

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительные достижения в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, мышечно-фасциальных болевых синдромов, неврологических проявлений остеохондроза позвоночника проблема реабилитации больных с данной патологией продолжает оставаться актуальной. Это вызывает необходимость поиска новых подходов и методик для более эффективного лечения пациентов. Не менее важной является проблема восстановления оптимального двигательного стереотипа и функциональной активности мышц у спортсменов после травм и физических перегрузок во время тренировок и спортивных соревнований.

Метод кинезиотейпирования, предложенный в 1973 году японским врачом - мануальным терапевтом Кензо Касе с использованием тейпов, разработанных по инновационным технологиям и изготовленных японским концерном Нитто Денко(Nitto Denko), является новым направлением в восстановительной медицине, которое на протяжении многих лет используют врачи спортивной медицины и физиотерапевты всего мира.

Кинезиотейпы представляют собой эластичные ленты, изготовленные из высококачественного хлопка и покрытые гипоаллергенным клеящим гелем на акриловой основе, который активизируется при температуре тела. Эластические свойства тейпов приближены к эластическим параметрам кожи. Хлопковая основа не препятствует дыханию кожи и испарению с ее поверхности. Эти свойства позволяют использовать тейпы в водных видах спорта, а также оставлять наклеенными на кожу до 5 суток.

Особое признание и распространение метод получил после Олимпийских игр 1988 года в Сеуле, где показал свою высокую эффективность.

Клинические исследования показали, что в основе механизма действия кинезиотейпирования лежит создание благоприятных условий для саногенетических процессов, реализующихся в нормализации микроциркуляции в соединительной ткани кожи и подкожной жировой клетчатке, уменьшении болевого синдрома, восстановлении функциональной

активности мышц, оптимизации афферентной импульсации на сегментарном уровне.

УРОВЕНЬ ВНЕДРЕНИЯ

Амбулаторно-поликлинические и стационарные лечебно-профилактические учреждения, отделения(кабинеты) реабилитации, травматические центры и диспансеры спортивной медицины, санаторно-курортные учреждения.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Кинезиотейпирование целесообразно применять как самостоятельный метод, а так же в сочетании с медикаментозным лечением, физиотерапией, мануальной терапией, иглорефлексотерапией, лечебной физкультурой при следующих заболеваниях:

Спортивная медицина

- Профилактика спортивных травм.
- Посттравматические болевые синдромы суставов верхних и нижних конечностей.
- Ушибы мягких тканей туловища, верхних и нижних конечностей.
- Растяжение связок суставов верхних и нижних конечностей.

Ортопедия

- Сколиоз.
- Юношеский кифоз.
- Ахиллобурсит.
- Варусное искривление голеней у детей.

Неврология

- Неврологические проявления остеохондроза шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника.
- Мышечно-фасциальные болевые синдромы туловища, верхних и нижних конечностей.

Гинекологические болезни

- Нарушение лимфотока при варикозной болезни и после мастэктомии.
- Альгодисменорея.

Педиатрия

- Улучшение показателей функциональной моторики у детей.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Открытые раны и трофические язвы.
- Экзема.
- Аллергическая реакция на акрил.
- Ксеродерма (пергаментная кожа).
- Первый триместр беременности.
- Индивидуальная непереносимость.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УКАЗАНИЯ

В случае повышенной чувствительности кожи рекомендуется предварительно наложить небольшой кусочек ленты K-ACTIVE TAPE на поверхность кожи для исследования возможных реакций. При появлении раздражения от применения тейпа следует отказаться.

ОПИСАНИЕ СОСТАВА, ВИДОВ И ФОРМЫ ТЕЙПОВ

Состав. Материал: 100% хлопковая эластичная ткань.

 Связующий материал: полиакриловый клейкий гель.

 Несущий материал: бумага с силиконовым покрытием.

Тейп представляет собой нарезанные в промышленных условиях эластичные клейкие ленты, находящиеся на бумажном несущем материале, имеющие различную цветовую окраску и форму в соответствии с применяемой областью тела.

В настоящее время производят четыре цвета тейпов: бежевый (телесный), красный, синий и черный.

В зависимости от применяемой области тела изготавливают следующие виды и формы тейпов:

I – образная форма. В зависимости от показаний и способа нанесения ленты используют для: механической коррекции движения с целью ограничения или уменьшения движения кожи и нижележащих слоев; создания большего пространства над областью боли, воспаления или отека; активации лимфотока.

V – образная форма. Используют для механической коррекции с целью фиксации фасции в необходимой позиции; ограничения движения фасции в нежелательном направлении; стабилизации сустава; активации лимфооттока.

Изготавливают также специальные формы тейпов для шеи, плеча, поясницы, локтевого сустава, бедра, запястья, коленного сустава, лодыжки и паховой области.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КИНЕЗИОТЕЙПОВ

В основе лечебного действия тейпов лежат следующие эффекты:

1. Активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке.
2. Уменьшение болевого синдрома.
3. Восстановление функциональной активности мышц.
4. Нормализация функции суставов.
5. Рефлекторное влияние на внутренние органы.

Основной эффект при применении кинезиотейпирования - создание благоприятных условий для саногенетических процессов в тканях.

Активация микроциркуляции

Соединительная ткань и межклеточного вещество играют ведущую роль в осуществлении функций метаболизма и выполняют трофическую, пластическую, защитную и механическую функции. Трофическая или метаболическая функция соединительной ткани определяется тем, что она, являясь внутренней средой организма вместе с проходящими в ней

кровеносными и лимфатическими капиллярами, участвует в обеспечении других тканей питательными веществами и выводит продукты метаболизма. Необходимым условием нормального функционирования межклеточного вещества является его оптимальное физиологическое пространство. Наложённый на поверхность кожи тейп, предварительно растянутый до 50% длины несколько приподнимает верхние слои кожи, что создает благоприятные условия для активации микроциркуляции в соединительной ткани и межклеточном веществе, что способствует выводу продуктов метаболизма и улучшению лимфотока.

Уменьшение болевого синдрома

Уменьшение болевого синдрома реализуется за счет двух механизмов: активации афферентного потока через толстые миелиновые А-β волокна и улучшения микроциркуляции в соединительной ткани.

Болевой синдром возникает вследствие раздражения ноцицепторов, представляющих собой свободные нервные окончания, наибольшее количество которых расположено в верхних слоях кожных покровов. Импульс из ноцицепторов поступает в задние рога спинного мозга по тонким миелиновым А-δ и тонким немиелиновым С-волоконкам. Импульсы от механорецепторов (медленно и быстро адаптируемых) и барорецепторов поступают в задние рога по толстым миелиновым волокнам А-β. В соответствии с теорией «воротного контроля» (афферентного входа) болевой импульс подавляется в желатинозной субстанции, расположенной во второй пластине заднего рога, импульсом приходящим по А-β толстым миелиновым волокнам от тактильных и барорецепторов.

Тейп наложенный на поверхность кожи раздражает, прежде всего, тактильные рецепторы и барорецепторы, от которых афферентный сигнал поступает в задние рога спинного мозга по толстым миелиновым А-β волокнам, уменьшая болевой синдром.

Второй механизм уменьшения болевого синдрома реализуется при активации микроциркуляции в тканях. Повреждение тканей сопровождается

поступлением в межклеточное вещество медиаторов воспаления: субстанции Р, гистамина, простагландинов. Эти вещества вызывают сенситизацию ноцицепторов С-волокон, что понижает порог их возбудимости и стимулирует болевой афферентный поток. Наложенный на кожу тейп, за счет декомпрессии соединительной ткани, активирует микроциркуляцию и способствует выведению медиаторов воспаления.

Восстановление функциональной активности мышц

Интенсивная физическая работа, перегрузка нетренированных мышц, воздействие холода, рефлекторное напряжение при патологии внутренних органов, дистрофических изменениях позвоночника, нарушении двигательного стереотипа способствуют формированию боли за счет выраженного тонического мышечного сокращения. Эти факторы приводят к повышению тонуса мышц главным образом за счет увеличения метаболической активности и выброса биологически активных веществ, раздражающих свободные нервные окончания. Как правило, именно спазмированные мышцы становятся источником боли, который в свою очередь запускает порочный круг «боль – мышечный спазм – боль», сохраняющийся в течение длительного времени.

Проприорецептором, сигнализирующим о степени расслабления или растяжения мышц, является мышечное веретено. Его основная функция состоит в регуляции длины мышечных волокон и поддержания их тонуса посредством миотатического рефлекса, реализуемого по спинальным рефлекторным дугам. Контроль мышечного напряжения осуществляется через мышечно-сухожильный орган Гольджи, который находится в месте перехода мышцы в сухожилие. При сокращении мышцы и напряжении сухожилия активируется сухожильный аппарат Гольджи, афферентные волокна через систему полисинаптических (на уровне спинного мозга) связей оказывают реципрокное (тормозное) влияние на мышцы антагонисты. Таким образом, у каждой мышцы имеются две регуляторные системы, осуществляющие регуляцию по принципу «обратной

связи»: мышечные веретена регулируют длину мышцы, а сухожильный орган Гольджи в качестве рецептора регулирует напряжение.

В зависимости от места наложения тейпа и применяемой методики становится возможным активировать, как сухожильный орган Гольджи, так и мышечные веретена, что позволяет регулировать мышечный тонус.

Нормализация функции суставов

Как известно, нервные волокна, иннервирующие мышцы и кожу в области сустава также иннервируют и ткани суставов. Поэтому активация рецепторов кожи способствует активации проприорецепторов мышц и суставов. В случае нарушения оптимального двигательного стереотипа и мышечного баланса, используя различные методики наложения тейпа, оказывается возможным регулировать афферентный поток из проприорецепторов. Поскольку при движении происходит постоянная стимуляция рецепторов кожи эффект может быть длительным.

Тейп, наложенный на сустав, также может его механически поддерживать.

Сегментарное влияние на внутренние органы

Клинические исследования показывают, что каждому сегменту спинного мозга соответствует определенная зона иннервации в которой сенсорные, рефлекторные и трофические процессы осуществляются афферентными и эфферентными нервными волокнами данного нейрометамера. Нейроны каждого нейрометамера несут афферентную импульсацию от кожи, мышц, сухожилий, связок, надкостницы, соединительнотканых структур, сосудов, соматических и вегетативных ганглиев внутренних органов.

Ноцицептивная стимуляция внутреннего органа может вызывать отраженную боль – ощущение боли на поверхности тела в соответствующих зонах Захарьина–Геда. Механизм возникновения отраженной боли заключается в конвергенции ноцицептивного афферентного потока от кожи и внутренних органов на одних и тех же клетках в задних рогах серого вещества спинного мозга. Воздействие на зоны отраженной боли активирует рефлекторную и

сенсорную функции афферентных нейронов и нормализует деятельность соматических и вегетативных ганглиев.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Разновидности методик наложения тейпа провидены в Приложениях №1-10 к настоящей инструкции.

Коррекция пространства соединительной ткани

I – образной формой тейпа

Методика:

- Пациент максимально сгибает конечность в суставе с целью натяжения тканей.
- В проекции боли или отека края ленты тейпа накладывают на поверхность кожи без натяжения (приложение 1, рисунок 1 – 3).

Коррекция пространства соединительной ткани

X – образной формой тейпа

Методика:

- Изготавливают X – образную форму тейпа. Для этого необходимо сделать надрезы по краям ленты и вырезать в центре ленты квадратное отверстие.
- Пациент максимально сгибает конечность в суставе для увеличения натяжения тканей.
- На кожу в области боли или отека накладывают среднюю часть ленты размером 1/3 от общей длины с натяжением 25 – 50%.
- Края ленты наклеивают на кожу без натяжения (приложение, 1 рисунок 4 – 6).

Коррекция пространства соединительной ткани

тейпом «тип щели»

Методика:

- Изготавливают ленту «типа щели». Для этого в центральной части 1/2 длины ленты проводят 5 продольных разрезов.

- Пациент максимально сгибает конечность в суставе для увеличения натяжения тканей.
- На кожу в области отека или боли накладывается средняя часть размером 1/3 от общей длины ленты с натяжением 25 – 50%.
- Края ленты приклеивают без натяжения (приложение 2, рисунок 1 – 3).

Эффект при наложении тейпов методом коррекции пространства: при разгибании конечности в суставе, тейп принимает волнообразную форму, создавая декомпрессию в соединительной ткани в области боли или отека, формируя благоприятные условия для активации микроциркуляторных процессов.

Фасциальная техника наложения тейпа

Методика:

- V – образную ленту тейпа основанием накладывают на поверхность кожи без натяжения.
- Края обоих отрезков ленты поочередно натягивая и ослабляя накладывают на кожу с целью фиксации и придания фасции необходимого натяжения.
- При наложении на кожу свободных концов тейпа натяжение составляет 25 – 50%.
- Края ленты закрепляются на коже без натяжения (приложение 2, рис. 4 – 5).

Техника наложения тейпа для фиксации фасции

Методика:

- Основание V – образной ленты тейпа накладывают на поверхность кожи без натяжения.
- Придерживают основание ленты и создают для фасции необходимое натяжение. Наклеивают на кожу свободные концы ленты с натяжением 25% (приложение 3, рисунок 1 – 4).

Эффект при использовании фасциальных техник: фасция фиксируется в необходимой позиции, ограничивается ее движение в нежелательном направлении, устраняя тем самым нарушения микроциркуляции и туннельные

синдромы.

Техника наложения тейпа для стабилизации связок

Методика:

- На поверхность кожи в области связки накладывают среднюю часть размером $1/3$ от общей длины I – образной ленты с натяжением 50 – 100%.
- Свободные края ленты приклеиваются к коже без натяжения (приложение 3, рисунок 5 – 6).

Эффекты: стимуляция механорецепторов кожи, фиксация сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Техника наложения тейпа для стабилизации ахиллова сухожилия

Методика:

- На поверхность кожи пятки, подошвы стопы и ахиллова сухожилия накладывают среднюю часть размером $1/3$ от общей длины ленты с натяжением 50 – 75%.
- Свободные края ленты приклеивают с натяжением 15 – 25% (приложение 3, рисунок 7).

Эффекты: стимуляция механорецепторов кожи, поддержка и стабилизация ахиллова сухожилия и голеностопного сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Коррекция нарушений голеностопного сустава

Методика:

- Голеностопный сустав располагают в нейтральном положении.
- Нанесение ленты начинают с дистального отдела тыла стопы без натяжения.
- Далее выполняют тыльное сгибание в суставе.
- Центральную часть ленты растягивают на 50 – 75%.
- Проксимальный конец ленты наносят без натяжения.
- Проксимальный и дистальные края ленты придерживаются руками врача, а пациент разгибает сустав.

- Далее врачу необходимо продвинуть обе руки по ленте к середине сустава, чтобы закрепить ленту на поверхности кожи (приложение 4, рисунок 1 – 3).

Эффекты: стимуляции механорецепторов кожи, активация проприорецепторов сустава, поддержка и стабилизация голеностопного сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Коррекция нарушений коленного сустава

Методика:

- Пациент максимально сгибает коленный сустав.
- Накладывание ленты начинают с ее середины, предварительно растянув среднюю треть на 50 – 75%.
- Края ленты приклеивают к поверхности кожи без натяжения (приложение 4, рисунок 4 – 5).

Эффекты: стабилизация надколенника, уменьшение степени выраженности болевого синдрома, коррекция двигательного стереотипа.

Стабилизация коленного сустава

Методика:

- Пациент сгибает ногу в коленном суставе.
- Раздвоенное основание ленты наносят ближе к центру надколенника с растяжением 25%.
- Центральную часть ленты наносят с натяжением 50 – 75%.
- Отрезки раздвоенной ленты огибают надколенник без натяжения.
- Среднюю часть ленты приклеивают основанием к наружной части надколенника поверх ранее наложенной ленты.
- Нижний край ленты приклеивают к коже в проекции бугристости большеберцовой кости с натяжением 50 – 75%.
- Свободные раздвоенные концы ленты приклеивают с обеих сторон выше надколенника без натяжения.
- К дистальной части надколенника поперечно поверх предыдущих приклеивают еще одну ленту.

- Надколенник оборачивают еще одной лентой.
- Пациент разгибает ногу в коленном суставе (приложение 5, рисунок 1 – 10).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, стабилизация коленного сустава, коррекция двигательного стереотипа.

Наложение тейпа при плечелопаточном периартрите

Методика:

- Основание V – образного тейпа накладывают на поверхность кожи в проекции прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости.
- Раздвоенные концы ленты приклеивают к поверхности кожи в области переднего и заднего краев дельтовидной мышцы.
- Лента I – образного тейпа приклеивается к поверхности кожи в проекции клюво-плечевой мышцы.
- Основание еще одной V – образной ленты приклеивают к поверхности кожи несколько дорзальнее переднего края дельтовидной мышцы.
- Середину нижней ленты приклеивают в проекции подлопаточной мышцы.
- Середину верхней ленты приклеивают в проекции надлопаточной мышцы.
- Свободные края ленты приклеивают медиально лопатки (приложение 6, рис.1– 4).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома в области плечевого сустава.

Наложение тейпа при синдроме передней лестничной мышцы

Методика:

- Основание V – образного тейпа с растяжением около 10% накладывают на запястье при согнутой руке в лучезапястном и локтевом суставах.
- Ленту приклеивают к локтевому отростку.
- Плечо и руку приводят в нейтральное положение, при этом голова пациента ротирована и наклонена в противоположную сторону.

- Верхний отрезок V – образной ленты приклеивают на латеральной границе трехглавой мышцы плеча.
- Пациент переводит голову в нейтральную позицию, плечо согнуто на 110° .
- Нижний отрезок ленты приклеивают с натяжением 10% на кожу в проекции медиальной границы трицепса к остистому отростку седьмого шейного позвонка (приложение 6, рисунок 5 – 8).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома в области шеи, плеча, предплечья, коррекция двигательного стереотипа.

Наложение тейпа при альгодисменорее

Методика:

- Ленту I – образного тейпа длиной 15 – 20 см поперечно наклеивают на поясничную область в проекции от третьего до пятого поясничных позвонков.
- Две других ленты крестообразно наклеиваются поверх.
- Спереди I – образную ленту длиной 12 – 15 см наклеивается поперечно между пупком и лобковой костью.
- Следующую ленту длиной 10 – 12 см наклеивают поверх вертикально (приложение 7, рисунок 1 – 3).

Эффекты: локально – сегментарное воздействие, уменьшение степени выраженности болевого синдрома при альгодисменорее.

Наложение тейпа при дорсопатиях грудного отдела позвоночника

Методика:

- Пациент находится в положении сидя, корпус наклонен вперед.
- Основание ленты закрепляют у медиального края лопатки.
- Медиальный отрезок ленты наклеивают в проекции от 4-го до 12 грудного позвонка.

- Латеральный отрезок ленты наклеивают в проекции латерального края мышцы выпрямляющей позвоночник до уровня 12-го грудного позвонка (приложение 7, рис. 4 – 6).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, релаксация мышцы выпрямляющей позвоночник.

Наложение тейпа при дорсопатиях шейного отдела позвоночника.

Первый вариант

Методика:

- Пациент находится в положении сидя.
- Голова несколько наклонена и ротирована в противоположную сторону от стороны наложения тейпа.
- Латеральный отрезок ленты наклеивают по прямой линии к сосцевидному отростку.
- Медиальный отрезок также наклеивают к сосцевидному отростку на расстоянии 2 см от латерального отрезка тейпа.
- Основание тейпа наклеивают в области остистого отростка третьего грудного позвонка (приложение 8, рис. 1 – 3).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, релаксация ременной мышцы головы.

Наложение тейпа при дорсопатиях шейного отдела позвоночника.

Второй вариант

Методика.

- Пациент находится в положении сидя.
- Голова несколько наклонена и ротирована в сторону противоположную от стороны наложения тейпа.
- Основание тейпа наклеивают в области сосцевидного отростка.
- Медиальный отрезок ленты направляют к месту проекции поперечного отростка первого шейного позвонка, а затем накладывают в проекции

поперечных отростков шейных позвонков и грудных позвонков до шестого грудного позвонка.

- Латеральный отрезок тейпа направляют к остистому отростку седьмого шейного позвонка, а затем наклеивают латеральнее грудных остистых отростков до уровня шестого грудного позвонка (приложение 8 рис. 4 – 6).

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома, релаксация ременной мышцы шеи.

Наложение тейпов на молочную железу после родов

Методика

- Для молочной железы после родов используют тейпы различной конфигурации (приложение 9, рис 1 – 4).
- Вначале накладывают тейпы вокруг ореола соска в соответствии с расположением стрелок циферблата на 8, 11, и 13 часов.
- Второй ряд I – образных тейпов накладывают аналогично латеральнее на 2 – 4 см (приложение 9, рис. 5).

Эффекты: мягкий лифтинг молочной железы, активация циркуляции крови и метаболических процессов в соединительной ткани, повышение лактации.

Наложение тейпов для поддержания брюшного пресса после родов

Методика:

- Два тейпа продольно разрезают на три полосы до основания ленты, которое составляет $\frac{1}{5}$ ее длины.
- Другие два тейпа большей длины продольно разрезают на две полосы до основания, которое составляет $\frac{1}{6}$ длины ленты.
- Основание первой трехполосной ленты наклеивают в проекции белой линии живота выше пупка, а полосы – вокруг пупка против часовой стрелки.
- Основание второй трехполосной ленты наклеивают в области белой линии живота ниже пупка, а полосы – вокруг пупка против часовой стрелки.

- Двухполосную ленту наклеивают латеральнее трехполосной в таком же порядке (приложение 10, рис. 1 – 2).
- Эффекты: поддерживает мышцы брюшного пресса, активирует метаболические процессы в соединительной ткани.

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока области груди

Методика:

- Два тейпа длиной 45 – 50 см разрезают продольно на 5 полос, оставив не разрезанным один из краев ленты длиной 4- 5 см.
- Пациент находится в положении стоя.
- Основание тейпа прикрепляется к середине латерального края большой грудной мышцы.
- Полосы накладываются параллельно в направлении противоположного края большой грудной мышцы.
- Другой тейп своим основанием прикрепляется в проекции нижнего края прямой мышцы живота.
- Полосы накладываются веерообразно с прикреплением крайних полос в проекции середины медиального и латерального края большой грудной мышцы усилие натяжения тейпа(ленты) 20-50% (приложение 11 рис.1)

Эффект: улучшение лимфооттока в области груди и живота.

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока внутренней поверхности руки

Методика:

- Два тейпа длиной 25 и 20 см разрезают продольно на 5 полос, оставив не разрезанным один из краев ленты длиной 3 – 4 см.
- Пациент находится в положении стоя.
- Основание короткого тейпа накладывается на внутреннюю поверхность плеча в подмышечной области.

- Полосы накладываются параллельно в направлении локтевого сгиба.
 - Основание более длинного тепа прикрепляется в области локтевого сгиба.
 - Полосы накладываются параллельно по внутренней поверхности предплечья до лучезапястного сустава усилие натяжения тейпа(ленты) 20-50%(приложение 11 рис. 3)
- Эффекты: улучшения лимфатического оттока внутренней поверхности руки

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока верхней конечности

Методика:

- Тейп длиной 1,5 метра разрезают на 5 полос.
- Пациент находится в положении сидя или стоя.
- Полосы поочередно прикрепляются в области лучезапястного сустава и спиралевидно накладываются на руку до надключичной области.
- Ленты наносятся с усилием от 25% до 100% натяжения. (приложение 11 рис.2)

Эффекты: улучшение лимфатического оттока верхней конечности.

Наложение тейпа для улучшения лимфатического оттока нижней конечности

Методика:

- Тейп длиной 1,5 метра разрезают на 5 полос.
- Пациент находится в положении стоя.
- Полосы поочередно прикрепляются в области голеностопного сустава и стопы, затем спиралевидно накладываются на ногу до паховой области.
- Ленты наносятся с усилием от 25% до 100% натяжения. (приложение 11 рис. 4)

Эффекты: улучшение лимфатического оттока нижней конечности.

Наложение тейпа для улучшения оттока лимфы латеральной и медиальной поверхностей голени

Методика:

- Два тейпа длиной 20 – 25 см разрезают продольно на 5 полос, оставив не разрезанным один из краев ленты длиной 3 – 4 см.
- Пациент находится в положении стоя.
- Основание тейпа накладывается на середину латеральной поверхности голени.
- Полосы веерообразно прикрепляются к латеральной поверхности основания стопы.
- Аналогично проводится прикрепление тейпа к медиальной поверхности голени и стопы.
- Ленты наносятся с усилием от 25% до 100% натяжения. (приложение 12 рис. 1 – 6).

Эффекты: улучшение лимфатического оттока голени.