
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 выполнять 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
БА: 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
КАРЗ: 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.

Коронарная плоскость: вертикальная плоскость, расположенная под прямым углом к сагиттальной плоскости, которая делит тело на переднюю и заднюю части.

Ладонь: передняя поверхность кисти.

Лежа на животе: положение тела, в котором брюшная поверхность обращена вниз (в отличие от положения лежа на спине).

Лежа на спине: положение тела, в котором брюшная поверхность обращена вверх (в отличие от положения лежа на животе).

Медиальный: расположен близко или на средней линии тела или органа (в отличие от латерального).

Медиана: расположена в центре, в середине тела.

Нижние: ниже или дальше всего от головы.

Острый: недавно начавшийся процесс.

Отверстие: естественное отверстие, находящееся в основном в кости.

Пальпировать: исследовать нажатием или прикосновением.

Пара-: префикс, обозначающий вдоль или рядом.

Передний наклон: наклоняет краниальную часть таза спереди с увеличением поясничного лордоза.

Пери-: вокруг или возле объекта.

Поверхностный: на поверхности или вблизи от поверхности (в отличие от глубокого).

Подошвенный: подошва стопы.

Поперечная плоскость: такая же, как и горизонтальная плоскость.

Превертебральный: перед позвоночным столбом или позвонками.

Проксимальный: ближе к центру тела или к месту прикрепления конечности.

Промежуточное звено: между двумя структурами.

Разгибание: движение в суставе, приводящее к разделению двух вентральных поверхностей (в отличие от сгибания).

Ретро-: префикс, означающий расположенный сзади.

Сагиттальная плоскость: продольная плоскость, которая делит тело на правую и левую части.

Связка: полоса волокнистой соединительной ткани, соединяющая две или более костей.

Сгибание: движение в суставе, приводящее к сближению двух вентральных поверхностей (в отличие от разгибания).

Сенсорный: аксоны, передающие информацию с периферии в центральную нервную систему (в отличие от двигательного).

Спайки: образования фибробластов, вызванные разрывом или разрушением коллагеновых волокон в результате травмы, иммобилизации или в результате хирургического лечения.

Спереди: к передней части тела (в отличие от задней).

Спинальный: относится к задней части (в отличие от брюшного).

Сплетение: сеть нервов или сосудов.

Сустав: соединение двух или более костей.

Сухожилие: волокнистая полоса плотной регулярной соединительной ткани, которая прикрепляет мышцу к кости.

Трение: движение вперед и назад (с помощью пальцев или другим образом), создающее тепло в тканях.

Фасция: соединительная ткань, лежащая под кожей, обволакивающая группы мышц и отграничивающая различные органы.

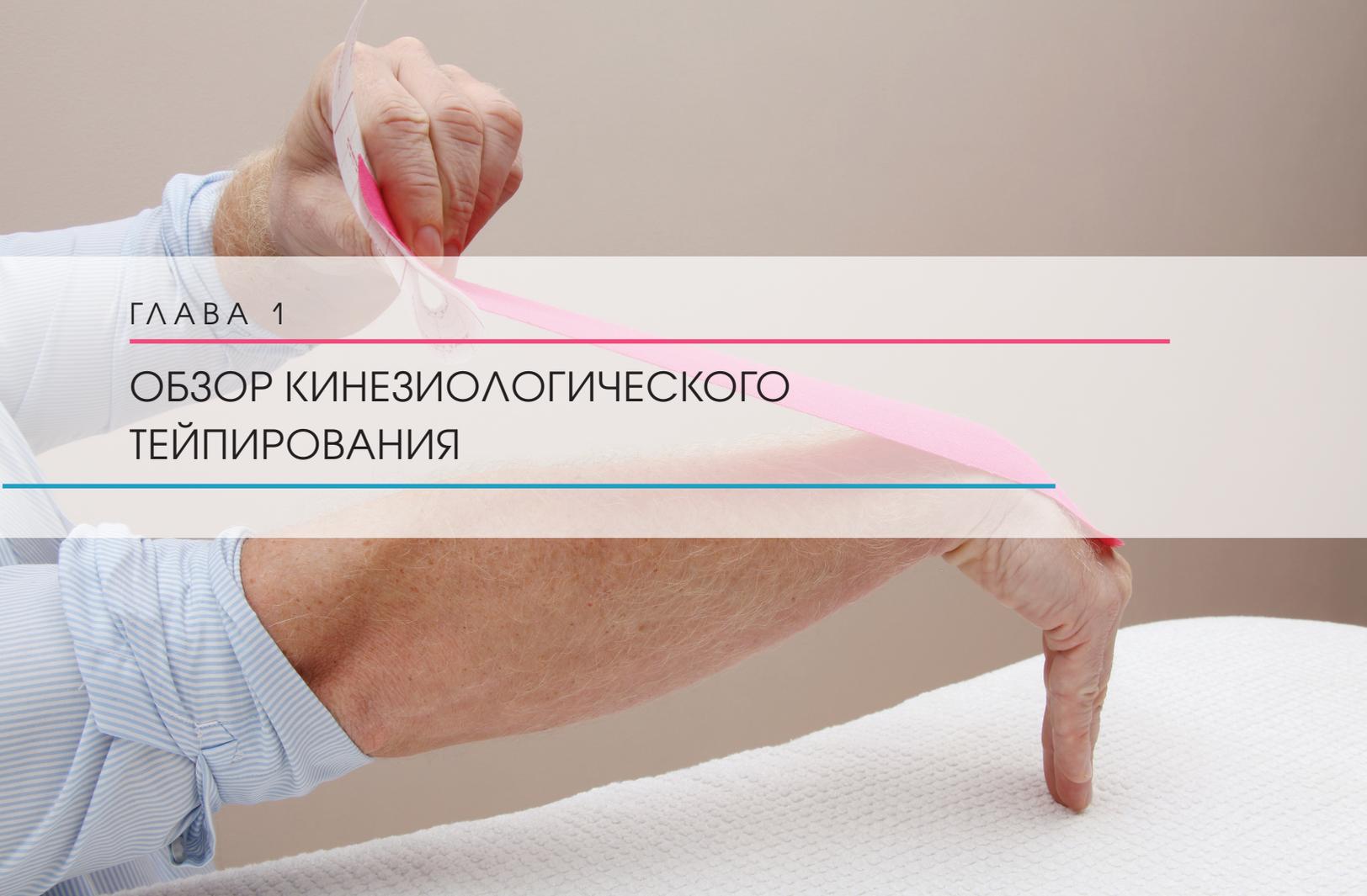
Фронтальная плоскость: то же, что и коронарная плоскость.

Хронический: длительный (две недели и более).

Черепной: относится к черепу/голове.

Эфферентный: передача жидкости или нервного импульса от органа (в отличие от афферентного).

Ямка: углубление.



ГЛАВА 1

ОБЗОР КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Любой физиотерапевт, занимающийся оценкой, лечением и реабилитацией травм, связанных со спортом, а также пациенты, страдающие болями в спине и шее, должны овладеть навыками тейпирования.

Кинезиологическое тейпирование (КТ), безусловно, является современным и модным направлением в области спортивной медицины. Эта яркая лента в настоящее время является очень распространенным зрелищем на всех крупных спортивных мероприятиях по всему миру и даже может встречаться на некоторых развлекательных мероприятиях. Поэтому медицинским работникам необходимо овладеть этими техниками. Они относительно просты в освоении и их даже однократное применение определенным образом может улучшить рабо-

тоспособность спортсмена, а также уменьшить любую боль и отек.

Эта книга поможет читателю лучше понять, когда и почему следует применять авторский метод Bodymaster® в кинезиологическом тейпировании. В ней описывается, как эффективно лечить более пятидесяти наиболее распространенных спортивных травм, используя научно-доказанный метод КТ, а также содержатся рекомендации по лечению патологии конкретных областей тела, с которыми пациент или спортсмен может обратиться к физиотерапевту, например, патология крестцово-подвздошного сочленения, поясничного или шейного отдела позвоночника.

Техники КТ будут объяснены и проиллюстрированы для всех перечисленных ниже областей тела.

Боли в области подошвенной поверхности стопы:

- Подошвенный фасциит: проксимальная и дистальная боль;
- Боль в пятке;
- Синдром пяточной жировой подушки.

Вывих лодыжки или растяжение связок/мышц:

- Боковые связки;
- Малоберцовые мышцы;
- Малоберцовая стабилизация;
- Использование ленты самостоятельно.

Патология ахиллова сухожилия:

- Использование ленты самостоятельно.

Напряжение икроножной мышцы/мышечно-сухожильного перехода:

- Икроножная мышца;
- Подошвенная область стопы.

Боль в медиальной области голени:

- Синдром напряжения медиальной большеберцовой области (шинированная голень);
- Периостит;
- Задний компартмент-синдром.

Боль в передней области голени:

- Тендинопатия передней большеберцовой области;
- Передний компартмент-синдром.

Боли в области колена:

Полное тейпирование области колена при такой патологии, как

- Пателлофemorальный болевой синдром;
- Тендинопатия надколенника;
- Болезнь Осгуда–Шлаттера;
- Тейпирование коленного сустава.

Боль в латеральной области колена:

- Синдром илиотибиального тракта;
- Растяжение латеральной коллатеральной связки;
- Боль в области латерального мениска.

Боль в медиальной области колена:

- Растяжение медиальной коллатеральной связки;
- Боль в области медиального мениска.

Боль в области подколенного сухожилия:

Напряжение подколенного сухожилия.

- Медиальное напряжение: полусухожильная и полуперепончатая мышцы;
- Латеральное напряжение: двуглавая мышца бедра.

Растяжение прямой мышцы бедра и четырехглавой мышцы бедра.

Растяжение приводящих мышц бедра.

Боль в ягодичной и грушевидной мышцах.

Боль в пояснице:

- Патология поясничного отдела позвоночника;
- Синдром фасеточных суставов;
- Патология межпозвоночных дисков;
- Растяжение подвздошно-поясничной связки;
- Растяжение многораздельных мышц.

Дисфункция крестцово-подвздошного сустава:

- Big Daddy-тейпирование;
- Растяжение квадратной мышцы поясницы.

Реберная/межреберная боль.

Боль в области средней части грудной клетки:

- Ромбовидная мышца;
- Нижняя часть трапециевидной мышцы.

Боль в области задней части шеи:

- Патология фасеточных суставов;
- Мышцы шеи;
- Боль, связанная с патологией шейных межпозвоночных дисков.

Боковая часть шейного отдела позвоночника:

- Мышца, поднимающая лопатку;
- Растяжение верхнего отдела трапециевидной мышцы.

Постуральный тейпирование.

Растяжение грудных мышц.

Боль в плече:

- Тендинопатия ротаторной манжеты, надостный болевой синдром;
- Субакромиальный бурсит;
- Боли в области подостной мышцы.

Растяжение связок ключично-акромиального сустава.

Тендинопатия бицепса: длинной и короткой головки.

Боль в латеральной области локтя:

- Латеральный эпикондилит (теннисный локоть).

Боль в медиальной области локтя:

- Медиальный эпикондилит (локоть игрока в гольф);
- Патология локтевого нерва.

Боль в области предплечья и запястья:

- Синдром запястного канала;
- Патология срединного нерва;
- Теносиновит.

Боль в области запястья:

- Болезнь де Кервена;
- Синдром перекреста.

Остеоартрит первого запястно-пястного сустава.

Кинезиологическое тейпирование для лечения отеков:

- Отек лодыжки;
- Отек коленного сустава;
- Гематома или отек четырехглавой мышцы бедра;
- Отек при компартмент-синдроме предплечья;
- Отек плеча.

ИСТОРИЯ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ

В 1970-х годах японский хиропрактик Кензо Касе начал использовать уникальный метод тейпирования, который привел к разработке новой формы спортивного тейпа (ленты). Он стремил-

ся разработать новый стиль тейпа по сравнению со стандартной формой спортивной обвязки, основанной на использовании оксида цинка. Касе понимал, что традиционный метод обеспечивает поддержку мышц и суставов, но иногда ограничивает диапазон движений, и в некоторых случаях может ограничить и потенциально затормозить естественный процесс заживления. После проведения обширных исследований доктор Касе разработал технику тейпирования, известную как Kinesio Taping® или Kinesio Tex®: систему тейпинга, которая естественным образом способствует заживлению поврежденных тканей за счет активизации лимфодренажа, обеспечивает поддержку суставов и мышц, не вызывая ограничений в диапазоне движений. Этот вид кинезиологического тейпинга затем получил широкое распространение на Олимпийских играх 1988 года в Сеуле, где 50 000 рулонов кинезиологической ленты были переданы в дар 58 странам, что обеспечило широкое распространение метода во всем спортивном мире.

МЕТОД КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ

КТ — это еще один инструмент в наборе методик, который можно эффективно использовать в любых спортивных или не связанных со спортом условиях. Его можно применять в условиях клиники, при лечении спортсмена на краю поля или в раздевалке. Его можно даже применять для оказания помощи альпинистам, находящимся на вершине горы.

Кинезиологический тейпинг не является самостоятельным методом лечения, поскольку он обычно сочетается с другими видами физиотерапии, например, с лечением мягких тканей при помощи массажа или мобилизацией суставов. Как только эта техника будет тщательно изучена и применена на практике, тогда и только тогда она станет дополнением к любому протоколу лечения для улучшения общего самочувствия пациентов и спортсменов.

СРАВНЕНИЕ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИНГА И СТАНДАРТНОЙ СПОРТИВНОЙ ЛЕНТЫ

Большинство видов спортивной ленты имеют очень малую растяжимость или вообще не растягиваются, в то время, как кинезиологическая лента очень эластична и может растягиваться в продольном направлении до 120-180 % от ее первоначального размера. Кроме того, толщина кинезиологической ленты и ее эластичность аналогичны таковым параметрам человеческой кожи.

Когда неэластичная спортивная лента наносится на область травмы, ее жесткость может привести к ограничению или препятствию движениям области, на которую нанесена лента. Это желательно при тяжелых травмах, когда необходима иммобилизация, чтобы предотвратить дальнейшие повреждения. Однако большинство травм не требуют полной иммобилизации, и именно здесь гибкость кинезиологической ленты показывает свои преимущества. КТ оказывает поддержку поврежденным мышцам и суставам, обеспечивая при этом безопасный и безболезненный объем движений, в отличие от обычного фиксатора. Это позволяет пациентам и спортсменам продолжать тренировки или соревнования, пока они восстанавливаются после болей в области поясницы и шеи, а также после незначительных или умеренных спортивных травм.

Когда применяется стандартная спортивная лента, существует вероятность того, что микроциркуляция в области применения может быть поставлена под угрозу, плюс к этому существует необходимость удаления ленты после каждого спортивного мероприятия. С другой стороны, кинезиологический тейп можно носить в течение многих дней, обеспечивая поддержку и реализуя его терапевтические преимущества 24 часа в сутки и 7 дней в неделю. Кроме того, такая лента не вызывает проблем с подлежащими тканями или ограничений для соответствующего сустава(ов). Еще одним преимуществом КТ является то, что после удаления кинезиологической ленты, она, как правило, не оставляет следов клея по сравнению

с обычными спортивными продуктами для перевязки и наклеивания.

Кинезиологическая лента также имеет тенденцию быть тоньше и эластичнее, чем обычная лента. Большинство продуктов для кинезиологического тейпинга были разработаны для обеспечения так называемой «однонаправленной» эластичности, то есть растяжения по длине, но не по ширине. Каждая компания, которая производит товары для кинезиологического тейпирования, утверждает, что степень растяжки имеет решающее значение, поскольку лента обладает той же эластичностью, что и кожа человека (хотя это утверждает каждая компания, незначительные различия имеют место быть: Rocktape® утверждает, что их лента имеет растяжимость около 180 %, Tape® утверждают, что их изделие растягивается на 140 %).

Пожалуй, главное различие между кинезиологической лентой и другими спортивными лентами можно увидеть на конкретном приме-



Рис. 1.1. Сравнение обычной ленты с кинезиологической

ре их применения (рис. 1.1). Обычная спортивная лента, как правило, плотно обматывается вокруг поврежденной области для обеспечения стабильности места повреждения, а в некоторых случаях спортивная лента может быть применена для обеспечения его неподвижности. В то же время кинезиологическая лента наносится сверху, вокруг контуров мышц и связанных с ними суставов, при этом величина растяжения, которое придается ленте, может варьироваться в зависимости от цели ее применения.

ФИКСАЦИЯ ЛЕНТЫ

В общем говоря, спортивные ленты, как правило, имеют клей, нанесенный на них, который обычно содержит оксид цинка, что иногда оставляет следы на коже после удаления ленты. Кроме того, известно, что у некоторых пациентов наблюдается побочная реакция на такой тип фиксации. Большинство продуктов для кинезиологии, которые в настоящее время можно приобрести на рынке, имеют уникальный клей на акриловой основе, обычно не содержащий латекса и гипоаллергенен. Акриловый клей гораздо мягче воздействует на кожу, чем клей стандартной спортивной ленты, и редко вызывает раздражение или повреждение кожи. Он не требует использования защитной прослойки для предотвращения повреждения кожи и может наноситься непосредственно на нее на любом участке тела.

Акриловый клей обычно наносится на заднюю часть кинезиологической ленты волнообразным рисунком, который создает чередующиеся клеящиеся и неклеящиеся области с целью обеспечения беспрепятственного удаления влаги из проклеенной области. Кроме того, хлопчатобумажная ткань быстро высыхает, что позволяет удобно использовать кинезиологическую ленту во время принятия душа и даже купания. Быстрое похлопывание сухим полотенцем — и лента возвращается в исходное состояние без остаточной влаги, которая может раздражать кожу и приводить к потенциальному росту бактерий.

Что еще более важно, считается, что чередующиеся участки клея создают перепады давления в тканях под лентой. Теоретически это позволяет ленте взаимодействовать с болевыми рецепторами (ноцицепторами), кровеносными сосудами и лимфатической системой, помогая облегчить боль и уменьшить воспаление.

ТИПЫ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕНТЫ

На рынке существует множество разновидностей продуктов для кинезиологического тейпинга, поэтому когда я писал эту книгу в 2014 году, их было порядка 60-ти различных типов.

Как правильно выбрать тип кинезиологической ленты

Я перепробовал и протестировал множество разновидностей кинезиологической ленты и понял, что известные бренды продемонстрировали себя более качественными, чем легкодоступные и более дешевые варианты. Я и моя команда работаем в клинике спортивных травм Оксфордского университета и, следовательно, смогли опробовать большинство лучших брендов как на элитных спортсменах, так и на пациентах, не занимающихся спортом. Все кинезиологические ленты известных брендов хорошо протестированы; они могут иметь лишь некоторые различия в части растяжки, ощущения ленты, качестве клея и т. д. Если у вас есть возможность, попробуйте несколько производителей лент и найдите свои собственные предпочтения.

Мне нравится фраза, используемая компанией по производству кинезиологических тейпов Rocktape (которую я считаю одним из лидеров в этой области). Они упоминают в своей литературе, что, по сути, существует два типа лент: дешевая и хорошая. Rocktape настоятельно рекомендует пациентам избегать использования дешевой ленты, так как она часто отслаивается и изнашивается гораздо быстрее, чем высокока-