

Practical Guide to Kinesiology Taping

by John Gibbons

© Lotus Publishing, John Gibbons, 2020 via Alexander Korzhenevski Agency (Russia)

Гиббонс, Джон.

Г46 Кинезиологическое тейпирование : практическое руководство для оценки, лечения и профилактики спортивных и бытовых травм / Джон Гиббонс ; [перевод с английского А. Швеца]. — Москва : Эксмо, 2022. — 112 с. : ил. — (Медицинский атлас).

ISBN 978-5-04-157145-0

Кинезиологическое тейпирование — современное и модное направление спортивной медицины. Своей популярностью оно обязано простой в освоении технике и высокой эффективности. Сегодня редко встретишь спортсмена, который не знает, что такое тейп и для чего он нужен. Даже их однократное применение уменьшает боль и отек, снижает вероятность получения травмы.

В книге доступно и пошагово описано, как, когда и почему следует применять авторский метод Vodumaster®. Джон Гиббонс почти 20 лет читает лекции по физиотерапии и технике тейпирования. Он обучил тысячи студентов по всему миру и с уверенностью говорит, что не получил ни одного отрицательного отзыва от своих пациентов.

С помощью метода Vodumaster® можно вылечить более пятидесяти спортивных травм. Даны рекомендации и по терапии патологии конкретных областей тела. Например, люди с хронической болью в колене уменьшат симптоматику и даже начнут путь к выздоровлению, просто наложив наклейку.

Книга уникальна наличием QR-кодов, которые приведут читателя к видео с соответствующей техникой тейпирования и помогут еще лучше ее освоить. Издание предназначено для физиотерапевтов, остеопатов и спортсменов.

УДК 615.8
ББК 53.58

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7	Глава 2	
Благодарности	11	Техники кинезиологического	
Сокращения	12	тейпирования для нижних	
Глоссарий часто используемых		конечностей	34
анатомических терминов	13	Подошвенный фасциит, боль	
		в пятке, синдром пяточной жировой	
		подушки	34
Глава 1		Вывих лодыжки, растяжение	
Обзор кинезиологического		(напряжение) малоберцовых мышц	36
тейпирования	15	Вывих лодыжки, растяжение	
Введение	15	связок и малоберцовая стабилизация	38
История кинезиологического		Патология ахиллова сухожилия	40
тейпирования	17	Растяжение икроножных мышц	43
Метод кинезиологического		Синдром напряжения медиальной	
тейпирования	17	большеберцовой области, задний	
Сравнение кинезиологического		компартмент-синдром	
тейпинга и стандартной спортивной		(шинированная голень)	44
ленты	18	Тендинопатия передней	
Фиксация ленты	19	большеберцовой области и передний	
Типы кинезиологической ленты	19	компартмент-синдром	45
Как работает кинезиологическое			
тейпирование?	21	Глава 3	
Как использовать и применять		Техники кинезиологического	
кинезиологическую ленту?	23	тейпирования для коленного	
Преимущества кинезиологического		сустава	48
тейпирования	25	Общая боль в области	
Краткое описание способов применения		колена, пателлофemorальный	
кинезиологической ленты	26	болевого синдром	48
Меры предосторожности		Полное тейпирование колена:	
и противопоказания		СПФБ, тендинопатия надколенника,	
для кинезиологического тейпирования	26	болезнь Осгуда–Шлаттера, бурсит	50
Нанесение кинезиологической ленты	27	Техника тейпирования при неправильном	
Цветные «звезды»	31	положении колена	51
Тейпирование и фасциальная ткань	31		

Боль в латеральной области колена: синдром илиотибиального тракта, латеральный мениск, латеральная коллатеральная связка (ЛКС)	54	Постуральный тейпинг	78
Боль в медиальной области колена: медиальная коллатеральная связка (МКС) и медиальный мениск	56	Растяжение мышц грудной клетки	81
Глава 4 Методы кинезиологического тейпирования для передней и задней поверхности бедра	58	Глава 7 Техники кинезиологического тейпирования для верхних конечностей	82
Натяжение, усталость подколенных сухожилий	58	Техники кинезиологического тейпирования для верхних конечностей	82
Растяжение подколенного сухожилия	60	Растяжение акромиально-ключичного сустава	84
Растяжение прямой мышцы бедра	61	Бицепс: длинная и короткая головка	86
Растяжение аддукторов (приводящих мышц) бедра	63	Глава 8 Техники кинезиологического тейпирования для предплечья, запястья и кисти	88
Глава 5 Техники кинезиологического тейпирования для нижней части спины, тела и таза	64	Латеральный эпикондилит: теннисный локоть	88
Боль в ягодичных и грушевидных мышцах	64	Медиальный эпикондилит и локтевой нерв: локоть игрока в гольф	90
Патология поясничного отдела позвоночника	66	Синдром запястного канала	91
Дисфункция крестцово-подвздошного сустава	68	Синдром перекреста и тендиоз де Кервена	91
Растяжение квадратной мышцы поясницы	71	Остеоартрит первого запястно-пястного сустава	93
Реберная и межреберная боль	72	Глава 9 Техники кинезиологического тейпирования для контроля отека	95
Глава 6 Кинезиологическое тейпирование верхней части спины, шеи и груди	74	Лимфатическая система	95
Боль в середине грудной клетки и в области ромбовидной мышцы	74	Отек области лодыжки	98
Боль в задней части шеи	76	Отек области коленного сустава	99
Шейный отдел позвоночника: растяжение мышцы, поднимающей лопатку и верхней части трапециевидной мышцы	77	Гематома и отек бедра	100
		Отек предплечья	101
		Отек плеча	102
		Библиографический список	103
		Указатель	105

ПРЕДИСЛОВИЕ

Я впервые научился применять стандартные спортивные техники тейпирования, когда служил солдатом в Британской армии. В то время я был штатным инструктором по физической подготовке в Королевском корпусе инженеров-электриков и механиков (REME) в Арборфилдском гарнизоне. В 1996 году я записался на курс спортивной медицины в компанию Premier Training, и именно там у меня развилась страсть к изучению диагностики, лечения и реабилитации пациентов, особенно в спортивном секторе.

Во время курса наши преподаватели потратили много времени, обучая нас правильному нанесению ленты на определенные участки тела с целью создания желаемого эффекта стабилизации суставов и мышц. Лента, которую мы использовали на курсе, содержала в основном продукт под названием «оксид цинка». Этот тип обычной спортивной ленты был разработан таким образом, чтобы она имела ограниченное растяжение. В основном мы использовали данный тип ленты, чтобы помочь стабилизировать или даже обездвижить область, в частности, воздействовать на степень подвижности суставов, чтобы ограничить диапазон движения. Такая техника помогает в первую очередь предотвратить травмы, поэтому, говоря простым языком, нас обучили методу, известному как профилактический тейпинг. Мы также изучали другие методы тейпирования с использованием эластичных клейких повязок (EAB). Этот тип повязки, как следует из названия, допускал растяжение из-за своей эластичности и использовался для контроля отека, возникаю-

щего после травмы. EAB использовались и для облегчения при мышечных напряжениях и гематомах, а также в качестве опорной поверхности для крепления ленты с оксидом цинка.

Преподаватели обучили нас многим техникам во время курса, в частности, мне понравился такой метод тейпирования, как способ Макконнелла, названный в честь австралийского терапевта по имени Дженни Макконнелл. Этот тип техники обычно использовался для уменьшения боли в колене и, в частности, для контроля положения области сочленения надколенника и бедра. Цель использования первого слоя состояла в том, чтобы защитить кожу с помощью микропористой ленты перед нанесением второго толстого слоя коричневой медицинской ленты (обычно называемой лейкотейпом). Лейкотейп использовался для коррекции положения пателлофemorального сустава, и у пациентов, как правило, наступало немедленное облегчение боли. После наложения ленты пациенту давались рекомендации выполнить специальные упражнения для активизации ослабленной внутренней части четырехглавой мышцы бедра, известной как *vastus medialis*. Эта мышца участвует в конечной фазе разгибания коленного сустава (также известного как механизм блокировки). Существуют и специфические волокна, известные как косые волокна *vastus medialis*, которые прикрепляются к этой мышце и, как считается, контролируют положение пателлофemorального сустава. Как сама мышца, так и ее косые волокна атрофируются очень быстро, когда в пателлофemorальном суставе присутствуют боль и отек. Если запуска-

ется данный биомеханический процесс, то возникает боль в колене из-за проблем со смещением. Однако пациенты, которые страдают от хронической боли в колене в течение многих лет, могут уменьшить симптоматику и даже начать путь к выздоровлению, просто наложив наклейку.

Пожалуйста, помните, что техники тейпирования являются вспомогательным лечебным средством в отношении указанной области колена, а не основным способом решения проблемы. При наложении ленты на пателлофemorальный сустав пациента вы лечите симптомы, а не основную причину, так как мы надеемся, что применение специального метода тейпирования уменьшит болевой синдром у пациента. Когда вопрос с болевым синдромом будет решен, вы можете с помощью оценки физического статуса определить, что может быть основной причиной патологии, и соответствующим образом сформулировать план лечения.

Первый раз я применил ленту в полевых условиях вскоре после окончания курса спортивной терапии, когда случайно оказался на вершине Сноудона, самой высокой горы в Уэльсе. Я возглавлял группу военных в альпинистской экспедиции и один из солдат вывихнул лодыжку и впоследствии из-за вывиха растянул боковые связки комплекса лодыжки, известные как передняя таранно-малоберцовая связка и пяточно-малоберцовая связка. После оценки его состояния я решил, что у него имеется растяжение перечисленных связок 1-й степени, и приступил к применению техники стабилизации типа стремени для лодыжки, используя ленту с оксидом цинка, которая была у меня в рюкзаке. Солдату удалось завершить экспедицию без дальнейших травм. Как только мы закончили наш спуск с горы, я смог обложить пораженную область небольшим количеством льда и, когда лед был удален, смог использовать эластичную клейкую повязку для уменьшения отека.

В 1997 году я решил уволиться из Британской армии и мне посчастливилось получить

должность лектора в колледже Рединга для преподавания спортивной медицины и массажа. Затем стал лектором в компании Premier Training, в которой изначально проходил обучение. За время моей работы в Premier Training я получил ценную информацию во многих областях спортивной медицины и приобрел ценный опыт, за который я искренне благодарен компании.

Во время моей карьеры в Premier Training наступил момент, когда мне захотелось получить больше знаний и практики в других областях физиотерапии. Впоследствии я поступил на программу получения степени по остеопатии в Оксфорде и в 2003 году, после пяти лет обучения, получил квалификацию. Во время учебы на остеопата я решил оставить Premier Training, чтобы осуществить свои собственные мечты, и в 2002 году у меня появилась возможность руководить клиникой спортивных травм (Peak Sporting Performance), расположенной в престижном спортивном комплексе Оксфордского университета — том самом месте, где Роджер Баннистер пробежал первую 4-минутную милю в 1954 году. Как директор клиники в Оксфорде я лечил травмы, связанные со спортом, у участников спортивных команд университета, а также гребцов, которые участвуют в ежегодных лодочных гонках. В результате я приобрел опыт лечения травм, связанных со спортом, у тысяч спортсменов (в том числе работавших на элитном и олимпийском уровнях).

В течение многих лет, пролечив буквально тысячи пациентов, я мог использовать только те методы тейпирования, которым изначально обучился еще в 1996 году.

Однако однажды мне посчастливилось встретиться с легендой в области спортивного тейпирования Роном О'Нилом, сертифицированным спортивным тренером из США, который лечил спортсменов Национальной футбольной лиги. Он научил меня относительно новой форме спортивного тейпирования, в то время известной как метод *PowerFlex*

и *PowerTape*, а также показал мне несколько удивительных техник, использующих этот подход. Рон объяснил мне, что он использует эти методы в качестве профилактической меры, нанося ленту спортсмену перед каждой тренировкой и игрой, чтобы снизить вероятность получения травмы.

После обучения этим превосходным техникам я внедрил их в свой набор навыков тейпирования, чтобы иметь возможность выполнить запросы пациентов-спортсменов. В настоящее время мои методики лечения состоят в основном из остеопатии, иглоукалывания и способов работы с мягкими тканями, а также из применения специальных техник тейпирования, когда я вижу необходимость в их применении.

Я читаю лекции по физиотерапии и технике тейпирования с 1998 года и на сегодняшний день обучил тысячи студентов. Мне особенно нравится обучать физиотерапевтов навыкам, необходимым для различных методов спортивного тейпирования, поскольку я считаю, что демонстрируемые мной методы являются своего рода видом искусства: каждая полоска ленты, применяемая к пациенту, накладывается с определенной целью. Я всегда учу своих студентов, что перед тем, как овладеть навыком тейпирования, важно знать анатомию нижележащих тканей, чтобы точно понять, на какую структуру влияет применение каждого кусочка ленты. Как только лента будет нанесена, она должна помочь достичь конечного результата, для которого она предназначена; если этого не происходит, продолжайте повторно наносить ленту до тех пор, пока пациент или спортсмен не будет удовлетворен и доволен.

В начале 1970-х годов японский хиропрактик доктор Кензо Касе разработал еще один метод тейпирования, названный кинезиологическим тейпированием, и который должен был произвести революцию в данной области. Однако прошло некоторое время после его первоначальной идеи, прежде чем этот метод приобрел широкую известность. Кинезиологичес-

кое тейпирование было впервые продемонстрировано мне в начале 2000 года. В то время я не был особенно впечатлен, так как это выглядело как смесь различных цветов на теле спортсмена, и я лично не мог видеть, какой эффект это все оказывало на пациента. Это выглядело не более чем эффектом плацебо. Потребовалось много лет экспериментов со всеми вариантами методов кинезиологического тейпирования, применяемых для лечения многих моих элитных спортсменов в клинике спортивных травм, прежде чем я в конце концов убедил себя, что метод действительно работает. Положа руку на сердце, я могу с уверенностью сказать, что на тот момент, когда я писал эту книгу, у меня не было ни одного отрицательного отзыва от пациентов по поводу указанного метода и эффекта, который он на них оказывает.

Во время Олимпийских игр 2012 года в Лондоне было хорошо заметно, что у многих спортсменов на какой-то области тела была нанесена кинезиологическая лента. На мой взгляд, использование кинезиологической ленты стало более очевидным именно на Лондонской Олимпиаде 2012 года, чем на любой другой Олимпиаде до этого, что иллюстрирует, насколько популярной стала эта техника. Кроме того, в процессе написания данной книги я наблюдал за различными видами спорта, например, регби, теннисом, футболом, легкой атлетикой и волейболом, и отметил, что значительная часть спортсменов использует этот метод тейпирования.

В течение многих лет я хотел написать книгу по кинезиологическому тейпированию. Я достиг своей цели в 2013 году, и теперь рад сообщить, что второе издание книги готово для чтения и изучения. Основная причина, по которой я написал второе издание, заключалась в том, что существовала идея включить дополнительные методы, которых не было в первом издании, по настоянию многих моих коллег. Дополнительный текст и большое количество видеороликов, я надеюсь, помогут физиотерапевтам, спортсменам и заинтересованным данной те-

мой людям из неспортивных кругов лучше понять эту феноменальную концепцию тейпирования, с тем, чтобы ее можно было использовать в качестве дополнения к их личному арсеналу методик лечения.

Первое издание книги включало DVD со всеми методиками, однако технологии продвинулись, и я считаю, что сейчас мало кто будет смотреть такой DVD. Действительно, сейчас многие новые компьютеры даже не имеют возможности воспроизводить DVD-диски. Поэтому было принято решение включить в книгу QR-коды, чтобы читатель мог отсканировать код с помощью своего смартфона, и это автоматически приведет его к видео с соответствующей техникой тейпирования, размещенному на сервисе YouTube.

Я надеюсь, что вам понравится читать это второе издание (и смотреть видео) так же, как мне понравилось его писать.

Джон Гиббонс, 2019

Для получения информации о тренировках с помощью сертифицированных курсов Джона Гиббонса Bodymaster Method® по физиотерапии и кинезиологии посетите веб-сайт: www.johngibbonsbodymaster.co.uk.

БЛАГОДАРНОСТИ

Я хотел бы поблагодарить Джона Хатчингса из Lotus Publishing за то, что он снова предоставил мне возможность следовать моей страсти к писательству и особенно — к этому второму изданию. Я искренне благодарен ему за постоянное руководство и поддержку.

Доктору Кензо Касе, который является основателем феноменальной методики кинезиологического тейпирования: я благодарю вас за все время и приверженность, которые вы лично вложили в эту область физиотерапии. Надеюсь, что однажды я буду иметь удовольствие встретиться с вами, так как без вашего вклада эта книга была бы невозможна.

Моей матери Маргарет Гиббонс и моей сестре Аманде Уильямс: я думаю о вас каждый день. Моему отцу Джону Гиббонсу: я искренне желаю, чтобы ты был здесь и видел мой успех. Я скучаю по тебе, папа, и все время думаю о тебе.

Большое спасибо Яну Тейлору, фотографу, за все мои книги на сегодняшний день. Я ценю

весь его дополнительный труд, направленный на то, чтобы сделать это второе издание успешным. Он снова проделал фантастическую работу, особенно в области необходимого и трудоемкого редактирования фотографий.

Спасибо также моделям Дениз Томас, которая также является моей невестой, и ее брату Эндрю Хаддисону. Дениз работает со мной уже много лет и до сих пор мирится с моими редкими периодами раздражения. Я хотел бы лично поблагодарить ее за постоянную поддержку на протяжении всего процесса написания этой и всех моих книг.

Я должен упомянуть своего сына Томаса Риса Гиббонса, которого, к сожалению, больше нет с нами. Вечная память тебе, мой маленький Том-Том... Каждый день для меня — это борьба, и когда я вижу сияющую звезду в небе, я думаю о тебе и это поддерживает меня.

СОКРАЩЕНИЯ

АКС: акромиально-ключичный сустав	НББС: надколенно-бедренный болевой синдром
БЛ: биомеханический лифтинг	НПВС: нестероидные противовоспалительные препараты
БЯМ: большая ягодичная мышца	ОА: остеоартрит
ДМСУ: деформация мышечно-сухожильного узла	ОД: объем движений
ЗВПО: задняя верхняя подвздошная ость	ОЦ: оксид цинка
ЗПС: запястно-пястный сустав	ПВПО: передняя верхняя подвздошная ость
КЛРЗ: короткий лучевой разгибатель запястья	ПВС: пяточно-волокнуистая связка
КМП: квадратная мышца поясницы	ПНПО: передняя нижняя подвздошная ость
КМШМБ: косая медиальная широкая мышца бедра	ПМС: пяточно-малоберцовая связка
КПС: крестцово-подвздошный сустав	ПТС: подтаранный сустав
КТ: кинезиологическое тейпирование	СИТТ: синдром илиотибиального тракта
ЛКС: латеральная коллатеральная связка	СЯМ: средняя ягодичная мышца
ЛШМБ: латеральная широкая мышца бедра	ТМЭ: техника мышечной энергии
МКС: медиальная коллатеральная связка	ЭКП: эластичная клейкая повязка
МСУ: мышечно-сухожильный узел	ЭАП: эластичная адгезивная повязка
МШМБ: медиальная широкая мышца бедра	

ГЛОССАРИЙ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Считается, что все отсчеты движений человека начинаются с признанной на международном уровне точки отсчета, известной как анатомическое положение. Анатомическое положение — это положение человека, стоящего в вертикальном положении лицом вперед, руки свисают в стороны, пальцы вытянуты, а ладони обращены вперед, ступни упираются в землю и слегка развернуты. В анатомическом положении суставы, как говорят, находятся в нейтральном положении.

Абдукция: отведение конечности в сторону.

Аддукция: движение к средней линии.

Анатомическое положение: тело находится в вертикальном положении, руки свисают, кисти повернуты вперед.

Апоневроз: волокнистый лист коллагеновых пучков, служащий соединением между мышцей и местом ее прикрепления.

Афферентный: передача жидкости или нервного импульса к органу или области (в отличие от эфферентного).

Большой вертел: широкий плоский отросток в верхне-боковой части бедренной кости.

Боковая: расположена вдали от средней линии (в отличие от медиальной).

Брюшной: относится к передней части тела (в отличие от спинного).

Бугорок: небольшое округлое возвышение на кости.

Бугристость: относительно большой выступ на поверхности кости.

Вальгусное положение: относится к выравниванию сегментов верхних и нижних конечностей. По-

ложение, в котором дистальная кость смещена внутрь относительно проксимальной кости.

Вращение: перемещение вокруг неподвижной оси.

Вставка: место прикрепления мышцы, сухожилия или апоневроза к кости.

Высокий: выше или ближе всего к голове.

Ганглий: совокупность тел нервных клеток, расположенных вне головного или спинного мозга.

Глубокий: вдали от поверхности (в отличие от поверхностного).

Горизонтальная плоскость: поперечная плоскость, расположенная под прямым углом к длинной оси тела.

Двигательный: обозначение аксонов, передающих импульсы от центральной нервной системы к мышцам или железам, производящим движение или секрецию (в отличие от сенсорного).

Дерматом: участок кожи, иннервируемый одним спинномозговым нервом.

Дистальный: вдали от точки происхождения структуры (в отличие от проксимального).

Задняя часть: относится к задней или спинной части тела (противоположно передней).

Ипсилатеральный: на той же стороне.

Каудальный: направлен в сторону хвоста; от продольной оси тела вниз.

Краниальный: направлен в сторону головы; от продольной оси тела вверх.

Контралатеральный: на противоположной стороне тела.