

ЕКСПРЕС-ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ М'ЯЗОВІЙ КРИВОШИЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Світлана СТУПНИЦЬКА

Львівський державний університет фізичної культури

Мета дослідження. Зробити спробу застосувати методику визначення сантиметровою стрічкою показників розгинання і бокового згинання в уражений та здоровий бік шийного відділу хребта у дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю.

Завдання дослідження. Аналіз науково - методичної літератури. Перевірити інформативність і доцільність застосування методики визначення сантиметровою стрічкою показників розгинання і бокового згинання в уражений та здоровий бік шийного відділу хребта як засобу поточного контролю у фізичній реабілітації дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю.

Методи дослідження. Для обстеження об'єму рухів у шийному відділі хребта визначали параметри розгинання шиї та бокового згинання в уражений і здоровий бік, які, за рекомендацією М. Вейсса, вимірювали сантиметровою стрічкою [6]. Для визначення ступеня розгинання шиї вимірювали відстань від підборіддя до верхнього краю грудини у положенні дитини лежачи на спині з головою поза межами кушетки при опорі на долоню реабілітолога. Величину бокового згинання та розгинання шиї визначали вимірюючи відстань між соскоподібним і акроміальним відростками в положенні дитини лежачи на кушетці на спині. Обстеження проводилось 2-а реабілітологами, з яких один фіксував дитину за плечика, а інший проводив пасивне розгинання і заміри.

Стаття присвячена встановленню інформативності визначення сантиметровою стрічкою об'єму рухів у шийному відділі хребта дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю.

Ключові слова: вроджена м'язова кривошия, шийний відділ хребта, діти першого року життя

Постановка проблеми. Вроджена м'язова кривошия є поширеною патологією опорно-рухового апарату дітей – за даними різних досліджень на неї страждає від 15% до 30% дитячої популяції [2, 3, 4, 8]. Наслідком нелікованого або нераціонально пролікованого захворювання є його прогресування з втягуванням у патологічний процес усього скелету з подальшою інвалідизацією дитини [2, 3, 4, 5, 6, 8]. Беручи до уваги значні потенційні можливості дитячого організму, подолання вродженої м'язової кривошиї необхідно розпочинати як можна раніше. До заходів консервативного лікування вродженої м'язової кривошиї належить низка заходів, які скеровані на оптимізацію м'язового тонусу, розсмоктування гематоми на грудинно-ключично-соскоподібному м'язі, нормалізацію положення голови дитини та усунення наявних ознак асиметрії. Така багатовекторна реабілітація потребує постійного контролю за ефективністю запропонованих засобів з тим, щоб у разі відсутності або млявості прогресивної динаміки лікування проводити своєчасно корекцію реабілітаційних впливів (їх підбору, тривалості, інтенсивності).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Оскільки патогномічно ознакою кривошиї є стійке неправильне положення голови (нахил голови в бік з одночасним поворотом обличчя у протилежний бік) для діагностики вродженої м'язової кривошиї та контролю за ефективністю реабілітації застосовують такі сучасні методи визначення анатомо-фізіологічного стану шийного відділу хребта та функціонального стану м'язів шиї і плечового поясу як огляд, пальпація, рентгенологічне та ультразвукове дослідження, електроміографія, які попри їх інформативність потребують наявності спеціально підготовлених висококваліфікованих спеціалістів, якісного дорогого обладнання, значних затрат часу [5, 6].

У науково-методичній літературі, присвяченій питанням фізичної реабілітації даного захворювання простежується відсутність адаптованих методик та рекомендацій щодо застосування інформативних методів швидкого обстеження та поточного контролю за зміною положення голови у дітей раннього віку в процесі їх лікування.

Мета дослідження. Зробити спробу застосувати методику визначення сантиметровою стрічкою показників розгинання і бокового згинання в уражений та здоровий бік шийного відділу хребта у дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю.

Завдання дослідження. Аналіз науково – методичної літератури. Перевірити інформативність і доцільність застосування методики визначення сантиметровою стрічкою показників розгинання і бокового згинання в уражений та здоровий бік шийного відділу хребта як засобу поточного контролю за ефективністю фізичної реабілітації дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю.

Методи дослідження. Для обстеження об'єму рухів у шийному відділі хребта визначали параметри розгинання шиї та бокового згинання в уражений і здоровий бік, які, за рекомендацією М. Вейсса, вимірювали сантиметровою стрічкою [6]. Для визначення ступеня розгинання шиї вимірювали відстань від підборіддя до верхнього краю грудини у положенні дитини лежачи на спині з головою поза межами кушетки при опорі на долоню реабілітолога. Величину бокового згинання та розгинання шиї визначали вимірюючи відстань між соскоподібним і акроміальним відростками в положенні дитини лежачи на кушетці на спині. Обстеження проводилось 2-а реабілітологами, з яких один фіксував дитину за плечі, а інший проводив пасивне розгинання і заміри.

Результати досліджень та їх обговорювання. Дослідження проводилось на базі реабілітаційного відділення Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова. 30 дітей першого року життя середнього віку $4,0 \pm 0,5$ місяців з вродженою м'язовою кривошиєю були розподілені на 2 групи. Дітям першої групи заходи корекції кривошії здійснювали за запропонованою нами методикою, яка передбачає комплексну фізичну реабілітацію засобами лікувальної гімнастики, масажу, фізіотерапії, лікувальних положень і укладок, яка тривала короткими курсами по 12 днів з 2-х денною перервою у серединні курсу. Дітям другої групи реабілітацію проводили у відповідності з традиційними підходами (20-25 денні курси масажу та лікувальної гімнастики).

Всі заміри сантиметровою стрічкою проводились до та після курсу фізичної реабілітації. Початкові (фонові) результати визначення досліджуваних показників представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Початкові показники бокового згинання та розгинання у шийному відділі хребта у дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Групи	Згинання бокове в уражений бік, см	Згинання бокове у здоровий бік, см	Розгинання, см
1 n=15	$8,11 \pm 0,28$	$7,01 \pm 0,12$	$3,91 \pm 0,16$
2 n=15	$8,13 \pm 0,27$ $P > 0,05 (1)$	$7,02 \pm 0,13$ $P > 0,05 (1)$	$3,81 \pm 0,17$ $P > 0,05 (1)$

Примітки:

1. P – ступінь достовірності.
2. В дужках вказано групу, з якою здійснене порівняння

Як показало обстеження, результати розгинання у шийному відділі хребта у дітей 1 і 2 груп перебували практично на одному рівні. Зокрема у дітей 1 групи показники розгинання у шийному відділі хребта становили $3,91 \pm 0,16$ см, у дітей 2 групи – $3,81 \pm 0,17$ см; параметри бокового згинання в уражений бік були відповідно $8,11 \pm 0,28$ см, проти $8,11 \pm 0,28$ см, бокового згинання у здоровий бік – $7,01 \pm 0,12$ см проти $7,02 \pm 0,13$ см (в усіх випадках $P > 0,05$).

Після 2-х тижневого курсу реабілітації були проведені повторні обстеження, результати яких представлені в таблиці 2.

Як видно з наведених даних параметри розгинання в шийному відділі хребта у дітей 1-ї і 2-ї груп суттєво різнились: у дітей 1-ї групи вони становили $4,92 \pm 0,19$ см, тоді як дітей 2-ї групи вони були достовірно менше ($4,09 \pm 0,19$ см, $P < 0,05$).

Таблиця 2

Кінцеві показники бокового згинання та розгинання у шийному відділі хребта у дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Групи	Згинання бокове у уражений бік, см	Згинання бокове у здоровий бік, см	Розгинання, см
1 n=15	$9,62 \pm 0,32$	$8,23 \pm 0,12$	$4,92 \pm 0,19$
2 n=15	$9,18 \pm 0,32$ $P > 0,05$ (1)	$8,05 \pm 0,11$ $P > 0,05$ (1)	$4,09 \pm 0,19$ $P < 0,05$ (1)

Примітки:

1. P – ступінь достовірності.

2. В дужках вказано групу, з якою здійснене порівняння

Водночас, нами не встановлено достовірної різниці у параметрах бокового згинання шиї як в уражений бік, так і у здоровий бік: отримані результати були відповідно $9,62 \pm 0,3$ см проти $9,18 \pm 0,32$ см та $8,23 \pm 0,12$ см проти $8,05 \pm 0,12$ см (в обох випадках $P > 0,05$).

При порівнянні початкових і кінцевих значень досліджуваних показників у дітей груп 1 та 2 (таблиця 3), встановлено, що застосування заходів фізичної реабілітації достовірно сприяло збільшенню показників бокового згинання шиї в уражений та здоровий бік, а також розгинання у шийному відділі хребта у дітей як 1-ї, так і 2-ї груп: всі зазначені кінцеві показники були достовірно більше початкових ($P < 0,01$). Водночас, якщо покращення параметрів бокового згинання у здоровий та уражений бік у дітей 1-ї та 2-ї груп перебувало практично на одному рівні (28-23%), позитивно динаміка показників розгинання була різною – у дітей 1-ї групи кінцеві параметри, у порівнянні з початковими, збільшились на 25%, тоді як у дітей 2-ї групи тільки на 8%.

Таблиця 3

Динаміка показників бокового згинання та розгинання у шийному відділі хребта дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Групи	Згинання бокове у уражений бік, см	Згинання бокове у здоровий бік, см	Розгинання, см
1° n=15	$8,11 \pm 0,28$	$7,01 \pm 0,12$	$3,91 \pm 0,16$
1 n=15	$9,62 \pm 0,32$ $P < 0,01$ (1°)	$8,23 \pm 0,12$ $P < 0,01$ (1°)	$4,92 \pm 0,19$ $P < 0,01$ (1°)
2° n=15	$8,13 \pm 0,27$	$7,02 \pm 0,13$	$3,81 \pm 0,17$
2 n=15	$9,18 \pm 0,32$ $P < 0,01$ (2°)	$8,05 \pm 0,11$ $P < 0,01$ (2°)	$4,09 \pm 0,19$ $P < 0,01$ (2°)

Примітки:

1. Позначка° свідчить про початкові (фонові) результати обстеження.

2. P – ступінь достовірності.

3. В дужках вказано групу, з якою здійснено порівняння

Висновки

Таким чином, проведені дослідження можуть бути підставою для наступних висновків:

1. З'ясовано, що визначення сантиметровою стрічкою параметрів розгинання та бокового згинання шийного відділу хребта у здоровий та уражений бік є досить інформативним методом контролю за дієвістю застосованих заходів фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії у дітей першого року життя.

2. Інформативність методу вимірювання сантиметровою стрічкою параметрів рухливості шиї не залежить від засобів фізичної реабілітації, які були застосовані для подолання проявів кривошії.

3. Метод вимірювання сантиметровою стрічкою параметрів рухливості шийного відділу хребта дозволяє встановити ті з притаманних вродженій м'язовій кривошії показників, які більше, ніж інші, потребують прицільної корекції.

4. Визначення сантиметровою стрічкою ступеня розгинання у шийному відділі хребта та бокового згинання шиї є нескладним, доступним у практичному використанні методом експрес-обстеження, який не потребує додаткового обладнання та значних затрат часу.

5. Перспективи подальшого розвитку у даному напрямку. З метою експрес-обстеження дітей раннього віку, зокрема першого року життя, для встановлення наявності у них вродженої м'язової кривошії та поточного контролю за ефективністю застосованих для лікування даної патології заходів фізичної реабілітації фахівцям з фізичної реабілітації доцільно застосовувати визначення сантиметровою стрічкою ступеня розгинання шиї та її бокового згинання в здоровий та уражений бік.

Література

1. *Берибек Р., Синос А.* Диспансерное обследование аппарата движения у детей. – М.: Медицина, 1980. – 145 с.
2. *Виленский В.Л., Михайлова Л.К.* Врожденная мышечная кривошея. //Фельдшер и акушерка. – 1990. – №4. – С. 36 – 41.
3. *Волков М.В., Тер-Егназаров Г.М.* Ортопедия и травматология детского возраста: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1983. – 465 с.
4. *Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., Осташко В.И.* Ортопедия: Краткое руководство для практикующих врачей. – Санкт-Петербург: Гиппократ, 2001. – 368 с.
5. *Ступницька С.А.* Методика обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошеєю //Перший крок у науку: Матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції. – Луганськ, 2006. – С. 136 – 140.
6. *Ступницька С.А.* Рання діагностика та реабілітація вродженої м'язової кривошії у дітей першого року життя //Матеріали VIII відкритої науково-методичної конференції студентів факультету СМ та ФР. – К., 2005. – С. 328 – 335
7. *Физиотерапия / под ред. М. Вейсса, А. Зембатога / пер. с польского И.В. Осегинского.* – М.: Медицина, 1986. – 445 с.
8. *Hollier L, Kim J, Grayson B.H, McCarthy J.G.* Congenital muscular torticollis and the associated craniofacial changes. *Plast Reconstr Surg* 2000. – 105 s.

ЭКСПРЕСС-ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Светлана СТУПНИЦКАЯ

Львовский государственный университет физической культуры

Цель исследования. Сделать попытку применить методику определения сантиметровой лентой показателей разгибания и бокового сгибания в сторону поражения и здоровую сторону шейного отдела позвоночника и проверить информативность и необходимость ее применения

как способа поточного контроля в физической реабилитации детей раннего возраста с врожденной мышечной кривошеей.

Задачи исследования. Анализ научно – методической литературы. Проверить информативность и необходимость применения методики определения сантиметровой лентой показателей разгибания и бокового сгибания в сторону поражения и в здоровую сторону шейного отдела позвоночника как способа поточного контроля в физической реабилитации детей раннего возраста с врожденной мышечной кривошеей.

Методы исследования. Для исследования объема движений в шейном отделе позвоночника измеряли параметры разгибания шеи и бокового сгибания в сторону поражения и здоровую сторону, которые, за рекомендациями М. Вейсса, измеряли сантиметровой лентой [6]. Для определения степени разгибания шеи измеряли расстояние от подбородка до верхнего края грудины в положении ребенка лежа на спине, с головой за пределами кушетки при опоре на ладонь реабилитолога. Величину бокового сгибания и разгибания шеи определяли, измеряя расстояние между сосцевидным и акромиальным отростками в положении ребенка лежа на кушетке, на спине. Обследование проводилось 2-а реабилитологами, один из них фиксировал ребенка за плечики, а другой проводил пассивное разгибание и замеры.

Статья посвящена установлению информативности определения сантиметровой лентой объема движений в шейном отделе позвоночника детей первого года жизни с врожденной мышечной кривошеей.

Ключевые слова: врожденная мышечная кривошея, шейный отдел позвоночника, дети первого года жизни.

EXPRESS EXAMINATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL MUSCULAR TORTICOLLIS AT EARLY AGE

Svitlana STUPNYTS'KA

Lviv State University of Physical Culture

Aim of the research. To make an attempt to apply the method of definition with centimeter tape the parameters extension and lateral bending aside the hurt and the healthy side of a cervical section of a backbone of children of early age with congenital muscular torticollis.

Tasks of the research. The analysis of scientifically methodical literature. To check up productivity and necessity of application the method of definition with a centimeter tape of parameters extension and lateral bending aside the hurt and the healthy side of a cervical section of a backbone as a way of the current control over physical rehabilitation of children of early age with congenital muscular torticollis.

Methods of research. For examining the volume of movements in a cervical section of a backbone the parameters of neck extension and lateral bending aside the hurt and the healthy side were measured with centimeter tape as recommended by M. Vejssa. For defining the degree of neck extension the distance from a chin up to the top edge (territory) of a chest was measured in position of the child laying on a back, with a head outside a couch at a support on the rehabilitator's palm. The value of neck extension and lateral bending was defined by measuring distance between shoots in position of the child lying on a couch on a back. The examining was carried out by 2 rehabilitators, one of them fixed the child with a coat hanger, and another carried out (spent) passive extension and measuring.

Abstract. Article deals with defining the productivity of measuring by a centimeter tape the volume of movements in a cervical section of a backbone of children with congenital muscular torticollis at the first year of life.

Key words: congenital muscular torticollis, a cervical section of a backbone, children of the first year of life.