

## БӨЛІМ: ЖАЛПЫ РУБРИКА

**ДЦП лечение, лечебная физкультура и массаж**ЖАРИЯЛАНДЫ  
13.02.2018СІЛТЕМЕ  
<https://bilimger.kz/30408/>

## АННОТАЦИЯ / АҢДАТПА

**Ахметова Зауре Унталаповна****Введение:****СОДЕРЖАНИЕ**

1. Лечение ДЦП
2. Лечебная физкультура и массаж

Заключение

Список литературы

**Лечение ДЦП**

Лечение ДЦП — процесс длительный и многоэтапный, поскольку необходимо стереть все, что наработано в неправильном стереотипе движений и создать новое, правильное. Не разрушив старое — патологическое, нового построить нельзя, а на это необходимо время. Дело это трудоемкое, но не безнадежное.

**Лечение ДЦП включает 3 необходимых этапа:****Этап №1. Предварительный.**

Суть его заключается в подготовке всех систем организма к возрастанию объема физических нагрузок, к новому режиму, а также очистке организма от токсинов, накопившихся из-за медикаментозного лечения и в связи с гиподинамией. Продолжительность данного этапа обычно составляет от 2-х до 4-х недель.

**Этап №2 - подготовительный.**

Это самая сложная и продолжительная часть лечения: на данном полностью и безвозвратно снимается спастика. Работа проводится только биомеханическими методами. Оперативные и медикаментозные «способы» снятия спастики исключены!

### **Безвозвратное устранение спастики достигается:**

- *Путем восстановления баланса мышц-антагонистов по силе и длине.*
- *За счет устранения мышечных контрактур путем восстановления структуры мышечной ткани до обеспечения полных, свободных полноамплитудных пассивных движений во всех сегментах опорно-двигательного аппарата (ОДА).*
- *За счет устранения суставных контрактур путем восстановления соосности суставов и структуры артикулярных и периартикулярных тканей.*

Завершенным подготовительный этап, можно считать лишь тогда, когда пациент свободно удерживает тело как на двух ногах, так и на каждой ноге в отдельности, способен многократно приседать, наклоняться вперед и в стороны.

Данный этап может быть весьма длительным, его продолжительность зависит от возраста пациента, тяжести заболевания, сохранности психики, особенностей предшествовавшего лечения и т.д.

### **Этап №3 - Основной.**

На этом этапе происходит обучение ходьбе в нормальном стереотипе и сохранению равновесия при движении.

По завершении этапа пациент должен обходиться без опеки и поддержки.

Освоение тонкой моторики и сложных двигательных стереотипов относится к следующим этапам совершенствования функции движения. Поэтому логика лечения предполагает жесточайший запрет не только на любые движения в неправильных патологических стереотипах, но на тонкую и сложную моторику — обучение ей преждевременно и вредно.

На всех этапах лечебного процесса его непосредственными и активными участниками являются родители ребенка. От их понимания, готовности к контакту, исполнительности и трудолюбия напрямую зависит эффективность работы.

Лечение ДЦП должно быть начато как можно раньше и вестись непрерывно. Заболевание неизлечимо, но при лечении с раннего возраста возможно наиболее

благоприятное развитие ребенка.

В первые годы жизни наиболее возможно компенсировать дефект, уменьшить проявления спастичности, а следовательно, деформаций скелета, контрактур и улучшить приспособляемость к нормальным движениям, удержанию равновесия, самообслуживанию.

Ребенок должен наблюдаться у педиатра, невролога, ортопеда, логопеда, психолога, реабилитолога. Усилия всех специалистов и родителей должны быть направлены на максимально возможную социальную адаптацию ребенка. Терапевтическое воздействие должно быть направлено на повседневную жизнь ребенка, на удовлетворение его желания двигаться самостоятельно – взять игрушку, есть, одеться, сесть, стоять, ходить. Для каждого ребенка должна быть разработана физиотерапевтами индивидуальная программа занятий, возможно с использованием вспомогательных приспособлений и специального оборудования.

Лечение ДЦП должно быть комплексным и включать медикаментозную терапию, постоянную лечебную физкультуру, ортопеду — хирургические методы лечения, психологическую помощь, развитие речи, санаторно-курортное лечение. Ребенка практически нужно научить выполнять все доступные движения и поддерживать их.

Медикаментозное лечение ДЦП состоит из нейропротекторов, антиоксидантов, сосудистых препаратов, мозговых метаболитов, миорелаксантов, витаминов. Широко применяется церебролизин внутривенно, кортексин внутримышечно, цераксон внутривенно – сироп – таблетки, сомазина – внутривенно – сироп, актовегин внутривенно – таблетки, солкосерил внутривенно, пирацетам внутривенно – таблетки. Инъекции этих препаратов назначает невролог. Глицин, нейровитан в таблетках назначают курсами. Для снятия спастического напряжения мышц, в зависимости от тяжести, делают или уколы мидокалма, или назначают таблетки – мидокалм, баклофен или другие миорелаксанты. Возможно введение лекарственных препаратов в биологически активные точки конечностей и лица – АТФ, прозерин. В особо тяжелых случаях возможно применение инъекций ботулинического токсина – ботокса, диспорта. В пораженную мышцу (напряженную мышцу) специальной иглой в несколько точек вводится препарат. Процедура эффективна, но требует повторения через 6 месяцев.

Если у ребенка эпилептические припадки, самолечение не только недопустимо, но и опасно для жизни. Подбор противосудорожных препаратов индивидуален, зависит от типа припадка, частоты и тяжести, возраста, сопутствующих заболеваний. Используются препараты вальпроевой кислоты, топарамат, ламотриджин. Занимается

этим только врач. Самостоятельное назначение и отмена препарата недопустимы.

Медикаментозное лечение детского церебрального паралича носит симптоматический характер, возможно применение и обезболивающих препаратов, спазмолитиков, антидепрессантов и транквилизаторов.

А вот лечебной физкультурой больному ДЦП нужно заниматься постоянно, постепенно отводя у болезни все новые и новые движения, приспособляясь к своему телу и окружающему миру. Посещая занятия реабилитологов, родителям предстоит обучиться и технике массажа и лечебной гимнастике, потому что это лечение предстоит повторять и повторять ежедневно. Лечебная физкультура – это и игровые моменты – от «взять конфету и принести мяч» до игры на пианино и занятия на спортивных тренажерах, гимнастических мячах, подушках, лесенках, ходунках.

Физиотерапевтические методы лечения — бальнеотерапия, грязевое и тепловое лечение, озокерит, электрофорез лекарственных веществ, электростимуляция мышц и нервов.

*Хирургическое лечение ДЦП* рекомендуется при выраженных контрактурах. Применяют гипсовые повязки и оперативное лечение. Ортопеды – хирурги могут удлинять сухожилия и мышцы, кости (ахиллопластика, артропластика), пересаживать сухожилия, подрезать сухожилия для снятия спастичности, проводить операции на нервах. Вмешательство направлено для профилактики и лечения контрактур, вывихов и подвывихов суставов, для увеличения стабильности конечности

*Бальнеотерапия* – в теплой воде снижается тонус мышц, уменьшаются гиперкинезы (подергивания), увеличивается объем активных движений. Назначают йодобромные, валериановые, хвойные, скипидарные, кислородные, радоновые, морские, жемчужные ванны, гидромассаж, плавание. Современные ванны «Акваделиция», «Акваманус», «Аквапедис» дают возможность подводного массажа с аэрацией струи, хромоцветотерапией и озонированием. Ванны четырехкамерные гальванические «Верифофен» сочетают возможность воздействия теплой воды и гальванического или импульсного тока и лекарственного вещества – бишофита, скипидара, никотиновой кислоты, шалфея, хвойного экстракта.

### **Лечебная физкультура и массаж**

Бытует мнение, что заниматься с ребенком лечебной гимнастикой и лечебной физкультурой можно только с трехлетнего возраста. Однако это утверждение ошибочно. На формирование основных двигательных навыков природой отпущен примерно год – от момента рождения до того времени, как малыш начнет ходить. Далее следует лишь процесс их совершенствования.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – одно из тех заболеваний, которые часто

приводят к тяжелой инвалидности. Термин ДЦП впервые был предложен З.Фрейдом в 1893 г., который назвал таким образом группу заболеваний мозга внутриутробного и родового происхождения. Классификация форм ДЦП З.Фрейда строилась на основе поражения двигательной сферы (конечностей) и включала монопарез, парапарез, гемипарез, тетрапарез, трипарез. Профессор К. А. Семенова вывела наиболее совершенную, всеохватывающую классификацию форм ДЦП с учетом развития не только двигательной, но и интеллектуальной, психоречевой и эмоциональной сфер:

1. **Двойная спастическая гемиплегия (выражены все тонические рефлексы с ригидностью мышц).**
2. **Спастическая диплегия.**
3. **Гемипарез.**
4. **Гиперкинетическая форма с подформами:**

- а) даоной атетоз,
- б) атетозный баллизм,
- в) хориоатетозная форма,
- г) хореический гиперкинез.

#### 5. **Атонически-астатическая форма.**

Форма ДЦП у ребенка определяется по наиболее ярко выраженной клинической картине заболевания, которую, как правило, дополняют сопутствующие синдромы.

Для определения статуса ребенка, невропатологи перинатальная энцефалопатия (ПЭП), формы ДЦП и методики лечения требуется наиболее ранняя диагностика заболевания. Детский невропатолог устанавливает диагноз, клиническую картину и форму заболевания, медикаментозное лечение, дает отвод от прививок, а также назначает массаж, ЛФК и другие средства.

Методика лечения детей с ДЦП и ПЭП сугубо индивидуальна и зависит от возраста, формы и степени тяжести заболевания. Она включает медикаментозное лечение, ЛЮК, массаж, игло- и рефлексотерапию, ортопедический режим, поэтапное гипсование, ФТО, бальнео- и хирургическое лечение, логопедические занятия.

Лечебный массаж и ЛФК в соответствии с назначением занимает основное место в лечении детей, больных ДЦП и ПЭП которые соматически слабые, быстро утомляются и плохо восстанавливаются. По мере роста детского организма и прибавления в весе наблюдается общее отставание в физическом развитии из-за специфического тонуса, гиподинамии, растягивания нервно-мышечного и связочного аппарата. Поэтому при

работе с детьми необходимо учитывать возраст, степень тяжести и форму ДЦП, скрытые потенциальные возможности, соблюдая дидактические принципы доступности, систематичности, от простого к сложному, от известного к неизвестному.

У детей с ПЭП и ДЦП в результате поражения тех или иных структур проводящих путей головного мозга после трехмесячного возраста еще сохраняются некоторые врожденные рефлексы, нарушается антигравитационный механизм функционирования вестибулярного аппарата (при его наличии), что является препятствием для развития условных цепных установочных рефлексов. Видоизменяется не только мышечный тонус, но и тонус сосудов и кишечника, затрудняется циркуляция крови, кровообращение и питание головного мозга и его созревание. Патологические тонусы бывают трех типов: гипертонус, гипотонус, дистонический тонус, то есть то повышенный, то пониженный (переменный). При гипертонусе отмечается порочная заинтересованность сгибателей, приводящих и пронирующих групп мышц. В результате со временем образуется “круглая спина”, отсутствует поясничный лордоз, ограничивается подвижность в тазобедренных суставах, затрудняется разведение ног (что приводит к выведению головок бедра из вертлужной впадины — подозрение на дисплазию), полностью не разгибаются ноги в коленных суставах, стопы зквинусны (не исключены тугоподвижность и контрактуры в суставах). При гипотонусе (мозжечковая симптоматика) ослаблены вестибулярные реакции и сухожильные рефлексы, наблюдается тенденция к формированию вальгусных стоп. При дистонии дети, как правило, скованы, их шейно-плечевой отдел блокирован.

Всем без исключения детям полезны занятия лечебной гимнастикой и массаж, так как у них нет двигательного опыта. Больным ПЭП и ДЦП они жизненно необходимы.

Лечебная гимнастика (ЛГ) и массаж нормализуют биохимические процессы в нервно-мышечном аппарате, подвижность в крупных суставах, мышечный тонус и создают условия и возможность для формирования цепных рефлексов на фоне подавления врожденных. При выборе упражнений и составлении комплекса ЛГ необходимо учитывать специфику мышечного тонуса ребенка, степень (тяжесть) поражения, скрытые потенциальные возможности и выбирать биомеханически оправданные и доступные исходные положения и эффективные приемы для расслабления мышц. С особой осторожностью необходимо относиться и детям с гидроцефалией, микроцефалией, гипертензионным синдромом и эписиндромом. Лечение двигательных расстройств при ДЦП проводится комплексно с помощью лечебных средств, лекарств, ЛФК, массажа, ортопедического режима, логопедических занятий.

В настоящее время возможно использование около 25 методик ЛФК – Бобата, Линдемана, Фрелиха, Войта, Кэбота, Фелпса, Семеновой К. А., Бортфельд С.А. и др.

Как показала практика, наиболее эффективными являются классический лечебный массаж; сегментарный; массаж воротниковой зоны для улучшения дыхания; круговой

трофический, точечный массаж; массаж по системе Монакова; седативный и тонизирующий массаж.

## **Заключение**

Детский церебральный паралич – это полиэтиологическое заболевание с поражением преимущественно центральной нервной системы.

Наиболее частыми причинами возникновения детского церебрального паралича являются

нейроинфекции

последствия острых и хронических заболеваний матери

интоксикации

экологические вредности и т.д.

Однако основное значение придают нейроинфекциям – микробным, вирусным, поражающим ткани мозга, его сосуды. Это приводит к внутриутробной недостаточности кислорода, задержке развития нейронов и их связей, из-за которых нормального хода рождения уже не происходит, возникает механическая родовая травма, нарушение мозгового кровообращения, асфиксия в родах. За последние годы распространенность нейроинфекций возросла, особенно вирусных – таких, как гриппозные, герпес, хламидиозы и др. Наряду с энцефалитами вирусной и микробной природы как следствие их в результате появления продуктов разрушения нервных клеток – мозговых антигенов – начинает формироваться неспецифическая аутоиммунное воспаление.

В зависимости от времени поражения плода или новорожденного, характер и тяжести поражения мозга, формируется та или иная клиническая картина, характеризующаяся в первую очередь различными типами двигательных нарушений, нарушениями речи и познавательной деятельности.

При детском церебральном параличе наблюдается синдром зависимости тонуса скелетных мышц от положения тела: при положении лежа тонус мышц в той или иной степени приближается к нормальному, но как только больной принимает вертикальное положение, тонус мышц приобретает признаки спастичности или ригидности.

Кроме этого при детском церебральном параличе наблюдается выраженный синдром зависимости тонуса мышц от активности своевременно непрошедших тонических рефлексов периода новорожденности. Тетрапарез характеризуется парезом мышц рук в связи с нейроинфекцией и в значительно меньшей степени парезом мышц нижних

конечностей.

Движения в верхних конечностях, хотя и дефектные, позволяют больному писать, обслуживать себя, но больные не ходят или пользуются той или иной поддержкой. Существенное значение имеет нарастающая патологическая активность функций стволовых структур, не регрессирующая, как у здоровых детей, а медленно прогрессирующая с годами активность патологических (в возрастном аспекте) тонических рефлексов. Именно это обстоятельство обуславливает многие сложные механизмы патогенеза двигательных нарушений, характерных для детского церебрального паралича.

Идеологически это можно понять: если в мозговой ткани есть шрамы, они останутся, и тут ничего не поделаешь. Но надо помочь таким детям приспособиться к жизни. И тут многое зависит от родителей. И от коллектива, в котором воспитывается ребенок. Малыш должен знать и понимать, что он «не такой, как все». Но это не значит, что он хуже. Адаптация ребенка с ДЦП в жизнь здоровых сверстников — это обязательная социальная прививка. А дальше все зависит от особенностей его организма. Ведь диагноз ДЦП, при всем своем обязательном наборе симптоматики, все же индивидуален для каждого. И еще: будущее малыша-«дэцэпэшника», как и будущее любого человека, зависит от его личных качеств: упорства, оптимизма, трудоспособности и веры в себя.

## Список литературы

Астахов В.А. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы // Здоровье – 2000 — №3 – С.14-15

Бровицкий А.С. Виды, симптомы, лечение ДЦП // Здоровье, 2000 — №2-С.15

Веселов А.В. Лечение ДЦП // Здоровье, 2000 — №12-С.21

Драгунов С.К. Лечебная физкультура и массаж при ДЦП // Здоровье – 2000 — №3 – С.32

Яковлева М.Ю. Детский церебральный паралич // Здоровье, 2000 — №5- С.10

15

**КМ АА** Куәлік нөмірі: **KZ45VPY00102718** — ҚР Мәдениет және Ақпарат министрлігі

© 2026 **Bilimger.kz** Ақпараттық-танымдық білім порталы. Барлық мазмұн авторлық құқықпен қорғалған.