**Найбільш відомими авторськими методиками кінезіотерапії є рефлексна локомоция (Войта-терапія), нейро-розвиваюча терапія (Бобат-терапія), система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації Козявкіна, метод "динамічної пропріоцептивної корекції" (Семенова К.А., з співавт. 1991).**

•. П'ятдесят років тому, працюючи в лондонській лікарні, місіс Бобат помітила, що її пацієнти, що лежали на спині, як це було прийнято в той час в лікарнях, зазнають великих труднощів при сеансах терапії. Місіс Бобат, чуйна, обдарована і енергійна, почала їх переміщати в різні положення, підтримуючи і допомагаючи своїми великими, сильними руками. В результаті діти, з якими вона працювала, починали утримувати голову або рухати руками, чого не могли робити, лежачи на спині. Місіс Бобат захоплено поділилася своїми спостереженнями з чоловіком, лікарем Карелом. Разом вони розробили новий спосіб роботи з дітьми з ДЦП, який назвали «нейроразвівающая терапія» (НРТ; Neurodevelopmental Treatment). Бобати присвятили все своє подальше життя поліпшенню і відточуванню свого методу і навчали фізіотерапевтів по всьому світу. Безліч терапевтичних технологій, що використовуються фізіотерапевтами в наші дні, вперше були введені в дію Бертою Бобат. Але деякі з принципів НРТ були змінені або замінені у міру розвитку наукової думки.

*ДЦП, Парез Д. Ерба (родова травма), м'язовий тонус (знижений або підвищений), дисплазія кульшового суглоба, іншими словами, порушення опорно-рухового апарату (вроджена або набута), вимагає ретельного детального і дуже тривалого лікування. І чим раніше воно почнеться, тим більше шансів відновити природний порядок моторних реакцій малюка!*

*У період з 1950 по 1970 роки чеський невролог Вацлав Войта, який займається реабілітацією дітей, хворих на ДЦП звернув увагу на те, що при певних положеннях тіла шляхом тиску на встановлені точки (подразники), у маленьких пацієнтів впевнено викликаються несвідомо повторювані моторні реакції на тулубі та кінцівках (рефлексолокомоціі).*

*Спостерігаючи за тим, як рухаються під час занять діти з частковим ураженням опорно-рухового апарату, доктор Войта зауважив, що ці рухи подібні до тих, які виконують здорові діти! Він дав назву цьому фактору «вроджені зразки руху». А потім багато разів підтвердив цей факт, регулярно викликаючи ці зразки у здорових новонароджених, тим самим довівши їх існування.*

*З цього він зробив висновок, що основною проблемою у дітей, що мають те чи інше порушення рухового розвитку, є функціональна блокада.*

*Беручи до уваги такі письмові висновки, В.Войта продовжив розробляти і впроваджувати свій метод, який отримав назву: «Войта-терапія».*

***Основа Войта-терапії***

*Важливо зрозуміти яким чином діє метод Войта!*

*З раннього віку людина вміє хапати, перевертатися, повзати, вставати, прямо ходити. Це інстинкт, рефлекси. Через мозок надходять імпульси, що відповідають за виконання цих рефлекторних рухів. Однак, в силу певних обставин, при тому чи іншому порушенні центральної нервової системи і опорно-рухового апарату, ці імпульси блокуються, тобто не надходять в нервові закінчення в повному обсязі.*

*Суть Войта - терапії полягає в тому, щоб змусити мозок активізувати «природжені збережені зразки руху» і скоординувати їх з мускулатурою тулуба і кінцівок.*

*Тепер розглянемо основні фази стимуляцій 2- х вроджених зразків руху (перевертання - повзання)*

*Як ми вже говорили, перше, що починає робити дитина - це перевертатися. Здоровий малюк починає виконувати переворот на 5-му - 6-му місяці життя, нашим же з вами дітям потрібно допомогти згадати, як це робиться.*

*Стимуляція перевертання (2 фази)*

*Фаза № 1*

*Перша фаза починається в положенні лежачи на спині, руки і ноги витягнуті. Через разражение в зоні грудей досягається поворот на бік. (Фото № 1)*

*Очікувані реакції:*

*- витягування хребта;*

*- згинання ніг в тазостегновому, колінному і гомілковостопному суглобах;*

*- утримування ніг проти сили тяжіння;*

*- підготовка рук до опорної функції;*

*- рух очей у бік повороту;*

*- вільний рух очей в сторони;*

*- включення ковтальних рухів;*

*- активізуються м'язи, що відповідають за дихання, мускулатура живота, підстави тазу, сфинкторного м'язів кишечника і сечового міхура.*

*Фаза № 2*

*Друга фаза рефлекторного перевертання виробляється в положенні на боці. Лежачі внизу передпліччя і нога служать опрой тілу. Вони просувають його проти сили тяжіння вгору і вперед. Рух закінчується, коли процес перевертання завершується процесом повзання. (Фото № 2)*

*Очікувані реакції:*

*- хребет розтягується під час загального процесу перевертання;*

*- голова утримується проти сили тяжіння;*

*- постійно збільшується опорна функція в лежачому внизу плечі у напрямку кисті і в лежачому внизу тазу в напрямку ноги;*

*Рефлекторне ползаніе- це руховий процес, яким дитина без порушення функцій руху починає виконувати в 8-9 місяців. Цей процес містить у собі наступні складові:*

*Певне управління положенням тіла.*

*Випрямлення проти сили тяжіння.*

*Цілеспрямовані крокові рухи рук і ніг.*

*Це те, до чого ми прагнемо, стимулюючи повзання під час занять Войта-терапією.*

*Отже: Стимуляція повзання*

*Терапевт укладає дитини на живіт, голівка стосується поверхні і повернена в сторону! Тут дуже важлива хрестоподібна послідовність, при якій одночасно рухаються права нога і ліва рука або навпаки. Саме протилежність кінцівок підтримує тіло і рухає його вперед.*

*Очікувані реакції:*

*- активізуються м'язові і випремляющіе механізми організму необхідні для опори, хапання, вставання і ходьби;*

*Дуже важливо розуміти*

*Дуже важливо розуміти наступне: першим в роботу під час проведення Войта-терапії включається МОЗОК, що стимулюється терапевтом! Тепер завдання мозку - знайти провідники - нерви, щоб ті, в свою чергу активізували вроджені зразки руху і передали їх в опорно-руховий апарат дитини (ручки, ніжки, пальчики, шийку). Це дуже тривалий і серйозний процес.*

 **Метод Войта** базується на теорії, так званої рефлекторної локомоции, що дозволяє відновити у осіб, які страждають порушеннями моторних функцій, природні моделі рухів завдяки активації рухових рефлексів за допомогою відповіді на стимулювання вроджених рефлексів і дотримання певних заданих вихідних положень. Такий підхід передбачає вплив на вже наявні на різних рівнях тіла нервові зв'язки, починаючи від найпростіших функцій центральної нервової системи і управління внутрішніми органами і скелетною мускулатурою і закінчуючи найвищими мозковими структурами. При цьому здійснюється натискання пальцями рук інструктора на певні точки на тілі пацієнта. Подібна стимуляції, яка виконується в той момент, коли пацієнт перебуває в певному положенні, провокує закономірну динамічну активність м'язів, що належать до конкретної групи, задіяної в процесі руху, а комплекс подразників дає можливість активувати рефлективні моделі саме в тому первозданному вигляді, в якому вони повинні виявлятися при абсолютно нормальній моториці самі по собі. Лікування за методом Войти можливо з періоду новонародженості і найбільш ефективно на першому році життя. Не має протипоказань у дітей з епілепсією.

• Бобат-терапія базується на нейроразвівающем підході до корекції рухових порушень. Фундаментально методика Бобат-терапії заснована на застосуванні спеціальних прийомів сенсорної стимуляції для зміни відчуттів, що виникають при рухах і статичному утриманні пози, що створює можливість їх корекції. Найбільше значення в методиці Бобат має вплив на проприоцепцию. Прийоми пропріорецепторний впливу можуть використовуватися для пригнічення патологічних і полегшення фізіологічних поз і рухів. Основними напрямками терапевтичного впливу Бобат-терапії є: ингибиция - придушення патологічних рухів і поз; фацілітація полегшення виконання природних, фізіологічних рухів і утримання фізіологічної пози; стимуляція, необхідна для посилення відчуття положення власного тіла в просторі (Cusick, A., 2006).

• **Методика Козявкіна** (система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації) має в основі полімодальний підхід із застосуванням різнобічних методів впливу на пацієнта. Основним компонентом методики є оригінальна методика полісегментарної біомеханічної корекції хребта, розроблена професором В.І. Козявкіна, спрямована на усунення функціональних блокад хребетно-рухових сегментів та відновлення нормальної рухливості суглобів хребта, що дає можливість скоротити прояви дисрегуляции нервової системи на різних рівнях чутливих і рухових систем. Корекція хребта проводиться після мануальної діагностики та відповідної підготовки послідовно у всіх відділах хребта - поперековому, грудному та шийному. У поперековому відділі маніпуляція здійснюється одномоментно на всіх заблокованих сегментах, при цьому застосовується методика "ротації назад". Корекція блокованих сегментів грудного відділу здійснюється за допомогою спеціальних імпульсних методик послідовно зверху вниз на фазі видиху. Корекція шийного відділу здійснюється з застосуванням руху по складній траєкторії, що забезпечує одномоментне вплив на заблоковані сегменти. При наявності блокад ілео-сакрального з'єднання застосовуються імпульсні методики мобілізації. Паралельно використовуються спеціальні прийоми релаксації м'язів. Біомеханічна корекція хребта та великих суглобів застосовується, відповідно до методики, в поєднанні з рефлексотерапією, лікувальною фізкультурою, системою масажу, ритмічною гімнастикою, механотерапією і апітерапією.

Метод "динамічної пропріоцептивної корекції. Розроблено в 1991 році групою фізіологів і клініцистів під керівництвом **Семенової К.А.** на базі новітніх для того часу досягнень в галузі космічної медицини. В основі цього методу лежить поєднання принципу лікування становищем з активною кінезіотерапія. Лікувальні костюми "Аделі" і "Гравітон" представляють собою систему еластичних тяг (вмонтованих в комбінезон або виконаних автономно), розташованих між опорними елементами, в якості яких виступають надплечьях ики, широкий пояс в поперековій ділянці, наколінники і взуття. Система тяг за своїм розташуванням відповідає розташуванню м'язів-антагоністів (згиначів і розгиначів), а також м'язів, що беруть участь в ротаційних і інших рухах. Крім того, передбачаються спеціальні тяги, здатні забезпечити корекцію положення стопи, розведення плечового пояса і виконання інших функцій, а також ряд спеціальних пристосувань, пов'язаних з індивідуальною специфікою біомеханіки рухів хворих. Всі тяги забезпечені пристроями, що регулюють їх натяг, що дозволяє створювати не тільки осьову навантаження на тулуб і ноги в межах від 15 до 40 кг, а й здійснювати зміна пози пацієнта, включаючи створення вихідних кутів в найбільш великих суглобах, а також згинання та розгинання тулуба . Більш сучасні пневмо-костюми "Фаетон" здійснюють свою каркасну і антигравітаційну функцію за рахунок поддува стисненого повітря, який інструктор індивідуально дозує для кожного пацієнта. Навантажувальний костюм діє як еластичний зовнішній каркас, не обмежуючи амплітуду руху, а лише обтяжуючи з лікувальною метою їх виконання. Суть методу динамічної пропріоцептивної корекції з використанням лікувальних костюмів полягає у відновленні за допомогою лікувального костюма порушених функцій рухового центру головного мозку шляхом спрямованої корекції пози і рухів і формування, тим самим, потужного нормалізованого потоку афферентной імпульсації. Це призводить до руйнації сформованих патологічних синергій і становленню нових нормалізованих рефлекторних зв'язків, що і робить відповідний нормалізує, на структури центральної нервової системи, що контролюють рухи і мова (Гросс Н.А., 2005, Дремова Г.В., 1997).

На методі проприоцептивной стимуляції заснований імітатор підошовної навантаження "корвет". За конструкцією тренажер є дві пневмокамери, виконані у формі взуття, підключені до блоку живлення і генерації імпульсних режимів. Вплив приладу виявляється на стопи пацієнта - шпори і / або плеснові зони, механічно стимулюючи опорні зони, стимулюючи безумовні рефлекси і гармонізуючи тонус м'язів. Імпульсна стимуляція моделює принцип ходьби і бігу. Це обладнання можна відносити до категорії приладів для механотерапії.

Метод лікування становищем - пасивне утримання частин тіла пацієнта з церебральним паралічем в позах, близьких до фізіологічних за допомогою спеціальних пристосувань: укладок, подушок, шин, ортезів, гіпсових лангет, тейпов, ортопедичного взуття. Примусової фіксації будь-якої частини тіла зазвичай передує масаж із застосуванням розслаблюючих прийомів.

Для глобальної зміни пози тіла пацієнта з вираженими парезами застосовують спеціальне обладнання: вертикалізатори, тренажер Гросса, тренажер "Павук", що дозволяють дитині, з зменшеним навантаженням на опорно-руховий апарат, зберігати вертикальне або підвішене становище, тренуючи опору, крокові рухи, координацію і т .п. за допомогою інструктора.

Механотерапія (варіант пасивної кінезіотерапії). В даний час переважна більшість обладнання для механотерапії працює на підставі принципу біологічного зворотного зв'язку (БОС), поєднуючи пасивні і активні методики кінезіотерапії (Shepherd, R. 1995 року, Stanger, M., 2003). Даний метод фізичної реабілітації полягає в послідовному виконанні дозованих вправ на приладах і механізмах, сконструйованих особливим чином в напрямку цільового розвитку окремих груп м'язів і суглобів.

За цільовим призначенням виділяються наступні категорії механотерапевтичних приладів: апарати діагностують з біологічної зворотним зв'язком, які дозволяють з великою точністю оцінити ефективність відновлення рухової функції і якість рухів (динамометри, кутоміри, гоніометри і т.д.); апарати фіксують і підтримують, які дають можливість виділити окремі фази рухів (блокові установки для структуризації рухових актів в окремих суглобах); тренажери, дозуючі фізичні навантаження при виконанні вправ (бігова доріжка, велотренажер і т.д.); апарати комбінованого типу, які формують цілісні комплекси рухових дій.

За характером виконуваних рухів розрізняють також апарати активного і пасивного дії. У першому випадку пацієнт здійснює руху, докладаючи власні фізичні зусилля. Ступінь навантаження регулюють за допомогою цілого ряду чинників: ваги прикріпленого вантажу, його місця положення на штанзі, кута, під яким підвішений маятник, частоти коливань і тривалості заняття (багатофункціональна тренувальна система MOTOmed; багатофункціональна платформа КОБС, інтерактивна система віртуальної реальності Nirvana). Апарати переважно пасивного дії передбачають виконання рухів за допомогою моторного пристрою, який полегшує фізичне навантаження на пацієнта (вібро-платформа Power Plate, реабілітаційний комплекс для локомоторною навантаження системи Locomat).

Слід завжди пам'ятати, що механотерапевтичний апарат, як досконалим б про не був, все ж не здатний з абсолютною точністю відтворювати рухові функції людини в усьому їх різноманітті. Вправи на механізмах носять строго нормалізований характер, виконуються по заздалегідь заданою схемою, з певною швидкістю, амплітудою і навантаженням. Тому механотерапія завжди виконує допоміжну роль по відношенню до лікувальної гімнастики, яка спочатку передбачає велику свободу вибору темпу, форми і спрямованості рухів. При цьому в комплексі з механотерапією лікувальна гімнастика показує істотно більш високу результативність, ніж без неї.

**До альтернативних методів лікування і реабілітації пацієнтів з ДЦП відносять акупунктуру і голкорефлексотерапії, мануальну терапію і остеопатію, йогу, методи китайської традиційної медицини**, проте відповідно до критеріїв доказової медицини ефективність і безпеку даних методик на даний час не оцінювалася. ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ спастичності ПРИ ДЦП (рівень доказовості GRADE- D)

Традиційно в Росії при реабілітації пацієнтів з ДЦП широко використовуються фізіотерапевтичні методи, в тому числі засновані на природних факторах впливу: аплікації грязей, парафіну, озокериту з протиспастичних метою, електрофізіологічні методи лікування, гідротерапія.

Апаратна фізіотерапія:

• Гальванізація і лікарський електрофорез препаратів судинного, ноотропного, антиспастичної дії, препаратів лікувальної грязі. Використовуються місцеві і сегментарно-рефлекторні методики. Тривалість дії підбирається в залежності від віку: від 6 до 15 хвилин. Курс лікування становить від 6 до 10 щоденних процедур.

• Ампліпульстерапія. Залежно від поставлених завдань використовується синусоїдальний струм в різних режимах:

а) У режимі електростимуляції ослаблених м'язів застосовують двополюсну методику. Рекомендований курс становить не менш 10 щоденних процедур на одну м'яз (або групу м'язів - синергистов).

б) У розслаблюючий режимі для впливу на спастичні м'язи і область проекції шийних і поперекових симпатичних вузлів. Використовуються методики як місцеві, так і рефлекторно-сегментарні. Рекомендований курс становить 10-15 процедур щодня або через день. Тривалість процедури становить від 8 до 15 хвилин.

в) У режимі СМТ-форез препаратів судинного і ноотропного дії. Використовуються методики як місцеві, так і рефлекторно-сегментарні. Тривалість процедури процедури становить від 8 до 15 хвилин. Рекомендований курс становить 10-15 процедур щодня.

г) В режимі гасіння гіперкінезів. Застосовується методика поетапного впливу поперечно на кисті і стопи 3 і 4 пологами робіт по 3-5 хвилин, щодня курсом 10 процедур. Через 3-4 тижні курс лікування рекомендується повторять.

• Магнітотерапія. Використовуються як локальні методики впливу на область суглобів і м'язів, так і сегментарні методики. Тривалість процедури становить від 6 до 10 хвилин. Рекомендований курс становить 10 процедур щодня.

• інфітатерапія. Пропонується використання багатоканальних пластин для впливу на область суглобів. Тривалість процедури 10-15 хвилин. Курс лікування становить 10 -12 процедур щодня.

• Електричне поле. Методика використовується для впливу на спастичні м'язи області особи, дна ротової порожнини, шиї (при спастичності мовної мускулатури). Застосовують режим місцевого впливу за допомогою ручного аплікатора. Час дії складає від 3 до 5 хвилин. Рекомендований курс лікування становить 8-10 процедур щодня (див. Хівамат).

• Лазеротерапія (інфрачервоний лазер). Методика застосовується в режимі лазеропунктури на біологічно активні точки. Загальна тривалість сеансу залежить від кількості точок і часі впливу на кожну точку. Рекомендований курс лікування становить від 6 до 10 процедур щодня.

• Поляризоване світло. Використовується в режимі локального впливу на спастичні м'язи. Тривалість процедури становить 2-4 хвилини на полі. Рекомендований курс лікування становить від 8 до 10 щоденних процедур. Особливо ефективна дана методика у дітей першого місяця життя при акушерських парезах (див. Біоптрон).

• Електричне поле УВЧ. Використання методики можливо для впливу на спастичні м'язи. Застосовується рідко в місцевому, двухконденсаторном режимі. Тривалість процедури становить від 5 до 8 хвилин. Рекомендований курс лікування становить від 6 до 8 процедур щодня або через день.

• Ультразвук з фонофорезом лікарських препаратів, в тому числі препаратів лікувальної грязі застосовується локально для впливу на спастичні м'язи. Методика місцева, контактна, лабільна. Час впливу на 1 поле становить від 3 до 5 хвилин. Рекомендований курс лікування становить до 10 процедур щодня або через добу. теплолікування:

• Парафін-озокеритові аплікації. Використовується серветковий - аплікаційну методику місцево, і на рефлексогенні зони. Тривалість процедури становить від 10 до 15 хвилин. Рекомендований курс лікування становить від 8 до 14 процедур щодня.

• Аплікації лікувальної грязі місцево і на рефлексогенні зони. Тривалість процедури становить від 10 до 15 хвилин. Аплікації лікувальних грязей застосовують на уражені кінцівки у вигляді «панчіх», «штанів», «рукавичок» і т. П. Температури 40 - 42 ° С, від 8 до 15 хв (в залежності від віку). При впливі на область контрактури температуру мулових грязей можна підвищити до 42 ° С. При необхідності накладення аплікацій на ноги і руки, краще впливати черзі. При гарній переносимості грязелікування можна поєднувати аплікацію на ноги і на шийно-комірцеву зону, тривалістю не більше 15 хв. Рекомендований курс лікування становить від 8 до 12 процедур щодня.

гідротерапія:

• Гідрокінезотерапія в лікувальних басейнах. Використовується комплекс вправ, спрямований на зменшення спастичності м'язів, збільшення обсягу активних рухів в суглобах кінцівок, зміцнення ослаблених м'язів. Тривалість групового заняття становить від 20 до 30 хвилин в залежності від віку пацієнта. Рекомендований курс лікування становить від 10 до 15 щоденних відвідувань.

• Підводний душ-масаж і вихрові ванни. Використовується методика зміцнення «паретичних» м'язів і розслаблення груп спастичних м'язів. Тривалість процедури обумовлена ​​віком пацієнта, складаючи від 5 до 20 хвилин. Рекомендований курс лікування становить до 10 процедур щодня або через день.

• У санаторно-курортних умовах з успіхом застосовують ванни з хлоридною натрієвої, йодо-бромної, морської води, радонові, азотні і вуглекисло-сірководневі. Поза курортів слід проводити штучно приготовані хлоридні натрієві, йодобромні, кисневі ванни з температурою води 37 - 36 ° С, тривалістю від 8 до 15 хвилин, через день. Рекомендований курс лікування становить до 12 ванн.

При помірній спастичності можливе застосування методу біологічного зворотного зв'язку по ЕМГ сигналу. Існує кілька методик спрямованих на:

1) розслаблення спастичних м'язів;

2) тренування ослаблених м'язів;

3) формування реципрокних взаємин м'язів синергистов і антагоністів (розслаблення спастичних м'язів з одночасною тренуванням ослаблених м'язів).

Спеціалізованих підходів вимагає фізіотерапевтичне лікування спастичності в лицьовій і мовної мускулатури хворих ДЦП:

• Електричне поле від апарату Хівамат для впливу на спастичні м'язи області особи, дна ротової порожнини, шиї. Застосовуються місцеві методики впливу за допомогою ручного аплікатора. Час впливу на кожне поле становить від 3 до 5 хвилин. Рекомендований курс лікування становить від 8 до 10 процедур щодня.

• Лазеротерапія (інфрачервоний лазер) від апарату Лаз-Експерт. Застосовується режим лазеропунктури на біологічно активні точки. Тривалість сеансу визначається кількістю точок і часом впливу на кожну точку. Рекомендований курс лікування становить від 6 до 10 процедур щодня.

• Поляризований світло від апарату Біоптрон. Застосовується локально на спастичні м'язи області обличчя, шиї. Тривалість процедури становить від 2 до 4 хвилин на поле. Рекомендований курс лікування становить від 8 до 10 щоденних процедур.

• Гальванізація і лікарські електрофорез препаратів судинного і антиспастичної дії, препаратів лікувальної грязі. Застосовується місцево. Тривалість дії в залежності від віку становить від 5 до 20 хвилин. Рекомендований курс лікування становить до 12 процедур щодня.

• Ампліпульстерапія в розслабляючий режимі для впливу на спастичні м'язи. Застосовується місцево. Тривалість процедури становить від 6 до 10 хвилин. Рекомендований курс лікування становить до 12 процедур щодня або через день.

• При дизартрії (за методикою Анашкина) накладають грязьову корж на шар марлі навколо рота від носа і до підборіддя температури 38 - 40 ° С, тривалістю 10 - 12 хв, на курс 10 - 12 процедур.

Крім спастичності, симптомами - мішенями для фізіотерапії ДЦП є: парези, гіперкінези, болю, вегетативні порушення, набряки і лімфостаз, підвищена збудливість, схильність до частих респіраторних інфекцій (таблиця 5).

СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЦП (рівень доказовості GRADE- D).

При підборі індивідуальної програми реабілітації необхідно пам'ятати, що основною метою відновного лікування дитини з церебральним паралічем є його адекватна соціальна адаптація, яка крім рухової функції, передбачає наявність комунікативних навичок, інтеграції в середу однолітків, отримання освіти та професії. Тому серед відновлювальних заходів у пацієнта з ДЦП обов'язково повинні бути присутніми методи соціальної та педагогічної реабілітації.

Трудотерапія, дозволяє розвинути навички, необхідні для повсякденного життя (самостійне одягання, здійснення гігієнічних процедур тощо);

• Логотерапия, допомагає вирішити проблеми з ковтанням і впоратися з мовними проблемами;

• Арт-терапія та реабілітація через спорт - сприяє формуванню мотивації до лікування та соціальної інтеграції (Приходько ОГ 2007).

Кондуктивна педагогіка (метод Петьо) базується переважно на освітній моделі втручання та об'єднує педагогічні та реабілітаційні цілі в одній програмі. Ця концепція спрямована на те, щоб допомогти дітям з руховими порушеннями придбати «ортофункціі», тобто здатність брати участь і функціонувати в суспільстві, незважаючи на свій руховий дефіцит за рахунок нейрональної пластичності і релокалізаціі функцій центральної нервової системи. Під час занять широко застосовуються ритм і пісні в техніці, яка називається «ритмічний намір», тобто словесні ритмічні інструкції, які подаються під час виконання серії завдань. За допомогою ритму, пісень і віршів задається фоновий ритм рухової активності, який сприяє навчанню та мотивації дитини, а також допомагає привернути увагу до того руху, який здійснюється пацієнтом в даний момент.

Іпотерапія, каніс-терапія, дельфінотерапія. Залучення тварин в процес реабілітації дітей з церебральним паралічем. Метод заснований на принципі комбінації кінезіотерапії та позитивного емоційного підкріплення (Солодова Е.Л. і співавт 2005).

Протипоказання до РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЗІ спастичних ФОРМАМИ ДЦП

Основними обмеженнями для проведення реабілітаційних заходів у дітей з церебральним паралічем є наявність гострих супутніх захворювань або загострення хронічних патологічних процесів, що протікають з порушенням функцій органів і систем, наявність ортопедичних ускладнень основного захворювання (остеопороз, вторинні скелетні деформації вимагають іммобілізації або оперативного лікування), наявність симптоматичної епілепсії або виражені порушення поведінки і емоційного сприйняття.

При виявленні у дитини з ДЦП епілептичних нападів або специфічної епілептичної активності на ЕЕГ частота динамічного проведення ЕЕГ зростає до 1 разу на 3 - 6 місяців, і переглядається погляд на реабілітаційну програму, в тому числі, на фізіотерапію. У дітей з епілепсією виключаються електропроцедури, загальні термопроцедури і активний масаж, значно обмежуються будь-які стимулюючі впливу фізичними факторами.

Неепілептогеннимі реабілітаційними фізіотерапевтичними методиками є: лікувальна гімнастика, Войта-терапія, неагресивна акупунктура, пасивна гідротерапія, локальна бальнеотерапія, магнітотерапія в м'якому режимі, локальне термолеченіе і кліматотерапія, які при раціональному дозуванні можуть застосовуватися у даної категорії хворих.

Наявність епілепсії ні в якому разі не повинно бути причиною припинення відновного лікування, однак, легковажне ставлення до виявлених змін також неприпустимо, тому відновне лікування дітям з епілепсією має проводитися після досягнення контролю над нападами за допомогою протиепілептичних препаратів. На тлі ефективної протиепілептичної терапії, що проводиться в адекватному режимі дозування, після досягнення ремісії тривалістю 3 місяці, обсяг реабілітації поступово можна розширювати.

Контроль за динамікою стану опорно-рухового апарату зростаючого пацієнта проводять за допомогою щорічного рентгенологічного контролю стану суглобів і, в першу чергу, тазостегнових, як найбільш схильних до вивихів і дистрофічних процесів. При наявності вторинних скелетних деформацій програма відновного лікування переглядається з урахуванням супутньої патології, зокрема, обмежується навантаження на суглоби при наявності підвивихів, вивихів або дистрофічних змін, на кістки при наявності остеопорозу.

Санаторно-курортне лікування показано у разі наявності у дитини ДЦП з руховими розладами легкого та середнього ступеня тяжкості з контрактурами, тугоподвижностью суглобів, змінами опорно-рухового апарату, які вимагають ортопедичної корекції, при нормальному інтелекті і поведінці, при відсутності епілептиформних нападів або при наявності рідкісних.

Протипоказано при дитячому церебральному паралічі, що супроводжується тяжкою обездвиженностью, важких розладів тонусу, важких гіперкінезів, мозочкових розладів, судомних нападів, глибоких порушень функцій тазових органів, олігофренії в стадії імбецильності або ідіотії.•