Дипломная работа

Иппотерапия как одна из форм лечебной физической культуры

***Содержание***

Введение

Глава 1. Особенности иппотерапии

1.1 Иппотерапия как одна из форм ЛФК: сходство и различия

1.2 Лечебное, коррекционное и развивающее воздействие иппотерапии на пациента

1.3 Организация занятий по ЛВЕ для детей дошкольного и младшего школьного возраста с поражением опорно-двигательного аппарата

1.4 Показания и противопоказания к назначению ЛВЕ

1.5 Нормативный расчет и критерии эффективности занятий по ЛВЕ

1.6. Обобщение опыта работы по ЛВЕ (иппотерапии) в Забайкальском крае за период 200-2010 гг.

Глава 2. Детский церебральный паралич

2.1 Особенность нарушений у детей с ДЦП

2.2 Особенность дизартрий при ДЦП

Глава 3. Правила безопасности во время занятий по иппотераппи

3.1 Правила безопасности для родителей

3.2 Требования к конному составу, используемому в занятиях ЛВЕ с детьми

3.3 Общие правила безопасности при обращении с лошадью

3.4 Правила безопасности для проведения занятий по иппотерапии для всех участников занятий

3.5 Правила безопасности в аварийных ситуациях

Заключение

Список литературы

***Введение***

Иппотерапия является признанным средством реабилитации.

С древних времен известно плодотворное влияние на здоровье человека езды и общения с лошадью. Еще античный врач Гиппократ утверждал, что раненные и больные поправляются быстрее и успешнее, если ездят верхом.

В современной Европе лечение верховой ездой успешно развивается в последние 30-40 лет. Зародившись в Скандинавских странах, иппотерапия стала быстро распространяться по всему миру. Таким образом, в процессе реабилитации через лечебно-верховую езду происходит последовательный процесс переноса приобретенных навыков в повседневную жизнь.

Иппо (в переводе с греческого - лошадь), т.е. лечение лошадью - это пассивная форма лечебно-верховой езды, при которой всадник сидит верхом и приноравливается к движению лошади. Отличительной чертой лечебно-верховой езды (ЛВЕ) является высокая эффективность и уникальность реабилитационного воздействия на физический статус и психоэмоциональную сферу ребенка. Безусловно, положительный эффект наблюдается в улучшении физического состояния, которое проявляется в улучшении общего соматического состояния, в уменьшении спастики, в увеличении объема активных и пассивных движений в конечностях, частичном восстановлении мелкой моторики. В работу включаются мышцы, которые бездействуют, даже не будучи пораженными. Все это формирует стереотип, который всадник - инвалид переносит из верховой езды в жизнь.

Иппотерапия отличается от лечебной физкультуры тем, что способна возбудить у занимающегося сильную разнонаправленную мотивацию. С одной стороны, ребенок боится большого животного, он не уверен в себе, а с другой стороны - испытывает желание проохать верхом, погладить лошадь, научиться управлять. Это желание помогает преодолеть страх, неуверенность. У него повышается самооценка, меняется отношение к окружающим. Мобилизуя волевые усилия, ребенок совершенствует выполнение различных упражнений, одновременно развивая свои двигательные навыки.

*Цели и задачи работы* состоят в том, чтобы показать воздействие иппотерапии на детей с ДЦП.

*Предмет*: Иппотерапия как одна из форм ЛФК.

*Объект*: Дети с ДЦП.

В настоящее время актуальной проблемой является изучение детей с ДЦП и выявление причин этих нарушений. Причины могут быть разные: инфекционные заболевания, особенно вирусной этиологии, различные интоксикации и травмы во время беременности; хронические заболевания; несовместимость крови материи плода по резус-фактору и др.; в более редких случаях - акушерский травматизм в результате нарушений родовой деятельности у матери; затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки плода, что приводит к кислородному голоданию и повреждению в связи с этим нервных клеток мозга. ДЦП может возникнуть и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций, тяжелых ушибов головы.

Знание таких нарушений поможет частично предотвратить их и с помощью иппотерапии улучшить физическое состояние ребенка. А также ребенок становится более уверенным в себе.

Практическое значение состоит в том, чтобы все эти знания применялись социальными работниками при работе с больными и знали как помочь хотя бы немного таким детям.

# ***Глава 1. Особенности иппотерапии***

# ***1.1 Иппотерапия как одна из форм ЛФК: сходство и различия***

По сути иппотерапия - одна из форм лечебной физической культуры, которая использует весьма необычный "спортивный снаряд" - живую лошадь.

Как и любая другая форма лечебной физкультуры, ЛВЕ - это лечение движением; является насущной потребностью каждого живого существа, естественным стимулятором и регулятором его жизнедеятельности.

Любые заболевания и отклонения в состоянии здоровья человека влекут за собой уменьшение доли мышечных усилий, увеличивая при этом опасность возникновения многих заболеваний, напрямую связанных с малоподвижным образом жизни - гиподинамия (гипотенизией). Эта опасность более чем актуальная для пациентов, которых официальная медицина навсегда зачислила в категорию "бесперспективных" - больных церебральным параличом, некоторыми генетическими заболеваниями, больше всех страдающих от вынужденной гиподинамии. Поэтому не остается никаких сомнений, настоятельной необходимости применения для них в качестве основного реабилитирующего средства различных форм лечебной физкультуры, в частности - ЛВЕ.

Преимущество ЛВЕ перед другими видами лечебной физкультуры заключается в том, что при верховой езде обеспечивается одновременное включение в работу практически всех групп мышц. И происходит это на рефлекторном уровне, поскольку сидя на лошади, двигаясь вместе с нею и на ней, пациент в течение всего занятия инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади. И тем самым побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные болезнью мышцы своего тела.

Кроме того, ни один из спортивных снарядов не обладает возможностью возбуждать у пациента такую сильную, разнонаправленную мотивацию, которая сопутствует занятиям ЛВЕ: с одной стороны, он испытывает страх, неуверенность в своих силах, боязнь не удержаться, упасть, с другой стороны, им движет огромное желание усидеть на лошади, почувствовать себя всадником, преодолеть свой страх, обрести уверенность и устойчивость в посадке. Отсюда максимальная одновременная мобилизация волевой деятельности мышечных усилий, с помощью которых достигается не только подавление чувства страха, но и одновременное уменьшение количества и объема гиперкинезов (при ДЦП), что, в свою очередь, дает возможность освоения пациентом правильного построения основного поведенческого фона. Очень серьезным позитивным фактором является положение конечностей и спины пациента при правильной посадке на лошади, которое способствует расслаблению спазмированных мышц бедер и голени. Ритмичные колебания спины лошади во время движения передаются всаднику и усиливают это расслабление. Очень полезен также массаж бедренных и ягодичных мышц больного при катании "на голой лошади" - тем более, что этот массаж, осуществляемый мощной мускулатурой животного, сопровождается одновременным согреванием массируемых мышц за счет боле высокой температуры лошади (37-39 градусов).

Как особая форма ЛФК, иппотерапия ставит перед собой и решает следующие задачи:

противодействовать гипокинезии, обусловленной болезнью, и развивать физическую активность больного;

адаптировать организм больного к физическим нагрузкам;

способствовать восстановлению нарушенных функций организма;

способствовать абилитации (формированию новых функций организма);

восстанавливать здоровье или улучшать его состояние;

способствовать социальной и бытовой реабилитации, абилитации и адаптации;

восстанавливать утраченные и формировать новые навыки;

снижение возбудимости, постепенное избавление от безучастности, страхов, замкнутости, агрессивности.

Как и любой другой метод лечения и реабилитации, иппотерапия имеет свои показания и противопоказания. Воздействующая столь многопланово и многофакторно, она может быть показана и с успехов использована при самых разных видах человеческих страданий: соматических, нервных, психических заболеваниях, для реконвалесцентов (больных в восстановительном периоде после хирургических операций и травм), а также при нарушениях общения и умственного, физического и психического развития и трудностях в обучении.

Список показаний к применению иппотерапии, известных сегодня, далеко не исчерпывает уникальных возможностей метода, и решение вопроса о целесообразности использования его при других заболеваниях зависит от осуществления апробации метода ЛВЕ на больных, страдающих какими-либо конкретными недугами.

В плане возрастных ограничений обозначена только условная нижняя граница - пациенту должно быть не менее 3 лет. И ограничение это связано лишь с трудностью контакта с маленьким ребенком: он не всегда способен понять, что от него требуется, и выполнить предлагаемые упражнения. Однако в случае необходимости можно применять специальную методику занятий с маленьким ребенком, когда на лошадь садится инструктор, а ребенок находится у него на руках или сидит впереди него.

Возможность и целесообразность иппотерапии для каждого конкретного пациента определяет его лечащий врач.

Применение иппотерапии требует соблюдения следующих обязательных условий:

применение только патогенетически обоснованного (показанного для данного заболевания или сочетания заболеваний) комплекса методов ЛФК и ЛВЕ, лечебной гимнастики, массажа, лечебного плавания, трудотерапии и др.;

постоянного врачебного контроля за адекватностью и эффективностью физических нагрузок, их коррекция в случае необходимости;

постепенно и последовательного наращивания физической активности больного;

рационального сочетания ЛВЕ с медикаментозным, психолого-педагогическим, социально-творческим методами комплексной реабилитации;

активного и по возможности сознательного участия больного в реабилитационном процессе.

Нельзя недооценивать то важное обстоятельство, что при использовании ЛВЕ успех лечения во многом зависит от созвучного взаимодействия двух живых существ - пациента и лошади. Взаимодействие и взаимовлияние всадника и лошади привносят в процесс реабилитации свои специфические сложности и особенности. Поэтому актуальной темой современной иппотерапевтической теории является оптимальный подбор пары "пациент - лошадь".

# ***1.2 Лечебное, коррекционное и развивающее воздействие иппотерапии на пациента***

Можно назвать два основных, наиболее ярко выраженных действенных фактора ЛВЕ: эмоциональная взаимосвязь с животным и достаточно жесткие, требующие активной мобилизации физических сил и воли условия езды на лошади. Именно это сочетание создает уникальную терапевтическую ситуацию.

Как уже упоминалось, наиболее важным терапевтическим и развивающим фактором иппотерапии является комплексная активизация физиологических и психических (мотивационных) усилий. Занятия иппотерапией, проходящие в эмоционально насыщенной атмосфере, в условиях непривычного простора левады или манежа сопровождаются, как правило, общим подъемом активности ребенка, повышением настроения, психического тонуса.

ЛВЕ способствует активному развитию моторики, а использование специальных упражнений во время езды на лошади - освоению сложных точностных движений: сочетанных действий различных частей тела, зрительно-моторной и слухо-моторной координации, улучшению равновесия, тренировке вестибулярного аппарата. Обычно у пациентов с моторными нарушениями при езде на лошади снимается или, по крайней мере, уменьшается боязнь собственных действий, чувство неловкости, беспомощности в движениях.

В ходе занятия ЛВЕ у ребенка формируется, расширяется и уточняется образ собственного тела, представление о собственном теле и его возможностях (известно, что у лиц с ограниченными возможностями движения субъективный образ собственного тела формируется крайне сложно, недостаточно отчетливо и полно).

Иппотерапия способствует активизации познавательной сферы и психики ребенка. Необходимость постоянной концентрации внимания при верховой езде, сосредоточенности, максимально возможной собранности и самоорганизации, потребность запоминать и планировать познавательность действий при езде активизируют психические процессы. Происходит развитие зрительно-моторной и слухо-моторной координации; расширяется представление ребенка о животных, об окружающей природе и о его собственном месте в окружающем мире. За счет этого во время занятий ЛВЕ отчетливо повышается способность больных детей к обучению, усвоению новых навыков и сведений.

Общаясь с лошадью, ребенок получает яркий положительный эмоциональный заряд. Развиваются механизмы эмоционально-личностной регуляции; пациент получает возможность превозмочь свой страх, достичь успеха, одержать путь небольшую, но победу, испытать гордость, почувствовать себя способным преодолевать трудности. Ведь у инвалидов, изолированных обычно в четырех стенах своих квартир, такого чрезвычайного для развития личности опыта в повседневной жизни ничтожно мало.

В качестве отдельного терапевтического фактора иппотерапии можно выделить и контакт со взрослыми специалистами (инструктором, коноводом), которые внушают ребенку веру в его силы, проявляя уважение, интерес и участие, готовность ненавязчиво помочь в случае необходимости. Такие отношения повышают и социальную адаптацию, создавая условия для усвоения необходимых в общении навыков.

Больным детям, которые вынуждены общаться в основном со своими близкими, возможность почувствовать себя частью коллектива выпадает очень редко. В силу перечисленных реабилитационных возможностей иппотерапия создает поистине уникальную, комплексно воздействующую на ребенка лечебную и развивающую ситуацию.

# ***1.3 Организация занятий по ЛВЕ для детей дошкольного и младшего школьного возраста с поражением опорно-двигательного аппарата***

Детский церебральный паралич (ДЦП) - группа двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

Причины возникновения ДЦП разнообразны. Типичным для данного заболевания является изменение мышечного тонуса, приводящее к нарушению координации в работе мышечной системы больного ребенка, нарушениям осанки и в дальнейшем формированию контрактур суставов, сколиоза.

Под повышением мышечного тонуса понимают такое состояние мышц, когда они плотные на ощупь в покое и оказывают сопротивление при выполнении пассивных движений. Повышение мышечного тонуса у больных ДЦП отмечается в группах мышц, осуществляющих как сгибание, так и разгибание конечностей. В результате возникает определенное ограничение подвижности в суставах. Кроме того, при попытке совершить конечностью какое-либо целенаправленное движение одновременно сокращаются несколько мышц, и в конечности непроизвольно возникает другое движение. Все это затрудняет выполнение сложных движений, что приводит к нарушению социализации больных ДЦП, ухудшению качества их жизни.

В настоящее время выделено несколько форм заболевания, при которых нарушения движений и повышение мышечного тонуса проявляются во всех четырех конечностях (тетрапорез, диплегия) или с одной стороны тела (гемипарез), или, наоборот, отмечается выраженная мышечная слабость (атония). Существует также форма ДЦП, при которой двигательные расстройства проявляются в виде насильственных, плохо управляемых движений (гиперкинезов) в конечностях и туловище.

У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Большие вариации в сроках развития двигательных функций связаны с формой и тяжестью заболевания, состоянием интеллекта, с временем начала проведения лечебно-коррекционных работ.

Для большинства детей с церебральным параличом характерна повышенная утомляемость. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми или раздражительными, при неудачах отрываются от выполнения задания. У некоторых детей в результате переутомления возникает двигательное беспокойство. Произвольная деятельность у таких детей формируется очень медленно.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса, на малейшее замечание, чутко подмечают изменения настроения окружающих. У них легко возникают реакции недовольства, упрямства и негативизма. Для многих характерно наличие страхов.

Таким образом, дети с церебральным параличом - это дети со множественными нарушениями, среди которых ведущими являются двигательные расстройства.

В настоящее время существуют различные способы реабилитации больных с данным заболеванием: занятия физкультурой, курсы массажа, различные физиотерапевтические процедуры, гимнастические комплексы упражнений в бассейне, лечение лекарственными препаратами, хирургическая коррекция. Однако, все эти методики позволяют уменьшить мышечный тонус, увеличить объем пассивных движений, но не помогают приобрести новые активные двигательные навыки. Такими возможностями обладает верховая езда на лошади. Именно многогранность воздействия, одновременного сочетания повторяющихся разнонаправленных движений тела, легкого массажа внутренней поверхности ног, позитивного психотерапевтического эффекта от общения больного ребенка с лошадью определяют уникальность иппотерапии.

Общий принцип устранения нарушений при ДЦП состоит в том, что в начале пассивно, а затем пассивно-активно отдельными частями тела пациента придаются положения, противоположные существующим установкам. Важно разрушить механизмы непроизвольного, одновременного движения в пораженной и здоровой конечностях, характерные для заболевания.

Как известно, идущая лошадь придает всаднику более ста разнообразных движений. Преимущество иппотерапии заключается в возможности многократного повторения этих движений при этом удается избежать монотонности, как при занятиях на тренажере - лошадь не может надоесть. Повторяющиеся колебательные движения тела носят диагональный характер, в виде чередующихся растягивания, сжимания, вращения отдельных частей тела. Разнонаправленные действия всадника, выполняемые на лошади, помогают ему осознать движение, научиться регулировать мышечный тонус и приобрести необходимые двигательные навыки. Выполнение упражнений, направленных на выпрямление туловища, позволяет осуществить коррекцию равновесия и двигательной активности в соответствии с физиологическим развитием.

Залогом уверенной посадки на лошади является расслабленное положение всадника, позволяющее правильно реагировать на все движения животного. На занятиях больные с ДЦП учатся расслабляться, что способствует в конечном итоге уменьшению тонуса мышц. Родители больных детей, занимающихся иппотерапией, единодушно отмечают улучшение их эмоционального и физического состояния. Большинством определено в первую очередь улучшение осанки, более правильное положение спины при ходьбе. Обращает на себя внимание расширение возможностей в разведении и отведении ног в стороны, что способствует улучшению походки ребенка.

Двигательные нарушения, ограничивающие или делающие невозможными активны движения, отражаются на общем здоровье ребенка, снижают сопротивляемость организма к простудным и инфекционным заболеваниям, неблагоприятно влияют на развитие всех систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной) и нервно-психической деятельности. Кроме того, на ранних этапах развития детей образуются различные привычки за счет автоматизации двигательных и речевых функций. Если у ребенка с церебральным параличом они изначально формируются неправильно, а затем закрепляются, то устранить их в последствии крайне сложно. Поэтому развитие движений составляет основу физического воспитания этих детей.

Одной из целей ЛВЕ является формирование динамического стереотипа, который всадник-инвалид переносит из верховой езды в жизнь. Движения мышц спины идущей лошади разогревают и массируют спастические мышцы ног всадника, усиливая кровоток в конечностях и во всем организме, что в итоге улучшает кровоснабжение мозга. Кроме того, для обездвиженного больного очень важна имитация движений человека, идущего нормальным шагом - тело имеет свои компенсаторные механизмы запоминания полученного опыта. А тазобедренная область и нижние конечности всадника на лошади, идущего шагом, имитируют сложные трехмерные движения идущего человека. У всадника работают практически все группы мышц. Необходимость удерживания равновесия на движущейся лошади заставляет всадника синхронизировать работу мышц спины, туловища, шеи, конечностей. В работу включаются мышцы, которые у человека бездействуют, даже не будучи пораженными.

У большинства лиц с физическими и интеллектуальными проблемами ощущение пространства и представление о своем теле, а также осознание себя как личности - словом все то, что формирует и определяет личность, чуткость к движениям лошади вырабатывает реакцию, умение управлять лошадью дает навык оценки ситуации и влияния на нее, доверие к лошади постепенно переходит в доверие к миру, к людям, с которыми больной человек взаимодействует.

Таким образом, в процессе реабилитации через лечебно-верховую езду происходит последовательный процесс приобретенных физических, коммуникативных и психологических навыков в повседневную жизнь.

Важное место в развитии движений у детей с детским церебральным параличом занимает лечебно-верховая езда. Это связано с тем, что в силу специфики двигательных нарушений многие статистические и локомоторные функции у таких детей не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно.

С учетом специфики двигательных нарушений ДЦП терапевтическая верховая езда имеет следующие основные задачи:

. Развитие реакций выпрямления и равновесия, т.е. так называемая постурального механизма, обеспечивающего правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу. При помощи этих реакций происходят выравнивание головы, или туловища и конечностей. Ребенок получает возможность сохранить равновесие во время активных движений. Реакции выпрямления и равновесия тормозят неправильные позы и движения и играют основную роль в сохранении мышечного тонуса умеренной интенсивности, который должен быть достаточным, чтобы противостоять силе земного притяжения.

. Развитие функции руки и предметно-манипулятивной деятельности.

. Развитие зрительно-моторной координации.

. Торможен и преодоление неправильных поз.

. Предупреждение формирования вторичного порочного двигательного стереотипа. Формирование способности воспринимать позы и направления движений, а также предметы на ощупь, развитие ощущения частей тела.

. Стимуляция общего физического развития.

. Улучшение тонуса и эластичного мышц, их сократительной функции, замедление их атрофии.

. Повышение психоэмоционального тонуса, уверенности в своих силах, раскованности, активности, внимательности.

. Снижение возбудимости, постепенное избавление от безучастности, страхов, замкнутости и агрессивности.

Практическое занятие начинается только при полной подготовке лошади, которая должна быть правильно экипирована, разогрета и обкатана. В нашей практике мы применяем следующую поездку на лошади: с сопровождающим, чаще всего в этой роли выступает один из родителей. В этом случае он садится сзади, при этом поддерживая ребенка.

Курс ЛВЕ начинается с назначения щадящего режима тренировок, который подразумевает подготовку к повышенным нагрузкам, минимальной силы физические упражнения. Второй режим - щадяще-тренирующий. При этом режиме нагрузки подобраны индивидуально для каждого ребенка, их выполнение поддерживает оптимальный уровень жизнедеятельности. Следующий режим - тренирующий - возможен только для реабилитантов, занимающихся ЛВЕ течение нескольких лет. Максимальная нагрузка, максимальное напряжение всех систем организма. Только инструктор вправе устанавливать тот или иной режим физических нагрузок в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка.

Занятие состоит из нескольких частей:

. Разминка;

. Основная часть;

. Растяжка;

. Заключительная часть.

Занятие для ребенка должно начинаться с разминки. Она включает в себя комплекс физических упражнений, которые поводятся на полу. Для маленьких детей родители проводят пассивные упражнения или используют элементы массажа для согревания и разминания мышц. Основная часть включает пассивную езду на лошади и комплекс упражнений, выполняемых верхом. Растяжка выполняется на полу для сознательного снижения тонуса определенных мышц, а также направлена на восстановление функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы. Заключительная часть носит психологический характер - это кормление лошади в благодарность за проведенное занятие.

# ***1.4 Показания и противопоказания к назначению ЛВЕ***

**Сфера воздействия ЛВЕ**

*Физиологическая сфера*: нормальная температура лошади выше человеческой на 1-1,5 градуса, движение мышц спины, идущей лошади разогревает и массирует спастические мышцы ног всадника, усиливая кровоток конечностей и во всем организме, что в итоге улучшает кровообращение мозга. Кроме того, для обездвиженного больного очень важна имитация движений человека, идущего шагом - тело имеет свои компенсаторные механизмы запоминания полученного опыта. У всадника работают практически все группы мышц. Необходимость удерживать равновесие на движущейся лошади заставляют синхронизировать работу мышц спины, туловища, шеи, конечностей. работу включаются мышцы, которые бездействуют, даже не будучи пораженными. Все это формирует стереотип, который всадник-инвалид переносит из верховой езды в жизнь.

*Психосоциальная сфера*: у большинства лиц с физическими и интеллектуальными проблемами нарушено ощущение пространства и представление о своем теле, а также осознание личности - словом, все то, что формирует личность. Чуткость к движениям лошади вырабатывает реакцию, умение управлять лошадью дает навык оценки ситуации и влиянию на нее, доверие к лошади постепенно переходит в доверие к миру, к людям, с которыми больной взаимодействует. Таким образом, в процессе реабилитации через лечебно-верховую езду происходит последовательный процесс переноса приобретенных навыков в повседневную жизнь.

Можно назвать два основных наиболее ярко выраженных действенных факторов ЛВЕ: это эмоциональная связь с животными и достаточно жесткие, требующие активной мобилизации условия езды на лошади. Именно их сочетание создает уникальную терапевтическую ситуацию. Известно, например, что в Германии был создан тренажер, полностью имитирующий вестибулярные и тактильные ощущения, возникающие при езде на лошади. Оказалось, однако, что "езда" на такой "лошади" не приводит к тем положительным изменениям, которые наступают при применении ЛВЕ.

Иппотерапия позволяет решать следующие задачи:

· улучшение координации движений, равновесия, речи;

· улучшение мелкой моторики (работы мышц кисти и пальцев), а значит, и улучшение возможностей выполнения бытовых процедур, повышение устойчивости к физическим нагрузкам;

· улучшение и восстановление утраченных навыков;

· повышение самооценки, уверенности в своих силах, раскованности, активности, улучшение обучаемости и внимательности;

· снижение возбудимости, постепенное избавление от безучастности, страхов, замкнутости, агрессивности.

# ***1.5 Нормативный расчет и критерии эффективности занятий по ЛВЕ***

Занятия по ЛВЕ проводятся ежедневно по 6 часов на двух лошадях, 3 часа до обеда и 3 часа после обеда. Группа состоит из 8 человек. Группа посещает занятия 2 раза в неделю, одна группа посещает занятия один раз в неделю, всего за неделю количество детей, посетивших иппотерапию, составляет 48 человек.

Расчет нагрузки и времени занятий:

I группа 2 раза в неделю: 1-ая лошадь - 4 человека по 45 мин., итого 3 ч. до обеда, 3 ч. после обеда; 2-я лошадь - 4 человека по 45 мин., итого 3 ч. до обеда, 3 ч. после обеда. Всего: 16 человек за один день на двух лошадях.

II группа 2 раза в неделю: 1-ая лошадь - 4 человека по 45 мин., итого 3 ч. до обеда, 3 ч. после обеда; 2-я лошадь - 4 человека по 45 мин., итого 3 ч. до обеда, 3 ч. после обеда. Всего: 16 человек за один день на двух лошадях.

III группа 1 раз в неделю: 1-ая лошадь - 4 человека по 45 мин., итого 3 ч. до обеда, 3 ч. после обеда; 2-я лошадь - 4 человека по 45 мин., итого 3 ч. до обеда, 3 ч. после обеда. Всего: 16 человек за один день на двух лошадях.

Всего за три месяца количество детей составляет 48 человек. Курс реабилитации составляет 3 месяца. За год общая нагрузка составляет - 48 человек х 4 квартала = 192 человека

Количество занятий по иппотерапии на одного человека на курс реабилитации: при посещении ЛВЕ один раз в неделю количество занятий за курс составляет 12-13; при посещении ЛВЕ два раза в неделю количество занятий за курс составляет 24-25.

Оценка результативности проводится при посещении не менее 8 занятий за курс. Критерии результативности реабилитации при использовании ЛВЕ:

· *значительные улучшения* - появление новых или значительное улучшение имеющихся функций;

· *улучшение общего состояния* - без приобретения новых или улучшения имеющихся функций;

· *улучшение -* улучшение имеющихся функций

· *без динамики*

· *ухудшение по любому параметру* (указать по какому)

· *прерван курс* (менее 8 посещений).

# ***1.6. Обобщение опыта работы по ЛВЕ (иппотерапии) в Забайкальском крае за период 200-2010 гг.***

История развития иппотерапии в Забайкальском крае берет начало с 15 марта 2005 года, когда по предложению Комитета социального обеспечения данная технология впервые стала использоваться для реабилитации детей-инвалидов. Для реализации программы по лечебно-верховой езде был заключен договор между Комитетом социального обеспечения и Читинской госконюшни о предоставлении манежа-помещения для занятий и аренде двух лошадей. В целях организации деятельности иппотерапии был набран штат сотрудников - 4 конюха-коновода и инструктор-методист по ЛВЕ. Стоит отметить, что все сотрудники иппотерапии ранее имели опыт работы с лошадьми. Для профессиональной подготовки методиста была организована специализация по иппотерапии в Москве.

С 2006 года данная технология была введена в деятельность Областного реабилитационного Центра "Шиванда", а с 2008 года в ОВЦ "Спасатель".

За данный период курс иппотерапии прошли 2248 детей. Из них 1501 ребенок-инвалид. В данной группе на первом месте патология ЦНС (в том числе и ДЦП), что составляет 32%, на втором месте психическая патология 18%, на третьем месте патология слуха - 12%, далее по убывающей: врожденные аномалии развития - 10%, патология зрения - 7%, соматические расстройства 6%. Группа, которая включает различные заболевания составляет 15%.

При занятиях ЛВЕ наблюдается значительное улучшение физического состояния, которое проявляется в улучшении утраченных или приобретения новых функций организма. Уровень самостоятельности в овладении ребенком ЛВЕ зависит от характера и степени выраженности нарушения развития. Но успех в достижении цели, поставленной инструктором или самим всадником, когда приносит радость. Надо только следить, чтобы поставленные цели были реально достижимы. Таким образом, верховая езда может приносить удовлетворение всадником с нарушениями развития любой степени тяжести.

У детей с нарушением психики отмечается повышение внимания и концентрации на каком-либо действии, они становятся более общительными, эмоционально-устойчивыми.

Хочется отдельно сказать о влиянии иппотерапии на внутрисемейные отношения. Те родители, которые посещают занятия вместе со своим ребенком, отмечают, что атмосфера в семье стала более стабильная, уменьшилась напряженность в отношениях, появилась общность интересов, наладился психологический климат.

Несомненно, такое яркое влияние иппотерапии на все процессы позволяет значительно повысить самооценку инвалида, его коммуникативность, сформировать основы социального поведения, что приведет к более полной интеграции в общество.

Оценка эффективности иппотерапии проводится на основании обследования специалистов до и после курса занятий, опроса родителей и детей, компьютерной диагностики "АМСАТ".

Результат "улучшение" выносится при появлении новых функций организма или значительном усовершенствовании дефектных.

При проведении анализа результативности иппотерапии такой результат как "улучшение" составил 32%. Самая высокая результативность отмечается в группе детей с патологией ЦЕС (лидирующие позиции занимает ДЦП - 22% улучшений).

Такой результат расценивается при: повышении уровня мобильности; уменьшении спастики; увеличение объема пассивных и активных движений в суставах; улучшение кинематического рисунка шага; улучшение локомоции; частичном восстановлении мелкой моторики; подавление гиперкинезов; в возрастании личностного психологического потенциала.

Самая большая группа реабилитантов прошла курс ЛВЕ с результатом: улучшение общего состояния 58%, что проявляется в улучшении психоэмоционального статуса, в повышении самооценки, понижение чувства тревожности, в преодолении ограниченного круга общения, в уменьшении соматических жалоб. В этой группе лидирующие позиции занимает ДЦП легкой степени тяжести, психическая патология и патология слуха и зрения.

Без динамики - 6%, в основном это дети с грубым нарушением интеллекта (олигофрения, выраженной степени дебильности).

Прерван курс - 4%. В эту группу входят дети, посещавшие занятия на базе Госконюшни. Причины прерывания различны: ребенок боится животное и психологически не может продолжить занятия, а также низкая реабилитационная мотивация родителей или самого инвалида.

Вторая группа реабилитантов - это социально депривированные дети из ОРЦ "Надежда", многие имеют диагноз "Резидуальная энцефалопатия", "Умственная отсталость" различной степени. За данный период курс иппотерапии посетили 682 ребенка. В этой группе у 48% детей отмечается нестабильность посещений в связи с частой сменой детей, что приводит к невозможности дать объективную оценку эффективности иппотерапии. У 52% детей, по наблюдению врача-реабилитолога социального центра, отмечается положительный эмоциональный тонус, повышается их контактность, внимание, концентрация; такие дети более доброжелательны, общительны, с теплотой относятся к окружающим. Такой результат стоит расценивать как улучшение общего состояния.

С 2009 года в целях профилактики инвалидности для проведения реабилитационных мероприятий проводится набор групп детей, имеющих риск развития инвалидности. Большинство из них являются воспитанниками детских домов. За два года курс иппотерапии посетили 65 таких детей. Наиболее часто встречаются диагнозы - "Сколиоз", "Нарушение осанки", "Вегето-сосудистая дистония". Результат улучшения отмечается в основном у детей с диагнозом "Нарушение осанки" и "Вегето-сосудистая дистония", и составляет 12%. Результат "улучшение" проявляется в уменьшении жалоб на боли в спине, укрепление мышечного каркаса, повышение физической выносливости. Самый большой процент "улучшение общего состояния", что составляет 70%. Небольшой процент составляет результат без динамики - 18%, в эту группу входят заболевания, связанные с грубой патологией опорно-двигательного аппарата, последствия перинатального поражения ЦНС и вторичные иммунодефицитные состояния. Трудность курации детей этих групп объясняется тем, что данная патология требует проведения длительных и непрерывных реабилитационных мероприятий.

Объединив динамики состояния все групп реабилитатов, получены следующие данные: улучшение достигнуто - 28%; улучшение общего состояния - 59 %; без динамики - 4%; нестабильность посещения ОСРЦ "Надежда" - 6%; прерван курс реабилитации - 3%. Развивая физические и умственные способности инвалидов через иппотерапию, мы даем им возможность почувствовать себя полноправными членами общества и приобрести навыки и умения, необходимые для полноценной жизни.

Итак, иппотерапия - это лечение больных детей с помощью движения. Успех лечения во многом зависит от созвучного взаимодействия двух живых существ - пациента и лошади. Иппотерапия дает возможность почувствовать инвалидов полноправными членами общества и приобрести навыки и умения, необходимые для полноценной жизни.

# ***Глава 2. Детский церебральный паралич***

# ***2.1 Особенность нарушений у детей с ДЦП***

Детский церебральный паралич (ДЦП) - заболевание центральной нервной системы при ведущем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. При ДЦП имеет место раннее органическое поражение двигательных и речедвигательных систем мозга.

Отклонения в психофизическом развитии детей с церебральным параличом связаны в первую очередь с двигательными, сенсорными и речевыми нарушениями. У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, развиваются навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Двигательные нарушения при ДЦП отмечаются с рождения, тесно связаны с перцептивными расстройствами, являются ведущим дефектом, оказывающим неблагоприятное влияние на весь ход формирования нервно-психических функций ребенка. Двигательные нарушения могут быть настолько тяжелыми, что полностью лишают детей возможности свободного передвижения, они с трудом осваивают навыки самообслуживания.

Особенностью двигательных нарушений у детей с церебральным параличом является не только трудность или невозможность выполнения движений, но и слабость ощущений собственных движений. У детей с трудом развивается пространственно-временная организация, отмечается астереогноз (трудности узнавания предметов на ощупь), что затрудняет развитие целенаправленных практических действий и отражается на психическом развитии детей. Двигательные нарушения ставят больного ребенка с первых лет жизни в почти полную зависимость от окружающих его взрослых, что способствует формированию пассивности, нарушает развитие мотивационной и волевой сферы.

Независимо от степени двигательных расстройств у детей могут быть нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, снижение интеллекта, судорожный синдром и нарушения зрения, слуха. Для большинства детей с церебральным параличом характерны нарушения умственной работоспособности в виде повышенной утомляемости. Дети с трудом сосредоточиваются на задании, в результате утомления часто возникает двигательное беспокойство. Ребенок начинает суетиться, гримасничать, появляются насильственные движения, слюнотечение. Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, болезненно реагируют на тон голоса, замечания, изменения в настроении окружающих; у них возникают страхи, недержание мочи, рвота и другие нарушения.

Важную роль играет предельно раннее распознавание двигательных нарушений и раннее начало лечебно-педагогической работы с использованием приемов кондуктивной педагогики. С помощью кондуктивной педагогики, где главная роль отводится взаимодействию матери и ребенка, осуществляется неразрывная взаимосвязь в развитии моторики, речи и произвольной регуляции поведения.

Анализ нарушений ребенка, страдающего данным заболеванием, показывает, что одно лечение без систематического коррекционного психолого-педагогического и социального воздействия недостаточно эффективно. Нарушение или задержка формирования двигательных функций требуют соответствующей коррекции, необходимо формирование правильных представлений о движении, пространственно-временной организации, воздействие на процесс формирования и развития речи, психических и познавательных процессов. Это возможно лишь при сочетании педагогического и медицинского воздействия.

Выделяются следующие периоды восстановительного лечения, на протяжении которых должно продолжаться раннее комплексное воздействие с целью нормализации в дальнейшем двигательной сферы, психического развития и социальной адаптации ребенка с церебральным параличом: острый - до 14 дней; ранний восстановительный - до 2 месяцев; поздний восстановительный - до 2 лет; остаточных явлений (резидуальный) - после 2 лет. В остром периоде преобладает медикаментозное лечение, в случае необходимости применяют специальные укладки. В раннем восстановительном периоде добавляются другие средства лечения: массаж с пассивными движениями по суставам, фиксация стоп и кистей туторами и шинками в среднем положении. В позднем восстановительном и резидуальном периодах комплексная реабилитация включает медикаментозные средства, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, ортопедическую помощь, физио- и психотерапию, логопедическую коррекцию, иппотерапию.

К основным методам психологической реабилитации детей и подростков с церебральным параличом относятся психологическая консультация, психологический тренинг, психокоррекция и психотерапия. Учитывая в структуре личности большинства больных с ДЦП наличие стойких нарушений эмоционально-волевой сферы: высокую степень невротизма, повышенную тревожность, фрустрированность, целесообразным оказывается использование индивидуальных методов психокоррекции (психорасслабляющая гимнастика, музыкотерапия, аутогенная тренировка). Для детей, в структуре личности которых наблюдаются повышенная зависимость, инактивность, неадекватность самооценки, замкнутость, используются групповые методы психокоррекции, направленные на устранение неадекватных поведенческих реакций, повышение социальной активности.

Особое место в клинике ДЦП занимают расстройства речи, их частота составляет, по данным различных авторов, от 70 до 85%. У детей с церебральным параличом оральный праксис формируется искаженно, его развитие осложняется из-за наличия парезов и параличей мышц артикуляторного аппарата, слабости кинестетических ощущений, напряжения мышц языка и губ. Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга, от вторичного недоразвития или более позднего формирования отделов коры мозга, наиболее интенсивно развивающихся уже после рождения, от вида церебрального паралича.

Отставание в развитии речи у детей с церебральным параличом связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточной предметно-практической деятельностью и ограниченными социальными контактами. Ошибки воспитания могут еще более утяжелять отставание в развитии речи. Ребенок с ДЦП в первые годы жизни часто находится в различных лечебных учреждениях, и, если педагогической работе не уделяется достаточного внимания, он может отставать в развитии речи. Кроме того, отрицательный эмоциональный фон, реактивные состояния, которые могут наблюдаться у этих детей при отрыве от матери, дезадаптация на новую обстановку создают неблагоприятные предпосылки для развития речи. При воспитании такого ребенка дома взрослые обычно чрезмерно опекают его, стремятся все сделать за него. Это не формирует у ребенка потребности в деятельности и в речевом общении.

# ***2.2 Особенность дизартрий при ДЦП***

Особенностью дизартрии при ДЦП является общность нарушений общей и речевой моторики, связь разных форм дизартрии с определенными видами ДЦП. Так, дети с диплегией и гемипарезом могут обладать нормальными речевыми способностями. Самой тяжелой и распространенной формой ДЦП является спастическая двойная гемиплегия с поражением конечностей - рук и ног. Речевые нарушения проявляются в виде тяжелой спастической дизартрии, когда речь ребенка прерывается длительными паузами вследствие чрезмерного напряжения мышц и внезапных спазмов. В тяжелых случаях отмечается невозможность речи - анартрия. Важной задачей на подготовительном этапе работы является общее мышечное расслабление и снижение тонуса в речевой мускулатуре.

Сходные, но часто менее выраженные речевые расстройства наблюдаются при гемипаретических формах ДЦП, когда у ребенка отмечаются односторонние двигательные расстройства, особенно в кисти руки. Псевдобульбарная дизартрия при гемипаретической форме ДЦП отмечается у 30-35% детей.

При гиперкинетической форме ДЦП отмечаются нарушения общей и артикуляционной моторики: меняющийся характер мышечного тонуса (дистония), непроизвольные насильственные движения; отсутствие эмоциональной выразительности двигательного и речевого акта, недостаточность удержания статических поз и положений. Тонические спазмы могут распространяться на артикуляционную, дыхательную мускулатуру, мышцы гортани, вызывая своеобразные расстройства голосообразования и дыхания. Эти явления характерны для гиперкинетической (подкорковой) дизартрии, наблюдающейся более чем в 90% случаев.

При атоническо-атактической форме ДЦП наблюдается мозжечковая дизартрия (частота - 70-75%). Нарушения общей и артикуляционной моторики определяются низким мышечным тонусом, отсутствием точности и соразмерности движений, нарушением их синхронности и ритма. В процессе логопедической работы важно развивать у таких детей точность артикуляционных движений и их ощущений, интонационно-ритмическую и мелодическую стороны речи, работать над синхронизацией процессов артикуляции, дыхания и голосообразования. В некоторых случаях встречаются сочетания различных форм ДЦП у одного и того же ребенка, при этом отмечаются смешанные формы дизартрии. Речевую симптоматику необходимо рассматривать в связи с моторной патологией и с общим состоянием ребенка.

иппотерапия лечебная физическая культура

Особенностью дизартрии при детском церебральном параличе являются проявления артикуляционной (оральной) диспраксии, что затрудняет выполнение целенаправленных движений и усиливает нарушения звукопроизношения. Задачей логопедической работы при ДЦП является развитие ощущений артикуляционных поз и движений, преодоление и предупреждение оральной диспраксии. Для улучшения ощущений артикуляционных движений используются упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем движений с помощью зеркала и с закрытыми глазами.

Нарушения артикуляционной моторики обычно сочетаются с нарушениями функции рук, поэтому необходимо совмещать логопедическую работу с развитием функции рук и общей моторики ребенка.

Чрезвычайно важным является раннее выявление речевых нарушений при ДЦП для своевременного начала коррекционно-логопедической работы. При логопедическом обследовании необходимо выявить состояние и синхронность в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппаратов ребенка. Важно проверить состояние орального мышечного тонуса. Также необходимо выявить состояние импрессивной и экспрессивной речи, просодической стороны речи, звукопроизношения, фонематического восприятия, лексико-грамматической стороны речи.

Особенностью нарушений звукопроизношения при дизартрии у детей с ДЦП является то, что при всех видах активных движений в конечностях нарастает мышечный тонус и в артикуляционной мускулатуре усиливаются дизартрические расстройства; выполнение любых движений с усилием вызывает повышение мышечного тонуса в общей и речевой мускулатуре, поэтому во время занятий не следует требовать от ребенка чрезмерных усилий. Нарушения артикуляционной моторики затрудняют формирование произносительной речи ребенка, его фонематического восприятия, что может вызывать у ребенка трудности звукового анализа слов и искажения их звуко-слоговой структуры.

Эффективность работы по коррекции звукопроизношения у детей с церебральным параличом зависит от формы дизартрии, уровня речевого развития, возраста ребенка, состояния его интеллекта и индивидуальных компенсаторных возможностей. При каждой форме дизартрии можно выделить три степени поражения: легкую, среднюю и тяжелую

Большое внимание уделяется развитию дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа, работе по усилению восприятия артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений. Формирование правильного звукопроизношения должно сочетаться с развитием речевой коммуникации, стремления к преодолению имеющихся нарушений речи, со школьной и социальной адаптацией ребенка.

Для детей с ДЦП характерны трудности в усвоении лексической системы языка. Важной предпосылкой развития и обогащения словаря является формирование восприятия и представлений об окружающих предметах и явлениях путем специальной организации разных видов деятельности, в процессе которых ребенка учат осмысленно воспринимать предметы и явления окружающего мира.

Формирование лексико-грамматической стороны речи осуществляется как единый неразрывный процесс при комплексном подходе к умственному и речевому развитию детей с церебральным параличом. Методы работы дифференцируются в зависимости от структуры речевого нарушения.

В зависимости от локализации поражения мозга, а также от характера нарушений его созревания и недостаточности развития интегративной деятельности у учащихся с ДЦП наблюдаются различные формы дисграфии и дислексии.

Взаимодействие специалистов разных профилей - врачей, психологов, педагогов, логопедов - должно сохранять в поле зрения каждого из них "целостного ребенка", а не парциальное нарушение клинического, социально-психологического или педагогического уровня. При этом усилия всех специалистов необходимо сконцентрировать на социальной адаптации ребенка с церебральным параличом, а частные задачи лечения, обучения, коррекции должны служить средствами достижения этой цели.

Таким образом, детский церебральный паралич - заболевание центральной нервной системы. Необходимо относится к ребенку с церебральным параличом не как к пассивному пациенту - инвалиду, а как к человеку со всеми потенциальными способностями, которые могут быть реализованы при предоставлении ему равных возможностей.

# ***Глава 3. Правила безопасности во время занятий по иппотераппи***

# ***3.1 Правила безопасности для родителей***

1. До и после занятий по ДВЕ родители с детьми находятся в специально отведенном для этого месте, в манеж входят только по приглашению методиста.

. Заведя ребенка в манеж (по приглашению методиста), родители не отпускают его от себя, пока за ним не придет методист.

. Родителям и детям, находящимся в манеже, не разрешается самовольно подходить к лошади. Если ребенок не послушается и все же побежит к лошадям, работающим в манеже, необходим сразу предупредить методиста, чтобы тот смог остановить лошадей, и, по возможности, избегая крика и угроз, забрать и отвести ребенка в безопасное место.

. Родитель может находиться в манеже во время занятий с его ребенком только с разрешения методиста (или по его рекомендации), при этом необходимо срочно выполнять указания методиста.

. "Угощать" лошадь после работы можно только в присутствии и с помощью методиста и коновода.

# ***3.2 Требования к конному составу, используемому в занятиях ЛВЕ с детьми***

1. Для лечебной верховой езды используются добронравные, правильно выезженные лошади, не агрессивные, не щекотливые, без дурных привычек, как правило, не кованые (кроме особых случаев).

. В работе с детьми-инвалидами могут быть задействованы только лошади, хорошо знакомые, как работникам конюшни, так и коноводам и методистам, и находящиеся под постоянным контролем.

. Вновь приобретенная лошадь допускается к использованию в занятиях с детьми-инвалидами не ранее, чем после проведения 2-3 недельной целенаправленной работы с целью выявления особенностей ее темперамента и поведения.

Вопрос о пригодности лошади к использованию в целях ЛВЕ и допуска к занятиям с детьми-инвалидами решается совместно с иппотерапевтами и коноводами.

. Лошади, страдающие контагиозными, опасными для людей заболеваниями, не допускаются к занятиям по ЛВЕ до полного их выздоровления, подтвержденного ветеринарным врачом.

. Конный состав, используемый при занятиях ЛВЕ с детьми-инвалидами, находится под постоянным санитарно-ветеринарным контролем, подвергается всем необходимым предохранительным прививкам, предусмотренным ветеринарными установками и прочим мероприятиям.

# ***3.3 Общие правила безопасности при обращении с лошадью***

1. Обращение с лошадью должно быть спокойным, ласковым, без грубых окриков, движения - нерезкими; по возможности следует все время находиться в поле зрения животного.

. Подходя к лошади или заходя в денник, вначале надо окликнуть лошадь, огладить ее. Нельзя подходить к лошади или обходить ее сзади.

. Чистить лошадь лучше привязанной (в деннике), а если в проходе, то на растяжке. Чистка проводится от головы к хвосту. Приемы чистки не должны быть грубыми или болезненными для лошади.

. При расчистке копыт, бинтовании и других манипуляциях с ногами лошади человек должен находиться сбоку, вполоборота к той ноге, которой занимается.

. Все действия по седловке лошади, надеванию уздечки осуществляются из положения слева от лошади, стоя у левого плеча (самое безопасное место). В начале надевают уздечку, накинув предварительно повод на шею лошади, затем седлают, при этом вальтрап, потник и седло кладут на холку выше положенного места и затем все сдвигают на место. Вальтрап и потник должны выступать из-под края седла спереди на 3-5 см. При подтягивании подпруг необходимо внимательно следить за поведением лошади. Лошади не любят этой процедуры и иногда пытаются укусить, угрожающе прижимают уши; в таких случаях их следует успокоить.

Во избежание травм и потертостей необходимо проследить, чтобы после подтягивания подпруг под них с трудом проходили два пальца. Поседлав лошадь, нельзя давать ей опускать голову.

Выводя лошадь из денника, или заводя ее в денник, двери следует открывать во всю ширину (то же и при заходе и выходе из манежа).

. Выводить лошадь из конюшни, вести ее в проходе, по улице можно только в поводу, идя слева и желательно находясь в поле ее зрения, при этом правой рукой держать лошадь "под уздцы", а левой - свободный конец повода.

Распускать повод или наматывать его на руку строго запрещено, это очень опасно. Выводя лошадь из конюшни, следует избегать скопления лошадей в проходах, а также встречной проводки, поэтому перед тем, как вывести лошадь, целесообразно выяснить обстановку в проходах, а выводя ее, соблюдать дистанцию между лошадьми не менее 5 м.

. Строго запрещается:

а) садиться на лошадь в конюшне и въезжать в конюшню верхом;

б) ездить верхом, имея в кармане острые режущие предметы, а также со жвачкой во рту;

в) ездить верхом в неподходящей обуви (подбитые подметки, слишком высокий каблук), нога должна свободно входить в стремя и выходить из него, но не проскальзывать. Во время езды нога в стремени должна опираться на среднюю часть стопы;

г) вести оседланную лошадь с опущенными, свободно болтающими стременами (их следует опустить только перед тем, как сесть на лошадь).

Сразу после работы нельзя поить лошадь и давать ей "тяжелый" корм (овес); после еды лошадь не должна работать в течение часа. "Угощать" лошадь можно только после работы.

. Слезая с лошади, следует сбросить сразу оба стремени.

. Перед тем как расседлать лошадь, заведенную в денник, необходимо повернуться головой к дверям, сначала снять седло, затем уздечку.

Расседланную лошадь растирают жгутом из сена (не щеткой), замывают ей ноги, если она работала в плохую погоду, при необходимости осторожно расчищают копыта (стрелки) крючком.

. В холодную погоду, выводя лошадь на улицу, ее покрывают теплой попоной.

. Запрещено:

а) курить во всех помещениях конюшни и в местах занятий;

б) наказывать лошадь за непослушание во время занятий с детьми.

# ***3.4 Правила безопасности для проведения занятий по иппотерапии для всех участников занятий***

1. В местах занятий, лица, не имеющие непосредственного отношения к проходящему в данный момент занятию (ожидающие или закончившие свой сеанс, переодевающиеся дети, их родители, зрители и др.), должны находиться на безопасном расстоянии от лошадей, от их рабочего маршрута, в специально отведенном для этого месте.

. К работе по реабилитации детей-инвалидов с использованием лечебной верховой езды допускаются только лица, прошедшие обучение по методике страховки пациентов во время ЛВЕ.

. занятия по иппотераппи и экитерапии разрешены только в помещениях (манеже) или на открытом воздухе (плацу), где полностью соблюдены условия, установленные "Правилами безопасности", они проводятся только в присутствии медперсонала, обеспеченного комплектом медикаментов, необходимых для оказания первой медицинской помощи.

. Коновод, приводящий лошадь в манеж (на плац), уводящий ее после занятий и водящий во время занятий, должен быть предельно собран, внимательно следить за ситуацией и предупреждать возможные опасные случайности.

. Методист перед сеансом ЛВЕ обязан:

а) убедиться в готовности лошади и коновода к началу работы в наличии необходимого снаряжения для данного занятия;

б) выяснить, нет ли у его пациента каких-либо отклонений в состоянии здоровья или в настроении, несовместимых с занятием ЛВЕ. В каждом подобном случае решение о целесообразности занятий принимается совместно с медработником;

в) проверить соответствие одежды пациента требованиям его безопасности, а также наличие правильно надетого и застегнутого страховочного шлема.

. Если пациент "тяжелый", методисту рекомендуется воспользоваться, во избежание опасной ситуации, помощью коллеги или одного из родителей, предварительно проинструктировав их.

. Посадка пациента на лошадь и ссаживание его в конце занятий - самые ответственные и опасные моменты, поэтому перед тем, как посадить ребенка на лошадь, полезно еще раз убедиться в безопасности ситуации, спокойствии лошади и готовности коновода.

Во время посадки пациента:

коновод становится перед лошадью лицом к ней, держа повод в растяжку и слегка поигрывая трензелем;

методист становится вполоборота у левого плеча лошади, держа пациента поближе к себе, и, применяя наиболее подходящий способ, уверенными движениями осуществляет посадку.

. В процессе занятий методист внимательно наблюдает за состоянием пациента и, заметив какие-либо тревожные симптомы обязан прекратить занятия и посоветоваться с медработником по поводу дальнейших действий.

. При возникновении опасной ситуации во время занятий по экитерапии (падение одного из всадников, неповиновение одной или нескольких лошадей и т.д.) тренер подает команду "Стой". Помощник (коновод) становится перед лошадью с поводом врастяжку и старается успокоить ее. Дальнейшие действия зависят от обстоятельств, решение принимает методист-инструктор.

. При возникновении в ходе занятий непредвиденных, чреватых опасностью для любого из участников сеанса обстоятельств методист немедленно прекращает сеанс, поступая далее по обстоятельствам.

. По окончании занятий, во время "угощения" лошади, коновод следит за тем, чтобы, во-первых, "угощение" было подходящим, а во-вторых, чтобы лошадь стояла спокойно, а дети и родители не находились в опасной близости к ее ногам и зубам; методист помогает ребенку правильно и без риска "угостить" лошадь.

# ***3.5 Правила безопасности в аварийных ситуациях***

1. Во всех помещениях и на конюшне должны висеть плакаты с описанием мер противопожарной безопасности и схемой эвакуации в случае пожара, а также необходимый противопожарный инвентарь.

. В случае возникновения пожара необходимо срочно эвакуировать из помещения детей, персонал, лошадей, вызвать пожарную команду по телефону "01" и попытаться бороться с огнем до приезда пожарной команды.

. В случае если во время занятий реабилитант, сотрудник или кто-то из присутствующих получит серьезную травму, необходимо немедленно прекратить занятия, остановить лошадей.

Медработник оказывает первую помощь на месте, решает вопрос о вызове "скорой помощи", эвакуирует пострадавшего из манежа до приезда "скорой помощи".

Медработник составляет акт о травме по принятому образцу с подписями трех свидетелей.

Итак, необходимо знать правила безопасности и требования к конному составу во время занятий по иппотерапии.

В случае получения во время занятий травмы, медработник должен оказать первую помощь на месте.

# ***Заключение***

Иппотерапия - является признанным средством реабилитации. Зародившись в скандинавских странах, иппотерапия стала быстро распространяться по всему миру. И в настоящее время она успешно развивается. Иппо - лечение лошадью - это пассивная форма лечебно-верховой езды, пи которой всадник сидит верхом и приноравливается к движению лошади. При верховой езде обеспечивается одновременное включение в работу практически всех групп мышц. Сидя на лошади, двигаясь вместе с нею и на ней, пациент в течение всего занятия инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади. И тем самым побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные болезнью мышцы своего тела. Иппотерапия дает возможность почувствовать инвалидов полноправными членами общества и приобрести навыки и умения, необходимые для полноценной жизни.

Ощущение собственной неполноценности из-за многогранных поражений, в частности нарушений движений и речи, обуславливающих изолированность ребенка с ДЦП, оказывает психотравмирующее воздействие на становление и формирование его личности. Органическое поражение речедвигательного анализатора при ДЦП приводит к нарушениям артикулирования звуков речи, расстройствам голоса, дыхания, темпа и ритма речи, ее интонационной выразительности. При детском церебральном параличе отмечается взаимосвязь двигательных и речевых расстройств. Высокий уровень реабилитации детей с ДЦП возможен только лишь при организации комплексной медико-психолого-педагогической системы реабилитации, внедрении новейших достижений научно-практической работы с этими детьми. Необходимо относиться к ребенку с церебральным параличом как к человеку со всеми потенциальными способностями, которые могут быть реализованы при предоставлении ему равных возможностей. В настоящее время лучшим лечением для детей-инвалидов является иппотерапия. С ее развитием необходимо знать правила безопасности и требования к конному составу во время занятий.

# ***Список литературы***

1. Игнатьева С.А., Блинков Ю.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии. - М., 2009.

2. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. - М., СПб., 2008.

. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А. Власовой. - М., 2010.

. Баданян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. - Киев, 2008.

. Дементьева Н.Ф. Доступная среда жизнедеятельности и технические средства реабилитации детей с ограниченными возможностями. - Курск: Изд-во КГМУ, 1999. - 144 с.

. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. уч. заведений. - М., Изд. центр "Академия", 2007.

. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. - М., 2001.

. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. - Ташкент, 2009.

. Бикиел Дж. ЛВЕ - как средство реабилитации детей-инвалидов. - М.: Изд-во Детский экологический центр "Живая нить", 1999.

. Скибневский Р.15 уроков верховой езды. М.: Изд-во Биони-форм, 2005.

. Джосвик Ф., Марджори К. Вопросы и ответы по ЛВЕ. - М.: Изд-во Московский конно-спортивный клуб инвалидов, 2010.

. Шпицберг И.Л. Пособие по организации реабилитационных центров с опорой на иппотерапию. - М.: Изд-во Актив, 2009.

. Манжалова Л.П., Павлова Е.Н., Власова М.Ю., Лапина Г.А., Выкаева О.В., Седов А.А. Реабилитация детей с ограниченными возможностями методом лечебной верховой езды. Уч. пособие. Чита, 2008.

. Павлова Е.Н., Власова М.Ю., Выкаева О.В., Лапина Г.А. Методические рекомендации по организации занятий иппотерапией. Чита, 2007.