

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 демон-

страцией технических подходов, нюансов практической реализации и многого другого. Для примера: по таким методикам, как массаж, рефлекторная 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>).

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 тейпированию и др.) мы пришли к выводу, который в самом начале обучения кинезиотейпингу не мог даже возникнуть, учитывая историю, распространенность 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 просвещенность относительно

¹ Михаил Каганович — русскоязычный сертифицированный инструктор Kinesio. В октябре 2008 г. прошел курс Kinesio для инструкторов в Альбукерке, США, и получил благословение

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. Губанову¹, которые начали 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.

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

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/>).

¹ 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-й категории, врач восстановительной медицины, врач-специалист экстракорпоральной ударно-волновой терапии, врач-специалист транскраниальной и трансвертебральной микрополяризации.

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 кинезио-

тейпинга 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 собственных 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 только 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 зна-

чительно 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 кинезиотейпированию симметричное тейпирование *m. pectoralis minor* предлагается как вариант, способствующий 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 *m. 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).

И последним примером, показывающим полное отсутствие желания и возможности к анализу теоретического применения тейпирования, будет рассказ о демонстрационном тейпировании ребенка с диагнозом «ДЦП». Обратите внимание, что данную демонстрацию проводил врач-невропатолог, занимающийся реабилитацией. На одном из курсов по кинезиотейпированию был показан пациент с диагнозом «ДЦП, спастический тетрапарез». Ребенок характеризовался достаточно тяжелой формой поражения. При осмотре — классическая форма тетрапареза. При вертикализации ребенка (предъявление нагрузки

к ЦНС) наблюдалось выраженное нарастание тонуса, в клинике проявлявшееся сильным спазмом аддукторов бедра, перекрещиванием ног, выраженной эквинусной установкой стоп, выраженной пронацией предплечий и сгибанием кистей, локтевых суставов, пронацией в плечевых суставах и т. д. Ребенок отличался спокойным поведением и при придании ему горизонтального положения расслаблялся. Основной осмотр был проведен в горизонтальном положении. Как следствие было диагностировано: выраженная наружная ротация бедер с разведением, слабостью аддукторов, слабость мышц предплечья и др. В результате был проведен стимуляционный тейпинг аддукторов бедра и передней группы мышц предплечья.

Наиболее классическая ошибка, обусловленная отсутствием преподавания клинического тейпирования, связана с тем, что после окончания курсов специалисты, работающие в медицине, используют метод расслабления мышц у детей с повышенным мышечным тонусом центрального генеза так, как это преподавалось. То есть накладывается тейп от «периферии к центру с натяжением от 15 до 25 %». Учитывая наш опыт тейпирования, а еще более — опыт применения метода ремодулированного двигательного акта (РДА) (22–24, 31), можно с уверенностью сказать, что более эффективный способ простимулировать мышцы, которые и так находятся в гипертонусе, придумать достаточно сложно. Именно потому преподаватели кинезиотейпинга часто слышат на курсах вопросы вроде: «Почему это не работает?»

О других проведенных техниках мы рассказывать не будем, так как этих двух вполне достаточно для демонстрации полной безграмотности того, что было сделано.

В этих двух примерах специалисты совершенно не учли физиологический подход, поскольку на фоне имеющегося центрального нарушения двигательной регуляции отрицательный ответ от такого воздействия будет умножен в несколько раз. Данный вывод не является нашим теоретическим предположением или субъективным мнением. С вопросом: «Почему у меня отрицательные результаты у детей с ДЦП или их нет?» к инструктору по кинезиотейпингу обратился врач-невропатолог, который безуспешно пытался применить в практике лечения подобные подходы.

То, в каком виде преподается кинезиотейпинг, совершенно и полностью покрывает потребности сферы спорта и здорового человека, но в клинической медицине такой подход не просто ошибочен, но и недопустим.

1

Техники тейпирования в лечебной практике

Данное руководство не преследует цели обучения кинезиотейпингу, о чем мы сказали в самом начале. Но учитывая, что в лечебной практике методика базируется на совершенно других физиологических законах, мы приведем некоторые «техники тейпирования», большинство из которых полностью отсутствуют или даже не поддерживаются в классическом кинезиотейпинге.

➤ **Техники (ЛЕЧЕБНОГО) кинезиотейпинга**

1. Первый якорь вне мышцы (классический подход).
2. Первый якорь на мышце (высокоэффективный подход в неврологии):
 - якорь маленький;
 - якорь большой.
3. Исключение второго якоря (конец тейпа кладется или с натяжением, с которым проводилось все тейпирование, или даже больше).
4. Двойное, тройное тейпирование для усиления эффективности воздействия:
 - на всю тейпируемую мышечную группу;
 - на конкретные отдельные мышцы (или сухожилие(я));
 - на отдельные мышечные головки, пучки, сухожилия (пример: тейпирование кисти и предплечья).

5. Оставление на обоих концах тейпа небольших якорей, обнажение центральной рабочей зоны тейпа, наложение тейпа с необходимым натяжением, обнажение и фиксация якорей (послабляющая коррекция).
6. Сочетание тейпирования мышечной группы (например, передней группы мышц голени) или одной конкретной мышцы (например, *m. triceps brachii*) тейпами разного типа (см. ниже). Пример: тейпирование мышечной части тейпом II типа и тейпирование сухожильной части мышцы (группы мышц) тейпом IV типа. Акцентируем ваше внимание на том, что данный подход возможен, да и более эффективен у достаточно взрослых детей, пациентов, где у вас есть физическое пространство для такой работы.
7. Тейпирование с использованием различных техник тейпинга (например, проведение классической мышечной стимуляции на одной процедуре и проведение по методу фасциальной коррекции с методикой осцилляции на другой процедуре).
8. Тейпирование с использованием различной степени натяжения тейпа. Это касается многих аспектов технического подхода:
 - в ходе одной процедуры тейпирование разных мышц (мышечных групп) одним типом тейпа, но с разным натяжением;



а



б

Рис. 1

- в ходе одной процедуры тейпирование одной мышечной группы (например, передней группы мышц голени) одним типом тейпа, но с разной степенью натяжения сегментов одного и того же тейпа в процессе наложения (рис. 1, а, б).

В практической деятельности немаловажно знать виды пластыря для наиболее эффективной фиксации тейпов на кожных покровах (рис. 2), иногда между собой. Из своего опыта мы можем посоветовать фирму HARTMANN, вид пластыря — Omnisilk или Omniplast шириной 1,0–1,5–2,0 см в зависимости от потребностей.



Рис. 2

Касательно пунктов 6–8 необходимо отметить, что помимо описанного подхода воздействие может быть усилено еще больше в результате применения тейпов разного типа (см. ниже) в ходе одной процедуры тейпирования, техника наложения которых будет еще и изменяться согласно предполагаемому тактическому подходу.

Еще раз напомним: несмотря на то что мы постоянно говорим о мышцах и технических различиях в тейпировании мышц, основной идеей каждый раз является включение разнообразного рецепторного ответа для возникновения или усиления динамики лечения. Все предлагаемые техники были использованы в практике в большинстве случаев именно с данной целью. Упоминание о мышцах как таковых облегчает любое объяснение, а также по понятным причинам наиболее выгодно с точки зрения локализации воздействия.

2

Принципы тейпирования

Подбор перерывов между повторными сеансами тейпирования

В нашей практике мы сталкивались с совершенно различными условиями и пациентами. На основе обширного опыта мы смогли оценить разные промежутки времени и вынести взвешенное решение о том, какие перерывы необходимо делать между сеансами тейпирования. При подборе необходимых перерывов были учтены все возможные показатели: способность тейпов к фиксации на кожных покровах, сохранение тейпами эластических свойств (растяжимости), износостойкость применяемых тейпов, период получения наиболее эффективного клинического результата, период рецепторной чувствительности, при которой сам пациент описывает наиболее интенсивное воздействие наложенных тейпов.

➤ Перерывы между сеансами тейпирования

1. Если мы говорим о стандартном тейпировании, то временной промежуток составляет 3–4 дня.
2. Применение тейпов I типа (см. ниже) — перерыв между повторными сеансами составляет 2 дня.

3. При показаниях и серьезной потребности в использовании кинезиотейпинга в комплексном лечении (реабилитации) на фоне применения процедур, которые невозможно проводить при наличии тейпов на кожных покровах (например, электростимуляция, иглоукалывание и др.), — ежедневное тейпирование.
4. Приведем пример, чтобы продемонстрировать возможные альтернативы. В нашей практике было много пациентов из других городов, которые, выписавшись из больницы, договаривались о продолжении тейпирования с целью обучения. Такие пациенты специально приезжали один раз в 7–10 дней из своего города. Весь этот срок они не снимали тейпы и удаляли их только вечером перед следующим визитом. Можно с уверенностью утверждать, что тейпирование имеет эффект и в течение такого срока. Эффективность его, конечно, ниже, но, учитывая разнообразие диагнозов и, следовательно, различную динамику тейпирования, можно не сомневаться в том, что результативность достаточно высокая. В дальнейшем после освоения тейпирования и прекращения визитов родители поддерживали контакт с нами и подтверждали, что результативность повышается, если перерывы между тейпированиями уменьшаются до 3–4 дней.

Выбор вида тейпа

Оценка технических характеристик тейпа

Подбор тейпов на основании их технических характеристик будет показан в отдельной главе, так как эта крайне важная тема стала одним из основных вопросов нашего исследования.

Оценка воздействия тейпа на кожные покровы

1. **Аллергия.** Здесь необходимо помнить следующее: аллергия представляет собой реакцию иммунной системы организма, то есть никак не относится к проявлениям местного характера. В нашей практике аллергические реакции характеризовались совершенно определенным набором симптомов: 1) обязательное наличие кожных проявлений (сыпь, раздражение, отек и др.) *вне зоны* постановки тейпов; 2) выраженная эритема, не связанная с проблемой тяжелого удаления поставленных тейпов, в зоне про-

водимого тейпирования (под тейпом); 3) зуд кожных покровов как в области тейпирования, так и на других участках тела; 4) уменьшение или исчезновение кожных проявлений при применении антигистаминных мазей, кремов.

Такие проявления особенно характерны и выражены при применении подделок тейпов различных ведущих производителей.

- 2. Раздражение кожных покровов.** Это достаточно частая реакция на кинезиотейпинг, и от степени ее выраженности будет зависеть решение о смене одного производителя на другого, иногда — о смене цвета применяемого тейпа того же производителя. Здесь значение имеет то, насколько щадяще проводилась процедура снятия тейпов перед следующим сеансом тейпирования. Реже это связано с самим физическим воздействием тейпа, когда, как правило, в результате определенной степени растяжения образуются мелкие кожные стрии, микрокровоизлияния, то есть остается выраженный рисунок от тейпа. Еще реже раздражение проявляется в связи с особенностью кожных покровов, характеризующихся патологической ранимостью, ломкостью сосудов и др.

Раздражение кожных покровов необходимо отличать от аллергии: все перечисленные проявления локализуются в зоне постановки тейпов (только под тейпами) и, как правило, даже не под всей площадью тейпа.

Выбор тейпа в зависимости от производителя

В мире существует очень много фирм, производящих тейпы хорошего качества. Мы уже упоминали, что в нашей практике довелось использовать и оценить различные тейпы. Более того, так получилось, что мы смогли испытать несколько китайских подделок на Kinesio Tex Gold. В основном все они были определены как таковые именно в результате того, что при их применении были получены очень выраженные аллергические реакции и/или сильное раздражение кожных покровов. Однако два тейпа из копий Kinesio Tex Gold были такого качества, как будто сама родная фирма-производитель занялась улучшением характеристик своих тейпов. Аллергических реакций не было, а технические характеристики были на высоком уровне. Также мы пробовали очень много тейпов хорошего качества от различных немецких производителей.

Если мы исключим концепцию четырех тейпов (см. ниже) из практики, то наши рекомендации будут следующими. Здесь мы не будем устанавливать ранг

качества и перечислять названия тейпов в порядке, предположим, ухудшения их характеристик. В алфавитном порядке мы приведем фирмы, тейпами которых мы пользовались, нашли их достойными применения в практике и которые есть в продаже на территории России. К таким мы относим Ares, BB-Tape, Intrarich, Kinesio Tex Gold, Kintex, Mueller, Rocktape.

Уход за кожными покровами

Мы выделили этот актуальный вопрос в отдельный раздел, чтобы максимально акцентировать его важность и значимость для педиатрической практики. Представленные здесь методы обобщают обширный опыт прежде всего родителей, которые научили нас почти всем приведенным ниже вариантам. Степень (сила) фиксации тейпов на кожных покровах является индивидуальной. И предсказать, как будут держаться тейпы у того или иного ребенка, насколько трудно они будут поддаваться удалению, совершенно невозможно.

Методы снятия (удаления) тейпов с кожных покровов

Прежде всего мы предлагаем отдавать приоритет технике скатывания тейпов, так как она самая щадящая из всех методов удаления тейпов. Правда, она требует наибольшего количества времени по сравнению с другими техниками снятия тейпов.

1. Обильное смачивание спиртом, ожидание до момента, пока тейп можно будет снять без всякого усилия. Некоторые родители в условиях отсутствия спирта использовали водку. Эффективность ненамного ниже, но единственное условие для достижения желаемого эффекта — увеличение времени воздействия.
2. Смачивание маслом, ожидание 5–15 мин — осторожное снятие. Чаще используется вазелиновое масло. Многие родители рассказывали, что с хорошим эффектом использовали подсолнечное, оливковое масло.
3. Снятие в воде после длительного (достаточного) намачивания. Обращаем ваше внимание, что лучше делать это именно в воде. Даже при условии хорошего смачивания у некоторых пациентов фиксация тейпов происходит сильнее при прекращении контакта с водой.

Варианты ухода за кожными покровами в случае раздражения

Иногда раздражение возникает по совершенно необъяснимым причинам, но в любой ситуации кожные проявления, возникшие в результате применения тейпирования, необходимо оценивать спокойно и адекватно.

При регулярном применении тейпирования у детей иногда возникает выраженное раздражение кожных покровов. Это совершенно не зависит ни от вида тейпа, ни места постановки тейпа, ни от сеанса тейпирования. Более того, чаще всего оно возникает на 6–8–10 сеансе. Можно было бы предположить развитие аллергической реакции, но этому противоречит следующий факт. У таких детей мы продолжали применять тейпирование с использованием тейпов того же типа и производителя, но при условии исчезновения признаков раздражения. И в дальнейшем ситуация не повторялась. Иногда подобные проявления имели место в течение 2–3 процедур тейпирования. По понятным причинам применение тейпирования и проведение этих самых процедур увеличивалось по времени. Опять же в дальнейшем раздражение не наблюдалось.

В случае небольшого раздражения часто нет необходимости применять какое-либо лечение. Лучше сделать просто перерыв на 2–4 дня после удаления тейпов для восстановления кожных покровов.

➤ Методы лечения раздражения:

- 1) гель «Маалокс»;
- 2) крем «Деситин»;
- 3) лечение прыщей — «Циндол» (раствор);
- 4) крем «Адвантан» (особенно если раздражение сопровождается зудом кожных покровов);
- 5) при небольших, умеренных раздражениях — применение бальзамов после бритья.