

**КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ
ПАЦИЕНТОВ
С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

*2-е издание,
переработанное и дополненное*

Санкт-Петербург
СпецЛит
2018

УДК 616.7:615.825.6
К41

А в т о р ы:

Красавина Диана Александровна — д. м. н., профессор кафедры хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член экспертного совета по наследственным дисплазиям соединительной ткани, член ЕРОС, INA, МООСБТ;

Кузнецов Сергей Александрович — врач-ортопед Профессорской клиники ОДА;
Васильева Ольга Николаевна — ассистент кафедры хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России;

Гарибьянц Виталий Вячеславович — врач-ортопед Профессорской клиники ОДА;
Ерёмин Сергей Александрович — врач-ортопед Профессорской клиники ОДА;
Зварич Евгений Владимирович — врач-ортопед Профессорской клиники ОДА;
Оздоева Роза Беслановна — врач-ортопед Профессорской клиники ОДА

Р е ц е н з е н т ы:

Сулова Г. А. — д-р мед. наук, профессор ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России;

Хатькова С. Е. — д-р мед. наук, профессор ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздрава», Москва

Кинезиотейпирование пациентов с ортопедической патологией / Д. А. Красавина, С. А. Кузнецов, О. Н. Васильева [и др.]. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 63 с.

ISBN 978-5-299-00921-7

В монографии изложены основные сведения по кинезиотейпированию. Издание предназначено для ортопедов-травматологов, врачей ЛФК, мануальных терапевтов, остеопатов.

Коллектив авторов благодарит Ю. В. Лучек за участие в подготовке данной книги.

УДК 616.7:615.825.6

ISBN 978-5-299-00921-7

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
История метода тейпирования	5
Характеристика кинезиотейпа	6
Механизм воздействия кинезиотейпов на ткани	7
Изменение двигательного стереотипа	18
Показания к использованию ортезов (мягкий функциональный ортез-кинезиотейп)	19
Заболевания, требующие применения метода кинезиотейпирования ...	21
Профилактическое тейпирование	23
Правила наложения тейпов	24
Тейпирование при остром периоде травмы	26
Информирование и инструктирование пациента и его родителей	28
Кинезиотейпирование как этап в лечении различных патологий опорно-двигательного аппарата	31
Литература	63

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития медицины мы наблюдаем постоянный рост интереса клиницистов к использованию неинвазивных немедикаментозных вариантов лечения различной патологии. Такая же тенденция отмечается и при ведении больных с различной патологией опорно-двигательного аппарата. Сочетание немедикаментозных методов лечения с классическими и традиционными зачастую дает более эффективный и быстрый результат.

Доступность и простота методики кинезиологического тейпирования известна на протяжении нескольких десятков лет у спортсменов. В данном методическом пособии мы разбираем патофизиологические основы, дающие обоснование применения кинезиологического тейпирования у пациентов с ортопедической патологией.

На сегодняшний момент кинезиологическое тейпирование является важным этапом в реабилитации пациентов с выраженным болевым синдромом при различных травмах, с нарушениями осанки, сколиозом, выраженными дорсалгиями различной локализации и т. д.

Цель монографии — ознакомить врачей и дать им представления о возможности применения данного метода у широкого круга пациентов.

ИСТОРИЯ МЕТОДА ТЕЙПИРОВАНИЯ

Спортивный тейп (от англ. tape) известен и используется для фиксации или поддержки суставов спортсменов как после травматизации спортсмена, так и для профилактики при возможности получить травму в ходе спортивных соревнований. Процедура наложения тейпа называется тейпингом, или тейпированием. Тейпирование производится липкой эластичной лентой, и созданная повязка становится высокоэффективной, точно повторяя ход связок и мышц или фиксируя капсулу.

Метод тейпирования был разработан в 1973 г. американским доктором японского происхождения Kenzo Kase (Кензо Касе). Основной идеей Кензо Касе было создание тейпа, не ограничивающего свободу движения. Данный тейп был апробирован на олимпиаде в Сеуле в 1988 г. и начал широко использоваться врачами различных специальностей, но чаще спортивными врачами.

Тейп создает практически индивидуальный бандаж. Классический тейп фактически является ортезом, жестко фиксирует сустав и ограничивает движение в нем или выполняет роль компрессионной повязки.

Существует множество техник тейпирования, предназначенных для поддержки различных суставов и связок опорно-двигательного аппарата человека. Кинезиологическое тейпирование — метод эластичных аппликаций с применением специальных материалов (кинезиотейпов).

Разработанный в 1973 г. метод кинезиотейпинга явился усовершенствованной методикой классического тейпирования. Кензо Касе с группой японских ученых принимал непосредственное участие в разработке этого метода.

Использование физиологических механизмов в координации движений, купирование болевого синдрома, улучшение микроциркуляции и работы лимфатической системы легло в основу метода кинезиотейпирования.

Область применения кинезиотейпирования обширна. Таким методом могут воспользоваться специалисты, травматологи, ортопеды, неврологи, педиатры, мануальные терапевты, реабилитологи.

ХАРАКТЕРИСТИКА КИНЕЗИОТЕЙПА

Кинезиотейп КИНЕЗ представляет собой эластичную адгезивную ленту, которая состоит из трех слоев (рис. 1).

1-й слой — натуральная неокрашенная или окрашенная хлопчатобумажная ткань, армированная полиуретановой высокоэластичной нитью типа спандекс, растяжимая в одном направлении для тейпов КИНЕЗ 1D, или синтетическая ткань, армированная полиуретановой высокоэластичной нитью типа спандекс, растяжимая в двух направлениях — по длине и ширине для кинезиотейпов КИНЕЗ 2D. Эластические свойства кинезиотейпов приближены к эластическим параметрам эпидермиса. Коэффициент растяжения кинезиотейпа составляет 1,6. Хлопковая основа кинезиотейпов не препятствует дыханию кожи и испарению влаги с ее поверхности.

2-й слой — гипоаллергенное адгезивное покрытие на основе акрила. Адгезивное покрытие обеспечивает надежную фиксацию на коже. Акриловый адгезив активируется под действием температуры тела при контакте с кожей в течение 15—20 мин после наклеивания. Адгезив длительно сохраняет эластичность и не меняет своих свойств в воде. Эти качества позволяют использовать кинезиотейпирование при занятиях плаванием и при проведении водных процедур.

3-й слой — защитная вощеная бумага. Для удобства раскроя на защитной бумаге кинезиотейпа КИНЕЗ нанесены деления: 1 маленькое деление = 10 мм, 1 большое деление = 5 маленьких делений = 50 мм.

Кинезиотейпы КИНЕЗ 1D и 2D выпускаются в рулонах длиной 5 м, шириной 25, 38, 50 и 75 мм.



Рис. 1. Слои кинезиотейпа КИНЕЗ
(объяснение в тексте)

МЕХАНИЗМ ВОЗДЕЙСТВИЯ КИНЕЗИОТЕЙПОВ НА ТКАНИ

Механизм кинезиотейпирования основан на аппликационном воздействии, т. к. аппликация проводится разными методами — с наложением растянутого тейпа или без растяжения, оказываемое воздействие будет различным. Воздействия направлены на стимуляцию механорецепторов кожи. Стимулируя механорецепторы кожи, мы усиливаем тактильные ощущения, что является важным в случае порочной осанки, сколиоза и т. д. В ряде случаев наложение кинезиотейпов преследует механическое изменение двигательного стереотипа, что также очень важно при различной патологии нижних конечностей (различные паттерны ходьбы), положении таза, изменении осанки, порочном положении головы. Еще одной точкой воздействия является изменение конфигурации межфасциальных пространств, а в ряде случаев и локальное уменьшение внутритканевого давления при различных типах внутритканевого воспаления (радикулопатии, состояние после перенесенных травм).

Основы действия кинезиотейпирования с точки зрения физиологических механизмов:

1. Воздействие на торможение афферентных сигналов в центральной нервной систему.

2. Активация тактильных рецепторов.

Вспомним классическую схему проведения болевой чувствительности при воздействии на болевые рецепторы (рис. 2).

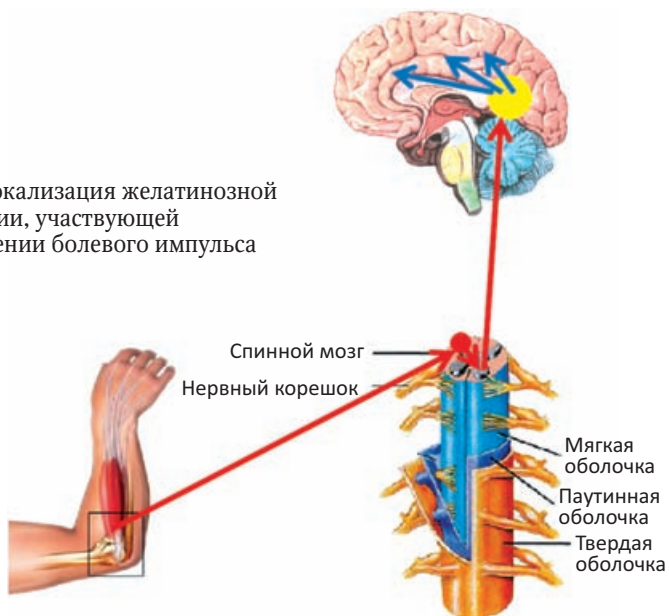
Серое вещество спинного мозга содержит различные нервные элементы, которые могут располагаться диффузно, а могут быть собраны в виде ядер. Обычно выделяют такие ядра, как желатинозная субстанция. Желатинозная субстанция — это проекция кожи в спинной мозг, причем каждому пункту кожи соответствует определенный пункт в субстанции (рис. 3).

Проведение болевых импульсов происходит по волокнам типа А и С (рис. 4). Афферентные (А), или центростремительные (С), волокна — это аксоны афферентных нейронов, проводящие импульсы по направлению от рабочих органов к нервному центру. При действии стимулов в рецепторах возникают потенциалы, которые вызывают возбуждение афферентных сенсорных нервных волокон, которые дальше передаются в ЦНС. Сенсорные системы организованы таким образом, чтобы реагировать на окружающую организм среду. Изменение в среде возбуждает рецептор, что является стимулом. Эффект, вызываемый стимулом в организме, называется ответом.



Рис. 2. Механизм болевой чувствительности на уровне задних рогов спинного мозга

Рис. 3. Локализация желатинозной субстанции, участвующей в подавлении болевого импульса



КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Редактор *Пугачева Н. Г.*
Корректор *Полушкина В. В.*
Верстка *Пугачевой О. В.*

Подписано в печать 25.12.2017. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ. л. 4,0. Тираж 1500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.
Тел.: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в ГП ПО «Псковская областная типография».
180004, г. Псков, ул. Ротная, 34