

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт физической культуры, спорта и здоровья имени И.С. Ярыгина

Выпускающая кафедра теории и методики медико-биологических основ и безопасности жизнедеятельности

Панова Елена Александровна
ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Иппотерапия как средство реабилитации детей с ДЦП.

По направлению подготовки 49.03.02 Физическая культура для лиц с отклонением в состоянии здоровья (Адаптивная физическая культура), направленность (профиль) образовательной программы
Физическая реабилитация

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой к.б.н., доцент Колпакова Т.В.

(дата, подпись)

Руководитель к.м.н., доцент Казакова Г.Н.

(дата, подпись)

Дата защиты _____
Обучающийся Панова Е.А.

(дата, подпись)

Оценка _____
(прописью)

Красноярск
2017

Содержание:

1. Введение	2 стр.
1.1. Актуальность	2 стр.
1.2 Иппотерапия как элемент инновационных технологий реабилитации инвалидов.	5 стр.
2. Основная часть	8 стр.
2.1 Иппотерапия: цели и задачи	8 стр.
2.2 Влияние иппотерапии на организм	9 стр.
2.2.1 Патофизиологическое обоснование иппотерапии	9 стр.
2.2.2 Формирование двигательного навыка	9 стр.
2.2.3 Факторы воздействия на организм	12 стр.
2.2.4 Основные результаты занятий иппотерапией.	13 стр.
2.2.5 Показания и противопоказания к занятиям иппотерапии	16 стр.
3. Организация занятий иппотерапии при ДЦП	17 стр.
3.1 Понятие о ДЦП: эпидемиология, классификация, этиология	17 стр.
3.1 Факторы риска и причины ДЦП	19 стр.
3.3 Классификация .	20 стр.
3.4 Сопутствующие заболевания	23 стр.
3.5 Лечение	26 стр.
3.6 Уникальность иппотерапии	29 стр.
4. Методика реабилитации страдающих ДЦПс помощью иппотерапии	34 стр.
4.1 Особенности проведения занятий при различных формах ДЦП.	34 стр.
4.2. Основные требования для проведения иппотерапии	36 стр.
4.3. Принципы иппотерапии	37 стр.
4.4. Противопоказания	37 стр.
4.4.1. Абсолютные противопоказания для использования метода иппотерапии	38 стр.
4. 5. Методика	39 стр.
4.5. 1 Подготовительный этап	39 стр.
4.5.2 Второй этап	43 стр.
4.5.3 Третий этап	55 стр.
5. Материалы и методы	56 стр.
5.1. Тест № 1	56 стр.
5.2. Тест № 2	56 стр.
5.3. Тест № 3	58 стр.
5.4. Тест № 4	58 стр.
5.5. Результаты экспериментальных исследований.	59 стр.
6. Выводы.	60 стр.
7. Заключение.	61 стр.
Список литературы	63 стр.
Приложение № 1	66 стр.
Приложение № 2	70 стр.
Приложение № 3	74 стр.

1. Введение

1.1. Актуальность.

Процессы гуманизации общественной жизни, происходящие на современном этапе развития человеческого общества, требуют неотложного решения благородной задачи – найти пути повышения «ценности жизни», реабилитации, социальной адаптации, активного участия в жизни, интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья, их обеспечения равенства с обычными, здоровыми, людьми.

Во всех развитых странах решение проблем социальной реабилитации и интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья, взаимодействия их со здоровыми людьми относится к числу приоритетных направлений научного исследования. В нашей же стране эта проблема также активно разрабатывается. [<http://www.miloserdie.ru>.]

Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями. Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении. Инвалидность способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий. Для этого создаются и разрабатываются специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения. Разработка таких обучающих и развивающих программ основывается на знании закономерностей, задач, сущности процесса социальной реабилитации.

Статистические данные свидетельствуют о том, что среди инвалидов особенно много лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в том

числе с детским церебральным параличом (ДЦП). За последние годы патология ДЦП вышла на одно из первых мест по частоте встречаемости среди поражений нервной системы в детском возрасте во всех странах мира и является одним из инвалидизирующих заболеваний детского возраста.

ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ИНВАЛИДОВ ПО ГРУППАМ ИНВАЛИДНОСТИ¹⁾
(на 1 января 2017года)

	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г. ²⁾	2016г.	2017г.
Всего инвалидов, тыс. человек	13209	13189	13082	12946	12924	12751	12259
в том числе:							
I группы	1540	1515	1496	1451	1355	1283	1309
II группы	7306	7076	6833	6595	6472	6250	5920
III группы	3822	4038	4185	4320	4492	4601	4394
дети-инвалиды	541	560	568	580	605	617	636
Общая численность инвалидов, приходящаяся на 1000 человек населения	92,5	92,2	91,3	90,1	88,4	87,0	83,5

Люди с ограниченными возможностями здоровья вследствие ДЦП сталкиваются с трудностями адаптации в жизни, для многих инвалидность становится непреодолимым препятствием в приобретении необходимых профессиональных навыков, получении образования. Такие люди постепенно уходят в себя, чувствуют свою ненужность, теряют надежду устроиться на работу и требуют повышения группы инвалидности. Очень важной задачей является социальная адаптация инвалидов, повышение качества жизни.

В последние годы во многих странах, в том числе и в России, широко используется огромное количество средств и методов адаптации инвалидов. Широко используются формы и методы адаптивной физической культуры, лечебной гимнастики, методы физической рекреации. Как одно из средств лечения и реабилитации используется иппотерапия. [Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru.>]

Иппотерапия- это одна из технологий реабилитационной работы с людьми с ограниченными возможностями. Иппотерапия представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации

Иппотерапия - это уникальное по эффективности средство реабилитации при ряде тяжелых заболеваний, в первую очередь, ДЦП. Иппотерапия широко применяется в мировой реабилитационной практике. При занятиях иппотерапией, ребенок с ДЦП не только начинает лучше ходить, говорить, становится более сильным, ловким, выносливым, но главное - расширяет границы своего мира, приобретает новый опыт общения и получает огромный положительный заряд, делающий его жизнь более полноценной, яркой, насыщенной и, наконец, более счастливой. Ребенок в прямом и переносном смысле поднимается над своими проблемами, над собой вчерашним. А лошадь для него становится настоящим источником жизненных сил, будит желание жить и преодолевать трудности, ставить цели и добиваться их

[Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009. г. Тюмень. [Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru>.]

Цели состоят в том, чтобы показать воздействие иппотерапии на детей с ограниченными возможностями здоровья с ДЦП.

Объект: тренировочный процесс детей с ДЦП на занятиях по иппотерапии с элементами паралимпийской выездки.

Предмет: совершенствование и улучшение процесса иппотерапии посредством введения в тренировочный процесс элементов паралимпийской выездки и упражнений на рыси.

Задачи:

1. Изучение научной, методической литературы и функциональных особенностей детей с ДЦП
2. Разработать экспериментальную тренировочную программу по ЛВЕ

с целью тренировки физической выносливости, памяти, координации, равновесия у детей с ДЦП и разработать тестирование для оценки полученных результатов.

3. Выявить эффективность занятий иппотерапии. Провести тестирование двигательных способностей. Разработать практические рекомендации.

Гипотеза: Введение на занятиях иппотерапии упражнений на рыси и элементов паралимпийской выездки оказывают комплексное позитивное воздействие на физический статус занимающегося, развивают координацию, тренируют и улучшают память, психоэмоциональную сферу, способствует максимальной мобилизации волевой деятельности, социализации и формированию более гармоничных отношений с миром, возрастает мотивация и усиливается стремление к достижению положительных результатов.

1.2. Иппотерапия как элемент инновационных технологий реабилитации инвалидов.

Проблема инвалидности занимает одно ведущих мест в ряду социальных проблем.

Согласно данным Организации Объединенных Наций, в 90-х годах в мире насчитывалось около 500 миллионов инвалидов, что составило 10% населения Земли. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения количество людей имеющих инвалидность постоянно увеличивается. [Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru>.]

В России по данным Госкомстата РФ в 1994 г. насчитывалось 8,5 миллионов человек, имеющих инвалидность. В 2016 году численность инвалидов в России составляла 10 миллионов человек. То есть за последние годы численность инвалидов увеличилась на 1,5 миллиона человек.

Эффективным способом решения проблемы инвалидности является реабилитация инвалидов. Для решения проблемы необходим поиск новых технологий, активной реабилитационной деятельности социальных служб.

Одним из инновационных методов реабилитации лиц с ограниченными возможностями является иппотерапия.

Иппотерапия представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации. Иппотерапия является одной из технологий социальной работы с людьми с ограниченными возможностями,.

Согласно определению доктора мед. наук профессора Цверава Д.М.: Иппотерапия - есть не что иное, как форма лечебной физкультуры (ЛФК), где в качестве инструмента реабилитации выступают лошадь, процесс верховой езды и физические упражнения, выполняемые человеком во время верховой езды.

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

Любые заболевания и отклонения в состоянии здоровья человека влекут за собой уменьшение двигательной активности, увеличивая при этом опасность возникновения многих заболеваний, напрямую связанных с малоподвижным образом жизни. Эта опасность более чем актуальная для пациентов больных ДЦП, некоторыми генетическими заболеваниями, больше всех страдающих от недостатка движения. Поэтому не остается никаких сомнений, необходимости применения для таких больных в качестве основного реабилитирующего средства различных форм лечебной физкультуры, в частности - иппотерапию.

[Денисенков, Н. С. Роберт, И. Л. Шпицберг. - М.: 2002. Квирквелия, Цверава, 1982; Цверава, 1985; Цверава, Лория, 1983; Цверава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржоладзе, Качарава, 1986 и др. Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru>.]

Уникальность иппотерапии перед другими видами лечебной физкультуры заключается в том, что во время езды на лошади происходит одновременное включение в работу практически всех групп мышц. Это происходит на рефлексорном уровне, поскольку сидя на лошади, двигаясь вместе с нею и на ней, больной человек 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.

Ни один из спортивных снарядов не обладает возможностью возбуждать у больного разнонаправленную мотивацию, сильную, которая сопутствует занятиям иппотерапии. Отсюда происходит максимальная одновременная мобилизация волевой деятельности, с помощью которой 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 положительным 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 полезна езда без седла – происходит массаж, согревание мышц ног, ягодичных мышц всадника. [Денисенков, Н. С. Роберт, И. Л. Шпицберг. - М.: 2002. Квирквелия, Цварава, 1982; Цварава, 1985; Цварава, Лория, 1983; Цварава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржоладзе, Качарава, 1986 и др.].

2. Основная часть

2.1 Иппотерапия: цели и задачи

Как одна из форм ЛФК, иппотерапия ставит перед собой и решает следующие задачи:

- преодолеть гипокинезии, обусловленной болезнью, и развивать физическую активность больного;
- подготовить организм больного к физическим нагрузкам;
- способствовать восстановлению нарушенных функций организма;
- формировать новые функции организма;
- улучшить здоровье и качество жизни;
- способствовать бытовой и социальной реабилитации;
- формировать новые навыки и восстанавливать утраченные;
- уменьшить возбудимость;
- избавление от безучастности, страхов, замкнутости, агрессивности.

[Квирквелия, Цварава, 1982; Цварава, 1985; Цварава, Лория, 1983; Цварава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржоладзе, Качарава, 1986 , «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров[Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru.>]

2.2 Влияние иппотерапии на организм.

2.2.1 Патофизиологическое обоснование иппотерапии

Опираясь на источник «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров»: «Основной механизм воздействия иппотерапии на организм человека(больного), тот же, что у любой другой формы ЛФК, т. е. он основан на концепции лечебно-профилактического влияния физических упражнений.

Современная физиология рассматривает любую деятельность организма человека, как единого целого, совокупность физических, психических свойств и социальных взаимоотношений с окружающей средой.

Иппотерапия опирается на лечебно-профилактический характер влияния верховой езды, воздействие на организм человека осуществляется

через нервно-гуморальный механизм и, подчиняется законам адаптации к физическим нагрузкам и формирования двигательных навыков.»

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров, Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru.>]

Под влиянием лечебно-профилактического воздействия физических упражнений в организме происходит активная перестройка функций.

Температура тела лошади выше человеческой на 1,5 градуса. Движения мышц спины идущей лошади разогревают и массируют спастичные мышцы ног всадника, усиливая кровоток в конечностях. Улучшение кровотока в целом улучшает кровоснабжение мозга. [Денисенков, Н. С. Роберт, И. Л. Шпицберг. - М.: 2002. Квирквелия, Цварава, 1982; Цварава, 1985; Цварава, Лория, 1983; Цварава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржоладзе, Качарава, 1986 и др.]

2.2.2 Формирование двигательного навыка

Опираясь на источник «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров»: « Для больного, неспособного ходить, очень важна имитация движений человека, идущего нормальным шагом, так как тело имеет свои компенсаторные механизмы запоминания полученного опыта. А тазобедренная область и нижние конечности при езде на лошади, идущей шагом, имитируют эти сложные трехмерные движения.

Во время верховой езды у всадника задействованы практически все группы мышц. Человеку, сидящему верхом на движущейся лошади, приходится постоянно контролировать равновесие, а это заставляет синхронизировать работу мышц спины, туловища и всех остальных мышц, то, расслабляя, то, напрягая их. В результате в работу включаются те мышцы, которые бездействуют, даже не будучи пораженными.» [Денисенков, Н. С.

Роберт, И. Л. Шпицберг. - М.: 2002. Квирквелия, Цверава, 1982; Цверава, 1985; Цверава, Лория, 1983; Цверава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржоладзе, Качарава, 1986 и др. «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

В процессе привыкания организма к физическим нагрузкам, помимо ЦНС большое участие принимают гипоталаймо-гипофизарная и симпатoadреналовая системы, т.е. осуществляется гуморальная регуляция.

Под действием физических упражнений происходит активация висцеральных систем и органов, а механизм активации заключается в повышении функции симпатической нервной системы и ретикулярной формации под регулирующим управлением коры головного мозга.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров, Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru>.]

Возбуждение симпатической нервной системы стимулирует обмен веществ – катаболизм и способствует быстрому и эффективному расходу энергии.

Во время физических упражнений, через моторно-висцеральные рефлексы изменяются функции внутренних органов.

В основе лечебно-профилактического действия физических упражнений лежит улучшение моторно-висцеральных рефлексов при различных заболеваниях внутренних органов.

При физических упражнениях улучшается двигательная функция, координация между нервными импульсами и увеличивается максимальная производительная сила мышц, даже не тренированных, т.е. имеется эффект «переноса» тренировочных влияний.

Верховая езда, для большинства людей, непривычная форма двигательной деятельности, поэтому, кроме вышеперечисленных воздействий, содержит в себе особые механизмы влияния на занимающихся/

[Квирквелия, Цверава, 1982; Цверава, 1985; Цверава, Лория, 1983; Цверава, Цагарели, 1986; Качарава, 1986; «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров, Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru>. «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров»]

2.2.3 Факторы воздействия на организм

Иппотерапия воздействует на организм человека через два мощных фактора: психогенный и биомеханический. Действие этих механизмов в каждом отдельном случае зависит от заболевания и задач, решаемых с помощью иппотерапии: так при лечении неврозов, ДЦП, умственной отсталости, детского аутизма, основным воздействующим фактором является психогенный, а при лечении постинфарктных больных, больных с нарушениями осанки, сколиозами, остеохондрозами позвоночника, простатита и т.д. ведущим фактором воздействия оказывается биомеханический, хотя ни в одном из этих случаев не следует недооценивать ни одного из факторов т.к. иппотерапия - это метод, оказывающий одновременное воздействие на психосоциальный и физический статусы детей, занимающихся иппотерапией. [Квирквелия, Цверава, 1982; Цверава, 1985; Цверава, Лория, 1983; Цверава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржолодзе, Качарава, 1986;]

Он складывается из общения с живым организмом – лошадью, крупным, темпераментным и сильным животным, управление которым дарит больному ощущение победы, повиновения ему такого огромного мощного существа, а также повышает самооценку, уравнивает со здоровыми людьми.

Непривычное большое пространствовокруг (манеж или плац на открытом воздухе позволяет почувствовать себя свободным, раскрепощенным.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Психогенный фактор по разному раскрывается при разных заболеваниях. Например, если при неврозах лечебный эффект несет чувство победы, свободы, раскрепощенности, то при ДЦП ведущее значение имеет страх (боязнь не удержаться на лошади и др.) что заставляет больного напрячь все усилия, сконцентрировать внимание, скорректировать сохраняющие равновесие движения и тем самым непроизвольно подавить патологические очаги возбуждения центров моторики.

Вторым мощным фактором воздействия иппотерапии является биомеханический фактор, это:

- Ритмичные колебания вызывают относительное расслабление мышц туловища и поочередное напряжение, что обуславливает удержание тела больного на лошади во время ее движения.
- Влияние колебаний возникающих и идущих от спины движущейся лошади в 3-х взаимоперпендикулярных плоскостях. Будучи разными при различных аллюрах эти колебания имеют среднюю амплитуду и навязываются больному.

Биомеханический фактор стимулирует создание у больных детей новых рефлексов, развивает равновесие, координацию движений. Развитие равновесия сопровождается развитием симметрий, это- симметричное развитие мышц туловища, конечностей, суставно-связочного аппарата, т.е. всего опорно-двигательного аппарата, а также симметричных внутренних органов. Тренировка баланса всадника на лошади, на разных аллюрах, стимулирует возникновение и закрепление новых условных и безусловных рефлексов. Все это вместе взятое способствует формированию нового двигательного навыка, развитие равновесия. [Квирквелия, Цварава, 1982;

Цверава, 1985; Цверава, Лория, 1983; Цверава, Цагарели, 1986; Качарава, 1986;.]

2.2.4 Основные результаты занятий иппотерапией.

Как любой метод формирования двигательной активности иппотерапия оказывает на организм положительное влияние. Это:

- Увеличение подвижности и объема движений, снижение спастики, улучшение координации движений, улучшение равновесия, улучшение мелкой моторики (работы мышц кистей и пальцев) и возможностей выполнения бытовых процедур;
- Повышения устойчивости к физическим нагрузкам;
- Восстановление мышечного тонуса;
- Повышение активности, появление уверенности в своих силах, увеличение обучаемости и внимательности;
- Уменьшение возбудимости, страхов, агрессивности, замкнутости.
- Расширение круга общения, овладение новым умениям и навыкам.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП»
Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Лошадь заставляет "работать" практически все группы мышц ребенка, в том числе и пораженные болезнью мышцы. В результате чего они получают физическую нагрузку, укрепляются, проходит или уменьшается мышечная атрофия. При езде верхом вокруг позвоночника происходит формирование мышечного корсета, поэтому происходит коррекция искривления в сторону уменьшения. [Денисенков, Н. С. Роберт, И. Л. Шпицберг. - М.: 2002. Квирквелия, Цверава, 1982; Цверава, 1985; Цверава, Лория, 1983; Цверава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржоладзе, Качарава, 1986 и др.]

Мышцы лошади передают колебания человеку и массируют его. Температура лошади на полтора-два градуса выше, чем температура

человека, поэтому получается своеобразный "массаж с подогревом" - интенсивный, глубокий, и в то же время щадящий. Доказано, что во время верховой езды в полную силу начинают работать дыхательная система, кровеносная система, сердечно-сосудистая система, мышцы, головной мозг обогащается кислородом.

Езда на лошади позволяет детям, не могущим ходить, пережить опыт прямохождения. При регулярных занятиях у таких детей начинают работать и укрепляться мышцы, необходимые для ходьбы, в коре головного мозга формируется рефлекс прямохождения. Тело и мозг ребенка готовятся к тому, что бы сделать первый самостоятельный шаг. Научившись балансировать на лошади, ребенок постепенно переносит этот навык в обычную жизнь и более уверенно чувствует себя на земле. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Иппотерапия способствует развитию памяти, внимания, мышления. Необходимость постоянной концентрации внимания при верховой езде, сосредоточенности, максимально возможной самоорганизации и собранности, потребность планировать и запоминать последовательность действий активизирует психические процессы.

Еще одна из возможностей, предоставляемых иппотерапией - это возможность практиковаться в социальном взаимодействии. Контакт с лошадью способствует адаптации, социализации, особенно замкнутых, стеснительных и аутичных.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Верховая езда обеспечивает развитие веры в себя и собственной значимости, когда ребенок с ограниченными физическими возможностями способен передвигаться на мощном животном, управлять им. Верховая езда вызывает у всадника много положительных ощущений и переживаний,

эмоций.

Лечебная верховая езда повышает уверенность в своих силах, самооценку, способствует социализации и формированию более гармоничных отношений человека с миром, максимальной мобилизации волевой деятельности, помогает находить новые, решения стоящих перед ним задач.

Положительный эмоциональный настрой способствует подъёму активности и улучшения настроения и общего состояния. [Денисенков, Н. С. Роберт, И. Л. Шпицберг. - М.: 2002. Квирквелия, Цверава, 1982; Цверава, 1985; Цверава, Лория, 1983; Цверава, Цагарели, 1986; Чхиквишвили, Жоржолодзе, Качарава, 1986 и др.]

2.2.5 Показания и противопоказания к занятиям иппотерапии.

Иппотерапия имеет свои показания и противопоказания. Воздействующая столь многопланово и многофакторно, иппотерапия может быть показана и с успехом использована при самых разных видах заболеваний.

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

Применение иппотерапии требует соблюдения следующих обязательных условий:

- применение только определенного для данного заболевания комплекса упражнений;
- постоянного врачебного контроля эффективностью физических нагрузок, их коррекция в случае необходимости;
- постепенного и последовательного наращивания физической нагрузки;
- рационального сочетания иппотерапии с медикаментозным, психолого-педагогическим, социально-творческим методами комплексной реабилитации;
- активного и сознательного участия больного в реабилитационном процессе. [«Комплексное использование иппотерапии и

спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

3. Организация занятий иппотерапии при ДЦП.

3.1 Понятие о детском церебральном параличе (ДЦП): эпидемиология, классификация, этиология

ДЦП — органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми, слуховыми и психическими нарушениями.

Существует несколько форм этого заболевания. «В основном диагностируют спастическую диплегию, двойную гемиплегию, гиперкинетическую, атонически-атактическую и гемиплегическую формы», - по классификации К.А Семеновой (1978).

Двигательные расстройства наблюдаются у 100% детей, речевые у 75% и психические у 50% детей.

Распространённость данной патологии составляет по разным данным 2,8-3,1 человек на 1000 детей в год на территории РФ [Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В, 2009].

Инвалидизация при данном заболевании возникает практически с первых дней жизни как в России, так и в зарубежных странах [Вирясова М.В., Полунин В.С., Сологубов Е.Г., 2001].

Дети, страдающие детским церебральным параличом, требуют длительных курсов дорогостоящей комплексной терапии, постоянного ухода со стороны близких. [Аксенова А.М., 2006]. Большинство таких детей зависимы от окружающих и социально дезадаптированы. [Балаева, Л.С., 2009] .

Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения

регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии.

Нарушения регуляции тонуса тесно связаны с несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов и задержкой патологических тонических рефлексов. На основе этих нарушений формируются контрактуры и деформации -вторичные изменения в мышцах, костях и суставах.

Речевые расстройства характеризуются грамматическими, лексическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

Психические расстройства проявляются в виде умственной отсталости всех степеней тяжести, задержки психического развития.

Нередко имеются изменения слуха, зрения, судорожные проявления вегетативно-сосудистые расстройства, и пр.

Двигательные, речевые и психические нарушения могут быть различной степени выраженности — от минимальных до максимальных.

Наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения и речь. Лобная доля коры имеет переднюю центральную извилину, в которой находится двигательная зона со строго определенной проекцией участков тела. Она является центром произвольных движений. В передней центральной извилине начинается пирамидный путь, который идет к стволу мозга, частично перекрещиваясь и спускаясь в спинной мозг. По пирамидному пути передаются импульсы произвольного движения. В задних отделах лобной доли располагается экстрапирамидный центр коры. Экстрапирамидная система обеспечивает автоматическую регуляцию двигательных актов, поддерживает общий мышечный тонус, перераспределяет его при движениях, участвует в поддержании оптимальной позы. В средней лобной извилине находится глазодвигательный центр, осуществляющий контроль за содружественным поворотом головы и глаз, что особенно важно в формировании ориентировочных рефлексов. В теменной доле расположены

центры праксиса.

Праксис — автоматизированные целенаправленные движения, которые вырабатываются в процессе обучения и постоянной практики в течение жизни, например ходьба, еда, одевание, письмо, труд. Праксис — высшее проявление свойственных человеку двигательных функций.

Мозжечок связан с другими отделами центральной нервной системы тремя парами ножек, в которых проходят проводящие пути. Мозжечок обеспечивает точность целенаправленных движений, координирует деятельность мышц, регулирует мышечный тонус, поддерживает равновесие. Мозжечок тесно связан с вестибулярным аппаратом, ретикулярной формацией и корой.

Кора головного мозга выполняет главную регулирующую функцию, так как в кору головного мозга поступает и обрабатывается вся информация от проводников и органов чувств

3.2 Факторы риска и причины ДЦП

Основная причина ДЦП — порок развития какого-либо участка головного мозга или гибель, возникшие в раннем возрасте или до момента рождения. Всего выделяют более 100 факторов, которые могут привести к патологиям ЦНС у новорожденного, их объединяют в три большие группы, связанные с:

1. Течением беременности
2. Моментом родов;
3. Периодом адаптации младенца к внешней среде в первые 4 недели жизни (в некоторых источниках этот период продляют до 2 лет).

По статистике, от 40 до 50% всех детей с ДЦП были рождены преждевременно. Недоношенные дети рождаются с недоразвитыми органами и системами и являются особенно уязвимыми, что повышает риск повреждения мозга от гипоксии (кислородное голодание). На долю асфиксии в момент родов приходится не более 10% всех случаев, и большее значение для развития заболевания имеет скрытая инфекция у матери, главным

образом из-за ее токсичного воздействия на мозг плода.

3.3 Классификация ДЦП.

ДЦП описан еще в трудах Гиппократа и К. Галена. Однако основоположником изучения проблемы церебральных параличей является английский хирург-ортопед Литтль (1862). В дальнейшем подробно описанную им спастическую диплегию стали называть болезнью Литтля. Различные классификации ДЦП были предложены также Фрейдом (1897), К. Бобат и Б. Бобат (1964), Фелпсом (1970). [Фрейд (1897), К. Бобат и Б. Бобат (1964), Фелпс(1970)]

В нашей стране пользуются классификацией К.А Семеновой (1978); выделяются следующие формы.

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплегия;
- гиперкинетическая форма;
- гемипаретическая форма;
- атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия или болезнь Литтля.

Это наиболее распространенная (40 % всех случаев ДЦП) форма заболевания, проявляющаяся к концу первого года жизни. Она возникает преимущественно у недоношенных детей. При этой форме развивается парез рук и ног, причем парез ног выражен .

У таких детей ноги и руки находятся в вынужденном положении из-за постоянного тонуса и сгибательных, и разгибательных мышц. Ноги неестественно выпрямлены и прижаты друг к другу или даже перекрещены , а руки прижаты к туловищу и согнуты в локтях. Стопы часто деформируются в процессе роста.

Также у этих детей часто бывают нарушения слуха и речи. Их память и интеллект снижены, им трудно сосредоточиться на каком-либо занятии.

Судороги бывают реже, чем при других видах ДЦП.

Двойная гемиплегия .

Самая тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий. Заболевание проявляется уже в первые месяцы жизни ребенка. Ее диагностируют в 2 % случаев. Это также парез рук и ног с тяжелыми нижних конечностей и верхних. Руки «страдают» больше, чем ноги. Установочные цепные выпрямительные рефлексy могут не развиться вообще . Произвольная моторика резко нарушена, дети не стоят, не сидят, не ходят, функция рук не развита. Речевые нарушения грубые, по принципу анартрии. Речь таких детей плохо понятная, смазанная. Говорят гнусаво, либо слишком медленно и тихо, либо слишком быстро и громко. У таких детей очень маленький словарный запас.

Интеллект и память таких детей снижены. Дети в 90% умственная отсталость, в 60% судороги, часто пребывают в эйфории или в апатии, дети необучаемы. Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

Гиперкинетическая форма.

Связана с поражением подкорковых отделов мозга. Для этой формы ДЦП, встречающейся в 10 % случаев, характерны произвольные движения и расстройства речи. Двигательные нарушения проявляются в виде насильственных движений (гиперкинезов), которые возникают произвольно, усиливаясь от волнения и утомления. Произвольные движения дискоординированные, размахистые, в 10% возможны судороги, нарушен навык письма, речь, в 20—25% поражен слух,. Прогноз зависит от характера и интенсивности .

Говорить такие дети начинают поздно, их речь невнятная, монотонная, медленная, артикуляция нарушена. Интеллект при этой форме страдает редко . Часто такие дети успешно заканчивают не только школу, но и высшее учебное заведение.

Судороги при гиперкинетической форме бывают редко.

Гемипаретическая форма.

При этой форме, встречающейся в 32 % случаев, у ребенка поражены одна рука и одна нога с одной стороны тела, причем, больше страдает рука. Эта форма часто диагностируется уже при рождении. Связано это с поражением полушария мозга (при правостороннем гемипарезе нарушается функция левого полушария, при левостороннем — правого).

Характерно для этой формы нарушение речи – ребенок не может нормально произносить слова.

Интеллект, внимание и память снижены.

В 40-50 % случаев регистрируются судороги, причем, чем они чаще, тем хуже прогноз заболевания.

Прогноз двигательного развития при адекватном лечении благоприятный. Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений.

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. Эта форма наблюдается у 15 % детей с ДЦП.

Интеллект при этой форме страдает незначительно.

При этом отмечается нарушение равновесия в покое и ходьбе, низкий мышечный тонус, нарушение координации движений. У детей, страдающих этой формой ДЦП, мышцы расслаблены, причем гипотония наблюдается с рождения. Движения неритмичны, несоразмерны, нарушено самообслуживание, письмо. Дети поздно начинают садиться, стоять и ходить. Координация у них нарушена, при этом часто бывает тремор (дрожание рук, ног, головы). В 50% отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести.

Таким образом, ДЦП является полиэтиологическим заболеванием воспалительного, токсического, инфекционного, интоксикационного, экологического, травматического и другого происхождения.

[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.]

3.4 Сопутствующие заболевания и вторичные нарушения. Речевые и психические отклонения

1. «Контрактуры и деформации — если у ребенка с ДЦП не формируются установочные рефлексy, то и не формируются шейный и поясничный лордозы, рано появляется чрезмерно выраженный кифоз в грудном отделе позвоночника, что способствует быстрому развитию кифосколиоза.» , -Левченко И.Ю, Приходько О.Г., 2001

2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. При ДЦП чрезмерно увеличивается продукция ликвора, повышается внутричерепное давление, нарушается всасывание в желудочках мозга, что в свою очередь сдавливает клетки и сосуды головного мозга. При этом возможны выбухание большого родничка, срыгивания, рвота, сонливость, вялость, повышение мышечного тонуса, апатия.

3. Судорожный синдром — часто сопровождает ДЦП эпилептиформные пароксизмы.

4. Нарушение вегетативной нервной системы — в виде периодического повышения температуры, повышенного потоотделения, снижения аппетита, расстройства сна, беспокойства, жажды, запоров или поносов, нарушения иммунологической реактивности и др.

5. Нарушения слуха — чаще возникают при гиперкинетических формах. Обычно нарушено восприятие высоких по тональности звуков. 6. Нарушения зрения — при ДЦП нарушаются поля зрения, снижается острота зрения, могут возникать аномалии рефракции, косоглазие, парез взора, изменение глазного дна.

7. Нарушения речи — при очаговом поражении головного мозга, замедлении темпа его созревания, рассогласовании деятельности правого и левого полушария отмечаются разнообразные расстройства формирования речи .

[Мастюкова Е.М., 1988]. При ДЦП нарушена функция

артикуляционного аппарата и прежде всего фонетическое произношение звуков — звуки произносятся искаженно либо заменяются близкими по артикуляции, что приводит к невнятности речи и ограничению общения со сверстниками и взрослыми.

Речедвигательные затруднения вторично приводят к нарушению анализа звукового состава слов. Дети не могут различить звуки на слух, повторить слоги, выделить звуки в словах. Словарный запас у детей с ДЦП увеличивается медленно, не соответствует возрасту, очень сложно формируются абстрактные понятия, пространственно-временные отношения, построение предложений, восприятие формы и объема тела.

В связи с нарушениями лексики недостаточно развивается грамматический строй речи. Нарушение фонетико-фонематического развития ограничивает накопление грамматических средств.

Клинические проявления речевых нарушений при ДЦП:

- *дизартрия* — нарушение произношения звуков из-за патологической иннервации речевых мышц, поражения речедвигательных механизмов ЦНС;

- *алалия* — системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон (встречается как моторная алалия, так и сенсорная);

- *дислексия, дисграфия* — нарушения письменной речи вследствие дисфункции речевых зон;

- *неврозоподобные нарушения речи*, по типу заикания, вследствие нарушения речедвигательной функции;

- *анартрия* — отсутствие речи. Нарушения речи нередко сочетаются с расстройствами дыхания и голосообразования

У детей с церебральными параличами преобладает учащенное, поверхностное, аритмичное дыхание. Часто нарушена координация между дыханием, фонацией и артикуляцией. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме церебрального паралича, при этом произвольный контроль за дыханием затруднен. Нарушения голоса связаны с парезами и параличами мышц языка, мягкого неба, губ, гортани. При этом

голос ребенка слабый, глухой, тихий, монотонный, эмоционально невыразительный.

Дети с церебральными параличами с трудом овладевают чтением и письмом. Дислексия и дисграфия обычно сочетаются с недоразвитием устной речи и бывают при различных формах дизартрии. В письме искажается графический образ букв, с трудом соединяются буквы в слова, а слова во фразы, встречается зеркальность письма. Нарушение чтения и письма связано с спастичностью мышц кисти, глаз, оптико-гностическими расстройствами, сужением полей зрения, нарушением взаимодействия речеслуховой, речедвигательной и зрительно-моторной систем. Нарушения речи происходят в форме мозжечковой, псевдобульбарной или экстрапирамидной дизартрии [Левченко И.Ю., Приходько О.Г., 2001]. Мозжечковая дизартрия приводит к гипотонии губ, мышц языка; при этом речь замедленная, толчкообразная, затухающая к концу фразы. Экстрапирамидная дизартрия возникает при гиперкинетической форме ДЦП. Гиперкинезы распространяются на диафрагму, мышцы языка, губ; при этом нарушается плавность и размеренность речи.

8. Психические нарушения при ДЦП обусловлены ранним органическим поражением головного мозга, ограничением двигательной активности, социальных контактов, а также условиями воспитания.

Познание окружающей действительности с первых месяцев жизни нарушено, а познавательная деятельность является основой памяти, воображения, мышления. Отрицательное воздействие на нервную систему может оказать невозможность полноценной игровой деятельности, психологическая обстановка в семье, педагогическая запущенность. Психические нарушения при ДЦП проявляются в виде расстройств личности, познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы. Нарушения познавательной деятельности проявляются в отсутствии интереса к занятиям, низкой умственной работоспособности и концентрации внимания, плохой сосредоточенности, снижении памяти, медлительности, мышления.

При спастической диплегии и гемипаретической форме нарушены пространственные представления, конструктивный праксис; при гиперкинетической форме нарушены память, вербальное мышление, внимание.

Психические нарушения могут быть от задержки психического развития (ЗПР) до олигофрении в легкой и умеренной степени. Нарушение эмоционально-волевой сферы проявляется чаще всего в виде повышенной истощаемостью нервной системы в сочетании с неустойчивостью вегетативных функций, повышенной эмоциональной возбудимостью. В дошкольном возрасте дети отличаются чрезмерной склонностью к страхам, впечатлительностью, повышенной эмоциональной возбудимостью, двигательной расторможенностью.

[Мастюкова Е.М., Исаев Д.Н., 1988]. Особенности личности — нередко отмечается задержанное развитие по типу психического инфантилизма. В своих поступках дети в основном руководствуются эмоциями удовольствия, не подчиняются требованиям коллектива, эгоцентричны, волевые усилия недостаточны. Больные эмоционально инертны, неустойчивы, легко истощаемы, игровая деятельность их бедна и однообразна, отмечают ранние проявления сексуальности. Наблюдается дисгармония развития личности с неустойчивым настроением и сложной школьной и социальной адаптацией. На тяжесть психических нарушений влияют тяжесть и характер двигательных нарушений.

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

3.5 Лечение

Лечение инвалидов с ДЦП должно быть комплексным, включать мероприятия по расширению двигательных, речевых и психических возможностей, с использованием всех имеющихся реабилитационных

средств

[см. Бадалян, Журба, Тимонина, 1988; Бодажков, Чабан, 1990; Верхало, 1990; Восстановительное лечение детей..., 1991; Гавриков, Северина, 1988; Герцен, Лобенко, 1991; Грандо, Дмитриева, 1980; Гончарова, 1982; Кассирский, Воробьев, 1988; Костадинов, Краев, 1987; Курбанова, Барская, 1989; Мартынов, 1992, 1993; Мольская, 1991; Полунин, 1991; Сахно, Осипова, 1993; Сермеев, Ефименко, 1990;].

Средствами реабилитации инвалидов вследствие ДЦП являются методы физической реабилитации (ЛФК, массаж, рефлексотерапия, светолечение, электролечение, вибротерапия, магнитотерапия, теплотечение, водолечение), социально-восстановительного действия, психологической коррекции и профессиональная ориентация. Методы лечебной физкультуры, физиотерапии массажа, рефлексотерапии применяются на всех этапах реабилитационного лечения с учетом тяжести функциональных нарушений и общих противопоказаний к этим методам лечения.

Лечебная физкультура -этот метод реабилитации лиц с детским церебральным параличом занимает в комплексной терапии одно из ведущих мест. Лечебная физкультура является естественно-биологическим методом терапии. ЛФК способствует более быстрому восстановлению нарушенной функции опорно-двигательного аппарата.

[Мошков, 1982]. [см. напр. Бадалян, Журба, Тимонина, 1988; Бодажков, Чабан, 1990; Бортфельд, Рогачева, 1986; Гончарова, 1982; Желенкова, 1989; Исанова, 1993; Каптелин, 1986; Лечебная физкультура..., 1995; Манович, Жуховицкий, Дементьева., 1969; Меженина, 1966; Мирзоева, Бортфельд, Городецкая, Данилова, 1972; Физиотерапия, 1986;].

В настоящее время для реабилитации лиц с ДЦП используют различные методики лечебной физкультуры.

Общими и обязательными принципами для всех методик являются:

1) систематичность, регулярность, непрерывность применения лечебной гимнастики,

- 2) строгая индивидуализация упражнений ЛФК,
- 3) применение средств и форм ЛФК в зависимости от стадии заболевания, его тяжести, возраста и психического развития детей с ДЦП.
- 4) постепенное, строго дозированное увеличение физической нагрузки.

В поздней резидуальной стадии ДЦП основная цель ЛФК - нормализация двигательной деятельности инвалида путем воспитания установочных и подавления тонических мышечных является улучшение подвижности в суставах, стабилизация опороспособности, повышение работоспособности организма, обучение правильному дыханию, восстановление двигательной активности, воспитание схемы тела (позы) и осанки, улучшение координации движений рефлексов, тренировка равновесия.

[см. Бадалян, Журба, Тимонина, 1988; Бортфельд, Рогачева, 1986; Семенова, 1976; Семенова, Штеренгерц, Польской, 1986; Eason, Smith, Caron, 1984]. Частными задачами, по мнению таких авторов, как Бортфельд и Рогачева [1986], Витензон, Бравичев, Журавлев [1974], Семенова с соавторами [1986], Штеренгерц [1986 и др.,.]

Часто несмотря на все принимаемые меры у детей -инвалидов с ДЦП формируется тугоподвижность в суставах, переходящая в контрактуры. В этом случае бывает целесообразно ношение ортопедической обуви, лечение гипсовыми повязками, при необходимости назначаются ортопедические устройства, которые позволяют многим инвалидам принять вертикальную позу и самостоятельно передвигаться [Андрианов, Затекин, Козюков, 1991; Восстановительное лечение..., 1991; Герцен, Лобенко, 1991; Каптелин, 1986; Курбанова, Барская, 1989].

Ортопедические применяются на различных этапах реабилитации, а также после завершения восстановительного лечения. Эти устройства создают условия для уменьшения спастичности и улучшения функции ослабленных мышц, способствуют сохранению правильной исходной позы при стоянии и ходьбе, способствуют нормализации движений в суставах

конечностей и функций мышц при ходьбе и стоянии.

[Витензон, Бравичев, Журавлев, 1974; Семенова, Махмудова, 1979, Т.А. Власова. 2008, 2010.Баданян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. , 2008].

Для получения положительных результатов в реабилитации детей-инвалидов с ДЦП большое значение имеет применение массажа, который улучшает кровообращение, снижает спастичность мышц, увеличивает тонус и силу пораженных мышц.

[Белая, 1994; Бортфельд, Рогачева, 1986; Васичкин, 1991; Дюкова, Лернва, 1985; Куничев, 1985; Семенова, 1976; Семенова, Штеренгерц, Польской, 1986; Штеренгерц, 1986].

В комплексе восстановительного лечения инвалидов с детским церебральным параличом применяется: аппаратная физиотерапия, светолечение, рефлексотерапия, магнитотерапия, парафино- и грязелечение, бальнеотерапия (углекислые, сероводородные, радоновые, хвойные, иодобромные, скипидарные ванны), души, использующая электрические токи, различные по своим характеристикам: напряжению, форме, частоте колебаний, направлению и т.д.

[см. Бурыгина, 1987; Герцен, Лобенко, 1991; Меженина, 1966; Мольская, 1991; Семёнова, Штеренгерц, Польской, 1986; Физиотерапия, 1986].

Зачастую методы реабилитации в отношении детей-инвалидов с ДЦП сводятся к применению медикаментозной терапии и массажа в сочетании с приемами лечебной физкультуры или хирургическим лечением. Это способствует лишь временной коррекции двигательных нарушений и часто не приводят к достижению реального результата.

3.6. Уникальность иппотерапии

Все традиционные методики реабилитации позволяют уменьшить мышечный тонус, увеличить объем пассивных движений, но не помогают

приобрести новые активные двигательные навыки. Такими возможностями обладает верховая езда на лошади.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров.

О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Одновременное сочетание повторяющихся разнонаправленных движений тела, многогранность воздействия, массаж внутренней поверхности ног, позитивный психотерапевтический эффект 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 произвольного, одновременного движения в пораженной и здоровой конечностях, характерные для заболевания.»,- Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров О. С. Рогов. «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП»

[«Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии.» автореф . дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Идущая лошадь передает всаднику более ста разнообразных движений. Особенность иппотерапии заключается в возможности многократного повторения этих движений при этом удается избежать монотонности, как при занятиях на тренажере.

Повторяющиеся колебательные движения тела носят диагональный характер, в виде чередующихся сжимания, растягивания, вращения

отдельных частей тела. Разнонаправленные действия всадника, выполняемые на лошади, помогают ему научиться регулировать мышечный тонус, осознать движение и приобрести необходимые двигательные навыки. Выполнение упражнений, направленных на выпрямление туловища, позволяет осуществить коррекцию двигательной активности, равновесия в соответствии с физиологическим развитием.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Уверенная посадка на лошади достигается за счет расслабленного положения всадника, позволяющего правильно реагировать на все движения лошади. На занятиях иппотерапией дети с ДЦП учатся расслабляться, это способствует в конечном итоге уменьшению тонуса мышц, происходит улучшение их эмоционального и физического состояния. У большинства детей отмечается более правильное положение спины при ходьбе, улучшение осанки, расширение возможностей в разведении и отведении ног в стороны, что способствует улучшению походки. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Двигательные нарушения, ограничивающие или делающие невозможными активны движения, неблагоприятно влияют на развитие всех систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной), снижают сопротивляемость организма к простудным и инфекционным заболеваниям, и нервно-психической деятельности, отражаются на общем здоровье ребенка. 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. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Цель иппотерапии - формирование динамического стереотипа, который всадник-инвалид переносит из верховой езды в жизнь. Движения мышц спины идущей лошади разогревают, массируют спастические мышцы ног всадника, усиливая кровоток в конечностях и во всем организме, что в итоге улучшает кровоснабжение мозга. Для больного ребенка очень важна имитация движений человека, идущего нормальным шагом - тело имеет свои компенсаторные механизмы запоминания полученного опыта и езда на лошади способствует этому. Нижние конечности, тазобедренная область всадника при езде на лошади, идущей 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 туловища, шеи, конечностей. В работу включаются мышцы, которые у человека бездействуют, даже не будучи пораженными. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

У большинства детей с интеллектуальными проблемами езда на лошади вырабатывает умение управлять лошастью, дает навык оценки ситуации и влияния на нее, доверие к лошади постепенно переходит в

доверие к людям, к миру, с которыми больной человек взаимодействует. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Таким образом, в процессе реабилитации через иппотерапию происходит последовательный процесс приобретения физических, коммуникативных и психологических навыков.

С учетом специфики двигательных нарушений ДЦП занятия иппотерапией решают следующие основные задачи:

- Развитие реакций равновесия и выпрямления. Выработка этих реакций обеспечивает правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу. При помощи этих реакций происходит выравнивание головы, туловища и конечностей. Ребенок учится сохранять равновесие во время активных движений. Реакции равновесия и выпрямления тормозят неправильные позы и движения, играют основную роль в сохранении мышечного тонуса интенсивности, который должен быть достаточным, чтобы противостоять силе земного притяжения.
- Развиваются функции руки и предметно-манипулятивной деятельности.
- Развивается зрительно-моторная координация.
- Преодоливаются неправильные позы.
- Формируются способности воспринимать позы и направления движений, а также предметы на ощупь, развивается ощущения частей тела.
- Улучшается общее физическое развитие.
- Улучшается тонус и эластичность мышц, их сократительная функция,

замедляется их атрофия.

- Улучшается психоэмоциональное состояние, появляется уверенность в своих силах, раскованность, активность, внимательность.
 - Снижается возбудимость, дети становятся активными к любой деятельности, исчезают страхи, замкнутость и агрессивность.
- [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

4. Методика реабилитации страдающих ДЦП с помощью иппотерапии

4.1. Особенности проведения занятий при различных формах ДЦП.

При спастической гемиплегии необходимо уделить больше внимания предупреждению контрактур. При этой форме ДЦП занятия иппотерапией можно проводить в самом широком диапазоне.

Для детей со спастической диплегией езда на лошади приобретает особую важность.

Главным препятствием для тренировки ходьбы на первый план выходят такие нарушения, как приводяще-сгибательные контрактуры нижних конечностей.

Позиция верхом способствует устранению мышечных спазмов, выравниванию тонуса мышц бедра, профилактике подвывихов бёдер и контрактур. Верховая езда в сочетании с тренировкой мышц-разгибателей нижних конечностей, можно добиться высокой эффективности результатов в подготовке ребенка к ходьбе. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов.

Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Двойная гемиплегия характеризуется поражением верхних и нижних конечностей. Двигательный дефект рук выражен в большей степени.

В случае двойной гемиплегии необходимо добиваться появления выпрямительных реакций и уменьшения спастичности рук, контроля ребёнка за движениями головы,. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Гиперкинетическая форма характеризуется большим количеством произвольных движений. Для этой формы наиболее важны упражнения, которые будут способствовать гашению и уменьшению гиперкинезов, выполняемые в условиях замкнутой кинематической цепи. Для нужного эффекта необходимо отдавать предпочтение езде шагом с применением упражнения «мешочек» (лежа поперёк лошади). [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров.; О. С. Рогов. «Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии.» автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Атонически-астатическая форма характеризуется нарушением равновесия и координации движений, низким тонусом мышц при сохранении действия тонических рефлексов,.

При этой форме верховая езда оказывает на организм ребёнка исключительно благоприятное влияние. Для появления положительных

результатов, как правило, требуется длительное время.

Упор делается на упражнения, тренирующие равновесие и координацию движений, укрепляющие мышцы спины.

[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. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

4.2. Основные требования для проведения иппотерапии

Для проведения занятий по иппотерапии, в первую очередь, нужна хорошо подготовленная лошадь. К лошади, участвующей в занятиях иппотерапии, предъявляются определенные требования. Она должна иметь правильный экстерьер, широкий энергичный шаг, относительно невысокий рост. Возраст не моложе 5 лет. Лошадь для иппотерапии должна обладать добрым нравом, высокой стрессоустойчивостью. Животные, отобранные для иппотерапии, в обязательном порядке должны пройти специальную подготовку, которая выработает у них и усилит необходимые качества.

[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, «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров.]

4.3. Принципы иппотерапии.

- Безопасность . Строгое соблюдение правил техники безопасности.
- Индивидуализация и дозировка нагрузки в зависимости от особенностей заболевания, возраста.
- Непрерывность. Регулярные занятия обеспечивают развитие функциональных возможностей организма.
- Длительность. Восстановление нарушенных функций основных систем организма возможно лишь при условии систематического, длительного и упорного повторения занятий.
- Постепенное наращивание нагрузки.
- Чередование нагрузки и отдыха.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Также очень важен врачебный контроль за адекватностью физических нагрузок, их коррекция в случае необходимости.

В лечении больного необходимо комплексное сочетание иппотерапии и других средств и методов физической реабилитации.

4.4. Противопоказания

Допуск к занятиям иппотерпией для каждого пациента решается врачом индивидуально. Так как при некоторых состояниях организма

занятия иппотерапией противопоказаны.

Абсолютные медицинские противопоказания для использования метода иппотерапии:

- острая инфекционная патология ;
- несовершенный остеогенез, болезнь Лобштейна-Фролика, остеопороз, повышенная ломкость костей;
- некоторые травматические и воспалительные поражения тазобедренных суставов, подвывих и вывих бёдер;
- декомпенсированная эндокринная патология; сахарный диабет, в том числе в стадии неполной и (или) нестойкой компенсации;
- гемофилия;
- хронические заболевания в остром периоде и в стадии обострения;
- серьёзные травматические повреждения в шейном и поясничном (нижняя треть) отделах позвоночника.
- воспалительные заболевания мягких тканей;
- деформации позвоночника (с III степени);
- ожирение III степени;
- контагиозные кожные заболевания;
- эпилепсия и эпилептиформные синдромы, пароксизмальные состояния неясного генеза;
- ярко выраженные психотические и психопатоподобные состояния;
- миопия высокой степени;
- декомпенсированная и частично компенсированная глаукома;
- острые и хронические воспалительные заболевания нервной системы; миастения и миастенические синдромы;

[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., «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

4. 5. Методика

Методика занятий по иппотерапии для детей с ДЦП включает в себя три этапа. Основными задачами являются: лечебно-оздоровительные , социально-педагогические.

4.5.1 Подготовительный этап

Перед занятиями иппотерапией предшествует подготовительный этап. Это различные лечебно-оздоровительные мероприятия - в зависимости от формы детского церебрального паралича, подготавливающие ребенка к занятиям на лошади. Этот этап осуществляется на занятиях лечебной гимнастики в лебно- профилактических учреждениях, дома самостоятельно родителями. На этом этапе необходимо подготовить организм ребенка к будущим физическим нагрузкам.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

При спастической форме ДЦП - на подготовительном этапе проводится обучение расслаблению и сокращению мышц, а также самостоятельному зрительному контролю за производимыми движениями.

В комплексе лечебной гимнастики при поражении верхних

конечностей используются упражнения:

- для укрепления верного плечевого пояса.
- для укрепления мышц спины

При поражении нижних конечностей упражнения:

- для укрепления мышц задней, передней поверхности бедра,
- для укреплениия ягодичных и отводящих мышц бедра в разных исходных положениях.

Хороший результат дает использование различных вспомогательных предметов и средств: резиновых эспандеров, мячей,.

Динамические упражнения полезно сочетать с упражнениями на сопротивление.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Для детей, лишенных возможности передвигаться самостоятельно, основное внимание уделяется возможности принятия и удержания вертикальной позы и выполнение движений в этой позе.

Физические упражнения направлены на формирование двигательных функций: силы, скорости движений, произвольности направления, амплитуды.

Предлагаются упражнения:

- на улучшение координации движений;
- на удержание равновесия;
- развитие подвижности;
- выработку точности движений.
- упражнения на расслабление.

[« Комплексное использование иппотерапии и спартианской

программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Обязательно необходимо включать дыхательные упражнения, выполнение которых способствует улучшению окислительно-восстановительных реакций организма, что в сочетании с ритмом выполняемых физических упражнений позволяет снизить тонус дыхательной и скелетной мускулатуры, избежать ее перенапряжения.

Упражнения на равновесие и координацию необходимо выполнять из различных исходных положений.

Очень важно использование элементов подвижных игр - таких, как бросание и ловля мячей разных размеров и цвета, метание мяча по кеглям, забрасывание мяча в корзину или ведро, бросок мяча в цель, игры с элементами настольного тенниса, бадминтона, волейбола. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

При гемипаретической форме ДЦП лечебно-оздоровительные мероприятия на подготовительном этапе должны быть направлены на восстановление правильного взаимодействия мышц здоровых и пораженных конечностей при выполнении движений.

Важно научить ребенка обучить самоконтролю за выполняемыми действиями, симметрично выполнять движения здоровой и пораженной конечностями. Научить согласованности движений здоровых и больных конечностей.

Необходимо научить ребенка тому, чтобы все движения во время выполнения комплекса упражнений он начинал с больной конечности. Это способствует уменьшению стереотипа доминирования здоровой конечности при выполнении любого движения. [«Комплексное использование

иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Нагрузка на здоровые и пораженные конечности должна быть дозированной в зависимости от степени поражения конечностей и выраженности мышечной гипотрофии.

Обязательно включаются упражнения для улучшения мелкой моторики в пораженной верхней конечности, тренировки функции опоры и захвата предметов, развивающие функции рук: удерживание предметов большой рукой и перебирание пальцами вверх-вниз, собирание рассыпанных мелких предметов, упражнения на сжимание мяча или ручного эспандера . [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Разучиваются упражнения для тренировки мышц спины, упражнения на координацию движений и равновесие.

Для коррекции ходьбы должно быть симметричное выполнение движений при выполнении шаговых движений, тренируется перекал стопы пораженной конечности, в том числе с использованием различных вспомогательных средств в виде разновесных манжет, брусьев, валиков и т.п.» [Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

При атонически-астатической форме ДЦП.

В комплекс лечебной гимнастики включаются упражнения:

- упражнения на равновесие;
- для укрепления основных групп мышц;
- развитие координации движений из различных исходных положений, с использованием различных приспособлений.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009.]

Для таких детей следует включать упражнения, стимулирующие активную деятельность. Следует "обыгрывать" эти упражнения, предлагать образные и сюжетные упражнения, включать в занятия элементы игры.

В комплекс необходимо включать упражнения:

- на концентрацию внимания;
- точность выполнения движений.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

4.5.2 Второй этап

Во втором этапе начинаются сами занятия иппотерапией. При каждой форме ДЦП рекомендуется определенный вид упражнений, исходных положений на лошади.

При спастической диплегии - изолированной и осложненной гиперкинетическим синдромом - используются следующие упражнения на стоящей лошади:

- укладки вдоль и поперек на лошади (как на спине, так и на животе);
- движения верхними конечностями (вверх, в стороны, вперед с акцентом на супинацию, пронацию и работу пальцами);
- повороты в стороны;

- вращательные движения
- подъемы плеч поочередно и вместе;
- упражнения с фиксацией рук в положении "за голову" и на поясице (наклоны и повороты из этих исходных положений);
- наклоны вперед и назад, наклоны с касанием пальцами кисти голеностопного сустава противоположной нижней конечности;
- подъемы на стременах,
- разгибания в голеностопных суставах,
- дыхательные упражнения (проводятся при выполнении элементов комплекса и согласуются с ними).
- движение рысью, выполнение упражнений на рыси;
- управление лошадью на шаг и рыси;
- введение упражнений и заданий с элементами паралимпийской выездки, по «рабочей тропе».

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

При уверенном выполнении упражнений на стоящей лошади предлагается их выполнение на шаг. Вводятся новые элементы: езда стоя на стременах; посадка спиной вперед с закрытыми глазами; езда с применением средств управления лошадью: освоение элементов манежной езды на шаг, посыл в шаг, остановка на шаг, езда на рыси со страховкой и самостоятельно.

При спастических формах детского церебрального паралича предлагаются упражнения, на снижение тонуса, увеличение объема активных движений в пораженных конечностях. При преобладании поражения верхних конечностей ребенку необходимы упражнения, включающие в себя наклоны головы и повороты ее в стороны, наклоны туловища вперед (с захватом и перебиранием поводьев или гривы лошади), повороты корпуса (в том числе - при возможности - с отведением верхних конечностей, с попыткой касания

крупа). [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

При поражении нижних конечностей рекомендуются как простые упражнения (таких, как подъем на стременах), так и более сложные - например, перенос ноги спереди через холку лошади.. При выполнении упражнений следует контролировать правильность осанки и сохранение равновесия. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

При сочетании спастических расстройств с гиперкинезами комплекс упражнений направлен не только на увеличение объема активных движений, но и на ограничение непроизвольной двигательной активности. Одним из немногих вариантов тренировки является стремление к правильной организации двигательного акта, совершение которого реально для данного конкретного ребенка. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

При работе с детьми, имеющим гиперкинезы, необходимо акцентировать внимание на следующие моменты:

- качество выполнения упражнений на координацию,
- активные движения верхними и нижними конечностями,
- подъем на стременах,
- выполнение дыхательных упражнений, согласуемых с ритмом движения лошади,

- отслеживание фиксированного предмета взором с поворотом глаз, головы и корпуса при движении лошади по кругу и более сложным траекториям. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Также могут быть использованы: тренировка мелкой моторики (противопоставление пальцев, упражнения с разновеликими предметами на удержание и манипуляцию ими); перенос нижней конечности над холкой лошади; выполнение упражнений с асимметричной посадкой; использование элементов подвижных игр – «кегель бан», метание мяча на точность.

Овладение навыками манежной езды такими детьми способствует концентрации внимания на выполнении конкретного действия.

Чтобы оценить эффективность занятий, ребенку можно предложить пройти по «рабочей тропе» или тесту по паралимпийской выездке на шагу. Уверенное управление лошадью с помощью поводьев и правильное прохождение маршрута являются показателем эффективности занятий, поскольку это требует строго определенной концентрации внимания и координации. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Снижению уровня гиперкинезов, способствуют такие задания, как выполнение неожиданной команды инструктора. По четкости выполнения этих команд можно также определить о стойкости приобретенных двигательных навыков. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

При гемипаретической формы ДЦП.

Посадка всадника требует от него симметричной и согласованной работы мышц. При этом ребенок с гемипарезом вынужден уравнивать усилия, прилагаемые здоровой и пораженной конечностью для правильного выполнения команд, подаваемых лошади. В результате этого выравнивается положение таза больного, что способствует коррекции осанки и правильному распределению усилий на мышцы туловища. Это раскрепощает мышцы пояса верхних конечностей, облегчая управление поводьями.

Основное внимание иппотерапевта уделяется симметричности

выполнения упражнений, их согласованности со здоровыми конечностями. Эффективно выполнение упражнений с изменением центра тяжести тела - например, такие, как наклоны туловища назад и вперед, подъем на стременах. В качестве усложнения рекомендуется выполнять эти упражнения на движущейся шагом, рысью лошади. При этом, важно добиться отсутствия компенсирующих движений туловища и головы при выполнении предлагаемых упражнений. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Наряду с симметричными упражнениями может использоваться асимметричная нагрузка с акцентом на правильность выполнения упражнений пораженной конечностью и контролем за согласованностью ее движений с движениями здоровой конечности. Возможно использование упражнений с переносом ноги через холку лошади, наклоны к противоположным стременам, взятие какого-либо предмета с крупа животного. При фиксации корпуса занимающегося в правильном положении позволяет добиться произвольного растяжения мышц пораженной верхней конечности, перехватывание гривы животного, при котором показателем симметричности выполнения упражнения будет возможность захвата гривы обеими руками на одном уровне. «Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров

Для тренировки мелкой моторики используются поглаживания лошади, упражнения с перебиранием пальцами поводьев, "заплетание кос" на гриве, упражнения с прещепками (прицепить и снять прищепку с гривы, вальтрапа) в том числе на движущейся лошади.

При с атонически-астатической формой ДЦП особое значение имеют подготовительные мероприятия, направленные на психологическую адаптацию к условиям проведения занятий.

При первом занятии нежелательна посадка ребенка на лошадь. Его

необходимо познакомить с животным, попросить погладить лошадь, дать ей лакомство под контролем инструктора, или просто дать возможность побыть рядом с лошадию, постепенно привыкая к соседству крупного сильного животного. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Тяжесть и характер двигательных нарушений у инвалидов с атонически-астатической формой ДЦП очень ограничивает набор упражнений и способов их реализации. Все упражнения как на стоящей, так и особенно на идущей лошади, выполняются при постоянном контроле и при постоянной подстраховке.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Занятия с использованием лошади начинаются с самых элементарных упражнений без использования седла.

Исходное положение – всадник лежит поперек спины стоящей лошади лицом вниз (так называемая пассивная укладка). Иппотерапевт находится сбоку, лицом к всаднику. В таком положении легче фиксировать положение головы в возможно приподнятом положении и взора. Постепенное увеличение нагрузки в таком положении способствует укреплению мышц пояса верхних конечностей.

На следующих этапах вводятся упражнения на укрепление мышц плечевого пояса и постепенное усложнение упражнений. Необходимо добиваться большего удержания верхней половины тела в положении, приближенном к горизонтальному. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

После освоения упражнений на животе меняется исходное положение, осторожно перемещая ребенка на спину, из положения сидя в положение

поперек на живот, с последующим осторожным переворотом на спину, с выполнением упражнений на удержание головы и двигательной нагрузки. При достижении правильности выполнения упражнений, комплекс усложняется выполнением упражнений на идущей лошади.

Если ребенок может самостоятельно сидеть, то предлагаются упражнения сидя на лошади с подстраховкой инструктора. Очень важно, чтобы движения всадника совпадали с ритмом движений лошади, это приводит к согласованности дыхательных движений ребенка и движениями лошади.

Формирование согласованности дыхания и движения лошади в исходном положении сидя значительно облегчает дальнейшую работу по формированию стереотипа ходьбы. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Постепенно необходимо расширять круг упражнений за счет введения элементов стандартного комплекса упражнений, введение упражнений на рыси.

Для лучшего результата от занятий иппотерапией целесообразно распределение детей-инвалидов на три группы по степени тяжести двигательных расстройств.

Первая группа- дети с незначительно выраженными двигательными нарушениями в верхних конечностях. Дети передвигаются самостоятельно без помощи специальных приспособлений.

Вторая группа - преобладают двигательные расстройства в нижних конечностях, дети передвигаются самостоятельно при помощи специальных приспособлений (костылей, ходилок, канадских палочек).

Третья группа - дети, практически не способны передвигаться самостоятельно.

В зависимости от тяжести двигательных нарушений производится подбор способов выполнения упражнений. [«Комплексное использование

иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Упражнения для первой группы:

- знакомство с лошадью;
- посадка на лошадь, самостоятельное спешивание;
- гимнастические упражнения на идущей лошади и на рыси;
- посыл в шаг и остановки на шагу;
- применение средств управления на шагу, рыси;
- самостоятельное управление лошадью;
- применение элементов манежной езды на шагу и рыси.

При легкой степени двигательных расстройств у детей с ДЦП, а также при активном желании у них, включаем дозированно в занятия более быстрый аллюр движения лошади – рысь. Рысь- двухтактный аллюр лошади. На рыси лошадь попеременно поднимает и ставит на землю диагонально расположенные конечности: правую переднюю ногу -левую заднюю. В это аллюте присутствует фаза подвисяния (полета).

Движение рысью необходимо начинать с нескольких кругов диаметром 8-10метров на страховочной коде. Со временем доводя репризы до 10- 15 мин. (возможна самостоятельная езда рысью). Постепенно добавляем упражнения на рыси.

Во втором этапе предлагаем упражнения на запоминание и ориентирование на шагу и рыси (элементы паралимпийской выездки).

Как одну из форм занятий на запоминание и ориентирование в пространстве, включаем езду по «Рабочей тропе». Детям предлагается пройти маршрут, включающий в себя различные «препятствия» и задания (преодолеть «змейку» между конусами, кинуть грушку в корзину и т.д.)

При успешном освоении ребенком езды шагом и рысью, можно вводить групповые занятия со здоровыми детьми. Возможность выполнения определенных упражнений совместно со здоровыми всадниками имеет

огромный положительный эмоциональный эффект. Повышает самооценку и предают уверенности в себе и свои силы и возможности.

Детей с легкой степенью двигательных расстройств можно обучать движению на галопе. Галоп – это трехтактный аллюр лошади. При движении галопом лошадь в первой фазе движения сначала опирается о землю одной задней ногой, затем к ней присоединяются одновременно вторая задняя с диагональной передней, после отрыва от земли задней ноги, начавшей движение, опирается диагональная ей передняя, после чего следует фаза поисания «полета». Различают галоп с правой ноги и с левой ноги. Галоп-самый быстрый аллюр лошади.

Движение на галопе способствует развитию равновесия, координации в еще большей степени. Езда на этом аллюре очень сильно повышает эмоциональный фон ребенка, вызывая восторг, чувство полета, свободы.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП»
Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Для второй группы:

- знакомство с лошастью;
- посадка на лошадь;
- упражнения на стоящей лошади;
- применение средств управления: остановки, повороты, перемены направления при езде шагом;
- езда шагом;
- упражнения на идущей лошади;
- управление без подстраховки (можно применять езду с седлом и без него, со стремянем и без стремян, езда на корде и самостоятельно);
- езда на рыси на корде, дозированно.

Во втором этапе также предлагаем упражнения на запоминание и ориентирование на шаг и рыси (элементы паралимпийской выездки). Для тренировки запоминания и ориентирования предлагаем выучить тест по

программе паралимпийской выездки в облегченном варианте. В последующем можно вводить более сложные элементы езды, а также сочетать езду по с схеме с музыкальным сопровождением, что развивает чувство ритма и вносит дополнительный положительный эмоциональный эффект от занятий.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Для третьей группы:

- знакомство с лошадью;
- посадка на лошадь;
- гимнастические упражнения сначала на неподвижной, а затем на идущей лошади.
- езда на лошади без седла, с применением специальной гурты, без средств управления, постоянно с помощью инструктора;
- Движение рысью возможно с подстраховкой, короткими репризами, начиная с нескольких метров и постепенно доводя репризы рыси до нескольких минут.

Характер используемых физических упражнений в ходе занятий зависит от особенностей физического и психического состояния ребенка. При успешном освоении упражнений и для стимуляции активного желания заниматься необходимо вводить упражнения на управление лошадью (с помощью инструктора). Ребенку предлагается пройти «змейку» между расставленными конусами, сделать круг вокруг какого-либо предмета, бросить игрушку в ведро или корзинку и тд.[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Один курс иппотерапии предлагаемой методики состоит из 10-20 занятий с частотой посещений 1-2 раза в неделю. Продолжительность одного занятия 20-45 мин., в зависимости от тяжести двигательных нарушений и

правильности выполнения предлагаемых упражнений. [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Снаряжение и оборудование.

Для проведения занятий по иппотерапии необходимо:

1. наличия крытого конно-спортивного манежа минимум 20*40;
2. открытого плаца 20*40 с мягким покрытием(песок, опилки, спец. грунт)
3. специально отобранных для иппотерапии лошадей;
4. специального снаряжения (гурты, седла и др.);
5. дополнительный инвентарь (мячи, кегли, гимнастические палки, развивающие игрушки).

Также необходимо специальное снаряжение и оборудование для создания безопасных условий занятия иппотерапией.

К специальному оборудованию относятся:

1. пандус для посадки больного на лошадь;
 2. безопасные стремяна «девонширский башмак»;
 3. гурта со специальными поручнями для езды без седла;
 4. ремень на шею лошади для дополнительной опоры пациента;
 5. мягкие сёдла для пациентов со спастической диплегией;
 6. многоступенчатые поводья, значительно облегчающие управление лошадью пациентам с выраженными двигательными расстройствами в верхних конечностях;
 7. развязки, предотвращающее резкий наклон головы лошади
- [Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. - М., СПб., 2008.]

Специальная форма для пациентов включает в себя:

1. спортивную обувь с твердой подошвой;
2. мягкие тренировочные брюки, не стесняющие движения;

3. защитный шлем;

Требование к лошади:

Для обеспечения безопасной езды особенно важное значение имеет выбор лошади. Основными параметрами для выбора лошади являются: размер животного, возраст, пол, темперамент, ход лошади.

Не подходят для иппотерапии слишком молодые лошади, лошади высококровных пород, обладающие горячим темпераментом. Предпочтение отдаются животным среднего возраста, желательно меринам, имеющим большой опыт общения с людьми (спорт, прокат). Желательно, чтобы у животных не было дурных привычек (склонность к кусанию, взбрыкиванию и т.д.). Мягкость и правильность хода, также является одним из определяющих факторов. Лошади с иноходью и большим недостатком отбраковываются. Экстерьер, также является важной составляющей для отбора лошади. Лошадь должна быть правильного экстерьера с хорошо развитой мускулатурой, не очень высокой с прямой, неширокой спиной. Лошади с провисшей или очень узкой спиной не годятся для занятий иппотерапией. Наилучшим образом для иппотерапии подходят животные местных пород, некрупные тяжеловозы с добрым нравом, утойчивые к внешним раздражителям. [Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. - М., СПб., 2008.]

В процессе организации занятий по иппотерапии важно соблюдать правила техники безопасности и поведения детей-инвалидов и сопровождающих лиц.

Кроме того, занятия должны проводиться на мягком покрытии, в помещении или на открытом плацу, бригадой в составе инструктора, имеющего специальную подготовку, страхующего и коновода. Все участники бригады должны быть знакомы с лошадьми и иметь навыки верховой езды. Страхующий помогает инструктору в контроле за выполнением ребенком активных и пассивных упражнений на лошади, а также страхует ребенка от возможного падения. Коновод управляет лошадью в процессе занятий.

Отслеживает, поведение и реакцию лошади на окружающую обстановку. Инструктор и помощники должны быть постоянно готовы к немедленной подстраховке всадника. [Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. - М., СПб., 2008.]

Перед курсом иппотерапии с инвалидами и их родителями проводится инструктаж по правилам техники безопасности и поведения на плацу и в манеже:

1. Запрещается громко разговаривать, кричать, смеяться.
2. Запрещено производить резкие движения, бегать, взмахивать руками, кидать в сторону лошади какие-либо предметы и т.п.
3. Запрещается подходить к лошади сзади.
4. Сопровождающие лица не должны вмешиваться в работу инструктора-иппотерапевта.
6. Недопустимо грубое обращение с лошастью.
7. Давать лакомства лошади можно только в конце занятия, с разрешения инструктора и под его контролем.
8. Следует точно выполнять все требования инструктора-иппотерапевта.

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

4.5.3 Третий этап.

Третий этап - закрепление достигнутых положительных результатов двигательного стереотипа путем продолжения систематической тренировки по индивидуальному плану, а также участия в различных соревнованиях и конкурсах - желательно совместно со здоровыми детьми, что способствует интеграции инвалидов в общество.

Третий этап работы с инвалидами вследствие ДЦП является важным в процессе интеграции и социализации. В третьем этапе происходит дальнейшая тренировка и закрепление нового двигательного стереотипа, достигнутого в результате занятий иппотерапией. Детям предлагаются более

сложные упражнения, длительность тренировок увеличивается, появляется возможность участия в фестивальных соревнованиях и соревнованиях по паралимпийской выездке.

Для закрепления достигнутых положительных результатов в процессе занятий иппотерапией могут быть использованы различные средства, методы и формы организации занятий инвалидов с ДЦП, предполагающие проявление их самостоятельной физической и социальной активности, а также общение с другими лицами, особенно не-инвалидами. Совместные тренировки и участие в совместных соревнованиях со здоровыми детьми, занятия в группах способствуют расширению рамок общения детей-инвалидов, повышают их социальную значимость, укрепляют их веру в себя и свои возможности.

5. Материалы и методы

Исследование проводилось с 2016 г. на базе конно-спортивной школы «Кентавр» по адресу: г. Красноярск, ул. Пограничников, 105, строение 1. Занятия посещали дети и подростки с ДЦП, имеющие различную степень выраженности двигательных расстройств, в количестве 28 человек, средний возраст составил 11 лет.

В период с мая 2016 года по апрель 2017 года занятия по иппотерапии проходили 2 раза в неделю, индивидуально, продолжительностью 25-40 минут, в зависимости от возраста и диагноза. Для практической проверки эффективности охарактеризованной выше методики организации занятий иппотерапией была создана экспериментальная группа из 8 человек с диагнозом ДЦП в возрасте от 3 до 18 лет

Для оценки уровня развития двигательных способностей у исследуемых детей до и после проведения педагогического эксперимента были подобраны наиболее доступные и информативные методы тестирования:

- тест 1 «Оценка способности к самостоятельной ходьбе»;

- тест 2 «Оценка способности к сохранению равновесия (сидя на лошади)»;
- тест 3 «Оценка запоминания и ориентирования в пространстве»;
- тест 4 «Оценка координации».

5.1. Тест 1. «Оценка способности к самостоятельной ходьбе.»

Тест предполагает самостоятельное прохождение испытуемыми дистанции 20 м. Параметрами оценки способности к ходьбе явились: возможность использования вспомогательных средств и степень оказания помощи. Оценка осуществлялась по 4-балльной шкале:

4 балла - исследуемый способен к самостоятельному передвижению на расстояние 20 м без использования вспомогательных средств, не нуждается в помощи других лиц;

3 балла - ребёнок способен к самостоятельному передвижению без использования вспомогательных средств на расстояние 10-15 м с последующей помощью при дальнейшем передвижении;

2 балла - ребёнок способен к самостоятельному передвижению с использованием трости, нуждается в помощи других лиц;

1 балл - ребёнок не способен к самостоятельному передвижению ,нуждается в помощи других лиц.

5.2. Тест 2. «Оценка способности к сохранению равновесия (сидя на лошади).»

Оценивалась способность ребёнка сохранять вертикальное положение туловища в процессе проведения лошади по манежу на расстояние 20 м. Оценка осуществлялась по 4-балльной шкале:

4 балла - ребёнок сохраняет вертикальное и устойчивое положение тела, не нуждается в поддержке;

3 балла - ребёнок незначительно отклоняется от вертикальной оси, но сохраняет равновесие на отдельных отрезках маршрута движения, не нуждается в поддержке;

2 балла - ребёнок периодически отклоняется от вертикальной оси и

нуждается лишь в дозированной поддержке;

1 балл - ребёнок постоянно отклоняется от вертикальной оси, нуждается в постоянной помощи.

5.3. Тест 3. «Оценка запоминания и ориентирования в пространстве»;

Для тестирования уровня запоминания и ориентирования в пространстве детям было предложено пройти маршрут «Рабочая тропа» состоящий из элементарных заданий: «змейка» между конусами, остановка напротив определенной буквы, круг вокруг конусов, перемена направления через середину манежа между определенными буквами (буквы- маркеры нанесены на борт манежа согласно правилам по выездке). Оценка осуществлялась по 4-балльной шкале:

4 балла - ребёнок выполняет движение по «тропе» самостоятельно или с сопровождением. Сопровождающий только страхует;

3 балла - ребёнок незначительно отклоняется на отдельных отрезках маршрута движения.

2 балла - ребёнок отклоняется от маршрута, путает направления движения, нуждается в помощи сопровождающего.

1 балл - ребёнок не может самостоятельно двигаться по маршруту и управлять лошадью .

5.4. Тест 4. «Оценка координации»

Подбрасывание и ловля мяча. Для оценки координации дети должны были подбрасывать и ловить мяч сидя на лошади.

Ребенок принимает исходное положение –сидя на стоящей лошади и двумя руками подбрасывает вверх мяч диаметром 15-20 см как можно большее количество раз. Ребенку предлагается сделать 2 попытки по 5 бросков. Фиксируется лучший результат.

5 баллов- Ребенок в двух попытках пять раз подкинул мяч – пять раз поймал.

4 балла - из пяти бросков поймал 4-5 в двух попытках

3 балла- из пяти бросков в двух попытках поймал 2-3 раза

2 балла- из пяти бросков в двух попытках поймал 1-2 раза

1 балл- не ловит мяч

5.5. Результаты экспериментальных исследований.

До начала эксперимента бала проведена оценка исходного уровня развития двигательных способностей по предложенным тестам. Проведена оценка координации, способности к сохранению равновесия, тестирование на способность запоминать и ориентироваться в пространстве. Результаты первичной диагностики показали, что показатели двигательных способностей по предложенным тестам, степень координации, способность к сохранению равновесия, способность запоминать и ориентироваться в пространстве у исследуемых детей находятся на достаточно низком уровне. По окончании эксперимента было осуществлено повторное тестирование.

После проведения экспериментальных занятий у всех исследуемых детей отмечается положительная динамика. Три ребенка смогли самостоятельно пройти более 20 метров и не нуждались в поддержке со стороны, трое детей смогли ходить с поддержкой, два ребенка без изменений . У всех детей отмечается улучшения в развитии способности удерживать равновесие сидя на лошади.

В результате тестирования после проведения экспериментальных занятий шесть детей значительно улучшили результаты предварительного тестирования. Четверо детей (Андрей К., Даша П., Даша Г., Ваня С.) достаточно легко прошли маршрут «рабочая тропа» без ошибок, самостоятельно управляя лошадью. У Андрея Ж. и Алмата Л. Возникли трудности с управлением в силу более тяжелых двигательных нарушений. У Андрея Ж. наблюдаются трудности на перемене направления (путает право-лево) и запоминании (иногда нужна помощь со стороны). Никита М. и Слава Л. не улучшили результат, вследствие тяжелых двигательных поражений. Однако у этих детей отмечается положительная динамика в эмоциональной сфере. Дети с удовольствием посещают занятия.

В результате проведенного эксперимента все дети стали более выносливы к физическим нагрузкам, значительно выросла способность

удерживать равновесие. Стоит, также добавить, что у детей улучшилась речь, внимание. Дети стали более общительны.

6. Выводы :

1. Изучено и проанализировано 27 научных и методических источника по теме реабилитации детей с ДЦП с помощью иппотерапии, выяснилось что иппотерапия - это уникальное по эффективности средство реабилитации при ряде тяжелых заболеваний, в первую очередь, ДЦП, широко применяемое в мировой реабилитационной практике.

2. Разработана тренировочная программа по применению иппотерапии с целью тренировки физической выносливости, памяти, координации, равновесия у детей с ДЦП и разработано тестирование для оценки полученных результатов. Установлено, что введение в стандартные занятия движения на рыси и элементов паралимпийской выездки повысило интерес к занятиям у всех занимающихся (усилена мотивация к занятию).

3. В результате проведенного эксперимента доказана эффективность занятий по иппотерапии: в тесте № 1 до начала эксперимента дети набрали 30% баллов от максимального количества, после эксперимента: результат улучшился до- 43% ; в тесте № 2 до эксперимента дети набрали -36% баллов от максимального количества, после эксперимента: результат улучшился до - 44% ; в тесте № 3 до эксперимента дети набрали -30% баллов от максимального количества, после эксперимента: результат улучшился до - 44%; в тесте № 4 до эксперимента дети набрали -25 % баллов от максимального количества, после эксперимента: результат улучшился до - 38 %.

Заключение:

Следует отметить индивидуальные результаты детей, участвующих в эксперименте. Например, значительный прогресс в результатах был выявлен у Андрея К. (18лет). Если до занятий он пришёл заниматься на костылях, со

слабой способностью к самостоятельному передвижению, То после проведения эксперимента он смог передвигаться значительно свободнее, т. е. смог идти без вспомогательных средств самостоятельно. На лошади он уже держится уверенно и прямо, самостоятельно может ехать рысью. Аналогичная картина наблюдалась у Вани С., Даши Г. Эти дети, также смогли идти самостоятельно, могут двигаться рысью на страховочной корде. На лошади держаться уверенно, сохраняют прямую осанку, выполняют упражнения на рыси.

Алмат Л. и Никита М. имеют тяжелые двигательные нарушения, однако после проведения экспериментального курса занятий у Никиты М. отмечается значительные улучшения в удержании равновесия, преодолен страх, уменьшилась спастика на нижних конечностях, улучшился эмоциональный настрой.

У Алмата Л. Наблюдается улучшение общего физического состояния, равновесия, выносливости. Достаточно уверенно сидит на лошади, Самостоятельно может выполнять упражнения на шаг, управлять лошадью .

Выполнение более сложных упражнений на рыси и просто езда рысью способствует развитию более сложных двигательных навыков. Задания на управление с элементами паралимпийской выездки развивают память и способность ориентироваться в пространстве. Двое детей (Андрей К. и Алмат Л) в марте 2017 года принимали участие в соревнованиях по паралимпийской выездке, где показали отличный результат.

Занимаясь иппотерапией, дети с ДЦП не только начинают лучше ходить, говорить, становятся более сильными, ловкими, выносливыми, но главное - расширяют границы своего мира, приобретают новый опыт общения и получают огромный положительный заряд, делающий их жизнь более полноценной, яркой, насыщенной и, наконец, более счастливой. А лошадь для них становится настоящим источником жизненных сил, будит желание жить и преодолевать трудности, ставить цели и добиваться их.

Список литературы:

1. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. - М., СПб., 2008.
2. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред.

- Т.А. Власовой. - М., 2010.
3. Баданян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. - Киев, 2008.
 4. Дементьева Н.Ф. Доступная среда жизнедеятельности и технические средства реабилитации детей с ограниченными возможностями. - Курск: Изд-во КГМУ, 1999. - 144 с.
 5. 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.
 6. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. - М., 2001.
 7. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. - Ташкент, 2009.
 8. Бикиел Дж. ЛВЕ - как средство реабилитации детей-инвалидов. - М.: Изд-во Детский экологический центр "Живая нить", 1999.
 9. Скибневский Р. 15 уроков верховой езды. М.: Изд-во Биони-форм, 2005.
 10. Джосвик Ф., Марджори К. Вопросы и ответы по ЛВЕ. - М.: Изд-во Московский конно-спортивный клуб инвалидов, 2010.
 11. Шпицберг И.Л. Пособие по организации реабилитационных центров с опорой на иппотерапию. - М.: Изд-во Актив, 2009.
 12. 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.
 13. Павлова Е.Н., Власова М.Ю., Выкаева О.В., Лапина Г.А. Методические рекомендации по организации занятий иппотерапией. Чита, 2007.
 14. Рухадзе М.М., Патофизиологическое обоснование райттерапии. - Тбилиси - 1992.

15. Лория М.Ш. "Медико-биологические основы райттерапии при диспластическом сколиозе", Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - Тбилиси - 2000.
16. Трубачева Т.П. Иппотерапия. - Красноярск - 1998.
17. Н.С. Роберт Об опыте деятельности детского центра "Живая нить", - Москва - 1997г.
18. Джосвик Ф. Вопросы и ответы: Пособие по терапевтической верховой езде/ Ф. Джосвик, М. Киттередж, Л. Макковен, К. Макпарлэнд, С. Вудз. - М.: 2000. -248 с.
19. Денисенков А. И. Иппотерапия: возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе: Методическое пособие / А. И. Денисенков, Н. С. Роберт, И. Л. Шпицберг. - М.: 2002. - 56 с.
20. Дрёмова Г. В. Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе иппотерапии: автореф. дис. ... канд. пед. наук. / Г. В. Дрёмова. - М.: РГАФК, 1996. - 23 с.
21. Лянной М. О. Физическая реабилитация старшеклассников-инвалидов с последствиями детского церебрального паралича в поздней резидуальной стадии: авторефер. дис. ... канд. пед. наук. / М. О. Лянной. - М.: Малаховка, 2003. - 24 с.
22. Солодова Е. Л. Современные технологии реабилитации детей дошкольного возраста с церебральным параличом: автореф. дис. канд. мед. наук. / Е. Л. Солодова. - СПб.: 2007. 19 с.
23. Электронный ресурс: <http://www.miloserdie.ru>.
24. Электронный ресурс: [http:// medicine.knowledge.allbest.ru/](http://medicine.knowledge.allbest.ru/)
25. Электронный ресурс: www.scienceforum.ru
26. Электронный ресурс: www.kamgifk.ru
27. Электронный ресурс: <http://netess.ru>
28. Электронный ресурс: <http://knowledge.allbest.ru>

29. Электронный ресурс: <http://nauka-pedagogika.com>

30. О. С. Рогов. Методика физической реабилитации инвалидов со спастической формой детского церебрального паралича средствами иппотерапии. автореф. дис. канд. пед. наук. / О. С. Рогова. - СПб.: 2009. г. Тюмень .

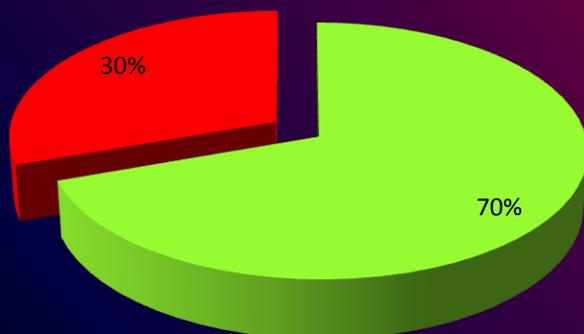
Приложение 1

**Результаты оценки уровня развития двигательных способностей
детей до и после эксперимента по тестам 1 и 2 (в баллах)**

	Результаты тестирования(в баллах)			
	Тест -1. Способность к самостоятельной ходьбе		Тест 2 Способность сохранять равновесие	
	до	после	до	после
Андрей К.(18 лет)	4	4	2	4
Андрей Ж. (18 лет)	2	2	2	3
Алмат Л. (16 лет)	1	1	1	3
Никита М. (9 лет)	1	1	1	2
Слава Л. (12 лет)	1	2	1	2
Даша П. (4 года)	1	2	2	4
Даша Г. (3 года)	1	4	3	4
Ваня С. (8 лет)	3	4	2	4

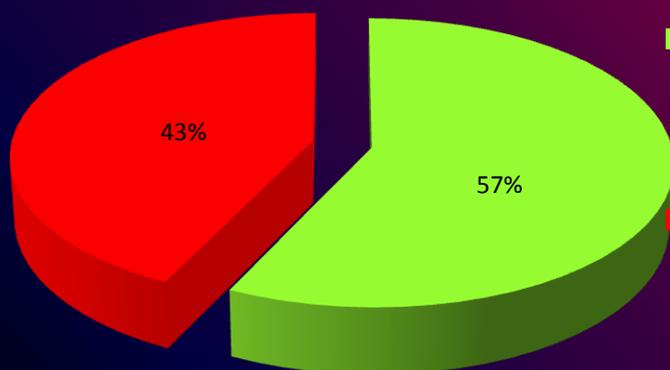


Оценка способности к самостоятельной ходьбе от
общего количества максимальных баллов до
эксперимента



- максимальное количество баллов (32 балла)
- до эксперимента (14 баллов)

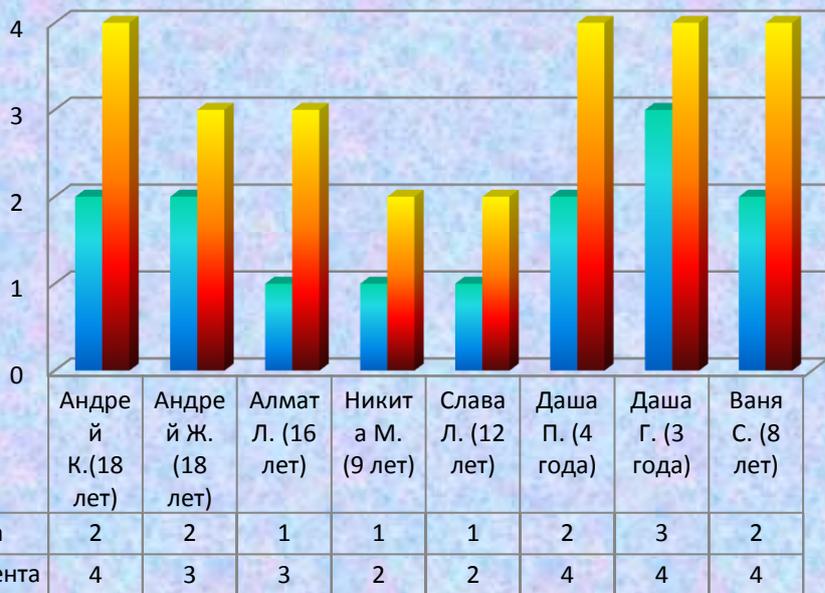
Оценка способности к самостоятельной ходьбе от
общего количества максимальных баллов после
эксперимента



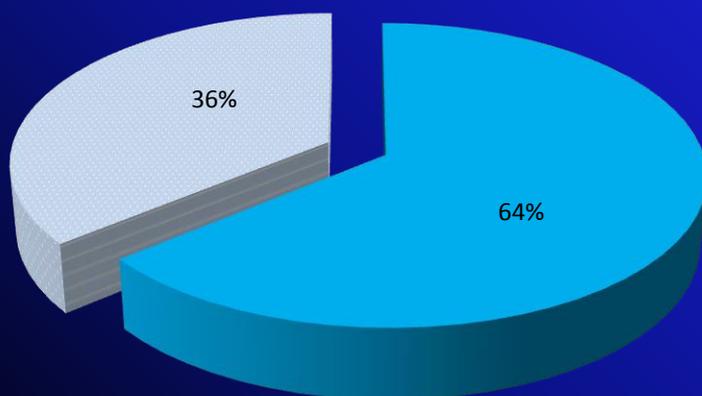
- максимальное количество баллов (32 балла)
- оценка после эксперимента (24 балла)

Тест № 2 Оценка равновесия (сидя на лошади)

оценка в баллах

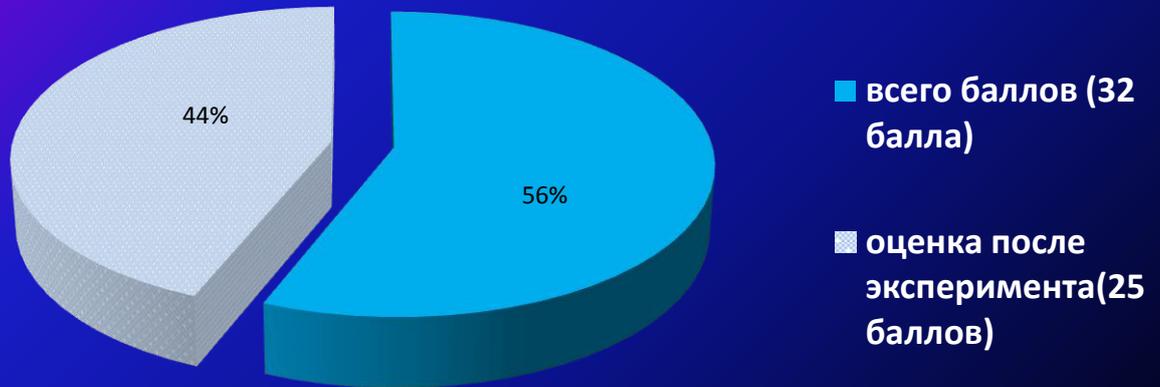


Оценка равновесия от общего количества баллов до эксперимента



- всего баллов (32 балла)
- оценка до эксперимента (18 баллов)

Оценка равновесия от общего количества баллов после эксперимента

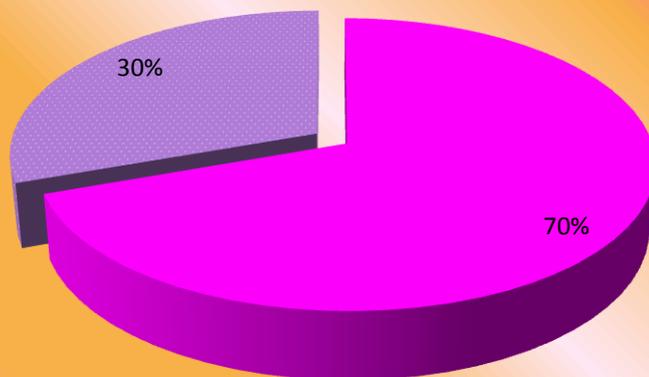


Результаты тестирования: «Оценка запоминания и ориентирования в пространстве»; «Оценка координации»

	Результаты тестирования (в баллах)			
	Тест -3. Оценка запоминания и ориентирования в пространстве		Тест- 4 Оценка координации	
	до	после	до	после
Андрей К.(18 лет)	2	4	3	4
Андрей Ж. (18 лет)	2	3	1	3
Алмат Л. (16 лет)	2	4	2	3
Никита М. (9 лет)	1	1	1	1
Слава Л. (12 лет)	1	1	1	1
Даша П. (4 года)	2	4	3	4
Даша Г. (3 года)	2	4	3	4
Ваня С. (8 лет)	2	4	3	4

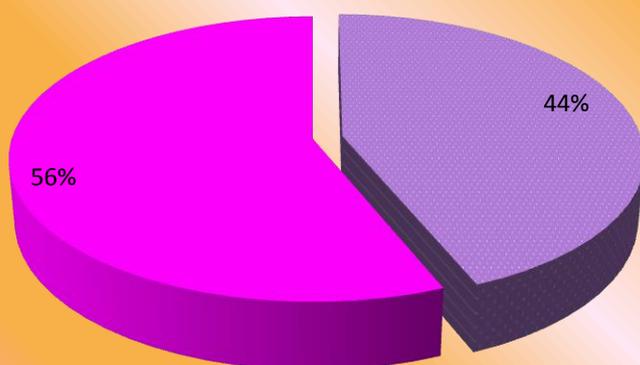


Оценка запоминания и ориентирования в пространстве от количества максимальных баллов до эксперимента



- максимальное количество баллов (32 балла)
- оценка до эксперимента (14 баллов)

Оценка запоминания и ориентирования в пространстве от максимального количества баллов после эксперимента



- оценка после эксперимента (25 баллов)
- максимальное количество баллов (32 балла)



Оценка координации от максимального количества баллов после эксперимента



Методические рекомендации

На занятиях иппотерапией с детьми с ДЦП необходимо соблюдать:

- Регулярность;
- Систематичность;
- Непрерывность;
- Индивидуализация упражнений в соответствии со стадией заболевания, его тяжестью, возрастом ребёнка, его психическим развитием
- Постепенное дозирование физических нагрузок;
- Постепенное увеличение физических нагрузок.
- Деление детей на группы по степени тяжести двигательных поражений.

Один курс иппотерапии на основе предлагаемой методики состоит из 10-20 занятий с частотой посещений 1-2 раза в неделю. Продолжительность одного занятия 20-45 мин., в зависимости от тяжести двигательных нарушений.

Занятия начинаются на стоящей лошади. В зависимости от психологического и физического состояния ребенка, первые занятия могут длиться всего несколько минут. Важно сохранять положительный эмоциональный фон занятий. Когда ребёнок перестаёт испытывать страх-задача усложняется: добавляются специальные упражнения. После освоения упражнений на стоящей лошади вводятся упражнения на лошади идущей шагом.

Занятия начинаются с самых элементарных упражнений без седла.

В занятия обязательно включаются упражнения на равновесие. Равновесие является одним из первых навыков, усваиваемых ребенком в процессе овладения управлением собственным телом. Равновесие - навык, который для детей с детским церебральным параличом во многом так и

остается неосвоенным. На лошади они получают второй шанс научиться держать равновесие во время «ходьбы».

Основные исходные положения (И.П.):

И.П. 1 – Верховом на лошади лицом вперед (рисунок 1)

И.П. 2 – Верховом на лошади лицом назад (рисунок 1)

И.П. 3 – Верховом на лошади поперек корпуса лошади (рисунок 2)

И.П. 4 – На спине вдоль лошади: (рисунок 3)

А) лежа головой к голове лошади

Б) лежа головой к хвосту лошади

И.П. 5 – На животе вдоль лошади (рисунок 3)

А) лежа головой к голове лошади

Б) лежа головой к хвосту лошади

И.П. 6 – лежа на животе поперек лошади (рисунок 4)



(рисунок 1)



(рисунок 2)



(рисунок 3)



(рисунок 4)

Упражнения при отдельных формах ДЦП

Спастическая гемиплегия - при данной форме занятия направлены на:

- уменьшение степени пареза и повышения мышечной силы;
- снижение повышенного тонуса;
- воссоздание и формирование важнейших двигательных навыков.

1) Пассивные движения: упражнения для плечевого пояса, верхних конечностей, смена исходных положений, смена аллюров (изменение

скорости движения).

Например: в И.П.1 шаг – остановка – шаг или шаг - рысь – шаг – остановка.

2) Повторения движений, движения с преодолением сопротивления, движения в различных плоскостях и направлениях, использование различных И.П.

3) Упражнения на плечевой пояс:

- отведение прямых рук назад из положения впереди
- поднимание прямых рук через стороны вверх, и затем опускаем вниз
- попеременное поднимание рук
- поднимание прямых рук через положение вперед
- круговые движения рук вперед-назад

Атонически-астатическая форма – упражнения направлены на:

1) увеличение силы мышц;

2) упражнения на погашение и преодоление гиперкинезов (зависит от двигательных возможностей пациента).

- повторение движений в одной плоскости
- повторение движений с изменением плоскости
- активное и пассивное препятствие движению;

3) упражнения на повышение меткости и точности:

- попадание в цель указательным пальцем или кистью в предмет
- указание частей лица и тела каждой рукой (И.П.1, И.П.2)
- попадание в неподвижную мишень
- попадание в движущуюся мишень
- броски (с применением разных по диаметру и весу мячей) – отрабатывается само движение - лошадь стоит или двигается шагом (все делаем постепенно)
- метание в цель (также используются мячики).

Гиперкинетическая форма – при данной форме упражнения подбираются строго индивидуально.

Иногда при проведении используются различные грузы. При этой форме ДЦП

проводят:

- упражнения для улучшения координации
- упражнения на повышение точности и меткости
- дыхательные упражнения
- удержание двумя руками мяча, гимнастической палки (И.П. 1)
- упражнения с твердыми гимнастическими снарядами (выполняются на стоящей лошади, на шагу, на рыси, со сменой аллюров)
- удержание предмета двумя руками и качание шенкелей с различной амплитудой,
- качание шенкелей с изменением амплитуды движения.

[«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП»
Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

Материальное обеспечение занятий по иппотерапии

Для занятий по иппотерапии необходимо наличие:

- лошади;
- места для занятий;
- оборудования и приспособлений;
- экипировки для занимающихся;
- персонала

1. Выбор лошади

Для обеспечения безопасной езды особенно важное значение имеет выбор лошади. Основными параметрами для выбора лошади являются: размер животного, возраст, пол, темперамент, ход лошади.

Не подходят для иппотерапии слишком молодые лошади, лошади высококровных пород, обладающие горячим темпераментом. Предпочтение отдаются животным среднего возраста, желательно меринам, имеющим большой опыт общения с людьми (спорт, прокат). Желательно, чтобы у животных не было дурных привычек (склонность к кусанию, взбрыкиванию

и т.д.). Мягкость и правильность хода, также является одним из определяющих факторов. Лошади с иноходью и большим недостатком отбраковываются. Экстерьер, также является важной составляющей для отбора лошади. Лошадь должна быть правильного экстерьера с хорошо развитой мускулатурой, не очень высокой с прямой, неширокой спиной. Лошади с провисшей или очень узкой спиной не годятся для занятий иппотерапией. Наилучшим образом для иппотерапии подходят животные местных пород, некрупные тяжеловозы с добрым нравом, утойчивые к внешним раздражителям.

2. Место для занятий

Заниматься иппотерапией рекомендуется:

- а) на плацу на открытом воздухе. Плац должен иметь соответствующие размеры (не меньше чем 20x20 м) и быть огороженным. Грунт должен быть ровным, мягким, хорошо впитывающим влагу;
- б) для занятий в плохую погоду и зимнее время года желателен специальный крытый манеж (60x40 м, 20x40 м)

Оборудование.

Для обеспечения занятий иппотерапии необходимо иметь:

- пандус, с которого очень удобно и безопасно сажать в седло пациентов;
- разноцветные пластмассовые или другие предметы (ведра, конусы и др.), с помощью которых проводится обучение элементам управления лошадью,
- мячи разного размера;
- пластмассовые обручи, гимнастические палки;
- кегли, кольца, другие развивающие игрушки;

В выборе предметов, применяемых для занятий, можно проявить полную свободу.

4. Конское снаряжение для иппотерапии.

Конское снаряжение для иппотерапии состоит из:

- седла со всеми принадлежностями;

- трензельного оголовья с поводом.

Специальное снаряжение включает:

- гурта;
- страховочные пояса с ручками;
- самые разнообразные седла, мягкие и жесткие насадки на них;
- приспособления, изменяющие форму и площадь седла, поддерживающие бедра и колени или спину всадника,
- овечью шкуру, заменяющую седло;
- специальные модифицированные стремяна (“девонширский башмак”);
- отдельные, разноцветные и разделенные узелками на участки поводья и многое другое, созданное для удобства и частичной компенсации физических и других недостатков, мешающих при занятиях иппотерапии.

5. Персонал:

В проведении занятия иппотерапии участвуют:

- Коновод (ведет лошадь),
- Страховщик (один или два в зависимости от необходимости поддерживать больного ребенка и оказывать помощь в процессе посадки ребенка на лошадь и занятия),
- Инструктор. Инструктор наблюдает изменения состояния ребенка, предотвращает чрезмерно высокие нагрузки и другие опасные ситуации, а также при необходимости оперативно корректирует программу занятий.

6. Экипировка всадника

Одежда всадника должна соответствовать времени года и погоде, не должна также стеснять движений. Защитный шлем для верховой езды- обязательный элемент экипировки.

Обувь.

Следует внимательно относиться к выбору обуви для верховой езды. Предпочтительны кожаные ботинки с каблуком 2-4 см,

краги для защиты голени. Запрещается езда в спортивных кроссовках, кедах, любой открытой обуви.

Правила техники безопасности на занятиях иппотерапии

Перед началом занятий с детьми и их родителями обязательно проводится инструктаж по технике безопасности.

1. Запрещается громко кричать, разговаривать, смеяться.
2. Запрещаются взмахи руками, бегать, делать резкие движения вблизи от лошади.
3. Запрещается подходить к лошади сзади.
5. Недопустимо грубое обращение с лошастью.
6. Давать лакомства лошади можно только с разрешения инструктора и под его контролем.
7. Следует точно выполнять все требования инструктора.
8. На занятиях обязательно ношение защитного шлема.

Абсолютные медицинские противопоказания для использования метода иппотерапии:

- острые инфекционные заболевания;
- любые острые заболевания;
- контагиозные кожные заболевания;
- гемофилия;
- несовершенный остеогенез, болезнь Лобштейна-Фролика, остеопороз, повышенная ломкость костей;
- хронические заболевания в остром периоде и в стадии обострения;
- некоторые травматические и воспалительные поражения тазобедренных суставов, подвывих и вывих бёдер;
- серьёзные травматические повреждения в шейном и поясничном (нижняя треть) отделах позвоночника.
- декомпенсированная эндокринная патология;
- деформации позвоночника (с III степени);
- ожирение III степени;

- эпилепсия и эпилептиформные синдромы, пароксизмальные состояния неясного генеза;
- ярко выраженные психотические и психопатоподобные состояния;
- миопия высокой степени;
- декомпенсированная и частично компенсированная глаукома;
- острые и хронические воспалительные заболевания нервной системы;
- миастения и миастенические синдромы; [«Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП» Г.В.Дремова, П.Л.Соколов, В.И.Столяров]

КОНСПЕКТ**Индивидуального занятия по иппотерапии**

Тема урока: Развитие координации и равновесия, укрепление мышц спины и брюшного пресса.

Цель занятий: Развить координацию и равновесие, укрепить мышцы спины и брюшного пресса.

Задачи:

1. Разучить упражнения на равновесие в движении на шагу и рыси.
2. Совершенствовать навык в упражнения на укрепление брюшного пресса и мышц спины.
3. Освоить игру «Меткий стрелок» для развития координации.

Инвентарь: лошадь, гурта, мяч, кегли

Место проведения: конноспортивный манеж ДЮСШ «КЕНТАВР»

Время проведения: 45 мин.

Количество обучающихся: 1

Возраст: 8 лет

Содержание занятия	Дозировка	Методические рекомендации
1. Подготовительная часть – общая разминка.	3 мин	
<ul style="list-style-type: none"> - руки в стороны - руки вперед - руки на пояс - махи руками - круговые движения руками - покачивание ног вперед-назад - наклоны корпуса вперед-назад, вправо- влево 		Упражнения выполняются на шагу. Ритм и порядок упражнений можно менять(путать)
2. Основная часть	40 мин	

Упражнение «Самолет» И.П. сидя на лошади, руки на ручках гурты. Ребенок самостоятельно или с помощью тренера разводит руки в стороны, как крылья самолета.	2 мин	Следить за правильной осанкой. Стараться, чтобы ребенок сам удерживал спину в вертикальном положении
Упражнение «Самолет поворачивает». И.П. сидя на лошади, руки в стороны. По команде тренера:- «Вправо!»- «Влево!», ребенок совершает повороты туловища в соответствующую сторону.	3 мин	Следить за правильной осанкой. Стараться, чтобы ребенок сам удерживал спину в вертикальном положении
Упражнение на расслабление «Обнимашки». И.П. лежа на лошади, руками обнимаем лошадь за шею	1 мин	Упражнение выполняется на шаг
Упражнение «Достань ушки у лошадки». И.П. Сидя на лошади, руки на гурте. По команде тренера, ребенок делает наклон вперед и пытается дотянуться до ушей лошади	3 мин	Упражнение выполняется на шаг. Руки ребенка двигаются вдоль шеи лошади, можно «шагать» рукам, постепенно продвигая руки вперед.
Упражнение «Достань хвостик» И.П. Сидя на лошади, руки на гурте. По команде тренера: -«Раз!» ребенок поворачивается вправо и пытается дотянуться до хвоста. «Два!»- ребенок возвращается в и.п. «Три!»- поворот влево, «Четыре!»-и.п.	3 мин	Следить за правильной осанкой. Стараться, чтобы ребенок сам удерживал спину в вертикальном положении. Упражнение выполняется на шаг
Упражнение на расслабление «Обнимашки»	30сек	Упражнение выполняется на шаг.
Движение рысью. Повторяем	5 мин	Упражнение выполняется на

упражнения «Самолет», «Самолет поворачивает», «Достань хвостик»	30сек	рыси. Следить за правильной осанкой.
Упражнение на расслабление. И.П. лежа на спине лошади	1 мин	Упражнение выполняется на шагу.
Движение на рыси. И.П. сидя на лошади спиной вперед, руки на ручках гурты.	1 мин.	Упражнение выполняется на рыси. Следить за правильной осанкой.
Упражнение на расслабление. И.П. лежа на животе на крупе лошади.	30 сек	Упражнение выполняется на шагу.
Игра «Меткий стрелок» И.П. Сидя на лошади, руки на ручках гурты. Ребенок старается сбить кегли расставленные возле лошади.	7 мин 30 сек	Упражнение выполняется на стоящей лошади.
Упражнение для укрепления мышц брюшного пресса. И.П. сидя на лошади, руки на ручках гурты. По команде тренера, ребенок ложится на спину, считает до пяти и поднимается.	5 мин	Упражнение выполняется на стоящей лошади.
Упражнение на расслабление «Мешочек». И.П. лежа поперек лошади, руки и ноги расслаблены и опущены низ. Просим «мешочек» покатиться назад к крупу лошади, затем обратно	4 мин	Упражнение выполняется на шагу и стоящей лошади.
Свободный шаг.	3 мин	
3. Заключительная часть	2 мин	
Спешивание, кормление лошади лакомством		

КОНСПЕКТ

тренировочного занятия со спортсменом – паралимпийцем по программе паралимпийской выездки. Уровень Ia (шаг)

1. **Тема урока:** Укрепление посадки и равновесия на лошади. Освоение программы : теста «Личный приз. Уровень Ia (шаг) »

Цель занятий: Укрепить посадку и равновесие, разучить схему теста согласно маркерам (буквы)

Задачи:

2. Повторить упражнения на равновесие в движении на шаг и рыси.
3. Разучить схему теста «Личный приз. Уровень Ia (шаг) »

Инвентарь: лошадь, маркеры на бортах манежа (буквы английского алфавита)

Место проведения: конноспортивный манеж ДЮСШ «КЕНТАВР»

Время проведения: 40 мин.

Количество обучающихся: 1

Возраст: 27лет

Содержание занятия	Дозировка	Методические рекомендации
1. Подготовительная часть – общая разминка.	10 мин	Напомнить правила техники безопасности, наличие защитного шлема.
1. Шаг верхом на лошади 2. Рысь верхом на лошади	5 мин 5 мин	Сохранение посадки, равновесия и темпа движения на заездах, вольтах и переменах направления
2. Основная часть	25 мин	
1. Шаг . Движение по команде тренера по программе теста.	10 мин.	Сохранение посадки и темпа движения на шагу. Разучить элементы схемы. Следить за

<p>2. Шаг. Движение по тесту самостоятельно под контролем тренера.</p>	<p>15 мин.</p>	<p>правильным прохождением углов, кругов, отрабатывать прямолинейное прохождение прямых. Сохранение посадки и темпа движения. Следить за соблюдением схемы, правильностью выполнения элементов схемы.</p>
<p>3.Заключительная часть</p>	<p>5 мин</p>	
<p>Шаг, расседывание лошади.</p>		<p>Подведение итогов занятия. Следить за соблюдением техники безопасности.</p>