

Д. А. Киселев



КИНЕЗИОТЕЙПИНГ

в лечебной
практике
неврологии
и ортопедии



Дмитрий Анатольевич Киселев

Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=9600575

*Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии: Путер;
Санкт-Петербург; 2015
ISBN 978-5-496-01493-9*

Аннотация

Книга посвящена применению метода кинезиотейпинга в лечебной работе с использованием теоретических и практических подходов, которые отсутствуют в практике мирового тейпирования. Реализация кинезиотейпинга на основе теории других реабилитационных методик, применяющихся в практике реабилитации на медицинской базе РНИМУ им. Н. И. Пирогова и РДКБ, способствовала появлению и разработке совершенно иного методического подхода. Это явилось созданием практической и теоретической базы, аналогов которой найдено не было. Издание посвящено информационному представлению разработанных направлений тейпирования, максимально возможному показу вариантов реализации метода в ортопедии и неврологии. Средствами

реализации является вся техническая база кинезиотейпинга, использование которой с предлагаемыми теоретическими подходами возможно на базе поликлиник, стационаров, санаториев, других лечебных учреждений, занимающихся лечением ортопедических и неврологических больных. Издание адресовано врачам ЛФК, врачам невропатологам, ортопедам, занимающимся реабилитацией, методистам ЛФК со средним медицинским образованием, студентам, аспирантам и преподавателям медицинских вузов. Киселев Дмитрий Анатольевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник кафедры реабилитации и спортивной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова и отделения медицинской реабилитации Российской детской клинической больницы г. Москвы.

Содержание

Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии	10
Об авторе	10
Предисловие	11
Введение	17
Конец ознакомительного фрагмента.	22

Дмитрий Анатольевич Киселев Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии

Рецензия

на книгу «Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии» кандидата медицинских наук, старшего научного сотрудника кафедры реабилитации и спортивной медицины РНИМУ им. Н. И. Пирогова Киселева Дмитрий Анатольевича

Работа Д. А. Киселева посвящена новому направлению в области реабилитации, а именно практике применения методики кинезиотейпирования в медицине. Актуальность данного вопроса не вызывает сомнений, так как сама тема кинезиотейпинга в клинической практике является мало разработанной. Отдельные школы, частичное преподавание метода не приносят достаточного результата по распространению данного метода в медицинской реабилитации. Более того, как в отечественной, так и в зарубежной литературе практически отсутствуют подходы к клиническому применению

метода, а спорадическое описание небольшого количества вариантов лечения спортивных травм никак не может быть основанием применения кинезиотейпинга в практике ортопедии и неврологии. Подавляющее большинство зарубежных работ являются результатом констатации факта, что в результате «такого-то подхода» был получен «такой-то» результат. Сами подходы не отличаются от классических преподаваемых вариантов, отсутствуют варианты новых теоретических и практических разработок. Таким образом, данная работа является новым шагом в теме, которая разрабатывается в мировой практике уже более 30 лет.

В работе представлена попытка физиологически и патогенетически обосновать применение метода кинезиотейпирования. Практическая реализация метода происходила на базе Российской детской клинической больницы и при самых разнообразных патологиях ортопедического и неврологического генеза, что явилось основой разработки клинических подходов применения кинезиотейпинга в зависимости от конкретной патологии.

Автором проведена серьезная исследовательская работа по подбору вариантов практических подходов, которые отсутствуют в кинезиотейпинге. Немаловажным является то, что многие подходы подтверждены положительными результатами при работе родителей со своими детьми, обученными тейпированию в рамках индивидуально подобранной методики.

Работа Д. А. Киселева «Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии» является интересным, актуальным материалом для врачей в области медицинской реабилитации, ортопедии и неврологии.

Ольга Арленовна Лайшева,

доктор медицинских наук, профессор кафедры реабилитации и спортивной медицины РНИМУ им. Н. И. Пирогова,
заведующая отделением медицинской реабилитации Российской детской клинической больницы.

Рецензия

на книгу «Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии» кандидата медицинских наук, старшего научного сотрудника кафедры реабилитации и спортивной медицины РНИМУ им. Н. И. Пирогова Киселева Дмитрия Анатольевича

Рецензируемая работа основана на большом опыте практической реализации метода кинезиотейпинга при реабилитации пациентов ортопедического и неврологического профилей. В монографии выявлены и раскрыты различные технические подходы и приемы этой специализированной терапии. Актуальность темы монографии заключается, прежде всего, в новизне представленного материала, посвященно-

го теоретическим основам кинезиотейпинга и практическим подходам к его реализации в условиях клиники. К положительным сторонам работы можно отнести факт, связанный с разнообразным применением предлагаемого метода лечения у различных пациентов ортопедического и неврологического профилей.

Особо следует подчеркнуть, что кинезиотейпирование рассматривается не только с позиций монотерапии, но и в комбинации с другими методиками реабилитационного воздействия. Можно надеяться, что рассматриваемая в монографии концепция рецепторного влияния тейпирования и иных инновационных подходов вызовет большой интерес и найдёт многочисленных сторонников и последователей среди медицинских специалистов различного профиля, что будет способствовать расширению применения метода кинезиотейпирования и широкому внедрению его в практическую работу.

Монография Д. А. Киселева «Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии» является своевременной работой на актуальную тему реабилитологии – науки, важность которой неоспорима в среде медицинских работников. Считаю необходимым рекомендовать данную монографию к публикации.

Даниил Миронович Пучиньян, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела фундаментальных и клинико-экспериментальных исследований ФГБУ

«Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии

Об авторе

Киселев Дмитрий Анатольевич

Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник программной научно-исследовательской лаборатории (ПНИЛ) совершенствования физического и психического здоровья научно-исследовательской части (НИЧ) кафедры реабилитации и спортивной медицины РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва.

Врач-консультант по вопросам реабилитации, ортезирования и корсетирования, корсетирования по методу Шено, коррекции и назначения ортопедической обуви Российской детской клинической больницы (РДКБ), отделение медицинской реабилитации, г. Москва.

Врач-консультант по вопросам реабилитации, ортезирования и корсетирования, корсетирования по методу Шено ООО «Доспехи», Москва.

Предисловие

В данной книге рассказывается о практической стороне работы с этим широко распространенным методом. Однако при всей его общеизвестности отсутствует строгий клинический подход к лечению конкретных ортопедических и неврологических заболеваний, базирующийся на определенных принципах, теоретических основах, нет нозологического подхода, вариаций выполнения в зависимости от клинической динамики и т. д. Автор надеется, что своей книгой ему удастся вызвать интерес к такого рода деятельности – практическому применению уже разработанных подходов. Если говорить о хорошем обучении, то, по нашему мнению, необходимо проведение практических семинаров по кинезиотейпированию в лечебной практике с демонстрацией технических подходов, нюансов практической реализации и многого другого. Для примера: по таким методикам, как массаж, рефлексорная гимнастика по методу Vojta, различные методы ЛФК написано большое количество работ. Однако для лучшего освоения всех подобных методик необходимы соответствующие курсы, где они демонстрировались бы в действии. Несомненно, что в случае кинезиотейпинга, когда основная теоретическая база уже разработана, можно начинать применять данный метод в клинической практике. Наш опыт обучения коллег показывает, что полное освоение метода все-

таки требует определенного времени, поскольку здесь, как и в любой другой методике, важную роль играют многочисленные нюансы.

Обратим внимание всех читателей данного практического руководства на следующий факт: в книге мы часто упоминаем об отсутствии аналогичных подходов в практике мирового кинезиотейпинга. Тем не менее основные мануальные техники тейпирования являются полностью классическими. Какой вывод отсюда следует? Мы настаиваем на том, что если вы захотите применить данный метод в лечебной практике, то вам необходимо пройти обучение на курсах по кинезиотейпингу. Курсы позволят «взять в свои руки» само техническое исполнение методики. А вот практическое (теоретическое) ее применение в клинических условиях лежит уже в области тех информационных подходов, которые мы предлагаем вашему вниманию. Наиболее полноценные и совершенные курсы по классическому обучению в России проводятся, на наш взгляд, только в одном месте, а именно на базе «ИСМ» ([http:// eaglesports.ru](http://eaglesports.ru)).

Потребность в данном руководстве обусловлена интенсивным применением метода тейпирования в лечебной практике. После окончания множества различных курсов по тейпированию, ознакомления с большим объемом обучающего видеоматериала российского и иностранного производства, поиска и проработки информационных материалов (статей, книг, руководств по тейпингу и др.) мы пришли к

выводу, который в самом начале обучения кинезиотейпингу не мог даже возникнуть, учитывая историю, распространённость и популярность данного метода. Но даже после того, как доступные информационные базы были изучены, мы не решались на написание подобного руководства. Последней точкой, которая определила окончательно его необходимость, стал разговор с ведущим преподавателем кинезиотейпинга в России¹, опыт которого и информационная просвещённость относительно данного метода не вызывают сомнений. Мы рассказали Михаилу Кагановичу о подходах, что применяем на практике, и о достигнутых результатах, после чего он выразился совершенно однозначно, подчеркнув, что «других подобных подходов и разработок нигде больше в мире не существует». Мы очень благодарны Михаилу за подобную оценку, которая стала последним доводом в пользу написания данной работы.

Также мы выражаем большую благодарность нескольким нашим коллегам, в особенности В. В. Губанову², которые на-

¹ Михаил Каганович – русскоязычный сертифицированный инструктор Kinesio. В октябре 2008 г. прошёл курс Kinesio для инструкторов в Альбукерке, США, и получил благословение основателя метода Kinesio – доктора Кензо Касе. До сертификации Михаил выступал переводчиком во время первых семинаров Kinesio в России. Доктор Каганович – практикующий врач-анестезиолог (<http://eaglesports.ru/>).

² Губанов Вячеслав Вячеславович – врач клиники профпатологии и гематологии СГМУ, врач восстановительной медицины, ортопед-травматолог, мануальный терапевт. Врач ортопед-травматолог 1-й категории, мануальный терапевт 1-

чали практиковать кинезиотейпинг в клинике вместе с нами и подтверждали результативность предлагаемых практических подходов. Так родилась уверенность, что предлагаемые «нестандартные» («неклассические») подходы имеют выраженную эффективность и действительно базируются на глубоких физиологических законах. Помимо этого, практика лечебной работы в РДКБ такова, что пациенты, регулярно проходящие лечение в данном стационаре, в подавляющем большинстве случаев не имеют возможности госпитализироваться чаще чем раз в полгода, а то и реже. Поэтому так важно обучать их родителей (по желанию) различным реабилитационным подходам, в том числе нашим схемам использования кинезиотейпирования, которые показывают высокую эффективность даже тогда, когда данной терапией занимаются пациенты.

Необходимо упомянуть, что в данном руководстве мы будем демонстрировать ошибочные, неэффективные варианты. По нашему убеждению, это необходимо, так как у кого-то из коллег может возникнуть совершенно объяснимое желание попробовать выполнить тейпирование в другой интерпретации. Однако нам очень хочется предостеречь читателей от подобных ошибок, так как некоторые из них уже были в практике работы.

й категории, врач восстановительной медицины, врач-специалист экстракорпоральной ударно-волновой терапии, врач-специалист транскраниальной и трансвертебральной микрополяризации.

Заранее просим извинения у наших коллег за качество фотоматериала, представленного в данной книге. Когда мы занимались его сбором, задача была одна – по максимуму задокументировать все возможные подходы, чтобы потом понять, какие из них наиболее эффективны. Отснимать материал на фотомоделях, как это делается в большинстве руководств по тейпированию, не было никакой возможности и времени. Все-таки, по нашему мнению, несмотря на невысокое качество фотоматериала, понять топическую локализацию и идею выполненного варианта тейпинга можно абсолютно точно. Обратим внимание на такой момент: в некоторых случаях фотоматериал для демонстрации одного примера был взят от разных пациентов. С нашей точки зрения, смысл преподнесения информации в том, чтобы показать конкретный вариант и его выполнение. И от того, что образец тейпирования нижних конечностей взят у одного пациента, а верхних – у другого, смысл ни в коем случае не меняется, так как можно не сомневаться, что тейпирование обоих пациентов было проведено совершенно одинаково, по одним и тем же принципам. Просто мы старались использовать как можно более качественные, пусть и разнородные, кадры. В других примерах фотоматериал может показаться некоторым повторением предыдущего. Но, отснятый с другого ракурса и с определенным смещением, он лучше показывает вариант тейпирования, демонстрируемый в рассматриваемом случае. Иногда фотоматериал будет явно плохого

качества. Это связано с тем, что альтернативных кадров найдено не было.

Введение

Всемирная методика без теоретического обоснования

Очень сложно говорить о применении кинезиотейпинга, не затрагивая тему реабилитации. Поскольку данная книга написана врачом-реабилитологом, работа с пациентами чаще всего не ограничивалась применением одного только тейпирования. В некоторых случаях тейпирование проводилось отдельно, в других – вместе с реабилитацией. Применение исключительно кинезиотейпинга у пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями объясняется только тем, что на тот момент у них был перерыв между курсами реабилитации. Но большой массив наблюдений и их регулярный анализ позволяют с полным основанием объяснять ту или иную динамику только воздействием тейпирования.

При наличии хронических заболеваний неврологического и ортопедического генеза теоретический и практический варианты кинезиотейпинга часто имеют один и тот же общий подход, поскольку любое тяжелое заболевание всегда приобретает структуру системного нарушения. В некоторых случаях это обуславливает сходство практических подходов.

Принципы системности воздействия кинезиотейпинга:

1) максимально возможное воздействие на патофизиологические механизмы заболеваний, а также нарушений и осложнений, сопровождающих заболевание;

2) оценка динамики проводимой терапии и коррекция лечебного (технического) подхода тейпирования в соответствии с наблюдаемыми изменениями;

3) коррекция техники кинезиотейпинга в зависимости от динамики изменения методического подхода в реабилитации (коррекция тейпирования в зависимости от используемых методов ЛФК).

Говоря о различии основ практического подхода, необходимо акцентировать внимание на следующих теоретических вещах. В практике мирового кинезиотейпинга одним из базисных подходов к тейпированию и его преподаванию является поиск наиболее пораженной мышцы (это полная официальная формулировка). Именно одной наиболее пораженной. Конечно, если мы возьмем различные книги и монографии по кинезиотейпингу, то найдем варианты, когда тейпируются две и/или три мышцы, возможно, и больше, но все равно теория данного подхода является целиком и полностью «мышечной». Результат подобного подхода – очень сильное отклонение от патофизиологических механизмов того или иного заболевания. Официальное преподавание данного материала приводит к тому, что начинающие не видят необходимости заниматься поиском собствен-

ных путей реализации методики, так как «уже все известно и опробовано».

После прекрасного обоснования и доказательства физического воздействия тейпа на ткани человека, прежде всего на мышцы, в классическом тейпировании, по нашему мнению, было полностью прекращено какое-либо исследование воздействия других аспектов: забыто о существовании понятия «рецепторный аппарат», о законах постурологической регуляции и т. д. Подтверждением этому служат отдельные статьи, в которых практикующие тейпирование врачи с истинным удивлением описывают эффекты от того или иного воздействия, связанного со стимуляцией определенного рецепторного аппарата пациента. Особенно часто такое удивление возникает, когда положительные эффекты фиксируются на фоне сопутствующего применения какой-либо методики ЛФК или физиотерапии. Большинство подобных статей заканчивается не строгими научными выводами, что на основе «того-то и того-то мы получили то-то и то-то», а вопросом: «Что теперь делать?», формулировками: «Это интересно – стоит продолжить...», «А теперь, наверное, стоит попробовать вот так...». В связи со всем этим хочется привести наиболее наглядные примеры ошибочных подходов.

Пример. На одном из курсов по кинезиотейпингу была поставлена задача осмотра и тейпирования женщины, страдающей выраженным компрессионным болевым синдромом в подвздошно-крестцовых суставах с двух сторон. Что толь-

ко с ней не делали! Ей провели все возможные мышечные тесты, причем на прекрасном профессиональном уровне. Ей тейпировали «отстающие», «слабые» мышцы голеней, живота, бедер, шеи и т. д. (напомним – «боли в подвздошно-крестцовых суставах»). Тейпирование длилось 2,5 часа и, конечно же, было безрезультатно. В конце концов, опять-таки в результате очередного «продвинутого» теста, показавшего наличие ключевой проблемы «там», была проведена послабляющая коррекция поясничного отдела позвоночника. Через пять минут женщина сказала, что болевой синдром значительно уменьшился. Скажем сразу, что правильным подходом было бы проведение послабляющей коррекции обоих подвздошно-крестцовых суставов с сопутствующей лимфодренажной коррекцией. Однако даже здесь, по понятным причинам (см. ниже), мы получаем выраженный эффект декомпрессии, ведущий к уменьшению отечного и компрессионного синдрома в области, которая прилегает к поясничной. Данный пример очень наглядно демонстрирует ошибочность классических взглядов и подходов, направленных на поиск пораженной мышцы. Как видно из примера, за таким поиском забывается нормальная медицинская логика.

Невозможно не привести и следующий пример, неэффективность которого основана сразу на трех анатомо-физиологических ошибках. В одном из классических руководств по кинезиотейпингу симметричное тейпирование *mm. pectoralis minor* предлагается как вариант, способствующий

ций центрированию пациента. Первая ошибка, она же, возможно, и самая главная, состоит в том, что предполагается избирательное воздействие на *m. pectoralis minor*. Посмотрите внимательно анатомию. Воздействие на *m. pectoralis minor* в принципе невозможно без включения *m. pectoralis major*. А эта мышца, оказывающая выраженное влияние на такую функцию, как пронация в плечевом суставе, всегда только усиливает имеющиеся асимметрии плечевого пояса. В свою очередь, одна из функций *mm. pectoralis minor*, связанная с отведением лопаток от грудной клетки, еще более способствует увеличению любой асимметрии. Если вспомнить о науке постурологии и «теорию мышечных цепей» (6, 9, 26, 32), то получится, что мы воздействуем на «что-то» с целью получения «чего-то». И это еще самая мягкая оценка такого подхода. Вторая, более тяжелая ошибка заключается в том, что воздействие с целью центрирования пациента предлагается при таком заболевании, как детский церебральный паралич (ДЦП), при котором разговор о мышцах является абсолютно бесперспективным. Третья ошибка такова, что при подобном теоретическом подходе полностью игнорируются основы формирования двигательной активности человека в процессе онтогенеза (31).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.