



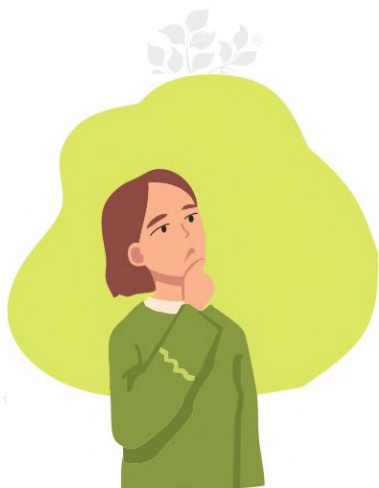
ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава РФ

# Памятка родителям детей с ДЦП после многоуровневых одномоментных операций



## Что такое ДЦП?

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это нарушение движений и контроля за положением тела в пространстве (позой). Люди с церебральным параличом часто не могут двигаться так, как двигаемся мы, когда ходим, бегаем или прыгаем, или не могут это делать так же хорошо. У них бывают и нарушения мелких движений, тех, которые мы выполняем руками, пальцами рук при манипуляциях предметами. Поза, то есть положение тела, когда мы стоим, сидим или двигаемся, тоже часто бывает неправильной.



Церебральный паралич развивается в следствии повреждения незрелого головного мозга и всегда начинается в детстве. При ДЦП очаг повреждения головного мозга не расширяется, и поражение не усугубляется в процессе роста, как при некоторых других заболеваниях. То есть головной мозг ребенка с церебральным параличом имеет «законсервированное повреждение», которое само по себе не изменится. Таким образом, Церебральный паралич—это не прогрессирующее, но видоизменяющееся нарушение контроля за движениями и позой, возникающие в раннем детстве.




Нам часто задают вопрос о проведении реабилитации детей в послеоперационный период. Универсальных рекомендаций нет, так как каждый ребенок индивидуален. Однако существует определенный алгоритм действий, на который стоит ориентироваться при проведении послеоперационного лечения. Мы подготовили общие рекомендации, которые могут пригодиться, т.к. многие, прошедшие этап операции, не знают, что делать дальше и как начать необходимую реабилитацию.





В лечении ребенка, страдающего ДЦП (и не только), сама операция, это только часть работы, другая часть – это правильно проводимая комплексная реабилитация.

## Задачи реабилитации:

-  Восстановить движения в суставах конечностей после длительного вынужденного положения.
  -  Создать новые рефлекторные дуги для тех мышц, которые не функционировали до операции.
  -  Дать возможность пациенту освоить новые двигательные навыки.
- Восстановление больного – это длительная комплексная процедура, проводимая поэтапно, непрерывающаяся на протяжении всего срока восстановительного периода.

## Этапы реабилитации:

**1**

Ранний послеоперационный период (6—8 недель )

**2**

Реабилитационный период после снятия гипсовой повязки (2-3 недели)

**3**

Поздний реабилитационный период



## Ранний послеоперационный период (6—8 недель)

В первую очередь хочется Вам рассказать, что же такое за лечение - **многоуровневые одномоментные вмешательства**! Деформации конечностей у детей с ДЦП в подавляющем случае не локализуются на одном уровне, чаще проблема является комплексной и затрагивает всю конечность (обе конечности). Например, при спастической диплегии средней и тяжелой степени присутствуют контрактуры и деформации тазобедренных, коленных суставов, стоп на обеих ногах. Выполнение отдельной операции для каждого компонента ортопедической патологии привело бы к огромному количеству хирургических вмешательств, наркозов, длительной иммобилизации и неизбежной потере ребенком ранее приобретенных двигательных навыков.



Поэтому современным подходом, который является предпочтительнее как с медицинской точки зрения, так и социальной (сокращение пребывания ребенка в больнице, уменьшение периода непосещения школы или детского сада) является одномоментное - за время одной операционной сессии — устранение всех имеющихся ортопедических осложнений, требующих хирургического метода лечения.

## Реабилитация в послеоперационном периоде

Применяемые в настоящее время подходы (многоуровневые одномоментные вмешательства), способы сухожильно—мышечной пластики (апоневротомии без нарушения целостности сухожильной части мышц) и способы остеосинтеза (внутренний остеосинтез с первичной стабильностью) позволяют выполнять раннюю мобилизацию детей (вертикализация с полной нагрузкой, мобилизация суставов и другие приемы лечебной гимнастики) с использованием вертикализаторов, ходунков и других средств реабилитации.



Такой подход позволяет избежать длительного периода неподвижности, связанных с этим мышечной атрофии, иммобилизационных контрактур суставов, прогрессирование остеопороза. Но в любом случае увеличение нагрузки на конечности, расширение амплитуды движений в суставах должно быть постепенным и проводиться под врачебным контролем с учетом выполненного оперативного лечения.

### Постуральный менеджмент в реабилитации пациентов с нервно-мышечными заболеваниями

– это мультидисциплинарный подход в планировании помощи человеку с нарушениями, с целью повышения возможностей человека, таких как:

- коммуникация
- ежедневные занятия, включая самообслуживание
- возможность выбора двигательного режима

Это 24-часовой подход, предусматривающий оценку и коррекцию всех положений, в которых находится человек (лежа, сидя, стоя) в рамках программы реабилитации.

### Постуральный менеджмент

ВИД ОПЕРАЦИИ	ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ				
	НА ПОЛУБОК, БОК	НА ЖИВОТ	ПРИСАЖИВАТЬ, СИДЕТЬ	ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ	ИЗОМЕТРИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ
При вмешательстве только на мягких тканях.	1 день	2-4 день	2-3 день	3-7 день	2-5 день
<b>ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОСТЯХ И МЯГКИХ ТКАНЯХ ПРИ ДЕРОТАЦИОННЫХ ОСТЕОТОМИЯХ БЕДРА</b>					
с А-образной гипсовой повязкой	<b>1 день</b> —Полубок (на не оперированный бок) <b>2-3 день</b> — Бок (на не оперированный бок)	<b>3-4 день</b> (без ацетабулопластики) <b>5-7 день</b> (с ацетабулопластики)	5-6 день	Через 7– 10 дней	2-5 день
В случае над мышечковых остеотомий бедер, остеотомий стоп, деторсионных остеотомий костей голени и при гипсовой иммобилизации	1-3 день	2-4 день	3-4 день	Через <b>7– 10 дней</b> (операция не на костях стопы) Через <b>14– 21 день</b> (операция на костях стопы)	<b>2-3 день</b>
Деторсионные остеотомии бедренных костей	1-3 день	2-4 день	3-4 день	Через <b>7– 10 дней</b> (операция не на костях стопы)	2-3 день
Операция по Грайс, сухожильно—мышечная пластика	1-3 день	2-3 день	3-4 день	Через <b>7– 10 дней</b>	2-3 день

Таблица смены положения тела пациента в послеоперационный период со сменной положения позы каждые 1,5 часа.

## Укладка пациента в ранний послеоперационный период

### Позиционное положение тела на спине



В первый час после операции позиционное положение тела **НА СПИНЕ**. Валик необходимо подложить под стопы.

### Позиционное положение тела на полубок



В первые послеоперационные сутки можно совершить смену положения тела. Первый поворот совершается только вместе с врачом или инструктором — методистом ЛФК, последующие — самостоятельно. Позиционное положение тела на спине сменяется на положение — **ПОЛУБОК**, путем подкладки подушки под спину и ноги. Ноги остаются на валике. Позицию меняем каждые 1,5 часа.

### Позиционное положение тела на бок



На вторые сутки после операционного лечения позиционное положение тела на спине сменяется на положение — **ПОЛУБОК**, а затем - **НА БОК**. Между ног подкладывают мягкую подушку. Под руку подкладывают подушку. Позицию меняем каждые 1,5 часа.



**Позиционное положение тела на животе**

На 3-4 день разрешено изменить положение тела **НА ЖИВОТ**, если не была проведена ацетабулопластика. При ацетабулопластике — только на 5-7 день можно переворачивать на живот.

**Чего ожидать в первые дни после операции?**

## 1. Болевой синдром:

- ♦ Боль легче предупредить, чем бороться с ней, поэтому не отказывайтесь от регулярного введения обезболивающих средств, даже если ребенок не жалуется на боль
- ♦ Оценивайте боль у ребенка с помощью шкалы боли (см. далее)

## 2. Двигательный режим определяется врачом:

- ♦ Все укладки, перемещения и упражнения необходимо делать в разрешенные сроки, и как можно чаще

## 3. Профилактика пролежней:

- ♦ Чем меньше двигается ваш ребенок, тем больше риск развития пролежней
- ♦ Каждые 1,5 часа меняйте положение тела ребенка
- ♦ Используйте подушки, валики, свернутые одеяла и т.п. для удобного и правильного расположения ребенка
- ♦ Массируйте область крестца и лопаток несколько раз в день
- ♦ Покраснения кожи в местах давления должно держаться не более 20 минут

## 4. После наложения гипсовых повязок:

- ♦ Могут усиливаться вздрагивания и спастичность мышц

## 5. Нарушение сна, беспокойство, повышенная тревожность:

- ♦ Возникает у большинства детей

## Шкала боли FLACC

Иногда трудно оценить уровень боли у невербальных детей. Шкала боли FLACC - это система, которая может помочь родителям и специалистам оценить уровень боли у детей с ограниченным или отсутствующим выразительным общением. В таблице ниже представлены категории оценки. Ноль, один или два балла даются каждой из пяти категорий: Лицо, Ноги, Активность, Плач, Утешение

Интерпретация оценки поведения

Каждая категория оценивается по шкале от 0 до 2, следовательно дает общий балл от 0 до 10 баллов

0 спокойно и комфортно 4-6 умеренная боль

1-3 легкий дискомфорт 7-10 сильный дискомфорт или боль

КАТЕГОРИЯ	0 баллов	1 балл	2 балла
<b>Лицо</b> <b>F</b>	Нет особого выражения или улыбки	Периодическая гримаса или хмурый взгляд, замкнутость, не заинтересованность	Частое или постоянное дрожание подбородка, сжатые челюсти
<b>Ноги</b> <b>L</b>	Нормальное положение тела, расслабленность	Беспокойный и напряженный	Пинается ногами, ноги подняты вверх
<b>Активность</b> <b>A</b>	Лежит спокойно, в нормальной позе, легко двигается	Извивается, ерзает туда сюда, напряженный	Выгибается дугой, дергается
<b>Плач</b> <b>C</b>	Не плачет (в периоде сна/бодрствования)	Стоны, хныканье, эпизодические жалобы	Постоянный плач, крики, рыдание, частые жалобы
<b>Утешение</b> <b>C</b>	Довольный, расслабленный	Успокаивается от поглаживаний, от объятий, от разговора	Трудно утешить и успокоить



Если ребенок набрал большое количество баллов и демонстрирует такое поведение это не обозначает, что ему больно, т.к. некоторые виды поведения, измеряемые шкалой FLACC могут возникать и по разным другим причинам. Тем не менее родителям рекомендуется внимательно следить за высокими баллами и обратиться к специалистам.

## 2

### Реабилитационный период после снятия гипсовой повязки (2-3 недели)

Лучшая стратегия для лечения ДЦП— работа в команде. В процессе лечения необходимо тесное взаимодействие родителей с лечащим врачом и инструктором—методистом ЛФК, обмен информацией о ребенке. Врачи, инструктора ЛФК и родители должны наблюдать ребенка вместе: именно так достигается наилучший результат.





Инструктор—методист ЛФК разрабатывает и применяет на практике курс упражнений для развития и поддержания мышечного тонуса. Помогает ребенку учиться ходить, сидеть и сохранять равновесие.



Родителям очень важно понять, что методы индивидуальной лечебной физкультуры должны проводиться ежедневно и дома после обучения в нашем Центре. Только тогда у хирургического лечения будет значимый положительный эффект!

### **Комплекс реабилитации после снятия гипсовой повязки при операции на костях и мягких тканях нижних конечностей**

Методические рекомендации к выполнению заданий:

1. Все упражнения выполняются сначала пассивно (с посторонней помощью родителей, инструктора ЛФК, затем активно, собственными мышцами (ребенком)).
2. В помещении должна быть комфортная температура воздуха ( $23^{\circ}$ - $24^{\circ}$ ), спокойная обстановка. Занятия желательно проводить в определенное время.
3. Для исключения негативных эмоций первые 2-3 дня во время выполнения упражнений необходимо неплотная фиксация конечности эластичным бинтом.
4. Количество повторений увеличивается постепенно, в зависимости от возможностей ребенка.
5. Важно мотивировать ребенка на работу.
6. Пациент должен проводить не менее 6-8 часов в положении лежа на животе. В течение дня необходимо поворачиваться на спину, на бок, сидеть.
7. Вертикализация и ходьба возможна по разрешению врача, переносимости нагрузок.

## Комплекс упражнений ЛФК после снятия гипсовых повязок



### УПРАЖНЕНИЕ 1

Исходное положение (И.П.) лежа на спине : руки вдоль туловища. На вдохе отводим руки в сторону, на выдохе руки прижимаем к груди.

Повторить 3 — 4 раза.

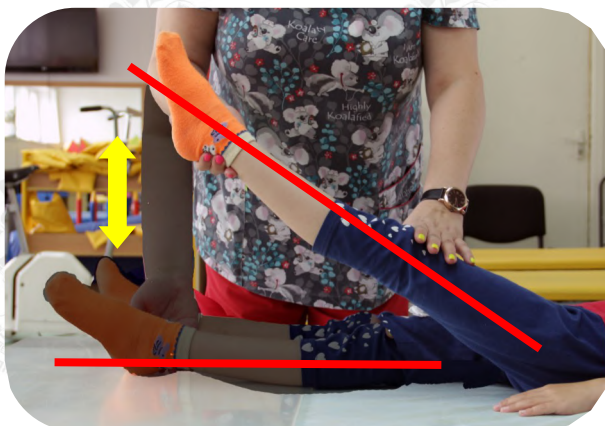


### УПРАЖНЕНИЕ 2

И.П. лежа на спине, руки вдоль туловища. Пассивное сгибание, разгибание стоп.

Повторить 5 — 15 раз.

Исключить ротационное (круговое) движение стопами.



### УПРАЖНЕНИЕ 3

И.П. лежа на спине : Поднять выпрямленную в коленном суставе ногу. Пассивно - активные движения.

Повторить каждой ногой 5 -15 раз.



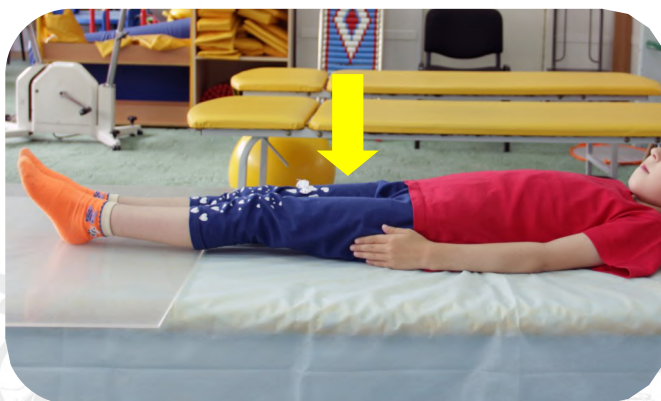
**УПРАЖНЕНИЕ 4**

**И.П.** лежа на спине : Попеременное отведение прямой ноги в сторону по скользящей поверхности. Контролировать положение надколенника строго вверх. Пассивно — активные движения. Повторить 10 — 15 раз.

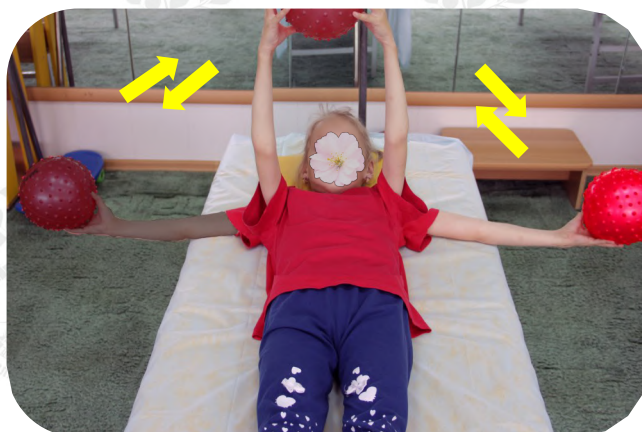
**УПРАЖНЕНИЕ 5**

**И.П.** лежа на спине : Изометрическое напряжение мышц бедра и ягодичных мышц.

Повторить 5 — 15 раз.

**УПРАЖНЕНИЕ 6**

**И.П.** лежа на спине : На вдохе отводим руки в сторону. В одной руке, удерживая мяч. На выдохе соединяем руки и передаем мяч и другую. Повторить 4 — 5 раз.







### УПРАЖНЕНИЕ 7

**И.П.** лежа на спине, между бедер зажат мяч диаметром около 15— 20 см. Сжимаем мяч, задерживаем до 35 секунд, разжимаем мяч.

Повторить 5—15 раз.

### УПРАЖНЕНИЕ 8



**И.П.** лежа на спине, руки на груди. На ноги можно поместить груз 1,5 - 2 кг для удержания. Подъем корпуса.

Повторить 5 - 10 раз.

### УПРАЖНЕНИЕ 9

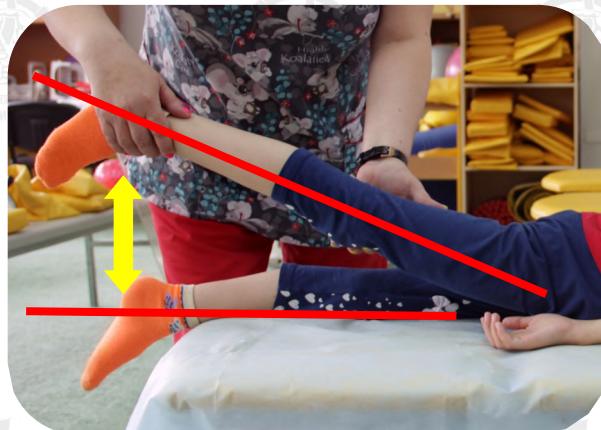


**И.П.** лежа на спине : Кистью правой руки тянемся до левого колена. Тоже повторите левой рукой в сторону правого колена. Повторяем каждой рукой 5 раз.

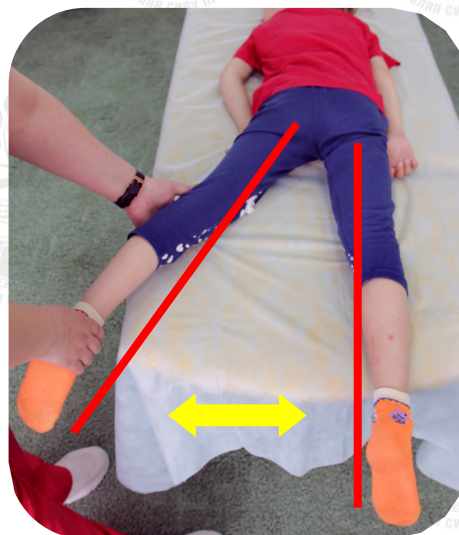


**УПРАЖНЕНИЕ 10**

**И.П.** лежа на животе, стопы свисают с края кушетки. Подъем прямой ноги вверх, не сгибая коленный сустав. Пассивно-активные движения. Повторить каждой ногой 5—15 раз.

**УПРАЖНЕНИЕ 11**

**И.П.** лежа на животе : Попеременное отведение ног в сторону. Выполнять на скользящей поверхности. Пассивно - активные движения. Повторить 5 - 15 раз.

**УПРАЖНЕНИЕ 12**

**И.П.** лежа на животе : Пассивно-активное сгибание ног в коленных суставах. На ягодицы можно положить груз до 3 кг для исключения подъема таза. Повторить 5 -10 раз.





### УПРАЖНЕНИЕ 13



**И.П.** лежа на животе : Изометрическое напряжение ягодичных мышц. Повторить 10—15 раз.

### УПРАЖНЕНИЕ 14



**И.П.** лежа на животе : Дыхательное упражнение. На вдохе поднимаем руки вверх через стороны, на выдохе опускаем руки, повторить 4—5 раз.

### Укладка для коленного сустава из исходного положения лёжа на спине или животе

Лечение положением. 10-30 мин. 1-2 раза в день. Сильной боли быть НЕ ДОЛЖНО.

#### лёжа на животе



#### лёжа на спине





# 3

## Поздний реабилитационный период

Третий этап—

**период поздней реабилитации: период** активного восстановления двигательных, умственных, психических, эмоциональных функций и навыков. Пациент уже может самостоятельно заниматься гимнастикой, пытается сидеть в постели и вставать с неё. На данном этапе важную роль играет активное участие в реабилитации самого пациента и членов его семьи.

Важный этап реабилитации детей с ДЦП и другими неврологическими диагнозами – это определение уровня моторных функций, самостоятельности и независимости ребенка. Собственно диагностика является по сути первым этапом реабилитации. Обычно, применяя различные международные шкалы и диагностические методики, этим занимаются врачи-реабилитологи в медицинских центрах перед назначением комплекса реабилитационных процедур пациенту. Сейчас, благодаря материалу представленному далее, можно самостоятельно определить моторные функции и понимать к чему нужно стремиться и до какого уровня не следует регрессировать.

Итак, начнем с определения реабилитационного потенциала ребенка: чем точнее его проведут родители, тем эффективнее будет назначенный специалистами реабилитационный курс.

### **Шкала GMFCS: международная система классификации больших моторных функций**

Международная система классификации больших моторных функций основана на оценке самопроизвольных движений ребенка. Она помогает оценить такие двигательные функции ребенка, как сидение, ходьба, а также определить какие именно технические средства реабилитации помогут маленькому пациенту.

Шкала очень полезна и специалистам, и родителям, т.к. дает четкое описание того, что умеет или может уметь ребенок в рамках своего уровня в своей возрастной группе – то есть к чему нужно стремиться в плане освоения двигательных навыков на каждом этапе развития. Кроме того,

с ее помощью можно подобрать технические средства реабилитации, которые помогут ребенку быть мобильным, самостоятельным, осваивать двигательные навыки, а также какой прогноз и, соответственно, какая помощь может понадобиться ребенку в более взрослом возрасте. Классификация устанавливает 5 уровней.

**GMFCS**: Международная система классификации больших моторных функций

### УРОВНИ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПО ШКАЛЕ GMFCS



#### I уровень

Ребенок передвигается самостоятельно без ограничений.

#### II уровень

Ребенок передвигается самостоятельно с ограничениями

#### III уровень

Ребенок передвигается с использованием ручных приспособлений (трости, ходунки и т.п.) по ровной поверхности

#### IV уровень

Самостоятельное передвижение ребенка ограничено, могут быть использованы моторизованные средства передвижения

#### V уровень

Ребенок не способен передвигаться без посторонней помощи, перевозка в ручном инвалидном кресле

Основным критерием для врачей и реабилитологов является различие между уровнями, которое должно быть значимым в повседневной жизни ребенка. В соответствии с выявленными различиями определится необходимость использования ручных приспособлений для передвижения (таких как ходунки, костыли, трости) или колесных средств передвижения.

Нужно отметить, что различия между уровнями могут быть ярко выраженными или сглаженными в зависимости от возрастной категории ребенка. Далее представлены уровни моторных функций у детей по шкале GMFCS разных возрастных категорий.



## Шкала GMFCS для детей до двух лет

Родителям детей до двух лет следует определить большие моторные функции ребенка, используя показатели ниже.

**GMFCS**: Международная система классификации больших моторных функций



**I уровень.** Младенцы первого уровня могут самостоятельно садиться и вставать из положения сидя, сидя на полу, их руки свободны для манипуляций с предметами. Младенцы ползают, используя руки и колени, могут подтянуться, чтобы встать, сделать несколько шагов, держась за мебель (опору). Младенцы в возрасте от 18 месяцев до 2 лет ходят самостоятельно, не нуждаясь в использовании вспомогательных устройств для передвижения.

**II уровень.** Если младенец удерживается, сидя на полу, но нуждается в использовании рук для балансировки, ползает на животе или с использованием рук и колен, может подтянуться, чтобы встать и шагать, держась за мебель, то его моторные функции соответствуют второму уровню.



**III уровень.** Для третьего уровня характерны следующие показатели: младенцы удерживаются, сидя на полу, когда их нижняя часть спины поддерживается, они переворачиваются и ползут на животе.

**IV уровень.** Младенцы четвертого уровня удерживают голову, но нуждаются в поддержке туловища в положении сидя на полу, они могут переворачиваться на спину и на живот.

**V уровень.** Показатели пятого уровня подтверждают физические нарушения, которые ограничивают произвольный контроль движений. Младенцы не удерживают голову и туловище против градиента тяжести в положении на животе и сидя. Они нуждаются в помощи взрослого, чтобы перевернуться.

## Шкала GMFCS для детей старше двух лет

**GMFCS** — Международная система классификации больших моторных функций

**V уровень**

Физические нарушения ограничивают самостоятельный контроль движений и возможность удерживать голову и туловище, функциональные ограничения сидения и стояния не могут полностью компенсироваться использованием вспомогательных устройств и поддерживающих технологий. Ребенок не может самостоятельно двигаться и перевозиться взрослыми.

**IV уровень**

Ребенок может самостоятельно сидеть на полу, но не в состоянии удерживать равновесие без помощи своих рук. Самостоятельно не ходит, передвигается на короткие дистанции (в пределах комнаты) по полу с помощью перекачивания, ползания на животе или на четвереньках, не используя возвратно-поступательный способ.

**2+**

УРОВНИ  
МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ  
У ДЕТЕЙ ПО ШКАЛЕ  
GMFCS



**III уровень**

Ребенок двух-четырех лет удерживаются, сидя на полу часто по типу «W-сидения» (сидят между согнутыми и ротируемыми внутрь бедрами и коленями) и могут нуждаться в помощи взрослого для сидения. Они ползают на животе или на четвереньках (часто не возвратно-поступательным способом). Может подтянуться, чтобы встать на устойчивой поверхности и передвигаться на короткие дистанции. В помещении ребенок может проходить короткие расстояния, используя ручные приспособления (ходунки) и им потребуется помощь взрослых для поворотов и управления движением.

**I уровень**

Ребенок самостоятельно сидит, может сесть и выйти из позы сидя без помощи взрослых, при ходьбе не нуждается в использовании вспомогательных приспособлений.

**II уровень**

Ребенок может самостоятельно сидеть на полу, но испытывает трудности с балансировкой, при манипуляциях с предметами задействует обе руки, может самостоятельно сесть и выйти из позы сидя, подтягивается, может встать на твердой поверхности, ползает на четвереньках реципрокным (возвратно-поступательным) способом, передвигается, держась за мебель. При ходьбе они используют вспомогательные приспособления для передвижения. Для детей этого уровня и возраста ползание, передвижение вдоль опоры и ходьба являются преимущественными способами передвижения.



**I уровень.** При первом уровне больших моторных функций у детей этого возраста характерно следующее: ребенок сидит на полу с обеими руками свободными для манипуляций с предметами. Он садится и встает с пола и стоит без помощи взрослых. Эти дети предпочитают ходьбу как основной способ передвижения, при этом не нуждаясь в каких-либо вспомогательных устройствах.

**II уровень.** Для второго уровня характерны следующие показатели: дети могут сидеть на полу, но у них могут возникнуть трудности с балансировкой, когда обе их руки свободны для манипуляций с предметами, они садятся и встают с пола без помощи взрослых. Дети, подтягиваясь, могут встать на твердой поверхности, ползают на четвереньках реципрокным (возвратно-поступательным) способом, передвигаются, держась за мебель. При ходьбе они используют вспомогательные приспособления для передвижения. Для детей этого уровня и возраста ползание, передвижение вдоль опоры и ходьба являются преимущественными способами передвижения.

**III уровень.** При третьем уровне дети двух-четырёх лет удерживаются, сидя на полу часто по типу «W –сидения» (сидят между согнутыми и ротированными внутрь бедрами и коленями) и могут нуждаться в помощи взрослого для сидения. Они ползают на животе, или на четвереньках (часто не возвратно-поступательным способом), что является преимущественным способом передвижения. Дети могут подтянуться, чтобы встать на устойчивой поверхности и передвигаться на короткие дистанции. В помещении дети могут проходить короткие расстояния, используя ручные приспособления (ходунки) и им потребуется помощь взрослых для поворотов и управления движением.

**IV уровень.** Четвертый уровень определяется следующими показателями: дети, посаженные на пол, могут сидеть, но не в состоянии удерживать равновесие без помощи своих рук. Они часто нуждаются в специальных приспособлениях для сидения и стояния. Дети могут самостоятельно передвигаться на короткие дистанции (в пределах комнаты) с помощью перекатывания, ползания на животе или на четвереньках, не используя возвратно-поступательный способ.

**V уровень.** У ребенка пятого уровня моторных функций наблюдаются физические нарушения, ограничивающие самостоятельный контроль движений и возможность удерживать голову и туловище против градиента тяжести. Все области моторных функций ограничены. Функциональные ограничения сидения и стояния не могут полностью компенсироваться использованием вспомогательных устройств и поддерживающих технологий. Дети не могут самостоятельно двигаться и в основном перевозятся другим человеком. Некоторые дети достигают самостоятельной мобильности с использованием моторизированной высокотехнологичной коляски.



Шкала GMFCS для детей четырех-шести лет

**GMFCS** - Международная система классификации больших моторных функций



**I уровень**

Ребенок может ходить без использования вспомогательных приспособлений на большие расстояния, на открытых пространствах и по неровной поверхности, может самостоятельно сесть на стул и на пол, а также встать без помощи рук, поднимается и спускается по лестнице, не держась за поручни, начинает бегать и прыгать.

**II уровень**

Ребенок может ходить без использования вспомогательных приспособлений в помещении и на небольшие расстояния на улице по ровной поверхности, вставать с пола или со стула самостоятельно, но зачастую ему нужна стабильная опора, всегда держится за поручни, когда поднимается и спускается по лестнице, не может бегать и прыгать.

**III уровень**

Ребенок может ходить, используя ходунки, костыли, трости и т.п., сидеть на обычном стуле, сесть на стул и встать с него, придерживаясь или подтягиваясь руками за стабильную поверхность, поднимается по лестнице с помощью взрослого, при передвижении на большие расстояния ребенка чаще всего переносят на руках или используют коляску.

**V уровень**

Ребенок испытывает трудности в контроле за положением туловища и головы в большинстве позиций, все уровни движения ограничены, даже использование адаптивного оборудования и вспомогательных приспособлений не позволяют сформировать физиологические позы сидя и стоя, не имеет никакой возможности передвигаться самостоятельно.

**IV уровень**

Ребенок может самостоятельно сидеть, но нуждается в специализированных приспособлениях для удержания туловища и максимального высвобождения рук, не стоит и не ходит без основательной поддержки и контроля со стороны взрослого.

**I уровень.** При первом уровне развития моторных функций дети четырех-шести лет легко садятся и встают с кресла без помощи рук и без использования поддержки окружающих предметов. Они ходят внутри и вне помещений, поднимаются по лестнице. Способны прыгать и бегать.

**II уровень.** Дети второго уровня сидят в кресле с обеими свободными для манипулирования предметами руками, встают из положения сидя с пола и кресла, но часто они нуждаются в устойчивой поверхности, чтобы опереться или оттолкнуться руками. Дети этого уровня ходят сами, не нуждаясь в ручных приспособлениях для передвижения, в помещении и на короткие расстояния по горизонтальной поверхности вне дома. Дети поднимаются по лестнице, держась за перила, но не в состоянии бегать и прыгать.

**III уровень.** Если ребенок третьего уровня, то он сидит на обычном сту-



ле, но может нуждаться в поддержке таза и туловища для максимального высвобождения рук для манипуляций. Он может садиться и вставать со стула, используя устойчивую поверхность для подтягивания или упора руками. Ребенок ходит с помощью ручных приспособлений для передвижения по ровной поверхности и поднимается по лестнице с помощью взрослого. Его часто перевозят, когда необходимо преодолеть большие расстояния вне помещений или по неровной поверхности.

**IV уровень.** Для четвертого уровня типичны следующие показатели. Дети сидят на стуле, но нуждаются в специальных приспособлениях для удержания туловища и максимального высвобождения рук. Дети могут сесть и встать с кресла с помощью взрослого, либо подтянувшись или опершись на устойчивую поверхность. Дети могут в лучшем случае ходить на короткие расстояния с помощью ходунков и под наблюдением взрослого, но часто испытывают трудности при поворотах и балансировке на неровных поверхностях. В общественные места их перевозят. Дети могут научиться передвигаться в моторизованном кресле.

**V уровень.** Дети с пятым уровнем больших моторных функций имеют физические нарушения, которые ограничивают самостоятельный контроль движений и удержание головы и туловища против градиента тяжести. Все моторные функции ограничены. Функциональные ограничения в положении сидя и стоя полностью не компенсируются использованием специальных адаптивных устройств вспомогательных технологий. На пятом уровне дети не могут передвигаться независимо, и их перевозят. Некоторые дети могут достигнуть самостоятельной мобильности, используя высокотехнологичные электрические инвалидные кресла.

### Шкала GMFCS для детей шести-двенадцати лет

**I уровень.** Дети первого уровня этого возраста ходят дома, в школе, вне помещений и в общественных местах. Они способны подниматься и спускаться с лестницы, не пользуясь помощью другого человека и не используя перила. Дети могут бегать и прыгать, но скорость, балансировка и координация движений ограничены. Дети могут участвовать в физической активности и спортивных играх по их персональному выбору и в зависимости от факторов окружающей среды.

**II уровень.** Для второго уровня типичны следующие показатели развития больших моторных функций. Дети ходят в большинстве окружающих обстановок. Они могут испытывать трудности при ходьбе на большие расстояния и в балансировке на неровных поверхностях, склонах,



В людных местах, закрытых пространствах или когда переносят предметы. Дети поднимаются и спускаются по лестнице, держась за перила или с помощью взрослых. На открытых пространствах и в общественных местах дети могут ходить с помощью взрослого, используя ручные приспособления для передвижения или пользуясь колесными средствами передвижения на большие дистанции. Дети в лучшем случае имеют минимальные возможности выполнять такие большие моторные функции как бег и прыжки. Физические ограничения в больших моторных функциях могут требовать адаптации для участия в физической активности и спортивных играх.

## GMFCS: Международная система классификации больших моторных функций

### V уровень

Ребенок в большинстве позиций испытывает трудности в контроле за положением туловища и головы, все уровни движения ограничены, даже использование адаптивного оборудования и вспомогательных приспособлений не позволяют сформировать физиологические позы сидя и стоя, не имеет никакой возможности передвигаться самостоятельно, иногда передвижение возможно с использованием электрического инвалидного кресла с контролем посадки.

### I уровень

Ребенок может ходить без использования вспомогательных приспособлений, поднимается и спускается по лестнице, не держась за поручни, начинает бегать и прыгать с незначительным ограничением скорости и удержания баланса, заниматься спортом.

6+

УРОВНИ  
МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ  
У ДЕТЕЙ ПО ШКАЛЕ  
GMFCS

### II уровень

Ребенок может ходить без использования вспомогательных приспособлений, поднимается и спускается с лестницы, держится за поручни, испытывает трудности при ходьбе на большие расстояния, по неровной поверхности, бег и прыжки ограничены, нуждается в определенной адаптации для занятий спортом.

### IV уровень

Ребенок может самостоятельно сидеть, но не стоит и не ходит без основательной поддержки, часто нуждается в фиксации тела и туловища, возможно самостоятельное передвижение с использованием электроприводного инвалидного кресла.

### III уровень

Ребенок может самостоятельно стоять и ходить, используя ходунки, костыли, трости и т.п., с трудом поднимается по ступенькам и ходить по неровной поверхности, при передвижении на большие расстояния необходимо инвалидное механическое кресло, часто нарушена моторика рук.

**III уровень.** Дети ходят, используя ручные приспособления для передвижения в основном в помещениях. В положении сидя дети могут нуждаться в ремне для удерживания таза и балансировки. Для перехода из положения сидя на стуле или для подъема с пола требуется помощь другого человека или опорная поверхность. При путешествии на большие расстояния дети используют колесные средства передвижения. Дети могут подниматься и спускаться по лестнице, держась за перила



под наблюдением взрослого или с физической помощью другого человека.

Ограничения в ходьбе могут потребовать специальной адаптации для участия в физической активности и спортивных играх, включая ручные или моторизированные колесные средства передвижения.

**IV уровень.** Четвертый уровень для детей этого возраста можно определить по следующим показателям. В большинстве ситуаций дети передвигаются с физической помощью другого человека или с помощью моторизированного средства передвижения. Они нуждаются в адаптации сидения с фиксацией таза и туловища и физической помощи другого человека для большинства перемещений. Дома дети передвигаются на полу перекатыванием или ползанием, ходят на короткие расстояния, используя физическую помощь, или используют моторизированные средства передвижения. Дети могут передвигаться в ходунках, поддерживающих туловище, дома и в школе. В школе, на открытых пространствах и в общественных местах детей перевозят в ручном инвалидном кресле или используют моторизированные коляски. Ограничения в передвижении требуют адаптации для участия в физической активности и спортивных играх, включая физическую помощь или моторизированные коляски.



**V уровень.** При пятом уровне в большинстве случаев ребенка перевозят в ручном инвалидном кресле. Дети ограничены в способности удерживать голову и туловище против градиента тяжести и контролировать движения рук и ног. Вспомогательные технологии используются для лучшего удержания головы, сидения, стояния и/или мобильности, но ограничения не могут полностью компенсироваться приспособлениями. Перемещение ребенка требует физической помощи взрослого. Дома дети могут перемещаться на короткие расстояния по полу или переноситься взрослыми. Дети могут достигать мобильности, используя высокотехнологичные электрические инвалидные кресла с контролем посадки. Ограничения подвижности требуют адаптации для участия в физической активности и спортивных играх, включая физическую помощь другого человека или использования моторизированного средства передвижения.



## Шкала GMFCS для детей двенадцати-восемнадцати лет

**GMFCS**: Международная система классификации больших моторных функций

**V уровень**

В большинстве ситуаций подростка перевозят в ручном инвалидном кресле, ограничены возможности в удержании головы и туловища, а так же в контроле рук и ног, самостоятельное передвижение можно достигнуть, используя высокотехнологичные моторизированные кресла с адаптерами для сидения и контроля положения тела.

**IV уровень**

В большинстве ситуаций подростки используют колесные средства передвижения, нуждаются в специализированных приспособлениях для сидения с фиксацией таза и туловища, способны физически управлять моторизированным инвалидным креслом.



**III уровень**

Подростки способны ходить, используя ручные приспособления, в положении сидя может потребоваться фиксация ремнем для удерживания таза и балансировки, подъем из положения сидя с пола требуется физическая помощь другого человека или опорной поверхности, в школе могут самостоятельно передвигаться в ручном или моторизированном инвалидном кресле, могут подниматься и спускаться по лестнице, держась за перила, требуется адаптация для участия в физической активности и спортивных играх.

**I уровень**

Подростки ходят по дому, в школе, на улице и в общественных местах, могут переступить через бордюры без посторонней помощи, пользоваться лестницей, не держась за перила, способны бегать и прыгать, но скорость, балансировка и координация движения могут быть ограничены, могут принимать участие в физической активности и спортивных играх.

**II уровень**

Подростки ходят в большинстве ситуаций, в школе часто используются ручные вспомогательные приспособления для безопасности при передвижении, на открытых пространствах – колесные средства передвижения, поднимаются и спускаются по лестнице, держась за перила, может потребоваться адаптация для участия в физической активности и спортивных играх.

**I уровень.** Подростки первого уровня ходят по дому, в школе, на улице и в общественных местах. Они могут переступить через бордюры без физической помощи, пользоваться лестницей, не держась за перила. Подростки способны выполнять такие большие моторные функции как бег и прыжки, но скорость, балансировка и координация движений могут быть ограничены. Подростки могут принимать участие в физической активности и спортивных играх по собственному выбору и в зависимости от факторов окружающей среды.

**II уровень.** Для второго уровня у подростков этого возраста типичны следующие показатели больших моторных функций. Дети ходят в большинстве ситуаций. Факторы окружающей среды (такие как неровные поверхности, склоны, большие расстояния, временные требования, по-



года, восприятие сверстников) и персональный выбор влияют на выбор передвижения. В школе или на работе подросток может ходить, используя ручные вспомогательные приспособления для передвижения для безопасности. На открытых пространствах и в общественных местах подростки могут использовать колесные средства передвижения, когда путешествуют на большие расстояния. Молодые люди поднимаются и спускаются по лестнице, держась за перила или с физической помощью другого человека, если перила отсутствуют. Ограничения в выполнении больших моторных функций могут потребовать адаптации для участия в физической активности и спортивных играх.

**III уровень.** Подростки способны ходить, используя ручные приспособления для передвижения. Подростки на этом уровне развития в сравнении с другими демонстрируют большую вариабельность в способах передвижения в зависимости от физических возможностей, факторов окружающей среды и личностных факторов. В положении сидя, подростку может потребоваться ремень для удержания таза и балансировки. Вставание из положения сидя, вставание с пола требует физической помощи другого человека или опорной поверхности. В школе подростки могут самостоятельно передвигаться в ручном инвалидном кресле или использовать моторизованную коляску. На улице и в общественных местах подростка перевозят в инвалидном кресле или используют моторизованную коляску. Подростки могут подниматься и спускаться по лестнице, держась за перила под наблюдением или с физической помощью другого человека. Ограничения в ходьбе могут потребовать адаптации для участия в физической активности и спортивных играх, включая самостоятельное передвижение в ручном инвалидном кресле или моторизованной коляске.

**IV уровень.** При четвертом уровне в большинстве ситуаций подростки используют колесные средства передвижения. Они нуждаются в специальных приспособлениях для сидения с фиксацией таза и туловища. Для передвижения требуется физическая помощь 1-2 человек. Подросток может удерживать свой вес на своих ногах при перемещении в вертикальное положение. В помещениях подростки могут проходить короткие расстояния с физической помощью другого человека, используя колесные средства передвижения или ходунки, поддерживающие тело во время ходьбы. Подросток физически способен управлять моторизованным инвалидным креслом. Если моторизованное кресло недоступно, подростка перевозят в ручном инвалидном кресле. Ограничения в передвижении могут потребовать адаптации для участия в физической активности и спортивных играх, включая физическую помощь другого человека и/или моторизованные средства передвижения.

**V уровень.** Если подросток соответствует пятому уровню больших моторных функций, то в большинстве ситуаций его перевозят в ручном

инвалидном кресле. Подросток ограничен в возможности удерживать голову и туловище против градиента тяжести, а также контроле ног и рук. Вспомогательные технологии используются для улучшения удержания головы, сидения, стояния и передвижения, но ограничения полностью не компенсируются приспособлениями. Физическая помощь одного-двух человек или механический подъемник необходимы для транспортировки. Подростки могут достигать самостоятельного передвижения, используя высокотехнологичные моторизированные кресла с адаптаторами для сидения и контроля положения тела. Ограничения в передвижении требуют адаптации для участия в физической активности и спортивных играх, включая физическую помощь и использование моторизованных средств передвижения.

### Что делать дома ?



Очень часто родители считают достаточным посещение реабилитационных центров и специалистов несколько раз в год. При этом дома реабилитационная активность, если не исчезает совсем, то значительно снижается. Родители должны понимать, что ребенку нужно обеспечить 24-часовой режим профилактики и лечения потенциальных или возникающих контрактур и порочных установок в суставах конечностей, позиции туловища. Достигается это использованием в домашних условиях различных ортезных изделий, которые должны быть изготовлены в соответствии с рекомендациями ортопеда и использоваться не менее 8 часов в день. Важно так же освоить под контролем инструктора –методиста ЛФК выполнение укладок и комплекс упражнений, чтоб потом регулярно практиковать их в домашних условиях.

Ключ к успеху реабилитации — регулярность, тщательность и правильность выполнения рекомендаций врача. Перерыв в 1-2 недели в консервативном лечении может быть критичен.

Если вы замечаете ухудшение в состоянии ребенка, появление трудностей в выполнении укладок, возникновение болевого синдрома, то следует назначить дополнительную консультацию со специалистом.

И самое главное, дорогие родители, помните, что ребенок с детским церебральным параличом—это прежде всего ребенок, а потом уже пациент! И значит вы не должны забывать о потребностях детей в играх, общении, ласке, о всем том, что необходимо всем детям для нормального физического и психологического развития.



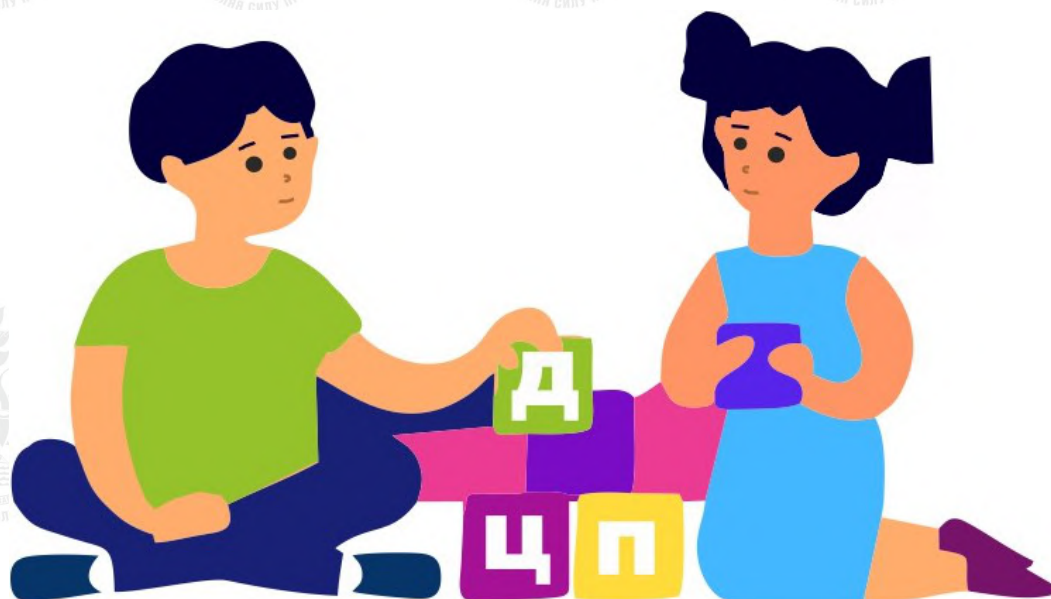
## Несколько практических советов

Чтобы ваши усилия были эффективными во время любого периода обучения ребенка, следуйте нескольким правилам:

1. Ребенок любого возраста должен быть настроен действовать, то есть внимательно, радостно и с готовностью отвечать вам, а задание должно его интересовать. Поэтому заниматься обучением надо тогда, когда ребенок сильнее всего заинтересован в том или ином действии. Например, учить ребенка самостоятельно есть надо в начале приема пищи, когда он голоден, а не в конце—тогда он уже сыт и хочет побаловаться, а может, вообще не хочет есть.
2. Обучать ребенка надо понемногу: как только вы замечаете, что он заскучал или начинает протестовать, немедленно прекратите занятие.
3. Нельзя воевать с ребенком - вы все равно проиграете. Для вас обоих будет лучше остановиться.
4. Действуйте так: покажите – ждите—подбодрите—ждите—покажите—и так далее. Дайте ребенку время среагировать, увидев его старания, подбодрите его, похвалите и улыбнитесь.
5. Постарайтесь настроиться положительно—поощряйте любую попытку, не критикуйте ребенка за неуклюжесть и ошибки, или когда у него не получается выполнить задание полностью. Любую, даже самую слабую, попытку надо поощрять, малыша следует хвалить—и он будет учиться с удовольствием.
6. Учитесь выполнять задание постепенно, начиная с последних этапов. То есть сначала сделайте в месте, а в самом конце дайте малышу сделать последний шаг самостоятельно. Хорошо выучив последний этап, переходите к отработке предпоследнего, и так далее—ребенок будет все время возвращаться к тем действиям которые уже освоил, и у него появится уверенность в успехе и ощущение, что он все смог сделать сам.
7. Если встречаете сопротивление или натываетесь на детский негативизм, не давите на ребенка, лучше прекратите занятие. Помните: чем больше вы настаиваете, тем сильнее он будет сопротивляться. Почему? Да потому что ребенку не нравится подчиняться, ему нравится чувствовать свою силу и выводить вас из равновесия упрямством. Не радуйте его своим расстроенным видом. Если ребенок отказывается есть—спокойно уберите его тарелку (но не жалеите его

потом—он не должен есть до следующего приема пищи, только так он поймет, что его упрямство вредит ему, а не вам). Жестокое? Вовсе нет—в конце концов, лучше проявить твердость, предельно ясные правила усваиваются легче и быстрее.

8. Вам потребуется и терпение и время. Если вы не уделите своему медлительному ребенку с нарушением достаточно времени, никуда не спеша и не отвлекаясь, он просто не успеет сделать то, чего от него ждут, а вам покажется, будто он нечего не понял. Это особенно касается детей с физическими, двигательными нарушениями: их действия бывают замедленны, иногда ребенок просто не в состоянии их совершить.
9. Если руки и ноги ребенка полностью парализованы, научите его показывать, понял ли он вас. Например, кивать головой — «да», мотать головой — «нет».
10. Не оставляйте своих попыток, даже если прогресс очень медленный; отмечайте любые признаки улучшения. Если вы перестаете его учить — другой возможности научиться у него не будет. Если вы решите, что ребенок к чему — то неспособен, он никогда и не сможет этого сделать. Помните, как вы учились плавать? Многие месяцы вы считали, что вам это не по силам, и удивлялись: как же другие могут плавать? И вдруг у вас все получилось — и вы уже не можете понять, что же здесь сложного.





## Комплекс упражнений ЛФК для самостоятельных занятий дома

Рекомендовано выполнять упражнения 2-3 раза в день длительностью не менее 15—30 минут. Выполнение упражнений в соответствии с ритмом дыхания, кратность повторения упражнений 8—10 раз (с последующим увеличением числа повторений)

### УПРАЖНЕНИЕ 1

Исходное положение (И.П.) лежа на спине: руки вдоль туловища. Попеременное и одновременное сгибание стоп.

Повторить 8 — 10 раза.



### УПРАЖНЕНИЕ 2

Исходное положение (И.П.) лежа на спине: руки вдоль туловища. Попеременное и одновременное сгибание в коленных суставах.

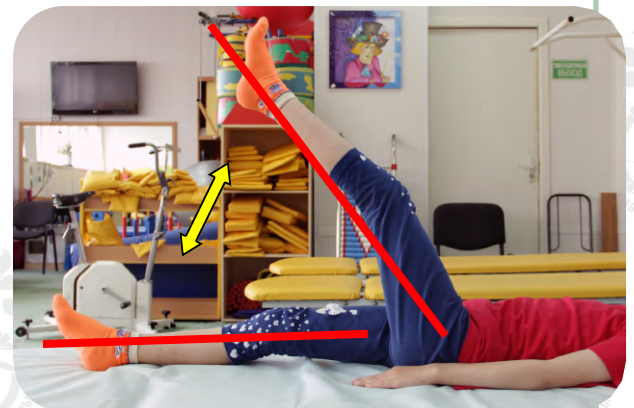
Повторить 8 — 10 раза.



### УПРАЖНЕНИЕ 3

Исходное положение (И.П.) лежа на спине: руки вдоль туловища. Попеременное поднятие прямой ноги

Повторить 8 — 10 раза.





#### УПРАЖНЕНИЕ 4

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Попеременное поднятие ноги на 20-30 градусов с удержанием в этом положении на 5 секунд. Повторить 8 — 10 раза.

#### УПРАЖНЕНИЕ 5

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Попеременное и одновременное отведение в сторону прямых ног (желательно по скользящей поверхности). Повторить 8 — 10 раза.

#### УПРАЖНЕНИЕ 6

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Изометрическое напряжение ягодичных мышц, удерживая 5 секунд.

Повторить 8 — 10 раза.

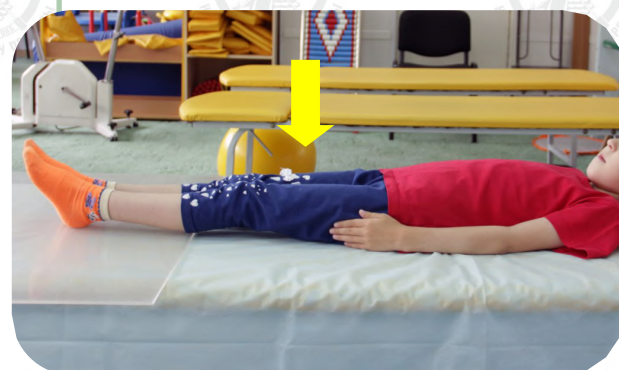
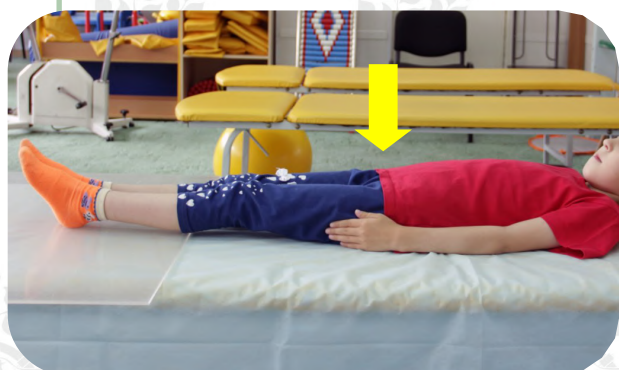
#### УПРАЖНЕНИЕ 7

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. — Изометрическое напряжение мышц бедра (четырёхглавой мышцы) с удержанием на 5 секунд.

Повторить 8 — 10 раза.



20°





**УПРАЖНЕНИЕ 8**

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Упражнение «ножницы». Поднимаем ноги вверх, разводим ноги в сторону, сводим ноги, скрещивая таким образом, чтобы правая нога была сверху на левой. Разводим ноги, сводим, левая нога сверху на правой. Разводим ноги. И возвращаемся в И.П. Повторить 8 — 10 раз.

**УПРАЖНЕНИЕ 9**

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Рисуем в воздухе каждой ногой цифры от 0 до 9.

**УПРАЖНЕНИЕ 10**

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Стопами ног захватываем мяч. Поднимаем вверх и опускаем ноги в И.П.

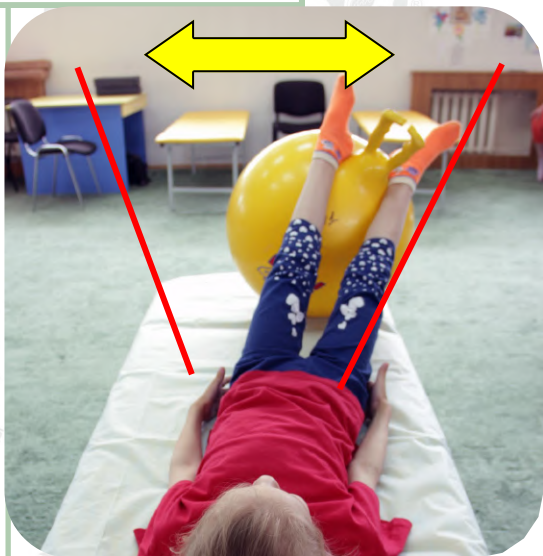
Повторить 8 — 10 раз.

**УПРАЖНЕНИЕ 11**

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Под стопы размещаем фитбол. Приподнимаем бедра, чтобы тело образовывало прямую линию от головы до пяток, удерживаем тело 5 секунд. Возвращаемся в И.П. Повторить 8 — 10 раз.







### УПРАЖНЕНИЕ 12

**И.П.** лежа на спине: руки вдоль туловища. Перекатываем фитбол из стороны в сторону, удерживая фитбол стопами. Повторить 8 — 10 раз.

### УПРАЖНЕНИЕ 13

**И.П.** лежа на животе. Упражнение «Лягушка». Повторить 8 — 10 раз.

### УПРАЖНЕНИЕ 14

**И.П.** лежа на животе. Упражнение «Плавание»  
Повторить 8 — 10 раз.

### УПРАЖНЕНИЕ 15

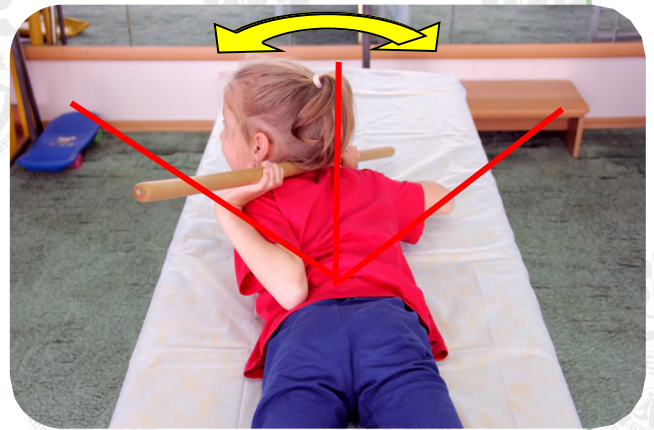
**И.П.** лежа на животе. Попеременное и одновременное сгибание в коленных суставах. Повторить 8 — 10 раз.





### УПРАЖНЕНИЕ 16

**И.П.** лежа на животе. Гимнастическая палочка за плечами, поднять корпус тела, попеременно посмотреть в одну сторону и в другую, вернуться в И.П.



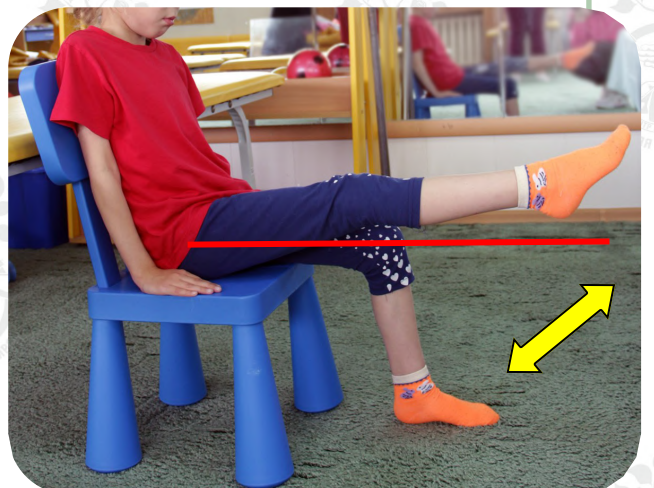
### УПРАЖНЕНИЕ 17

**И.П.** сидя на стуле, спина прямая, стопы стоят на полу. Попеременное поднятие ног, согнутых в коленном суставе вверх. Повторить 8 — 10 раз.



### УПРАЖНЕНИЕ 18

**И.П.** сидя на стуле, спина прямая, стопы стоят на полу. Разгибание ноги в коленном суставе, не отрывая бедра от поверхности стула. Повторить 8 — 10 раз.

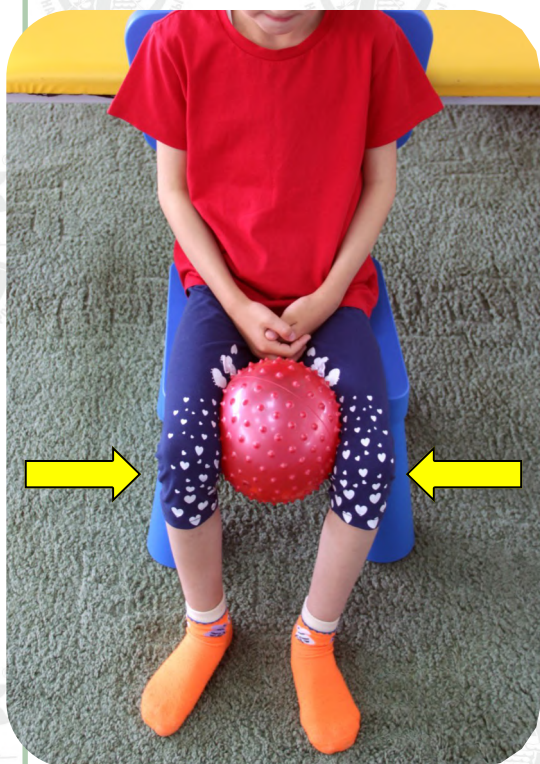






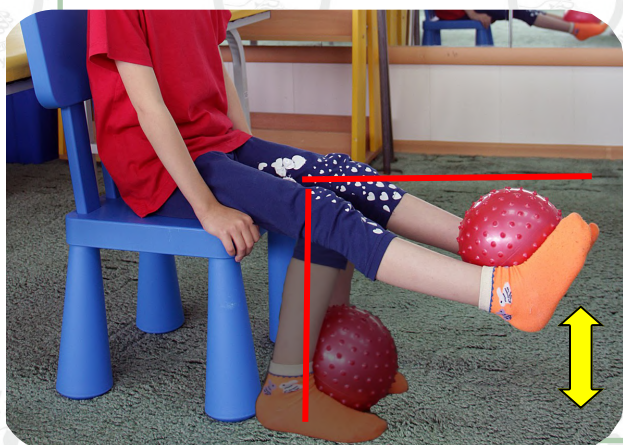
### УПРАЖНЕНИЕ 19

**И.П.** сидя на стуле, спина прямая, стопы стоят на полу. Имитация ходьбы по лестницы, ноги попеременно ставим на скамеечку или другой предмет, подходящий для упражнения по высоте. Повторить 8 — 10 раз.



### УПРАЖНЕНИЕ 20

**И.П.** сидя на стуле, спина прямая, стопы стоят на полу. Сжать калениями мяч. Повторить 8 — 10 раз.



### УПРАЖНЕНИЕ 21

**И.П.** сидя на стуле, спина прямая, стопы стоят на полу. Мяч захватываем ступнями. Необходимо поднять мяч вверх, выпрямляя ноги. Повторить 8 — 10 раз.



## УПРАЖНЕНИЕ 22

**И.П.** сидя на кушетке, ноги разведены максимально широко. Катание колесика вперед – назад, стараясь растягивать спину. Повторить 8 – 10 раз.



## УПРАЖНЕНИЕ 23

**И.П.** сидя на кушетке, ноги разведены максимально широко. Фитбол в руках, поднять над головой, руки максимально разогнуты в локтевых суставах, делаем повороты туловищем влево-вправо (можно делать с палочкой гимнастической, с набивным мячом). Повторить 8 – 10 раз.



## УПРАЖНЕНИЕ 24

**И.П.** лежа животом на фитболе (ноги удерживает инструктор, мама или другой помощник). Поднять корпус спины, удерживать 5 сек. и вернуться в И.П.

Повторить 8 — 10 раза.







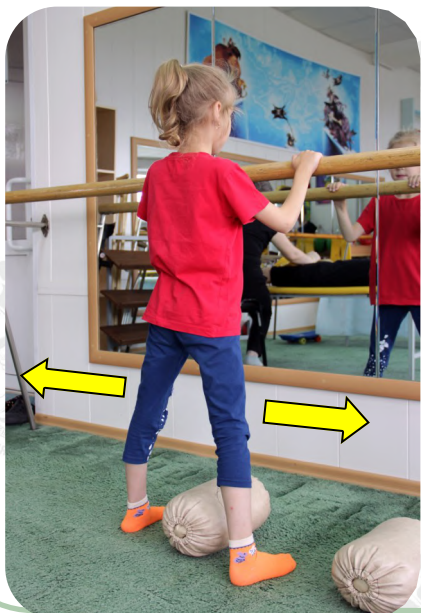
### УПРАЖНЕНИЕ 25

**И.П.** сидя на стуле, спина прямая, стопы стоят на полу. Руками держимся за опору (поручень). Необходимо встать — сесть. Повторить 8 — 10 раз.



### УПРАЖНЕНИЕ 26

**И.П.** Стоя у опоры. Ходьба боком вдоль опоры влево – вправо. 3-4 шага в сторону. Повторить 8 — 10 раз.



### УПРАЖНЕНИЕ 27

**И.П.** Стоя у опоры. Ходьба боком через препятствие. 3-4 шага в сторону. Повторить 8 — 10 раз.



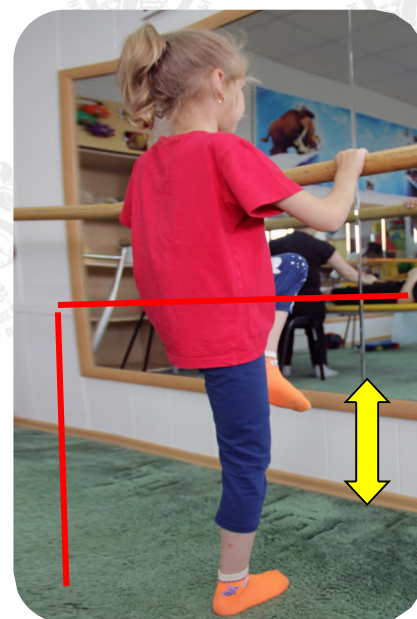
### УПРАЖНЕНИЕ 28

**И.П.** Стоя у опоры. Имитация ходьбы по лестнице (вперед-назад, боком). Повторить 8 –10 раз.



### УПРАЖНЕНИЕ 29

**И.П.** Стоя у опоры. Сгибание ног в коленном суставе, подъем вверх ноги. Повторить 8 –10 раз.



### УПРАЖНЕНИЕ 30

**И.П.** Стоя у опоры. Попеременно встать на одну ногу, удержаться 5—10 секунд. Повторить 8 — 10 раза.



**ПОМНИТЕ:** ваша индивидуальная работа с ребенком – это только минутная часть жизни ребенка. Если мы хотим добиться улучшения двигательных навыков, то нам необходимо перенести весь процесс реабилитации в повседневную жизнь, во все виды деятельности.

При современном развитии технологий, детям с ДЦП можно помочь справиться с заболеванием и сделать их жизнь более яркой и полноценной. Терпения Вам на этом сложном пути, а успехи придут, ведь больному ребенку необходимо то же самое, что и здоровому, и родители в состоянии дать ему это – осмысленную заботу и любовь.







Если у вас возникают вопросы по поводу реабилитации, можно обратиться в Отделение медицинской реабилитации Центра Илизарова и специалисты всегда вам помогут.

Контакты :

ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика

Г. А. Илизарова» Минздрава РФ

Россия, г. Курган, ул. М. Ульяновой , 6

Тел. Отделения медицинской реабилитации

+7(3522) 230-549

Зав. отделением +7 (3522) 234-340

Консультацию можно получить в Консультативно-диагностическом отделении запись по телефону

+ 7 (3522) 443 -503



Отделение  
медицинской  
реабилитации



Сайт Центра  
Илизарова

## Памятка для родителей детей с ДЦП