

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ В.А. Ходжаев
27 сентября 2010 г.
Регистрационный № 102-0910

**ПРИМЕНЕНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ
ПРИ ТРАВМАХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный медицинский университет», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», РУП «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр»

АВТОРЫ: -д-р мед. наук, доц. В.Г. Крючок, д-р мед. наук, проф. А.П. Сиваков, канд. мед. наук, доц. С.С. Василевский, д-р мед. наук Л.Ф. Можейко, канд. мед. наук В.К. Забаровский, канд. мед. наук, доц. Г.М. Загородный, канд. мед. наук, доц. Л.А. Малькевич, О.В. Трембицкий, А.В. Платонов, О.А. Ласоцкая, А.Е. Левченко

Минск 2010

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительные достижения в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, мышечно-фасциальных болевых синдромов, неврологических проявлений остеохондроза позвоночника проблема реабилитации больных с данной патологией продолжает оставаться актуальной. Это вызывает необходимость поиска новых подходов и методик для более эффективного лечения пациентов. Не менее важной является проблема восстановления оптимального двигательного стереотипа и функциональной активности мышц у спортсменов после травм и физических перегрузок во время тренировок и спортивных соревнований.

Метод кинезиотейпирования, предложенный в 1973 г. японским врачом-мануальным терапевтом Кензо Касе, с использованием тейпов, разработанных по инновационным технологиям и изготовленных японским концерном Нитто Денко (Nitto Denko), является новым направлением в восстановительной медицине, которого на протяжении многих лет придерживаются врачи спортивной медицины и физиотерапевты всего мира. Кинезиотейпы представляют собой эластичные ленты, изготовленные из высококачественного хлопка и покрытые гипоаллергенным клеящим гелем на акриловой основе, который активизируется при температуре тела. Эластические свойства тейпов приближены к эластическим параметрам кожи. Хлопковая основа не препятствует дыханию кожи и испарению с ее поверхности. Эти свойства позволяют использовать тейпы в водных видах спорта, а также оставлять наклеенными на кожу до 5 сут.

Особое признание и распространение метод получил после Олимпийских игр 1988 г. в Сеуле, где доказал свою высокую эффективность.

Клинические исследования показали, что в основе механизма действия кинезиотейпирования лежит создание благоприятных условий для саногенетических процессов, проявляющихся в нормализации микроциркуляции в соединительной ткани кожи и подкожной жировой клетчатке, уменьшении болевого синдрома, восстановлении функциональной активности мышц, оптимизации афферентной импульсации на сегментарном уровне.

Уровень внедрения: амбулаторно-поликлинические и стационарные лечебно-профилактические учреждения, отделения (кабинеты) реабилитации, травматологические центры и диспансеры спортивной медицины, санаторно-курортные учреждения.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Кинезиотейпирование целесообразно применять как самостоятельный метод, а также в сочетании с медикаментозным лечением, физиотерапией, мануальной терапией, иглорефлексотерапией, лечебной физкультурой при следующих заболеваниях:

Спортивная медицина

- профилактика спортивных травм

- посттравматические болевые синдромы суставов верхних и нижних конечностей

- ушибы мягких тканей туловища, верхних и нижних конечностей
- растяжение связок суставов верхних и нижних конечностей

Ортопедия

- сколиоз
- юношеский кифоз
- ахиллобурсит
- варусное искривление голени у детей

Неврология

- неврологические проявления остеохондроза шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника
- мышечно-фасциальные болевые синдромы туловища, верхних и нижних конечностей

Гинекологические болезни

- нарушение лимфотока при варикозной болезни и после мастэктомии
- альгодисменорея.

Педиатрия

- улучшение показателей функциональной моторики у детей

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- Открытые раны и трофические язвы
- Экзема
- Аллергическая реакция на акрил
- Ксеродерма (пергаментная кожа)
- Первый триместр беременности
- Индивидуальная непереносимость

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УКАЗАНИЯ

В случае повышенной чувствительности кожи рекомендуется предварительно наложить небольшой кусочек ленты K-ACTIVE TAPE на поверхность кожи для исследования возможных реакций. При появлении раздражения от применения тейпа следует отказаться.

ОПИСАНИЕ СОСТАВА, ВИДОВ И ФОРМЫ ТЕЙПОВ

Материал: 100% хлопковая эластичная ткань.

Связующий материал: полиакриловый клейкий гель.

Несущий материал: бумага с силиконовым покрытием.

Тейп представляет собой нарезанные в промышленных условиях эластичные клейкие ленты, находящиеся на бумажном несущем материале, имеющие различную цветовую окраску и форму в соответствии с применяемой областью тела.

В настоящее время производят четыре цвета тейпов: бежевый (телесный), красный, синий и черный.

В зависимости от применяемой области изготавливают следующие виды и формы тейпов:

I-образная форма. В зависимости от показаний и способа нанесения ленту используют для механической коррекции движения с целью ограничения или уменьшения движения кожи и нижележащих слоев; создания большего пространства над областью боли, воспаления или отека; активации лимфотока.

V-образная форма. Используют для механической коррекции с целью фиксации фасции в необходимой позиции; ограничения движения фасции в нежелательном направлении; стабилизации сустава; активации лимфооттока.

Изготавливают также специальные формы тейпов для шеи, плеча, поясницы, локтевого сустава, бедра, запястья, коленного сустава, лодыжки и паховой области.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КИНЕЗИОТЕЙПОВ

В основе лечебного действия тейпов лежат следующие эффекты:

1. Активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке.
2. Уменьшение болевого синдрома.
3. Восстановление функциональной активности мышц.
4. Нормализация функции суставов.
5. Рефлекторное влияние на внутренние органы.

Основной эффект при применении кинезиотейпирования — создание благоприятных условий для саногенетических процессов в тканях.

Активация микроциркуляции

Соединительная ткань и межклеточное вещество играют ведущую роль в осуществлении функций метаболизма и выполняют трофическую, пластическую, защитную и механическую функции. Трофическая или метаболическая функции соединительной ткани заключается в том, что она, являясь внутренней средой организма вместе с проходящими в ней кровеносными и лимфатическими капиллярами, участвует в обеспечении других тканей питательными веществами и выводит продукты метаболизма. Необходимым условием нормального функционирования межклеточного вещества является его оптимальное физиологическое пространство. Наложенный на поверхность кожи тейп, предварительно растянутый до 50% длины, несколько приподнимает верхние слои кожи, что создает благоприятные условия для активации микроциркуляции в соединительной ткани и межклеточном веществе, способствуя выводу продуктов метаболизма и улучшению лимфотока.

Уменьшение болевого синдрома

Уменьшение болевого синдрома реализуется за счет двух механизмов: активации афферентного потока через толстые миелиновые A-β волокна и улучшения микроциркуляции в соединительной ткани.

Болевой синдром возникает вследствие раздражения ноцицепторов, представляющих собой свободные нервные окончания, наибольшее количество которых расположено в верхних слоях кожных покровов.

Импульс из ноцицепторов поступает в задние рога спинного мозга по тонким миелиновым А- δ и тонким немиелиновым С-волоконкам. Импульсы от механо- (медленно и быстро адаптируемых) и барорецепторов поступают в задние рога по толстым миелиновым волокнам А- β . В соответствии с теорией «воротного контроля» (афферентного входа) болевой импульс подавляется в желатинозной субстанции, расположенной во второй пластине заднего рога, импульсом приходящим по А- β толстым миелиновым волокнам от тактильных и барорецепторов.

Тейп, наложенный на поверхность кожи, раздражает прежде всего тактильные рецепторы и барорецепторы, от которых афферентный сигнал поступает в задние рога спинного мозга по толстым миелиновым А- β волокнам, уменьшая болевой синдром.

Второй механизм уменьшения болевого синдрома реализуется при активации микроциркуляции в тканях. Повреждение тканей сопровождается поступлением в межклеточное вещество медиаторов воспаления: субстанции Р, гистамина, простагландинов. Эти вещества вызывают сенситизацию ноцицепторов С-волокон, что понижает порог их возбудимости и стимулирует болевой афферентный поток. Наложный на кожу тейп, за счет декомпрессии соединительной ткани, активизирует микроциркуляцию и способствует выведению медиаторов воспаления.

Восстановление функциональной активности мышц

Интенсивная физическая работа, перегрузка нетренированных мышц, воздействие холода, рефлекторное напряжение при патологии внутренних органов, дистрофических изменениях позвоночника, нарушении двигательного стереотипа способствуют возникновению боли за счет выраженного тонического мышечного сокращения. Эти факторы приводят к повышению тонуса мышц главным образом из-за увеличения метаболической активности и выброса биологически активных веществ, раздражающих свободные нервные окончания. Как правило, именно спазмированные мышцы становятся источником боли, который в свою очередь запускает порочный круг «боль – мышечный спазм – боль», сохраняющийся в течение длительного времени.

Проприорецептором, сигнализирующим о степени расслабления или растяжения мышц, является мышечное веретено. Его основная функция состоит в регуляции длины мышечных волокон и поддержании их тонуса посредством миотатического рефлекса, реализуемого по спинальным рефлекторным дугам. Контроль мышечного напряжения осуществляется через мышечно-сухожильный орган Гольджи, который находится в месте перехода мышцы в сухожилие. При сокращении мышцы и напряжении сухожилия активируется сухожильный аппарат Гольджи, афферентные волокна через систему полисинаптических (на уровне спинного мозга) связей оказывают реципрокное (тормозное) влияние на мышцы-антагонисты. Таким образом, у каждой мышцы имеются две регуляторные системы, осуществляющие регуляцию по принципу «обратной связи»: мышечные веретена регулируют длину мышцы, а сухожильный орган Гольджи в качестве рецептора регулирует напряжение.

В зависимости от места наложения тейпа и применяемой методики становится возможным активировать как сухожильный орган Гольджи, так и мышечные веретена, что позволяет регулировать мышечный тонус.

Нормализация функции суставов

Как известно, нервные волокна, иннервирующие мышцы и кожу в области сустава, также иннервируют и ткани суставов. Поэтому активация рецепторов кожи способствует активации проприорецепторов мышц и суставов. В случае нарушения оптимального двигательного стереотипа и мышечного баланса, используя различные методики наложения тейпа, появляется возможность регулировать афферентный поток из проприорецепторов. Поскольку при движении происходит постоянная стимуляция рецепторов кожи эффект может быть длительным.

Тейп, наложенный на сустав, также может его механически поддерживать.

Сегментарное влияние на внутренние органы

Клинические исследования показывают, что каждому сегменту спинного мозга соответствует определенная зона иннервации, в которой сенсорные, рефлекторные и трофические процессы осуществляются афферентными и эфферентными нервными волокнами данного нейрометамера. Нейроны каждого из них несут афферентную импульсацию от кожи, мышц, сухожилий, связок, надкостницы, соединительнотканых структур, сосудов, соматических и вегетативных ганглиев внутренних органов.

Ноцицептивная стимуляция внутреннего органа может вызывать отраженную боль — ощущение боли на поверхности тела в соответствующих зонах Захарьина–Геда. Механизм возникновения отраженной боли заключается в конвергенции ноцицептивного афферентного потока от кожи и внутренних органов на одних и тех же клетках в задних рогах серого вещества спинного мозга. Воздействие на зоны отраженной боли активирует рефлекторную и сенсорную функции афферентных нейронов и нормализует деятельность соматических и вегетативных ганглиев.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Разновидности методик наложения тейпа провидены в приложениях 1–10.

Коррекция пространства соединительной ткани I-образной формой тейпа

Методика:

- пациент максимально сгибает конечность в суставе с целью натяжения тканей;
- в проекции боли или отека края ленты тейпа накладывают на поверхность кожи без натяжения (приложение 1, рис. 1–3).

Коррекция пространства соединительной ткани X-образной формой тейпа

Методика:

- изготавливают X-образную форму тейпа. Для этого необходимо сделать надрезы по краям ленты и вырезать в ее центре квадратное отверстие;
- пациент максимально сгибает конечность в суставе для увеличения натяжения тканей;
- на кожу в области боли или отека накладывают среднюю часть ленты размером 1/3 от общей длины с натяжением 25–50%;
- края ленты наклеивают на кожу без натяжения (приложение, 1 рис. 4–6).

Коррекция пространства соединительной ткани тейпом «тип щели»

Методика:

- изготавливают ленту «типа щели». Для этого в центральной части 1/2 длины ленты проводят 5 продольных разрезов;
- пациент максимально сгибает конечность в суставе для увеличения натяжения тканей;
- на кожу в области отека или боли накладывается средняя часть размером 1/3 от общей длины ленты с натяжением 25–50%;
- края ленты приклеивают без натяжения (приложение 2, рис. 1–3).

Эффект при наложении тейпов методом коррекции пространства: при разгибании конечности в суставе, тейп принимает волнообразную форму, создавая декомпрессию в соединительной ткани в области боли или отека, формируя благоприятные условия для активации микроциркуляторных процессов.

Фасциальная техника наложения тейпа

Методика:

- V-образную ленту тейпа основанием накладывают на поверхность кожи без натяжения;
- края обоих отрезков ленты, поочередно натягивая и ослабляя, накладывают на кожу с целью фиксации и придания фасции необходимого натяжения;
- при наложении на кожу свободных концов тейпа натяжение составляет 25–50%;
- края ленты закрепляются на коже без натяжения (приложение 2, рис. 4–5).

Техника наложения тейпа для фиксации фасции

Методика:

- основание V-образной ленты тейпа накладывают на поверхность кожи без натяжения;
- придерживают основание ленты и создают для фасции необходимое натяжение. Наклеивают на кожу свободные концы ленты с натяжением 25% (приложение 3, рис. 1–4).

Эффект при использовании фасциальных техник: фасция фиксируется в необходимой позиции, ограничивается ее движение в нежелательном направлении, устраняя тем самым нарушения микроциркуляции и туннельные синдромы.

Техника наложения тейпа для стабилизации связок

Методика:

- на поверхность кожи в области связки накладывают среднюю часть размером 1/3 от общей длины I-образной ленты с натяжением 50–100%;
- свободные края ленты приклеиваются к коже без натяжения (приложение 3, рис. 5–6).

Эффекты: стимуляция механорецепторов кожи, фиксация сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Техника наложения тейпа для стабилизации ахиллова сухожилия

Методика:

- на поверхность кожи пятки, подошвы стопы и ахиллова сухожилия накладывают среднюю часть ленты размером 1/3 от ее общей длины с натяжением 50–75%;
- свободные края ленты приклеивают с натяжением 15–25% (приложение 3, рис. 7).

Эффекты: стимуляция механорецепторов кожи, поддержка и стабилизация ахиллова сухожилия и голеностопного сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Коррекция нарушений голеностопного сустава

Методика:

- голеностопный сустав располагают в нейтральном положении;
- нанесение ленты начинают с дистального отдела тыла стопы без натяжения;
- далее выполняют тыльное сгибание в суставе;
- центральную часть ленты растягивают на 50–75%;
- проксимальный конец ленты наносят без натяжения;
- проксимальный и дистальные края ленты придерживаются руками врача, а пациент разгибает сустав;
- далее врачу необходимо продвинуть обе руки к середине сустава, чтобы закрепить ленту на поверхности кожи (приложение 4, рис. 1–3).

Эффекты: стимуляции механорецепторов кожи, активация проприорецепторов сустава, поддержка и стабилизация голеностопного сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Коррекция нарушений коленного сустава

Методика:

- пациент максимально сгибает коленный сустав;
- наложение ленты начинают с ее середины, предварительно растянув среднюю треть на 50–75%;
- края ленты приклеивают к поверхности кожи без натяжения (приложение 4, рис. 4–5).

Эффекты: стабилизация надколенника, уменьшение степени выраженности болевого синдрома, коррекция двигательного стереотипа.

Стабилизация коленного сустава

Методика:

- пациент сгибает ногу в коленном суставе;
- раздвоенное основание ленты наносят ближе к центру надколенника с растяжением 25%;
- центральную часть ленты наносят с натяжением 50–75%;
- отрезки раздвоенной ленты огибают надколенник без натяжения;
- среднюю часть ленты приклеивают основанием к наружной части надколенника поверх ранее наложенной ленты;
- нижний край ленты приклеивают к коже в проекции бугристости большеберцовой кости с натяжением 50–75%;
- свободные раздвоенные концы ленты приклеивают с обеих сторон выше надколенника без натяжения;
- к дистальной части надколенника поперечно поверх предыдущих приклеивают еще одну ленту;
- надколенник оборачивают еще одной лентой;
- пациент разгибает ногу в коленном суставе (приложение 5, рис. 1–10).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, стабилизация коленного сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Наложение тейпа при плечелопаточном периартрите

Методика:

- основание V-образного тейпа накладывают на поверхность кожи в проекции прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости;
- раздвоенные концы ленты приклеивают к поверхности кожи в области переднего и заднего краев дельтовидной мышцы;
- лента I-образного тейпа приклеивается к поверхности кожи в проекции клювово-плечевой мышцы;
- основание еще одной V-образной ленты приклеивают к поверхности кожи несколько дорзальнее переднего края дельтовидной мышцы;
- середину нижней ленты приклеивают в проекции подлопаточной мышцы;
- середину верхней ленты приклеивают в проекции надлопаточной мышцы;
- свободные края ленты приклеивают медиально лопатки (приложение 6, рис. 1–4).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома в области плечевого сустава.

Наложение тейпа при синдроме передней лестничной мышцы

Методика:

- основание V-образного тейпа с растяжением около 10% накладывают на запястье при согнутой руке в лучезапястном и локтевом суставах;
- ленту приклеивают к локтевому отростку;
- плечо и руку приводят в нейтральное положение, при этом голова пациента ротирована и наклонена в противоположную сторону;

- верхний отрезок V-образной ленты приклеивают на латеральной границе трехглавой мышцы плеча;
- пациент переводит голову в нейтральную позицию, плечо согнуто на 110°;
- нижний отрезок ленты приклеивают с натяжением 10% на кожу в проекции медиальной границы трицепса к остистому отростку седьмого шейного позвонка (приложение 6, рис. 5–8).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома в области шеи, плеча, предплечья, коррекция двигательного стереотипа.

Наложение тейпа при альгодисменорее

Методика:

- ленту I-образного тейпа длиной 15–20 см поперечно наклеивают на поясничную область в проекции от третьего до пятого поясничных позвонков;
- сверху крестообразно наклеиваются две других ленты;
- спереди I-образную ленту длиной 12–15 см наклеивают поперечно между пупком и лобковой костью;
- следующую ленту длиной 10–12 см наклеивают поверх вертикально (приложение 7, рис. 1–3).

Эффекты: локально-сегментарное воздействие, уменьшение степени выраженности болевого синдрома при альгодисменорее.

Наложение тейпа при дорсопатиях грудного отдела позвоночника

Методика:

- пациент находится в положении сидя, корпус наклонен вперед;
- основание ленты закрепляют у медиального края лопатки;
- медиальный отрезок ленты наклеивают в проекции от 4 до 12-го грудного позвонка;
- латеральный отрезок ленты наклеивают в проекции латерального края мышцы, выпрямляющей позвоночник, до уровня 12-го грудного позвонка (приложение 7, рис. 4–6).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, релаксация мышцы выпрямляющей позвоночник.

Наложение тейпа при дорсопатиях шейного отдела позвоночника

Первый вариант

Методика:

- пациент находится в положении сидя;
- голова несколько наклонена и ротирована в противоположную сторону от стороны наложения тейпа;
- латеральный отрезок ленты наклеивают по прямой линии к сосцевидному отростку;
- медиальный отрезок также наклеивают к сосцевидному отростку на расстоянии 2 см от латерального отрезка тейпа;
- основание тейпа наклеивают в области остистого отростка 3-го грудного позвонка (приложение 8, рис. 1–3).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, релаксация ременной мышцы головы.

Второй вариант

Методика.

- пациент находится в положении сидя;
- голова несколько наклонена и ротирована в сторону противоположную от стороны наложения тейпа;
- основание тейпа наклеивают в области сосцевидного отростка;
- медиальный отрезок ленты направляют к месту проекции поперечного отростка 1-го шейного позвонка, а затем накладывают в проекции поперечных отростков шейных позвонков и грудных позвонков до 6-ого грудного позвонка;
- латеральный отрезок тейпа направляют к остистому отростку 7-го шейного позвонка, а затем наклеивают латеральнее грудных остистых отростков до уровня 6-го грудного позвонка (приложение 8 рис. 4–6).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, релаксация ременной мышцы шеи.

Наложение тейпов на молочную железу после родов

Методика

- для молочной железы после родов используют тейпы различной конфигурации (приложение 9, рис 1–4);
- вначале накладывают тейпы вокруг ореола соска в соответствии с расположением стрелок циферблата на 8, 11 и 13 ч;
- второй ряд I-образных тейпов накладывают аналогично латеральнее на 2–4 см (приложение 9, рис. 5).

Эффекты: мягкий лифтинг молочной железы, активация циркуляции крови и метаболических процессов в соединительной ткани, повышение лактации.

Наложение тейпов для поддержания брюшного пресса после родов

Методика:

- два тейпа продольно разрезают на три полосы до основания ленты, которое составляет $1/5$ ее длины;
- другие два тейпа большей длины продольно разрезают на две полосы до основания, которое составляет $1/6$ длины ленты;
- основание первой трехполосной ленты наклеивают в проекции белой линии живота выше пупка, а полосы — вокруг пупка против часовой стрелки;
- основание второй трехполосной ленты наклеивают в области белой линии живота ниже пупка, а полосы — вокруг пупка против часовой стрелки;
- двухполосную ленту наклеивают латеральнее трехполосной в таком же порядке (приложение 10, рис. 1–2).

Эффекты: поддерживает мышцы брюшного пресса, активизирует метаболические процессы в соединительной ткани.

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока области груди

Методика:

- два тейпа длиной 45–50 см разрезают продольно на 5 полос, оставив не разрезанным один из краев ленты длиной 4–5 см;
- пациент находится в положении стоя;
- основание тейпа прикрепляется к середине латерального края большой грудной мышцы;
- полосы накладываются параллельно в направлении противоположного края большой грудной мышцы;
- другой тейп своим основанием прикрепляется в проекции нижнего края прямой мышцы живота;
- полосы накладываются веерообразно с прикреплением крайних полос в проекции середины медиального и латерального края большой грудной мышцы с натяжением тейпа 20–50% (приложение 11, рис. 1).

Эффект: улучшение лимфооттока в области груди и живота.

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока внутренней поверхности руки

Методика:

- два тейпа длиной 25 и 20 см разрезают продольно на 5 полос, оставив не разрезанным один из краев ленты длиной 3–4 см;
- пациент находится в положении стоя;
- основание короткого тейпа накладывается на внутреннюю поверхность плеча в подмышечной области;
- полосы накладываются параллельно в направлении локтевого сгиба;
- основание более длинного тейпа прикрепляется в области локтевого сгиба;
- полосы накладываются параллельно по внутренней поверхности предплечья до лучезапястного сустава с натяжением тейпа 20–50% (приложение 11, рис. 3).

Эффекты: улучшения лимфатического оттока внутренней поверхности руки.

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока верхней конечности

Методика:

- тейп длиной 1,5 м разрезают на 5 полос;
- пациент находится в положении сидя или стоя;
- полосы поочередно прикрепляются в области лучезапястного сустава и спиралевидно накладываются на руку до надключичной области;
- ленты наносятся с усилием от 25 до 100% натяжения (приложение 11, рис. 2).

Эффекты: улучшение лимфатического оттока верхней конечности.

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока нижней конечности

Методика:

- тейп длиной 1,5 м разрезают на 5 полос;
- пациент находится в положении стоя;
- полосы поочередно прикрепляются в области голеностопного сустава и стопы, затем спиралевидно накладываются на ногу до паховой области;
- ленты наносятся с усилием от 25 до 100% натяжения (приложение 11, рис. 4).

Эффекты: улучшение лимфатического оттока нижней конечности.

Наложение тейпа для улучшения оттока лимфы латеральной и медиальной поверхностей голени

Методика:

- два тейпа длиной 20–25 см разрезают продольно на 5 полос, оставив не разрезанным один из краев ленты длиной 3–4 см;
- пациент находится в положении стоя;
- основание тейпа накладывается на середину латеральной поверхности голени;
- полосы веерообразно прикрепляются к латеральной поверхности основания стопы;
- аналогично проводится прикрепление тейпа к медиальной поверхности голени и стопы;
- ленты наносятся с усилием от 25 до 100% натяжения (приложение 12, рис. 1–6).

Эффекты: улучшение лимфатического оттока голени.

**Коррекция пространства I-образной
формой кинезиотейпа**

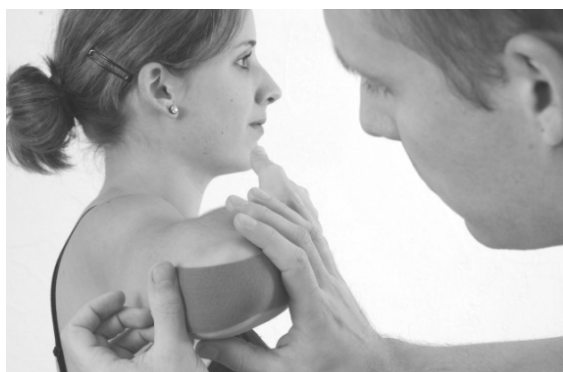


Рис. 1

**Коррекция пространства X-образной
формой кинезиотейпа**



Рис. 4



Рис. 2



Рис. 5



Рис. 3

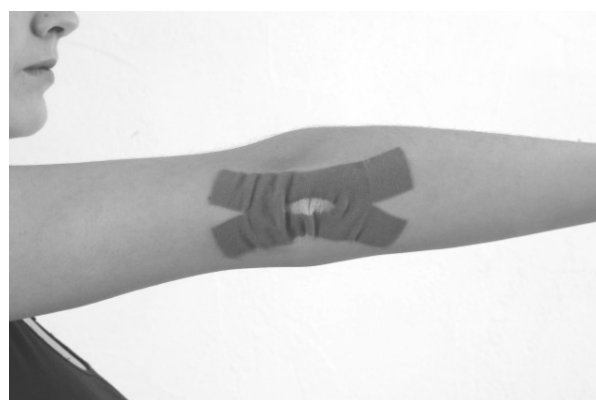


Рис. 6

**Коррекция пространства кинезиотейпом
«тип щели»**



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

**Фасциальная техника наложения
кинезиотейпа**



Рис. 4

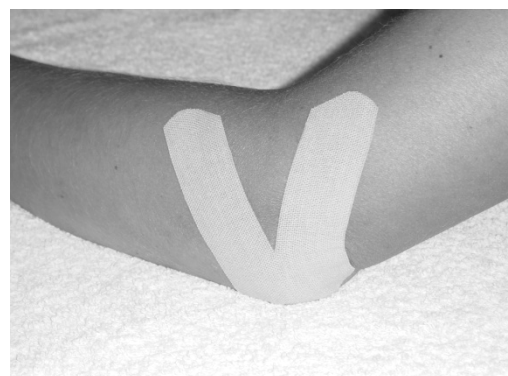


Рис. 5

Техника наложения кинезиотейпа для фиксации фасции



Рис. 1

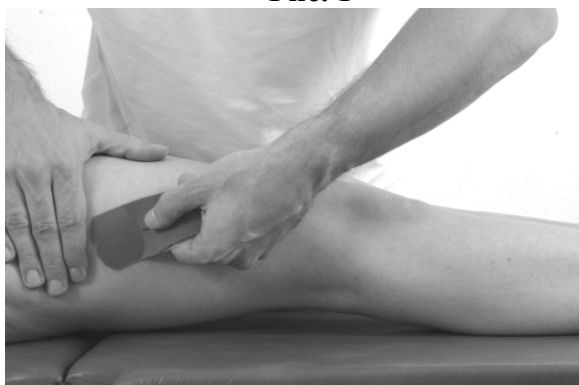


Рис. 2

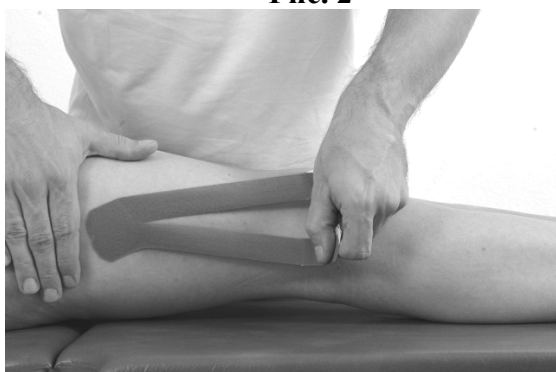


Рис. 3

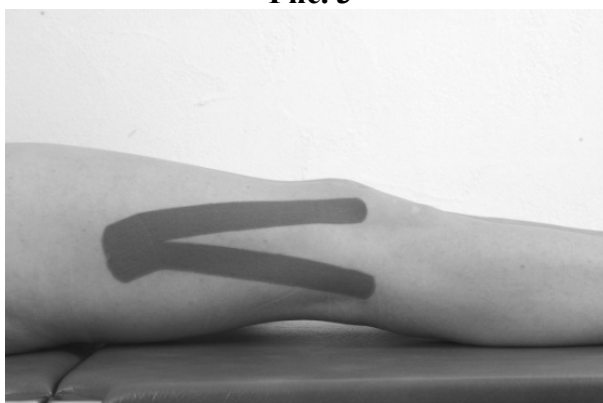


Рис. 4

Техника наложения кинезиотейпа для стабилизации связок



Рис. 5

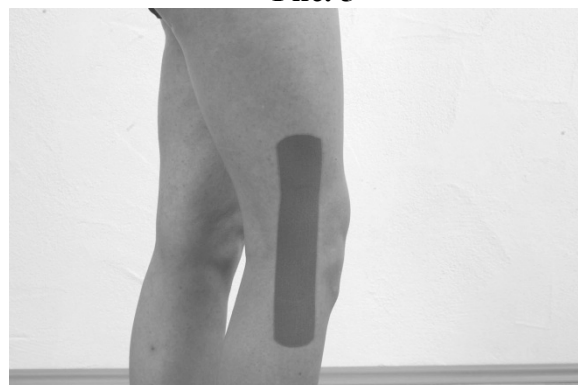


Рис. 6

Техника наложения кинезиотейпа для стабилизации ахиллова сухожилия



Рис. 7

Коррекция функции голеностопного сустава



Рис. 1



Рис. 2

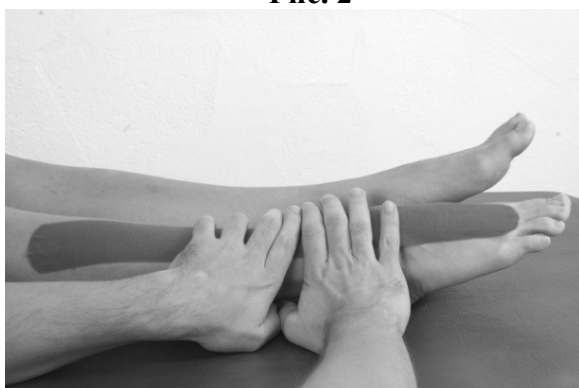


Рис. 3

Коррекция функции коленного сустава

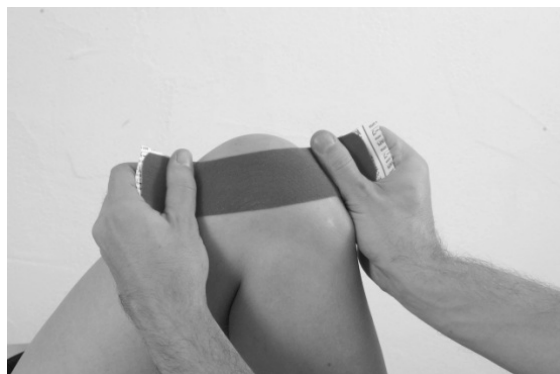


Рис. 4



Рис. 5

Стабилизация коленного сустава — 1

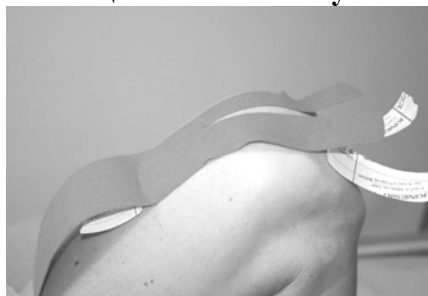


Рис. 1

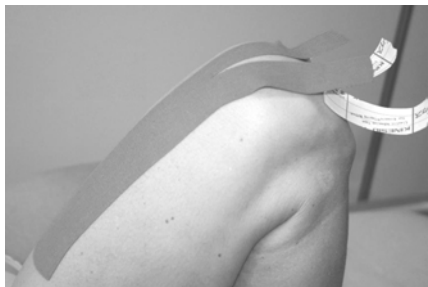


Рис. 2

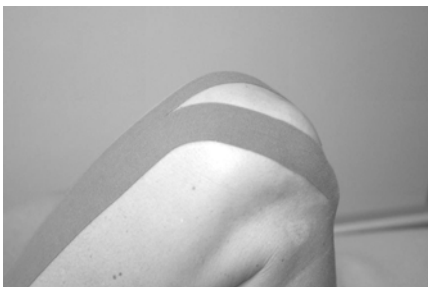


Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

Стабилизация коленного сустава — 2

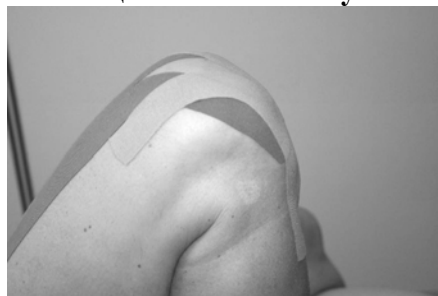


Рис. 6



Рис. 7

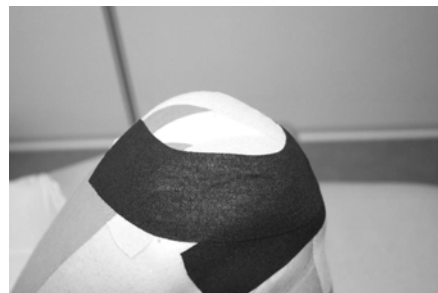


Рис. 8



Рис. 9

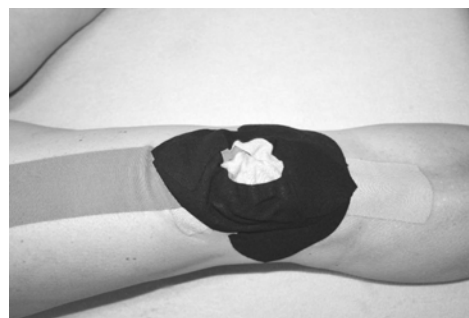


Рис. 10

**Наложение кинезиотейпа при
плечелопаточном периартрите**



Рис. 1



Рис. 2

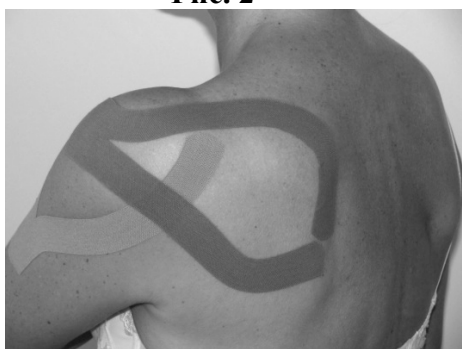


Рис. 3



Рис. 4

Приложение 6

**Наложение кинезиотейпа при синдроме
передней лестничной мышцы**

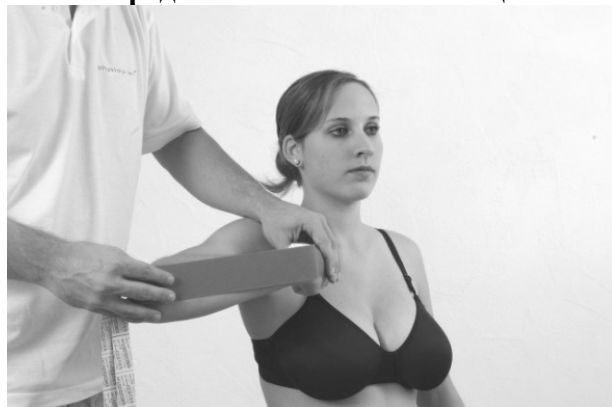


Рис. 5

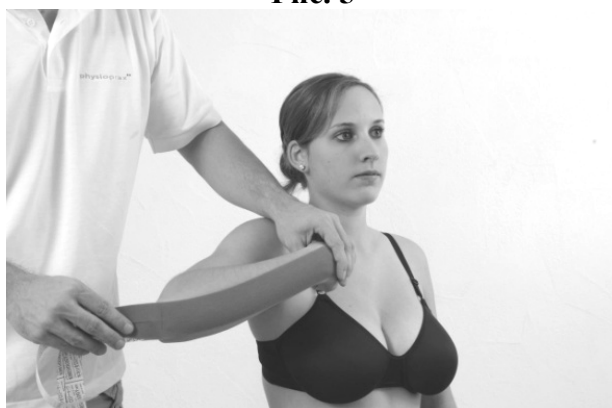


Рис. 6

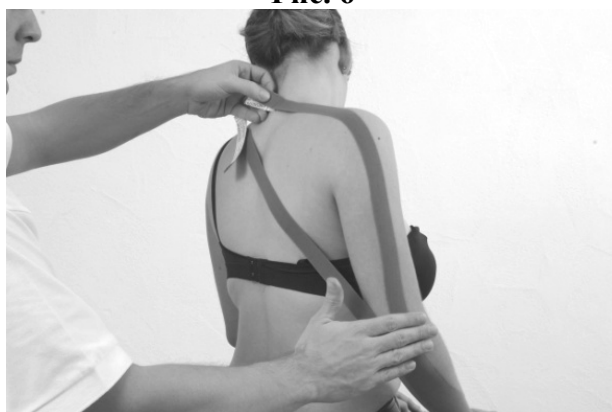


Рис. 7

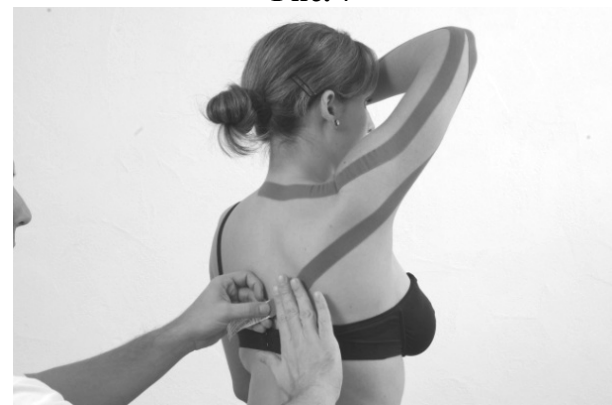


Рис. 8

Наложение кинезиотейпа при альгодисменорее

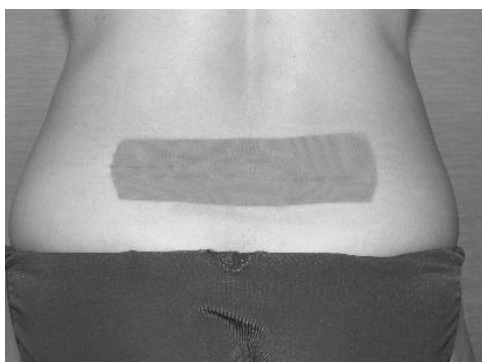


Рис. 1

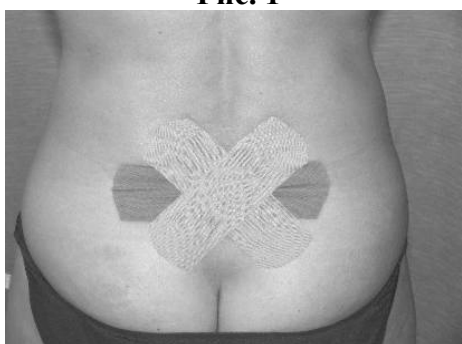


Рис. 2



Рис. 3

Наложение кинезиотейпа при дорсопатии грудного отдела позвоночника

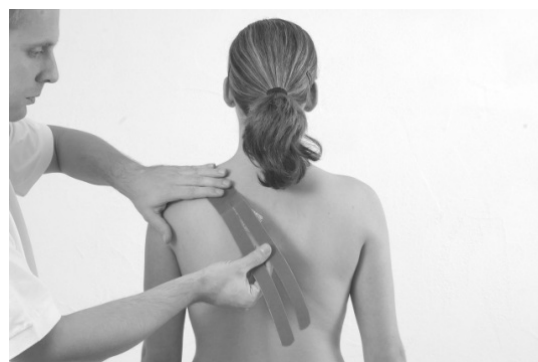


Рис. 4

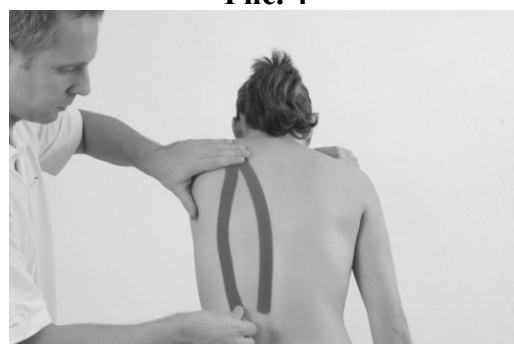


Рис. 5

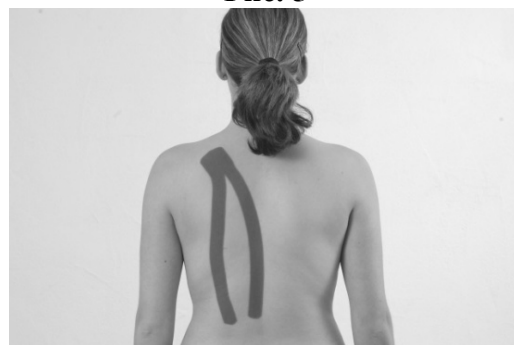


Рис. 6

**Наложение кинезиотейпа при дорсопатии
шейного отдела позвоночника.
Первый вариант**



Рис. 1



Рис. 2

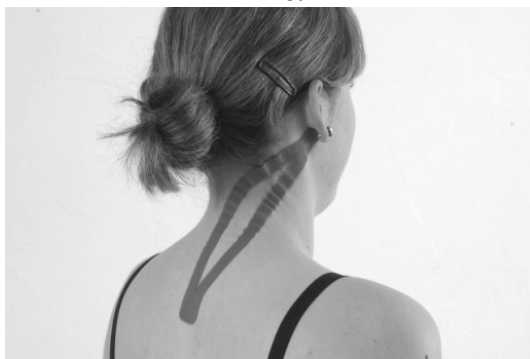


Рис. 3

**Наложение кинезиотейпа при дорсопатии
шейного отдела позвоночника.
Второй вариант**



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Наложение кинезиотейпов на молочную железу после родов

Формы тейпов для молочной железы



Рис. 1



Рис. 2

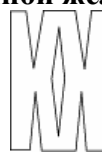


Рис. 3



Рис. 4

Способы наложения кинезиотейпов на молочную железу



Рис. 5

Наложение кинезиотейпов в послеродовом периоде

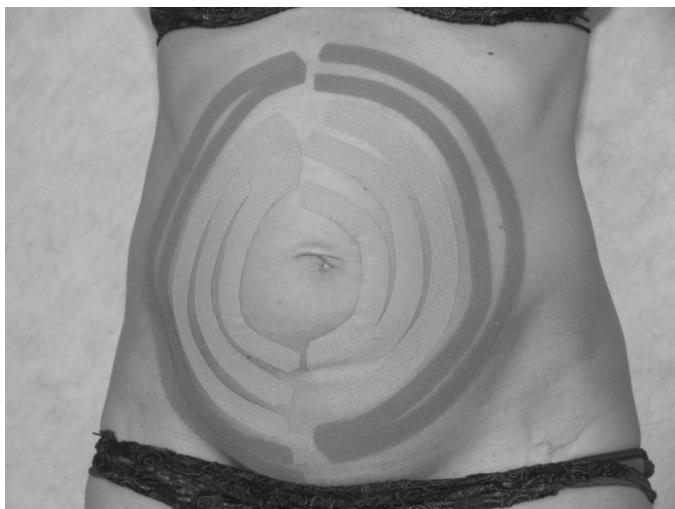


Рис. 1



Рис. 2

Наложение кинезиотейпа для улучшения лимфатического оттока области груди

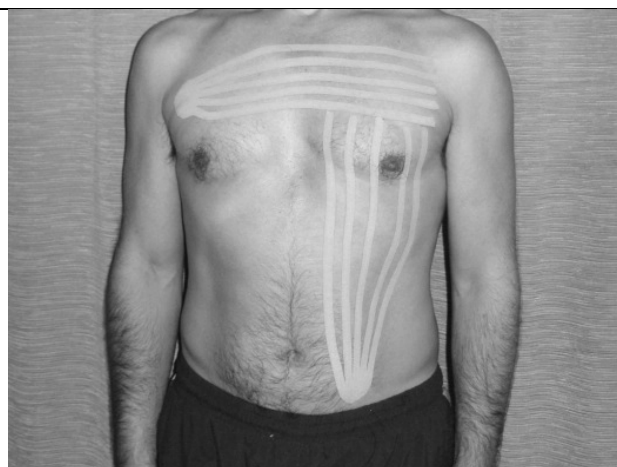


Рис. 1

Наложение кинезиотейпа для улучшения лимфатического оттока внутренней поверхности руки



Рис. 3

Наложение кинезиотейпа для улучшения лимфатического оттока верхней конечности



Рис. 2

Наложение кинезиотейпа для улучшения лимфатического оттока нижней конечности



Рис. 4

Наложение кинезиотейпа для улучшения оттока лимфы латеральной поверхности голени

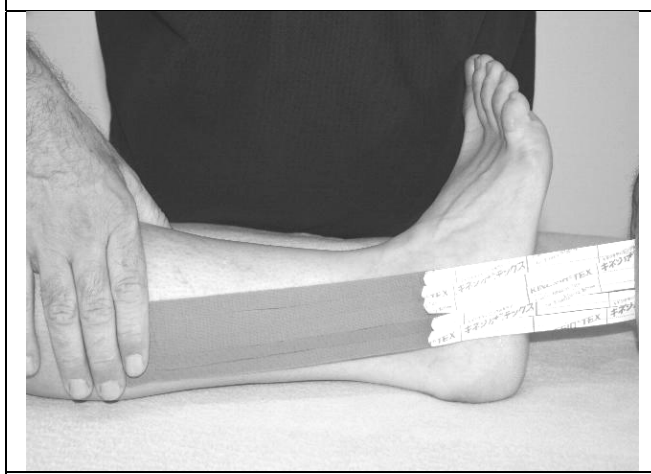


Рис. 1

Наложение кинезиотейпа для улучшения оттока лимфы медиальной поверхности голени

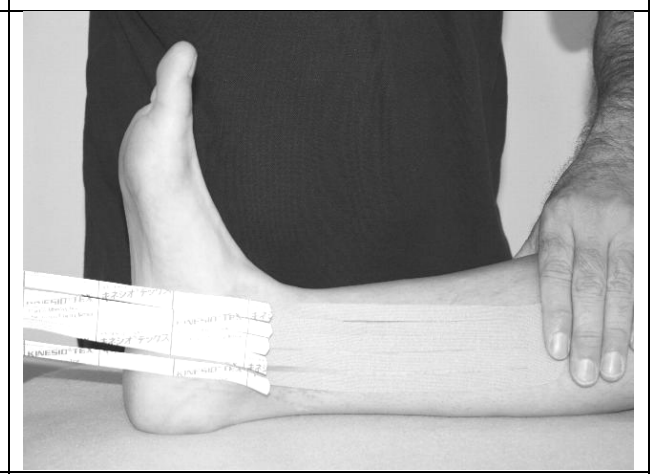


Рис. 4



Рис. 2



Рис. 5

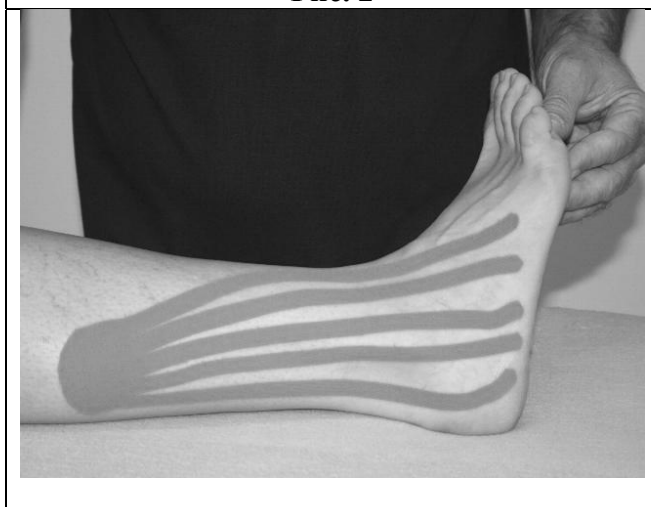


Рис. 3

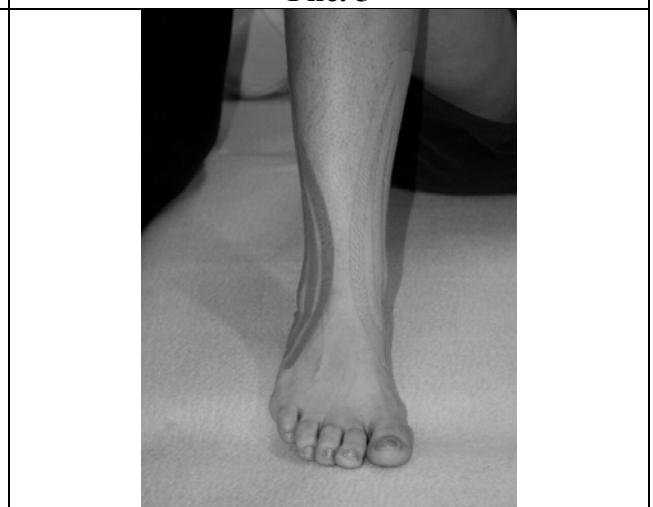


Рис. 6