациентов. Другой конец пластыря приклейте к циркулярной фиксирующей полоске в области мышечно-сухожильного перехода икроножной мышцы.



Повторите описанную выше аппликацию 2-3 раза, в зависимости от размера пациента. Иногда приходится использовать пластырь 3-дюймовой ширины.



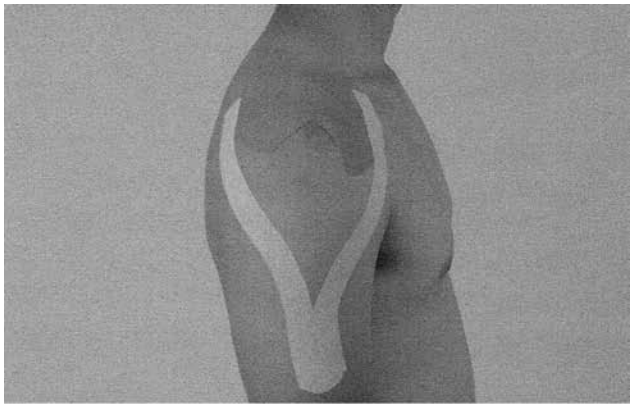
Попросите пациента привести стопу в нейтральное положение и, используя тонкий эластичный пластырь (Lightplast или Sheerlight) оклейте (циркулярно) всю выполненную аппликацию. Если с этой целью используется неэластичный пластырь, он накладывается на 1/2 длины окружности.



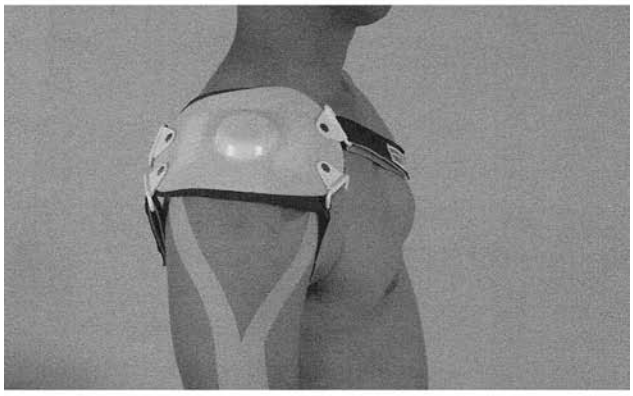
Законченный вид комбинированной аппликации: кинезиотейпинг при тендините ахиллова сухожилия с традиционным тейпингом ахиллова сухожилия.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ КЛЮЧИЧНО-АКРОМИАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

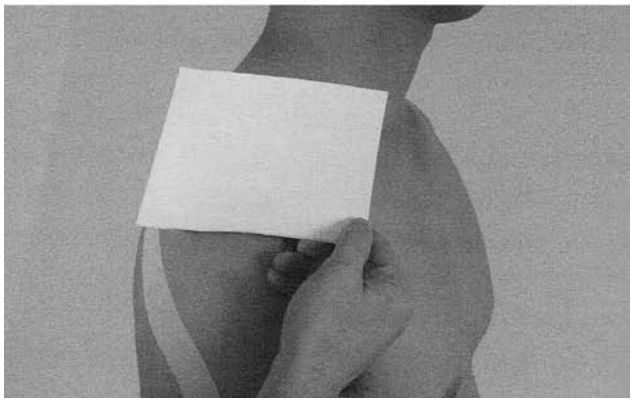
Сочетает кинезиотейпинг ключично-акромиального сустава с его наружной протекцией. Последний специалист, обычно, прибегает после использования кинезиотейпинга в течение периода реабилитации. Наружная протекция сустава выполняется с использованием специальной подушки, в которой изготовителем предусмотрено отверстие или приподнятый участок для ключично-акромиального сочленения. Вторым вариантом протекции является использование специальной накладки из термопластика с отверстием или подушечкой для ключично-акромиального сочленения. И та и другая конструкции должны определенным образом фиксироваться на теле, это осуществляется с использованием пластыря Kinesio TexR Tape или более толстого эластичного пластыря (Elastikon или Elastoplast).



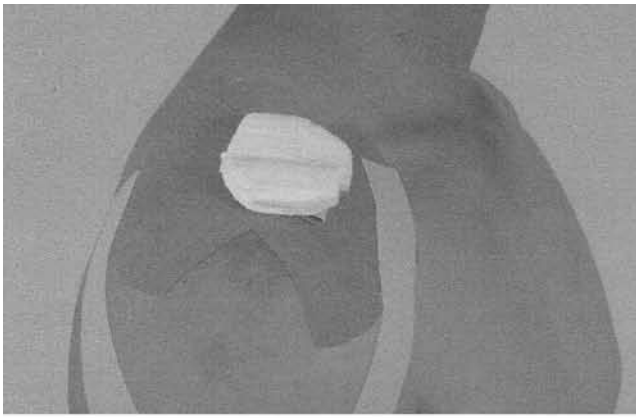
Законченный вид кинезиотейпинга ключично-акромиального сочленения (подробнее см. стр. 63).



Наложение защитной подушки на ключично-акромиальный сустав. Этот вариант изделия предусматривает ремни для фиксации.

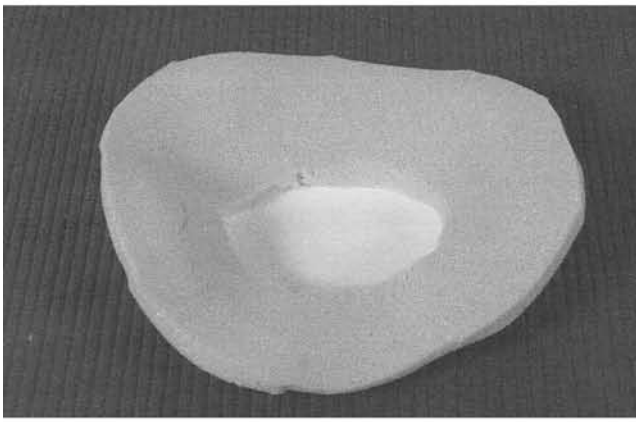


При работе с термопластовой защитой сустава, надо вырезать кусок материала, заведомо большей площади, чем это необходимо и обработать его, предусмотренным инструкцией, источником тепла для размягчения.



Непосредственно на место проекции сустава нанесите пену слоем в 1/2 дюйма.

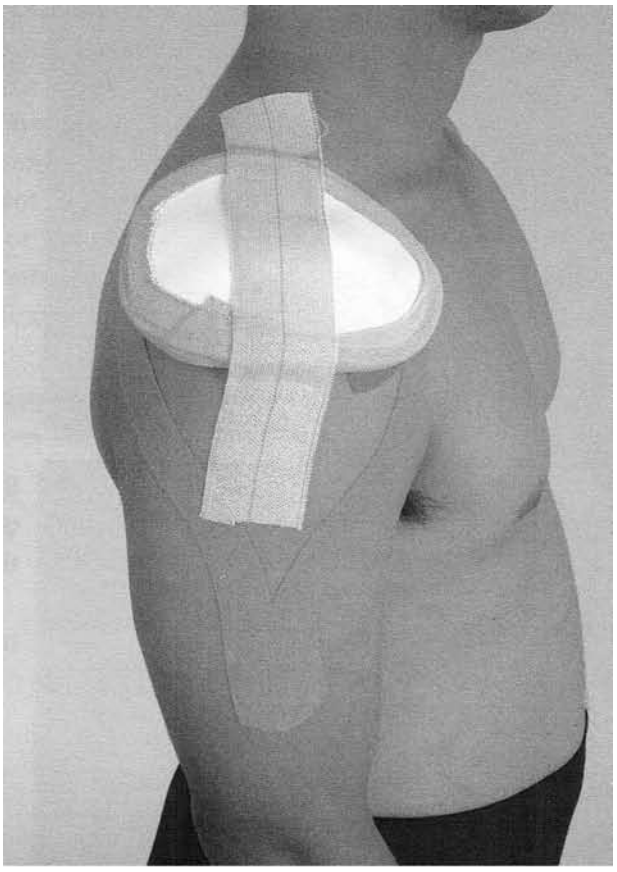
Центральную часть термопласта поместите на пену и, прилагая давление по всей его поверхности, сделайте так, чтобы он полностью повторил рельеф тела. Напомним, что оказываемое давление не должно быть слишком большим.



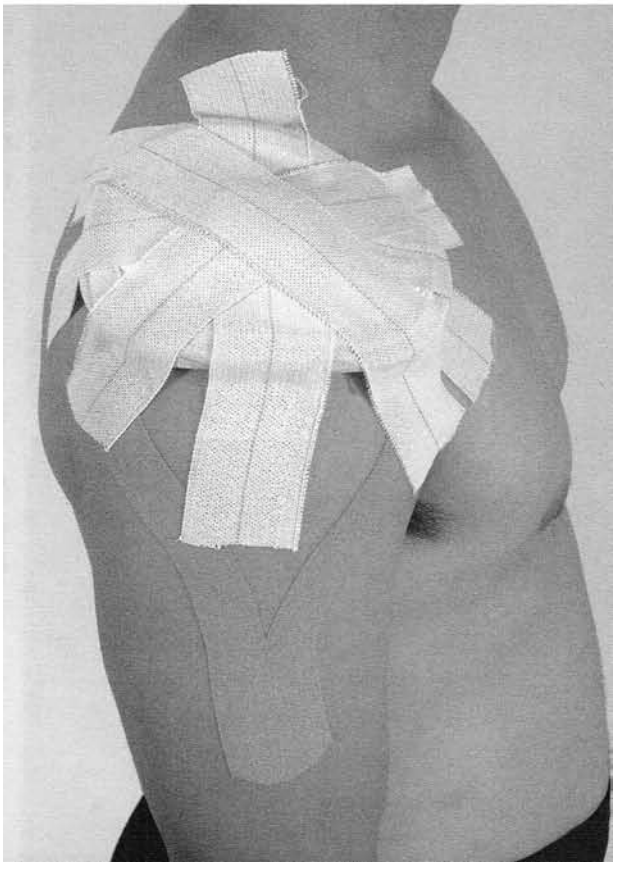
В образовавшуюся в термопласте лунку, поместите 1/2 дюймовый слой пены, убедившись, что осталось место для пены, нанесенной ранее на кожу.

Пластырем скрепите пену и термопласт.

Надежно прикрепите термопласт к коже с помощью пластыря, во избежание его миграции на фоне физической активности.

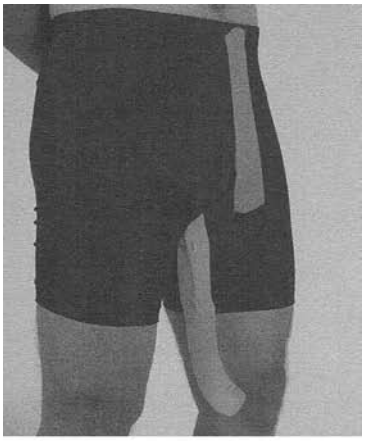


Законченный вид комбинированного тейпинга с использованием кинезиотейпинга ключично-акромиального сочленения и наружной его протекции.

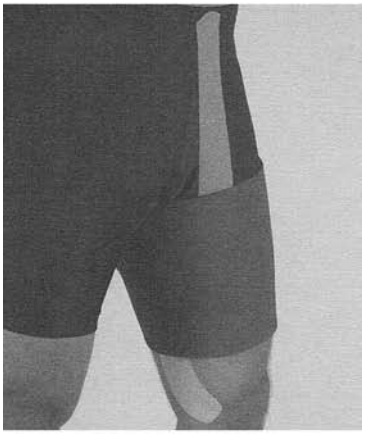


КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ РАСТЯЖЕНИИ МЫШЦ АДДУКТОРОВ БЕДРА

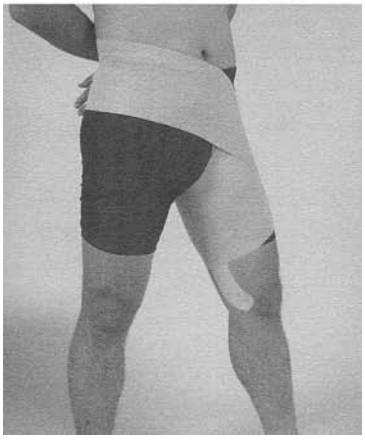
Комбинация кинезиотейпинга неопренового чулка или эластического бандажа может оказаться эффективной как при остром, так и при хроническом растяжении аддукторов бедра. Эта травма является, обычно, либо результатом перерастяжения, либо очень сильного сокращения этой группы мышц. При наличии острого воспалительного процесса и/или ослаблении мышц используйте тейпинг в направлении от места прикрепления их к началу. Если наблюдается хроническая слабость мышц – от начала к месту прикрепления.
Использование неопренового чулка или эластического бандажа поможет купировать болевой синдром.



Вид законченной аппликации при кинезиотейпинге по поводу растяжения мышц аддукторов в направлении от начала к месту прикрепления с использованием послабляющей коррекции. Подробнее см. стр. 141.



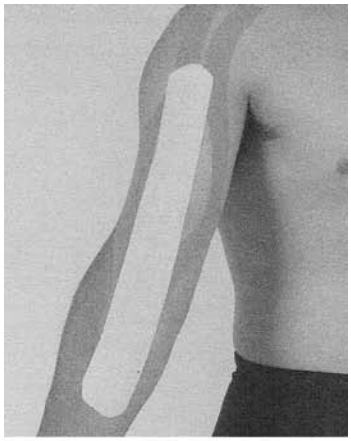
Наложение неопренового бандажа поверх кинезиотейпинга.



Наложение эластичного бинта поверх кинезиотейпинга. Бинт 6-дюймовой ширины длиной 10 ярдов. При бинтовании используйте адгезивный спрей для фиксации повязки. Начинайте бинтование с максимально отдаленного от сердца участка зоны повреждения. Не используйте слишком большое натяжение. Это создает препятствие кровотоку.

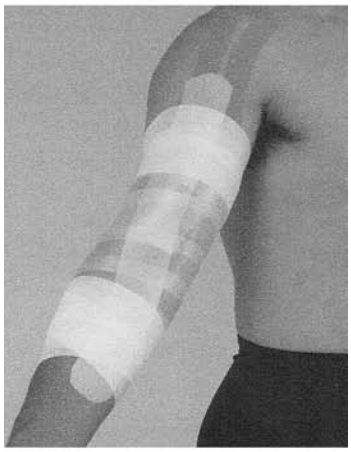
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ ПЕРЕРАЗГИБАНИИ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ

Сочетает традиционный кинезиотейпинг при этом состоянии с бинтованием обычным или эластичным бинтом (Elastikon или Elastoplast), которое используется не с целью укрепления поврежденных связок или подмены адекватной реабилитации, а с целью создания проприоцептивной стимуляции и психологического комфорта. Повязка и аппликация должны предотвращать разгибание в локтевом суставе в объеме, при котором возникают болевые ощущения. Это достигается контрольными турами пластыря в области локтевого сгиба. Выполняя тейпинг, надо не создавать препятствий для увеличения объема бицепса и мышц предплечья на фоне физической активности.

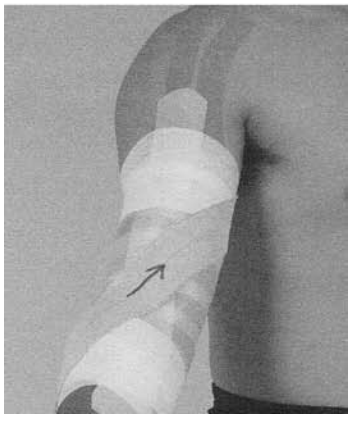


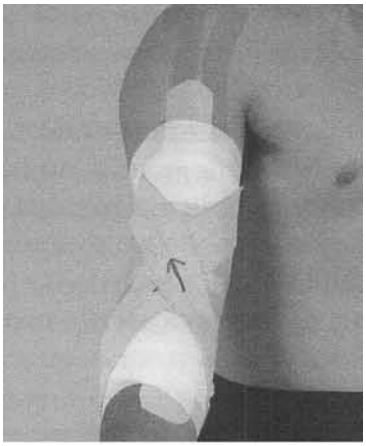
Вид законченного кинезиотейпинга при переразгибании в локтевом суставе (подробнее см.стр. 100).

Кожа в зоне аппликации должна быть сухой и обезжиренной. Локтевой сустав в положении разгибания в максимально возможном объеме, не причиняющем боль. В области локтевого сгиба оправдано использование любрикантов. Для надежной фиксации повязки пользуются адгезивным спреем. Иногда под повязку подкладывается специальный смягчающий материал, но циркулярные фиксирующие элементы необходимо клеить на кожу: они обычно располагаются в средней части плеча и в средней части предплечья в виде циркулярных полосок тонкого эластичного пластыря (Sheerlight или Lightplast). При использовании белого пластыря помните о необходимости резервного пространства для мышц, увеличивающихся в размере на фоне нагрузки.

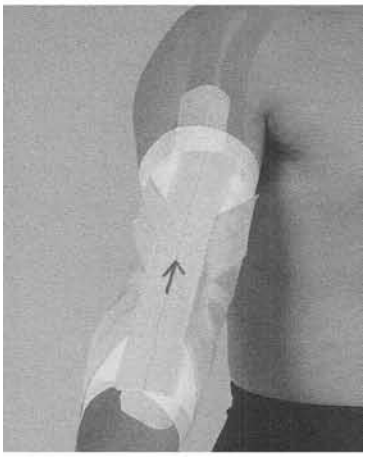


Полоски, ограничивающие разгибание руки в локте, наклеиваются одним концом на медиальную часть предплечья в его средней части, а другим концом – на медиальную поверхность плеча в средней его части с тягой кверху. Часто накладываются несколько таких полосок в веерообразном направлении.
Обычный бинт будет гарантировать от переразгибания в локтевом суставе в большей степени.





Наклейте вторую полоску, ограничивающую переразгибание от медиальной поверхности предплечья в его средней части к латеральной поверхности средней части бицепса с натяжением кверху.



Третья полоска начинается ниже локтевой ямки на передней поверхности предплечья и заканчивается на передней поверхности средней части плеча. Таким образом формируется «узда» для локтевого сустава. Таких слоев аппликации может понадобиться 2-3 в зависимости от размеров пациента.

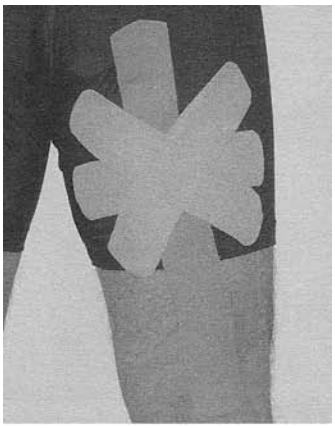
Зафиксируйте предыдущую аппликацию циркулярным бинтованием тонким пластырем (Lightplast или Sheerlight), начиная с середины предплечья и заканчивая средней частью плеча сплошь, не создавая избыточного натяжения, затрудняющего кровоток.
Законченный вид аппликации.

Вариант: наложение неопренового бандажа для ограничения разгибания в локтевом суставе.

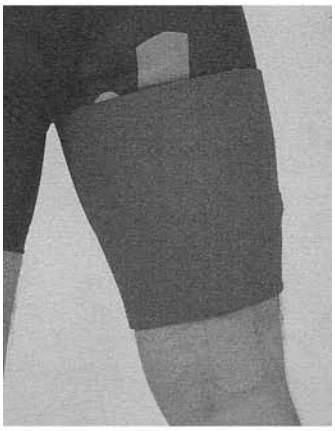
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ РАСТЯЖЕНИИ МЫШЦ, ФОРМИРУЮЩИХ КРАЯ ПОДКОЛЕННОЙ ЯМКИ

Сочетание техники кинезиотейпинга и использование неопренового бандажа или эластического бинтования доказало свою эффективность как при острой, так и при хронической травме такого рода.
Начните с использования кинезиотейпинга, но в начале целесообразно определить какая из мышц этой группы (полумембранозная, полусухожильная или бицепс бедра) пострадало в большей мере, с целью использования послабляющей или механической коррекции непосредственно в проекции этой мышцы.
Использование неопренового бандажа или эластического бинтования уменьшит болевые ощущения. Длительность ношения пациентом аппликации зависит от его жалоб и времени снятия неопренового бандажа или эластического бинта.

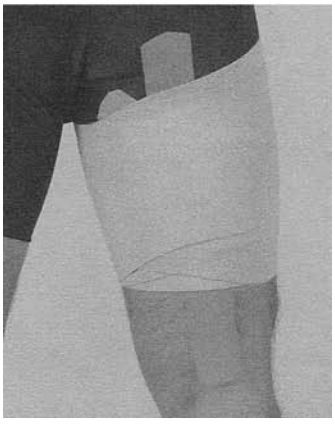
Вид законченного кинезиотейпинга при растяжении мышц, формирующих края подколенной ямки с дополнительной механической или послабляющей коррекцией.(полоска наклеена непосредственно в проекции повреждённой мышцы)



Поверх кинезиотейпинга надет неопреновый бандаж.

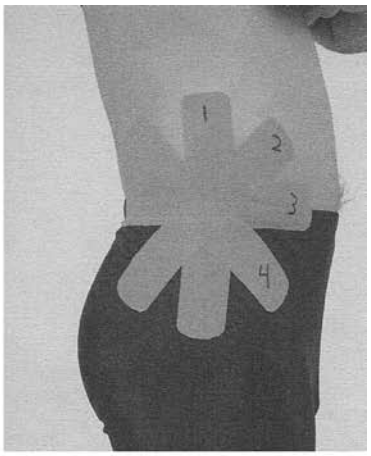


Повязка из эластичного бинта наложена поверх кинезиотейпинга.

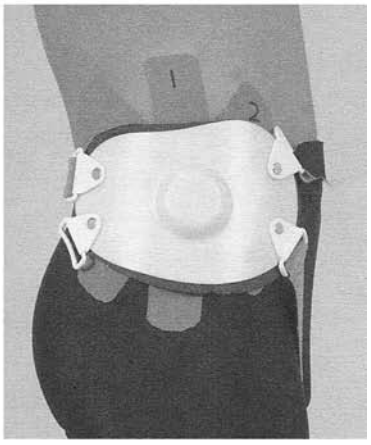


КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ КОНТУЗИИ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

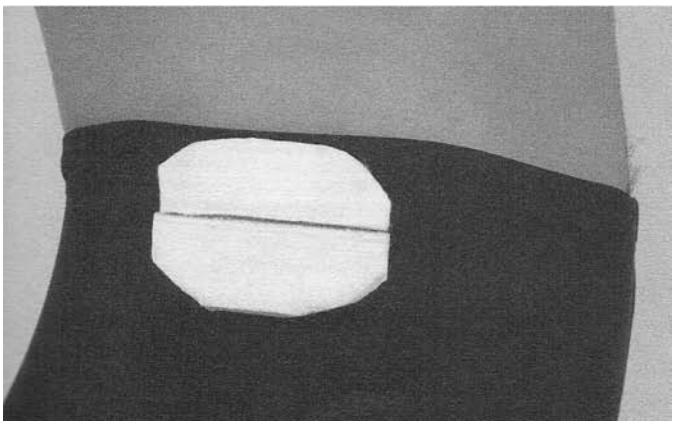
Сочетание техники кинезиотейпингва с наружной протекцией.
После выполнения кинезиотейпинга при контузии гребня подвздошной кости, специалист может принять решение о дополнительной наружной протекции места повреждения. Последняя может быть осуществлена специально разработанной для этого подушкой, либо подушкой для наружной протекции ключично-акромиального сочленения. И та и другая конструкции имеют отверстие или приподнятый участок для помещения его в проекции зоны повреждения. Для фиксации подушки для наружной протекции необходим дополнительный тейпинг, который выполняется либо тем же пластырем, что и кинезиотейпинг, либо более толстым (Elasticon или Elastoplast).



Вид законченного кинезиотейпинга при контузии гребня подвздошной кости (подробнее см. стр. 138)

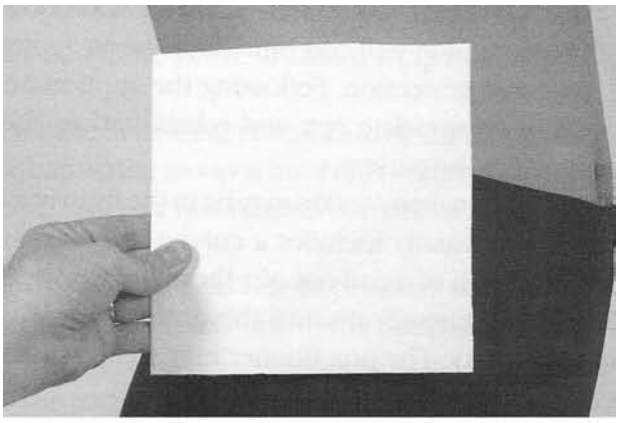


Наложение подушки для наружной протекции ключично-акромиального сочленения с входящими в комплект ремнями для фиксации. Подушка накладывается непосредственно на гребень подвздошной кости.

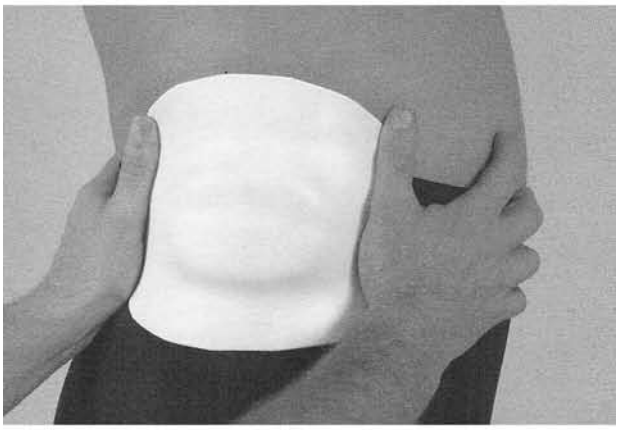


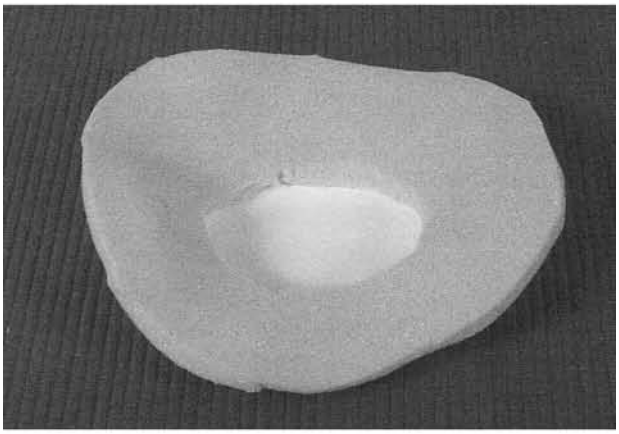
Поместите на зону повреждения кусок войлока или пену. Подушка должна быть несколько большей, чем зона повреждения.

Вырежьте кусок термопластичного материала по размеру больший, чем зона повреждения. Используйте предусмотренный инструкцией источник тепла для смягчения термопласта

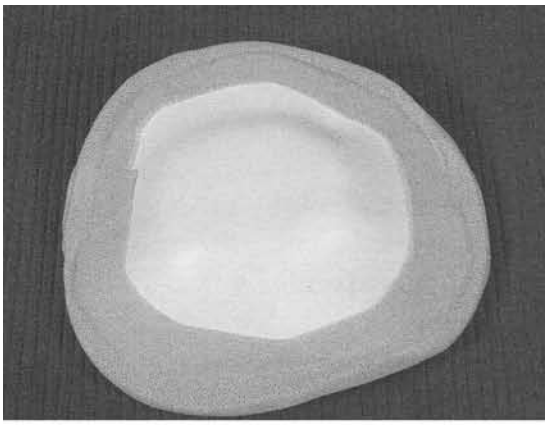


Центр термопласта поместите непосредственно на нанесенную в зоне повреждения пену или войлок. Оказывая давление на наружную поверхность термопласта, придайте ему форму, повторяющую рельеф тела. Давление при формовке не должно быть избыточным.

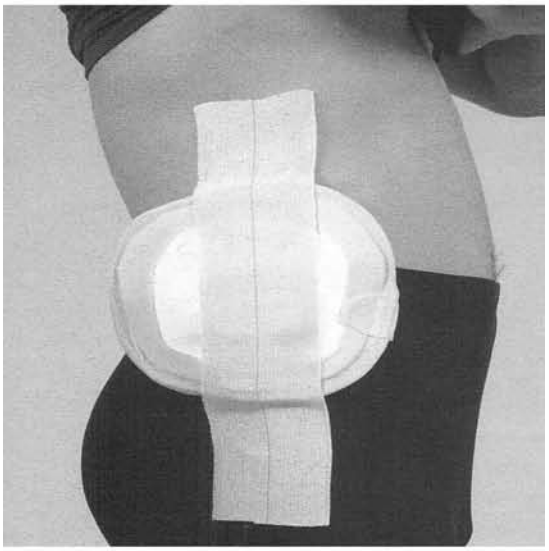




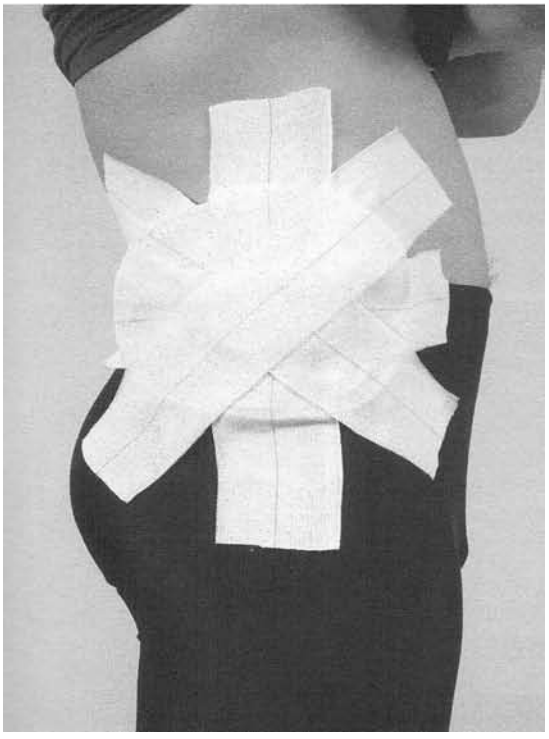
Нанесите пену на наружную поверхность термопласта, оставляя «отверстие» непосредственно над участком повреждения ткани.



Вокруг края пены и участка термопласта наклейте пластырь двухдюймовой ширины. Это предотвратит расслаивание пены и термопласта.



Несколькими полосками пластыря прификсируйте термопласт к коже, чтобы минимизировать его миграцию на фоне физической активности.

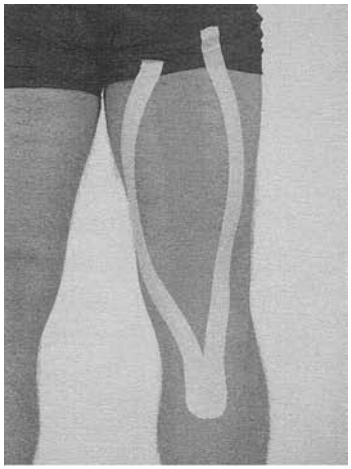


Вид законченного комбинированного тейпинга при контузии гребня подвздошной кости в сочетании с наружной протекцией.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ ПЕРЕРАЗГИБАНИИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

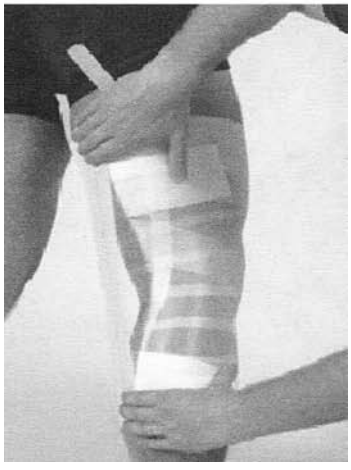
Сочетает в себе традиционный кинезиотейпинг при переразгибании в коленном суставе и традиционное бинтование обычным белым и ли эластическим пластырем (Elastikon или Elastoplast). Использование последнего не ставит целью стабилизацию связочного аппарата и не подменяет адекватную реабилитацию, а лишь обеспечивает проприоцептивную стимуляцию и психологическую поддержку. С помощью бинтования простым или эластическим бинтом ограничивают разгибание в коленном суставе в объеме, при котором возникают болевые ощущения. Корректное бинтование должно давать возможность мышцам, участвующим в формировании краев подколенной ямки и икроножной мышцы, адекватно сокращаться на фоне физической нагрузки, в противном случае возникнут судороги.

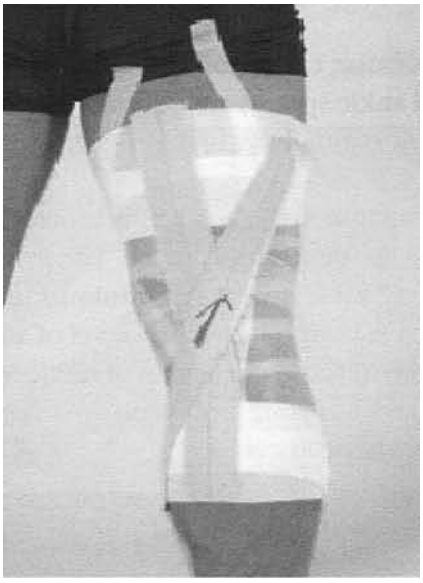
Вид законченного кинезиотейпинга при переразгибании в коленном суставе (подробнее см. стр. 177).



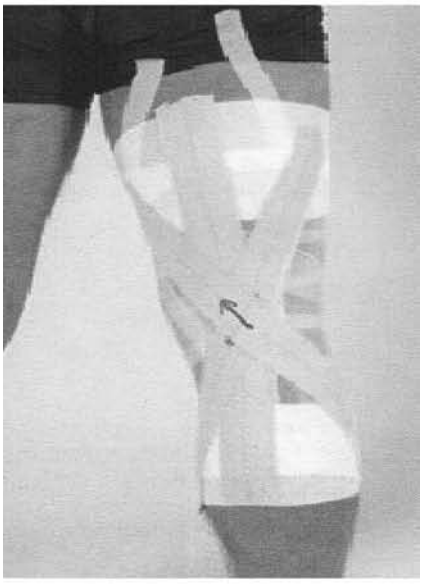
Кожа в зоне аппликации должна быть обезжирена и выбрита, колено в положении разгибания в максимально возможном объеме, не вызывающем боль. Любриканты уместны в подколенной ямке, а адгезивный спрей по всей поверхности, чтобы предотвратить миграцию повязки. Под повязку иногда подкладывают слой специального материала, однако фиксирующие повязку циркулярные полоски следует клеить непосредственно на кожу: они накладываются посередине бедра и голени тонким эластичным пластырем (Sheerlight, Lightplast). Если в повязке используется белый обычный пластырь, то фиксирующие туры пластыря кладут не циркулярно, а на пол-окружности.

Начните с наклеивания полос от середины голени к середине бедра с тракцией кверху. Полосы после аппликации должны сформировать «узду», гарантирующую от переразгибания в коленном суставе. При использовании для бинтования эластического пластыря (Elastikon или Elastoplast) убедитесь, что бинтуете им без натяжения. Для бинтования и формирования «узды» или «замка», предотвращающего переразгибание, возможно предпочтительнее использовать белый, обычный нерастяжимый бинт.

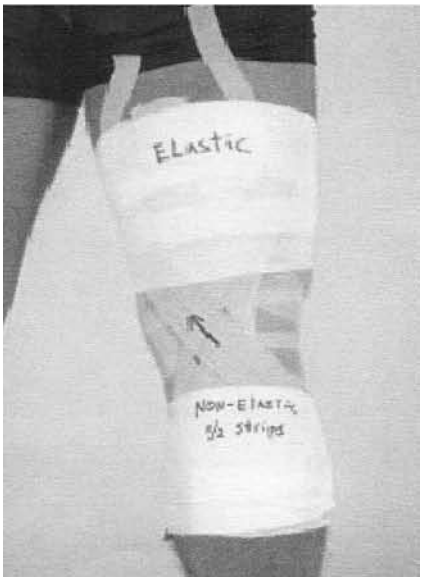




Начните наклеивать вторую полоску на задней медиальной поверхности голени, ниже подколенной ямки. Полоска наклеивается под углом, пересекает подколенную ямку и заканчивается на заднелатеральной поверхности бедра.



Начните наклеивать 3-ю полоску на задне-латеральной поверхности голени ниже подколенной ямки, которую она пересекает и заканчивается на задне-медиальной поверхности бедра.
Зачастую каждая из наклеенных полосок дублируется: это зависит от размеров пациента и желаемой степени ограничения движений.

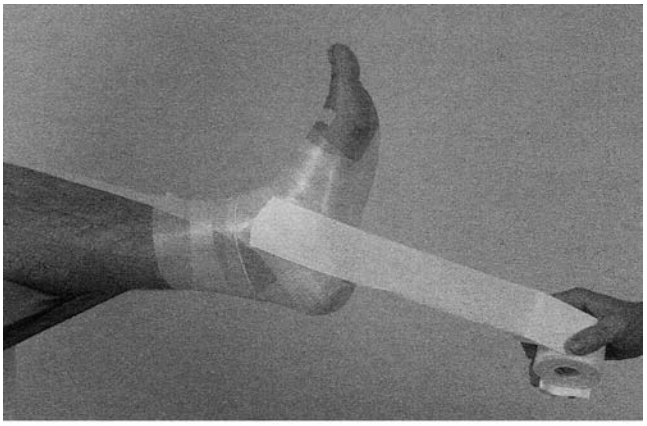


Вариант 1:
Закрепите аппликацию, используя неэластичный или эластичный пластырь. Фиксирующих циркулярных повязок две: выше и ниже коленного сустава. При использовании обычного белого бинта фиксирующие повязки кладутся не циркулярно, а на полокружности, давая возможность подлежащим мышцам сокращаться.
Вариант 2:
Зафиксируйте аппликацию циркулярным бинтованием тонким эластичным пластырем (Lightplast,Sheerlight), начиная с середины голени до середины бедра. Бинтуя тонким эластичным пластырем, остерегайтесь создавать на нем натяжение – это затруднит кровоток.

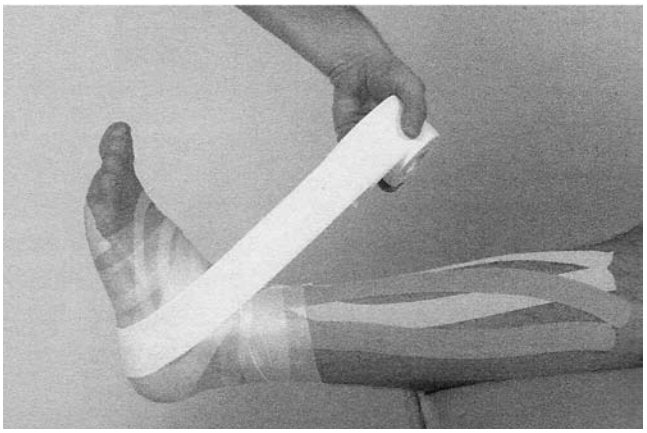
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ РАСТЯЖЕНИЯ СВЯЗОК ЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ

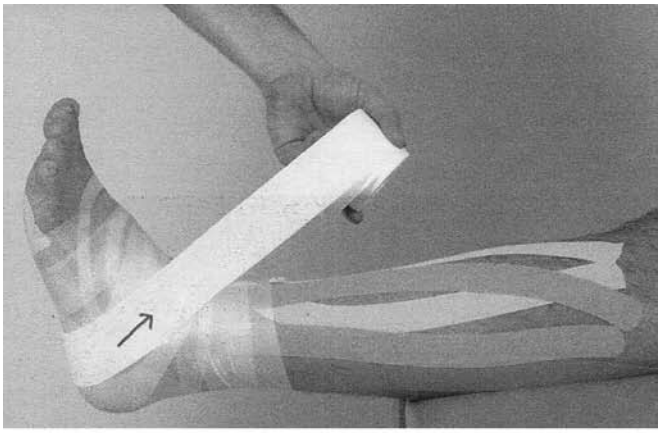
Растяжение передней таранно-малоберцовой, пяточно-малоберцовой и задней таранно-малоберцовой связок – наиболее частое растяжение в области голеностопного сустава (около 90% всех растяжений). Наиболее часто повреждаемая связка – передняя таранно-малоберцовая. Лечение состоит в уменьшении отека в острой фазе, поддержании мышечной силы, проприоцептивной стимуляции и профилактическом тейпинге для предупреждения рецидивов. Итак, в течение первых 24-72 часов минимизируют отек, а в подостром периоде – занимаются реабилитацией.

Вариант: Сухожильная коррекция передней таранно-малоберцовой связки 8-образной повязкой. Выполняется неэластичным белым атлетическим пластырем, начиная на медиальной поверхности на уровне таранно-ладьевидного сустава и созданием 25% натяжения при прохождении по подошвенной стороне стопы в направлении к латеральной лодыжке.

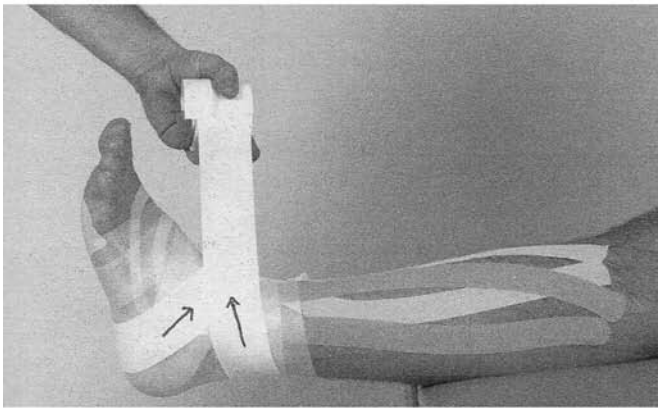


Как только пластырь дошел до уровня латеральной лодыжки, удерживая его на коже одной рукой, другой – в проекции передней таранно-малоберцовой связки создайте 75-100% натяжение (связочная коррекция), а затем той рукой, которая удерживала пластырь на коже, приклейте натянутый участок до верхнего края латеральной лодыжки.

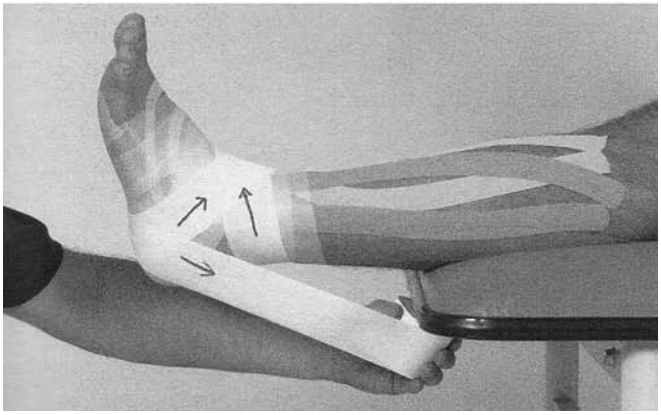




Уменьшите натяжение на пластыре до 25%, когда вы перешли на переднюю поверхность стопы.



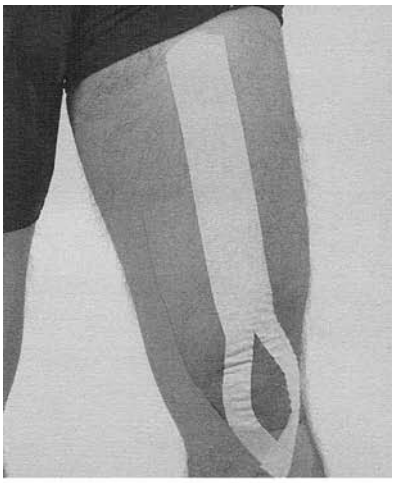
Продолжение аппликации белым неэластичным атлетическим пластырем на медиальной поверхности голени и переходом на подошвенную поверхность стопы, а затем к боковой поверхности пятки.



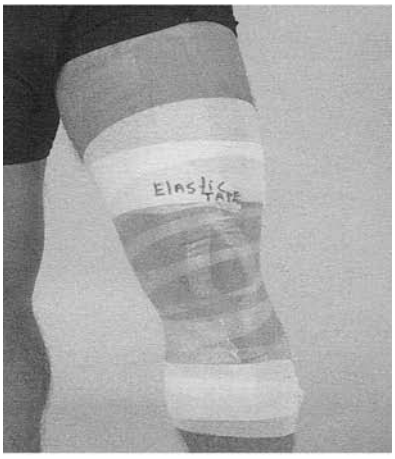
При переходе на латеральную поверхность пятки создайте на пластыре 75–100% натяжение в проекции задней таранно-малоберцовой связке. Заканчивайте аппликацию в области верхнего края медиальной лодыжки (образуется «8»).

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЕДИАЛЬНОЙ/ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫХ СВЯЗОК

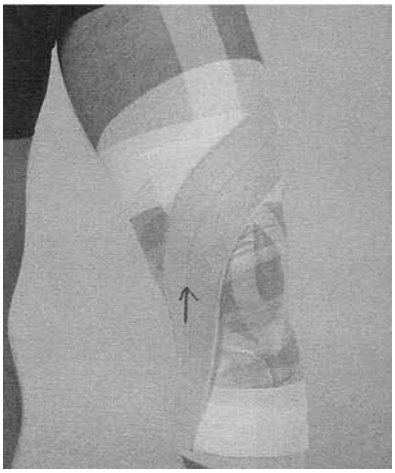
Не ставит своей целью стабилизацию связочного аппарата и не подменяет реабилитацию, а лишь обеспечивает проприоцептивную стимуляцию и психологическую поддержку. Сочетает кинезиотейпинг с использованием связочной коррекции и эластическое бинтование.



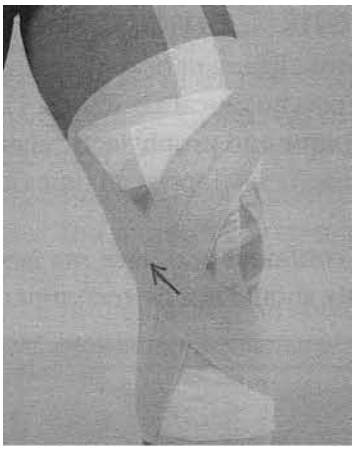
Вид завершенного кинезиотейпинга с использованием техники связочной коррекции (подробнее см. стр. 174).



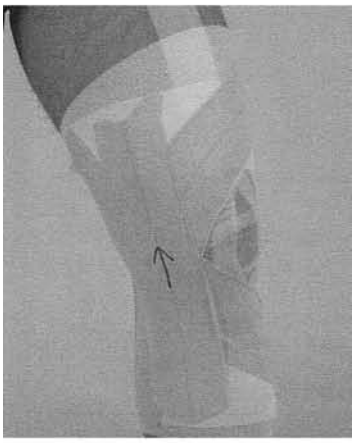
Кожа должна быть выбрита, обезжирена, коленный сустав согнут под углом в 30 градусов. Любрикант целесообразен в подколенной ямке, а адгезивный гель предотвратит миграцию повязки. Возможно подкладывание под повязку специального материала, но фиксирующие циркулярные полоски лучше клеить к коже на уровне середины бедра и середины голени (Sheerlight, Lightplast). Если использовать обычный белый пластырь, то их кладут не циркулярно, а на пол-окружности, чтобы не стеснять мышцы.



Начиная ниже колена наклейте первую полоску медиальнее бугристости большеберцовой кости и ориентируйте ее на медиальный надмыщелок бедра, пытаясь, отчасти, повторить ход медиальной коллатеральной связки.



Вторая полоска наклеивается от задне-латеральной поверхности в направлении передней поверхности мыщелка бедра.



Третья полоска наклеивается ниже места прикрепления медиальной коллатеральной связки на голени и ориентируется в направлении верхней части мыщелка бедра. Это аппликацию нужно повторить, минимум, дважды (у больших атлетов – трижды).

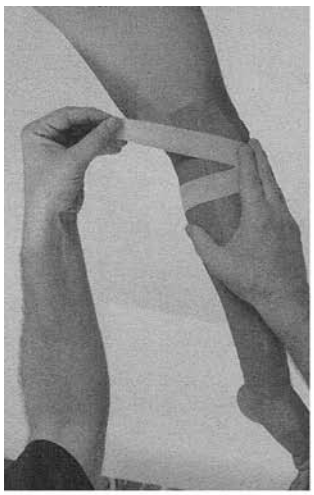
По окончании аппликации необходимо зафиксировать ее циркулярным бинтованием тонким эластичным пластырем (Lightplast, Sheerlight), не допуская натяжения на нем, затрудняющего кровоток и вызывающего судороги. Бинтуйте от голени к бедру.

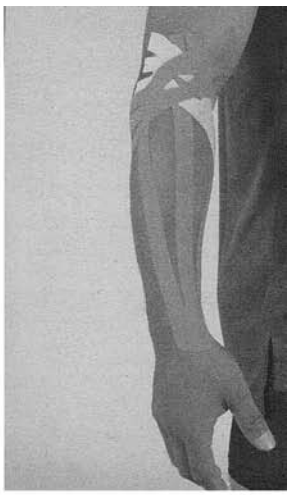
Иногда целесообразно и использование неопренового бандажа.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ МЕДИАЛЬНОМ/ЛАТЕРАЛЬНОМ ЭПИКОНДИЛИТЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

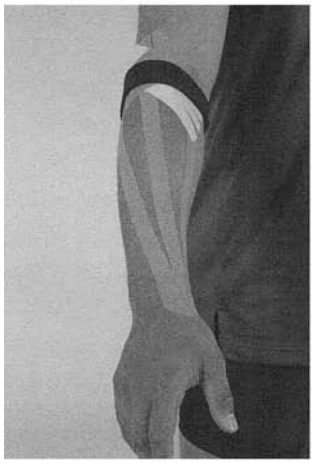
Не обеспечивает связочной стабильности, не заменяет реабилитацию. Обеспечивает проприоцептивную стимуляцию и психологическую поддержку. Сочетает в себе кинезиотейпинг с использованием связочной коррекции и эластическое бинтование в области поврежденной связки.

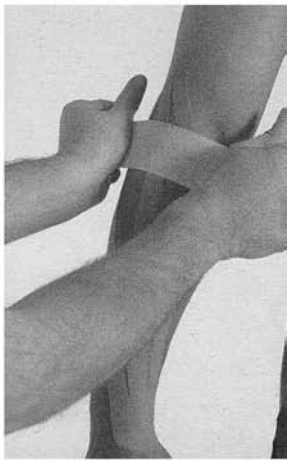
На фото слева: кинезиотейпинг при эпикондилите медиального надмыщелка плечевой кости. На фото справа: кинезиотейпинг при эпикондилите латерального надмыщелка плечевой кости.



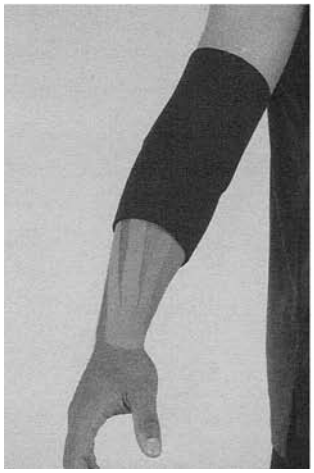


Наложение специальных полосок ниже медиального и латерального надмыщелков плечевой кости.
На фото справа: такого же эффекта можно добиться кинезиотейпингом с использованием техники механической коррекции, наклеивая i-образную полоску с 50-75% натяжением и давлением кнутри непосредственно на эпицентр боли (концы полоски наклеиваются без натяжения).



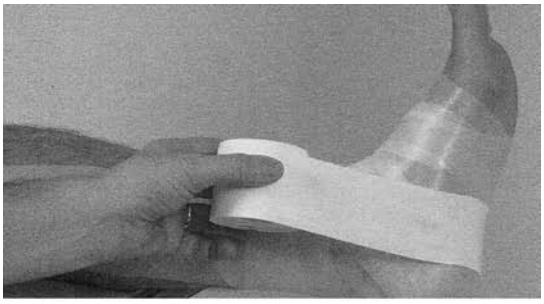


Наложением неопренового бандажа поверх кинезиотейпинга. Он обладает согревающим и обезбаливающим действием. Время ношения аппликации определяется жалобами пациента и использованием бандажа.

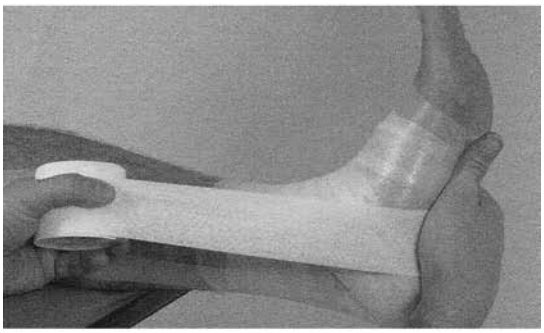


РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

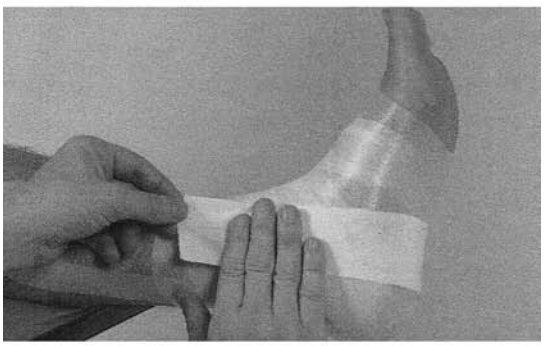
Речь идет о повреждении дельтовидной связки, в основном, вследствие выворачивания стопы. Повреждение дельтовидной связки серьезно сказывается на стабильности голеностопного сустава. Лечение состоит в борьбе с отеком в острой фазе, поддержании мышечной силы, обеспечении проприоцептивной стимуляции и профилактическом тейпинге для предупреждения рецидивов (подробнее см. стр. 197). Следует помнить о влиянии повреждения дельтовидной связки на стабильность медиальной продольной дуги стопы.



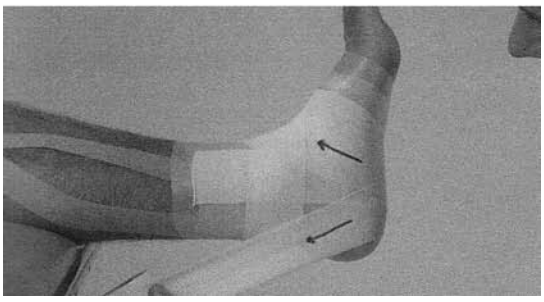
Связочная коррекция дельтовидной связки.
Следует избегать приведения стопы при кинезиотейпинге в положение избыточного подворачивания, так как это может повредить связочный аппарат латерального края голеностопного сустава в течение периода выздоровления. Начните с выполнения механической коррекции i-образной полоской посередине основания пяточной кости без натяжения.



Одной рукой удерживайте ту часть полоски, которая была наклеена на подошвенную сторону пяточной кости. Используя технику связочной коррекции с 50-75% нятажением, продолжайте наклеивание ее кверху через проекцию медиальной лодыжки и далее по ходу большеберцовой кости.
Создавая натяжение на пластыре, удерживайте стопу в нейтральном положении, чтобы минимизировать подошвенное сгибание и подворачивание.



Используя технику, описанную на стр. 197, для растяжения связок латеральной поверхности голеностопного сустава, наложите 8-образный тейпинг.

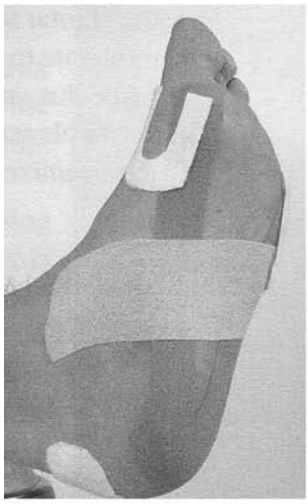


Модификацией методики является изменение угла натяжения. Вместо того, чтобы начинать аппликацию на медиальной поверхности стопы, начните с латеральной, создавая натяжение на медиальной поверхности стопы в проекции дельтовидной связки.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПЛЮСНЕВОЙ ДУГИ

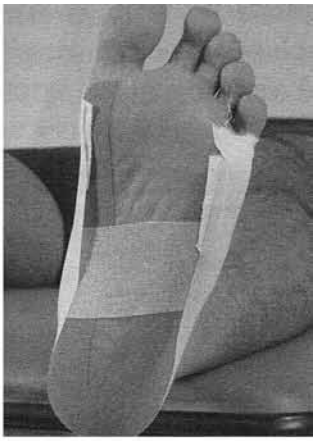
Существует две основные методики: первая сочетает кинезиотейпинг плюсневой дуги с Low Dye – тейпингом, вторая сочетает кинезиотейпинг плюсневой дуги с традиционным ее тейпингом. Low Dye – тейпинг используется для медиальной, латеральной и плюсневой дуг на подошвенной поверхности стопы.

Low Dye – тейпинг.
Вид законченного кинезиотейпинга плюсневой дуги (подробнее см. стр. 210).

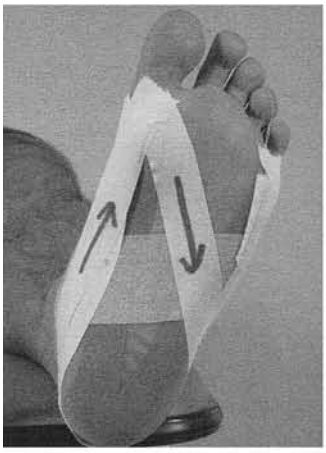


Вначале три вырезанные из кротового меха полоски (см. фото) помещаются в проекции головок первой и пятой плюсневых костей и в области пятки, чтобы обеспечить защиту кожи от множественных аппликаций.

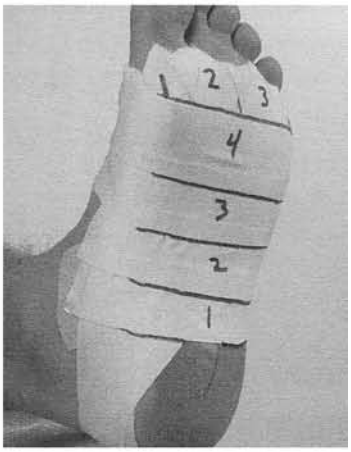
Наклейте 1-1,5-дюймовую полоску неэластичного атлетического пластыря в проекции дистальной головки пятой плюсневой кости. Обойдите пластырем подошвенную поверхность стопы. Зафиксируйте наклеенную часть полоски большим пальцем между головками 2-й и 3-й плюсневых костей с подошвенной стороны. Создайте этим пальцем давление, чтобы несколько выгнуть плюсневую дугу. Обойдите пластырем тыльную поверхность стопы, средний палец кисти остановите в проекции первого плюснефалангового сустава и надавите книзу, пронируя его.



Приклейте свободный конец полоски в проекции первого плюснефалангового сустава. Эту аппликацию можно повторить 2-3 раза в зависимости от размеров пациента.



Начните наклеивать полоску на подошвенной поверхности первого плюснефалангового сустава, обойдите пластырем вокруг пятки и вернитесь к головке первой плюсневой кости. Повторите эту аппликацию с каждой головкой плюсневых костей. Для этого используйте неэластичный пластырь однодюймовой ширины. Для пациентов небольших размеров достаточно 4-х полосок, для больших – 5-ти.



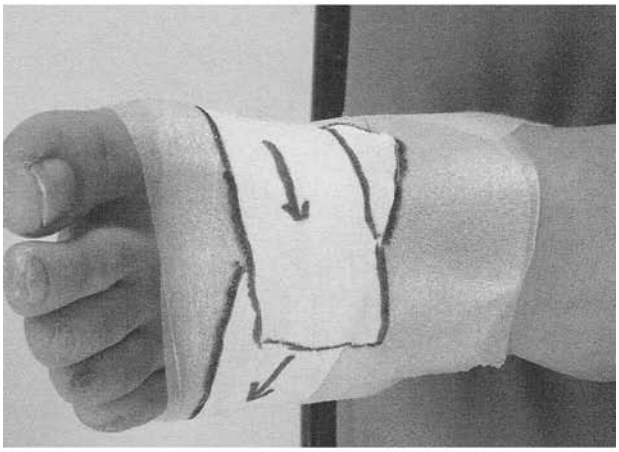
Создайте поддержку свода стопы аппликацией полуторадюймовых по ширине полосок пластыря, начиная их наклеивать с латерального края стопы с небольшим давлением посередине подошвенной поверхности стопы к ее медиальному краю. Повторите этот процесс, пока стопа не окажется заклеенной от начала пяточной кости до головок плюсневых костей.

Закончите выполнение техники Low Dye – тейпинга бинтованием поверх наложенной аппликации тонким эластичным пластырем (Lightplast, Sheerlight). С этой целью может быть использован и белый атлетический пластырь. Начинайте бинтование 1,5-дюймовым атлетическим пластырем с задне-медиальной части продольного свода стопы около пяточной кости, проходя подошвенную поверхность стопы к латеральному ее краю. Повторите 3-5 раз в зависимости от размеров пациента.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПЛЮСНЕВОЙ ДУГИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАДИЦИОННОГО КИНЕЗИОТЕЙПИНГА

Подразумевается сочетание упомянутых в заглавии методик (см. также стр. 210). Специалист может также прибегнуть к Low Dye – тейпингу, тейпингу плюсневой дуги и даже продольного свода стопы.

Начните с наложения защитного слоя на кожу стопы в проекции плюсневой дуги, в месте выполнения кинезиотейпинга.

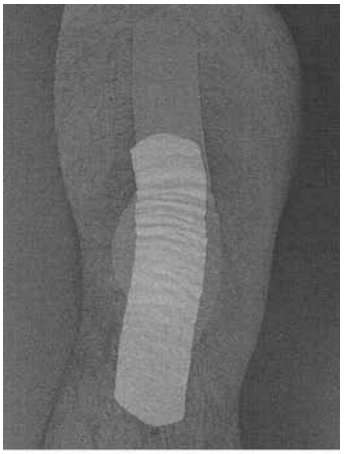


Начните аппликацию с серии 1-1,5 – дюймовых по ширине полосок пластыря, начиная с области первого плюснефалангового сустава, создавая легкое натяжение на пластыре при пересечении подошвенной поверхности стопы (в проекции плюсневой дуги). Обычно накладывают 3 полоски в зависимости от размеров пациента. Если аппликация выполнена верно, должны появиться «морщины» на коже подошвенной стороны стопы. Не переусердствуйте с натяжением – это вызовет судороги и онемение.

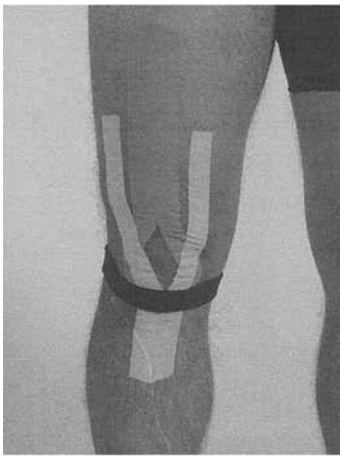
Законченный вид комбинированного тейпинга плюсневой дуги.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ ТЕНДИНИТЕ СУХОЖИЛИЯ НАДКОЛЕННИКА

Специалисты часто сочетают кинезиотейпинг при тендините сухожилия надколенника с использованием различных приспособлений, оказывающих давление на мягкие ткани, так как на фоне острого воспаления многие пациенты отмечают при этом стихание боли, облегчающее физическую активность и участие в соревнованиях.



Специалист выполняет одну из методик кинезиотейпинга при тендините сухожилия надколенника.



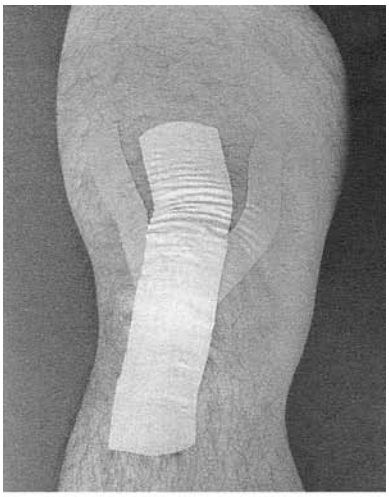
Специальная полоска надевается ниже нижнего полюса надколенника непосредственно в проекте связки надколенника. Полоска выполняет роль шок-адсорбера. Эту же технику можно воссоздать, используя пластырь для кинезиотейпинга Elastoplast (Elastikon) шириной 1 дюйм. Измерьте длину окружности ноги в месте будущего наложения полоски (под надколенником), удвойте ее и добавьте 1-1,5 дюйма. Сложите вдвое, наклейте вокруг ноги на уровне связки надколенника.

Использование неопренового бандажа поверх кинезиотейпинга при тендините связки надколенника.
Считается, что такой бандаж обладает согревающими свойствами и уменьшает болевые ощущения, оказывая давление на зону повреждения.
Время ношения аппликации зависит от того, насколько аккуратно пациент надевает и снимает бандаж.

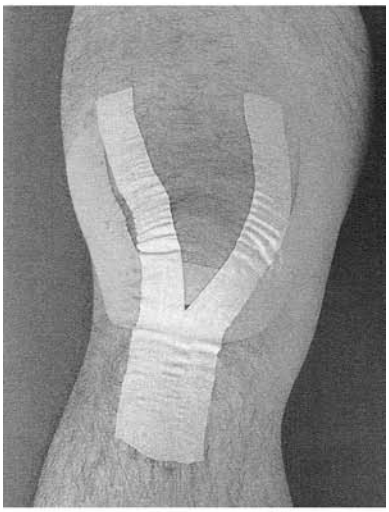
ТЕНДИНИТ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА – КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ

Специалист, работая с этим состоянием, может счесть нужным сочетание трех техник:

Сочетание нижней Y-образной полоски и i-образной.



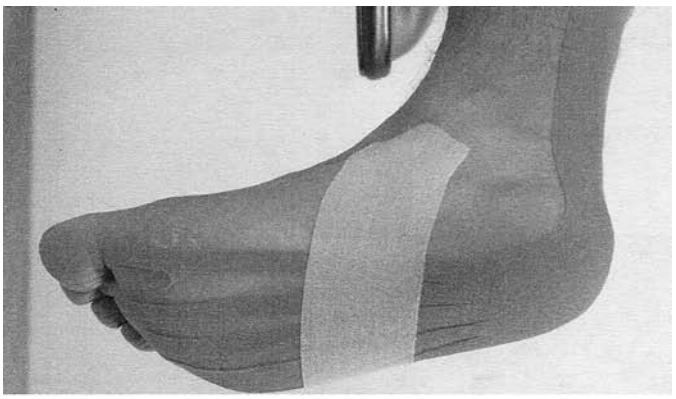
Сочетание U-образной наклейки и нижней Y-образной полоски.



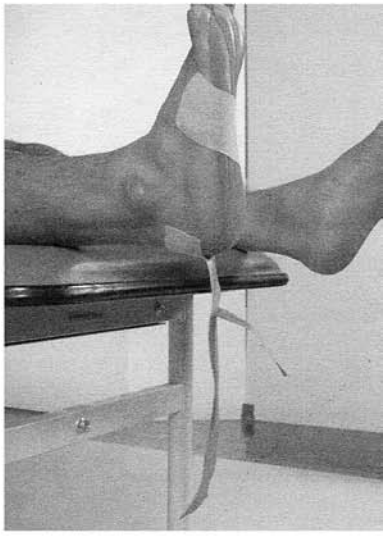
Сочетание верхней Y-образной полоски и i-образной полоски. Лучше вначале наклеивать Y-образную полоску, чтобы ее «хвосты» крепились непосредственно к кожу.

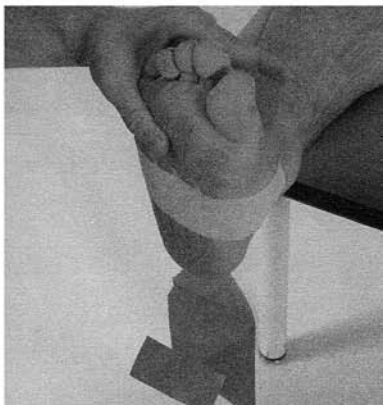
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ ПЛАНТАРНОМ ФАСЦИИТЕ

Специалист может счесть необходимым (особенно у больших пациентов) дополнить кинезиотейпинг при плантарном фасциите аппликации с полоской с кротовой шерстью на подошвенный апоневроз или тейпингом продольного свода стопы. Третий вариант: сочетание с Low-Dye-техникой (см. стр. 210). Дополнительные виды лечения включают: наклейки с отверстием проекции эпицентра боли на пятки, внутренний каблук для укорочения ахиллова сухожилия, ортопедические стельки в обувь.



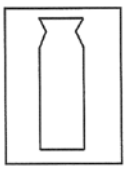
Вид законченного кинезиотейпинга при плантарном фасциите (подробнее см. стр. 190).





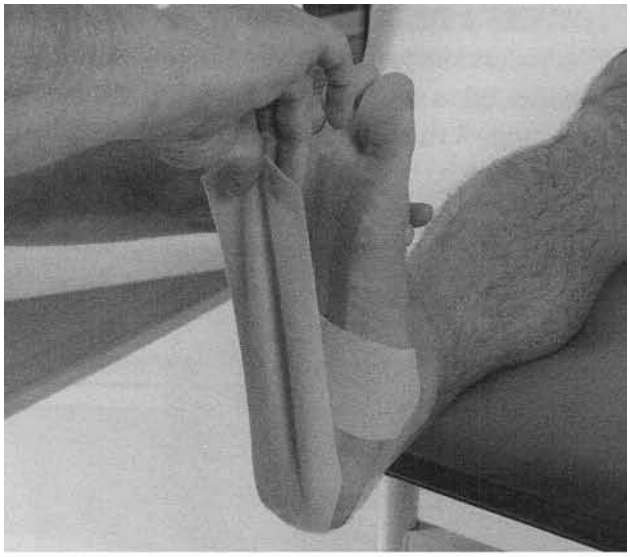
ПОЛОСКА С КРОТОВОЙ ШЕРСТЬЮ ДЛЯ АППЛИКАЦИИ ПРИ ПЛАНТАРНОМ ФАСЦИИТЕ

Такого рода полоски бывают промышленного производства либо изготавливаются самостоятельно. Полоска должна быть шириной от 2 до 3 дюймов, а длиной от месте прикрепления ахиллова сухожилия до головок плюсневых костей. На каждой из сторон этих полосок в 1 дюйме от конца должен быть V-образный вырез. Наклейте V-образнвый конец в проекции места прикрепления ахиллова сухожилия пяточной кости.

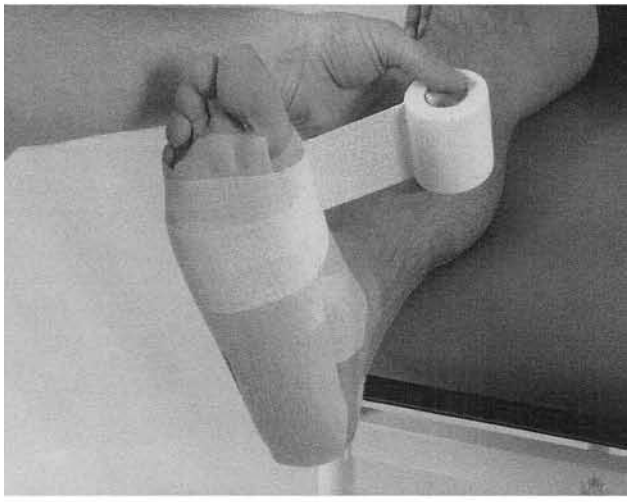


Поместите большой палец одной руки между головками второй и третьей плюсневых костей на подошвенной поверхности стопы. Создайте пальцем давление, как бы « выгибая» плюсневую дугу кверху. Указательным и средним пальцем этой же руки, но уже с тыльной стороны в проекции первого плюснефалангового сустава приложите пронирующее усилие к передней части стопы.

Наклейте полоску с кротовой шерстью вдоль по подошвенной поверхности стопы до головок плюсневых костей, сохраняя пронированную позицию, описанную выше.

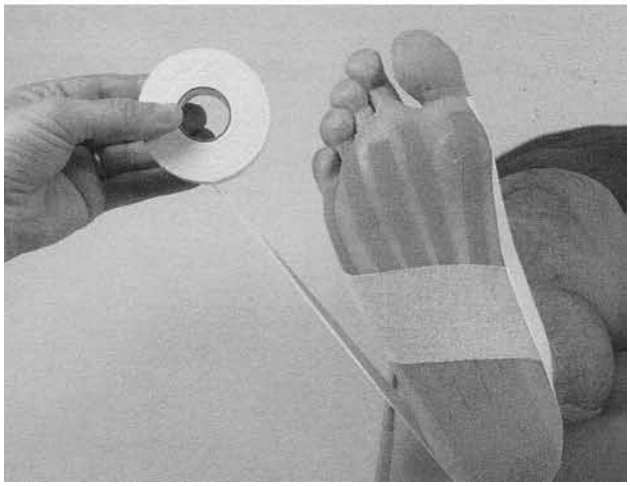


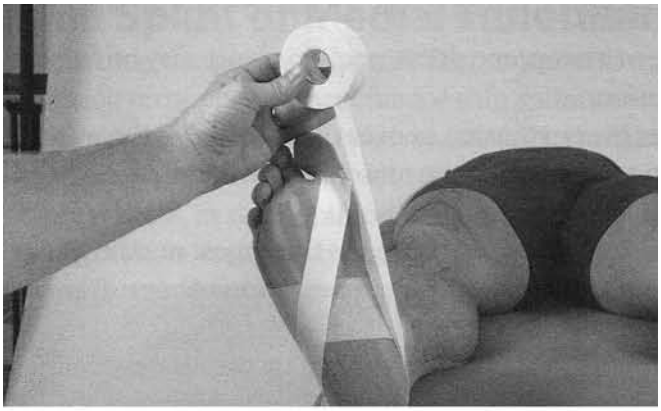
Для фиксации полоски с кротовой шерстью на подошвенной поверхности стопы используется тонкий эластический пластырь (Lightplast, Sheerlight)устимо использование специальной подкладки под пластырь.



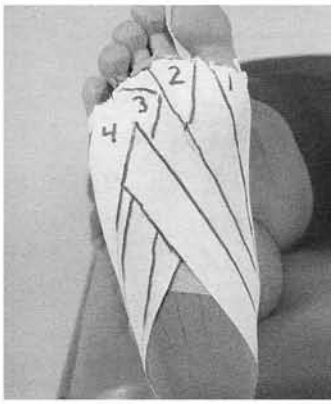
ТЕЙПИНГ ПРОДОЛЬНОГО СВОДА СТОПЫ

Наложите циркулярную фиксирующую полоску, начиная с первого плюснефалангового сустава до пятого плюснефалангового сустава. Полоска эта наклеивается без натяжения.

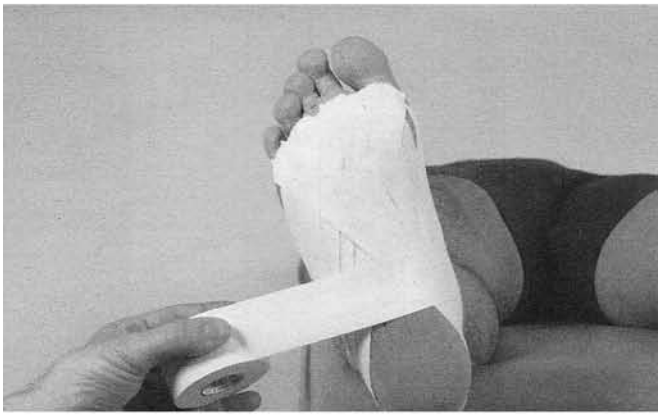




Используя атлетический пластырь шириной 1 дюйм, начните наклеивание одного из его концов на подошвенной стороне стопы в проекции головки первой плюсневой кости. Проводя полоску под углом 45° через подошву, обойдите вокруг пятки и вернитесь аппликацией к головке первой плюсневой кости.



Повторите эту же аппликацию, начиная и заканчивания ход полоски в проекции головок 2, 3, 4 плюсневой костей.



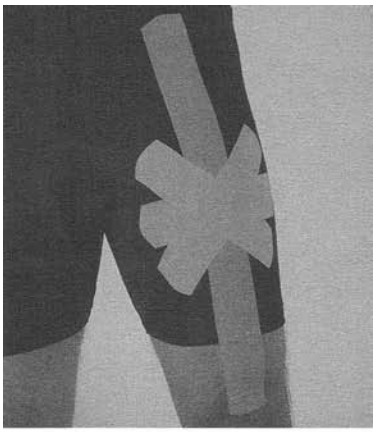
Наклейте поддерживающие полоски атлетического пластыря шириной 1,5 дюйма. Начинайте аппликацию с латерального края стопы кпереди от пяточной кости с легким натяжением и заканчивайте на медиальном крае стопы. Закончите аппликацию, когда подошвенная поверхность будет закрыта вплоть до головок плюсневых костей.

Покройте тейпинг продольного свода тонким эластичным пластырем (Lightplast, Sheerlight), предварительно подложив кусочек специального материала в качестве подкладки на тыл стопы в избежание травмирования и раздражений. Эту же манипуляцию можно сделать и белым неэластичным пластырем (стр. 210).

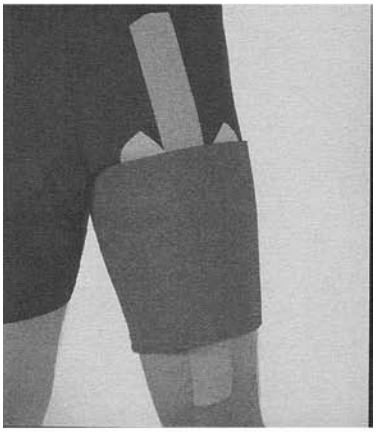
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ РАСТЯЖЕНИИ/КОНТУЗИИ КВАДРИЦЕПСА

Кинезиотейпинг обычно сочетают с неопреновым бандажом или эластическим бинтованием. Если специалист при осмотре мышцы обнаруживает острый воспалителььный процесс или ее слабость – кинезиотейпинг выполняется в направлении от места прикрепления мышцы к ее началу, если же – хроническую слабость мышцы – то в обратном направлении. Контузии квадрицепса лечат с осторожностью из-за высокого риска гематомообразования, а затем и кальцинатообразования в толще мышцы.
Неопреновые бандажы уменьшают болевой синдром, сдавливая область повреждения.
Время сохранности кинезиотейпинга зависит от того, насколько аккуратно пациент будет снимать и одевать неопреновый бандаж.

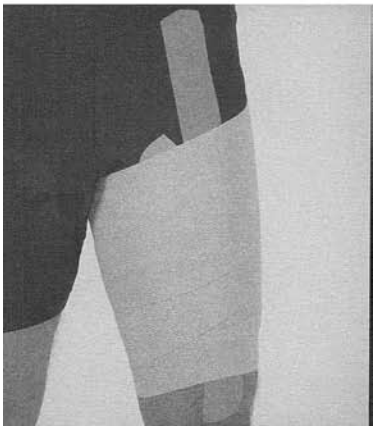
Вид законченного кинезиотейпинга при растяжении/ контузии квадрицепса от начала мышцы к месту ее прикрепления с послабляющей коррекцией. Возможно использование и лимфатической коррекции (подробнее см. стр. 139).



Неопреновый бандаж надет поверх аппликации.

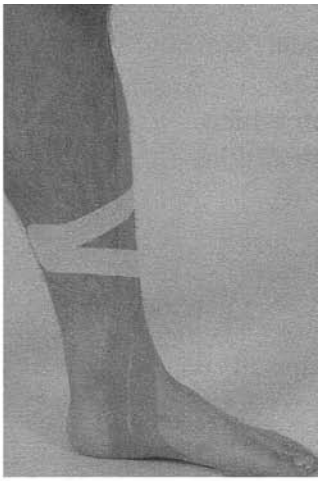


Бинтование 6-дюймовым 10-ярдовым эластичным бинтом поверх кинезиотейпинга. Используйте адгезивный спрей, предотвращающий миграцию повязки.Начинайте бинтование с области, наиболее удаленной от сердца. Не переусердствуйте с натяжением бинта – это затруднит кровоток.



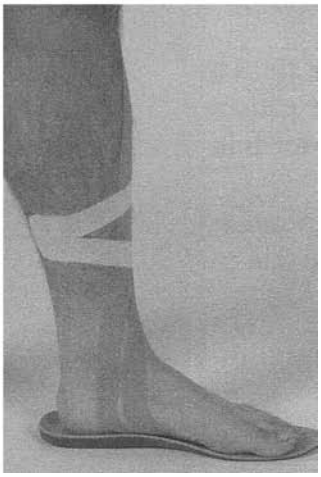
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ МЕДИАЛЬНОМ БОЛЬШЕБЕРЦОВОМ СТРЕСС-СИНДРОМЕ

Обычно, комбинируют кинезиотейпинг с традиционным лечением, добиваясь купирования болевого синдрома и лучших отсроченных результатов. Кинезиотейпинг комбинируют с Low-Dye-техникой, тейпингом продольного свода стопы, использованием ортопедических стелек.



Вид законченного кинезиотейпинга при тибиальном стресс-синдроме.
На фото слева: Послабляющая коррекция с тягой от медиального края большеберцовой кости.
На фото справа: послабляющая коррекция с натяжением на основании Y-образной полоски с тягой ткани к медиальной поверхности большеберцовой кости (подробнее см. стр. 148)

Кинезиотейпинг при тибиальном медиальном стресс-синдроме с Low-Dye-техникой (подробнее см. Low-Dye-техника при комбинированном тейпинге плюсневой дуги стр. 210).

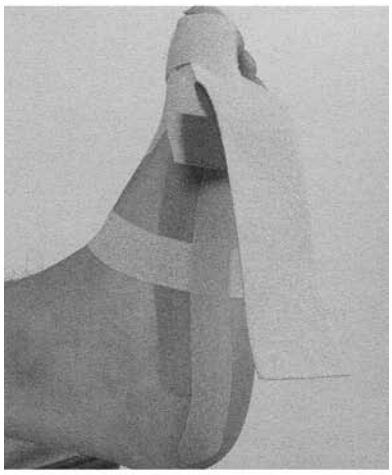


На фото слева: комбинация кинезиотейпинга при медиальном тибиальном стресс-синдроме с тейпингом продольного свода стопы (подробнее см. стр. 192).
На фото справа: комбинация кинезиотейпинга при медиальном тибиальном стресс-синдроме с использованием ортопедической стельки.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ МОЛОТООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ

Кинезиотейпинг обычно комбинируют с использованием полоски с кротовой шерстью. Последняя вырезана в форме буквы «Т» и служит для ограничения разгибания большого пальца стопы, что с успехом достигается за счет отсутствия у этой полоски эластических свойств за счет тейпинга пальца в положении легкого сгибания. Это состояние сопровождается выраженным болевым синдромом и плохо поддается реабилитации. Зачастую в дополнение к тейпинговым техникам, специалисты используют пластиковые или металлические конструкции, ограничивающие разгибание в первом плюснефаланговом суставе.

Вид законченного кинезиотейпинга (подробнее см. стр. 209). Чуть согните большой палец в плюснефаланговом суставе, не доводя до возникновения болевых ощущений. Поместите Т-образный конец полоски с кротовым мехом на верхушку большого пальца стопы.

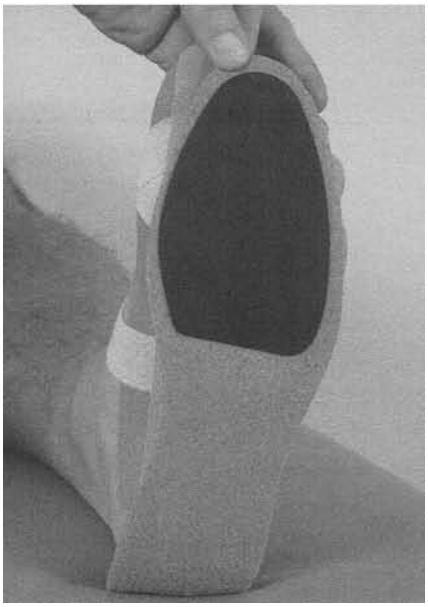


Такие полоски либо производятся промышленностью, либо вырезаются самостоятельно из кротового меха. Она должна быть около 8 дюймов длиной и 1-1,5 дюйма в ширину (в зависимости от размера пациента).

Натяните полоску вдоль первой плюсневой кости, затем попросите пациента начать разгибание в первом плюснефаланговом суставе, чтобы выяснить в нужном ли положении окажется большой палец. Не слишком сильно сгибайте большой палец – он может оказаться в положении, при котором велик риск перелома.

Прификсируйте оба конца полоски: на дистальной фаланге – дополнительной полоской кинезиотейпинга, а на подошвенной поверхности стопы – тонким эластичным пластырем (Lightplast, Sheerlight).

Вариант: используйте опорную подушку из пены под первый плюснефаланговый сустав. В ней должен быть вырезан участок для первого плюснефалангового сустава, что позволит снизить давление на него.

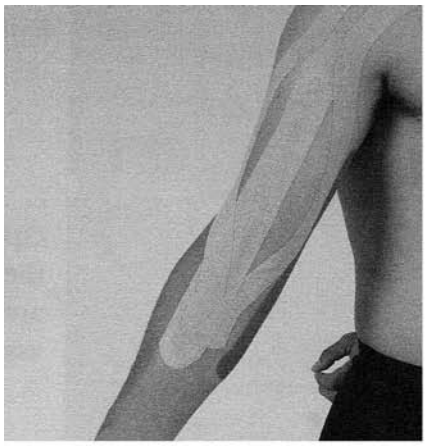


Использование специальной металлической стельки, ограничивающей движение в первом плюснефаланговом суставе, и, таким образом, уменьшающую боль.

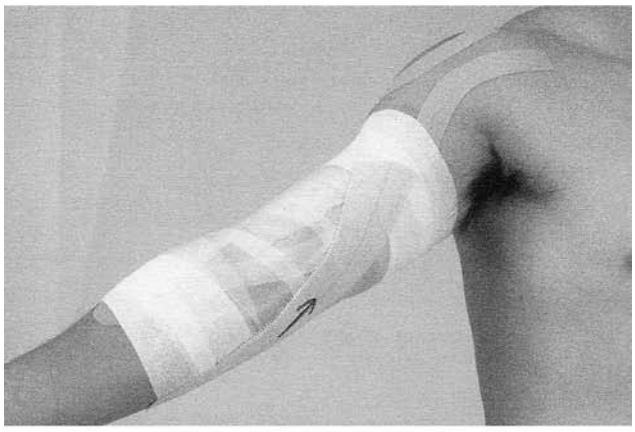
КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ

Деформация эта является результатом хронически прилагаемых «вальгизирующих» сил, обычно рука при этом поднята выше уровня головы. Использование эластического пластыря не ставит целью восстановление или стабилизацию поврежденных связок и не подменяет реабилитацию, а лишь обеспечивает проприоцептивную стимуляцию и психологическую поддержку. Ниже приведено описание комбинации кинезиотейпинга с использованием связочной коррекции и профилактического эластического бинтования поврежденных связок.

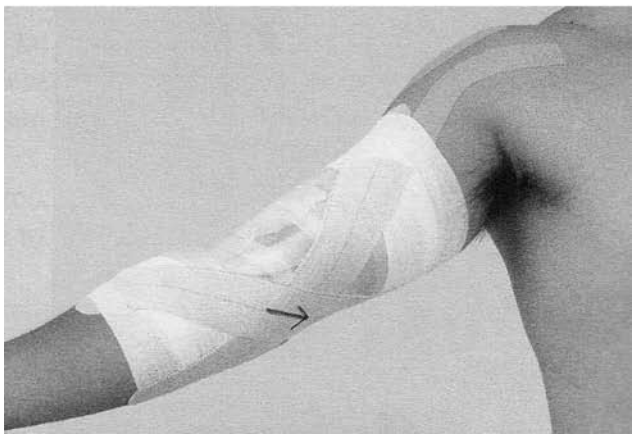
Законченный кинезиотейпинг при вальгусной деформации в локтевом суставе с тейпингом бицепса (подробнее стр. 96)

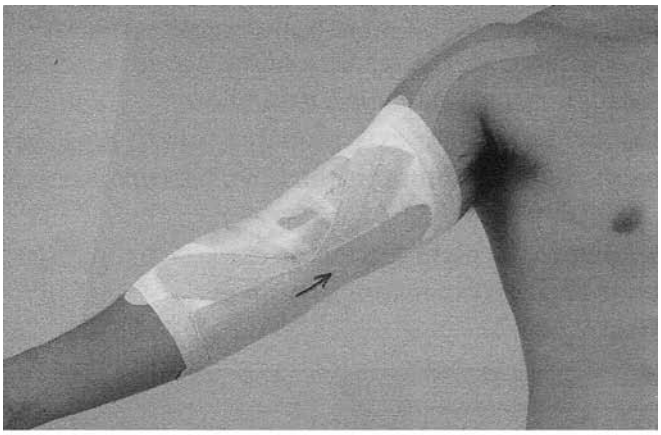


Кожа в области локтя должна быть выбрита и обезжирена. Локтевой сустав в положении сгибания на 30°. Целесообразно нанесение любрикантов в области локтевого сгиба. Использование адгезивного спрея минимизирует миграцию повязки. Возможно использование специального материала для подкладывания под повязку, однако, фиксирующие циркулярные туры должны клеиться на кожу: обычно посередине предплечья и посередине плеча тонким эластичным пластыре м.(Sheerlight,Lightplast)
При использовании белого пластыря фиксирующие туры накладываются лишь на пол-окружности, оставляя мышцам пространство для увеличения в объеме . Начните аппликацию ниже локтя, располагая 1 полоску под передне– медиальной поверхностью предплечья к медиальному надмыщелку плечевой кости.

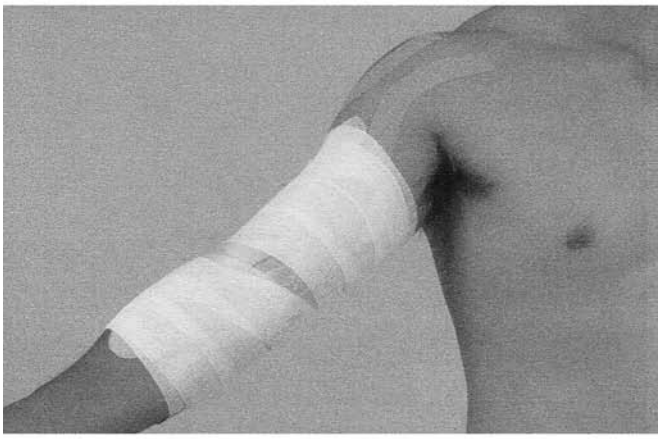


Вторая полоска клеится от задне-медиальной поверхности предплечья к направлению лотеральной поверхности бицепса.

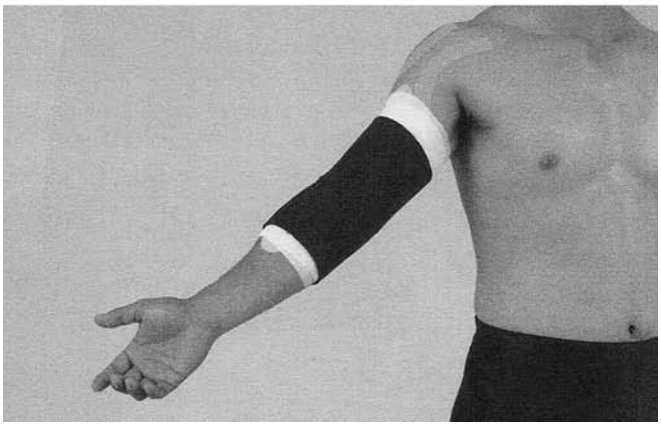




Третья полоска клеится от нижне-медиальной поверхности предплечья по направлению к медиальному надмыщелку и заканчивается в средней трети плеча.



Подобная аппликация тремя полосками повторяется , по крайней мере, дважды, у более крупных атлетов – трижды.



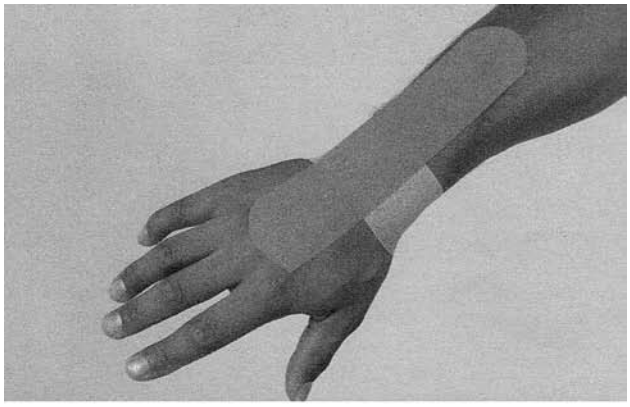
Позавершению аппликации с целью минимизации ее миграции на фоне физической активности выполняется бинтование тонким эластичным пластырем (Sheerlight, Lightplast) без натяжения, так как последнее может затруднить кровоток и вызвать судороги. Если с этой целью используется неэластичный белый пластырь, то туры кладутся на пол-окружности во избежание компрессии тканей. Начинайте бинтование эластическим пластырем от середины предплечья по направлению к середине плеча.

Иногда используется надеваемый сверху на аппликацию неопреновый бандаж.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ТЕЙПИНГ ПРИ РАСТЯЖЕНИИ КИСТИ

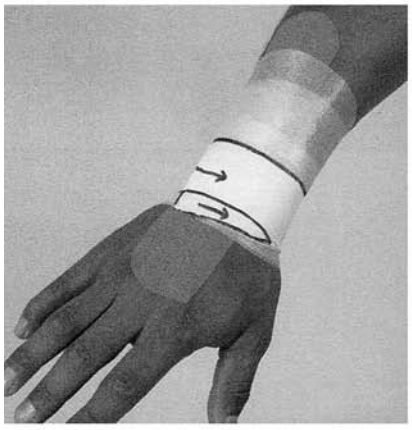
Сочетаются кинезиотейпинг при растяжении кисти с традиционным тейпингом неэластичным белым пластырем. Использование неэластичного белого пластыря не нацелено на восстановление поврежденных связок и не подменяет реабилитацию, оно лишь обеспечивает проприоцептивную стимуляцию и психологическую поддержку. Неэластичный белый пластырь позволяет ограничить нежелательное сгибание или разгибание в лучезапястном суставе в объеме, причиняющим боль.С этой целью используется две традиционные техники: циркулярная аппликация в проекции лучезапястного сустава или формирование тейпинговой «узды».
При использовании обеих техник кисть должна быть слегка согнутой или разогнутой (то есть находится в положении обратном желаемому направлению ограничения движений), пальцы разогнуты и разведены.

Вид законченного кинезиотейпинга при растяжении связок кисти (подробнее см. стр. 120).

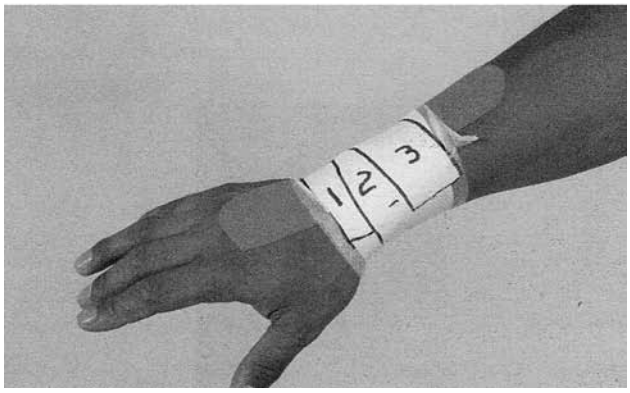


ВАРИАНТ 1:

Кисть в нейтральном положении или слегка согнута, Пальцы разогнуты и разведены. Желательно использование специального материала для подкладывания под аппликацию. Начните бинтование 1,5-дюймовым белым пластырем с тыла кисти и завершите тур, обойдя ее с ладонной стороны, и вернувшись в исходную точку.

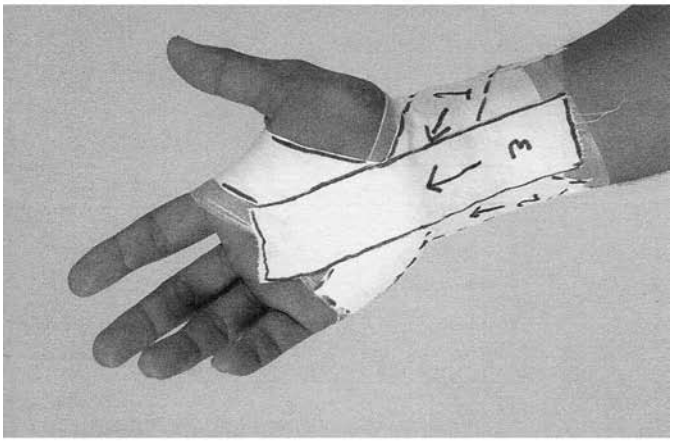


Повторите описанную процедуру 3-5 раз в зависимости от размеров пациента и желаемой степени рестрикции. Степень натяжения опредяется желаемой степенью ограничения движений и толерантностью пациента.



ВАРИАНТ 2: ТЕЙПИНГ ЧЕРЕЗ ЛАДОНЬ

Положение кисти как в варианте 1. Начните с наложения циркулярных фиксирующих повязок на 2-3 дюйма выше лучезапястного сустава и на середине ладонной поверхности кисти.



Приведите кисть в положение легкого сгибания (если желаемый результат ограничение разгибания). Наклейте веерообразно 4-6 полосок, начиная на предплечье и заканчивая серединой ладонной поверхности (см. фото).

Закончите фиксацию тейпинга формированием тейпинговой «узды» Подробнее см.стр.177.