

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет

Кафедра медицини та фізичної терапії

**ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ
ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ
ШОТЕРАПІЇ НА БАЗІ КІННОГО КЛУБУ «ЕМІЛІЯ»
МІСТА ХЕРСОНА**

**Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»**

**Виконав: студентка IV курсу
спеціальності 227 Фізична реабілітація
Освітньо-професійної програми
«Фізична терапія, ерготерапія»
Бондар Наталія Анатоліївна**

**Керівник к. б. н., доцент Гурова А.І.
Рецензент к. м. н., доцент Гадай М. І.**

Херсон – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Загальна характеристика ДЦП та причини його виникнення.....	6
1.1. Загальні поняття, етіологія і патогенез ДЦП.....	6
1.2. Класифікація та форми ДЦП	11
РОЗДІЛ 2. Особливості застосування методів реабілітації для відновлення дітей з діагнозом ДЦП.....	18
2.1. Основні методи реабілітації дітей з ДЦП.....	18
2.2. Інноваційні методи впливу на дітей з ДЦП.....	21
РОЗДІЛ 3. Відновлення дітей з діагнозом ДЦП методом іпотерапії	26
3.1. Особливості застосування методу іпотерапії.....	26
3.2. Іпотерапія на базі кінного клубу «Емілія» м. Херсона.....	31
ВИСНОВКИ	
.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	42

ВСТУП

Актуальність теми: З кожним роком кількість дітей з діагнозом дитячий церебральний параліч (ДЦП) збільшується, але при цьому недостатньо ефективних методів реабілітації та допомоги цим дітям [21]. Ця проблема ставить перед вченими і практиками завдання розробки нових методів реабілітації та підтримки таких дітей. Одним з таких шляхів є використання верхової їзди в системі роботи з розвитку дітей з інвалідністю [1].

Вивчення іпотерапії та лікувальних властивостей коней складає неабияку наукову цінність для теперішнього та майбутнього людства. Із року в рік, під неупинним наглядом медиків багато інвалідів набувають можливості встановити нормальні соціальні відносини з навколишнім світом і поліпшити свій фізичний стан [6].

Іпотерапія - це одна з технологій яка сприяє поліпшенню стану здоров'я.

З найдавніших часів відомий вплив на здоров'я людини оказувала верхова їзда і спілкування з кінями. Ссилаючись на думку античного лікаря Гіппократа, який стверджував, що поранені і хворі одужують швидше і успішніше, якщо їздять верхи на конях [30].

На сьогоднішній день вивченням цього питання займаються сотні вчених але в Україні фахівців з іпотерапії, на жаль, дуже мало (можливо

пов'язано це з тим, що в нашій країні ставлення до цього методу досить несерйозне і саму іпотерапію вважають нетрадиційним методом) тому наша дипломна робота присвячена ефективності впливу на дитину з діагнозом ДЦП іпотерапії.

Мета дослідження: вивчити ефективність застосування іпотерапії для фізичної реабілітації дітей з ДЦП.

Завдання дослідження:

1. Охарактеризувати особливості дитячого церебрального параліча.
2. Вивчити особливості застосування методів реабілітації для відновлення дітей з діагнозом ДЦП.
3. Дослідити вплив іпотерапії на дітей з діагнозом ДЦП, на базі кінного клубу «Емілія», м. Херсона.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація дітей з діагнозом дитячий церебральний параліч.

Предмет дослідження: вплив іпотерапії на відновлення фізичного стану дітей з ДЦП.

Методи дослідження: вивчення науково-методичної літератури, анкетування, аналіз, систематизація та узагальнення матеріалу.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧА ТА ПРИЧИНИ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ

1.1. Загальні поняття, етіологія і патогенез ДЦП

Відомий багатьом термін "дитячий церебральний параліч" об'єднує групу різних по клінічних проявах синдромів, які виникають в результаті недорозвинення мозку і його ушкодження на різних етапах онтогенезу і характеризується нездатністю зберігати нормальну позу і виконувати довільні рухи [2].

Перший клінічний опис ДЦП зробив В. Літтль у 1853 році.

Дуже багато років ДЦП називали хворобою Літтля. Але термін «дитячий церебральний параліч» належить З.Фрейду. В 1893 році Фрейд запропонував об'єднати усі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження за схожими клінічними ознаками до групи церебральних паралічів [22].

Але до сьогоднішнього часу йдуть наукові суперечки з приводу даного терміна. В медично-науковій літературі можна зустріти велику кількість різних термінів для визначення «дитячий параліч». Багато

авторів-лікарів, які займаються дослідженнями, данного порушення робили спроби підібрати термін, щоб він відповідав даному порушенню. Доман підкреслює заперечення до терміна «мозковий параліч», але мозок не може бути паралізованим, тим паче, що власне параліч при даному типі, зустрічається досить рідко. Термін «спастичний стан» – це хоч і важливий, адже один із симптомів захворювання. В 1983 р безумовно, термін «дискінезія» найбільш точно відображає характер рухових порушень при ДЦП, показує їх обумовленість розладами онтогенезу локомоторних функцій [23].

Що до терміну «дитячий церебральний параліч», його викорисають у всій світовій літературі і іншого поняття, щоб всебічно характеризувало ці патологічні стани, до сьогодні не запропоновано. Тому ДЦП – це група моторних і психомовленнєвих не прогресуючих синдромів, які є наслідком порушення мозку у внутрішньоутробному, натальному і ранньому постнатальному періодах. Прошло 100 років після виступу В. Літгля, а у працях вчених переважно зверталась увага на питання неврологічного, ортопедичного відновлювального лікування дітей з ДЦП. А на початку ХХ ст. М. Б. Брейтман першим побачив та звернув увагу на зниження інтелекту і недорозвиток мови у більшості дітей з ДЦП [23].

Причини розвитку ДЦП різноманітні. Переважно виділяють перинатальні, натальні і постнатальні несприятливі фактори, які мають відношення до походження ДЦП. На практиці часто зустрічається поєднання таких факторів, що діють на різних етапах розвитку [4]. Ми маємо кількість випадків ДЦП, які належать до групи невідомої етіології (до 30% випадків) [4]. Перша чітко сформована і яка стала основою усіх послідуєчих класифікацій ДЦП належить Зигмунду Фрейду. В основі класифікації лежать клінічні критерії.

До клінічної картини дитячого церебрального паралічу лежать рухові розлади, що формуються за типом паралічів, парезів, рідше гіперкінези, атаксії, а також різні порушення мови і психіки [9].

Складний патогенез внутрішньоутробного й родового ураження мозку спричиняє за собою і багато клінічних проявів. На сьогоднішній день виділяють три стадії захворювання.

Перша стадія, це рання стадія. До неї відносяться гострі порушення гемо- і ліквородинаміки, що виникли у плода з внутрішньоутробним ураженням мозку або в процесі пологів, можуть викликати значні порушення регуляції тону м'язів, частіше за типом екстензорної ригідності, й пригнічувати природжені рухові рефлекси. Для цієї стадії характерні такі симптоми, як загальний важкий стан, брадикардія і тахікардія, прискорене або сповільнене дихання, судорожні сипання м'язів обличчя і кінцівок, виражений гіпертензійний синдром, розходження кісток черепа. Такий судорожний синдром може з'явитися відразу після народження, потім зникнути або стійко утримуватися, може з'явитися в перші тижні або місяці життя, судоми звичайно бувають поліморфними; поява на першому етапі елементів психічного і передмовного розвитку у дитини, різко затримується. Опорно - рухова система: спостерігається пригніблення всіх або частини природжених рефлексів: захисного – немає повороту голови у бік, який буває у здорового новонародженого; рефлексу опори – немає рефлекторного випрямлення ніг, хапального, повзання та ін [23].

Найважчи випадки, порушення ковтального, пошукового і долонно-ротового рефлексів. Виявляється дисоціація між зростаючими тонічними шийними і лабиринтовими рефlekсами і слабо розвиненими природженими руховими рефlekсами. Характерне недорозвинення або неправильне формування м'язів сідниць – вони в'ялі, по консистенції нагадують проколотий м'яч. Чим важка форма захворювання, яке

розвивається надалі у дитини, тим більш чітко виражений симптом "проколеного м'яча". Литкові м'язи ущільнені, зміщені до підколінних ямок, сухожилля п'ят (ахіллесові) подовжені. Кістки п'ят недорозвинені, часто розвинені асиметрично. На тій стороні, де кістка п'яти розвинена слабо, рухова патологія надалі виявляється більш вираженою [23]. Дуже рано, на другому місяці життя, формується функціональний кіфоз або кіфосколиоз в поперековому і нижньому грудному відділах хребта. Обмежена або відсутня екстензія кистей рук, шкірно-м'язова складка між I і II пальцями кисті вкорочена. Одним з найважчих симптомів відносно прогнозу є торсіонні спазми, вони реалізуються по механізму лабіринтового тонічного рефлексу: якщо дитина лежить на спині, виникає інтенсивне закидання назад голови і плечового пояса, буває дуже болюче, з перекосом їх у ту чи іншу сторону; якщо дитина лежить на животі, виникають спазми переважно в м'язах, що згинають тулуб і що викликають його обертання [35].

Також порушено будову апарату артикуляції – високе піднебіння, відносно невеликий об'єм ротової порожнини, великий малорухливий язик. Спостерігається відсутність або недостатність первинних зорових і слухових орієнтовних реакцій, поява яких у здорової дитини спостерігається вже в перші тижні життя, а також відсутність або недостатність примітивних емоційних реакції, що входять до «комплексу пожвавлення» у дітей перших тижнів життя [19].

Друга стадія захворювання, початкова резидуальна або початкова резидуально-хронічну, починається після закінчення гострих явищ. В клініці цієї стадії з'являються ті симптоми дизонтогенезу, які викликані патологією внутрішньоутробного розвитку, якщо вона мала місце, а також наслідками гіпоксії і асфіксії в пологах, порушенням мозкового кровообігу з подальшим розвитком рубцювато-атрофічних процесів в нервовій тканині та інших її змінах [19].

Якщо церебральна патологія плоду пов'язана з ураженням в пологах, обумовленою акушерською патологією матері, то гострі явища стихають в межах перших чотирьох місяців життя дитини і на цьому фоні розвиваються початкові резидуальні явища. Початкові резидуальні явища, зумовлені родовою травмою, при пологах, можуть виникнути на фоні вже наявної патології внутрішньоутробного розвитку, викликані дією таких ушкоджуючих чинників, як нейроінфекція, інтоксикація і т.і. Якщо патологічний процес, що почався внутрішньоутробно, не закінчується при пологах, то надалі він протікає на фоні резидуальних явищ, обумовлених патологією внутрішньоутробного розвитку і родовою травмою. В цих випадках говорять про початкову резидуально-хронічну стадію захворювання [20].

Початкова резидуальна стадія захворювання характеризується тим, що при ще активних тонічних рефлексів настановні рефлексивні форми не формуються або недостатньо формуються. В нормі процес вертикальної установки тіла забезпечується появою до 2 міс. лабіринтового настановного рефлексу з голови на шию (дитина починає тримати голівку), до 6 міс. – шийних ланцюгових симетричного і асиметричного настановних рефлексів. Шийний ланцюговий симетричний настановний рефлекс забезпечує підвищення тону згиначів і при горизонтальному, і при вертикальному положенні тіла, що й робить можливим утримання тіла в просторі. Шийний ланцюговий асиметричний настановний рефлекс забезпечує збереження рівноваги тіла [20].

У дітей з церебральним паралічем ці рефлексивні й ряд інших настановних рефлексів або затримуються в розвитку до 2-5 років і більше, або не з'являються зовсім, тоді як тонічні рефлексивні продовжують наростати в більшій мірі. Негативний симптом Ландау: здорова дитина, підтримувана на вазі в горизонтальному положенні, з 5-6-го міс. піднімає голову, згинає тулуб, виносить руки вперед, дитина з

церебральним паралічем зробити цього не може, вона висить на руках лікаря. Довільна моторика різко затримується в своєму розвитку. Наростають і патологічні синергії, визначаючи в сукупності з тонічними і патологічно настановними рефлексами, що дають змогу формування патологічного рухового стереотипу. Контрактури, що з'являються в цій стадії захворювання, так само, як і сколіоз, ще функціональні [9].

Порушення психічного розвитку усугубляється мовною патологією і слабкістю контактів з оточуючими. У дітей з початковою резидуальною стадією захворювання нерідко після 2-5 років поступово починають розвиватися рухові, психічні й мовні функції, причому тим більш активно, чим раніше початок систематичне лікування [17].

Резидуально-хронічна стадія дитячого церебрального паралічу протікає на багато важче – продовжують розвиватися внутрішньоутробно запальні, алергічні, атрофічні і деструктивні процеси в мозку, прогресує неврологічна симптоматика.

Третя стадія захворювання, умовно названа кінцевою резидуальною стадією, характеризується остаточним оформленням патологічного рухового стереотипу, організацією контрактур і деформацій кісток. Виразним стає характер психічних і мовних розладів. До мовних розладів відносяться псевдобульбарній дизартрії або, залежно від форми захворювання, гіперкінетична або мозочкова дизартрія, що протікають на фоні загальної затримки мовного розвитку. Психічні порушення розвиваються за психоорганічним типом. Разом із порушенням емоційно-вольової сфери й астенізацією мають місце порушення кіркових функції – дисграфія, акалькулія та ін., які перешкоджають навчанню дитини у всіх сферах [17]. В цій стадії захворювання діти можуть зберігати здатність самотійно або з підтримкою пересуватися, оволодіти писанням, тими чи іншими елементами самообслуговування, трудовими процесами. В інших

випадках швидко нарастають множинні артрогенні контрактури, важкі деформації, фіброзне переродження м'язів, суглобів і зв'язок; як правило, не розвиваються мова і психіка дитини [17].

1.2. Класифікація та форми ДЦП

Оскільки термін ДЦП не може включити в себе безліч різноманітних патологічних порушень, що виникають при цьому захворюванні, вже багато років ведуться пошуки та розробки оптимальної класифікації цього захворювання. Перша чітко оформлена класифікація ДЦП належить З.Фрейду. В основі її лежать клінічні критерії.

Класифікація ДЦП за З. Фрейдом [23]: геміплегія, церебральна диплегія (двосторонній церебральний параліч), генералізована ригідність, параплегічна ригідність, двостороння параплегія, генералізована хорея, подвійний атетоз.

Така класифікація вперше дозволила виділити типи ДЦП, які потім були покладені в основу всіх наступних класифікацій.

У світовій літературі ми бачимо понад двадцять класифікацій ДЦП. Вони засновані на етіологічних ознаках, характерних клінічних проявів, патогенетичних особливостях. У вітчизняній клінічній практиці використовується найчастіше класифікація К. А. Семенової [17], в яку включені власні дані автора і елементи класифікації Д. С. Футера [23] і М. Б. Цукер [35]. Відповідно до цієї класифікації виділяють п'ять основних форм ДЦП: подвійна геміплегія; спастична диплегія; геміпаретична форма; гіперкінетична форма; Атонічно-астатична форма. На практиці виділяють ще змішану форму ДЦП.

Подвійна геміплегія - найважча форма ДЦП, виникає при значному ураженні мозку у період внутрішньоутробного життя. Усі

клінічні прояви пов'язані з вираженими деструктивно-атрофічними змінами, розширенням субарахноїдальних просторів і шлуночкової системи мозку. Мається псевдобульбарний симптом, слинотеча і т.і. Виявляються тяжко порушеними всі найважливіші людські функції: рухові, психічні, мовні [35].

Рухові порушення виявляються вже в періоді новонародженості, як правило, відсутній захисний рефлекс, різко виражені все тонічні рефлекси: лабіринтовий, шийний рефлекс. Не розвиваються ланцюгові настановні рефлекси, тобто дитина не може навчитися самотійно сидіти, стояти і ходити. Функції верхніх та нижніх кінцівок практично відсутні. Завжди маємо ригідність м'язів, що підсилюється під впливом інтенсивних рефлексів (шийного та лабіринтного). Через підвищену активність тонічних рефлексів дитина в положенні на животі і спині має різко виражену згинальну або розгинальну позу. При підтримці у вертикальному положенні, як правило, спостерігається згинальна поза при зависанні голови. Всі сухожильні рефлекси дуже високі, тонус м'язів в руках і ногах різко порушений. Мимовільна моторика зовсім або майже не розвинена [5]. Психічний розвиток дітей знаходиться зазвичай на рівні розумової відсталості в помірному або тяжкому ступені. Мова порушена, анартрія або важка дизартрія. Прогноз подальшого розвитку рухової, мовної і психічної функцій вкрай несприятливий. Діагноз «подвійна геміплегія» вказує на повну інвалідність дитини.

Спастична диплегія. Це найпоширеніша форма ДЦП, відома під назвою хвороби або синдрому Літтля. За поширеністю рухових порушень спастична диплегія є тетрапарезом, але нижні кінцівки уражуються в значно більшому ступені [23].

У дітей зі спастичною диплегією часто спостерігається вторинна затримка психо-мовленевого розвитку, яка при рано розпочатому і правильно проведеному лікуванні до 6-8 років може бути усунена. 30-

35% дітей зі спастичною диплегією страждають розумовою відсталістю легкого ступеня. До 70% - спостерігаються мовні розлади у формі дизартрії. Тяжкість мовних, психічних і рухових порушень варіюється в широких межах [21]. Це пов'язано з часом і силою дії шкідливих факторів. Залежно від ступеня тяжкості ураження мозку вже в періоді новонародженості слабо виражені або зовсім не виникають вроджені рухові рефлекси: захисний, повзання, опори, крокові рухи дитини, тобто порушується основа, на базі якої формуються установчі рефлекси. Хапальний рефлекс найчастіше, навпаки, посилений, також як і тонічні рефлекси: шийні, лабіринтовий. Різко підвищений тонус м'язів мови. Очі дитини піднімаються вгору. Таким чином, має порушення функції зору і мова [2].

При вираженості симетричного шийно-тонічного рефлексу при згинанні голови виникає згинальна поза в руках і розгинальна в ногах, а при розгинанні голови, навпаки, виникає розгинання рук і згинання ніг. Цей зв'язок рефлексів з м'язами до 2-3 років призводить до формування стійких патологічних синергії і як наслідок - до стійких порочних поз і установок тіла.

Геміпаретична форма. Ця форма захворювання характеризується ураженням однойменних руки і ноги [2]. 80% випадків розвивається у дитини в ранній постнатальний період, коли внаслідок травм, інфекцій та інших ушкоджень, уражаються пірамідні шляхи головного мозку, які тільки формуються. При цій формі вражена одна сторона тіла: ліва при правобічному ураженні мозку, і права, при лівосторонньому. При даній формі ДЦП зазвичай важче уражається верхня кінцівка. Правобічний геміпарез зустрічається частіше, ніж лівобічний. Тому, ліва півкуля при впливі шкідливих факторів страждає впершу чергу як більш молоде філогенетичне формування, функції якого найбільш складні і різноманітні. До 25-35% дітей спостерігається легка ступінь розумової

відсталості, а у 45-50% - вторинна затримка психічного розвитку, при своєчасно розпочатої відновлювальної терапії не розвиваються. Мовні розлади спостерігаються у 20-35% дітей, частіше за типом псевдобульбарній дизартрії, рідше моторної алалії [5].

Після народження у дитини з такою формою ДЦП всі вроджені рухові рефлекси виявляються сформованими. Але, вже в перші тижні життя можна виявити обмеження спонтанних рухів і високі сухожильні рефлекси в ураженій кінцівці, рефлекс опори, крокові рухи, повзання гірше виражені в паретичній нозі. Хапальний рефлекс менш виражений в ураженій руці. Сидіти дитина починає вчасно або з невеликим запізненням, при цьому поза виявляється асиметричною, що може призводити до сколіозу і потребує корекції. [3].

Прояви геміпарезу формуються, як правило, до 6-10-місяців життя дитини, які поступово наростають. Починаючи з 2-3 років основні симптоми захворювання не прогресують, вони багато в чому схожі з тими, які спостерігаються у дорослих. Рухові порушення носять стійкий характер, не дивлячись на проведену терапію рухового апарату.

Гіперкінетична форма. Білірубінова енцефалопатія найчастіше є як результат гемолітичної хвороби новонароджених. І має гіперкінетичну форму. Рідше причиною може бути недоношеність та черепно-мозковою травмою під час пологів, при якій відбувається розрив артерій, що постачають кров'ю підкіркові ядра [3].

У неврологічному статусі у цих хворих спостерігаються гіперкінези (насильницькі рухи), м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг. Незважаючи на важкий руховий дефект, збережена можливість самообслуговування рівень інтелекту загального розвитку при даній формі ДЦП вище, ніж при попередніх [4]. Після народження у такої дитини вроджені рухові рефлекси виявляються порушеними. Смоктальний рефлекс ослаблений, порушена координація смоктання,

ковтання, дихання. У ряді випадків тонус м'язів знижений. У 2-3 місяці можуть спостерігатися раптові м'язові спазми. Знижений тонус змінюється дистонією. Установчі ланцюгові рефлекси значно запізнюються у своєму формуванні. Затримка формування настановних рефлексів, м'язова дистонія, а в подальшому і гіперкінези порушують формування нормальних поз і призводять до того, що дитина тривалий час не може навчитися самотійно повзати, сидіти, стояти і ходити.

Атонічно - астатична форма. Ця форма ДЦП зустрічається значно рідше інших форм, характеризується парезами, низьким тонусом м'язів при наявності патологічних тонічних рефлексів, порушеннями координації рухів, порушується рівновага [13]. З моменту народження виявляється неспроможність вроджених рухових рефлексів: відсутні рефлекси опори, автоматичної ходи, повзання, сидіння, слабо виражені або відсутні, захисний і хапальний рефлекси. Знижений тонус м'язів. Ланцюгові установчі рефлекси значно затримуються в розвитку. Такі хворі починають самотійно сидіти до 1-2 років, ходити - до 6 років. До 3-5 років при систематичному, направленому лікуванні діти, як правило, опановують можливість довільних рухів. Мовні розлади у формі мозочкової або псевдобульбарної дизартрії спостерігаються у 60 - 75 % дітей з такою формою [4].

Як правило, при цій формі ДЦП уражається лобно-мосто-мозочковий шлях, лобові частки і мозочок. Характерними симптомами є атаксія, гіпертермія, інтенційний тремор. У тих випадках, коли має місце виражена незрілість мозку в цілому і патологічний процес поширюється переважно на передні його відділи, виявляється розумова відсталість частіше в легкій формі, рідше - в помірному ступені, спостерігається ейфорія, метушливість, розгальмування.

Змішана форма. Найбільш часто зустрічається форма ДЦП. При ній є поєднання всіх перерахованих вище форм: спастико-

гіперкінетична, гіперкінетично-мозочкова і так далі. Порушення мови і інтелекту зустрічаються з тією ж частотою. Іноді захворювання протікає як спастична форма, а в подальшому з'являються і проявляються все виразніше гіперкінези [4].

По руховому дефекту розрізняються три ступеня тяжкості ДЦП при всіх перерахованих формах захворювання: легка, середня, важ

До легкого ступеню відноситься: фізичний дефект, дозволяє пересуватися, користуватися міським транспортом, мати навички самообслуговування.

До середнього - діти потребують часткової допомоги оточуючих при русі і самообслуговуванні.

До важкого - діти цілком залежать від оточуючих.

Тяжкість гіпертензійно, гідроцефального, судомного синдромів, порушення функцій гіпоталамусу, всієї гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи [17].

Реабілітація дітей, хворих на дитячий церебральний параліч є складною проблемою, внаслідок її високої індивідуалізації, обумовленою ураженням центральної нервової системи, на ранніх етапах онтогенетичного розвитку головного мозку. Але у даному періоді виникає ураження не тільки нервової системи, а й інших органів та систем організму.

Дитячий церебральний параліч характерний тим, що він, у залежності від виду і ступеня ушкодження центральної нервової системи, яке відбулося в силу певних причин, може рік за роком значно змінюватись в клінічному відношенні [38]. Усе більшого застосування в проведенні реабілітації дітей з ДЦП знаходять немедикаментозні методи, ефект яких вражає і ми бачемо результат [41]. До числа реабілітацій можна віднести інноваційні технології корекційно-

компенсаторного впливу, одними з найпоширеніших яких, в наш час є анімалотерапія, дельфінотерапія, войта-терапія.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ДІАГНОЗОМ ДЦП

2.1. Основні методи реабілітації дітей з ДЦП

Більша частина традиційних реабілітаційних методик, які існують на сьогодні, має достатньо високу ефективність при реабілітації дітей з діагнозом ДЦП у віці від декількох тижнів до двох років (пізній початок реабілітації, дає свої негативні результати). У цьому випадку 60-80% хворих відновлюють рухові й мовні функції, що дає їм можливість обслуговувати себе, здобувати освіту, брати участь в трудовій діяльності і соціальному житті, мати сім'ю та виховувати дітей [16].

Основні методи лікування ДЦП – лікувальна фізкультура, масаж, механотерапія, медикаментозне лікування, хірургічне втручання. Плани та завдання підбираються індивідуально. При цьому прагнуть відновити баланс між м'язами – згинання та розгинання, неузгодженість в роботі яких приводить до затримки розвитку, неправильних поз. Починати масаж бажано не раніше, ніж у півтора місяці, оскільки у більш

ранньому віці причина патології не зовсім ясна, але і не можна припускати помилки, від цього залежить подальше життя дитини [12].

Метод Козьявкіна, *має* важливий внеском в розвиток медичної реабілітації. Створення в середині 80- х років системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, відтепер відомої у світі як метод професора Козьявкіна [17]. Основою системи відновного лікування стали дослідження, які сприяли формуванню нового погляду на церебральні паралічі, на значення вертеброгенного компонента в етіопатогенезі цього захворювання. Метод професора Козьявкіна являє собою інтегральний реабілітаційний комплекс, основою якого є біомеханічна корекція хребта. Унікальна авторська методика корекції рухів хребта спрямована на ліквідацію функціональних блокад хребцево-рухових сегментів, відновлення активності аутохтонних м'язів та активацію потоку пропріоцептивної інформації з периферії [43].

Фізична реабілітація *має бути* одним з найважливіших методів лікування ДЦП, яка переважно починається ще в перші роки життя дитини, відразу після встановлення діагнозу. При цьому застосовують комплекси вправ спрямовані на дві важливі цілі - не допустити ослаблення та атрофії м'язів внаслідок недостатнього їх використання та уникнути контрактур, при яких напружені м'язи стають малорухомими та фіксуються в патологічному положенні і мають тонус [16].

Формування правильної та ефективною ходи є важливим завданням реабілітації пацієнтів з моторним порушеннями, адже хода є не тільки основним актом локомоції людини, але і важливою передумовою успішної соціально-побутової адаптації. Одним з перспективних засобів формування ходи є тренування на біговій доріжці з підтримкою ваги тіла, яке все частіше застосовується у дітей з різними неврологічними ураженнями та хворих на ДЦП.

Хірургічні методи лікування ДЦП *являються* додатковими засобами лікування ДЦП. Найбільш розповсюдженими з них є ортопедичні втручання, спрямовані на усунення вкорочення м'язів і кісткових деформацій. Метою цих операції у дитини з потенціалом до ходьби в майбутньому є поліпшення можливостей до пересування. Для дітей у яких немає перспективи самостійної ходьби, метою оперативного втручання може бути поліпшення можливості сидіти, полегшення виконання гігієнічних функцій, а також, у ряді випадків, усунення больових синдромів [24].

Значний внесок у розвиток методів реабілітації ДЦП внесли Берта і Карел Бобат. Ще в 40-х роках вони почали розробляти свій підхід, який базувався на клінічних спостереженнях Берти Бобат. Їхні погляди знаходилися під впливом існуючої в той час теорії рефлекторного та ієрархічного дозрівання нервової системи [12]. Мають попит у центрах реабілітації.

Медикаментозне лікування застосовуються при лікуванні в гострому періоді ураження головного мозку новонародженої дитини, переважно в першому півріччі життя, коли вже остаточно поставлен діагноз. При формуванні церебрального паралічу медикаментозне лікування переважно призначається тим пацієнтам, у яких ДЦП супроводжується судорогами, а також іноді використовується для зниження спастичності м'язів та мимовільних рухів [27].

Лікувальна фізкультура - це комплекс вправ, який, виконується плавно, не поспішаючи. Щоб не зчинити болю. В основі лікувальної фізкультури лежить використання основної функції нашого організму – це рух. Весь комплекс має бути правильно підібраним, з індивідуальними вправами, в поєднанні з правильним диханням.

Лікувальна фізкультура має загальнотонізуючий вплив на організм. Вона сприяє виправленню анатомо-фізіологічних порушень в

окремих органах, нормалізує патологічні зміни в м'язах і компенсує втрачені функції, поліпшує якість рухів, виробляє і закріплює замінні навички. Лікувальна фізкультура підвищує дію медикаментів та інших лікувальних засобів при комплексному лікуванні. Під впливом фізичних вправ у тканинах організму настають зміни білкового обміну з утворенням продуктів розпаду, які стимулюють тканинний обмін і, надходячи в кров, підвищують нервово-м'язовий тонус. Лікувальна фізкультура сприяє відновленню фізіологічних функцій, уражених хворобливими процесами. Лікувальна фізкультура є можливим засобом відновлювальної і компенсаторної терапії. З допомогою фізичних вправ можна посилити компенсаторно-приспосувальні функції організму та працю м'язів [34].

Лікувальний масаж призначається зразу. Масаж, який застосовується в роботі з пацієнтами, що страждають на ДЦП, значно відрізняється від загальнозміцнюючого масажу або масажу, проведеного при соматичних захворюваннях, при лікуванні хворих з ДЦП основний акцент робиться на нормалізацію рефлекторної діяльності центральної нервової системи. Застосування масажу для дітей з ДЦП дозволяє підвищити працездатність і витривалість м'язів, прискорити кровотік і лімфоток, полегшити роботу серця, знизити рефлекторну збудливість м'язів з підвищеним тонусом, стимулювати роботу ослаблених і третинних м'язів [34].

2.2. Інноваційні методи впливу на дітей з ДЦП

У словнику, слово «інновація» має латинське походження і в перекладі означає оновлення, зміну, введення нового. На сьогоднішній день існує вже багато інноваційних методів впливу на відновлення

здоров'я дітей у яких захворювання, дитячий церебральний параліч. Один з них анімалотерапія [11].

Анімалотерапія (від лат. animal - тварина) - вид терапії, науковий метод лікування та профілактики серйозних захворювань, який ґрунтується на використанні різних можливостей тварин та їхніх образів (малюнків, казкових персонажів, іграшок, а також живих тварин, спілкування з якими безпечно) [39]. Анімалотерапія має багато попиту у суспільстві. Стародавні цілителі рекомендували при неврозах холодний душ, ходьбу босоніж та їзду верхи на конях. Ще у V ст. до н.е. Гіппократ підкреслював значення впливу навколишньої природи на людину та отстоював користь лікувальної верхової їзди. Ще три тисячоліття тому стародавні греки виявили здібності собак допомагати людям долати різні недуги (а єгиптяни використовували з цією метою кішок). У Давній Індії лікувальним вважали прослуховування пташиного співу. Наприкінці XVIII ст. використовувати тварин як психотерапевтів для душевнохворих почали у Великій Британії.

Як самостійний метод анімалотерапія набуває популярності з другої половини XX ст. Взаємодія з тваринами задовольняє багато потреб людини і дає чималу користь: знімає стрес і нормалізує роботу нервової системи у цілому, сприяє гармонізації міжособистісних стосунків між людьми, реабілітує і допомагає відновити контакт людини з навколишнім світом, підвищити самооцінку й відчутти впевненість у собі [39].

Також і у Херсоні та Херсонській області ми маємо таку можливість спілкування з тваринами. Унікальна Херсонська собако-терапевт Кіміко. Це проект Херсонської обласної бібліотеки імені Гончара і відомого кністерапевта собаки породи акіта-іну Кіміко, «Читаємо разом з Кіміко». Завдяки цій програмі особливі діти мають можливість читати книжки та адаптуватись в соціумі. Місто Скадовськ,

особливі діти мають можливість спілкування з дельфінами. На базі центра реабілітації та відпочинку «Акварель», Нептун і Дорі працюють з такими дітьми.

Дельфінотерапія має біологічний та енергетичний зв'язок людини з тваринним світом. Дельфінотерапія – це метод лікування, заснований на спілкуванні з дельфінами. Спілкування з дельфіном дозволяє допомогти дитині вийти зі стану самоізоляції, стимулювати розвиток світу, що стає умовою до встановлення, відновлення, оптимізації соціальних відносин, активізувати роботу мозкових структур і всього організму в цілому через сенсорну стимуляцію, стимулювати вербальну експресію, сприяючи мовному й сенсомоторному розвитку, створити умови для емоційного стану дитини. Повністювилікувати маленьких пацієнтів від важких недуг дельфіни, безумовно, не можуть. Але діти з церебральним паралічем після сеансів дельфінотерапії стають розкутіше і набувають навичок самообслуговування [39]. В результаті лікування, також спостерігається поліпшення моторних і координаційних здібностей дітей. Місто Херсон багатий на кінні клуби, «Кентавр», федерація кінного-спорту по вулиці Перекопській та спеціалізований кінний клуб «Емілія», який проводить заняття з іпотерапії. Іпотерапія є визнаним методом реабілітації.

Відомий плідний вплив на здоров'я людини мала їзда верхи і спілкування з конем. Іпотерапія має високу ефективність і унікальність реабілітаційного впливу на фізичний стан дітей з ДЦП [42].

В останні 30-40 років лікування верховою їздою успішно розвивається. Зародившись в Скандинавських країнах, іпотерапія стала швидко поширюватися по всьому світу. Таким чином, в процесі реабілітації через лікувально-верхову їзду відбувається послідовний процес перенесення придбаних навичок в повсякденне життя [32].

Войта-терапія - фізіотерапевтичний метод лікування немовлят, дітей і дорослих з патологіями моторних функцій через порушення центральної нервової системи та опорно-рухового апарату. В 1954 році чеський лікар Вацлав Войта, в результаті багаторічних спостережень відкрив основні моделі рефлекторного руху вперед, які пізніше були кваліфіковані та запропоновані як метод войта-терапії - за ім'ям автора, Вацлава Войта. Спочатку ця методика використовувалася в лікуванні дітей, які вже мали сформований церебральний параліч, а згодом її почали застосовувати для лікування дітей грудного віку з порушеннями рухової системи. Принципом Войта-терапії є не тільки вплив на рухову сферу, а й на все тіло загалом: на сенсорну, вегетативну та психічну системи. При проведенні терапії спостерігаються зміни частоти пульсу, дихання та кров'яного тиску. Основним завданням методики є формування рухових навичок, відповідних віку дитини та діагнозу. Для його вирішення використовують рефлекс повзання і рефлекс повороту. Їх основні феномени мають вплив на управління тілом в цілому, його вертикалізації та можливість руху вперед [29]. Розрізняють два комплекси руху вперед. Один проводиться в положенні на животі та позначається як рефлекторне повзання, другий – в положенні на спині і з боків, цей координаційний комплекс позначається як рефлекторний поворот. Обидва координаційні комплекси є штучними утвореннями, так як скорочення м'язів з'являється в них не при спонтанній моторики дитини, а викликаються лише рефлекторно у відповідному положенні тіла та лише при спеціальних подразненнях. Але незважаючи на глобальність моделей руху вперед, окремі рухові елементи накопичуються в центральній нервовій системі, що досягається через просторову та часову сумачію. Таким чином, застосування локомоції дозволяє створити нову дугу рефлексу з її центром. По суті при спастичності має місце патологічна імпульсація, при натисканні на

активні зони іде формування більш активного осередку та пригнічення патологічної імпульсації [29]. Спостерігаючи за тим, як рухаються під час занять діти з частковою поразкою опорно-рухового апарату, доктор Войта відмітив, що ці рухи подібні до тих, які виконують здорові діти у своєму житті. Він дав назву цьому чиннику «природжені зразки руху». А потім багато разів підтвердив цей факт, регулярно викликаючи ці зразки в здорових новонароджених, тим самим довівши їх існування. Суть Войта терапії полягає у тому, щоб змусити мозок активізувати «природжені збережені зразки руху» і скоординувати їх з мускулатурою тулуба і кінцівок. Чешський невролог зробив висновок, що основною проблемою у дітей, що мають те або інше порушення рухового розвитку, є функціональна блокада. Зважаючи на зроблені висновки, В.Войта продовжив розробляти і упрощувати свій метод, що отримав назву: такого методу, «Войта-терапія» [29].

Цю методику також застосовують у місті Херсоні. Дитячий церебральний параліч характерний тим, що він у залежності від виду і ступеня ушкодження центральної нервової системи, яке відбулося в силу певних причин, може рік за роком значно змінюватись в клінічному форматі, тому завдяки інноваційним методикам, діти з церебральним паралічем мають змогу на ефективніше відновлення фізіологічних функцій організму та покращення стану [28].

РОЗДІЛ 3

ВІДНОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ДІАГНОЗОМ ДЦП, МЕТОДОМ ІПОТЕРАПІЇ

3.1. Особливості застосування методу іпотерапії

У словнику, іпо (у перекладі з грецької - кінь), терапія – лікування, тобто лікування за допомогою коня - це пасивна форма лікувально-верхової їзди, при якій вершник сидить верхи і пристосовується до руху коня. Відмінною рисою лікувально-верхової їзди є висока ефективність і

унікальність реабілітаційного впливу на фізичний стан дитини з церебральним паралічем [8].

Ми вже багато про це чули, що позитивний ефект спостерігається у дітей які їздять верхи, у них поліпшується фізичний стан, проявляється поліпшення сну, зменшення спастики, збільшується обсягу активних і пасивних рухів в кінцівках, часткове відновлення дрібної моторики. У роботу включаються м'язи, які не діють, навіть не будучи ураженими. Все це формує стереотип, який вершник переносить з верхової їзди у своє життя. Іпотерапія є визнаним методом реабілітації [15].

В останні 30-40 років у сучасній Європі лікування верховою їздою успішно розвивається. Зародившись в Скандинавських країнах, іпотерапія стала швидко поширюватися по всьому світі. Таким чином, в процесі реабілітації через адаптивну верхову їзду відбувається послідовний процес перенесення придбаних навичок в повсякденне життя. А це дуже важливо для дітей які мають захворювання ДЦП [10].

Іпотерапія відрізняється від лікувальної фізкультури тим, що здатна викликати у дітей сильну різноспрямовану мотивацію. З одного боку, дитина боїться великої тварини, вона не впевнена в собі, а з іншого боку - має бажання проїхатись верхи, погладити коня, навчитися ним керувати. Це бажання допомагає подолати страх, невпевненість у собі. У дитини підвищується самооцінка, змінюється ставлення до оточуючих. Мобілізуючи вольові зусилля, дитина вдосконалює виконання різних вправ, на коні, одночасно розвиваючи свої рухові навички. Звідси максимальна одночасна мобілізація вольової діяльності м'язових зусиль, за допомогою яких досягається не тільки відсутність відчуття страху, а й одночасне зменшення кількості і обсягу гіперкінезів (при ДЦП), що, в свою чергу, дає можливість освоєння пацієнтом правильної побудови основного поведінкового фону [14].

Дуже серйозним позитивним фактором є положення кінцівок і спини дитини при правильній посадці на коня, що сприяє розслабленню спазмованих м'язів стегон і гомілки. Ритмічні коливання спини коня під час руху передаються вершнику і посилюють це розслаблення. Дуже корисний також масаж стегнових і сідничних м'язів хворого при катанні на коні без сідла. Такий масаж, здійснюваний потужною мускулатурою тварини, супроводжується одночасним зігріванням масажованих м'язів за рахунок більш високої температури коня (38,2 градусів) [31].

При верховій їзді забезпечується одночасне включення у роботу практично всіх груп м'язів. І відбувається це на рефлекторному рівні, оскільки сидячи на коні, рухаючись разом з ним сидячи на ньому, дитина протягом усього заняття інстинктивно прагне зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня [26]. І тим самим спонукає до активної роботи як здорової, так і ураженою хворобою м'язовою групи. Іпотерапія дозволяє вирішувати багато проблем, які є у дітей з церебральним паралічем. Поліпшує координацію рухів, рівновагу, поліпшує роботу дрібної моторики (робота м'язів кисті і пальців), а значить, і поліпшення можливостей виконання побутових процедур (чищення зубів, тримання чашки, виделки і т.і.), підвищення стійкості до фізичних навантажень [25]. Поліпшення і відновлення втрачених навичок. Зниження збудливості, страхів, агресивності, істеричності.

Іпотерапія впливає на організм людини через два чинники: психогенний і біомеханічний. Спів відношення цих механізмів в кожному випадку залежить від захворювання і індивідуальних завдань, що вирішуються за допомогою іпотерапії [25].

Так, при лікуванні неврозів, дитячих церебральних паралічів, розумової відсталості, раннього дитячого аутизму, гіпер активності, порушення концентрації уваги, основним впливаючим чинником є психогенний.

При лікуванні ж інфарктних хворих, хворих з порушеннями постави, сколіозами, остеохондрозами хребта, грижі - провідним чинником дії виявляється біомеханічний.

До найбільш важливих терапевтичних чинників іпотерапії відносяться: комплексна активізація і мобілізація організму - фізична, мотиваційна, психологічна. Характерною особливістю даного методу реабілітації є те, що заняття іпотерапією, що проходять в емоційній насиченій атмосфері супроводжуються, як правило, загальним підйомом настрою та фізіологічною активністю. Іпотерапія сприяє до фізичної активності дитину самостійно [33].

Принциповою відмінністю іпотерапії від інших методів реабілітації є комплексність дії іпотерапії на фізичну і психічну сферу тих, хто займається нею. Під комплексністю дії іпотерапії слід розуміти одночасну реабілітаційну дію на фізичний і психічний стан здоров'я дитини. Принциповою відмінністю іпотерапії від інших методів є те, що вона має в своєму розпорядженні фізіотерапевтичні можливості, оскільки температура коня на 1,5 градусів вища за тіло людини. Можна відзначити також одночасне надання тренувальної і послаблюючої дії на всі м'язи тіла, що займаються через тривимірні коливання спини коня. Коли дитина з хворобою приходить на заняття іпотерапією вона бачить перед собою не людей в білих халатах, а манеж, коня і інструктора. Процес реабілітації сприймається вершником як процес навчання навичкам верхової їзди. Під час цього процесу, вершники долають свої психічні і фізичні труднощі, завдяки великій мотивації, яка формується при навчанні верхової їзди.

Відмінною рисою іпотерапії є суб'єктно-суб'єктний підхід у взаєминах між інструктором, клієнтом і конем: іпотерапевт впливає на вершника, вершник впливає на коня, а кінь на вершника і інструктора також. Такий підхід дозволяє реалізувати активність пацієнта у

вирішенні своїх проблем і перетворює його з об'єкту дії в суб'єкт, що є важливим чинником для соціальної, психологічної і фізичної реабілітації дитини [37].

Критерії ефективності іпотерапії як інноваційній технології соціальної роботи з людьми з інвалідністю можна умовно підрозділити на дві групи: медичні та соціальні [40].

До медичних критеріїв відносяться:

а) зміцнення і тренування м'язів тіла пацієнта, причому особливістю дії є те, що відбувається одночасно тренування слабких м'язів і розслаблення спазматичних.

б) зміцнення рівноваги. Цей ефект досягається через те, що під час лікувальної верхової їзди, має місце постійна необхідність в збереженні вершиком рівноваги впродовж всього заняття, тому що кінь постійно рухається.

в) поліпшується координація рухів і просторової орієнтації. Це відбувається, тому що під час тренувань має місце постійна необхідність в орієнтуванні вершника на просторі манежуг, також за рахунок постійного руху коня.

г) поліпшується психоемоційний стан, підвищується рівень самооцінки дітей з інвалідністю. Цей результат досягається за рахунок того, що під час занять лікувальної верхової їзди дитина починає відчувати себе не хворою і слабкою, якою вона відчуває себе в звичайному житті, а вершиком, який управляє великою сильною і граціозною твариною, яка слухається і виконує його команди.

д) в процесі верхової їзди не використовується ніяких пристосувань, що пов'язують їх з інвалідністю. Вони використовують те ж саме, що і звичайні вершники (шолом, гурт або сідло). Успіхи в освоєнні навички верхової їзди і управління конем підвищують, як ніщо інше, самооцінку особи і додають хворим дітям впевненість в своїх

силах, віру в себе. Не можна не відзначити етичний аспект впливу іпотерапії як на дітей з інвалідністю так і на їх батьків. Батьки бачать свою дитину по іншому, коли їх дитина - на красивій граціозній тварині, які викликає у них асоціації прекрасних кентаврів. Вони із задоволенням фотографують і з гордістю показують фотографії своїх дітей. Також не можна не врахувати, що все це відбувається на свіжому повітрі. Лікувальна їзда, дає змогу повноцінно відчувати рухи тіла в просторі, дає можливість відчувати роботу своїх м'язів, а це викликає не аби яке задоволення. [40,38].

Найпоширенішою патологією серед захворювань нервової системи серед дитячого населення є церебральний параліч [36]. Нижня параплегія в 100% випадків знижує рівень та якість життя хворих з церебральним паралічем, і на думку багатьох авторів [2,7,16], основним засобом соціалізації для них є фізична реабілітація. Відомо багато засобів фізичної реабілітації, що застосовуються при цьому захворюванні, але найменш дослідженим і відповідно впровадженням в практику є адаптивна верхова їзда.

Адаптивна верхова їзда (рай терапія, іпотерапія) є однією з форм лікувальної фізкультури. Про іпотерапію було відомо з античних часів, ще Гіппократ стверджував, що поранені швидше поправляються, якщо їздять верхи, при цьому вчений надавав особливого значення ритмічному і плавному руху коня [1].

Адаптивна верхова їзда це дуже ефективний метод психічного та фізичного відновлення. Фахівці вважають [1], що іпотерапія особливо ефективна в дитячій реабілітаційній практиці, в зокрема в роботі з дітьми, що страждають порушеннями опорно-рухового апарату та нервової системи.

Заняття адаптивною верховою їздою покращують статико-локомоторну функцію за рахунок регулювання м'язового тону в

зв'язку з частковим зниженням спастичності дитини, температура коня більша людської на 1,5 градуси, що допомагає зменшенню спастичності м'язів всього тіла. Дітей з'являється самостійність, впевненість у своїх можливостях і негласне змагання один з одним, зацікавленість і величезне бажання самим брати участь у процесі їзди. На жаль спостерігається недостатність робіт присвячених експериментальній оцінці ефективності застосування адаптивної верхової їзди у процесі фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем [38].

3.2. Іпотерапія на базі кінного клубу «Емілія» м.Херсона

Кінний клуб «Емілія» працює у місті Херсоні вже майже 7 років. Він заснований у 2013 році. Була куплена перша кобила на ім'я Міла (Емілія). Вона з самого початку була куплена для роботи з дітьми. На сьогоднішній день у стайні знаходиться сім коней. Три з них працюють з особливими дітьми. Наш кінний клуб працює тільки втеплу пору року (не має критого манежу, залежимо від погодних умов), з травня по жовтень. Загальною метою клубу є - фізична реабілітація на конях (іпотерапія), дітей з інвалідністю. З 2013 по 2019 рік на базі кінного клубу понад 200 дітей з інвалідністю пройшли заняття з іпотерапії. Та отримали певній досвід катання верхи. Але іпотерапія приносить не тільки задоволення, а і допомагає дітям відновити свій стан здоров'я. Щоб покращити здоров'я дітей, батьки приводять своїх дітей на заняття іпотерапії. Для дітей з інвалідністю розроблена індивідуальна програма за якою вони працюють і отримують добрі результати. Тривалість занять від 15 до 40 хвилин. Взагалі діти проходять заняття курсами, 5 занять на одному тижні, два вихідних і 5 занять на другому тижні. Для занять використовують коней не молодше 5 років, які пройшли спеціальне

навчання і підготовку. Кінь повинен бути доброзичливим, без агресії. Для занять використовують спеціальне спорядження (гурт).

У кожному конкретному випадку складається індивідуальний план занять. Спільними бувають багато пунктів, але зміст і тривалість занять різна в залежності від тяжкості захворювання, рівня самостійності, моторних функцій, фізичного стану дитини. При цьому особлива увага приділялася правильному положенню голови дитини, спини, шії і ніг.

На першому курсі всі заняття були спрямовані на ознайомлення дітей з конем і поступове позбавлення їх від природного страху перед великими тваринами. На другому курсі розпочиналися активні вправи на розвиток моторики рук, ніг, координації рухів, рівноваги, які спочатку займають до 10-15% усього часу заняття, а потім їх кількість зростала до 80-90 %. Кількість вправ і конкретні види вправ вибираються в кожному випадку індивідуально.

В структуру занять включені: знайомство з конем, вільне катання на коні в комфортному для дитини положенні, їзда верхи в різних положеннях (сидячи обличчям вперед, сидячи задом, лежачи на спині, лежачи на животі), пасивні вправи і вправи з допомогою інструктора, активні вправи (нахили корпусу, вправи з предметами (м'яч, гімнастична палиця), хитання шенкелей з різною амплітудою з додатковим вантажем або без нього, вправи «Ножиці», «Млин», вправи які збивають зміну алюрів або напряду, це несподівано для вершника, вправи з заплющеними очима, вільне катання та використання різних вихідних положень, рухи в різних напрямках, дихальні вправи (всі вправи виконувалися верхи на коні, що йде кроком). Страхівка під час заняття здійснювалася праворуч і ліворуч. При необхідності, інструктор працює з дитиною, перебуваючи разом з ним на коні. Вправи виконуються в ігровій формі. Перше вступне заняття проводиться знайомство з конем.

Друге заняття - орієнтовне: знайомство з конем, з їхніми прізвиськами, породою, звичками. Добре підготовлені ввідне та орієнтовне заняття повинні продемонструвати основні принципи всієї роботи - безпека, прагнення пізнавати нове та цікаве, і задоволення. Третє і подальші заняття – відносяться до розряду основних.

Основне заняття проводиться за індивідуальною програмою для кожної дитини. Індивідуальні програми адаптивної верхової їзди (іпотерапія) для дітей з церебральним паралічем, мають неабияке значення. У програмі ми маємо певні завдання і цілі реабілітації: стимуляція опорної функції долонь та рук, корекція установок опорно-рухового апарату, формування вестибулярного апарату і координаційних рухів, нормалізація м'язового тону, поліпшення м'язово - суглобового відчуття, поліпшення діяльності серцево-судинної, дихальної систем, поліпшення рухливості в суглобах, збільшення м'язової сили, навчання акту ходьби, набуття навичок самообслуговування, корекція осанки і т.і. Все це спрямовано на відновлення здоров'я дітей із захворюванням ДЦП.

Приблизний план заняття з іпотерапії:

1. Підготовчий етап - привітання коня з дитиною, підготовка дитини і коня до заняття (виявлення настрою дитини через розмову, спостереження).
2. Етап встановлення контакту з конем - дитині дозволяють доторкнутися, погладити, поспілкуватись з конем.
3. Основний етап - виконання комплексу вправ на коні.
4. Релаксація - дитина лягає на круп коня і розслабившись, глибоко дихаючи, закривши очі, проїжджає 2-3 кола, тим самим знімаючи під час заняття напругу, та відновлюючи сили.
5. Заключний етап – дитина дякує коню за заняття, прощається з ним, пригощає коника смаколиками.

Терапевтичні вправи, які виконуються на спині коня, умовно поділяють на три групи:

1. Вправи на розслаблення (сидячи на коні повністю розслабитися і лягти на спину коня, ноги і руки вільно розслаблено звисають уздовж боків коня (вправа виконується без сідла)), ісходне положення може бути передом і задом).

2. Вправи на розтягування (лягти вперед на шию коня і дотягнутися до вух, доторкнутися правою рукою до носка лівої ноги і навпаки та інші).

3. Вправи на зміцнення м'язів (кругові обертання ступнями ніг, різні нахили корпусу з боку в бік, вперед, назад зчепити руки на потилиці і відвести лікті назад (або випрямити руки в сторони на рівні плечей) і т. і.).

Інші функції:

– поліпшення орієнтування (кільця, м'ячі, їзда задом, управління поводом).

– навчання ритму руху (різні считалочки, підйоми тулуба на рахунок раз, два і т.і.).

– поліпшення схеми і відчуття власного тіла (лежачі на коні).

– розслаблення (лежачи на коні в положенні задом).

Використовуються на занятті м'ячі. Вправи з м'ячем спрямовані на формування динамічної організації рухового акту, спритності. Розвиток спритності - одна з найбільш важливих завдань психомоторної корекції, що сприяє розвитку вищих психічних функцій [18].

Складовим компонентом корекційного заняття можуть бути вправи спрямовані на метання в ціль або кошик м'яча, як в статичному стані, так і з об'єктів, що рухаються - коні; кругові рухи м'ячем навколо тулуба, потім перекласти м'яч спереду в ліву руку, а ззаду - вправо руку; змінити напрямок.

Можна використовувати м'які або масажні м'ячики різних розмірів і кольорів. Вони стимулюють тактильні відчуття долоньок. При роботі з декількома м'ячами дитина вчиться розрізняти їх за розміром, перекладаючи з правої руки вліво і навпаки, міцно тримати м'ячик і просувувати його в гумове кільце різних напрямках, прокатувати по спині коня, по крупу [18].

За безпеку дитини несе відповідальність коновод, інструктор, батьки. Чим більше самостійна дитина, тим менше потребує вона допомоги і страховки, але все ж інструктор постійно перебувати поруч з дитиною, а коня веде коновод. Тільки ті діти, які вже досить довго займаються в групі, зовсім впевнено сидять на коні і керують ним, можуть якийсь час їздити зовсім самостійно, хоча і в цьому випадку зберігається спостереження інструктора.

У кожному конкретному випадку складається індивідуальний план занять. Спільними є декілька пунктів, але зміст і тривалість занять різні в залежності від тяжкості захворювання, рівня самостійності, моторних функцій. При цьому особлива увага приділялася правильному положенню спини, шиї, голови дитини та ніг.

Восени 2019 року на базі кінного клубу «Емілія» у місті Херсоні, були систематизовані результати занять з іпотерапії для дітей, що мають діагноз дитячий церебральний параліч, з метою дослідити ефективність методу іпотерапії. Для цього було проведено анкетування батьків за наступними питаннями:

1. Де і як ви дізналися про метод реабілітації за допомогою коня (іпотерапія)

2. Вік дитини _____

3. Діагноз дитини _____

4. Коли (рік, місяць, день) ваша дитина почала відвідувати кінний клуб «Емілія» (заняття іпотерапії) _____

5. Під час занять іпотерапії, які ще методи реабілітації ви використовували (одночасно, до або після) _____

6. Досягнення дитини (конкретно). Через який термін занять (5 днів, 10 днів, 30 днів, 6 місяців, 12 місяців) _____

а)якісні _____

б)кількісні _____

Були зібрані медичні висновки та діагнози лікарів, заключення різних реабілітаційних центрів. На дані анкети відповіло 30 батьків, діти яких відвідували заняття у кінному клубі «Емілія» з 2013 по 2019 рік, у віці від 9 місяців до 15 років, з різними формами ДЦП, хлопчики та дівчатка. Метою було відстежити та розглянути ефективність методу іпотерапії незалежно від віку, статі, та форми захворювання. Головним показником була регулярність відвідування занять.

Всього опитуваних було 30 осіб, з них 24 – займалися регулярно, та мають відмінний результат, 4 – ходили не регулярно, мають добрий результат, 1 – ходила не регулярно, має низький результат, 1- ходила регулярно, але також має низький результат. В таблиці 3.1., яка наведена нижче, ми бачимо результат опитування батьків.

Таблиця 3.1.

**Залежність результатів відновлення дітей з ДЦП від
регулярності відвідування занять**

Кількість дітей	24	4	1	1
Регулярність	ходили	ходили не	ходила не	ходила

	регулярно	регулярно	регулярно	регулярно
Результативність	мають гарний результат	мають добрий результат	має низький результат	має низький результат

Наочно дані таблиці показані на рис. 3.1. Отже, загальна кількість дітей, яка брала участь у дослідженні – 30 осіб. Ходили на заняття регулярно 24 дитини (80%), вони мають відмінний результат.

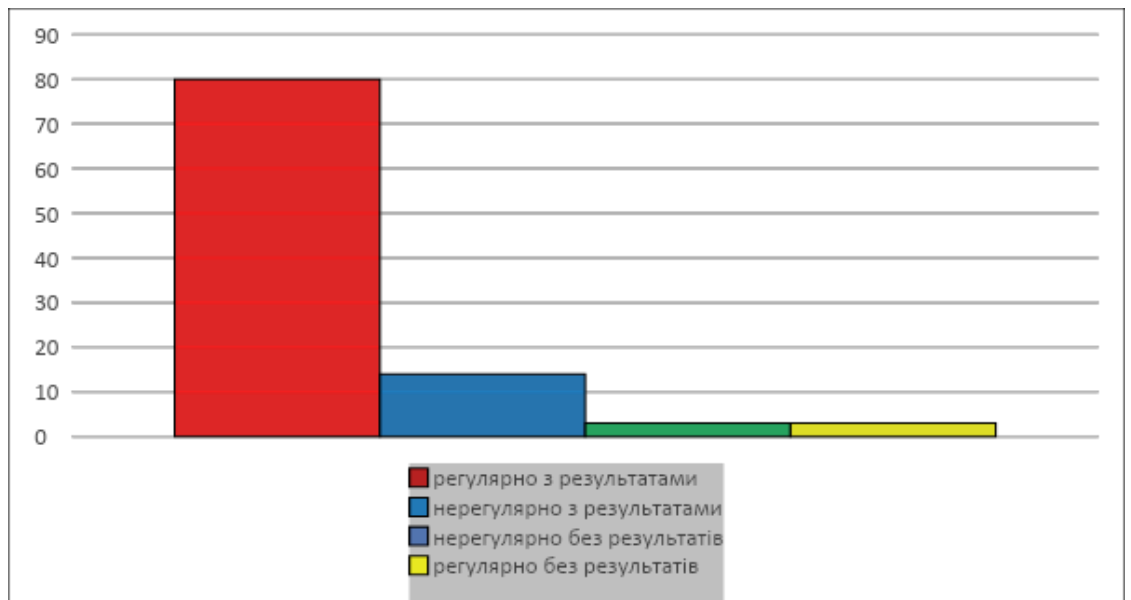


Рис 3.1. Ефективність іпотерапії для дітей з ДЦП.

Діти відвідували заняття (4-5 курсів на рік, по 10-15 занять) та мають чудові результати, через 5 занять покращилася координація рухів, стали тримати краще рівновагу, зміцніли м'язи спини, слабкі м'язи набули сили, а спазматичні розслабилися. Після другого курсу з'явилася впевненість під час ходьби, спастика в нижніх кінцівках помітно знизилася, покращилася робота дрібної моторики. Після першого ж заняття, поліпшився психо-емоційний стан дитини. Після двох, трох курсів відбулося поліпшення вестибулярного апарату.

Знизився тонус у нижніх кінцівках, стали краще володіти своїм тілом, краще стала постава. Стали тримати голову, сидіти самостійно. Деякі діти пішли до школи самостійно, деякі пішли до дитячого саду, але з підтримкою.

Не регулярно (1-2 курси на рік, по 8-10 занять) відвідували заняття 4 дитини (14 %) також мають результати. Поліпшення вестибулярного апарату, зниження патологічного тонусу м'язів, поліпшилася координація рухів, рівновага. Покращився психоемоційний стан дитини, зміцніли м'язи спини. Поліпшилася концентрація уваги на предметах, нормалізувався сон.

Не регулярно (1 курс на рік, по 5-10 занять) були на заняттях, 1 дитина (3%) та має гіршу результативність. Зниження тонусу в м'язах, став краще сидіти, зміцніли м'язи спини, покращився психоемоційний стан дитини, нормалізація сну.

Так само має гіршу результативність, 1 дитина (3%), при цьому регулярно відвідували заняття (4-5 курсів на рік, по 10 занять), зниження тонусу в м'язах, нормалізація сну, робота шлунково-кишкового тракту, більш спокійна, м'язи верхніх та нижніх кінцівок м'які. Покращення емоційного стану у дитини.

За результатами дослідження можна зробити висновок:

Хороші результати показали ті діти, які проходили заняття іпотерапії систематично, з певним інтервалом. Але були і такі діти, які проходили курси регулярно, але мали малий результат. Припускаємо, що це пов'язано з супутніми діагнозами, з тяжкою формою ДЦП тощо. Ще одна категорія дітей, коли курси було тільки 1-2 рази на рік, але мали добрі результати. Легка форма ДЦП та постійне відвідування центрів реабілітації. Ефективність методу іпотерапії залежить від періодичності занять і тяжкості захворювання, а також супутніх діагнозів.

Унікальність іпотерапії полягає в тому, що не дивлячись на різну періодичність (хтось ходив 1 курс на рік, хтось ходив 2-3 курси на рік, хтось 4-5 курсів на рік) все одно були позитивні результати. Але наголошуємо на тому, що більш ефективні і результативні заняття в тому випадку, коли дитина ходила систематично, з певною періодичністю.

ВИСНОВКИ

1. Дитячий церебральний параліч – це розповсюджене захворювання нервової системи, яке характеризується ураженням

головного мозку. Різні етіологічні чинники можуть сприяти розвитку дитячого церебрального паралічу (виділяють: перинатальні, натальні і постнатальні несприятливі фактори). Захворювання є поліетіологічним. В основі клінічної картини ДЦП лежать рухові розлади, що формуються за типом паралічів, парезів, рідше гіперкінези, атаксії, патології тону м'язів. Виражені рухові патології нерідко спостерігаються в поєднанні із сенсорним порушенням, тобто недорозвиненням пізнавальної діяльності та інтелекту. Застосовують п'ять основних форм ДЦП: подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміпаретична форма, гіперкінетична форма, атонічно-астатична форма. На практиці виділяють ще змішану форму ДЦП. По руховому дефекту розрізняються три ступеня тяжкості ДЦП при всіх формах захворювання: легка - фізичний дефект дозволяє пересуватися, користуватися міським транспортом, мати навички самообслуговування. Середня - діти потребують часткової допомоги оточуючих при русі і самообслуговуванні. Важка - діти цілком залежать від оточуючих та батьків [35].

2. Лікування дітей з діагнозом ДЦП, має бути: комплексним (залучення неврологів, ортопедів, реабілітологів, психологів та лікарів інших спеціальностей); послідовним (терапевтичне лікування, масаж, ЛФК, з ортопедичною реабілітацією тощо), подальша неврологічна та ортопедична реабілітація; етапним (поліклініка, стаціонар, реабілітаційний центр або санаторно-курортне лікування). Та застосування інноваційних методів реабілітації бажано має бути регулярним (дельфінотерапія, анімалотерапія, Войта-терапія) [29].

3. Дослідження ефективності застосування іпотерапії для реабілітації дітей з ДЦП було проведено на базі кінного клубу «Емілія» м. Херсона. Загальна кількість дітей, яка брала участь у дослідженні – 30 осіб. Регулярно займалися 24 дитини (80%), вони мають відмінний результат: покращилася координація рухів, стали тримати краще

рівновагу, зміцнити м'язи спини, слабкі м'язи набули сили, а спазматичні розслабилися, з'явилася впевненість під час ходьби, спастика в нижніх кінцівках помітно знизилася, покращилася робота дрібної моторики відбулося поліпшення вестибулярного апарату, тощо.

Не регулярно займалися 4 дитини (14%), вони мають також результат, але порівняно з першою групою, менший результат: зміцнили м'язи спини, знизився патологічний тонус м'язів, стали краще сидіти.

Наступна група 1 дитина (3%), ходила регулярно, але мала гірший результат, чим очікували (припускаємо, що дитина з важкою формою ДЦП, також мала постійні судоми). Нормалізувався сон, поліпшилась робота кишечника, знизився тонус у верхніх та нижніх кінцівках.

Остання група, 1 дитина (3%), ходила не регулярно, і мала гірший результат від усіх. Стала краще сидіти, зміцнили м'язи спини, покращилась координація рухів.

Унікальність іпотерапії полягає в тому, що не дивлячись на різну частоту відвідувань занять, діти, все одно, мали позитивні результати. Більш ефективні заняття в тому випадку, коли дитина відвідує їх систематично.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптивная (реабилитационная) верховая езда: [учебное пособие] / университета «Paris-Nord» МККИ. – Москва, 2003. - 32 с.

2. Бадалян Л.О., Детские церебральные параличи / Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. - Киев: Здоровье, 2001, - 33 с.
3. Бадалян Л. О., Детский церебральный паралич / Под. ред. Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – Киев: Здоровье, 2001, – 226 с.
4. Бадалян Л. О., Детский церебральный паралич / О. Л. Бадалян. – Киев: Здоровье, 2001 – 327 с.
5. Бадалян Л.О., Невропатология. /2-е изд., перераб. — М.: Просвещение, 2000 - 317 с.
6. Батышева Т.Т. Иппотерапия при детском церебральном параличе / Изд-во Москва, 2012 – 13 с.
7. Белоусова Е. Д., Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличем: автореф. дис. д-ра мед. наук / Е. Д. Белоусова. – М., 2004 – 48 с.
8. Бикнелл Дж. Знакомьтесь: иппотерапия. Верховая езда как средство реабилитации детей-инвалидов: практическое руководство / Джоан Бикнелл, Хелен Хенн, Джун Вебб // Пер. с англ. – Москва: Аквариум, 2000 – 276 с.
9. Богдановська Н. В., Кальонова І. В., Позмогова Н. В. Іпотерапія в системі корекції рухового стереотипу дітей з церебральним паралічем /Український журнал медицини, біології та спорту – № 6 (9) Серія «Фізичне виховання і спорт», с.76.
10. Горбунова Е.А., Косарева А.Н. Иппотерапия при заболеваниях опорно–двигательного аппарата //Сборник научных трудов студентов. Белгород.

11. Гросс Н.А. Современные комплексные методики физической реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / Гросс Н.А. - М: «Советский спорт», Москва, 2005. - 41 с.
12. Денисенков А., Роберт Н., Шпицберг И. Иппотерапия: возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе // Научный редактор профессор Г. Орлова. – Москва. Геронт. – 2002. - 28 с.
13. Детский церебральный паралич / Л.М.Шипицына, И.И. Мамайчук – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 272 с.
14. Дрёмова Г.В. Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно–двигательного аппарата на основе иппотерапии: автореф. дис. канд. пед. наук: спец. 07.00.02 / Г.В. Дрёмова - 2006, - 23 с.
15. Иппотерапия: возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе: метод. пособие / А.И. Денисенков [и др.]. М., 2004 - 56 с.
16. Качесов В. А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. / В. А. Качесов. –С.- Петербург: ЄЛБИ-СПб, 2005, - 112 с.
17. Клещерова І.М. Уявлення фахівців-реабілітологів про чинники ефективності комплексної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи / І.М.Клещерова // Соціальна педіатрія і реабілітологія: збірник наукових праць. – Випуск I (IV), 2007, - 218–223 с.
18. Кожевникова В.Т. Методика «мяч-батут-растяжение» в комплексном лечении больных со спастической диплегией в поздней резидуальной стадии /В.Т. Кожевникова//ЛФК и массаж. 2002. №2. С. 16-20.
19. Козьявкин В.И. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина [Электронный ресурс] /Козьявкин В.И., Сак Н.Н.,

Качмар О.А., Бабадагл М.А. – Львів: НВФ «Українські технології», 2007. – 192 с.

/В.И.Козьявкин Международная клиника восстановительного лечения - Львов, 2007 - Режим доступа //www.reha.lviv.ua

20.Козьявкин В.И.Детские церебральные параличи, медико-психологические проблемы / Под. ред. В. И. Козьявкин, Л. Ф.

Шестопалова, В. С. Подкорытов. – Львов: Украинские технологии, 2000, – 142 с.

21. Козьявкін В.І. Основи системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) // Український вісник психоневрології. - 1995. – Т.№3- Вип.2 (6) - 376 с.

22. Козьявкін В.І., Лунь Г.П., Бабадагли М.О., Качмар О.О. Дитячі церебральні паралічі: профілактика і ефективність реабілітації за методом Козьявкіна / Соціальна педіатрія наукових праць. Випуск III – К.: Інтермед, 2005. - 31-36 с.

23. Козьявкин В.И., Сак Н.Н., Качмар О.А., Бабадаглы М.А. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина, Львів: НВФ “Українські технології”, 2007. - 192 с.

24. Кочмар О.О. Статика та моторика у хворих дитячим церебральним паралічем та їх динаміка в результаті лікування: автореф. канд. мед. наук. - Харків, 2007. – 28 с. 24. Кочмар О.О. Статика та моторика у хворих дитячим церебральним паралічем та їх динаміка в результаті лікування: автореф. канд. мед. наук. - Харків, 2007. – 28 с.

25. Колине Д-р. О верховой езде и ее действии на организм человека /Московский конноспортивный клуб инвалидов. МККИ. – Москва, 2000. – 120 с.

26. Коновальчук В.Н., Пополитов Р.А., Архангельская Е.В. Биомеханические основы иппотерапии /Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. – Изд–во: Серия «Биология, химия». Том 23 (62). № 2., г.Симферополь, Украина, 2010. - 104-107 с.
27. Комаров М. Н., Карпов В. Ю., Пилюсян Н. А. Проблемы реабилитации и ее виды в современном обществе // Традиционная и инновационная наука: история, современное состояние, перспективы: сб. статей Междунар. науч.-практ. конф. В 2 ч. 2017. - 43 с.
28. Луценко С.А. Коррекция двигательных способностей детей младшего школьного возраста со спастической диплегией с использованием метода иппотерапии // Адаптивная физическая культура. № 4., 2004. - 25–28 с.
29. Лященко В. І. Життя без перешкод / В. І. Лященко. – Миколаїв: Альманах, 2008. - 59 с.
- Микитюк К. В. Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей / К. В. Микитюк // Слобожанський науково-спортивний вісник: [наук.- теор. журн.] – Харків: ХДАФК, 2009. – № 1. – 147–150 с.
30. Полежаева А.Б. Иппотерапия: путь к здоровью: (Лечение верховой ездой) / А.Б. Полежаева, Е.А. Зуева. М., Ростов-на-Дону. - март 2003. - 155 с.
31. Пополитов Р. А. Эффективность иппокоррекции в комплексе реабилитации больных с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы / Р. А. Пополитов // Материалы научно-практической конференции с международным участием, 13-14 октября 2005 г. – Севастополь, 2005. – 74–75 с.

32. Пополитов Р. А. Иппореабилитация, ее социальная значимость и распространенность в системе реабилитации людей, в том числе страдающих ДЦП, а также эффективность при занятиях с детьми со спастическими формами данного заболевания /Р.А.Пополитов // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, 17-18 апреля 2008 г. – Симферополь, 2008. – 146-148 с.
33. Применение иппотерапии при физической реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП) / С. С. Гриднева, А. Д. Коптева, В. К. Климова и др. // Успехи современного естествознания. 2011. - № 8. - 163–165 с.
34. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. / М.: Закон и порядок, серия «Великая Россия. Наследие», 2007. – 616 с.
35. Семенова К.А. Детские церебральные параличи (патогенез, клиника, лечение) // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сб. науч. тр. – М., 2001. – 20-21 с.
36. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом / М.: Закон и порядок, 2007 – 616 с.
37. Смолянинов А.Г. Иппотерапия для детей / М. Остров Надежды, 2010. - 90 с.
38. Спинк Д. Развивающая лечебная верховая езда /Д.Спинк. – СПб: Изд-во Человек, 2001. – 212 с.

39. Терентьева И.Ю. Популярно об иппотерапии. Что выделяет иппотерапию среди других видов анималотерапии. / Терентьева И.Ю.- ДЭЦ «Живая нить», Москва, 2009. - 12 с.
40. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды [пер. с нем.] М.: МККИ, 2000. - 102 с.
41. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды / И.Штраус – М.: Изд-во ИРПО, 2000. – 240 с.
42. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды [Электронный ресурс] /И.Штраус Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды, Москва, 2000. - 254 с.- Режим доступа
<http://www.libex.ru/detail/book483412.html/>
43. Шапаренко П.П. Анатомія людини /Шапаренко П.П., Смольський Л.П. – К.: Здоров'я, 2003. – 376 с.