

МЕТОДИКА КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В СПОРТИВНОЙ ПРАКТИКЕ

*Загородный Г.М., Скакун П.Г.
Белорусская медицинская академия последипломного
образования РНПЦ травматологии и ортопедии
г. Минск, Республика Беларусь*

METHODS KINEZIOTEYPIROVANIYA IN SPORTS PRACTICE

*Zagorodniy G.M., Skakun P.G.
Belarusian Medical Academy of Post
Education Centre of traumatology and orthopedics
Minsk, Republic of Belarus*

Аннотация. В статье излагаются вопросы использования методики кинезотейпирования в спортивной практике. Раскрываются классические приемы использования тейпов в медицинской и особенности применения в спортивной практике. Раскрывается механизм воздействия тейпов на верхние и более глубокие слои кожи в зависимости от места повреждения, формы и цвета тейпа.

Summary. The article covers the issues of the use of methods kinesiology tape in sports practice. Reveals the classic methods of use of clans in the medical and application features in sports practice. Reveals the mechanism of influence of clans on the upper and deeper layers of the skin, depending on the location of the damage, shapes, and colors should.

Проблема оперативной реабилитации спортсменов вызывает необходимость поиска новых методик для эффективного лечения и профилактики в спорте.

Перспективным в повседневной практике врача спортивной медицины является метод кинезиотейпирования (КТ), предложенный в 1973 году японским врачом Кензо Кассе[4]. Данный метод является новым направлением в восстановительной медицине. В основе механизма действия кинезиотейпирования лежит создание благоприятных условий для сано-генетических процессов, реализующихся в нормализации микроциркуляции в соединительной ткани кожи, уменьшении болевого синдрома, оптимизации афферентной импульсации на сегментарном уровне.

Кинезиотейпы (К-тейпы) представляют собой эластичные ленты, изготовленные из высококачественного хлопка и покрытые гипоаллергенным клеящим слоем на акриловой основе, который активизируется при температуре тела. Акриловый адгезивный слой нанесен волнообразной формой, благодаря чему кожа «дышит», а хлопчатобумажная основа не препятствует испарению влаги с поверхности кожи, что дает возможность носить кинезиоленты на коже сроком до 5 суток [2,3]. Эластические свойства

тейпов приближены к эластическим параметрам кожи. В основе лечебного действия тейпов лежат следующие эффекты:

1. Увеличение пространства над областью воспаления и боли путем поднятия фасции и мягких тканей и направлении выпотов в лимфатические протоки.
2. Активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке.
3. Выравнивание фасциальных тканей.
4. Усиление проприорецепции посредством стимуляции кожных механорецепторов.
5. Уменьшение болевого синдрома.

Необходимым условием нормального функционирования межклеточного вещества является его оптимальное физиологическое пространство.

КТ используется в спортивной медицине при мышечно-фасциальных болевых синдромах, посттравматических болевых синдромах, ушибах мягких тканей, повреждениях сухожильно-связочного аппарата, неврологических проявлениях остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Особое место отводится профилактике спортивных травм. Наиболее частыми противопоказаниями применения КТ являются: экзема и другие кожные заболевания, открытые раны, трофические язвы, аллергические реакции, состояние дискомфорта после наложения КТ, избыточный волосяной покров, тромбоз глубоких вен. Цвет тейпа значения не имеет, кроме случаев с черным - некоторые производители данный цвет используют для обозначения повышенной водостойкости, что позволяет применять его в водных видах спорта. Чаще всего используют Х-, Y- и I-образные полоски, веерообразные и полоски с отверстием. Тейпы I-образной формы применяют для механической коррекции; наклеиваются непосредственно на место повреждения мышцы в острый период для ограничения движения кожи, создания дополнительного пространства над областью воспаления, активации регионарного лимфотока [5,6].

Y-образные полоски наклеиваются равномерно с натяжением 30%, за исключением последних 2-4 см, после чего поочередно наклеиваются хвосты. Y-образная форма чаще используется для механической коррекции (фиксация фасции в необходимой позиции, ограничение её движения в нежелательном направлении, стабилизация сустава). На длинных мышцах используются Х-образные полоски. Натяжение создается на средней трети мышцы, хвосты наклеиваются без натяжения. Выделяют рабочую зону и якорь полоски КТ. Якорем называется участок К-тейпа, выполняющий функцию крепления на коже пациента, рабочая же зона реализует основной эффект тейпа. В некоторых случаях возможно несколько рабочих зон. В зависимости от состояния поврежденного участка К-тейп можно наложить в нерастянутом или растянутом виде. В первом случае перед наложением тейпа поврежденная мышца растягивается. После наложения нерастянутого К-тейпа формируются кожные складки. Вне зависимости от способа наложения К-тейп поднимает кожу над травмированными мышцами и связками, обеспечивает им поддержку, уменьшает боль и облегчает отток

лимфы. Эластичность тейпа создает дополнительное давление, которое стимулирует нервные рецепторы, облегчая боль и усиливая проприорецепцию. В классическом КТ выделяют следующие виды техники коррекции: механическая; фасциальная; послабляющая; функциональная; лимфатическая; связочно-суставная [8]. К общим правилам кинезиотейпирования относится:

1. Создание комфортных условий пациенту и медработнику.
2. Кожа перед наклеиванием должна быть чистой и сухой.
3. Отрезать КТ на полоски следует со стороны бумаги для того, чтобы полоска была ровной, симметричной.
4. Для улучшения крепления следует закруглять концы вырезанной полоски, т.к. во время ношения одежды возможно «подкручивание» тейпа.
5. Тейп надо растягивать равномерно во все стороны.
6. Пластырь тянется к первому «якорю», что актуально при реализации правила 7.
7. Направление натяжения имеет значение – от периферии к центру ткань релаксируется, от центра к периферии – стимулируется, т.е. при острой травме целесообразно релаксировать, а, например, в послеоперационный период – стимулировать мышцы заинтересованного сегмента.
8. Обычное натяжение – 30% от максимального натяжения (т.е. 5-7% от исходной длины полоски).
9. Для ускорения наклеивания пластыря следует полоску несколько раз разогреть рукой после наложения на тело и ограничить движение 10 минут.
10. Степень натяжения важнее направления наложения, избыток натяжения хуже его дефицита.
11. При выполнении многослойных аппликаций первой наклеивается та, что реализует терапевтический эффект, затем - поддерживающие.
12. Тейп «работает» с кожей и фасцией мышцы.
13. Полоски снимаются по ходу роста волос.
14. После наложения КТ можно принимать ванну, душ. После водных процедур влагу с поверхности тейпа следует удалять осторожными промакивающими движениями.
15. Полоски должны быть наложены ровно, без складок. Повторное наложение КТ малоэффективно; следует заменить полоску.

Начинающим специалистам следует начинать с длинных полосок: они более эффективны, не требуют высокой точности натяжения и направления, биомеханически они более выгодны. Применение вееров при перенапряжении мышц голени, ушибах предпочтительнее сложных многослойных повязок. Y-образные полоски более эффективны при хронической микротравматизации в отличие от I-образных, которые лучше «работают» при острой травме.

Следует отметить высокую эффективность данной методики, особенно в комплексной профилактике травм и заболеваний опорно-двигательного

аппарата и на этапах реабилитации спортсменов, в частности, травм коленного и плечевого суставов, мышц нижних конечностей.

Особенности применения КТ в спортивной практике:

1. Следует «временно забыть» про классическое, атлетическое тейпирование, в основе которого лежит функциональная иммобилизация сегмента на базе, в основном, анатомических особенностей индивида в статике; в основе кинезиотейпирования лежат биомеханические основы (механика спортивного движения).

Кинезиотейпирование – не столько динамическое лечение, сколько динамическая коррекция мышечных стереотипов движения спортсмена.

2. КТ перед тренировкой/соревнованием возможно с совместным натяжением тейпа и растягиванием мышцы. Безусловно, такая технология противоречит устоям классического КТ, но, как правило, для тренировочных занятий актуальность применения тейпа по ряду причин не превышает суток; после чего следует повторно наложить К-тейп.

3. Задача КТ – «разнести» биомеханическое напряжение мышцы на другие сегменты.

4. Если наклеивается длинная полоска (более 50 см), то с противоположной стороны должен наклеиваться короткий «стабилизатор» для биомеханической компенсации плеча силы.

5. Рекомендуются накладывать КТ после стретчинга на разогретые и растянутые мышцы.

6. Многослойные аппликации следует накладывать осторожно, досконально оценив их целесообразность.

7. Края КТ следует обязательно закруглять.

8. Короткие полоски для более надежного крепления желательно выполнять Х-вариантом.

9. КТ перед тренировкой должно обязательно сопровождаться местной криотерапией после тренировки.

10. Все техники КТ должны быть отработаны сначала на тренировках (локализация, направление, натяжение, стабилизаторы).

11. Возможно комбинирование КТ с классическим тейпированием.

12. Постоянное кинезиотейпирование «выключает» мелкие мышцы (естественные стабилизаторы, тонкую моторику) из тренировочного процесса; следовательно, должны быть четкие показания для его применения, не следует злоупотреблять в предсоревновательный период.

13. Сразу после оперативного вмешательства возможно применение КТ для улучшения оттока лимфы (лимфатическая коррекция) и снижения болезненности (механическая коррекция).

14. Возможно выполнение одной полоской нескольких видов коррекции.

15. При острой травме лучше использовать I-образные полоски, начиная от дистального конца мышцы; при слабости мышцы – Y-образные.

16. При длинных, особенно поперечных, X-образных К-тейпах степень натяжения может постепенно снижаться от середины полоски к хвостам.

17. Самостоятельное кинезиотейпирование не целесообразно и не эффективно.

18. КТ не следует противопоставлять другим методам коррекции ОДА и, тем более, тренировочному процессу; более того, кинезиотейпинг целесообразно совмещать с другими техниками реабилитации.

19. Использование многоцветных аппликаций позитивно воспринимается спортсменами. Синий цвет предпочтительнее применять в острый период, красный – при хронической микротравматизации. Таким образом, повториться: не следует рассматривать КТ как исключительно монотерапевтическую технику в лечении и реабилитации пациентов[1].

Список литературы

1. Fu TC, Wong AM, Pei YC, Wu KP, Chou SW, Lin YC. *Effect of Kinesio taping on muscle strength in athletes-a pilot study.* J Sci Med Sport. 2008, vol.11, №2, pp.198-201.103

2. Jeannie Burt, Gwen White. *Lymphedema: a breast cancer patient's guide to prevention and healing.* – 2nd edition. 2005, Hunter House Inc., Publishers, pp.115-125.

3. Halseth T, McChesney JW, DeBeliso M, Vaughn R, J Lien J. *The effects of kinesio taping on proprioception at the ankle.* J Sports Sci& Med. 2004, vol.3, №1, pp.1-7.

4. Kase K., *Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method*, 2003.

5. Kase K., Hashimoto T. *Changes in the volume of the peripheral blood own by using kinesio taping.* Kinesio Taping Association, 1998.

6. Lipinska A, Sliwinski Z, Kiebzak W, Senderek T, Kirenko J. *The in uence of kinesiotapingapplications on lymphoedema of an upper limb in women after mastectomy.* FizjoterapiaPolska. 2007, vol.7, №3, pp.258-269.

7. Shim JY, Lee HR, Lee DC. *The use of elastic adhesive tape to promote lymphatic own in the rabbit hind leg.* Yonsei Med J. 2003, vol.44, №6, pp.1045-1052.

8. Yoshida A, Kahanov L. *The effect of kinesio taping on lower trunk range of motions.* Res Sports Med. 2007, vol.15, №2, pp.103-112.