

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ВВЕДЕНИЕ	9
ГЛАВА 1.	
ЭФФЕКТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ	14
ПРОТИВОБОЛЕВОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ	16
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ НА ТОНУС И НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ	19
ГЛАВА 2.	
МЕТОДОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ	21
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ТЕЙПИРОВАНИЮ	21
ОБЩИЕ ПРАВИЛА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ	23
ФОРМЫ НАРЕЗКИ ТЕЙПОВ	24
МЕТОДИКА АППЛИКАЦИИ ТЕЙПОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ НАРЕЗКИ	25
ГЛАВА 3.	
КОНЦЕПЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ	30
ОРТОТЕЙПИНГ	31
КОМБИНИРОВАННОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ	32
СОЧЕТАННОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ	33
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ	33
ГЛАВА 4.	
НЕЙРОБИОМЕХАНИКА	37
ГЛАВА 5.	
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ	43
ГЛАВА 6.	
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ И ТУЛОВИЩА	48
ГЛАВА 7.	
МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ НА ТУЛОВИЩЕ	69
ТЕЙПИРОВАНИЕ ПРИ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЕ	70
ТЕЙПИРОВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РОДОВ	71
ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА ОБЛАСТИ ГРУДИ	72

ТЕЙПИРОВАНИЕ ЖИВОТА ПОСЛЕ РОДОВ	73
ГЛАВА 8.	
МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА	74
ТЕЙПИРОВАНИЕ ПРИ ЦЕРВИКАЛГИ	75
ТЕЙПИРОВАНИЕ ПРИ ТОРАКОАЛГИИ	78
ТЕЙПИРОВАНИЕ ПРИ ЛЮМБАЛГИИ	79
ГЛАВА 9. МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МЫШЦ ШЕИ И ТУЛОВИЩА	80
ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНАЯ МЫШЦА (M. STERNOCLEIDOMASTOIDEUS)	81
РЕМЕННАЯ МЫШЦА ГОЛОВЫ (M. SPLENIUS CAPITIS)	84
ПЕРЕДНЯЯ ЛЕСТНИЧНАЯ МЫШЦА (M. SCALENUS ANTERIOR)	86
СРЕДНЯЯ ЛЕСТНИЧНАЯ МЫШЦА (M. SCALENUS MEDIUS)	89
ЗАДНЯЯ ЛЕСТНИЧНАЯ МЫШЦА (M. SCALENUS POSTERIOR)	92
РЕМЕННАЯ МЫШЦА ШЕИ (M. SPLENIUS CERVICIS)	94
МАЛАЯ И БОЛЬШАЯ РОМБОВИДНЫЕ МЫШЦЫ (MM. RHOMBOIDEI MINOR ET MAJOR)	97
ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА (M. TRAPEZIUS)	100
ВЕРХНЯЯ ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА (M. UPPER TRAPEZIUS)	102
СРЕДНЯЯ ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА (M. MIDDLE TRAPEZIUS)	104
НИЖНЯЯ ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА (M. LOWER TRAPEZIUS)	107
ШИРОЧАЙШАЯ МЫШЦА СПИНЫ (M. LATISSIMUS DORSI)	109
МЫШЦА, ВЫПРЯМЛЯЮЩАЯ ПОЗВОНОЧНИК (M. ERECTOR SPINAE)	112
ПОДВЗДОШНО-РЕБЕРНАЯ МЫШЦА (M. ILIOCOSTALIS)	114
ПОДВЗДОШНО-РЕБЕРНАЯ МЫШЦА ПОЯСНИЦЫ (M. ILIOCOSTALIS LUMBORUM)	115
ПОДВЗДОШНО-РЕБЕРНАЯ МЫШЦА ГРУДИ (M. ILIOCOSTALIS THORACIS)	117
ПОДВЗДОШНО-РЕБЕРНАЯ МЫШЦА ШЕИ (M. ILIOCOSTALIS CERVICIS)	119
КВАДРАТНАЯ МЫШЦА ПОЯСНИЦЫ (M. QUADRATUS LUMBORUM)	121
ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНАЯ МЫШЦА (M. ILIOPSOAS)	123
ПРЯМАЯ МЫШЦА ЖИВОТА (M. RECTUS ABDOMINIS)	125
НАРУЖНАЯ КОСАЯ МЫШЦА ЖИВОТА (M. OBLIQUUS EXTERNUS ABDOMINIS)	128

ВНУТРЕННЯЯ КОСАЯ МЫШЦА ЖИВОТА (M. OBLIQUUS INTERNUS ABDOMINIS)	131
ПОПЕРЕЧНАЯ МЫШЦА ЖИВОТА (M. TRANSVERSUS ABDOMINIS)	134
ГЛАВА 10.	
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	136
ГЛАВА 11.	
МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	164
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	165
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	166
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ПРИ БОЛИ В ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ СТРУКТУРАХ ПЛЕЧА	167
ГЛАВА 12.	
МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МЫШЦ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	169
НАДОСТНАЯ МЫШЦА (M. SUPRASPINATUS)	170
ПОДОСТНАЯ МЫШЦА (M. INFRASPINATUS)	174
БОЛЬШАЯ ГРУДНАЯ МЫШЦА (M. PECTORALIS MAJOR)	177
КЛЮЧИЧНАЯ ЧАСТЬ (PARS CLAVICULARIS)	178
ГРУДИНО-РЕБЕРНАЯ ЧАСТЬ (PARS STERNOCOSTALIS) И БРЮШНАЯ ЧАСТЬ (PARS ABDOMINALIS)	180
ДЕЛЬТОВИДНАЯ МЫШЦА (M. DELTOIDEUS)	182
ДВУГЛАВАЯ МЫШЦА ПЛЕЧА (M. BICEPS BRACHII)	185
ТРЕХГЛАВАЯ МЫШЦА ПЛЕЧА (M. TRICEPS BRACHII)	188
КРУГЛЫЙ ПРОНАТОР (M. PRONATOR TERES)	192
РАЗГИБАТЕЛИ КИСТИ	194
МЫШЦА, ПРОТИВОПОСТАВЛЯЮЩАЯ БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ КИСТИ (M. OPPONENS POLLICIS)	197
ГЛАВА 13.	
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	199
ГЛАВА 14.	
МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ НА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	230

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	231
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ	232
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА	232
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА – «КОЛЕНО ПРЫГУНА»	234
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ	234
ГЛАВА 15.	
МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МЫШЦ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	236
БОЛЬШАЯ ЯГОДИЧНАЯ МЫШЦА (M. GLUTEUS MAXIMUS)	237
СРЕДНЯЯ ЯГОДИЧНАЯ МЫШЦА (M. GLUTEUS MEDIUS)	240
ГРУШЕВИДНАЯ МЫШЦА (M. PIRIFORMIS)	243
ПРИВОДЯЩИЕ МЫШЦЫ БЕДРА	246
НАПРЯГАТЕЛЬ ШИРОКОЙ ФАСЦИИ (M. TENSOR FASCIAE LATAE)	251
ПОРТНЯЖНАЯ МЫШЦА (M. SARTORIUS)	253
ЧЕТЫРЕХГЛАВАЯ МЫШЦА БЕДРА (M. QUADRICEPS FEMORIS)	256
ПРЯМАЯ МЫШЦА БЕДРО (M. RECTUS FEMORIS)	257
ЛАТЕРАЛЬНАЯ ШИРОКАЯ МЫШЦА БЕДРА (M. VASTUS LATERALIS)	259
МЕДИАЛЬНАЯ ШИРОКАЯ МЫШЦА БЕДРА (M. VASTUS MEDIALIS)	261
ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ШИРОКАЯ МЫШЦА БЕДРА (M. VASTUS INTERMEDIUS)	263
ПОЛУСУХОЖИЛЬНАЯ И ПОЛУПЕРЕПОНЧАТАЯ МЫШЦЫ (M. SEMITENDINOSUS ET M. SEMIMEMBRANOSUS)	264
ДВУГЛАВАЯ МЫШЦА БЕДРА (M. BICEPS FEMORIS)	268
ПЕРЕДНЯЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВАЯ МЫШЦА (M. TIBIALIS ANTERIOR)	271
ТРЕХГЛАВАЯ МЫШЦА ГОЛЕНИ (M. TRICEPS SURAE)	274
ЗАДНЯЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВАЯ МЫШЦА (M. TIBIALIS POSTERIOR)	277
КОРОТКИЙ СГИБАТЕЛЬ ПАЛЬЦЕВ (M. FLEXOR DIGITI BREVIS)	279
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	282
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	284

ГЛАВА 1.

ЭФФЕКТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ

Эффекты, которые возникают в процессе терапевтического тейпирования:

- регуляция функции мышцы посредством изменения её тонуса;
- уменьшение застойных процессов, отёков и гематом;
- улучшение проприоцепции (кинестезии);
- стабилизация и облегчение движения в суставах;
- сокращение длительности мышечной боли;
- предупреждение судорог;
- коррекция положения фасции;
- увеличение выносливости мышц во время продолжительной нагрузки;
- изменение натяжения кожи;
- декомпрессия (уменьшение отека и сдавления тканей);
- улучшение кровообращения и лимфотока;
- ослабление болевых ощущений;
- увеличение амплитуды движений;
- психологический эффект – возникает уверенность в выполнении движе-

ний, и соответственно большая их эффективность.

С помощью терапевтического тейпирования можно улучшить микроциркуляцию на различных уровнях, нормализовать мышечный тонус, уменьшить острый и хронический болевой синдром.

При применении терапевтического тейпирования основной эффект следующий: наклеивая определенным образом тейпы, осуществляя декомпрессию подлежащих тканей, мы облегчаем физическое взаимодействие внутри группы мышц, облегчая миофасциальное взаимодействие заинтересованных мышц. Затем, используя векторную методику применения, мы заставляем управляющие мышцами рефлексы посылать в центральную нервную систему сенсорную информацию, корректирующую направление движения по принципу гормезиса (стимуляция какой-либо системы организма внешними воздействиями, имеющими силу, недостаточную для проявления вредных факторов).

Для того, чтобы сбалансировать движение в заинтересованном двигательном сегменте, применяется разная степень натяжения тейпа в дополнение к вектору наклеивания. Важно, что в терапевтическом тейпировании степень натяжения тейпа формируется не искусственно, а путём создания правильного (терапевтического) положения двигательного сегмента.

Если прикладывать тейп на растянутую кожу, при возвращении части тела в нейтральное положение на тейпе появятся волнообразные складки. Благодаря этим волнам пространство между кожей и мышцей увеличивается примерно на 10 микрон, и биологическим жидкостям легче попасть в соответствующие каналы. Увеличение подкожного пространства и улучшение дренажа приводит



Рис. 6. Эффекты тейпирования.

к снижению стимуляции болевых рецепторов дермы. Эти физиологические процессы содействуют реабилитации и создают благоприятные условия для восстановления тканей.

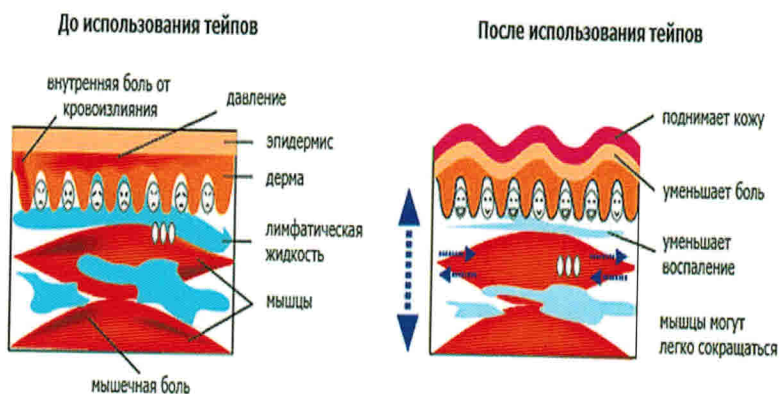


Рис. 7. Механизм лифтинг-эффекта тейпирования.

ПРОТИВОБОЛЕВОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ

«Боль – это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения»

(Международная ассоциация по изучению боли (IASP), 1979).

Восприятие боли (ноцицепция) происходит в результате как механического

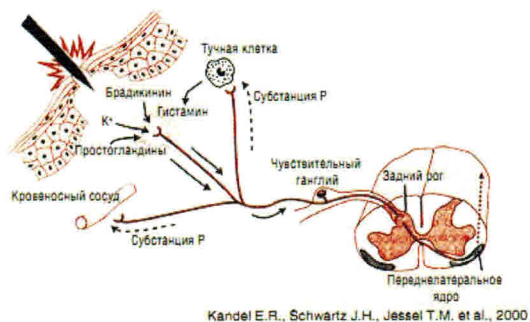


Рис. 8. Ноцицептивный ответ на периферическое повреждение.

повреждения, травмы, так и за счёт химического раздражения альгогенными веществами, выделившимися в месте повреждения (субстанция Р, простагландины, брадикинин, гистамин).

Афферентная информация от разных типов рецепторов передаётся в ЦНС по афферентным волокнам разных типов, характеризующимся разной скоростью проведения импульса. На этом основана теория «воротного контроля» боли, предложенная Ronald Melzack и Patrick Wall в 1965 году. Основное научно-медицинское значение теории «входных ворот» заключалось в признании спинного и головного мозга активной системой, фильтрующей, отбирающей и воздействующей на входные сенсорные сигналы. Таким образом, эта теория утвердила ЦНС ведущим звеном в болевых процессах.

«Воротные механизмы» представляют собой взаимосвязь активности афферентных волокон большого диаметра (А-бета), тормозящих передачу болевых импульсов, и волокон малого диаметра (С, А-дельта), облегчающих их передачу.

ГЛАВА 12.

МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МЫШЦ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

НАДОСТНАЯ МЫШЦА (M. SUPRASPINATUS)

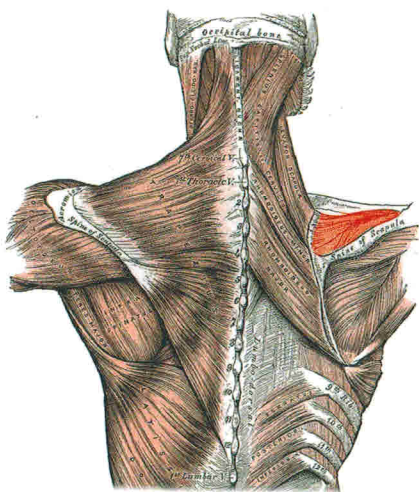


Рис. 140. Надостная мышца.

Мышца располагается в надостной ямке. Начинается на задней поверхности лопатки над лопаточной остью и на надостной фасции. Пучки проходят в латеральном направлении. Мышца прикрепляется к верхней площадке большого бугорка плечевой кости; часть пучков надостной мышцы вплетается в капсулу плечевого сустава.

Функция: отводит плечо; натягивает капсулу сустава, предохраняя ее от ущемлений.

Иннервация: надлопаточный нерв (C_{V-VI}).

Кровоснабжение: надлопаточная артерия, артерия, окружающая лопатку.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Пациент сидит или стоит. Его рука вытянута вперед, ладонь повернута наружу во внешнем вращении, а голова и шея наклонены вбок в ту же сторону, при этом лицо повернуто в противоположную сторону. Тем самым верхние волокна трапецевидной мышцы находятся в расслабленном положении, делая пальпацию брюшка надостной мышцы более лёгкой. Врач (массажист) осуществляет давление на предплечье в направлении против отведения.



Рис. 141. (а, б) ФМТ надостной мышцы, вариант 1.

Приведём второй вариант исследования надостной мышцы: рука отведена под углом 90° к плоскости лопатки (30° впереди фронтальной плоскости) и плечевая кость находится во внешнем вращении (большой палец смотрит в потолок). Следует зафиксировать лопатку сверху и противостоять приведению плеча посредством осуществления давления на лучевую сторону запястья.



Рис. 142. (а, б) ФМТ надостной мышцы, вариант 2.

ТЕЙПИРОВАНИЕ

Замеряется стандартным тейпом шириной 5 см, длиной от передней поверхности большого бугорка головки плечевой кости до основания ости лопатки, производится Y-разрез не разрезая 5 см.

Пациент стоит или сидит. Следует:

- приклеить основание Y-образного тейпа к большому бугорку плечевой кости;
- привести плечо и вращать его вовнутрь;
- наклонить голову и шею в противоположную сторону;
- приклеить верхнюю часть Y-образного тейпа к верхнему медиальному углу лопатки;
- приклеить нижнюю часть Y-образного тейпа к медиальному краю лопатки вдоль верхней границы ости лопатки;
- тейп должен окружить надостную мышцу.

ГЛАВА 15.

МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МЫШЦ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

БОЛЬШАЯ ЯГОДИЧНАЯ МЫШЦА (M. GLUTEUS MAXIMUS)

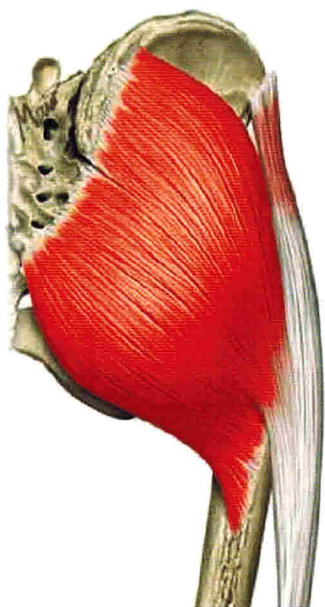


Рис. 213. Большая ягодичная мышца.

Мышца располагается поверхностно, имеет широкое начало на подвздошной кости (linea glutea posterior), на начальной (сухожильной) части мышцы, выпрямляющей позвоночник, на дорсальной поверхности крестца и копчика, на крестцово-бугорной связке. Мышца проходит косо вниз и латерально и прикрепляется к ягодичной бугристости бедренной кости. Часть пучков мышцы проходит поверх большого вертела и вплетается в подвздошно-большеберцовый тракт широкой фасции. Между сухожилием мышцы и большим вертелом имеется вертельная сумка большой ягодичной мышцы (bursa trochanterica musculi glutei maximi), а на уровне седалищного бугра – седалищная сумка большой ягодичной мышцы (bursa ischiadica musculi glutei maximi).

Функция: может действовать на тазобедренный сустав как всей своей массой, так и отдельными частями. Сокращаясь всей массой, большая ягодичная мышца разгибает бедро, одновременно поворачивая его кнаружи. Передневерхние пучки мышцы отводят бедро, напрягают подвздошно-большеберцовый тракт широкой фасции, способствуют удержанию коленного сустава в разогнутом положении. Задненижние пучки мышцы приводят бедро, одновременно поворачивают его кнаружи. При фиксированной нижней конечности мышца разгибает таз, а вместе с ним и туловище, удерживая его в вертикальном положении на головках бедренной кости (придает телу военную осанку).

Иннервация: нижний ягодичный нерв (L_5-S_1).

Кровоснабжение: нижняя и верхняя ягодичные артерии, медиальная артерия, огибающая бедренную кость.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Пациент лежит на животе. Он сгибает колено, разгибает и отводит бедро на 30°. Сгибание колена необходимо для исключения из теста экстензоров бедра. Врач (массажист) направляет давление на нижнюю треть бедра в направлении сгибания бедра, а пациент производит разгибание бедра. Следите за тем, чтобы была адекватная фиксация таза к столу за счет экстензоров туловища и косых мышц живота. Тестовое движение плавное.

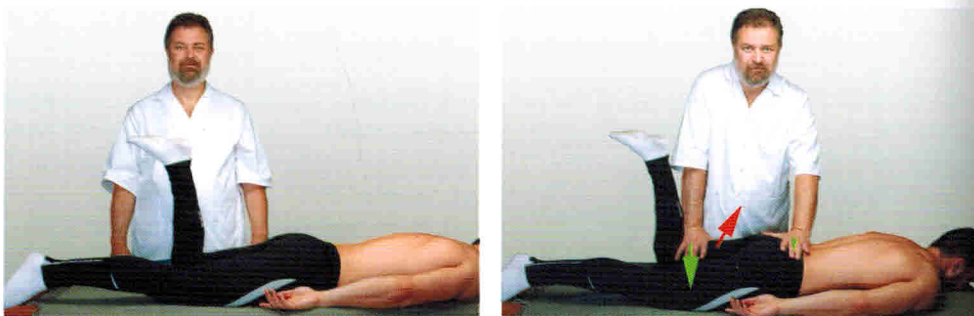
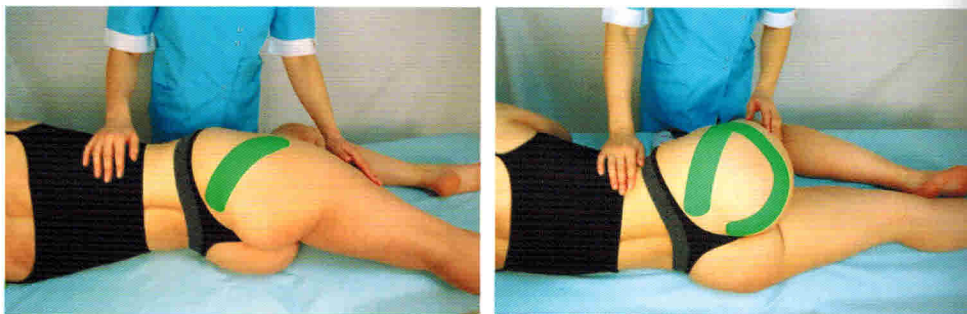


Рис. 214. (а, б) ФМТ большой ягодичной мышцы.

ТЕЙПИРОВАНИЕ

Пациент лежит на боку, заинтересованная нога выпрямлена, свешивается за край кушетки, верхняя порция большой ягодичной мышцы в растяжении.

Замеряется стандартным тейпом шириной 5 см, длиной от большого вертела до задней верхней подвздошной ости. Следует:



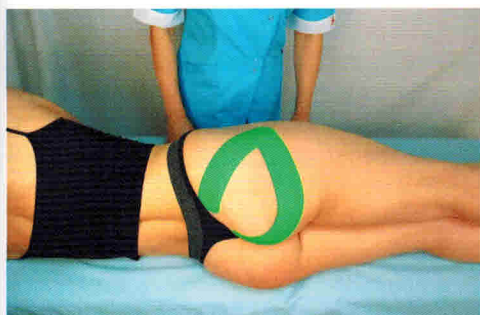


Рис. 215. (а, б, в) ТТ большой ягодичной мышцы.

- приклеить основание тейпа над большим вертелом, под углом 45° к оси бедра;
 - наложить тейп по ходу волокон верхней порции большой ягодичной мышцы до задней верхней подвздошной ости;
 - пациент сгибает ногу в коленном и тазобедренном суставах, поворачивает бедро внутрь, чтобы растянуть волокна задней порции большой ягодичной мышцы;
- Замеряется стандартным тейпом шириной 5 см, длиной от якоря предыдущего тейпа над большим вертелом,

по дуге, до вершины крестца.

- приклеить основание второго тейпа на якорь предыдущего тейпа под углом 90° ;
- наложить тейп по ходу волокон нижней порции большой ягодичной мышцы;
- приклеить якорь второго тейпа ближе к верхушке крестца. Важно: не накладывать тейп на межъягодичную складку!

СРЕДНЯЯ ЯГОДИЧНАЯ МЫШЦА (M. GLUTEUS MEDIUS)

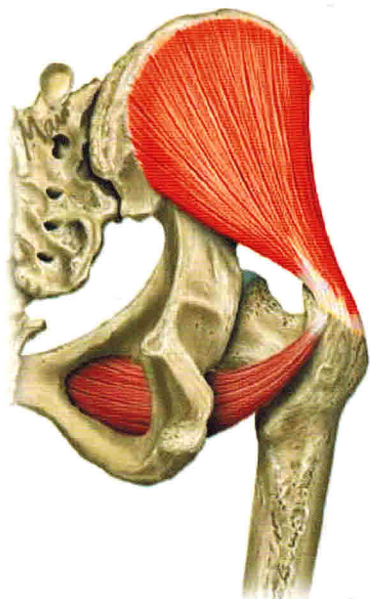


Рис. 213. Большая ягодичная мышца.

Мышца начинается на ягодичной поверхности подвздошной кости, между передней и задней ягодичной линиями, на широкой фасции. Мышца направляется вниз, переходит в толстое сухожилие, которое прикрепляется к вершुшке и наружной поверхности большого вертела. Задние пучки мышцы располагаются под большой ягодичной мышцей. Между сухожилием средней ягодичной мышцы и большим вертелом имеется вертельная сумка средней ягодичной мышцы (bursa trochanterica musculi glutei medii).

Функция: отводит бедро, передние пучки поворачивают бедро кнутри, задние – кнаружи. При фиксированной нижней конечности вместе с малой ягодичной мышцей удерживает таз и туловище в вертикальном положении.

Иннервация: нижний ягодичный нерв (L_{IV} - S_1).

Кровоснабжение: нижняя ягодичная артерия, латеральная артерия, огибающая бедренную кость.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Пациент лежит на боку. Его бедро и коленный сустав нижерасположенной ноги согнуты. Врач (массажист) стабилизирует таз рукой, чтобы предотвратить его ротацию. Пациент производит отведение и легкое разгибание бедра против

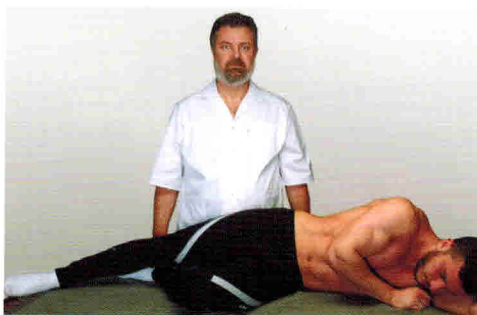


Рис. 217. (а, б) ФМТ средней ягодичной мышцы.