

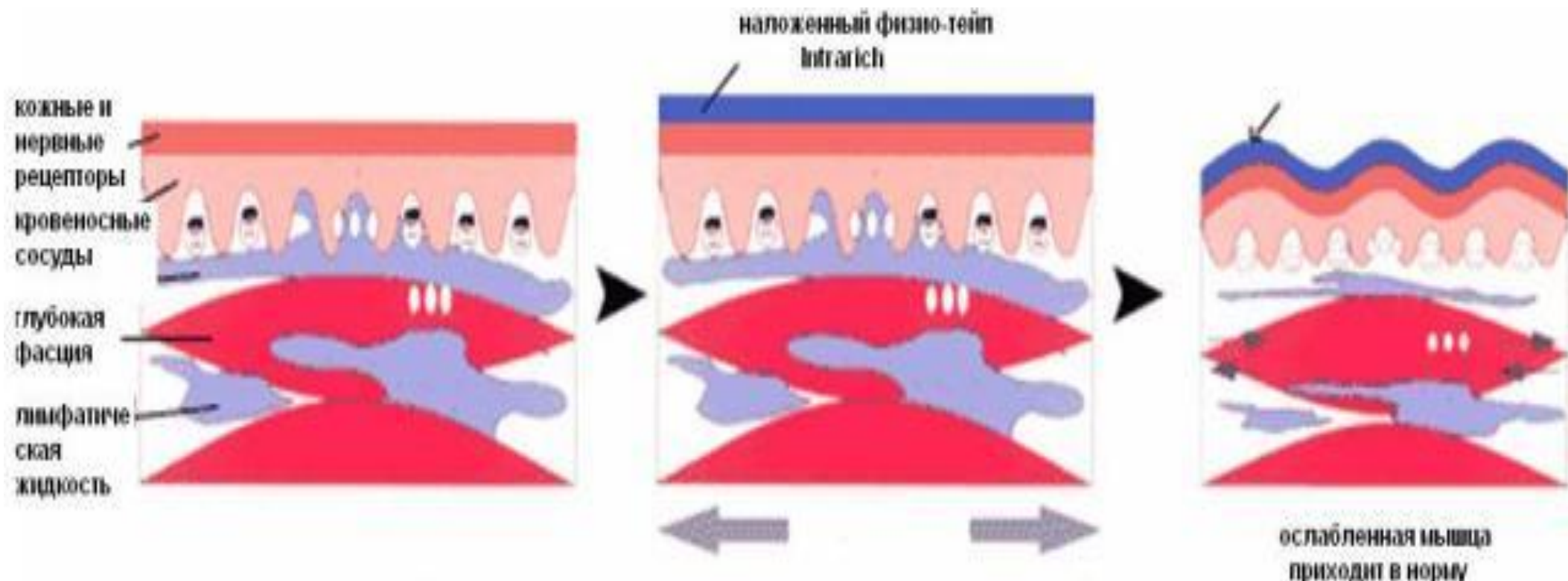


*Кафедра восстановительной и спортивной медицины с курсом
остеопатии*

***ТЕЙПИРОВАНИЕ
у спортсменов***

Эффект тейпирования связан с теорией «запирания боли» и «теорией ворот» (теорией блокаторов боли), согласно которым стимулируются механорецепторы (нервные окончания, ответственные за несение сигналов

о физическом воздействии), которые препятствуют передаче болевых сигналов.

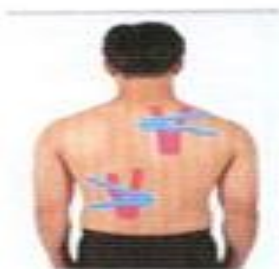


Правила наложения

- Накладывают тейп без давления, не делая петель (сборок, складок), хорошо разглаживая его и модулируя костные выступы. Лейкопластырь отрезают ножницами или отрывают руками. Повязки обычно накладывают 3- или 5-слойные на верхние конечности, 5—6-слойные на голень и 6—8-слойные на бедро и тазовище

Ошибки при наложении тейпа

- При туго наложенном **тейпе** возникает [цианоз](#), нарушаются кровообращение и нервная чувствительность, появляются неприятные ощущения.
- Если одни туры лейкопластыря наложены туго, а другие — слабо, то повязка приходит в негодность. В этом случае повязку следует сменить.
- Полноценность **тейпа** нарушается, если не сделать первых закрепляющих туров. Следует отметить, что более прочной получается повязка, если закрепляющие туры накладывать на кожу, предварительно смазанную клеем (клеол, пластубол и др.).
- Если при наложении **тейпа** спортсмен напрягает мышцы, пытается удержать пораженный (травмированный) сегмент, то натяжение лейкопластыря будет слабым и повязка ослабнет, когда спортсмен расслабит мышцы. В таком случае повязку лучше сменить.



Сколиоз



Тендинит ахилового
сухожилия



Передняя
крестообразная связка



Тендинит
бицепса



Тендинит
кисти



Кистевой
туннельный синдром



Тендинит
колена



Бурсит
локтя



Боль в шее



Солнечное



Головная
боль



Вальгусная деформация
первого пальца стопы



Фиксация
голени



Акромиально-
ключичный сустав



Подошвенный
фасцит

Кинезиотейпирование

- **Кинезио-лента** смоделирована на базе характеристик кожи и поэтому способна передавать "положительную сенсорную информацию" телу. Техника нанесения разрабатывалась посредством кинезиологических тестов, которые в свою очередь дали название материалу.
- ***Цель терапии*** - не стеснять движения, а наоборот обеспечить физиологическое движение суставов и мышц, активируя процессы восстановления и контроля над движением.

Кинезиотейпы (К-тейпы):

- эластичные ленты/ тейпы
- изготовлены из высококачественного хлопка
- покрыты гипоаллергенным акриловым клеем
- свойства тейпов приближены к эластическим параметрам кожи

Основные показания для КТ:

- Посттравматические болевые синдромы
- Ушибы мягких тканей
- Повреждение сухожильно-связочного аппарата
- Неврологические проявления остеохондроза
- Мышечно-фасциальные болевые синдромы

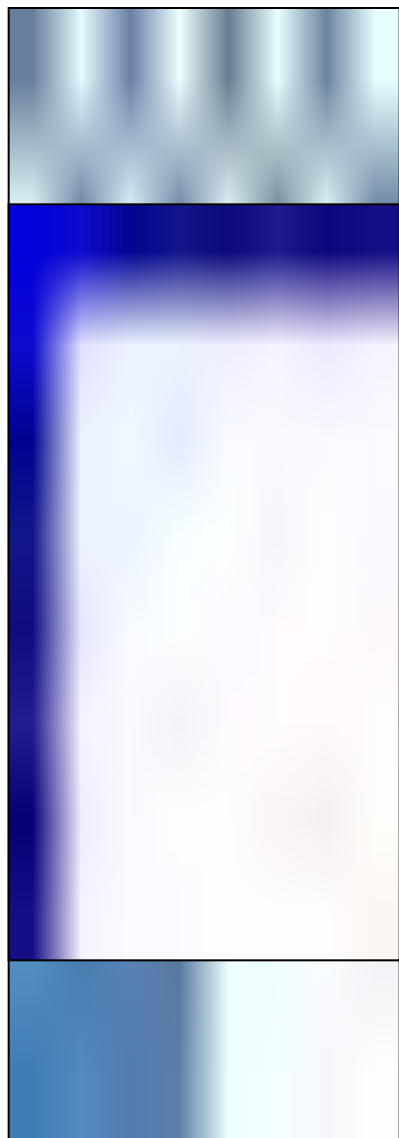
! ПРОФИЛАКТИКА спортивных травм !



Противопоказания:

- **Индивидуальная непереносимость**
- **Экзема.**
- **Открытые раны**
- **Трофические язвы.**

**Для определения чувствительности к тейпу
рекомендуется предварительно наложить небольшой
кусочек на кожу ягодич.**



Якорь/ опорный тур/ база = участок к-тейпа, выполняющий функцию крепления в коже

Рабочая зона - реализует основной эффект к-тейпа

! В некоторых случаях возможно несколько рабочих зон.

Виды КТ-полосок

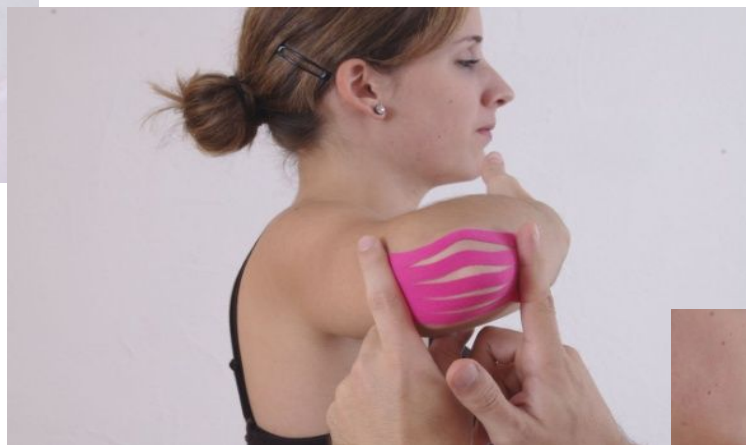
I-образная форма – наклеиваются непосредственно на место повреждения мышцы для ограничения движения кожи, создания дополнительного пространства над областью воспаления или отека, активации регионарного лимфотока



Y-образная форма - равномерно наклеиваются с натяжением 30%, начиная с основания, за исключением последних 2-4 см; после чего поочередно наклеиваются хвосты, например, вокруг брюшка мышцы (фиксация фасции в необходимой позиции, ограничение её движения, стабилизация сустава)

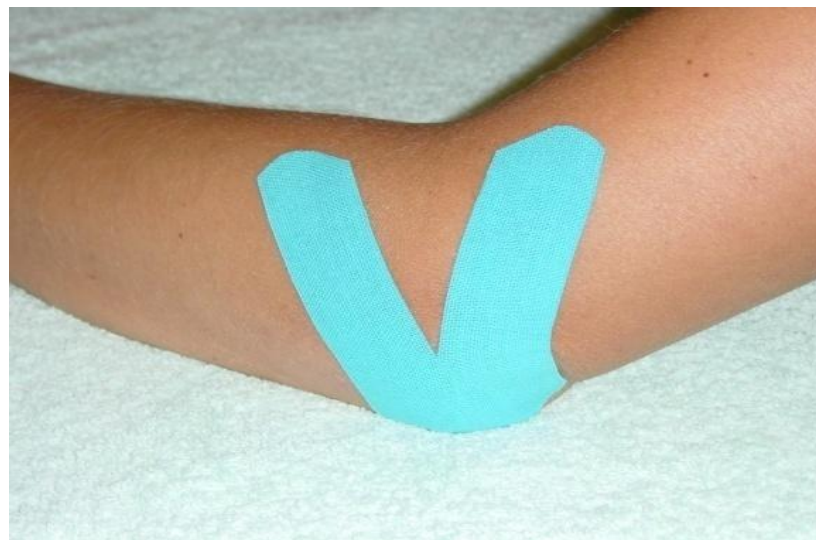


Вееробразные Полоски с отверстием



Х-образные полоски

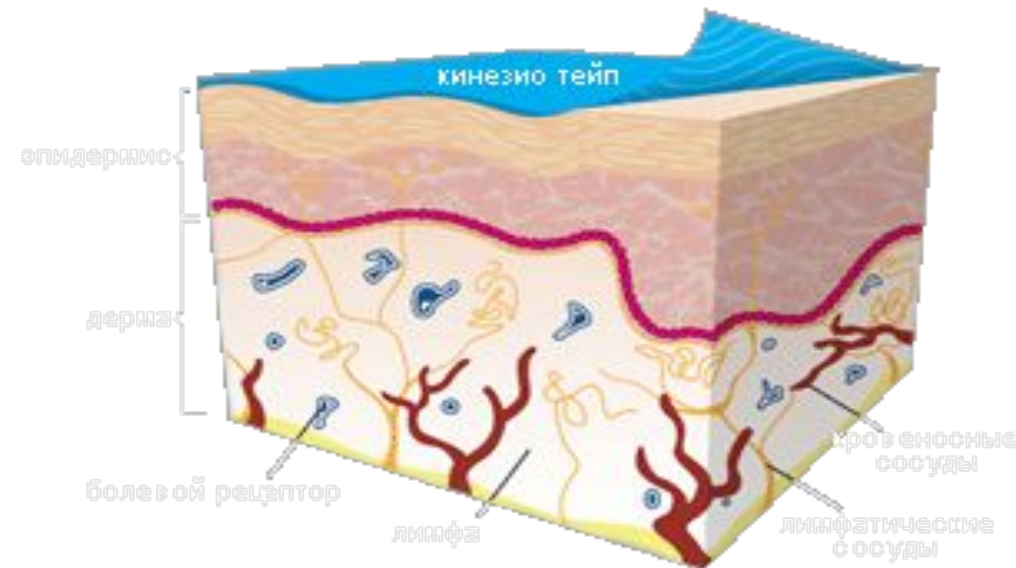
натяжение создается на средней трети мышцы, хвосты наклеиваются без натяжения.



Pre-Cut (прекаты) - *готовые специальные формы тейпов*

1 способ

- = перед наложением тейпа поврежденная мышца (и кожа над ней) растягиваются
- = после наложения нерастянутого к-тейпа формируются кожные складки (кожа поднимается над мышцами и связками)
- = создается дополнительное внутритканевое пространство, облегчается лимфодренаж



2 способ

= если мышца травмирована и **неспособна к растяжению**, = перед наложением на кожу растягивается к-тейп,
= за счет своей эластичности к-тейп сокращается, формирует складки на коже, поддерживает травмированный участок

Вне зависимости от способа наложения, к-тейп **поднимает кожу** над травмированными тканями, обеспечивает поддержку, уменьшает боль, облегчает отток лимфы.

Эластичность тейпа создает **дополнительное давление**, которое усиливает проприорецепцию.

Виды техники коррекции:

- *механическая;*
- *фасциальная;*
- *послабляющая;*
- *функциональная;*
- *лимфатическая;*
- *связочно-суставная.*

Механическая коррекция

заключается в формировании позиционирования мышцы (сустава) с целью генерации сенсорной стимуляции за счет комбинации напряжения и давления полосок, что приводит к саморелаксации мышцы (*миофасциальные боли, хроническое перенапряжение мышц, профилактика смещения надколенника и др.*)

Фасциальная коррекция
отличается от механической отсутствием
давления внутри полоски и заключается в
смещении кожи над фасцией (*восстановление
мышц после оперативного вмешательства*).

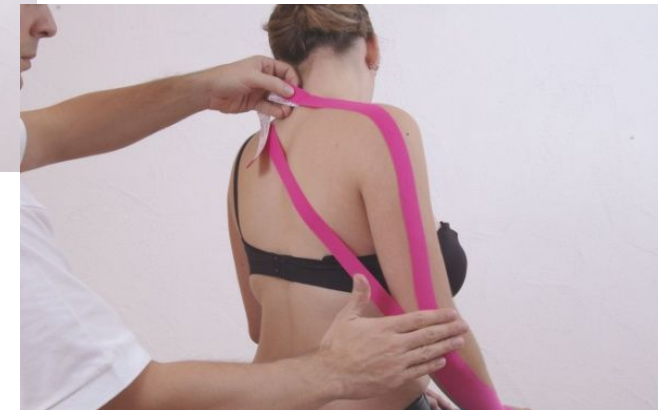
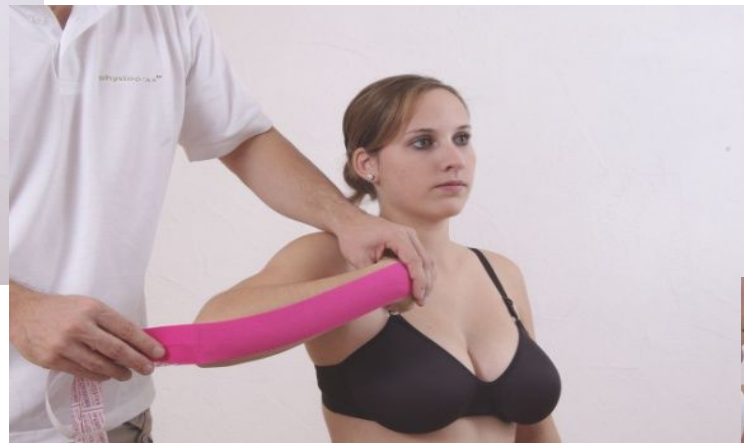


Связочно-сухожильная коррекция — создание очага гиперпроприоцептивной стимуляции в очаге повреждения.

К-тейп наклеивается от места прикрепления связки к его началу с натяжением до 100%, что ограничивает объём движений (*повреждение собственной связки надколенника, ахиллова сухожилия и др.*).



Функциональная коррекция
используется для облегчения сгибания в суставах. КТ
наклеивается без натяжения в максимальном сгибании/
разгибании конечности.



Лимфатическая коррекция

используется для усиления лимфодренажа. Веерообразные полоски наклеиваются лучами с различным натяжением в сторону лимфоузлов, а основание – без натяжения на область лимфоузла (при острой травме).

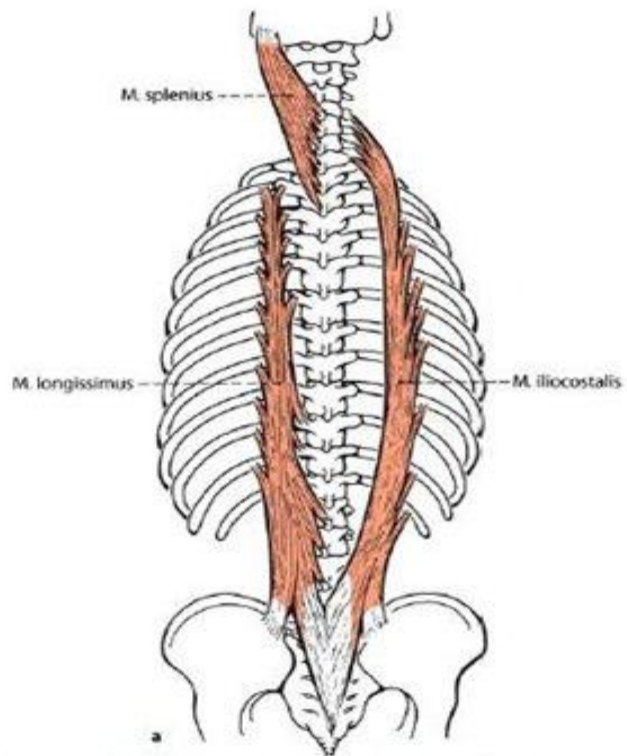


Основные лечебные эффекты к-тейпов:

- увеличение пространства над областью воспаления путем поднятия мягких тканей и направления выпотов в лимфатические протоки
- *активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке.*
- выравнивание фасциальных тканей
- усиление проприорецепции, уменьшение болевого синдрома
- *нормализация функции суставов.*

Основной эффект КТ – создание благоприятных условий для саногенетических процессов в тканях.

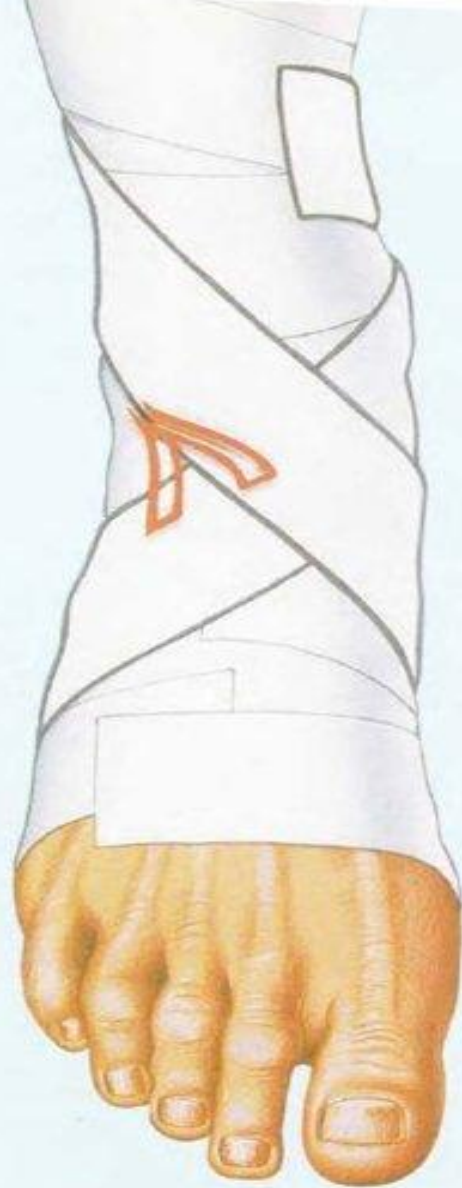
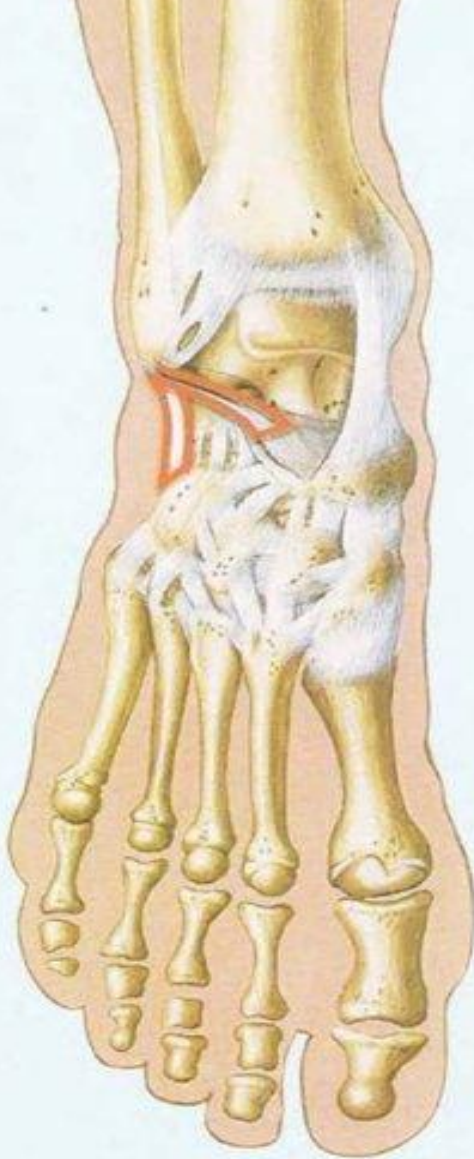




Общие правила кинезиотейпирования:

- Создание комфортных условий для врача и пациента
 - Кожа перед наклеиванием должна быть чистой и сухой.
- Отрезать КТ на полоски следует со стороны бумаги.
- Для улучшения крепления следует закруглять концы вырезанной полоски.
- Тейп надо растягивать равномерно во все стороны. Выделяют 6 степеней натяжения пластыря.
- Пластырь тянется к первому «якорю».
- Обычное натяжение – 20-30% от максимальной.
- Тейп «работает» с кожей и фасцией мышцы в покое.

- Для ускорения наклеивания следует несколько раз разогреть рукой после наложения на тело и ограничить активные движения 10 минут.
- Направление натяжения имеет значение – от периферии к центру ткань релаксируется, от центра к периферии – стимулирует.
- Степень натяжения важнее направления наложения.
- При выполнении многослойных аппликаций первой наклеивается та, что реализует терапевтический эффект, затем - поддерживающие.
- Мышцы в месте аппликации должны находиться в натянутом состоянии.
- Полоски снимаются по направлению роста волоса (сверху вниз).
- После наложения КТ можно принимать ванну, душ.



Vendaje "casi yeso"



La rinda en forma de U de Elasticoplast (7) pasa por el lado plantar del pie bajo tracción equilibrada hacia medial y lateral a los anclajes (1) y (2).



La rinda cortada (8) se fija con una cinta (10).



La rinda (9a) hala a través del lado lateral del pie, por la planta abarca el talón de medial a lateral, pasa por la planta del pie y en forma vertical sobre el maléolo medial hacia los anclajes (1) y (2).



La rinda (9a) pasa en forma análoga a (9b), pero invertida abarcando el talón desde lateral a medial y luego pasando por la planta hasta lateral asciende verticalmente por esta cara.



La rinda (9a) hala en forma vertical a través del maléolo lateral y termina sobre los anclajes (1) y (2).



Los extremos de las rindas (9a) y (9b) se fijan con la cinta (10). La rinda (11) parte desde el lado medial del primer metatarsiano, a la planta y luego a través la región lateral del talón y del maléolo medial hacia el lateral de la pierna.



En forma análoga a la rinda (11) comienza la rinda (12) pero sobre el lado lateral del quinto metatarsiano, hala a través de la región del talón y el maléolo lateral y termina sobre el lado medial de la pierna.



La rinda (13) pasa a través ambos maléolos de medial hacia lateral.



La rinda (14) se coloca hacia anterior y hala de medial a lateral de la articulación y va nuevamente hacia medial.



La rinda (15) está colocada hacia distal y va desde el borde medial hacia lateral por la planta.



La rinda (15) abarca finalmente con ambas vueltas (16) y (17) la articulación de distal hacia proximal.



Тейпирование голеностопа

- Самая частая травма ориентировщиков - это повреждение внешних связок. Правильный бандаж помогает спортсменам войти в тренировочный ритм. Описанную ниже повязку можно носить в течение нескольких дней. **Классический бандаж на голеностоп.**
- При следующих повреждениях:
 - Растяжения связок и сухожилий голеностопа средней тяжести;
 - Удлинение связочного аппарата;
 - Надрывы капсулы;
 - Слабость связок;
 - Подвывих лодыгеобразного сустава.

- Указания:
При необходимости дополнительная медикаментозная терапия.
- Длительность наложения:
Максимум 4 дня.
- Материал:
- Эластичный бинт, ширина 8 см, 2,5 метра;
- Лейкопластырь 3,75 см, порядка 10 метров;
- Лейкопластырная губка;
- Лейкоспрэй;

- Снаружи и внутри сустава прикрепляется уплотнитель U-образной формы. При помощи эластичного бинта (1) обматывается ступня.



- Уплотнитель фиксируется при помощи эластичного бинта, голеностоп обматывается в нижней трети. Верхний край закрепляется при помощи полос из лейкопластыря 2 и 3.



- Нижний край закрепляется так же пластырем (4), так чтобы со стороны подошвы остался зазор порядка 2 см.



4. Первый виток (5) для стабилизации голеностопа начинается на нижнем крепеже, охватывает пятку . проходит вокруг пятки, захватывает внутренний выступ кости лодыжки, и через подъем стопы идет обратно к началу

ВИТКА



6. Виток 6 проходит зеркально относительно витка 5, охватывает пятку в противоположном направлении

7. пересекает виток 5 на подъеме стопы

8. и заканчивается на подошве.

9. Первый восходящий U-образный виток 7 начинается на подошве. Он проходит перед пяткой с внутренней и внешней стороны и заканчивается на верхнем



деплени (2,3).



10. U-образный виток 7 проходит в направлении, показанном стрелками.

11. Полосы U-образного витка 8 пересекаются на подъеме стопы и заканчиваются на креплении.

12. Второй восходящий виток 9 накладывается ближе к пальцам. Виток 9 закрывает приблизительно одну треть витка 7.

13. Второй перекрестно проходящий U-образный виток 10 накладывается поверх U-образного витка 8.



14. Третий восходящий U-образный виток начинается на подошве, проходит по диагонали изнутри наружу (11A). Внешняя полоса проходит диагонально поверх (11B).

15. Закрепляющий виток 12 проходит изнутри через подошву диагонально через подъем стопы

16. охватывает пятку и заканчивается на внешней стороне стопы.

17. При наложении закрепляющего витка 12 следует слегка вывернуть наружу внешний край стопы.



18. Первый виток обмотки направлен с задней стороны ноги вперед ●
19. Отдельные витки обмотки (13-16) накладываются снизу вверх с нахлестом.
20. Ступня обматывается снизу вверх (17).

21. Для коррекции повязку надрезают со стороны подъема на уровне третьего пальца на 2-3 см.



22. Пациент встает и нагружает повязку по максимуму в безболезненной зоне.

23. Надрезанное место накладывают снаружи вовнутрь (18).

24. Дополнительный слой обмотки можно - при хорошей переносимости кожи - наклеить до одной трети на

кожу.

