

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОВЗ

И.Г. Луговая, педагог дополнительного образования первой
квалификационной категории МБУДО «Центр «Радуга», г. Волгодонск

В настоящее время сохранение и укрепление здоровья детей, в том числе, и детей с ограниченными возможностями здоровья, вызывает огромную озабоченность в современной педагогике. Дошкольный и младший школьный возраст является периодом наиболее интенсивного развития скелетно -мышечной системы человека, поэтому особенно важно в этом возрасте обеспечить полноценные условия для этого развития. С 2016 года в «Центре «Радуга» реализуется дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа «Нейройога. От движения к познанию», адресованная, детям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в возрасте от 4 до 17 лет. Особенностью программы является применение кинезиологических упражнений с целью коррекции нарушений опорно-двигательной системы, а также оздоровления и всестороннего развития в целом.

В процессе наблюдения за учащимися на занятиях мы заметили, что у большинства детей присутствует миофасциальный синдром (МФС). Это неврологическая патология, характеризующаяся непроизвольным сокращением мышц и интенсивной болью, ухудшающей общее самочувствие ребенка.

Миофасциальный болевой синдром считается одним из самых распространенных патологических состояний. По данным разных авторов от 30% до 85% взрослого населения страдает разной степенью выраженности МФС. Однако у детей с ограниченными возможностями здоровья синдром изучен недостаточно. Ключевым феноменом является наличие в скелетной мышце триггерной точки (ТТ), которая представляет собой гиперраздражимую область диаметром не более одного сантиметра. Дж. Г. Тревелл и Д.Г. Симонс подразделяют триггерные точки (ТТ) на активные и латентные [1]. Первые встречаются относительно редко и проявляются спонтанной болью, усиливающейся при растяжении мышцы; вторые - широко распространены и обнаруживаются только при пальпации.

Необходимо отметить, что по данным исследований ВОЗ показатели распространенности МФС у детей с ОВЗ достигают 60% и характеризуются неоднозначным методическим подходом к интерпретации выявленных нарушений [3].

При миофасциальном синдроме участок гипертонуса в мышцах представляет собой локальное и болезненное уплотнение. Это триггерные точки, располагающиеся на пути прохождения двигательного нерва, обеспечивающего сократительную активность мышц. Кинестетическое исследование позволяет выделить в толще скелетной мышцы ядро диаметром 1,5 - 3 мм, обладающее острой болезненностью. Активная и латентная ТТ являются источником ограничения движений и слабости пораженных мышечных групп; ухудшением их сократимости. Наличие триггерной точки отражается на работоспособности и учебе, что ухудшает возможности учащихся к социальной, бытовой и трудовой адаптации [2].

Наличие миофасциального синдрома характеризуется: сбоями в функционировании центральной и периферической нервной системы; аномальной импульсацией от мозга к мышцам; хаотичностью электрических сигналов, идущих от мышц к мозгу; самопроизвольным сокращением мышц; рефлекторными мышечными спазмами. Причинами, провоцирующими возникновение синдрома у детей, могут быть: неравномерное распределение физической нагрузки; при искривлении позвоночника; сколиоз, кифоз, лордоз и их сочетания; растяжения мышц и ушибы; интоксикация медикаментами; эквинусная установка стоп (ходьба на носочках); гипертонус мышц-сгибателей. Патология развивается на фоне аномалий нервной системы, внутриутробных травм, соматических и аутоиммунных заболеваний.

Основным признаком недуга является болевой синдром, интенсивность которого может варьироваться от неприятных, дискомфортных ощущений до мучительной и нестерпимой боли. Она сначала локализуется в триггерной точке — плотном узле, затем проходит по мышечному волокну, распространяется на соседнюю мышцу и даже кость [4]. Постепенно количество уплотнений в мышце увеличивается. Боль первоначально возникает только при движении и физическом напряжении, а затем и в покое.

В пояснице МФС характеризуется болью в нижней части спины, переходящей в пах и промежность. Шейный синдром проявляется головокружением, предобморочным состоянием, зрительными расстройствами, шумом в ушах, головной болью. Клиническими признаками лицевого МФС являются: боль в мышцах лица; невозможность открыть рот или выдвинуть нижнюю челюсть вперед; хруст в суставах челюсти; напряжение мышц лица и шеи; сильное стискивание зубов.

При отсутствии своевременной коррекции длительный мышечный спазм приводит к гипоксии тканей и постепенной потере их способности сокращаться. Необратимые процессы в мышцах становятся причиной

стойкой нетрудоспособности ребенка. У детей нарушается сон, возникает депрессия, атрофируются пораженные мышцы.

В процессе реализации программы нами применяются техники работы с триггерными точками [5]. Следует обращать внимание на особенности их применения: выбрать положения части тела, способствующее расслаблению мышцы; найти триггерную точку и попасть в ее центр; чувствовать ее реакцию под пальцем и воздействовать на нее; давление осуществляется строго перпендикулярно поверхности и с равномерной силой.

Для поиска триггерных точек должна быть хорошая чувствительность пальцев и рука должна быть расслаблена. Пальпировать можно следующими приемами: большим пальцем; тремя пальцами: указательным, средним и безымянным; щипцеобразно, захватывая мышцу в складку или обхватив с двух сторон, если обследование проводится на руке.

На занятиях по программе «Нейройога», мы выполняем упражнения в комплексе и на растяжение, и на силовое напряжение мышц. Во время выполнения упражнений если «щадить» вылеченные мышцы и ограничивать их подвижность, то возможен рецидив активности триггерных точек. Силовые упражнения укрепляют мышцы и снижают возможность возникновения рецидивов, таким образом, являются профилактическими. Также по мере уменьшения болей, когда они появляются редко, целесообразно увеличивать длительность и количество упражнений. Хорошо чередовать упражнения силовые с упражнениями на растяжение, что дает наибольший эффект в силовой тренировке мышц.

В профилактике заболеваний важно правильно выполнять упражнения. Подбор упражнений осуществляется строго с учетом физиологических возможностей организма [6]. Некоторые варианты выполнения упражнений можно отнести к факторам риска, т.е. способствующих развитию заболевания: «наклоны корпуса» «Утиный шаг». «Рубка дров». «Складной нож». Кувырок вперед и назад. Ходьба на внутренней стороне стопы. Круговые вращения головой (полный круг). Чрезмерная амплитуда движений руками. Закидывание головы назад. Плохая разминка, нагрузка на одну область в течении более одной минуты, несоответствующая обувь, несоответствующее покрытие пола также способствует усугублению проблемы развития МФС.

В процессе реализации программы у детей с ограниченными возможностями здоровья улучшается уровень психомоторного и двигательного развития, а также интеллектуальная и эмоциональная сферы ребенка и оздоровление организма в целом.

В перспективе нашей работы возникла необходимость разработки методического пособия с подробным описанием данной проблемы и технологий ее решения.

Литература

- 1) Дж.Г.Тревелл, Д.Г.Симонс «Миофасциальные боли» 1-2 тт.
- 2) Г.Гекер, А.Стивлинг, Э.Пьюкер, Дж.Кастнер, К.Либхен «Иллюстрированный атлас акупунктуры. Биологически активные точки тела, ушей, триггерные зоны», издательство М: АСТ: Астрель, 2008 г.
- 3) В.И.Дубровский, В.Н.Федорова «Биомеханика», издательство ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003 г.
- 4) Неспецифические рефлекторно-мышечные синдромы при патологии двигательной системы (Лекция). Часть 4 Триггерные точки
Профессор К. Б. Петров ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей» МЗ РФ, кафедра лечебной физкультуры и физиотерапии г. Новокузнецк, Россия
- 5) Токуиро Намикоши «Шиацу – японская терапия надавливанием пальцем», издательство «Киргизкитеп», 1991 г.
- 6) Шамик В.Б., Дьякова В.Н., Логвинов А.В. ГОУВПО "Ростовский государственный медицинский университет ", Областная детская больница, г. Ростов-на-Дону