

ГЛАВА 2

ТЕХНИКИ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ДЛЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ПОДОШВЕННЫЙ ФАСЦИИТ, БОЛЬ В ПЯТКЕ, СИНДРОМ ПЯТОЧНОЙ ЖИРОВОЙ ПОДУШКИ

Подопшвенная фасция представляет собой толстую волокнистую полосу соединительной ткани, которая соединяет пяточную кость с плюсневными костями. Боль имеет тенденцию проявляться в месте прикрепления подошвенной фасции к пяточной кости (рис. 2.1). Как известно, патология подошвенной фасции может привести к пяточной шпоре, если ее не лечить. Это состояние довольно распространено и может трудно поддаваться лечению, так как боль локализуется в области подошвенной (нижней) поверхности стопы, и пациенту трудно восстанавливаться, так как ему, естественно, приходится ходить.

Tsai и другие (2010) исследовали эффект кратковременного лечения кинезиологической лентой при подошвенном фасциите. Они обнаружили, что если пациент получал лечение кинезио-лентой непрерывно в течение одной недели, это давало уменьшение боли при подошвенном фасциите с лучшим результатом

по сравнению с теми, кто лечился только одной физиотерапией. Они также пришли к выводу, что толщина подошвенной фасции в месте прикрепления может быть уменьшена после применения кинезиологической ленты.



Рис. 2.1. Подошвенная фасция; показано место локализации болевого синдрома, который вызывает подошвенный фасциит

1. Попросите пациента принять положение лежа и поставить лодыжку в положение сгибания с вытянутыми пальцами ног. Закрепите полоску типа «I» на подушечке стопы (без растяжения) и нанесите ленту с растяжением 75-100% на пятку. Ослабьте растяжение ленты до 50%, когда она пересекает ахиллово сухожилие, без нанесения растяжения на концах ленты (рис. 2.2).

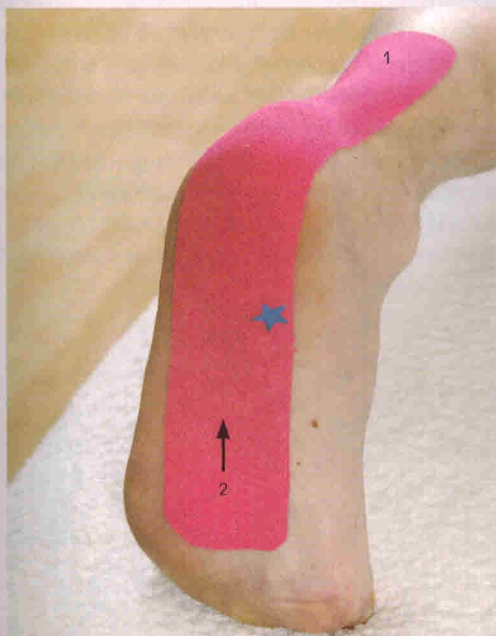


Рис. 2.2. Нанесение первой кинезиологической ленты на подошвенную поверхность стопы

2. Закрепите еще одну полоску типа «I» на медиальной стороне стопы, начав прямо над медиальной лодыжкой (дистальная часть большеберцовой кости). Увеличьте растяжение ленты до 75-100% и нанесите ленту на болезненную область. Снизьте растяжение до 50%, когда лента пересекает латеральную лодыжку (дистальную часть малоберцовой кости), конец ленты должен остаться без растяжения (рис. 2.3).

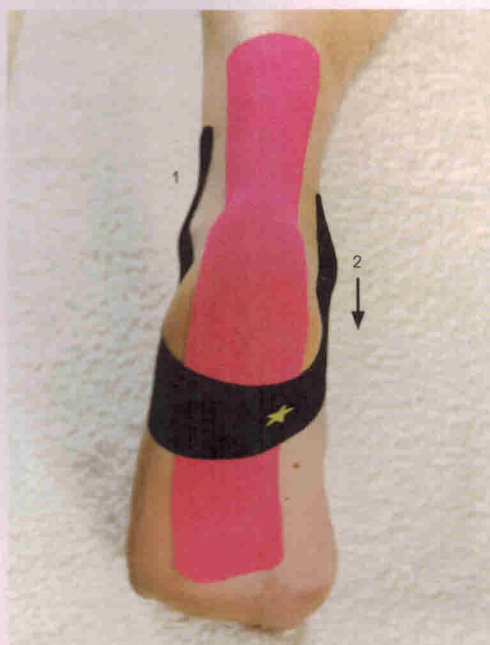


Рис. 2.3. Нанесение второй ленты, начиная с медиальной стороны



**Болезненная стопа/
подошвенный
фасциит**

3. Разогрейте клей, потерев область наложения рукой в течение нескольких секунд, или, что еще лучше, используйте для трения подложку кинезиологической ленты.

ВЫВИХ ЛОДЫЖКИ, РАСТЯЖЕНИЕ (НАПРЯЖЕНИЕ) МАЛОБЕРЦОВЫХ МЫШЦ

Тысячи людей в день подворачивают лодыжку из-за движения, известного как выворачивающее растяжение. Этот механизм может растягивать и даже разрывать боковые связки, а также мышцы, причем на его долю приходится примерно 85 % всех травм лодыжки. Общими связками, которые повреждаются при указанной травме, являются передняя таранно-малоберцовая связка (ПТМС) и пяточно-малоберцовая связка (ПМС), как показано на рисунке 2.4. Группа мышц, имеющая тенденцию к напряжению из-за механизма повреждения, известна как малоберцовые.

Виссис и другие (2012) провели исследование влияния стандартной спортивной ленты и кинезиологической ленты на баскетболистов с хроническими вывихами лодыжек. Результаты показали, что кинезиологическое тейпирование не оказало негативного влияния на ряд функциональных тестов и были отмечены некоторые улучшения. Также исследование показало, что использование обычной спортивной ленты привело к значительному снижению производительности при тестах на вертикальный прыжок и подъем пятки стоя, в то время как кинезиологическая лента не ограничивала функциональные возможности. Кроме того, более ранние исследования Murray и Husk (2001) показали, что кинезиологическое тейпирование помогает проприоцепторам голеностопного сустава за счет усиления стимуляции кожных механорецепторов.

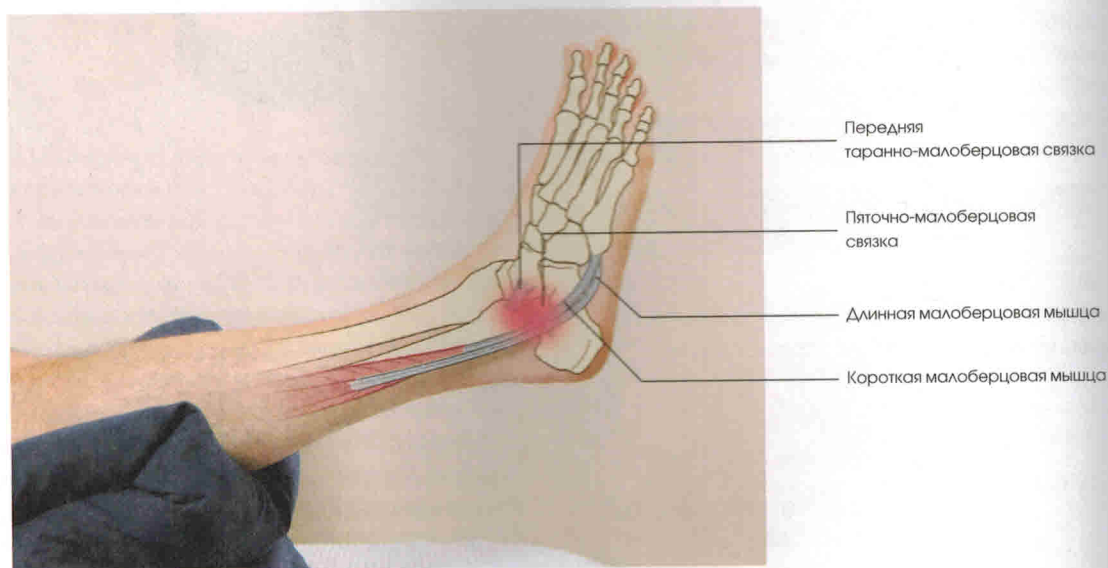


Рис. 2.4. Боковые связки и малоберцовые мышцы области лодыжки

1. Попросите пациента принять сидячее положение и положить полотенце или подушку под икру, чтобы поднять ногу. Затем пациент сгибает голеностопный сустав и выворачивает стопу. Как только пациент займет это положение, нанесите полоску типа «I» с медиальной стороны, чуть выше медиальной лодыжки, со 100% растяжением ленты, так как это будет способствовать стабилизации поврежденной области. Продолжайте нанесение под стопой и закончите на боковой стороне чуть выше латеральной лодыжки. Убедитесь, что боковые связки закрыты лентой, как показано на рисунке 2.5.

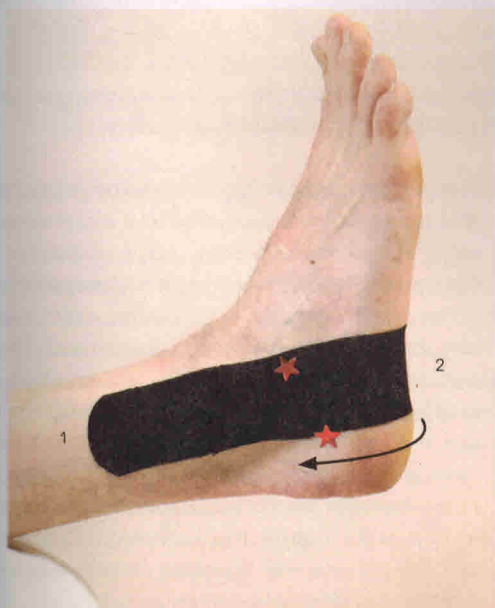


Рис. 2.5. Наложение первой ленты для стабилизации боковых связок

2. Нанесите еще одну полоску типа «I» с медиальной стороны пяточной кости в поперечном направлении и направьте ленту сзади к пяточной кости, чтобы лента прошла под подошвенной поверхностью стопы. Придайте ленте растяжение на 50% и нанесите ее на тыльную поверхность стопы, как показано на рисунке 2.6.



Рис. 2.6. Наложение второй ленты с медиальной стороны

3. Повторите ту же технику, но на этот раз нанесите полоску типа «I» с латеральной стороны и, когда лента пройдет под подошвенной поверхностью, придайте ей растяжение на 50% и закончите нанесение на тыльной поверхности стопы. Наложение этих двух полосок имеет сходство с тем, что называется «техника блокировки в форме цифры 8», как показано на рисунке 2.7а, б.

ГЛАВА 4

МЕТОДЫ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ДЛЯ ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА

НАТЯЖЕНИЕ, УСТАЛОСТЬ ПОДКОЛЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ

Я лечу многих спортсменов, которые тренируются на выносливость, и мои пациенты много раз говорили мне, что их подколенные сухожилия (рис. 4.1) являются постоянным источником боли и ощущаемой напряженности или даже усталости, особенно после нескольких часов длительной тренировки. Недавно я добился больших успехов в применении кинезиологического тейпирования для лечения подколенных сухожилий, так как это помогает уменьшить боль и чувство стеснения. Я склонен сочетать кинезиологическую ленту с техниками массажа мягких тканей и техниками удлинения мышц, такими, как мышечно-энергетические техники. Данная система очень хорошо работает для меня в моей клинике, особенно когда эти методы используются в сочетании друг с другом.

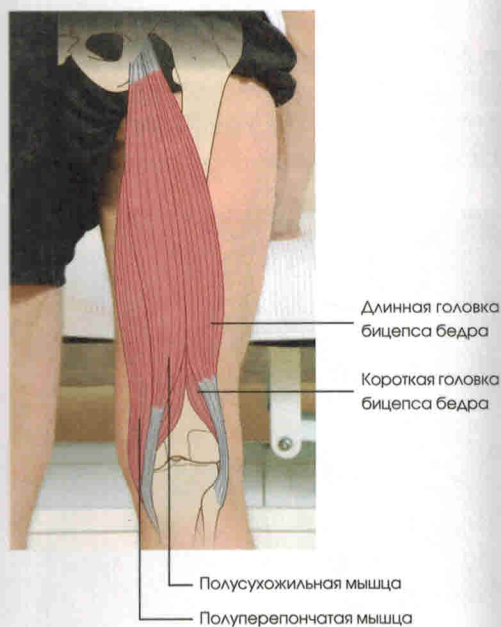


Рис. 4.1. Группа мышц подколенного сухожилия

1. Придайте подколенным сухожилиям растянутое состояние и нанесите полоску типа «I», практически не растягивая ее. Начните с тейпирования медиального подколенного сухожилия (полусухожильная и полумембранозная мышцы) на медиальной стороне колена и закончите началом мышцы в области седалищной бугристости (рис. 4.2).



Рис. 4.2. Кинезиологическое тейпирование медиального подколенного сухожилия (полусухожильная и полумембранозная мышцы)

2. Повторите тот же процесс, что и выше, но на этот раз нанесите полоску типа «I» с латеральной стороны колена и уложите ленту,

практически не растягивая, в направлении седалищной бугристости, покрывая латеральное подколенное сухожилие, чтобы лента была наложена на двуглавую мышцу бедра (рис. 4.3).



Рис. 4.3. Кинезиологическое тейпирование латерального подколенного сухожилия (двуглавой мышцы бедра)



Напряжение мышц
подколенного су-
хожилия/седа-
лищная боль

РАСТЯЖЕНИЕ ПОДКОЛЕННОГО СУХОЖИЛИЯ

Следующая техника кинезиологического тейпирования может быть применена специально для латерального подколенного сухожилия, образуемого двуглавой мышцей бедра, или для медиальных подколенных сухожилий, образуемых полусухожильной и полуперепончатой мышцами. Благодаря своему опыту, я сталкивался со многими растяжениями бицепса бедра и полусухожильной мышцы. Основываясь на этих знаниях, техника выбора состоит в том, чтобы заклеить полусухожильную мышцу, как это показано на рисунке 4.4. Если мышечное растяжение локализовано на латеральной стороне задней части бедра (бицепс бедра), то просто повторите технику, но примените кинезиологическую ленту на латеральные подколенные сухожилия.



Рис. 4.4. Растяжение полусухожильной мышцы

1. Придайте подколенным сухожилиям растянутое состояние и нанесите полоску типа «I», практически без растяжения, с медиальной стороны колена. Следуйте по медиальной стороне бедра вдоль полусухожильной мышцы к седалищной бугристости, как показано на рисунке 4.5.



Рис. 4.5. Нанесение первой ленты на полусухожильную мышцу (медиальное подколенное сухожилие)

2. Используя одну небольшую полоску «I», придайте ей растяжение на 75-100 % и поместите этот кусок ленты поперек области локализации боли (рис. 4.6).



Рис. 4.6. Нанесение второй ленты с использованием одной небольшой полоски «I» поперек области локализации боли