



Решение проблемы hallux valgus методом кинезиотейпирования

ЧАСТЬ 2

В третьем номере «Ногтевого сервиса» мы показали один из примеров кинезиологического тейпирования при вальгусной деформации первого пальца стопы. Напомним, что термин hallux valgus обозначает деформацию на уровне медиального плюснефалангового сустава с вальгусным, то есть направленным наружу отклонением.

Сама методика кинезиотейпирования была предложена японским специалистом Кензо Касе в 1973 году, а массовое распространение и международное признание она получила после Олим-

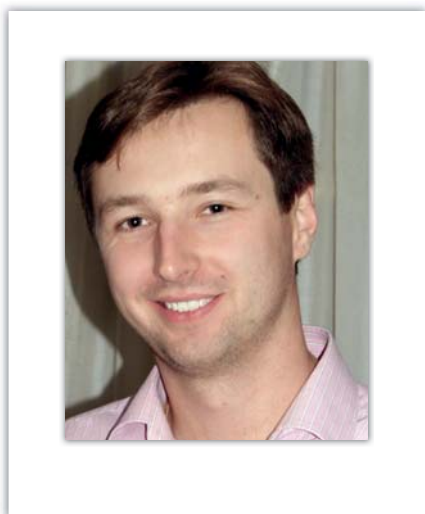
пийских Игр в Сеуле. Термин кинезиотейпирование образован из двух слов kinesiо (движение) и tape (лента). Главная задача метода – терапия, направленная не на ограничение, а на увеличение движения. Правильно наложенная аппликация кинезиотейпа не сковывает движения, а структура ленты позволяет использовать ее на протяжении нескольких дней, в том числе и в воде.

В 2015 году в России была создана Национальная ассоциация специалистов по кинезиотейпированию, основной целью которой стала популяризация данной методики и проведение научных ис-

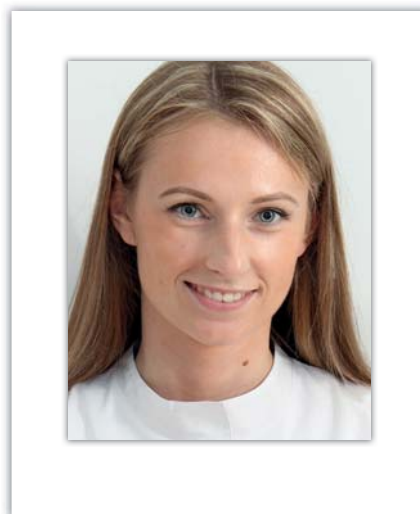
следований, связанных с ее применением.

На данном клиническом примере **(фото 1)** представлен еще один вариант применения кинезиологического тейпирования при вальгусной деформации первого пальца стопы. Здесь были использованы четыре различных вида аппликаций кинезиотейпов.

Чтобы создать условия для централизации, т.е. для стабилизации положения большого пальца стопы в правильном физиологичном положении, была использована так называемая функцио-

**Михаил КАСАТКИН,**

ассистент кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, президент Национальной ассоциации специалистов по кинезиотейпированию, руководитель образовательного проекта «Школа кинезиотейпирования KinesioCourse»

**Ольга ШАЛЬНЕВА,**

официальный преподаватель Национальной ассоциации специалистов по кинезиотейпированию, аспирант кафедры реабилитологии и физиотерапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России



1



2



3



4

нальная коррекция двумя I-образными тейпами, где каждая из аппликаций начиналась с подушечки большого пальца правой ноги (2, 3).

Далее следовала связочная коррекция с целью поддержки поперечного свода стопы – основной участок тейпа захватывает патологическую межфаланговую область (4) и крепится двумя концами на тыльной стороне стопы (5).

Завершающим этапом данного варианта тейпирования стало наложение еще

одной функциональной коррекции, при отведении фаланги в необходимое положение рукой специалиста: начало аппликации – на внутренней поверхности подушечки большого пальца (6, 7) и окончание – на середине внутреннего свода стопы (8). Это позволило создать дополнительные условия для необходимой ротации большого пальца и его правильного конечного позиционирования. В следующей статье будут описаны аппликации кинезиотейпов при лимфо-

стазах в области голеностопного сустава и голени, подошвенном фасциите, а так же работа с «молоткообразным» пальцем. ☺

В статье использованы материалы из учебного пособия «Основы кинезиотейпирования», авторы: М.С. Касаткин, Е.Е. Ачкасов.

Фото: Стас КОЗЫРЕВ

