

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра рефлексотерапии

**РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ
ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧЕЙ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО

2019

УДК 616.831-009.11-085.841.1-053.2(075.9)

ББК 56.12+53.584я73

Р 45

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»

протокол № 9 от 20.12.2019

Авторы:

Подсадчик Л.В., доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО, кандидат
медицинских наук

Сиваков А.П., заведующий кафедрой рефлексотерапии БелМАПО, доктор
медицинских наук, профессор

Манкевич С.М., доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО, кандидат
медицинских наук

Грекова Т.И., старший преподаватель кафедры рефлексотерапии БелМАПО

Рецензенты:

Ясинская Л.И., доцент кафедры неврологических и нейрохирургических
болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кандидат медицинских наук

Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии УО «Белорусский
государственный медицинский университет»

Р 45

Рефлексотерапия детских церебральных параличей: учеб.-
метод. пособие /Л.В. Подсадчик, А.П. Сиваков, С.М. Манкевич,
Т.И. Грекова. – Минск: БелМАПО, 2019. – 17 с.

ISBN 978-985-584-431-1

В учебно-методическом пособии изложены клиническая картина, современная
классификация и принципы лечения методами рефлексотерапии детского
церебрального паралича.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих
содержание образовательных программ переподготовки по специальности
«Рефлексотерапия», а также повышения квалификации врачей-рефлексотерапевтов.

УДК 616.831-009.11-085.841.1-053.2(075.9)

ББК 56.12+53.584я73

ISBN 978-985-584-431-1

© Подсадчик Л.В. [и др.], 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	4
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ДЦП	5
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	6
ФОРМЫ ДЦП	6
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ДЦП	9
ПРИНЦИПЫ РТ при ДЦП	9
МЕТОДЫ РТ	10
КЛАССИЧЕСКОЕ ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ	10
МЭЙ-ХУА-ЧЖЭНЬ ТЕРАПИЯ	11
МЕТОД СКАЛЬПОТЕРАПИИ	11
ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ	12
ТРАДИЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ	12
ПРИМЕРНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ	13
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	15
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	16

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

1. АТ – акупунктурная точка
2. ДЦП – детский церебральный паралич
3. ЛФК – лечебная физкультура
4. МРТ магнитно-резонансная томография
5. МХЧ – мэй-хуа-чжэнь терапия
6. РТ – рефлексотерапия
7. СКТ - скальпотерпия
7. ФТ - физиотерапия

ВВЕДЕНИЕ

Увеличение численности больных людей с ДЦП отмечается во всем мире. По данным ВОЗ количество рожденных детей с диагнозом ДЦП составляет 3-4 случая на 1000. Рост показателей заболеваемости связан с интенсивным применением стимуляторов при родах, а также увеличение процента выхоженных недоношенных малышей (вес при рождении 500-1000 гр.). Среди пациентов с ДЦП мальчиков на 30% больше, чем девочек. Раннее начало лечения позволяет получить более ощутимые результаты, чем в старшем возрасте. В более позднем периоде мероприятия направлены на коррекцию последствий заболевания – сколиоз, вывихи суставов, общее ухудшение состояния и другие. Реабилитация ДЦП – длительный процесс, направленный на устранение нарушений в организме пациентов: дефекта речи, нарушения психического развития, изменений в опорно-двигательном аппарате.

В реабилитационный комплекс включаются различные варианты лечения – медикаментозная терапия, тепловые процедуры, массаж, лечебная физкультура, использование тренажеров, также успешно используются нетрадиционные методы – иглоукалывание, точечный массаж, фитотерапия, при нарушении речи – логопедические занятия, анималотерапия. В тяжелых случаях прибегают к хирургическому вмешательству.

Термином «детские церебральные параличи (ДЦП)» объединяются синдромы, возникшие в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющиеся: неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения, двигательные расстройства (параличи, парезы, нарушения координации, насильственные движения), которые могут сочетаться с изменениями психики, речи, зрения, слуха, судорожными припадками, расстройствами чувствительности.

ДЦП относят к непрогрессирующим резидуальным состояниям. Однако, развитие аномальной нервной системы на определенных этапах может сопровождаться присоединением новых патологических симптомов.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ДЦП

Нарушение формирования мозга на ранних этапах онтогенеза, лежащее в основе ДЦП, может быть результатом целого ряда неблагоприятных воздействий. Наибольшее значение придается *влиянию вредных факторов в период беременности и родов*. К пренатальным факторам риска поражения нервной системы следует отметить *отклонения в состоянии здоровья матери и акушерском анамнезе*. К ним относятся конституциональные нарушения, соматические, эндокринные, инфекционные заболевания, вредные привычки, повторные выкидыши, мертворождения, длительный период бесплодия, осложнения предыдущих беременностей и родов, наличие в семье детей с патологией нервной системы. К факторам риска также относятся: возраст матери моложе 18 и старше 30 лет, неустойчивое социально-экономическое и семейное положение женщин, иммунологическая несовместимость матери и плода, перенесенная беременность, многоплодная беременность, низкая масса тела ребенка при рождении. Вредное воздействие на плод может оказывать прием беременными лекарственных препаратов, стрессовые состояния матери, поздние токсикозы, угроза выкидыша, маточные кровотечения.

К интранатальным факторам риска относятся асфиксия в родах и внутричерепная родовая травма.

Детский церебральный паралич не является наследственным заболеванием.

Учёные из Норвегии ещё в конце 90-х годов выяснили, что самые тяжёлые формы церебрального паралича возникают у детей, появившихся на свет после родовой стимуляции. В настоящее время увеличивается количество недоношенных детей, которых удалось выводить – новорождённых с критически малой массой тела: от 500 граммов до килограмма. Среди них количество малышей с ДЦП выше. Об этом свидетельствуют результаты исследований, проведённых в США, Дании, Швеции и Канаде. Во всех исследованиях снижение смертности недоношенных малышей коррелирует с ростом заболеваемости церебральным параличом.

При этом имеются данные о том, что дети, рождённые путём кесарева сечения, практически не имеют диагноза ДЦП.

Для успешного лечения ДЦП необходима самая ранняя диагностика патологии, которую можно провести ещё в самом раннем возрасте. Врач должен обратить внимание на мышечный тонус, рефлексы, движения малыша. Кроме визуального осмотра для диагностики ДЦП используют магнитно-резонансную томографию (МРТ) или ультразвуковую нейро-

визуализацию. От внимательного осмотра и подробного обследования зависит своевременность диагностики и максимально раннее начало лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Начальные клинические проявления церебральных параличей формируются на первом году жизни. Их своевременная диагностика и ранняя адекватная коррекция имеют решающее значение для предупреждения тяжелых двигательных расстройств, нарушения развития речи, психики на последующих этапах развития. Только при тяжелых формах патологии можно поставить диагноз вскоре после рождения. В остальных случаях необходимо динамическое наблюдение за развитием ребенка. Особо значение придается наличию «факторов риска» в виде различных неврологических симптомов и синдромов, выявленных в период новорожденности. Детей из «группы риска» необходимо осматривать каждые 2-3 недели, критически оценивая имеющиеся нарушения.

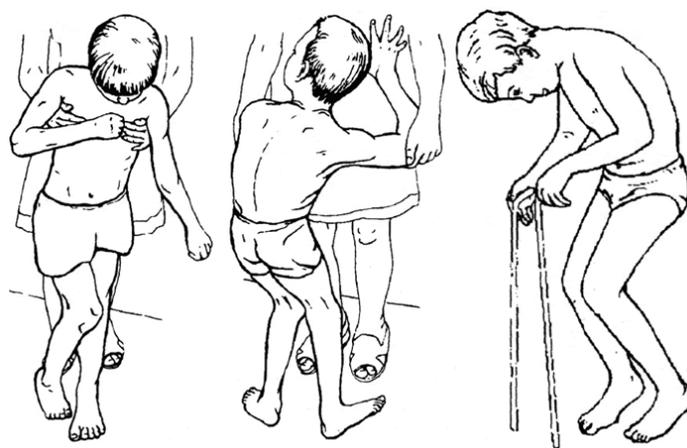
«Угрожающие» признаками является наличие патологических отклонений при повторных осмотрах, рост дефицита становления возрастных навыков. К наиболее информативным характеристикам, оцениваемым при обследовании новорожденного и грудного ребенка, относятся: поза, мышечный тонус, тонические рефлексорные реакции, безусловные рефлексы, реакции выпрямления и равновесия, речь, эмоциональные и психические реакции.

ФОРМЫ ДЦП

В настоящее время пользуются классификацией детского церебрального паралича К.А.Семеновой (1973). Согласно классификации по МКБ-10 выделяется:

Спастическая тетраплегия:

G80.0 Наиболее тяжелая форма ДЦП. Нарушения выявляются во всех четырех конечностях – диагностируется спастическая квадриплегия (квадрипарез), псевдобульбарный синдром, нарушения зрения, когнитивные и речевые нарушения. У 50% детей наблюдаются эпилептические приступы. Отмечается раннее формирование контрактур, деформация туловища и конечностей. Частое сочетание с патологией черепных нервов – косоглазием, атрофией черепных нервов, нарушением слуха, псевдобульбарными расстройствами.



Спаستическая диплегия:

G80.1 Наиболее распространённая разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм), «болезнь Литтла». Клинически больше нарушена функция ног (спастика заметно преобладает в ногах), в меньшей степени рук и лица. Отмечается раннее формирование контрактур, деформация позвоночника и суставов. Часто сопровождается задержкой психического и речевого развития, дизартрией, поражением черепных нервов, нарушением слуха. При нормальном умственном развитии и хорошем функционировании рук прогноз благоприятный.

Спастическая диплегия.



Гемиплегическая форма:

G80.2 Характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Как правило рука страдает больше, чем нога. Происходит более позднее овладение возрастными навыками. Прогноз зависит от наличия или отсутствия нарушений психического и речевого развития, наличия судорожного синдрома.

Дискинетическая (гиперкинетическая) форма:

G80.3 Одной из частых причин формирования этой формы заболевания является перенесенная гемолитическая болезнь новорожденных. Клиническая картина характеризуется наличием непроизвольных движений – гиперкинезов (атетоз, хореоатетоз, торсионная дистония), повышением мышечного тонуса с одновременным присутствием парезов и параличей, дизартрия, глазодвигательные нарушения. Интеллект в большинстве случаев не страдает.

Гиперкинетическая форма



Атаксическая (атонически-астатическая) форма:

G80.4 Клинически проявляется атаксией (шаткость, неуверенность при ходьбе), низким мышечным тонусом, высокими сухожильно-периостальными рефлексам. Возможно наличие мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Наблюдается при преобладающем нарушении мозжечка, лобно-мозжечкового пути и, вероятно лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врожденной аномалии развития. При этой форме заболевания наблюдается умеренная задержка развития или глубокая задержка психического развития. Прогноз зависит от уровня нарушения психического развития.

Атонически-астатическая форма.



Смешанные формы:

G80.8

Возможны сочетания спастической и дискинетической формы, наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии, а также другие варианты сочетаний.

G80.9 Неуточнённая форма.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ДЦП

Рефлексотерапия оказывает стимулирующее влияние на двигательную и эмоционально-волевою сферу, психофизическое развитие ребенка, оказывает регулирующее влияние на спастичные и паретичные мышцы, уменьшает частоту и амплитуду гиперкинезов. Оказывает нормализующее влияние на физиологические отправления, уменьшает слюнотечение. РТ способствует улучшению сна, питания. При наличии реабилитационного потенциала оказывает положительное влияние на состояние зрения, слуха.

ПРИНЦИПЫ РТ при ДЦП

Лечение проводится с момента установки диагноза (как можно рано, с периода новорожденности). Наилучшим вариантом является проведения лечения у детей с «факторами риска» возникновения ДЦП. РТ является методом комплексного лечения (проводится на фоне постоянной медикаментозной терапии, ЛФК, ФТ). При подозрении возникновения и формирования заболевания курсовое лечение проводится в течение первого года жизни с частотой до 4-5 курсов в течение года. Продолжительность курса может колебаться от 8 до 12-15 процедур.

- Не рекомендуется сочетать ИРТ с водными процедурами в тот же день – снижается эффективность проводимой рефлексотерапии;

- Для улучшения эффекта сочетать с ЛФК и тепловыми процедурами – лечебная физкультура проводится во время или после процедуры рефлексотерапии, тепловые процедуры рекомендуется проводить за 30-60 минут до процедуры РТ.

- Не рекомендуется одновременное проведение в курсе лечения или в один день электропроцедур, это может привести к перегрузке центральной нервной системы – повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, ухудшение сна, возможно возникновение повышенной судорожной готовности.

- При проведении РТ необходимо учитывать действие медикаментозных средств, влияющих на процессы в ЦНС у ребенка.

МЕТОДЫ РТ

Органическая природа заболевания, многообразие клинических проявлений, сложность в коррекции нарушенных функций создает необходимость использования различных вариантов РТ с целью достижения терапевтического эффекта. Классическое иглоукалывание, мэй-хуа-чжень терапия, точечный массаж, цзю-терапия, лазеропунктура, микроиглотерапия, фармакопунктура, физиопунктура, су-джок терапия; цубо – терапия (аппликация раздражающих веществ – перцовый пластырь, горчичные зерна, магниты, металлические шарики и др.).

КЛАССИЧЕСКОЕ ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ

Классическое иглоукалывание проводится у детей с ДЦП с 10-12 месяцев жизни. Акупунктурные точки расположены поверхностно, кожная поверхность точки шире, чем у взрослого. У детей до 3-х лет укалывание проводится внутрикжно или подкожно (глубина увеличивается с возрастом ребенка). В качестве показателей хода ответной реакции можно использовать выраженность и скорость угасания местной кожной реакции гиперемии. При необходимости создания возбуждающего метода, игла извлекается до момента максимального нарастания кожного пятна. В случае создания тормозного метода – иглы извлекаются с момента угасания и до полного исчезновения реакции кожной эритемы. Предусмотренные ощущения в виде ломоты, распираания и иррадиации в месте введения иглы не вызываются у детей в возрасте до 10 лет.



МЭЙ-ХУА-ЧЖЭНЬ ТЕРАПИЯ

Воздействие многоигольчатым молоточком (мэй-хуа-чжэнь терапия - МХЧ) широко используется в педиатрической практике. Методические особенности проведения процедуры у детей - использование поверхностного воздействия, без проникновения в кожу, легкие поколачивание молоточком до появления легкой гиперемии у детей до 3-х лет, умеренной у детей старше 3-х лет. МХЧ – терапия у детей с ДЦП может быть использована на точки акупунктуры, линии каналов, рефлексогенные зоны. Для создания возбуждающего метода частота ударов в пределах 80-100 ударов в минуту, для тормозного воздействия 40-60 ударов в минуту.



МЕТОД СКАЛЬПОТЕРАПИИ

Скальпотерапия (СКТ) – воздействие на линейные зоны в области скальпа иглоукалыванием или методами физиопунктуры. Включение скальпотерапии в комплекс лечения дает четкие положительные результаты. В детской практике иглоукалывание в зоны скальпа проводится по специальной методике – способом «лесенки» или «елочки». Иглы устанавливаются поверхностно одним из приведенных способов. Не допускается проведение процедуры при не закрытых областях родничков.



ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ

Точечный массаж у детей может проводиться с помощью зонда с круглым наконечником или кончиком пальца. У детей в возрасте до года давление производится легко, с легкой вибрацией. Экспозиция при возбуждающем методе у новорожденных и детей до года – 15-20 с, при тормозном воздействии – от 40-60 с, до 2 минут у более старших детей. Количество АТ выбирается в зависимости от заболевания и возраста ребенка.



ТРАДИЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

При проведении иглоукалывания у детей с преобладанием повышенного мышечного тонуса ТКМ рекомендует использовать главным образом янские каналы: ручные -GI4,GI5,GI10, GI11, GI14, GI15, IG3,IG7,IG8,IG9,IG10,IG11, IG12, IG14,IG15 (с захватом зоны воротника); ножные каналы – E31,E32,E35,E36,E40,E41, VB30,VB31,VB34,VB39,VB40,VB41, V40, V56, V57, V60,V64;

- Также включаются ряд необходимых АТ иньских каналов -MC6, C1, MC3, RP6, RP9, F14;

- ТКМ рекомендует использовать каждый день только один канал;
- Используются АТ головы: VG20,VG19,VG21;
- Используются АТ канала V (боковые линии канала мочевого пузыря) сегментарно для верхних и нижних конечностей – уровни C4-D1, D12-L4;

- С целью стимуляции развития речи у детей используются АТ -VB4, VC23, VG15, MC6, R4, а также дистальные АТ каналов, внутренним ходом выходящих к языку - C, RP;

- Для уменьшения слюнотечения - V60,R4 (изолированно), а также E4-6, VC24, GI4, 10, 11;

- При наличии сложности с дефекацией – V31-34, RP6, E36;

- Метод воздействия на мышцы с повышенным тонусом – Т1, мышцы-антагонисты – В2, на область АТ головы, воротниковой зоны, АТ широкого спектра действия – Т1;
- При наличии сниженного тонуса мышц (атаксическая форма) – метод воздействия В2-ТВ;
- Зоны скальпотерапии – используются в соответствии с клиническими проявлениями заболевания: при наличии гиперкинезов – зона тремора и хорей, при параличе нижних конечностей – верхняя 1/5 часть моторной зоны, при параличе верхних конечностей – моторная зона средних 2/5, при нарушении равновесия – зона равновесия, нарушениях речи – нижние 2/5 части моторной зоны, речевая зона.

ПРИМЕРНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение с помощью методов рефлексотерапии дает высокий терапевтический эффект при условии индивидуального подхода в каждом конкретном случае заболевания. Приведенные в руководстве рецепты являются усредненными и требуют осмысления для каждого пациента.

Диагноз: Детский церебральный паралич. Спастическая диплегия средней тяжести. Легкая задержка психического и речевого развития.

РТ направлена на улучшение мозгового кровообращения, уменьшения активности гипертензионно-гидроцефального синдрома, снижение повышенного мышечного тонуса, влияние на эмоционально-волевую сферу ребенка.

1-я процедура. VG20, VG21 - 5-20 мин. (в зависимости от возраста ребенка);

2-я процедура. IG3, V62 – от 3 до 15 мин.;

3-я процедура. GI11, GI10, GI4 – от 1 до 10 мин., МХЧ на область воротниковой зоны, надплечья, метод переходный;

4-я процедура. E36, E40, E41, E42 – от 5 до 15 мин., МХЧ по линии канала V, на область D12-L4, с захватом области ягодиц – метод В2, СКТ - верхняя 1/5 часть моторной зоны;

5-я процедура. MC5, MC6, C3, C7 – 15-20 мин.;

6-я процедура. VG14, V11, VB10, V23 – 5-15 мин., СКТ зоны тремора и хорей;

7-я процедура. GI4, GI 11, GI 14, GI 15 – 10 -15 мин., МХЧ на область сегментов C4-D1, метод В2, СКТ верхняя 1/5 часть моторной зоны;

8-я процедура. TR3, TR4, VG21 – 10-15 мин, СКТ - моторная зона средних 2/5;

9-я процедура. P7, R6, RP6, R7 – 10-20 мин;

10-я процедура. VG20, VG21 – 5-20 мин, МХЧ на область воротниковой зоны, надплечья, метод П.

Второй курс РТ направлена на коррекцию мышечного тонуса верхних конечностей, стимуляцию речи, уменьшению слюнотечения

1-я процедура. VG20, VG21 – 5-20 мин (в зависимости от возраста ребенка)

2-я процедура. TR5, VB41, VG14 – от 3 до 15 мин, СКТ – верхняя 1/5 часть моторной зоны;

3-я процедура. GI11, GI10, GI4 – от 1 до 10 мин., МХЧ на область воротниковой зоны, надплечья, метод П, СКТ – моторная зона средних 2/5;

4-я процедура. E36, E40, E41, E42 – от 5 до 15 мин., МХЧ по линии канала V, на область D12-L4, с захватом области ягодич, метод В2;

5-я процедура. MC5, MC6, C3, C7 – 15-20 мин;

6-я процедура. VG14, V11, VB10, V23 – 5-15 мин.

7-я процедура. GI4, GI 11, GI 14, GI 15 – 10 -15 мин., МХЧ на область сегментов C4-D1, метод В2, СКТ - моторная зона средних 2/5;

8-я процедура. TR3, TR4, VG21 – 10-15 мин, СКТ - речевая зона;

9-я процедура. P7, R6, RP6, R7 – 10-20 мин.

10-я процедура. VG20, VG21 – 5-20 мин., МХЧ на область воротниковой зоны, надплечья, метод П.

Диагноз: Детский церебральный паралич. Гиперкинетическая форма средней тяжести. Задержка психического и речевого развития.

РТ направлена на влияние на эмоциональную сферу ребенка, снижение повышенного тонуса мышц, уменьшение гиперкинезов, улучшение произвольных движений.

1-я процедура. VG20, VG21 – 20 мин.

2-я процедура. IG3, V62 – 15-20 мин.

3-я процедура. – VB10, VB34, VB39, VB41 – 15-20 мин, СКТ – зона тремора и хореи;

4-я процедура. VG20, GI11, GI10, E36 – 15-20 мин, СКТ – моторная зона средних 2/5;

5-я процедура. MC5, MC6 – 20-25 мин.

6-я процедура. IG3, IG4, IG9 – 10 мин (РТ направлена на уменьшение запрокидывания назад и ротации руки), СКТ - моторная зона средних 2/5;

7-я процедура. VB12, VB20 – 15 мин. (влияние на центральные механизмы, формирующие гиперкинезы, мышцы шеи), СКТ – зона тремора и хореи;

8-я процедура. V15, V17– 10-15 мин (влияние на эмоциональную сферу, уменьшение эмоционального напряжения ребенка)

9-я процедура. MC5, MC6, C7 – 15-20 мин. (снижение эмоционального напряжения и двигательной активности)

10-я процедура. VG20, VG21 – 5-20 мин, МХЧ на область воротниковой зоны, надплечья, метод П.

Диагноз: Детский церебральный паралич. Атаксическая форма средней тяжести. Задержка психического и речевого развития средней тяжести.

Рекомендуется лечение в утреннее время. Метод воздействия – возбуждающий (B2).

1-я процедура. VG20, VG17, VG19 – 10-15 мин.

2-я процедура. GI12, GI11, GI10, GI4 – 3-5 мин, СКТ – моторная зона средних 2/5;

3-я процедура. – E36, E40, E41, E42 – 5-10 мин, СКТ – верхняя 1/5 часть моторной зоны;

4-я процедура. VG20, GI11, GI10, E36 – 15-20 мин;

5-я процедура. VG24, VG23, V3, V4, V5 – 3-5 мин, СКТ – зона равновесия;

6-я процедура. V60 – 10 мин, СКТ – верхняя 1/5 часть моторной зоны;

7-я процедура. VG4, V23 – 10 мин;

8-я процедура. VG13, VG14, V11 – 10 мин, СКТ - зона равновесия;

9-я процедура. V10, V62, VG15 – 15 мин, СКТ – нижние 2/5 части моторной зоны или речевая зона;

10-я процедура. VG20, VG21 – 20 мин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методы рефлексотерапии в комплексном лечении детских церебральных параличей способствуют уменьшению проявления клинических симптомов, стимулируют формированию рефлексов произвольных движений, положительно влияют на эмоционально-волевую сферу ребенка. Включение методов РТ в лечебный комплекс улучшает конечный терапевтический результат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Самосюк, И.З. Акупунктура / И.З. Самосюк, В.П. Лысенок. – М. : АСТ-Пресс книга, 2014.
2. Самосюк, И.З. Физические методы в лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов / И.З. Самосюк. – Киев : Здоров'я, 2014.
3. Табеева, Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии : учеб. пособие / Д.М. Табеева. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 440 с.
4. Шанько, Г.Г. Курс лекций по специальности Неврология (детская) : [Электронный ресурс] http://kingmed.info/knigi/Nevrologiya/book_3530/Kurs_lektsiy_po_spetsialnosti_Nevrologiya_detskaya-Shanko_GG-2008-pdf.
5. Шапкин, В.И. Рефлексотерапия : практ. рук. для врачей / В.И. Шапкин. – 2-е изд., стер. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
6. Шнорренбергер, К.К. Специальные техники акупунктуры и прижигания / К.К. Шнорренбергер. – М. : Valbe, 2012. – 280 с.
7. Шнорренбергер, К.К. Терапия акупунктурой / К.К. Шнорренбергер. – М. : Valbe, 2012. – 325 с.
8. Шнорренбергер, К.К. Учебник китайской медицины для западных врачей. Теоретические основы китайской акупунктуры и лекарственной терапии : пер. с нем. / К.К. Шнорренбергер. – М. : Valbe, 2012. – 560 с.

Учебное издание

Подсадчик Лариса Владимировна
Сиваков Александр Павлович
Манкевич Светлана Михайловна
Грекова Таисия Ивановна

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 20.12.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,06. Уч.- изд. л. 0,98. Тираж 150 экз. Заказ 39.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.