



УДК 616.7

FEATURES OF EXAMINATION AND INTERVENTION OF CHILDREN WITH CONGENITAL MUSCULAR TORTICOLIS WITHIN THE FRAMEWORK OF PHYSICAL THERAPY

ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ВТРУЧАННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ М'ЯЗОВОЮ КРИВОШИЄЮ В РАМКАХ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Listau K.O. / Лістай К.О.

assistant / асистент

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4344-9639>

Tolok V. S. / Толок В. С.

assistant / асистент

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3244-607X>

Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University /

Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича

Анотація. Вроджена м'язова кривошия (ВМК) – стійке порушення у немовлят, яке діагностується при народженні або невдовзі після нього та характеризується патологічним нахилом голови у бік укороченого грудинно-ключично-соскоподібного, іноді трапецієподібного м'яза та обмеженням обертів головою. ВМК може спостерігатися у сукупності з різними деформаціями опорно-рухового апарату. Статистичні дані у наукових працях щодо частоти розповсюдженості ВМК по відношенню до інших ортопедичних захворювань знаходяться в діапазоні від 0,2 до 2%; по відношенню до вроджених деформацій - від 5,2 до 12,4%, посідаючи третє місце після вродженої клишоногості та вродженого вивиху стегна [1]. Підбір методів усунення даного дефекту є актуальним у рамках фізичної терапії.

Ключові слова: вроджена м'язова кривошия, фізична терапія, кривошия, лікування кривоший.

Вступ

Термін “кривошия” походить від слова tortus, що в перекладі з латині “скручений”, і collum, що означає “шия”. Тому цей патологічний стан також відомий як “скручена шия” або “крива шия”.

Існує три типи вродженої м'язової кривоший. Першою є – постуральна, вона зустрічається у 20% випадків та є найлегшою формою ВМК. Основною характеристикою є те, що немовля займатиме відповідну позу тілом, але у нього не буде м'язових обмежень або зменшення пасивної амплітуди рухів. Якщо постуральна ВМК виявлена на ранній стадії, час лікування скорочується. Наступний тип, власне, м'язовий. Він трапляється у 30% випадків. У немовля буде діагностовано напруженість ГКС м'язу та зменшення пасивного діапазону рухів. Третій тип - грудинно-ключично-соскоподібне ущільнення. Зустрічається



у 50% випадків . У новонародженого буде потовщення ГКС м'язу та обмежений пасивний діапазон рухів. Діти з грудинно-ключично-соскоподібним ущільненням, виявленим після 3-6 місяців, як правило, потребують більш тривалого втручання і можуть частіше потребувати інвазивного лікування [2].

Основний текст

Діагноз ВМК зазвичай можна поставити на основі клінічної картини. Можуть бути присутніми наступні клінічні ознаки:

- зменшення діапазону рухів ший;
- наявність ущільнення ГКС м'язу;
- займання асиметричної пози;
- плагіоцефалія.

Зазвичай, обстеження розпочинається зі збору анамнезу у батьків. Фізичного терапевта цікавить інформація про протікання вагітності, процес народження та зростання дитини. Важлива роль приділяється особливостям розташування предметів побуту у кімнаті дитини та хендлінгу, оскільки неправильний односторонній догляд чи годування дитини може бути причиною виникнення м'язової кривоший.

Важливими є результати ультразвукографії. УЗД є найбільш часто використовуваною формою візуалізації, особливо для новонароджених. Приймаються до уваги результати рентгенографії \ магнітно-резонансної томографії. Проводиться тестування діапазону рухів ший як пасивних, так і активних. В сучасних працях закордонних науковців можна знайти інформацію про те, що гоніометрію краще використовувати після 3 місяців, раніше – це зайва інтервенція. Також у новонароджених перевіряють наявність, симетричність безумовних рефлексів та моторну характеристику відповідно до віку дитини.

Дитина проходить неврологічне, слухове та зорове обстеження для виключення інших захворювань [3].

Вроджену м'язеву кривошию необхідно диференціювати з:

1. Набутими формами м'язової кривоший (зміни підшкірного м'язу, гострі та хронічні міозити грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, хвороба Грізеля).



2. Вродженими (хвороба Клиппеля-Фейля, клиновидні хребці, шийні ребра) та набутими (вивих та перелом шийних хребців, руйнування шийних хребців (туберкульоз, рак, остеомієліт, метастази), спондилоартрит, рахіт) артрогенними і остеогенним кривошиями.

3. Нейрогенними кривошиями (спастичний та в'ялий параліч шийних м'язів, рефлекторна кривошия при захворюваннях соскоподібного відростка, привушної залози, ключиці).

4. Дермо- та десмогенними кривошиями (вроджені складки шиї, рубці після значних пошкоджень шкіри, запалень та травм глибоких тканин).

5. Вторинними кривошиями (при запаленнях очей, вух, лімфовузлів і т.д.).

Аналіз вітчизняної та зарубіжної науково-методичної літератури дозволив встановити, що найефективнішими засобами відновлення для дітей з вродженою м'язовою кривошиєю є терапевтичні вправи, масаж, кінезіотейпування, преформовані фізичні чинники та використання асистивних технологій.

Під час фізичної терапії необхідно дотримуватися таких принципів:

- 1) Ранній початок;
- 2) Комплексність;
- 3) Безперервність;
- 4) Індивідуальність;
- 5) Залучення батьків до процесу реабілітації;
- 6) Відновлення нормальної життєдіяльності.

Під час роботи з дітьми з ВМК, фізичний терапевт виставляє дві основні цілі:

1. Вивести голову дитини з неправильного положення;
2. Навчити дитину здійснювати симетричні обертальні рухи головою у два боки.

Заняття терапевтичними вправами є рушійним методом у боротьбі з кривошиєю. Їхніми основними завданнями є покращення трофіки в ураженому та здоровому грудино-ключично-соскоподібному та трапецеподібному м'язах; урівноваження м'язового тону за рахунок ліквідації контрактури ураженого



м'яза; нормалізація об'єму рухів у шийному відділі хребта; запобігання розвитку вторинних патологічних змін – асиметрії обличчя та черепа, викривлення хребта; уникнення можливого відставання психомоторики; підвищення опірності організму до зовнішніх подразників.

В дітей, в яких ще не редукувалися безумовні рефлекс, їх використовують не лише як метод діагностики, а й як вправи. До досягнення дитиною тримісячного віку виконуються пасивні вправи у вигляді згинання та поворотів голови в положенні лежачи на спині або на животі. Пасивні вправи виконуються за допомогою легких та плавних рухів, без застосування зусиль і поштовхів. Таким чином ми уникаємо додаткової травматизації, запобігаємо появі больових відчуттів та судом. У дитини має складатися позитивне враження від виконання вправ. Як допоміжний засіб для досягнення корекції положення голови використовуються комірці Шанца. Зловживання комірцем може призвести до ослаблення м'язів ший, тому його носять по пів години після проведення коригуючої гімнастики [4].

Важливим елементом є лікування положенням, яке направлено на формування правильного фізіологічного положення всього тіла або його частин. Використовують спеціальні укладки для голови, тулуба, кінцівок, для 3-4-місячного віку під час денного сну протягом 1–1,5 год. 2–3 рази на день при обов'язковому контролюванні батьків. А самих опікунів навчають фізичні терапевти – хендлінгу – стратегії поводження з дитиною, виконання якої несе свої позитивні плоди і в ліквідації ВМК.

По мірі зростання дитини в процес фізичної терапії додаються активні вправи з використанням обладнання, зокрема, іграшок та різних вихідних положень.

У поєднанні з коригуючою гімнастикою нерідко застосовують масаж як всього тіла, так і окремих його частин. Даний метод проводиться у положенні лежачи на спині та животі. Масаж вносять у програму відновлення одночасно з вправами, тобто з моменту постановки діагнозу і виконують впродовж усього курсу програми. Основними завданнями масажу є покращення кровопостачання



в уражену ділянку шиї; сприяння зняття набряку і розслабленню м'язів; налаштування на позитивний психоемоційний стан; гальмування розростання сполучної тканини в зоні ураження; підсилення лікувальної дії терапевтичних вправ; усунення косметичного дефекту. При виконанні користуються принципами: розслаблення ГКСМ проводиться подушечками пальців, а розтягування здійснюється від середини до протилежних кінців з наступним погладжуванням його від вуха до ключиці; прийомами масажу зміцнюються також м'язи шиї здорового боку, обличчя, грудної клітки, надпліччя, спини.

Фізіотерапія при ВМК може застосовуватися з 1,5 місячного віку лише за призначенням лікаря. Для дітей першого року життя, необхідно дотримуватися таких *рекомендацій*: не можна застосовувати підряд декілька фізіотерапевтичних процедур, бо в цей час на дитину впливає фаза післядії; протягом дня можна застосовувати лише одну фізіотерапевтичну процедуру загальної дії; процедури з генералізованою відповіддю організму можна застосовувати не частіше, ніж через день; процедуру проводити не раніше ніж через 1 годину після годування, або не раніше ніж за 45 хвилин до наступного годування; при застосуванні фізіотерапії необхідно підтримувати позитивний настрій дитини; не поводити процедуру за наявності нестабільної поведінки дитини, при порушенні її сну, при перебуванні дитини в стані збудження.

При вродженій м'язовій кривошії назначають теплові процедури – сухе тепло (мішечок з теплим піском), лампа Солюкс, парафінові аплікації та електрофорез з розчином йодиду калію.

Кінезіотейпування – зарекомендувало себе як дієвий альтернативний метод втручання при ВМК, який може скоротити тривалість лікування ВМК та здійснює вплив на м'язовий дисбаланс. Часто накладають Y-подібну аплікацію без натягу на грудинно-ключично-соскоподібний м'яз. Таким чином тейп сприяє більш швидкому розслабленню м'яза та зняття набряку. Також при даному порушенні можуть накладати клейку стрічку на трапецієподібний та грудний м'яз, м'язи-розгиначі спини.



Існують певні заходи, які батьки можуть вжити вдома, щоб допомогти своїй дитині з ВМК. Перш за все, це – налагодження простору. Потрібно розкласти іграшки/прикраси, щоб заохочувати дитину перевернутися на інший бік. Розташувати ліжечко або сповивальний столик так, щоб дитина могла повернутися на інший бік, щоб бачити/взаємодіяти з тими, хто за нею доглядає.

Отже, найбільш поширеними та ефективними засобами відновлення при вродженій м'язовій кривошії є коригуюча гімнастика, масаж, кінезіотейпування, преформовані фізичні чинники та асистивні технології.

Література:

1. <https://www.physio-pedia.com/home/>
2. Ellwood J, Draper-Rodi J, Carnes D. The effectiveness and safety of conservative interventions for positional plagiocephaly and congenital muscular torticollis: a synthesis of systematic reviews and guidance. Chiropractic & manual therapies. 2020 Dec;28(1):1-1.
3. Amaral DM, Cadilha RP, Rocha JA, Silva AI, Parada F. Congenital muscular torticollis: where are we today? A retrospective analysis at a tertiary hospital. Porto biomedical journal. 2019 May;4(3).
4. Gundrathi J, Cunha B, Mendez MD. Congenital Torticollis. 2023 Jan 31. In: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 31747185.

Abstract. Congenital muscular torticollis (CMT) is a persistent disorder in infants, usually diagnosed at birth or shortly thereafter, characterized by a pathological tilt of the head towards the shortened sternocleidomastoid, sometimes trapezius muscle, and limited head rotation. CMT can be observed in combination with various deformities of the musculoskeletal system.

Statistical data in scientific works on the prevalence of CMT in relation to other orthopedic diseases range from 0.2 to 2%; in relation to congenital deformities - from 5.2 to 12.4%, ranking third after congenital clubfoot and congenital dislocation of the hip [1]. The selection of methods for eliminating this defect is relevant within the framework of physical therapy.

Key words: congenital muscular torticollis, physical therapy, torticollis, torticollis treatment.

Стаття відправлена: 05.04.2025 р.

© Лістау К.О., Толук В.С.