**Тема 4. Кінезіологічне тейпування в ортопедії та травматології**

**Обґрунтування теми.** Побутовий чи спортивний травматизм – найпоширеніші причини звертання до методу кінезіотейпування; 80 % спортсменів використовували цей метод хоча б один раз.

**Мета заняття.** Ознайомлення з предметом, формування у студентів знань про тейпування в травматології, набуття студентами основних вмінь та навичок тейпування в травматології.

**Знати:**

1. Завдання кінезіотейпування в травматології та ортопедії.

2. Показання та протипоказання до застосування методу в травматології та ортопедії.

3. Основні техніки кінезіологічного тейпування в травматології та ортопедії.

**Вміти:**

1. Проводити кінезіотейпування м’язів та суглобів пояса верхніх кінцівок.

2. Проводити кінезіотейпування шийного відділу хребта.

3. Проводити кінезіотейпування м’язів тулуба.

4. Проводити кінезіотейпування м’язів поперекового відділу хребта та суглобів пояса нижніх кінцівок.

**Теоретичні відомості**

 *Етапність застосування різної техніки кінезіологічного тейпування.* При виконанні багатошарових аплікацій першою накладається та, яка реалізує терапевтичне завдання першорядної ваги. Найчастіше це має бути аплікація з меншим натягненням на терапевтичній зоні. Багатошаро- ва аплікація часто створює «пропріорецептивний шум», тобто накладення один на одного пропріорецептивної імпульсації кожній з аплікацій замість ясної сенсорної картини.

*Гострий період травми або ушкодження опорно-рухового апарату.* У цьому періоді рекомендується враховувати, що знеболення і розслаблення пошкодженого скелетного м'яза досягається нанесенням аплікації від місця прикріплення до початку м'яза у поєднанні з послаблювальною або лімфатичною корекцією. Причому лімфатична або послаблювальна корекція використовується впродовж перших 72 годин, потім змінюється будь-якими іншими коригуючими методиками, якщо це необхідно. При роботі з пошкодженими зв'язками і сухожиллями використовується так само послаблювальна і лімфатична корекція з метою зменшення набряку пошкодженого регіону.

*Підгострий період травми або ушкодження опорно-рухового апарату.* У цьому періоді рекомендується враховувати, що знеболення і розслаблення пошкодженого скелетного м'яза замінюється фасцилатацією або підтримкою і нанесенням аплікації від початку м'яза до місця її прикріплення з продовженням застосування послаблювальної або лімфатичної коригуючої техніки. При роботі з пошкодженими зв'язками і сухожиллями вже може використовуватися класична зв'язково-сухожильна техніка, а також лімфатична корекція з метою зменшення набряку пошкодженого регіону.

*Період ранньої реабілітації після травми або ушкодження опорно-рухового апарату.* У цьому періоді рекомендується враховувати, що знеболення і розслаблення пошкодженого скелетного м'яза замінюється фацилітацією або підтримкою і нанесенням аплікації від початку м'яза до місця її прикріплення з продовженням застосування послаблювальної або лімфатичної коригуючої техніки. При роботі з пошкодженими зв'язками і сухожиллями вже може використовуватися класична зв'язково-сухожильна техніка, а також лімфатична корекція з метою зменшення набряку пошкодженого регіону.

*Функціональний період після травми або ушкодження опорно-рухового апарату.* У цьому періоді рекомендується використати фасцилата- цію або підтримку скелетного м'яза і нанесення аплікації від початку м'яза до місця її прикріплення з продовженням застосування коригуючої техніки.

**Ситуаційні задачі**

1. Хлопець 16 років займається спортивною гімнастикою. Два роки тому травмував коліно – пошкодження внутрішньої бокової зв’язки. Зараз скаржиться на дискомфорт у суглобі та періодичний різкий біль із внутрішнього боку коліна при виконанні певних вправ.

Як правильно затейпувати коліно в такому випадку?

Відповідь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. У школярки 12 років виявлено сколіотичну поставу. Призначте курс кінезіотейпування.

Відповідь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Запитання до контролю знань**

1. Основні поняття кінезіотейпування в травматології та ортопедії.

2. Мета, завдання та принципи кінезіотейпування в ортопедії та травматології.

3. Техніки кінезіотейпування в травматології та ортопедії.

4. Показання та протипоказання кінезіотейпування в травматології та ортопедії.

5. Основні ефекти кінезіотейпування в травматології та ортопедії.