

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ И. М. СЕЧЕНОВА (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ТЕЙПИРОВАНИЯ

ТОМ II. ЛИЦО И ТЕЛО

Под редакцией КАСАТКИНА М. С., АЧКАСОВА Е. Е.

*Рекомендовано Координационным советом по области образования
«Здравоохранение и медицинские науки»
в качестве учебного пособия для использования в образовательных
учреждениях, реализующих программы дополнительного профессионального
образования – программы повышения квалификации врачей*

Регистрационный номер рецензии: 1865 ЭКУ от 16 июня 2022 г.

Москва
2022

АННОТАЦИЯ

Данное издание является уникальным как в русскоязычном, так и в англоязычном сегменте учебной литературы. Далее последовательно изложены история развития, клинико-физиологическое обоснование, основные принципы и техника выполнения всех основных методик тейпирования: спортивное жесткое, терапевтическое жесткое, кинезиологическое, динамическое и кросстейпирование. Освещены вопросы анатомии и физиологии, а также механизмы воздействия всех методик тейпирования на организм человека; особенности различных видов тейпов и подходы к выбору цветовой гаммы тейпов. Пособие включает в себя описание методик тейпирования при работе с большинством ортопедических, неврологических и педиатрических заболеваний области шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника,

грудной клетки, а также подробно разобраны техники тейпирования при работе со стоматологическим и эстетическим профилем. Техники и виды аппликаций, представленные в книге, основаны на международном опыте и рекомендованы к использованию профильным профессиональным медицинским сообществом в России – Национальной ассоциацией специалистов по кинезиотейпированию.

Учебное пособие предназначено для обучающихся по программам дополнительного профессионального образования врачей, в клинической ординатуре по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина», врачей по спортивной медицине, специалистов в области медицинской реабилитации, травматологов-ортопедов, неврологов и врачей смежных специальностей.

ОГЛАВЛЕНИЕ

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДАННЫМ ПОСОБИЕМ И QR-КОДАМИ	12
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	14
ВВЕДЕНИЕ	15
ЧАСТЬ I. ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ТЕЙПИРОВАНИЯ	17
ГЛАВА 1. СПОРТИВНОЕ ЖЕСТКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ	18
<i>(М. С. Касаткин, Е. Е. Ачкасов)</i>	
Раздел 1.1. История спортивного жесткого тейпирования	19
Раздел 1.2. Основы метода спортивного жесткого тейпирования	22
1.2.1. Материалы и принципы работы с ними. Основные термины	22
1.2.2. Анатомия и связанная с ней терминология	23
1.2.3. Показания и противопоказания к спортивному жесткому тейпированию	25
1.2.4. Меры предосторожности и условия работы со спортивным тейпом	26
1.2.5. Нанесение, основные элементы и удаление аппликации спортивного тейпа	28
ГЛАВА 2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЖЕСТКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ	33
<i>(М. С. Касаткин, Е. Е. Ачкасов)</i>	
Раздел 2.1. История терапевтического жесткого тейпирования	35
Раздел 2.2. Основы метода терапевтического жесткого тейпирования	37
2.2.1. Материалы и принципы работы с ними. Основные термины	37
2.2.2. Показания и противопоказания к терапевтическому жесткому тейпированию	38
2.2.3. Меры предосторожности и условия работы при терапевтическом жестком тейпировании	39
2.2.4. Нанесение и удаление аппликации при терапевтическом жестком тейпировании	39
ГЛАВА 3. КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ	43
<i>(М. С. Касаткин, Е. Е. Ачкасов)</i>	
Раздел 3.1. История классической методики кинезиологического тейпирования	45
Раздел 3.2. Основы метода кинезиологического тейпирования	47
3.2.1. Основные термины	47

3.2.2. Свойства кинезиологического тейпа	47
3.2.3. Выбор цвета кинезиологического тейпа	49
3.2.4. Показания и противопоказания к кинезиологическому тейпированию	52
Раздел 3.3. Клинико-физиологическое обоснование и механизм действия кинезиологических тейпов	54
Раздел 3.4. Основные правила работы с аппликациями при кинезиологическом тейпировании	58
3.4.1. Нанесение и удаление аппликации кинезиотейпа	58
3.4.2. Основные виды аппликаций и степень натяжения кинезиотейпа	60
Раздел 3.5. Основные техники нанесения аппликаций кинезиологического тейпа	63
3.5.1. Мышечное кинезиологическое тейпирование	63
3.5.2. Корректирующие техники	65
3.5.2.1. Механическая коррекция	67
3.5.2.2. Фасциальная коррекция	73
3.5.2.3. Послабляющая (пространственная) коррекция	76
3.5.2.4. Связочная или сухожильная коррекция	79
3.5.2.5. Функциональная коррекция	82
3.5.2.6. Лимфатическая (микроциркуляторная) коррекция	83
3.5.2.7. Эпидермальная коррекция	86
3.5.2.8. Сложные (комбинированные) техники аппликаций	87
ГЛАВА 4. ДИНАМИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ	89
<i>(М. С. Касаткин, Д. В. Чаплин)</i>	
Раздел 4.1. История динамического тейпирования	91
Раздел 4.2. Основы метода динамического тейпирования	93
4.2.1. Основные термины. Виды и свойства динамических тейпов	93
4.2.2. Показания и противопоказания к динамическому тейпированию	96
4.2.3. Меры предосторожности при работе с динамическим тейпом	97
Раздел 4.3. Основные правила работы с аппликациями при динамическом тейпировании	98
4.3.1. Подготовка к нанесению аппликации динамического тейпа	98
4.3.2. Нанесение и удаление аппликации динамического тейпа	99
ГЛАВА 5. КРОССТЕЙПИРОВАНИЕ	103
<i>(М. С. Касаткин, О. И. Шальнева)</i>	
Раздел 5.1. История кросстейпирования	105
Раздел 5.2. Основы метода кросстейпирования	106
5.2.1. Основные термины. Виды и свойства кросстейпов	106
5.2.2. Показания и противопоказания к кросстейпированию	107
Раздел 5.3. Основные правила работы с аппликациями при кросстейпировании	108

5.3.1. Подготовка к нанесению аппликации кросстейпа	109
5.3.2. Нанесение и удаление аппликации кросстейпа	110

ЧАСТЬ II. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЙПИРОВАНИЯ 113

ГЛАВА 6. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЙПИРОВАНИЯ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ 113

(М. С. Касаткин, О. И. Шальнева)

Раздел 6.1. Анатомия и биомеханика региона: лицо и шея	114
Раздел 6.2. Техники кинезиологического тейпирования	121
6.2.1. Фасциальная коррекция при работе с параорбитальной (окологлазничной) областью	124
6.2.2. Фасциальная коррекция при работе с областью круговой мышцы рта	126
6.2.3. Фасциальная коррекция с целью лифтинга кожи лица. Аппликация «Солнышко»	128
6.2.4. Лимфодренажная коррекция при работе со средней и нижней третями лица. Аппликации при «брылях»	131
6.2.5. Фасциальная коррекция при работе с линиями натяжения Лангера для лифтинга кожи лица	133
6.2.6. Фасциальная коррекция при работе с областью скуловых мышц	135
6.2.7. Фасциальная коррекция при работе с областью носогубной складки	137
6.2.8. Лимфодренажная коррекция при работе с поднижнечелюстной областью	139
6.2.9. Лимфодренажная коррекция для общего лимфодренажа области лица и переднебоковых сегментов шеи	141
6.2.10. Мышечная ингибиция при гипертонусе грудино-ключично-сосцевидной мышцы	146
6.2.11. Мышечная поддержка при работе с областью подкожной мышцы шеи	148
6.2.12. Лимфодренажная коррекция при работе с областью грудной клетки	151
6.2.12.1. Первый вариант	151
6.2.12.2. Второй вариант	154
6.2.13. Кинезиотейпирование при работе с областью декольте. Аппликации для лифтинга	156
6.2.13.1. Поверхностная фасциальная коррекция	156
6.2.13.2. Общая фасциальная коррекция	158
6.2.14. Кинезиотейпирование при работе с областью шейно-грудного перехода	160
6.2.14.1. Лимфодренажная коррекция	160
6.2.14.2. Послабляющая коррекция	162
6.2.15. Фасциальная коррекция при работе с постуральным контролем области лопаток и грудного отдела позвоночника	164
6.2.16. Лимфодренажная коррекция при работе с абдоминальной областью	166
6.2.17. Фасциальная коррекция при работе с абдоминальной областью	168

Раздел 6.3. Динамическое тейпирование для улучшения пострального контроля грудного отдела позвоночника и области лопаток	170
Раздел 6.4. Техники кросстейпирования	174
6.4.1. Кросстейпирование при работе с мимическими морщинами в области лба	175
6.4.2. Акутейпирование при работе с параорбитальной областью	177
6.4.3. Кросстейпирование при работе с областью «гусиных лапок»	178
6.4.4. Кросстейпирование и акутейпирование при работе с областью носогубной складки	179
6.4.5. Кросстейпирование и акутейпирование при работе с областью круговой мышцы рта	181
6.4.6. Кросстейпирование при работе с поднижнечелюстной областью	183
ГЛАВА 7. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЙПИРОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ	185
<i>(В. Е. Яблоков, М. С. Касаткин)</i>	
Раздел 7.1. Анатомия и биомеханика региона	186
Раздел 7.2. Техники кинезиологического тейпирования	188
7.2.1. Кинезиотейпирование при невралгии нижней ветви тройничного нерва	189
7.2.2. Кинезиотейпирование при гипертонусе жевательных мышц	193
7.2.3. Кинезиотейпирование после пластики уздечки верхней губы	196
7.2.4. Кинезиотейпирование при повреждении внутренней поверхности щеки после анестезии	199
Раздел 7.3. Динамическое тейпирование при хроническом подвывихе височно-нижнечелюстного сустава	201
Раздел 7.4. Кросстейпирование в рамках стоматологии при невралгии тройничного нерва	204
Раздел 7.5. Комбинированные техники тейпирования	206
7.5.1. Кросстейпирование и кинезиотейпирование после синус-лифтинга, удаления моляров на верхней челюсти	207
7.5.2. Кросстейпирование и кинезиотейпирование после удаления моляров на нижней челюсти	210
ГЛАВА 8. ЛИЦО И ШЕЙНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА	213
<i>(М. С. Касаткин, О. И. Шальнева, Д. В. Чаплин)</i>	
Раздел 8.1. Анатомия и биомеханика региона	214
Раздел 8.2. Техники кинезиологического тейпирования	216
8.2.1. Кинезиотейпирование при повреждении мышц и связок в области шейного отдела позвоночника	217
8.2.1.1. Острый период. Лимфодренажная коррекция: «китайский фонарик», «медуза», классический вариант	219
8.2.1.2. Подострый период. Комбинированная коррекция	223
8.2.1.3. Постуральная связочная коррекция «панцирь»	225

8.2.2. Кинезиотейпирование при гипертонусе верхней порции трапециевидной мышцы	227
8.2.2.1. Классический вариант ингибции мышцы	228
8.2.2.2. Альтернативный вариант ингибции мышцы	228
8.2.3. Кинезиотейпирование при работе с мышцей, поднимающей лопатку	231
8.2.4. Кинезиотейпирование при гипертонусе передней лестничной мышцы	234
8.2.5. Кинезиотейпирование при неврите лицевого нерва	236
8.2.5.1. Острый период. Лимфодренажная коррекция	237
8.2.5.2. Подострый период. Мышечная коррекция	238
8.2.6. Лимфодренажная коррекция при невралгии тройничного нерва	250
8.2.7. Мышечная коррекция при гиперсаливации у детей	252
8.2.8. Функциональная коррекция при работе с нарушениями прикуса у детей	255
8.2.8.1. Коррекция при дистальном прикусе	256
8.2.8.2. Коррекция при мезиальном прикусе	256
8.2.9. Послабляющая коррекция при бруксизме у детей	259
8.2.10. Лимфодренажная коррекция при прорезывании зубов у детей	261
8.2.11. Фасциальная коррекция при нарушениях глотания у детей	264
8.2.12. Мышечная коррекция при работе с кривошеей у детей	266
Раздел 8.3. Техники динамического тейпирования	270
8.3.1. Динамическое тейпирование при гипертонусе мышц области надплечья. Аппликация «вешалка»	271
8.3.2. Динамическое тейпирование при нарушении постурального контроля шейного отдела позвоночника и области надплечий у детей	273
Раздел 8.4. Техники кросстейпирования	276
8.4.1. Кросстейпирование при невралгии тройничного нерва	276
8.4.2. Кросстейпирование при работе с областью шейно-грудного перехода	278
8.4.3. Кросстейпирование при гипертонусе верхней порции трапециевидной мышцы	280
8.4.4. Кросстейпирование при гипертонусе передней лестничной мышцы	282
8.4.5. Кросстейпирование при работе с кривошеей у детей	283
8.4.6. Кросстейпирование при рините у детей	286

ГЛАВА 9. ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА И ОБЛАСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 289

(М. С. Касаткин, О. И. Шальнева, Д. В. Чаплин)

Раздел 9.1. Анатомия и биомеханика региона	290
Раздел 9.2. Спортивное жесткое тейпирование при повреждении ребер	296
Раздел 9.3. Терапевтическое жесткое тейпирование для улучшения постурального контроля при дискинезии лопатки	299
Раздел 9.4. Техники кинезиологического тейпирования	302
9.4.1. Мышечная коррекция при работе с нижней порцией трапециевидной мышцы	302

9.4.2. Мышечная коррекция при работе с мышцами-выпрямителями грудного отдела позвоночника	305
9.4.3. Кинезиотейпирование при повреждении ребер	308
9.4.3.1. Острый период. Лимфодренажная и послабляющая коррекции	308
9.4.3.2. Подострый период. Механическая коррекция	311
9.4.4. Кинезиотейпирование при межреберной невралгии	312
9.4.4.1. Острый период. Эпидермальная коррекция	313
9.4.4.2. Подострый период. Фасциальная и послабляющая коррекции	315
9.4.5. Лимфодренажная коррекция при повреждении ключицы	318
9.4.6. Кинезиотейпирование при гипертонусе грудных мышц	320
9.4.6.1. Мышечная коррекция при гипертонусе большой грудной мышцы	321
9.4.6.2. Мышечная коррекция при гипертонусе малой грудной мышцы	323
9.4.7. Фасциальная коррекция при работе с диафрагмой	324
9.4.7.1. Классическая аппликация	325
9.4.7.2. Альтернативная аппликация	327
9.4.8. Лимфодренажная коррекция при бронхите у детей	328
9.4.9. Фасциальная коррекция при межреберной невралгии у детей	330
Раздел 9.5. Техники динамического тейпирования	332
9.5.1. Динамическое тейпирование для улучшения постурального контроля грудного отдела позвоночника и лопаток	333
9.5.1.1. Тейпирование для улучшения постурального контроля грудного отдела позвоночника и лопаток. Классический вариант	333
9.5.1.2. Тейпирование для улучшения постурального контроля грудного отдела позвоночника и лопаток. Альтернативный вариант	335
9.5.1.3. Тейпирование для улучшения постурального контроля лопаток. Усиленный вариант	337
9.5.2. Динамическое тейпирование для улучшения постурального контроля и поддержки мышц-выпрямителей грудного отдела позвоночника	339
9.5.3. Динамическое тейпирование для улучшения постурального контроля области грудной клетки	341
9.5.4. Динамическое тейпирование при повреждении ребер	344
Раздел 9.6. Техники кросстейпирования	346
9.6.1. Кросстейпирование при межреберной невралгии	346
9.6.2. Кросстейпирование для улучшения постурального контроля области грудной клетки	348
Раздел 9.7. Комбинированная техника: кросс- и кинезиотейпирование для улучшения постурального контроля мышц-выпрямителей грудного отдела позвоночника	350

ГЛАВА 10. ПОЯСНИЧНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА И АБДОМИНАЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ

	353
<i>(М. С. Касаткин, О. И. Шальнева, Д. В. Чаплин)</i>	
Раздел 10.1. Анатомия, функция и биомеханика	354
Раздел 10.2. Спортивное жесткое тейпирование поясничного отдела позвоночника. Период реабилитации и тренировочного процесса	358
Раздел 10.3. Терапевтическое жесткое тейпирование для улучшения постурального контроля области поясничного отдела позвоночника	361
Раздел 10.4. Техники кинезиологического тейпирования	364
10.4.1. Мышечная коррекция при работе с мышцами-выпрямителями поясничного отдела позвоночника	364
10.4.1.1. Классический вариант	365
10.4.1.2. Альтернативный вариант	365
10.4.2. Послабляющая коррекция при работе с триггерными точками в области проекции мышц-выпрямителей поясничного отдела позвоночника	368
10.4.3. Мышечная коррекция при работе с широчайшей мышцей спины	370
10.4.4. Комбинированная коррекция для улучшения постурального контроля поясничного отдела позвоночника	373
10.4.4.1. Классический вариант	374
10.4.4.2. Альтернативный вариант	376
10.4.4.3. Усиленный вариант	377
10.4.5. Комбинированная коррекция при работе с областью крестцово-подвздошного сочленения	379
10.4.6. Общая фасциальная коррекция при работе с мышцами-выпрямителями позвоночника	382
10.4.7. Эпидермальная коррекция при постгерпетической невралгии	384
10.4.8. Мышечная коррекция при работе с прямой мышцей живота	386
10.4.9. Мышечная коррекция при работе с наружными косыми мышцами живота	388
10.4.10. Кинезиотейпирование при коликах новорожденных	390
10.4.10.1. Лимфодренажная коррекция	391
10.4.10.2. Послабляющая коррекция	392
10.4.11. Кинезиотейпирование при пупочной грыже у детей	393
10.4.11.1. Классический вариант	395
10.4.11.2. Альтернативный вариант	395
10.4.12. Кинезиотейпирование при диастазе у детей	397
10.4.12.1. Классический вариант	398
10.4.12.2. Альтернативный вариант	399
Раздел 10.5. Техники динамического тейпирования	400
10.5.1. Динамическое тейпирование для поддержки и постурального контроля поясничного отдела позвоночника	401
10.5.1.1. Динамическое тейпирование для поддержки поясничного отдела позвоночника. Классический вариант	402

10.5.1.2. Динамическое тейпирование для поддержки поясничного отдела позвоночника. Альтернативный вариант	402
10.5.1.3. Динамическое тейпирование для улучшения постурального контроля поясничного отдела позвоночника. Классический вариант	405
10.5.1.4. Динамическое тейпирование для улучшения постурального контроля поясничного отдела позвоночника. Альтернативный вариант	407
10.5.2. Динамическое тейпирование при работе с областью крестцово-подвздошных сочленений	409
10.5.3. Динамическое тейпирование для улучшения постурального контроля абдоминального отдела	412
Раздел 10.6. Техники кросстейпирования	414
10.6.1. Кросстейпирование при работе с областью крестцово-подвздошных сочленений	414
10.6.2. Кросстейпирование при работе с абдоминальной областью	417
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕЙПИРОВАНИЯ И АППЛИКАЦИЙ	419
<i>(М. С. Касаткин)</i>	
Приложение 1. Основные части аппликации	421
Приложение 2. Шкала зависимости натяжения кинезиотейпа от состояния пациента	422
Приложение 3. Применение различных методов тейпирования и их возможное сочетание в зависимости от состояния пациента	423
Приложение 4. Особенности различных методов тейпирования и видов тейпов	424
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ	425
ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	434
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	435



М. С. КАСАТКИН, Е. Е. АЧКАСОВ

СПОРТИВНОЕ ЖЕСТКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ





Рис. 17. Наложённые базовые туры перед началом тейпирования голеностопного сустава.



Рис. 18. Наложённые рабочие туры в момент тейпирования голеностопного сустава.



Рис. 19. Наложённые дополнительные туры в момент тейпирования голеностопного сустава.



Рис. 20. Наложённые косметические туры в момент окончания тейпирования голеностопного сустава.

вания и (или) ограничения объема движения в суставе (рис. 18). Эти участки аппликации проходят, захватывают или фиксируют терапевтическую область.

Дополнительные туры накладываются поверх рабочих туров и максимально способствуют необходимому позиционированию области, на которую наносится аппликация, а также фиксируют рабочие туры (рис. 19).

Косметические же туры необходимы для общего удержания выполненной аппликации, для защиты рабочих туров от механического повреждения или скатывания в процессе тренировочной или соревновательной деятельности пациента (рис. 20), а также они могут накладываться с эстетической целью.

Еще одно важное понятие – *«якорь»*: это начало или конец аппликации тейпом или иным материалом для спортивного тейпирования.



М. С. КАСАТКИН, Е. Е. АЧКАСОВ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЖЕСТКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ



2.2.1. Материалы и принципы работы с ними. Основные термины

В настоящее время на рынке товаров для спортивной медицины и медицинской реабилитации работает не слишком много компаний, производящих профессиональные материалы для данного метода тейпирования, и лишь несколько производят высококачественные тейпы и сопутствующие товары, отвечающие всем мировым стандартам, в том числе по удобству работы с ними специалиста. Бесспорными лидерами здесь остаются компании BSN и Hartmann.

Материалы для терапевтического жесткого тейпирования представляют собой неэластичные или малоэластичные клейкие ленты (тейпы), в основном состоящие из нетканого материала с синтетическим клеем на каучуковой основе и высококачественного хлопка (повторим, что наличие в составе этих материалов латекса и латексодержащих веществ может повлечь аллергическую реакцию). Исторически по ширине выделяются **три основных размера** тейпов для терапевтического жесткого тейпирования и сопутствующих материалов: 3,8 см, 5 см (есть возможность деления на 2,5 см) и 10 см (чаще всего это подложка). Напомним, что очень важны условия хранения и транспортировки материалов для тейпирования (подробнее см. в подразделе 1.2.1). Также возможно использование специальных клея и смывки для тейпа.

Выделяются **базовые** тейпы (cover-roll/подложка/нетканый материал) и **основные жесткие тейпы** (неэластичные белые и малоэластичные бежевые) (рис. 27А).

Важное отличие от спортивного жесткого тейпирования: в терапевтическом основной жесткий тейп может быть как неэластичным, так и малоэластичным (например, тейпы «Leukotape'P» или «CramerStretch») (рис. 27Б).



Рис. 27. Материалы для терапевтического жесткого тейпирования: А – примеры наиболее распространенных в России материалов, Б – используемый иностранными специалистами тейп «Leukotape'P».



М. С. КАСАТКИН, Е. Е. АЧКАСОВ

КИНЕЗИО- ЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ



Раздел 3.4

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА РАБОТЫ С АППЛИКАЦИЯМИ ПРИ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЙПИРОВАНИИ

3.4.1. Нанесение и удаление аппликации кинезиотейпа

Перед первым применением или при чувствительной коже рекомендуется провести кожный тест (пробу) – предварительно нанести небольшой отрезок тейпа на кожу на срок от 0,5 до 1,5 часов. При появлении раздражения кожи от методики следует отказаться.

До выполнения аппликации необходимо обеспечить комфортные условия как для работы специалиста по кинезиологическому тейпированию, так и для пациента. Важно подобрать качественные специализированные ножницы для кинезиотейпирования, которые позволят быстро и правильно сделать форму для будущей аппликации.

Подготовка кожи. В начале процедуры убедитесь, что кожа пациента на месте предполагаемого нанесения аппликации сухая и чистая (если предполагается нанесение ап-

пликации после лечебного массажа, пациенту после него необходимо принять душ). Если на этом месте обильный волосяной покров, его надо сбрить либо триммировать. Затем следует обезжирить данный регион покровных тканей тела любым спиртосодержащим раствором либо обычной спиртовой салфеткой для инъекций и дождаться полного высыхания кожи пациента.

Снятие тейпа с бумажной основы. Помните, что большинство фирм-производителей наносят кинезиологический тейп на подложку уже с натяжением 10–15%. Отделите тейп от основы только на том участке, который необходим для текущей аппликации. При работе с Y-образными полосками сначала отделите кинезиотейп только на основании полоски (якоря). Помните, что всякое притрагивание



Рис. 43. Удаление подложки: А – метод скатывания; Б – метод разрыва.



4

“



М. С. КАСАТКИН, Д. В. ЧАПЛИН

ДИНАМИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ

материала вследствие его вязкоэластических свойств (рис. 68).

Основным нарушением при натяжении динамического тейпа, ведущим к нарушению его целостности и дальнейшей невозможности использования, является излишнее усилие, которое приводит к скатыванию краев аппликации (рис. 69).

Наложение аппликации. Важно придать сокращенную позицию терапевтической области и поверхностных тканей пациента в области аппликации (рис. 70).

После наложения якоря (без натяжения, как обычно) происходит обязательное ограничение терапевтической зоны с обеих сторон, ее натяжение и последующее наложение на сокращенную терапевтическую область тела пациента (рис. 71).

ВАЖНО! В данном методе тейпирования не используется создание «моста» («тента»), в отличие, например, от кинезиологического тейпирования.

При необходимости наибольшей фиксации, усиления или придания дополнительных эластических свойств тейпу возможно использо-



Рис. 69. Нарушение целостности динамического тейпа при неправильном (излишнем) растяжении терапевтической зоны аппликации.

вание метода «Power Band». Он заключается в наложении друг на друга полосок динамического тейпа, которые могут быть разными по ширине и виду материала. Наложение может быть произведено как с рабочим преднатяжением, так и без него (рис. 72А, 72Б).

При необходимости дополнительной фиксации также используют дополнительный участок **ненатянутого** динамического тейпа, расположив его на концах готовой аппликации. Может быть использован специальный клей (спрей) для обработки кожи в месте аппликации.

ВАЖНО! После нанесения всей аппликации на кожу пациента обязательна активация адгезивного слоя: необходимо растереть всю полосу тейпа до легкого разогревания материала. Разогревание производится только рукой специалиста и ничем более во избежание травмирования кожи пациента. **Не нагревать искусственными источниками тепла, ни при каких условиях!**

Удаление аппликации. После достижения оптимального времени ношения аппликации ее необходимо удалить с кожи пациента. Аппликация динамического тейпа может находиться на коже до 3 суток – после этого уменьшается ее эффективность из-за потери эластичности материала.

По прошествии нескольких дней акриловая клеевая основа прочно удерживает тейп на коже. Удалять его проще, если он оказался влажным. Также перед снятием можно обработать аппликацию любым маслосодержащим раствором для максимально безболезненного ее отделения от кожи. Полоски снимают сверху вниз, по направлению роста волос на коже (при наличии их в области аппликации). Используются те же три основных



“

5



М. С. КАСАТКИН, О. И. ШАЛЬНЕВА

КРОСС- ТЕЙПИРОВАНИЕ

Tun B – средний и самый часто используемый кросстейп: 3 линии × 4 линии, расстояние между ними 4 мм.

Tun C – самый большой кросстейп: 5 линий × 6 линий, зазор между ними 4 мм.

Специалисты выбирают тип кросстейпа в зависимости от размера терапевтической области (ткани-мишени).

Цветовая гамма кросстейпов на настоящий момент представлена в основном тремя цветами: бежевый (классический), голубой и розовый. Подбор цветов для аппликации может основываться как на принципах цветотерапии (см. подраздел 3.2.3 пособия), так и на эстетических предпочтениях пациента (рис. 74).

Выделяются также преднарезанные в форме «+» кросстейпы – акутейпы.



Рис. 74. Разновидности цветовой гаммы и размеров кросстейпов.

5.2.2. Показания и противопоказания к кросстейпированию

Кросстейпирование чаще всего применяется в комплексном лечении различных травм и заболеваний. Среди областей медицины, в которых **показано** применение данной методики, особо следует выделить:

- спортивную медицину (травмы различного генеза, нарушения работы опорно-двигательной системы, наработка рабочего паттерна движения у спортсмена и т. д.);
- медицинскую реабилитацию;
- неврологию (ОНМК, остеохондроз, искривления позвоночника, нарушение чувствительности или полная утрата ее, парезы и пlegии различного генеза и т. д.);
- травматологию и ортопедию (профилактика и лечение деформаций и нарушений функций костно-мышечной системы, последствий травм или заболеваний и т. д.);

- акушерство и гинекологию (устранение симптомов альгоминореи и т. д.);
- педиатрию (профилактика и лечение опорно-двигательной и костно-мышечных систем, ДЦП и т. д.);
- эстетическую медицину (устранение келоидных рубцов, последствий оперативного вмешательства, устранение отеков сосудистого генеза и лимфостаза);
- стоматологию (устранение последствий оперативного вмешательства – отеков или лимфостаза).

Абсолютные противопоказания те же, что в динамическом тейпировании:

- область злокачественного, онкологического процесса (нельзя накладывать аппликацию непосредственно на эту область);
- область острого гнойно-воспалительного очага инфекции кожи (нельзя накладывать аппликацию непосредственно на эту область);
- область флеботромбоза (тромбов) (нельзя накладывать аппликацию непосредственно на область тромбоза поверхностных вен);



6

“

М. С. КАСАТКИН, О. И. ШАЛЬНЕВА

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЙПИРОВАНИЯ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ



6.2.3. ФАСЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ С ЦЕЛЮ ЛИФТИНГА КОЖИ ЛИЦА. АППЛИКАЦИЯ «СОЛНЫШКО»

Показания для аппликации:

- общий лифтинг кожи области лица;
- морщины в верхней, средней и нижней третях лица;
- фиксация результата после основной процедуры, косметологической или лечебной.

Основные материалы: подготавливаются I-образные полоски тейпа шириной 1-2,5 см в зависимости от пропорций лица пациента.

С этой техникой кинезиотейпирования дополнительно могут сочетаться:

- кинезиотейпирование с целью лимфодренажа переднебоковых сегментов шеи;
- кросстейпирование области проекции мимических мышц и расположения основных морщин.

Правила наложения аппликации.

Голова пациента перед началом аппликации находится в нейтральном положении. Пациент может находиться как в состоянии лежа (рекомендуется), так и сидя.

Якорь первой аппликации без натяжения наносится на область проекции нижнего края мышцы гордецов, в направлении создания необходимого движения фасциального футляра (рис. 91А).

Далее без натяжения, но есть один нюанс.

ВАЖНО! *Терапевтическая зона обязательно накладывается с легким смещением кожи с наложенным участком аппликации в сторону необходимого смещения или лифтинга этого региона.*

Затем накладывают конец аппликации, немного не доходя до волосистой части головы (рис. 91Б). Активируют адгезивный слой аппликации и проверяют ее состоятельность и комфортность нанесения для пациента.



Рис. 91. Наложение аппликации при работе с параорбитальной областью: А – наложение якоря первой аппликации; Б – окончательный вид первой аппликации; В – этап нанесения аппликации в надглазничной области.

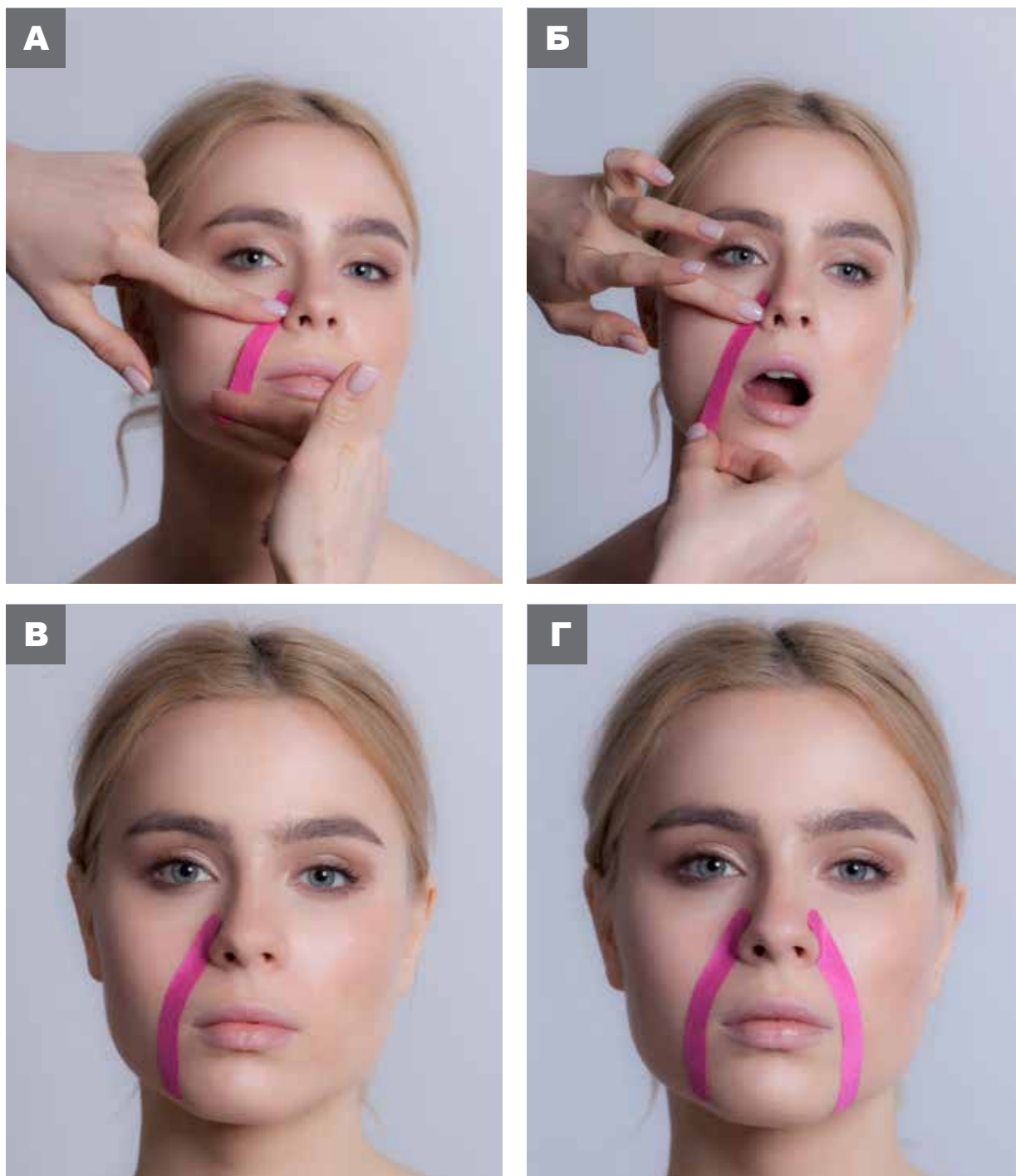


Рис. 95. Наложение аппликации при работе с областью носогубной складки: А – наложение якоря первой аппликации; Б – наложение терапевтической зоны первой аппликаций; В – итоговый вариант первой аппликации; Г – окончательный вид всей аппликации.

После этого по тому же принципу в области проекции одноименной мышцы с противоположной стороны наносится вторая аппликация. Производятся активизация адгезивного слоя и проверка состоятельности обеих аппликаций (рис. 100Д).

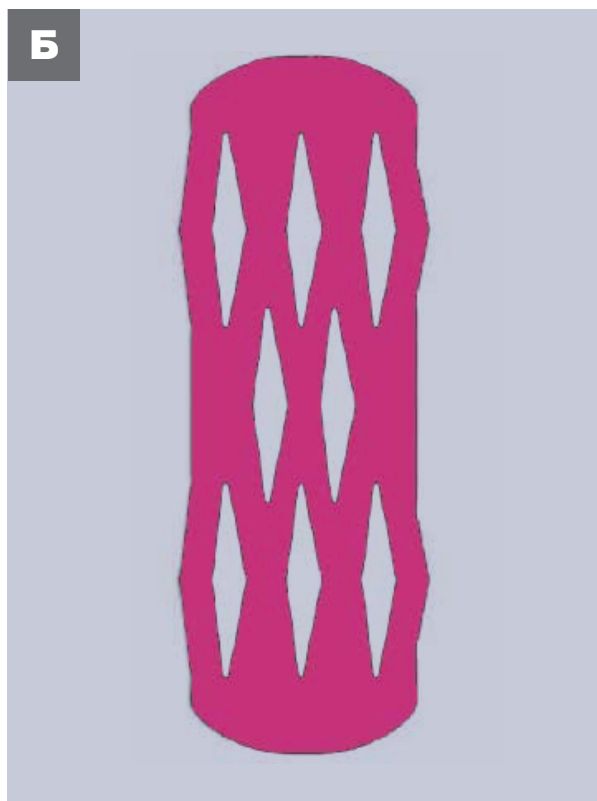


Рис. 100. ЭМышечная поддержка при работе с областью подкожной мышцы шеи: А – визуализация подкожной мышцы шеи в момент ее напряжения; Б – пример готовой аппликации «баскетбольная сетка».



В. Е. ЯБЛОКОВ, М. С. КАСАТКИН

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЙПИРОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ



нуть голову в противоположную аппликации сторону. Нанесите терапевтическую зону аппликации в проекции брюшек мышцы. Затем наносится конец аппликации и активируется адгезивный слой (рис. 125Д).

Повторите аппликацию на противоположной стороне.

Время ношения аппликации: не более 5 суток.

С этой техникой кинезиотейпирования могут сочетаться:

- динамическое тейпирование с целью поддержки поврежденного региона;
- кросстейпирование поврежденного региона.



Рис. 125. Наложение аппликации при гипертонусе жевательных мышц: А – наложение якоря аппликации; Б – наложение терапевтической зоны аппликации; В – окончательный вид первой аппликации; Г – наложение якоря второй аппликации; Д – окончательный вид всей аппликации.

Д



Время ношения аппликации кросстейпа – до 14 суток (при невозможности повторной диагностики для наложения новой аппликации), кинезиотейпа – до 5 суток.

Рис. 130. Комбинированное тейпирование после синус-лифтинга, удаления моляров на верхней челюсти: А – нанесение первой аппликации кросстейпа; Б – законченный вид аппликаций кросстейпов; В – нанесение якоря аппликации кинезиотейпа; Г – нанесение первого хвоста веерообразной аппликации; Д – законченный вид комбинированной аппликации.



8

“

М. С. КАСАТКИН, О. И. ШАЛЬНЕВА, Д. В. ЧАПЛИН

**ЛИЦО
И ШЕЙНЫЙ ОТДЕЛ
ПОЗВОНОЧНИКА**



8.2.1.3. Постуральная связочная коррекция «панцирь».

При необходимости улучшения постурального контроля может быть выполнена связочная коррекция «панцирь» на уровне основного повреждения.

Правила наложения аппликации.

В нейтральной позиции шейного отдела позвоночника наносятся несколько I-образных полосок шириной 2 см с 75–100%-м натяжением. Длина аппликаций обычно равна ширине паравертебральной области. При применении данной корректирующей техники важно соблюдать правило третей.

Перед нанесением первой аппликации крайне важны стабилизация шейного отдела позвоночника и «включение» мышц-стабилизаторов. Для этого можно поставить палец на макушку пациента и попросить его надавить, вытолкнуть палец вверх (рис. 139А).

После этого с 75–100%-м натяжением по центру в области проекции болезненного межостистого пространства наносится первая аппликация (рис. 139Б). С 0% натяжения наносятся концы аппликации (рис. 139В).

По тому же принципу наносятся еще две-три аппликации в области проекции выше- и нижележащих позвоночно-двигательных сегментов (рис. 139Г). Далее происходят активация адгезивного слоя и проверка состоятельности всей аппликации (рис. 139Д).

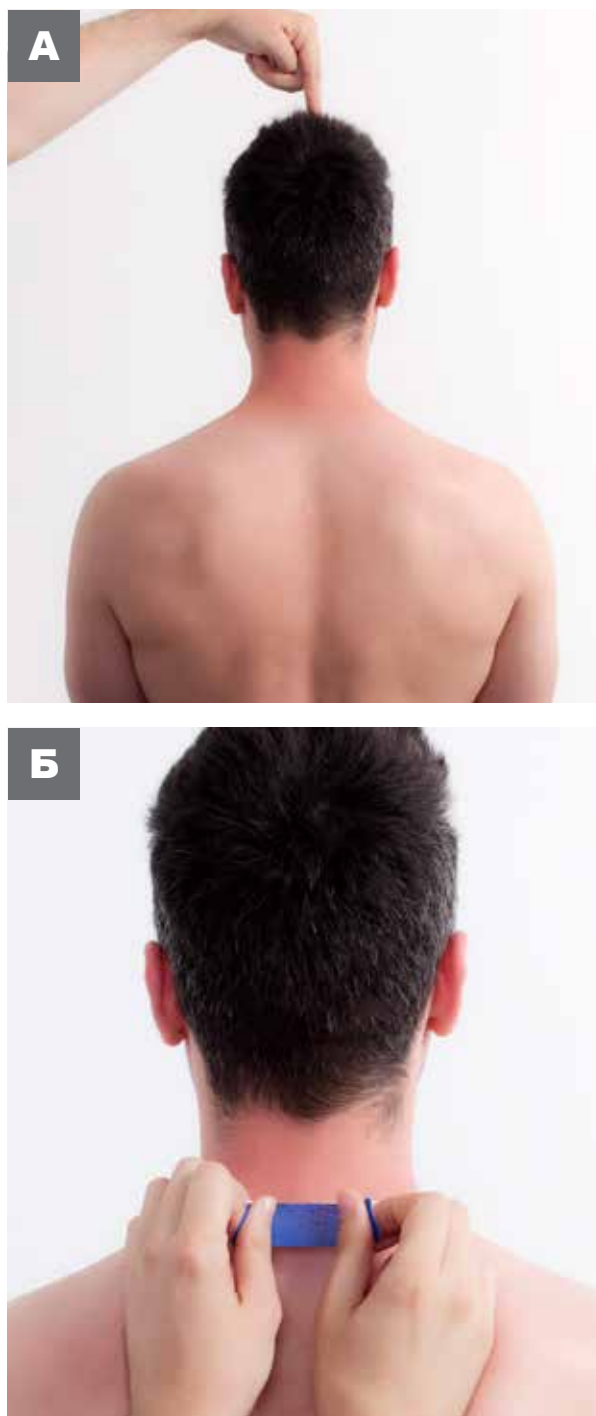


Рис. 139. Постуральная связочная коррекция «панцирь»: А – стабилизация шейного отдела позвоночника; Б – нанесение терапевтической зоны первой аппликации.



“

9

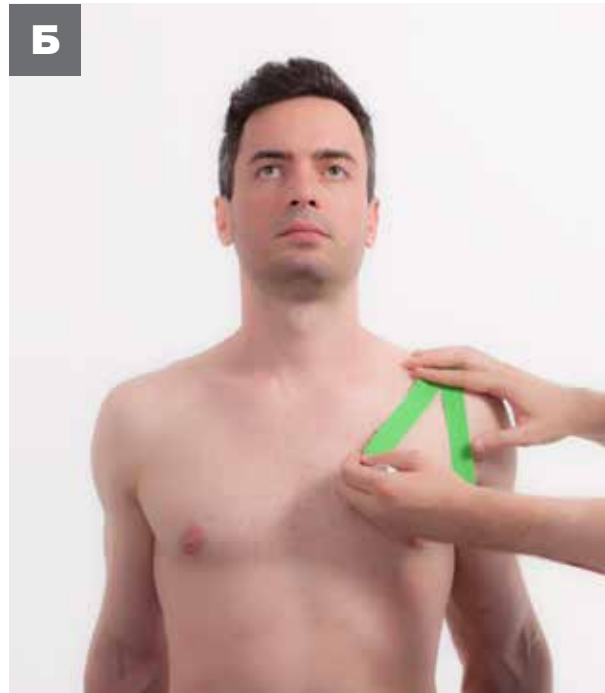
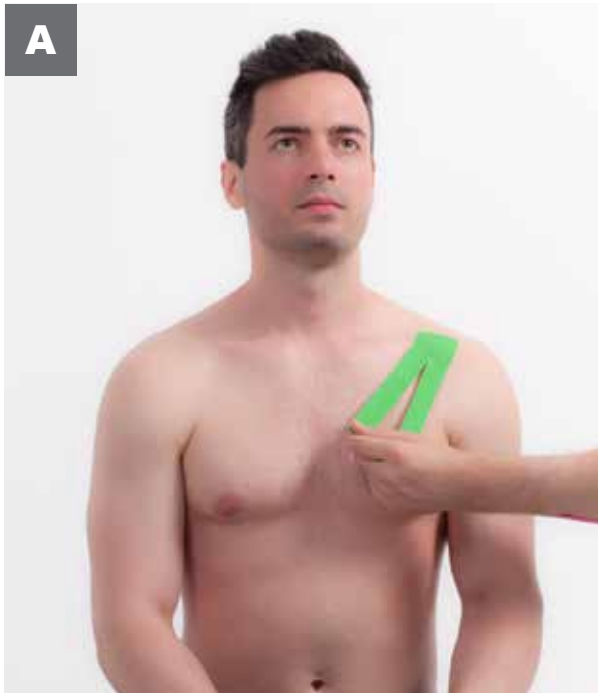
М. С. КАСАТКИН, О. И. ШАЛЬНЕВА, Д. В. ЧАПЛИН

**ГРУДНОЙ ОТДЕЛ
ПОЗВОНОЧНИКА
И ОБЛАСТЬ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**





Рис. 185. Терапевтическое жесткое тейпирование для улучшения пострального контроля при дискинезии лопатки: А – стабилизация лопатки специалистом; Б – нанесение подкладочного материала (базового тейпа); В – нанесение основной аппликации с обязательной мобилизацией лопатки; Г – окончательный вид всей аппликации.



9.4.6.2. Мышечная коррекция при гипертонусе малой грудной мышцы.

Нужно подготовить Y-образную полосу тейпа, сходную по длине с мышцей.

Якорь аппликации наносится без натяжения в области крепления мышцы (область проекции клювовидного отростка лопатки) с целью ее ингибции (рис. 199А). Далее с 15–25%-м натяжением на максимально растянутые поверхностные ткани (попросите пациента отвести руку назад и опустить плечо) наносится терапевтическая зона первого хвоста аппликации в области проекции медиального края брюшка мышцы (рис. 199Б). Затем производятся наложение конца хвоста без натяжения, активация адгезивного слоя.

По тому же принципу наносят второй хвост аппликации. Происходят активация адгезивного слоя и проверка состоятельности всей аппликации (рис. 199В).

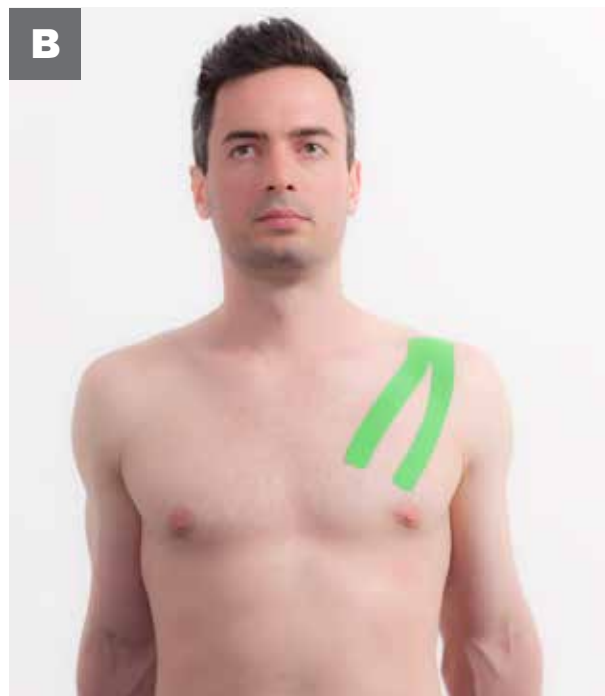
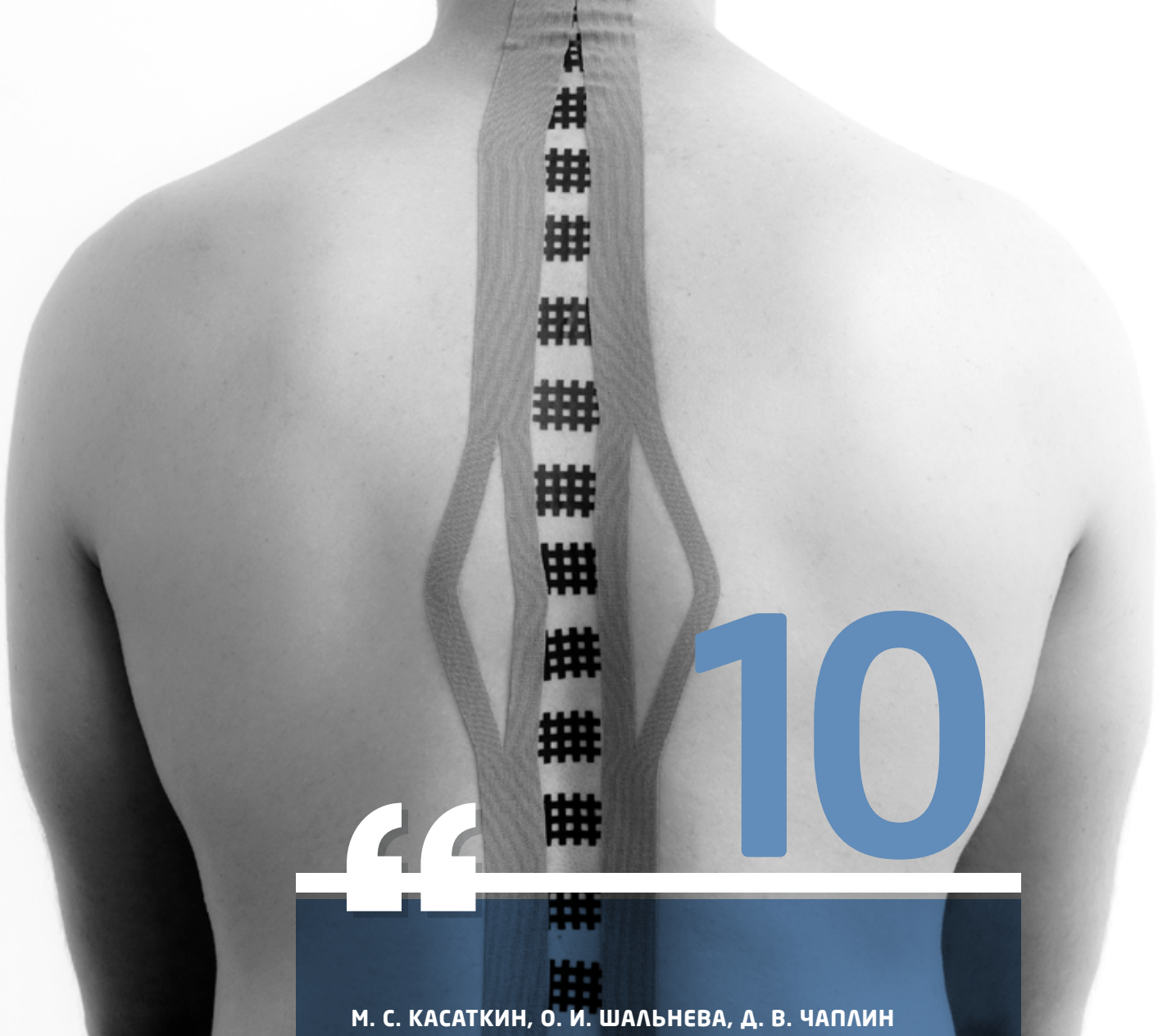


Рис. 199. Кинезиотейпирование при гипертонусе малой грудной мышцы: А – наложение якоря аппликации; Б – наложение терапевтической зоны первого хвоста аппликации; В – законченный вид всей аппликации.



М. С. КАСАТКИН, О. И. ШАЛЬНЕВА, Д. В. ЧАПЛИН

**ПОЯСНИЧНЫЙ
ОТДЕЛ
ПОЗВОНОЧНИКА
И АБДОМИНАЛЬНАЯ
ОБЛАСТЬ**



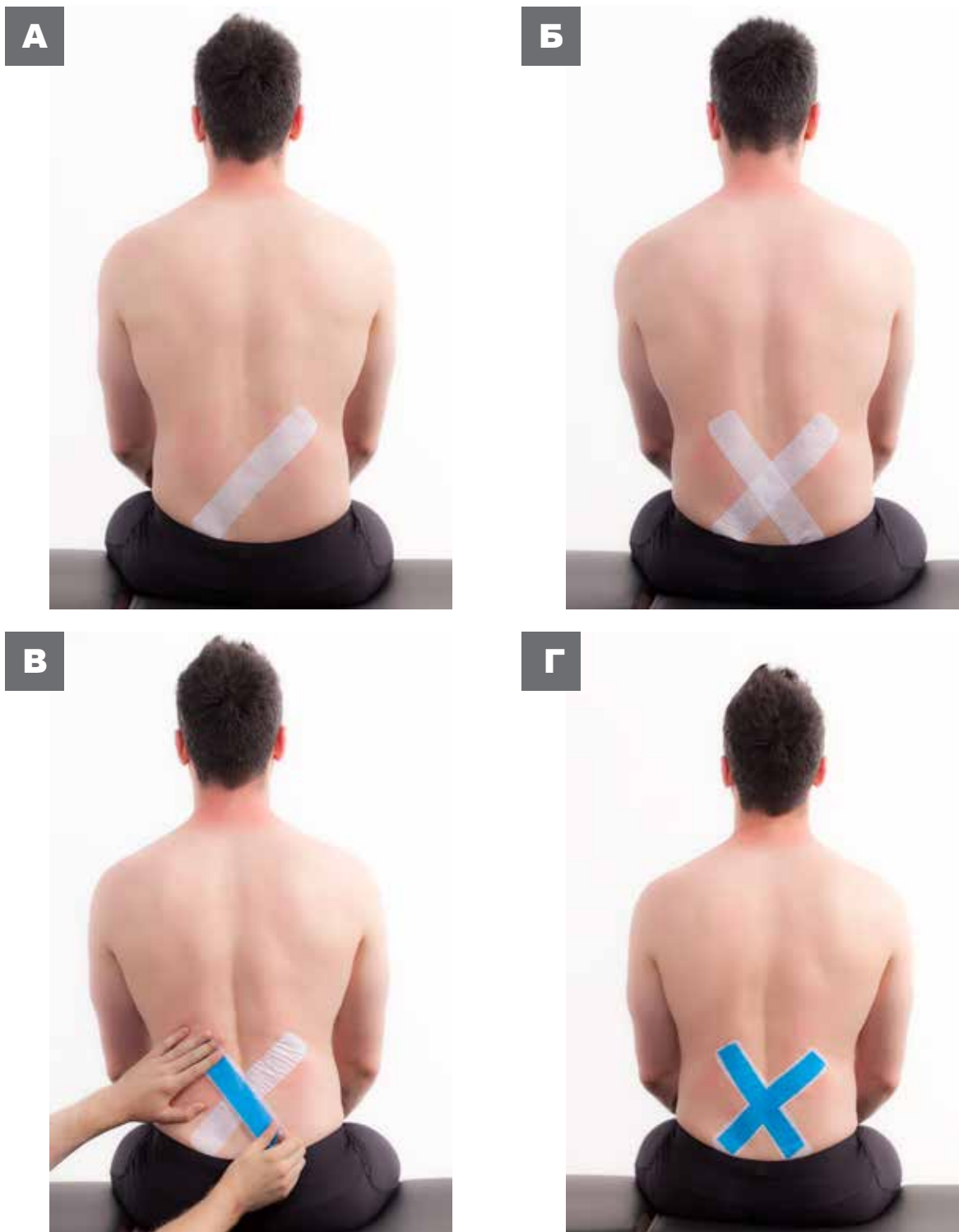


Рис. 217. Терапевтическое жесткое тейпирование для улучшения пострурального контроля области поясничного отдела позвоночника: А – нанесение подкладочного материала (базового тейпа); Б – окончательный вид аппликации базового тейпа; В – нанесение основной аппликации с обязательной мобилизацией тканей; Г – окончательный вид всей аппликации.



Рис. 220. Кинезиотейпирование при работе с триггерными точками в области проекции мышц-выпрямителей поясничного отдела позвоночника: А – начало нанесения терапевтической зоны первой аппликации; Б – окончательный вид всей аппликации.

Правила наложения аппликации.

Надо подготовить несколько I-образных аппликаций или аппликаций в форме «китайский фонарик» с длиной, равной области проекции отека или расположения триггерной точки.

Терапевтическую зону первой аппликации наносят с 15–25%-м натяжением над местом основной болезненности при условии максимально растянутых поверхностных тканей – пациента просят максимально наклониться вперед (рис. 220А). После этого без натяжения наносятся концы аппликации.

По тому же принципу вперекрест наносятся оставшиеся аппликации. Происходят активация адгезивного слоя и проверка состоятельности всей аппликации (рис. 220Б).

Время ношения аппликации: не более 5 суток.

С этой техникой кинезиотейпирования могут сочетаться:

- терапевтическое жесткое тейпирование поврежденной области;
- динамическое тейпирование с целью улучшения постурального контроля поясничного отдела позвоночника;
- кросстейпирование поврежденного региона.