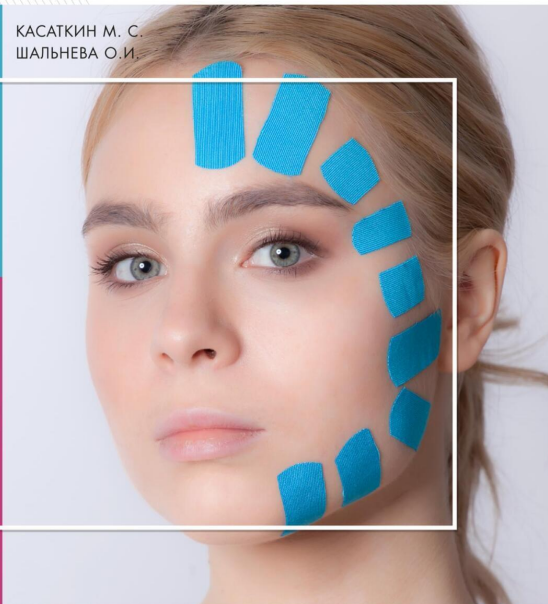




НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ  
СПЕЦИАЛИСТОВ  
ПО КИНЕЗИОТЕРАПИИ

КАСАТКИН М. С.  
ШАЛЬНЕВА О.И.



## ТЕЙПИРОВАНИЕ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ



**Ольга Игоревна Шальнева  
Михаил Сергеевич Касаткин**

# **Тейпирование в эстетической медицине**

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=69208093](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69208093)*

*SelfPub; 2023*

## **Аннотация**

Данное электронное учебное пособие является уникальным, объединяя разные методики тейпирования и эстетическую медицину, косметологию и фейс-фитнес в одном руководстве. Пособие включает в себя более 30 клинических приложений различных видов тейпов (кинезиологического, динамического и кросстейпа), а также их сочетания при работе с большинством самых распространенных состояний и патологий в эстетической медицине, косметологии и фейс-фитнесе. ПОСОБИЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТ ОПИСАНИЕ БАЗОВЫХ ПРИНЦИПОВ РАБОТЫ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ТЕЙПИРОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ОПИСАНЫ В "ЭНЦИКЛОПЕДИИ ТЕЙПИРОВАНИЯ" ИЛИ "ОСНОВАХ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ". Администрация сайта ЛитРес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста.

# Содержание

Введение	4
Глава 1	7
Анатомия и биомеханика лица и переднебоковых сегментов шеи	7
Конец ознакомительного фрагмента.	21

# **Михаил Касаткин, Ольга Шальнева Тейпирование в эстетической медицине**

## **Введение**

Прежде всего авторский коллектив хочет отметить, что создание данного пособия было бы невозможно без многолетней практики использования различных видов тейпирования самими авторами в своей клинической практике, а также без постоянного совершенствования знаний и навыков по данной тематике на российских и международных научных конференциях и мониторинга доказательной базы и специфичности используемых аппликаций и материалов для тейпирования.

Создание данного пособия было обусловлено необходимостью проанализировать и четко систематизировать международный опыт и образовательные стандарты, касающиеся обучению и проведению данной дополнительной медицинской процедуры. Зарубежные специалисты, особенно по физические терапевты проходят специализированные кур-

сы повышения квалификации по описанным в данной книге методам тейпирования в рамках учебы в профильных медицинских и спортивных колледжах и вузах.

В настоящее время различные методы тейпирования активно применяются в эстетической медицине, косметологии и фэйс-билдинге.

В пособии последовательно освещены наиболее часто используемые аппликации, а также разобраны анатомия и биомеханика регионов, в области которых наносятся наиболее эффективные аппликации.

Принципы, правила и техники наложения всех аппликаций, представленные в книге, рекомендованы к использованию ведущим профильным профессиональным медицинским сообществом в России «Национальной ассоциацией специалистов по кинезиотейпированию», а также образовательным проектом «KinesioCourse».

Данное электронное пособие является дополнением к опубликованному учебному пособию под ред. Касаткина М.С. «Энциклопедия тейпирования. Том II. Лицо и тело».

Для подготовки обложки издания, а также иллюстраций в данном учебном пособии использована художественная работа автора.

Для подготовки всех иллюстраций, связанных непосредственно с тейпированием, были использованы материалы из авторского онлайн-курса курса Касаткина М.С. по лицензии

CC0.

# Глава 1

## **Анатомия и биомеханика лица и переднебоковых сегментов шеи**

Знать топографо-анатомические (анатомо-физиологические) особенности лицевого отдела головы и шеи очень важно для правильной диагностики проблем данного региона. Приведем далее основные нюансы, без понимания которых нельзя эффективно провести наложение аппликации при вышеописанных методах тейпирования.

Мышцы лица и шеи имеют как структурное, так и эстетическое значение. Воздействие на них неинвазивными способами крайне ограничено вследствие их близкого расположения друг к другу, сплетения их фасциальных футляров и вариативности анатомии у разных пациентов. Кожа на лице и шее представлена так называемой тонкой кожей. В зависимости от локализации ее толщина может варьироваться, преимущественно за счет изменения толщины дермы. Под ней лежит тонкий слой надфасциальной подкожной клетчатки, который несколько больше на щеках и под подбородком, но отсутствует на спинке носа.

С учетом этих нюансов в следующих разделах книги объ-

ясним, как наносить аппликации в рамках того или иного вида тейпирования. Так, аппликация накладывается в области проекции, а не на саму мышцу, воздействуя через поверхностные ткани на состояние фасциального футляра мышцы или мышц, находящихся под аппликацией.

**Лицо** представляет собой передний отдел головы человека, ограниченный сверху краем волосяного покрова, снизу – углами и нижним краем нижней челюсти, с боков – краями ветвей нижней челюсти и основанием ушных раковин.

Существует несколько вариантов «топографической карты» лица. Наиболее простой вариант – деление лица на три равных по высоте отдела («этажа»):

- верхний – от края волосяного покрова до линии бровей;
- средний – от линии бровей до края носа (линии ноздрей);
- нижний – от края носа (линии ноздрей) до подбородка.

Более профессиональный вариант оценки для определения формы лица и его пропорций опирается на соотношение нескольких линий и осей. Они должны быть проведены через особые, антропометрические точки контура лица. Выделяют вертикальную и горизонтальную оси, а также линии лба, скул и челюсти, которые, в свою очередь, делят лицо на трети. В зависимости от соотношения этих осей и линий специалисты выделяют семь основных прототипов формы лица: овальная, круглая, квадратная, трапецевидная (грушевид-

ная), треугольная, ромбовидная и прямоугольная.

В зависимости от формы лица специалист выбирает тактику лечения, введения препарата, тейпирования и делает прогноз о морфотипе старения у конкретного пациента.

Если говорить об анатомии лицевого отдела головы, он делится на следующие слои:

1. Кожа (*cutis*).
2. Подкожно-жировой слой (*tela subcutanea*).
3. Мышечно-апоневротический (см. далее).

Первый, второй и третий слои плотно сращены между собой посредством соединительнотканых перемычек, формируя единый пласт тканей.

4. Так называемое пространство – условно выделенная область, в которой ткани более подвижны, легко смещаются (скользят) относительно друг друга. «Пространства» ограничены связками лица, в этих зонах нет плотных сращений тканей.

5. Надкостница (*periostium*) – плотная оболочка, покрывающая поверхность кости.

6. Кости лицевого черепа (*ossis crani ifacialis*).

Поверхностные мимические мышцы лица, платизма (подкожная мышца шеи), их фасции и апоневрозы образуют единую поверхностную мышечно-апоневротическую систему (*superficial musculo-aponeurotic system, SMAS*). Эту структу-

ру впервые в 1974 году выделили Владимир Миц и Мартин Пейрони (M. Peyronie). SMAS связана с кожей и подкожно-жировой клетчаткой. Эта система также разделяет глубокие и поверхностные жировые пакеты лица.

Все эти слои тканей сцеплены между собой поперечными соединительнотканными связками, которые фиксируют мягкие ткани лица. Различают (по Фурмасу (D. W. Furnas)) истинные связки – прочные соединительнотканные структуры, прикрепленные к кости, и ложные связки, которые крепятся к фасциям, тоньше и имеют множество разветвлений.

В процессе старения отмечается провисание мягких тканей лица – «гравитационный птоз», одной из причин которого является растяжение и ослабление связочного аппарата.

SMAS прикреплена к костям черепа истинными связками в четырех основных точках: глазной, скуловой, жевательной и нижнечелюстной (подбородочной).

1. Глазная точка располагается от наружного края орбиты до латеральной части круговой мышцы глаза.

2. Скуловая точка, или точка МакГрегора, находится латеральнее места прикрепления большой скуловой мышцы.

3. Жевательная – медиальнее переднего края жевательной мышцы.

4. Нижнечелюстная (подбородочная) – в области передней трети нижней челюсти, несколько выше ее края.

Эти точки фиксации, или реперные точки, имеют большое

значение. Они ограничивают смещение мягких тканей лица, происходящее в процессе старения. Подвижность мимических мышц постепенно увеличивает смещаемость SMAS, а также кожи, с которой она прочно связана. Упругость связок ослабевает, они удлиняются. Под действием силы тяжести жировые пакеты смещаются вниз, но задерживаются у мест прикрепления SMAS и основных связок лица. Над связками возникают углубления. Например, носощечная борозда – это место вхождения скуловой связки на границе скуловой и щечной областей. Провисшие же ткани выглядят как складки, например «малярный мешок» – над скуловой связкой, брыля (брыля) – над мандибулярной.

В области лица жировую ткань можно разделить на два типа: поверхностный жир, расположенный над SMAS, и глубокий, под SMAS. И тот, и другой разграничены на отдельные пакеты (компартменты) связками, или септами, – соединительнотканными перегородками.

К основным поверхностным жировым компартментам лица относятся:

- 1) верхний орбитальный (superior orbital fat);
- 2) нижний орбитальный (inferior orbital fat);
- 3) латеральный орбитальный (lateral orbital fat);
- 4) носогубный (nasolabial fat);
- 5) срединный щечный (middle cheek fat);
- 6) медиальный щечный (medial cheek fat);
- 7) латеральный височно-щечный (lateral temporal cheek

fat);

8) верхний (а) и нижний (б) челюстные (superior, inferior jowl fat).

В септах проходят перфорирующие сосуды лица, идущие к коже. В процессе старения жировые компартменты изменяются неодинаково. По данным исследований (Matthias Gierloff с соавторами, 2012) основная потеря объема происходит в глубоком медиальном щечном жировом пакете. Поверхностные же жировые пакеты смещаются под действием силы тяжести вниз. Соответственно они становятся в передне-заднем направлении толще в нижнем полюсе и тоньше – в верхнем.

В глубоком слое средней трети лица жир располагается вокруг мышц, обеспечивая легкость их скольжения. Он выполняет роль смазывающего вещества. А в глубоком слое щеки находится клинически значимый комок Биша (corpus adiposum buccae Bichat). Он располагается между жевательной и щечной мышцами.

Мышцы лица можно разделить по третям («этажам») лица.

Так, к **мышцам верхней трети лица** относятся следующие.

**Лобная мышца.** Она не имеет прикрепления к костям. Есть два варианта строения этой мышцы – непрерывный широкий тяж или два брюшка. В результате ее сокращения об-

разуются поперечные морщины лба. Лобная мышца относится к мышцам-леваторам, поднимающим брови. В результате ослабления ее тонуса, передозировки или неправильного места введения ботулотоксина может произойти опущение бровей.

***Мышца, сморщивающая бровь.*** Сводит брови к центральной линии, несколько опуская их, что является причиной формирования вертикальных морщин межбровья. Строение тоже вариативно: она бывает короткая, пирамидальная, ориентированная вверх, а может распространяться вдоль брови. Если мышца длинная, то при ее сокращении кожа над бровью формирует вертикальные складки.

***Мышца гордецов.*** Вызывает образование поперечных морщин у корня носа. Относится к депрессорам, так как несколько опускает бровь.

***Мышца, опускающая бровь.*** Опускает бровь книзу и несколько кнутри.

***Круговая мышца глаза.*** Является сфинктером. Ее волокна берут начало у медиального угла глаза. Она имеет три части. Глазничная часть простирается вдоль нижнего и верхнего краев глазницы, при сокращении суживает глазную щель и замуривает глаз. Вековая часть находится под кожей век и при сокращении смыкает веки. Слезная часть охватывает слезный мешок, влияя на отведение слезной жидкости. Верхняя медиальная часть опускает медиальную часть брови и участвует в сморщивании бровей. Латер-

ральные волокна опускают латеральный край брови. При гиперфункции этой части образуются морщины по типу «гусиных лапок». Верхняя часть круговой мышцы глаза является депрессором, нижняя относится к леваторам. Латеральный ее край участвует в поднятии тканей щеки. Горизонтальная нижняя часть поддерживает структуры нижнего века.

**К мышцам средней трети лица** относятся следующие.

**Носовая мышца** делится на две части: наружную и внутреннюю. Наружная часть огибает крыло носа и у средней линии, несколько расширяясь, переходит в сухожилие. Ее еще называют поперечной частью. Внутренняя (крыльная) часть прикрепляется к заднему концу хряща крыла носа. Она суживает носовое отверстие, опускает крыло носа. При ее активном сокращении образуются «морщины кролика» на боковых поверхностях носа.

**Мышца, опускающая перегородку носа**, тянет перегородку носа вниз, являясь депрессором.

**Большая скуловая мышца** оттягивает угол рта кверху и кнаружи, являясь леватором.

**Малая скуловая мышца** также относится к леваторам, хотя ее функция незначительна – она участвует в формировании носогубной складки.

**Мышца, поднимающая верхнюю губу**, также участвует при сокращении в формировании носогубной складки.

**Мышца, поднимающая верхнюю губу и крылья носа**,

при сокращении образует носогубную складку.

**Мышца, поднимающая угол рта**, тянет угол рта кверху и кнаружи.

**Мышца смеха смещает** (растягивает) углы рта латерально. Она присутствует не у всех людей.

**Жевательная мышца** имеет две части – поверхностную и глубокую. Эта мышца поднимает нижнюю челюсть и выдвигает ее вперед.

**Щечная мышца** расположена очень глубоко и является одной из составляющих боковой стенки ротовой полости. При сокращении она оттягивает углы рта в стороны, сжимает щеки и прижимает их к губам.

К мышцам нижней трети лица относятся следующие.

**Мышца, опускающая угол рта**. Эта функция выполняется при сокращении.

**Круговая мышца рта** является сфинктером, располагается в толще губ вокруг ротовой щели. При сокращении ее краевой части мышцы губы вытягиваются вперед, а при сокращении губной части, лежащей под красной каймой губ, губы заворачиваются внутрь, прижимаясь к зубам. С возрастом за счет активной работы этой мышцы формируются «кисетные» морщины, «штрих-код».

**Мышца, опускающая нижнюю губу**, располагается глубоко. При сокращении оттягивает нижнюю губу книзу и латерально.

**Подбородочная мышца** отходит от подбородка и вплетается в кожу. При ее сокращении мягкие ткани подбородка смещаются вверх, вытягивается нижняя губа и кожа в этой области сморщивается в виде «булыжной мостовой».

В области угла рта также находится особое мышечное образование – *узел угла рта*, или *модиолус* (*modiolus anguli oris*). В 1920 году Лайтоллер (Lightoller) определил модиолус как «перекрест мышечных волокон, сходящихся и расходящихся». Модииолусы располагаются симметрично латеральнее углов рта. Это соединение фасциальных футляров нескольких мышц: круговой мышцы рта, щечной, большой скуловой, поднимающей угол рта, опускающей угол рта, мышцы смеха и платизмы.

Мимические мышцы иннервирует лицевой нерв. Жевательные мышцы получают иннервацию от третьей ветви тройничного нерва. Эти ветви являются двигательными. Чувствительная иннервация обеспечивается языкоглоточным и тройничными нервами, большим ушным.

Безусловно, говоря о лицевом отделе головы, необходимо упомянуть и строение костей черепа. Лицевой отдел черепа составляют нижняя челюсть, верхнечелюстные, скуловые кости и небольшие кости, входящие в состав полостей носа, рта, стенок глазниц. Мозговой отдел, располагающийся над лицевым, состоит из непарных лобной, затылочной, решетчатой, клиновидной костей и парных – теменных, височных.

**Шея.** Область шеи также может стать объектом работы специалиста по тейпированию. К поверхностным мышцам шеи относится *подкожная мышца (платизма)* – очень тонкая мышца, располагающаяся под кожей и плотно с ней сращенная. Она начинается на уровне II ребра, поднимается к нижней челюсти, к углам рта, может достигать середины щеки. При ее сокращении натягивается кожа шеи, опускаются углы рта и нижняя челюсть. В процессе старения подкожная мышца шеи участвует в образовании деформации овала лица.

**Линии Лангера** – линии натяжения кожи (cleavage lines). Эти структуры выделил и предложил соответствующее понятие немецкий анатом К. Р. Лангер (C. R. Langer) в статье 1861 года «К анатомии и физиологии кожи. О расщепляемости кожного покрова» («Zur Anatomie und Physiologie der Haut. Über die Spaltbarkeit der Cutis»). Именно в ней он описал условно проведенные на поверхности кожи линии, вдоль которых она наиболее растяжима и где ее прочность и эластичность выше, чем в других местах тела. Изучая кожу, Лангер заметил, что в одних направлениях она растягивается лучше, чем в других. Он связал это с неравномерно расположенными участками коллагеновых и эластиновых волокон. Вдоль обозначенных им линий коллагеновые нити собираются в пучки. Они есть практически везде в теле, пре-

имущественно в местах естественных складок, и расположены перпендикулярно мышечным волокнам.

Клиническое значение и знание топографии расположения линий Лангера огромно, так как позволяет и корректно провести диагностику и инъекционное воздействие в косметологии, и эффективно наложить аппликацию тейпа – по ходу той или иной линии для ее поддержания.

**Лимфатический отток.** Говоря об анатомии данного региона, отметим, что, работая с различными неинвазивными поверхностными методами воздействия, в том числе тейпированием, специалист также активно активизирует саногенетические процессы в области проекции своего воздействия. Первой системой, которая создает условия для уменьшения отека и оттока излишней внутритканевой жидкости, является лимфатическая система.

Лимфатические сосуды лица отводят лимфу в подбородочные, поднижнечелюстные и щечные лимфатические узлы. Лимфатические сосуды головы тканей затылочной, теменной и височной областей впадают в затылочные и сосцевидные лимфатические узлы. От наружного уха и барабанной перепонки отток лимфы осуществляется в сосцевидные и околоушные узлы. Лимфа от лобной, скуловой, щечной (в том числе от околоушной железы и височно-нижнечелюстного сустава) областей лица, латеральной части век и слезной железы поступает в поверхностные и глубокие околоушные

лимфатические узлы. Лимфатические сосуды глазницы и переднемедиальных отделов лица впадают в щечные, нижнечелюстные, поднижнечелюстные лимфатические узлы. Лимфатические сосуды, идущие от верхушки языка, впадают в подбородочные, от средних отделов – в язычные, от корня языка – в заглоточные лимфатические узлы. К последним направляются и лимфатические сосуды стенок полости носа и ее придаточных пазух, нёба, носовой и ротовой частей глотки, среднего уха.

Выносящие лимфатические сосуды лимфатических узлов головы впадают в глубокие лимфатические узлы шеи.

Лимфатические сосуды кожи и поверхностных мышц шеи направляются к рядом расположенным поверхностным узлам шеи, а от глубоких мышц – к глубоким лимфатическим узлам шеи. Лимфа от гортани (выше голосовых связок), глотки и небных миндалин оттекает в глубокие узлы шеи (внутренние яремные) и заглоточные узлы. Лимфатические сосуды гортани (нижняя часть), щитовидной железы идут к глубоким передним лимфатическим узлам шеи, а от перешейка железы направляются и к передним поверхностным узлам шеи.

Выносящие лимфатические сосуды лимфатических узлов головы и шеи, сливаясь, образуют правый и левый яремные лимфатические стволы, которые идут вдоль внутренних яремных вен и впадают в лимфатические протоки (правый и грудной) или непосредственно в соответствующий веноз-

ный угол.

# 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.