

А. Смолянинов

Нейрокинезитерапия

РУКА – МОЗГ

Практическое руководство



Киев – 2011



**Анатолий
Григорьевич
Смолянинов –**
*доктор философии
в психологии,
реабилитолог,
писатель, автор
признанных в
международной
практике методов
коррекции
нарушений развития
детского организма*

*Книга издана по благословению
настоятеля храма Серафима Саровского
в Пуще-Водице протоиерея Андрея Антощука*

А. Смолянинов

Нейрокинезитерапия

РУКА – МОЗГ

Практическое руководство



Киев – 2011

УДК 615.825:616.832-053.2-08

ББК 53.54+56.12

С51

Рецензенты: доктор психологических наук **Татьяна Скрыпник**
доктор педагогических наук **Маргита Шмидт**

Смолянинов А. Г.

Нейрокинезитерапия. рука – мозг: Практическое руководство. – К.:
Пресс-КИТ, 2011. – 52 с.

ISBN

Нейрокинезитерапия – это метод лечения движением детей с органическими поражениями центральной нервной системы. Представленное руководство призвано раскрыть возможности данного метода и помочь в применении нейрокинезитерапевтических приемов как специалистам в соответствующих учреждениях, так и родителям в домашних условиях.

УДК
ББК

ISBN

Содержание

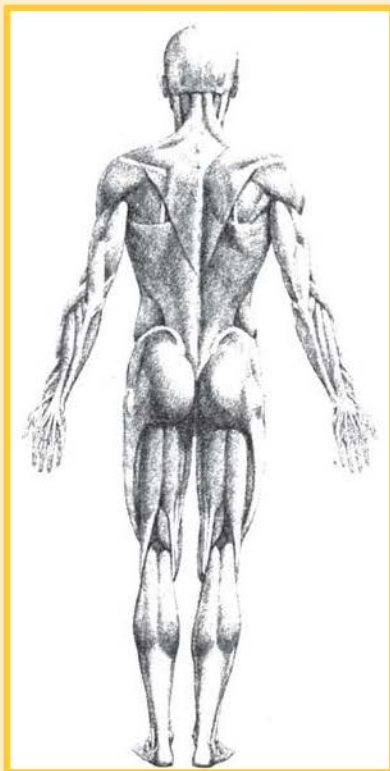
Введение	4
Глава 1. Практические предпосылки выбора лечебно-коррекционного средства.....	6
Глава 2. Отличительные признаки нейрокинезотерапии.....	10
Глава 3. Основные этапы нейрокинезотерапии.....	14
3. 1. Первый этап.....	14
3. 2. Второй этап.....	30
3. 3. Третий этап.....	36
Глава 4. Особенности предупреждения и устранения контрактур при ДЦП.....	41
Глава 5. Игра и движение.....	45
Глава 6. Некоторые советы родителям.....	47

3.2. Второй этап

Цель:

- ♦ **выравнивание тонуса мышц спины и живота;**
- ♦ **укрепление мышц в кинематических группах «спина – разгибатели ног»;**
- ♦ **подготовка к вертикализации и ходьбе.**

Для того чтобы человек мог уверенно стоять и осуществлять полноценные шаговые движения необходимы (в частности) содружественные включения групп мышц-разгибателей спины и ног.





Попросите ребенка поднять над поверхностью прямую ногу из позиции лежа на животе.



Если ребенок вместо этого движения сгибает ноги в коленях либо их сводит,



это значит, что произошло замещение нормальных физиологических содружественных включений групп мышц дефектными. В результате ребенок будет передвигаться за счет мышц сгибателей бедер и голеней, создавая порочный стереотип ходьбы. Собственно говоря, это уже трудно именовать ходьбой, скорее – приспособительные передвижения с закреплением дефекта. В тоже время нагрузка на неподготовленные для удержания тела ноги является неадекватной и в буквальном смысле их калечит, приводя к грубым деформациям. Такая нагрузка научиться ребенку ходить не поможет, зато существенно усилит риск оказаться (или остаться) в коляске.

Упражнение IV. «Лодочка»

И. П.: лежа на животе.

Т. В.: поднять одновременно голову и ноги. Количество повторений до 100 и более в день.



К. Д.: во время поднятия ног необходимо удерживать стопы в позиции разведения, препятствуя сведению бедер и сгибанию голени, добиваясь включения мышц-разгибателей бедер и мышц, отводящих бедра.



Д. У.: укрепление мышц спины, выравнивание тонуса мышц спины и живота, тренировка включений мышц в кинематических цепях спины и разгибателей бедер, укрепление разгибателей бедер и мышц, отводящих бедра.

Р. О.: неправильная фиксация стоп, в результате чего не включаются отводящие мышцы бедер и разгибатели бедер.

Упражнение V. «Хвост крокодильчика»

И. П.: лежа на животе, голова лежит на поверхности.

Т. В.: поднять прямые ноги над поверхностью (разгибание в бедрах). Количество повторений до 100 раз в день и более.



К. Д.: то же, что и в упражнении IV.

Д. У.: схожее с действием упражнения IV с тем отличием, что в данном упражнении внимание ребенка концентрируется на разгибании бедер и тренировке соответствующих мышц.

Р. О.: те же, что и в предыдущем упражнении, а также голова отрывается от поверхности.

Упражнение VI. «Тик-так»

Наиболее распространенным типом порочного стереотипа ходьбы у детей с ДЦП является передвижение так называемым «блоком». Одной из основных причин формирования такого стереотипа является отсутствие свободы перемещения пояса нижних конечностей и пояса верхних конечностей относительно друг друга. Это в свою очередь зависит от состояния мышц, осуществляющих повороты туловища.

И. П.: лежа на спине, руки в стороны ладонями вниз, ноги согнуты в коленях.

Т. В.: перекалывание ног слева направо и наоборот, плечи лежат на поверхности, голова поворачивается в противоположную сторону либо удерживается прямо. Первый вариант (более желательный): стопы на весу, второй: стопы на поверхности (подготовительный). Повторить 20–100 раз, в течение дня нужно делать до 500 и более повторений.



К. Д.: удерживание коленей в позиции сгибания.

Д. У.: основным предназначением упражнения является тренировка мышц, обеспечивающих взаимную свободу движений пояса верхних и пояса нижних конечностей. Это упражнение является исключительно важным в подготовке необходимой базы для нормальной ходьбы.

Р. О.: голова поворачивается вслед за ногами.

ГЛАВА 4.

Особенности предупреждения и устранения контрактур при ДЦП

В процессе роста ребенка (и его костей) закрепляются и мышечные контрактуры, с этим связано неизбежное ухудшение клинической картины и, в свою очередь, общего состояния ребенка. Возвратившись в предыдущую главу, вспомним, какое значение для перспектив развития ребенка имеет устранение контрактуры большой грудной мышцы. Именно контрактуры мышц рук мешают педагогам обучать, психологам – корректировать психическое развитие, а родителям создают подчас непреодолимые препятствия организовать самостоятельность ребенка в бытовой жизни. Такая очевидность требует задуматься о том, что является приоритетным при составлении стратегического плана лечебно-коррекционной работы.

Сложность проблемы предупреждения (устранения) контрактур и деформаций при ДЦП отражает часто применяемое слово «борьба». Действительно, устранение контрактур и предупреждение деформаций при ДЦП является весьма трудоемким процессом. Причем необходимо обратить внимание на то, что методы «борьбы» с контрактурами, применяемые в реабилитационных клиниках при нарушениях ортопедического и посттравматического происхождения, в работе с ДЦП оказываются малоэффективными. Здесь требуется подход, учитывающий специфику заболевания.

Контрактуры и деформации при ДЦП – это те изменения, которые именуется «вторичными», то есть приобретенными в процессе роста кости на фоне неравномерного распределения мышечного тонуса. **Работа с контрактурами при ДЦП носит особый характер, так как в процесс их образования включена вся ки-**

нематическая цепь в отличие от контрактур, к примеру, посттравматических. Не бывает так, чтобы в кинематической цепи, например, верхней конечности кисть была в состоянии сгибательно-приводящей контрактуры, а локоть и плечо функционировали нормально. По этой причине попытки разработки отдельно взятых суставов приводят снова к тому же, к чему приводит любое неадекватное нарушениям лечение – потере времени.

Несмотря на очевидную неэффективность, мы видим, что очень часто (чтобы не сказать массово) занятия осуществляются отдельно с каждой конечностью и по отдельности с каждым суставом. Еще раз обратимся к мнению выдающегося специалиста в данной области профессора К. Семеновой: «методика поочередной работы с одним-двумя суставами одной конечности исключает целостность коррекции проприоцептивного потока в данной патологической синергии, что неминуемо приводит к слабости и неустойчивости создаваемой схемы движения».

Эффективное предупреждение развития (устранение) контрактур определенных мышц при расстройствах мышечного тонуса возможно только посредством включения в упражнение всех звеньев кинематической цепи с одновременным укреплением мышц-антагонистов укороченным.

Данному правилу как нельзя лучше отвечают условия, создаваемые замкнутой кинематической цепью, при которых в процесс устранения контрактур вовлекаются все заинтересованные суставы, в том числе ведущее звено в патологической цепи.

Некоторые разработки отдельно взятых суставов могут рекомендоваться в качестве вспомогательных приемов, но реальный эффект от их применения возможен только на фоне стратегически выстроенных мероприятий.

Таким образом, единственным адекватным клинике ДЦП способом заставить работать одновременно мышцы-антагонисты: сгибатели-разгибатели, пронаторы-супинаторы является замкнутая кинематическая цепь. Именно эта особенность данного приема создает эффективное препятствие для формирования типичных при ДЦП контрактур.

Одним из факторов, существенно осложняющим успешность мероприятий по предупреждению контрактур является рост костей ребенка, когда значительно усугубляется относительное укорочение мышц. Однако при регулярных (ежедневных) занятиях посредством ЗКЦ моделируются такие биомеханические условия, при которых процесс роста кости превращается из проблемы в нашего союзника (вспомним «ортопедическое дерево»).

Учитывая все сказанное, мы приходим к естественному выводу: для успешной борьбы с контрактурами при ДЦП необходимы не пассивные «разработки» суставов, а «движения» в условиях ЗКЦ. Как правило, это комплекс из двух-трех упражнений. Подбирается такой комплекс опытным специалистом. Особое внимание необходимо обращать на ведущее звено в патологической цепи. При этом еще раз вспомним (как действующий пример) способ устранения контрактуры большой грудной мышцы и подчеркнем необходимость укрепления при этом ромбовидных мышц.

Устранение контрактур в области плеча, локтя и кисти

В качестве примера приведем серию взаимосвязанных упражнений (из уже описанных), эффективных для предупреждения и устранения контрактур верхней конечности.

Основные приемы



Таким образом, для устранения контрактур верхних конечностей предлагается последовательное применение двух упражнений: «Корзиночки» и «Солдатика». Этот комплекс обеспечивает растяжение заинтересованных в контрактурах мышц и в то же время – укрепление их антагонистов.

Вспомогательные приемы



«Полицейский»



«Телефон»



«Крокодил»

Эти упражнения служат активной мобилизации мышц пояса верхних конечностей. Выполняются в очередности: №1, №2, №3; количество повторений: 3–5 раз для каждой руки.

Следующий весьма иллюстративный и распространенный пример – контрактура ахиллового сухожилия. Если вследствие такой контрактуры ребенок становится на носок, то неизбежно деформируется и пяточная кость. В свою очередь эта деформация является серьезным препятствием для восстановления функций ахиллова сухожилия, таким образом порочный круг замыкается. Нужно найти способ одновременно с растяжением ахиллового сухожилия обеспечить нагрузку на пятку. Такой способ описан в подразделе «Третий этап».