

**Ступницька С. А.
Рябуха О. І.**

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ
З ВРОДЖЕНОЮ М'ЯЗОВОЮ КРИВОШИЄЮ**

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК



ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Ступницька С. А.

Рябуха О. І.

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ВРОДЖЕНОЮ
М'ЯЗОВОЮ КРИВОШИЄЮ**

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

**Львів
ЛДУФК
2011**

УДК 615.85:616.743-053.31(076)

ББК 53.54я73

С 88

*Рекомендовано до друку вченою радою
Львівського державного університету фізичної культури
(протокол № 11 від 05 липня 2011 року)*

Рецензенти:

д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри педіатрії

С. Л. Няньковський

(Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького);

д-р біол. наук, проф., проректор з науково-педагогічної роботи, завідувач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання та валеології

А. В. Магльований

(Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького);

канд. мед. наук, асист. кафедри дитячої хірургії,
головний дитячий ортопед-травматолог області,

В. І. Прусенко

(Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького);

канд. мед. наук, професор кафедри валеології і спортивної медицини

В. М. Мухін

(Львівський державний університет фізичної культури)

С 88 Ступницька С. А.

Фізична реабілітація дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю: навч.-метод. посіб. / Ступницька С. А., Рябуха О. І. – Л.: ЛДУФК, 2011. – 122 с.

ISBN 978-966-2328-19-6

У посібнику висвітлюються актуальні питання фізичної реабілітації дітей першого року життя, які хворіють на вроджену м'язову кривошию, а також представлені сучасні погляди на етіопатогенез і клінічні прояви цього захворювання.

Запропонована базова програма фізичної реабілітації, яка містить загальні підходи до проведення реабілітаційних засобів, визначає реабілітаційні завдання, розкриває організаційні особливості їх проведення, наводить методичні вказівки щодо їх практичної реалізації. Складовими програми є запропоновані критерії оцінювання ефективності реабілітаційних засобів та здійснення фізичної реабілітації з урахуванням вікових періодів розвитку дитини першого року життя.

Рекомендується фахівцям фізичної реабілітації, лікарям-педіатрам, ортопедам, неврологам, студентам вищих навчальних закладів, які спеціалізуються з фізичної реабілітації, батькам дітей із кривошиєю.

УДК 615.85:616.743-053.31(076)

ББК 53.54я73

Фотографії подано зі згоди батьків дітей з вродженою кривошиєю.

Усі види досліджень і реабілітації проводилися згідно з інформованою згодою батьків пацієнтів і відповідно до міжнародних етичних вимог ВООЗ (Женева, 1993 р.)

ISBN 978-966-2328-19-6

© Ступницька С. А., Рябуха О. І., 2011

© Львівський державний університет
фізичної культури, 2011

ЗМІСТ

Вступ	4
Розділ 1. Вроджена м'язова кривошия в дітей раннього віку	7
1.1. Загальні відомості про кривошию	7
1.2. Етіологія вродженої м'язової кривошії. Вплив екзогенних і ендогенних патологічних чинників на виникнення та розвиток вродженої м'язової кривошії	9
1.3. Клінічні симптоми та діагностика вродженої м'язової кривошії	13
Розділ 2. Анатомо-фізіологічні особливості дітей першого року життя	20
Розділ 3. Фізична реабілітація дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю	29
3.1. Реабілітаційне обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю	29
3.2. Планування фізичної реабілітації у дітей першого року життя	40
3.3. Загальні підходи до фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю	44
3.4. Засоби фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю	52
Додатки	67
Використана література	115

ВСТУП

Реабілітація дітей першого року життя є одним із найактуальніших медико-соціальних завдань суспільства, оскільки збільшення кількості хворих дітей раннього віку становить потенційну загрозу їх інвалідизації в майбутньому. Водночас, завдяки значним пластичним можливостям організму, саме на першому році життя найбільш реально усунути більшість патологічних станів та запобігти їх незворотнім наслідкам [1, 30, 53, 58].

Вроджена м'язова кривошия – доволі поширене захворювання опорно-рухового апарату дітей [23, 29, 31, 94, 88]. Дослідження різних років свідчать, що на першому році життя цей вид кривоший спостерігається у 3–12% дітей і займає третє місце серед вродженої патології [11, 16, 23, 66, 68]. У наукових джерелах, стосовно частоти цієї патології, зазначено, що вона трапляється у 12,4% дітей [1, 12, 15, 17, 33, 47]. Інші автори наголошують на тому, що вроджена м'язова кривошия виявляється у 31% дітей серед ортопедичних патологій [17]. У Сполучених Штатах Америки щорічно народжуються більш ніж 45 тисяч дітей, у яких діагностують вроджену м'язову кривошию [101]. Про актуальність проблеми за кордоном свідчить наявність асоціацій батьків дітей, хворих на вроджену м'язову кривошию та різноманітних суспільних організацій, які опікуються такими дітьми [87]. Тривожним є той факт, що згідно з дослідженнями закордонних учених, зокрема російських, спостерігається стійке зростання захворюваності на кривошию [6, 10, 28, 32, 37, 42, 78, 88].

Водночас, аналіз наукової та методичної літератури, присвяченої питанню вродженої м'язової кривоший, практичний досвід роботи відділень ортопедії та травматології, реабілітації, медичних закладів м. Львова свідчать про відсутність цілісного підходу до фізичної реабілітації дітей першого року життя з діагнозом “вроджена м'язова кривошия”. Недостатня адаптованість відповідно до морфофізіологічних особливостей дітей раннього віку тих методик обстеження, які зазвичай рекомендовано застосовувати, відсутність комплексних реабілітаційних програм та методичних вказівок щодо особливостей застосування реабілітаційних заходів у цього контингенту дітей спонукали нас до написання репрезентативного методичного посіб-

ника, в якому узагальнено власний багаторічний практичний досвід фізичної реабілітації дітей першого року життя, хворих на вроджену м'язову кривошию.

Мета авторів посібника – привернути увагу до проблеми фізичної реабілітації дітей раннього віку, хворих на вроджену м'язову кривошию. За період від 2005 року з цього питання опублікували 18 статей, присвячених етіології, патогенезу, клінічним проявам захворювання, отримали три авторських свідоцтва, у яких подано авторські модифікації методів обстеження при цій патології в дітей раннього віку та авторські підходи до корекції найпоширеніших морфофункціональних порушень.

З метою поліпшення якості надання стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги дітям з кривошиями та забезпечення науково обгрунтованої фізичної реабілітації дітей, хворих на вроджену м'язову кривошию, 2008 року на базі міської дитячої клінічної лікарні на виконання «Міської програми з охорони здоров'я дітей і матерів на період 2008–2012 рр.» створено перший в Україні Львівський міський центр реабілітації дітей з вродженими та набутими формами кривошії, який не тільки надає консультативну допомогу, здійснює амбулаторне та стаціонарне лікування дітей з різними формами кривошії, але й практично впроваджує сучасні форми та методики діагностики, фізичної реабілітації та профілактики вроджених та набутих форм кривошії.

У методичному посібнику подано узагальнені підсумки роботи центру з дітьми раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю. Виклад матеріалу починається з аналізу літературних даних щодо етіології, патогенезу та клінічних проявів вродженої м'язової кривошії (розділ I). Для кращого розуміння як проявів захворювання, так і можливих напрямків реабілітаційного впливу розглядаються анатомо-фізіологічні особливості дітей раннього віку (розділ II). Розділ III, який присвячено фізичній реабілітації дітей з вродженою м'язовою кривошиєю, має нетрадиційну побудову і структуру. Зокрема, у ньому не тільки детально описано засоби фізичної реабілітації, але й розкривається суть реабілітаційного обстеження дітей із цією патологією та подаються рекомендації щодо організації самого процесу фізичної реабілітації. Автори підкреслюють, що обстеження та про-

ведення заходів фізичної реабілітації повинні відбуватися згідно з віковими періодами розвитку дитини (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 місяців).

Важливою складовою посібника є додатки, в яких розкривається суть фізичної реабілітації при різноманітних морфофункціональних порушеннях, притаманних вродженій м'язовій кривошії, наводиться перелік обстежень, які потрібно здійснити для верифікації діагнозу, вказуються умови індивідуалізації реабілітаційної програми та її складові. Згідно з авторською концепцією фізичної реабілітації дітей з вродженою м'язовою кривошиєю, їхні батьки є обов'язковими учасниками реабілітаційного процесу, тому автори розробили рекомендації для батьків дітей з вродженою м'язовою кривошиєю.

РОЗДІЛ 1

Вроджена м'язова кривошия в дітей раннього віку

1.1. Загальні відомості про кривошию

Кривошия – ортопедична патологія, характерною ознакою якої є викривлення ший, що призводить до неправильного положення голови [29, 38, 44].

Захворювання було добре відоме ще здавна. Такі відомі письменники як Ф. Рабле (1494 – 1553) і П. Скаррон (1610 – 1660) у своїх творах писали про кривошию [23, 37]. Светоній і Горацій згадували її під назвою *caput obstipum* та *cervix obstipa*.

Ще 1737 року Жагер, аналізуючи причини виникнення кривоший, звернув увагу на вкорочення одного з грудинно-ключично-соскоподібних м'язів (рис. 1). З метою корекції деформації він запропонував проводити розсікання м'яза в молодому віці, поки ще не відбулися зміни в хребцях. Пізніше вчені застосовували різні модифікації розсікання, висікання, пластичного видовження вкороченого м'яза.

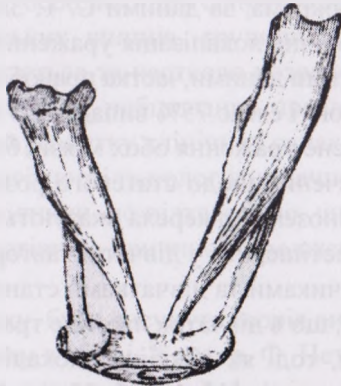


Рис. 1. Вкорочення одного з грудинно-ключично-соскоподібних м'язів при вродженій м'язовій кривоший [73]

Поряд з оперативними методами лікування кривоший вже з давніх часів використовувалися різні вправи, а згодом – апарати для виправлення неправильного положення голови, зокрема спеціальні колирці та корсети [23, 42].

Кривошия може бути як окремою деформацією, так і ознакою інших захворювань [29, 38, 44]. За локалізацією вона буває однобічною (лівобічною або правобічною) та двобічною [91, 102, 108]. Розрізняють вроджену та набуту кривошию [6, 21, 103]. Вроджену кривошию поділяють на м'язову, кісткову, неврологічну [44]. Спільним для всіх форм кривоший є загальний симптом – нахил голови [109]. Найпоширенішою формою є вроджена м'язова кривошия [7, 48, 76, 108].

Вроджена м'язова кривошия – стійке неправильне положення голови, яке проявляється в нахилі її вбік з одночасним поворотом обличчя в протилежний бік [22, 65, 84, 104]. Такий стан зумовлений тим, що скорочені м'язи шиї примушують обличчя повертатись у бік, протилежний ураженню [67, 81, 98, 104]. Вимушене положення голови є наслідком патологічних змін у м'язих тканинах, насамперед – вкорочення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, рідше – змін в інших м'язах, зокрема трапецієподібного, кістках, суглобах, нервах, уражень скелета або нервової системи [18, 40, 67, 83, 84].

Більшість дослідників вважають, що частота уражень як правого, так і лівого грудинно-ключично-соскоподібного м'язів є приблизно однаковою [33, 44]. Зокрема, за даними С. Т. Зацепіна, у 54% дітей спостерігається правобічна локалізація ураження, у 46% – лівобічна [23]. Водночас, за іншими даними, частка правобічної локалізації кривоший є значно більшою і сягає 75% випадків [91]. Більшість авторів вважають, що одночасне ураження обох м'язів буває рідко [98, 104].

Спостереження вчених щодо статевого розподілу хворих дітей не збігаються. Деякі іноземні джерела вказують на те, що у хлопчиків кривошия буває частіше, ніж у дівчаток: автори свідчать, що співвідношення між хлопчиками та дівчатками становить 3:2 [89]. Деякі автори повідомляють, що в дівчаток частіше трапляється правобічна локалізація ураження, тоді як лівобічна локалізація буває рідше й уражає переважно хлопчиків [12, 19, 32, 33, 44, 100].

Вроджена м'язова кривошия може мати три морфологічні форми: з гематомою в грудинно-ключично-соскоподібному м'язі, з потовщенням або ущільненням у ділянці грудинно-ключично-соскоподібного м'яза та без ущільнення й гематоми [82]. У процентному відношенні класифікація кривоший виглядає таким чином: частка кривоший з гематомою в грудинно-ключично-соскоподібному м'язі

сягає 55%, кривошия з потовщенням і напруженістю м'яза трапляється у 34% випадків, постуральна кривошия, яка не супроводжується ані напруженістю, ані гематомою, становить 11% [90].

Вроджену кривошию можна спостерігати одночасно з іншими деформаціями опорно-рухового апарату: вродженим вивихом стегна, дисплазією кульшових суглобів, клишоногістю, паралічем Єрба, плоскостопістю, лійкоподібною грудною кліткою тощо [32, 47, 82, 85, 87, 102, 107]. Деякі автори зазначають, що в 10% випадків патологія є спадковою: вроджені деформації опорно-рухового апарату були виявлені в батьків, братів, сестер хворої дитини [36, 42, 67, 81].

1.2. Етіологія вродженої м'язової кривошії. Вплив екзогенних і ендогенних патологічних чинників на виникнення та розвиток вродженої м'язової кривошії

Існує багато теорій виникнення вродженої м'язової кривошії [43, 44, 82, 93]. Найстарішою є травматична теорія. Її автор, Л. Штроемeyer (1838), вважав, що кривошия є наслідком травми грудинно-ключично-соскоподібного м'яза під час пологів [23, 29, 33, 34, 107]. При важких пологах, особливо при сідничному передлежанні та при накладанні акушерських щипців, грудинно-ключично-соскоподібний м'яз переростягається та частково розривається [32, 81, 82, 83, 107]. Подальше поступове рубцювання призводить до вкорочення ушкодженого м'яза й розвитку клінічних ознак захворювання. Проте вивчення перебігу вагітності та пологів у значної кількості жінок, яке здійснили інші дослідники, не підтвердило, що саме пологова травма є основною етіологічною причиною вродженої м'язової кривошії [29, 33, 48, 83].

Згодом, 1884 року, була висунута теорія вимушеного неправильного положення плоду в матці. Її автор, Ф. Петерсен, вказував на те, що патологічне бокове згинання шії під час розвитку плоду зближує між собою точки прикріплення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза [42, 44, 93]. Унаслідок цього м'яз вкорочується, що і спричиняє кривошию [81, 82, 84]. Деякі автори, підтримуючи та розвиваючи цю теорію, зазначають, що основною причиною кривошії є неправильне положення голівки плоду під час його внутрішньоутробного розвитку при поперечному, косому та сідничному передлежанні [47,

107]. Вважають, що під час пологів з сідничним передлежанням плоду патологія спостерігається у 30% – 80% дітей [48, 106]. Цю теорію підтверджують і результати поглибленого обстеження дітей, у яких у внутрішньоутробному періоді було встановлене сідничне або поперечне передлежання [42, 93, 84]. Є дані, що зменшення кількості навколоплідних вод (маловоддя) провокує вимушене положення голівки дитини, що може призвести до розвитку вродженої м'язової кривоший [33]. Вчені також звертають увагу на вторинне защемлення грудинно-ключично-соскоподібних і трапецієподібних м'язів при тривалому асиметричному фіксованому положенні шиї в надто вузькій порожнині матки впродовж вагітності або внаслідок стискання самої вагітної матки пухлиною чи печінкою [67, 68, 82]. Загалом тиск на шию плоду має доволі велике значення в етіології м'язової кривоший. Зокрема, у випадках вимушеного положення плоду його плече тисне на шию та грудинно-ключично-соскоподібний м'яз. І. В. Студзинський ще 1951 року однією з можливих причин виникнення вродженої м'язової кривоший вважав тиск пуповини на шию плоду [32, 42].

Згідно з теорією внутрішньоутробної вади розвитку грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, патологія зумовлена складним філогенетичним походженням м'яза, який в ембріогенезі формується з переднього краю трапецієподібного м'яза, що призводить до морфологічної варіабельності обох м'язів із наступним розвитком кривоший [44, 84]. Тому деякі вчені висувають теорію первинного вкорочення грудинно-ключично-соскоподібного і трапецієподібного м'язів внаслідок неправильної закладки їх спільного сегмента або затримки ембріонального розвитку нормально закладених м'язів [22, 67, 68, 82]. Клінічно кривошия проявляється в тих дітей, у яких значна частина волокон грудинно-ключично-соскоподібного м'яза недорозвинута або заміщена сполучною тканиною [42, 84, 93]. Внутрішньоутробний недорозвиток одного з грудинно-ключично-соскоподібних м'язів підтверджується і тим, що порушення розвитку м'яза спостерігається також у дітей, які народилися за допомогою кесарського розтину [7].

Згідно з теорією запального походження вродженої м'язової кривоший, вона є наслідком запалення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза з його наступною фіброзною дистрофією [32, 42].

Найбільш доказовою, а отже, і найпоширенішою є теорія С. Т. Зацепіна, який висловив думку, що кривошия є результатом поєднання вродженої вади розвитку грудинно-ключично-соскоподібного м'яза та його травми під час пологів при неправильному передлежанні плоду та накладання акушерських щипців для його вивільнення [23, 44, 48]. Під час пологів, особливо при сідничному передлежанні, з великою часткою ймовірності може відбуватися пошкодження морфологічно неповноцінного грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, для якого шкідливим є не тільки перерозтяг, але і стискання чи перекручування, оскільки вони призводять до ішемії [32, 42, 67]. При вираженій і стійкій контрактурі м'яз під час пологів зазнає травми; згодом на цьому місці виникає припухлість, яка є характерною ознакою тільки для вродженої м'язової кривошиї [81, 83, 107]. Це припущення отримало гістологічне підтвердження: ступінь важкості кривошиї прямо залежить від ступеня недорозвитку м'язових тканин та ступеня заміщення м'язової тканини на сполучну. Тому з клінічно вираженими симптомами вродженої м'язової кривошиї народжуються лише ті діти, в яких кількість недорозвинутих м'язових волокон є значною або більша частина м'яза заміщена на волокнисту сполучну тканину [29, 32, 48]. У певних випадках в етіології кривошиї мають значення й інші причини, зокрема спадковість, проте її значення при вродженій м'язовій кривошиї є меншим, ніж при інших вроджених деформаціях [44, 47, 67, 81].

Виникнення патології можуть провокувати деякі екзогенні та ендогенні впливи [23, 44]. Зокрема, К. А. Круминь і М. Д. Процайло вважають, що чинниками ризику виникнення вродженої м'язової кривошиї можуть бути впливи на плід різноманітних шкідливих умов зовнішнього середовища [33, 48]. Цю думку поділяє А. П. Олекса, який пов'язує формування патології з дією не тільки зовнішніх, але й внутрішніх чинників [44].

Оскільки для реалізації чіткої послідовності процесів онтогенезу необхідні відповідні умови зовнішнього та внутрішнього середовищ, будь-яке незначне відхилення від визначених умов гомеостазу може вплинути на фізичний стан ембріона та скерувати хід його розвитку на хибний шлях, що призведе до виникнення та формування вад розвитку. Відомо, що впродовж онтогенезу організм проходить через два

критичні періоди, під час яких клітини зародка є надзвичайно вразливі: дія будь-якого шкідливого чинника, як правило, призводить до їхнього пошкодження та виникнення різноманітних аномалій. Такими критичними періодами є тиждень після зачаття та період від 5-го до 8-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Таким чином, плід є особливо вразливим у ранні терміни вагітності, оскільки саме тоді закладаються органи і загроза утворення вад є найбільшою [27]. Саме тому А. Ерекешов, Е. А. Абальмасова, В. Г. Климовецький вважають, що вплив певних чинників у критичні періоди розвитку плоду може стати поштовхом до формування й розвитку кривошії [1, 27, 22].

Відомо, що виникнення вроджених патологій може бути спричинене дією на плід термічних, радіаційних, хімічних, біологічних, психічних, механічних чинників. Зокрема, до механічних чинників, що шкідливо впливають на розвиток ембріона, належать багатоводдя та маловоддя, підвищений внутрішньоматковий тиск, тиск стінки матки на окремі ділянки ембріона, звуження таза матері, патологічний перебіг вагітності та пологів, перетинки амніотичними нитками і складками, вимушене положення плоду, обвиття його пуповиною, механічні травми матері під час вагітності, пухлини матки [33, 39, 48, 81, 106, 107].

Аналіз історій хвороб дітей з вродженою м'язовою кривошиєю виявив, що в 62% випадків їхні матері протягом вагітності фізично важко працювали, з них у 28% кривошию можна пов'язати з неправильним внутрішньоутробним положенням плоду, у 36% випадків діти мали кривошию з гематомою в грудинно-ключично-соскоподібному м'язі, 37% дітей мали ізольовану вроджену м'язову кривошию [89].

У деяких випадках вроджену м'язову кривошию пов'язують із недоношеністю або загрозою викидня, з наявністю короткої пуповини, обвиттям пуповиною шії, асфіксією плоду, першими пологами [1, 68, 74, 82].

Зовнішні температурні впливи на вагітну жінку у випадках їх підвищення або пониження також можуть бути ймовірними причинами аномалій розвитку плоду.

Механізм дії на ембріон хімічних речовин може бути різним. В одних випадках хімічна речовина, що взаємодіє з ембріональними тка-

нинами, призводить до локального пошкодження окремих частин зародка, в інших – до загального пригнічення темпів розвитку плоду [1].

Значний вплив на аномальний розвиток ембріона людини мають ендогенні чинники, з яких найбільше значення для виникнення вроджених вад становлять неповноцінність статевих клітин батьків та патологічний перебіг вагітності: резус-конфлікт матері та плоду, нефропатія й еклампсія, гестоз уже давно вважають причиною розвитку багатьох аномалій опорно-рухового апарату в дітей [1, 33]. Деякі дослідники до причин виникнення аномалій плоду зараховують осінньо-зимові зачаття, велику кількість пологів у матері, наявність у неї інфекційних і соматичних захворювань [1, 35]. На думку багатьох дослідників, токсичні продукти, що утворюються в організмі матері під час захворювань на гострі, особливо вірусні інфекційні хвороби, можуть проникати через плаценту й шкідливо впливати на ембріон [1, 35, 48].

Останніми десятиріччями спостерігається зростання ендокринної захворюваності. Одне з перших місць належить тиреоїдній патології, зокрема автоімунному тиреоїдиту. У клінічному перебігові захворювання спостерігається гіперплазія щитоподібної залози з подальшою трансформацією в гіпотиреоз, який є однією з причин затримки внутрішньоутробного розвитку плоду та виникнення в нього вроджених вад [52, 73, 77, 105].

Аналізуючи причини утворення кривошії, В. Л. Страковська зазначає, що в антенатальному або ранньому постнатальному періодах будь-який несприятливий вплив часто призводить до порушення психомоторного розвитку дитини, зокрема до змін м'язового тону, що може стати пусковим моментом виникнення вродженої м'язової кривошії. Негативне значення можуть мати також вроджені та набуті захворювання ЦНС, кістково-м'язового апарату, вірусні захворювання, інші інфекції та патології [53].

1.3. Клінічні симптоми та діагностика вродженої м'язової кривошії

Особливість ранньої клінічної діагностики вродженої м'язової кривошії полягає в тому, що в перші дні або й перші тижні після народження візуальні ознаки кривошії можуть бути відсутні або ма-

лопомітні. У зв'язку з тим, що в дітей грудного віку функціональні порушення опорного та нервово-рухового апаратів взаємопов'язані, їм практично неможливо встановити диференціальний ортопедичний чи неврологічний діагноз. Саме тому під час обстеження дітей з метою виявлення ортопедичних захворювань фахівці наголошують на необхідності спостереження за рефlekсами й реакціями в різних ділянках тіла [10].

Зміни в ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі можуть мати різні прояви та ступені. У разі внутрішньоутробного формування кривошії, яку кваліфікують як первинну вроджену м'язову кривошию, асиметрія обличчя та черепа спостерігається відразу після народження [16, 17, 28, 33]. Проте здебільшого діагноз "вроджена м'язова кривошия" можна поставити лише через деякий час після виписки дитини з пологового будинку, коли на місці найбільших змін в ураженому м'язі утворюється веретеноподібне ущільнення розміром від вишневої кісточки до сливи або й до голуб'ячого яйця [35, 84]. Як правило, ущільнення є неболючим [11, 16, 81, 82, 83]. Припухлість (так звана гематома) знаходиться переважно в середньо-нижній третині м'яза на місці переходу його в сухожилкову частину [38, 39]. Гістологічно – це дистрофічно змінений м'яз зі слідами крововиливів і подальшого рубцювання. Ті випадки, коли гематома не утворюється, розглядають як справжню вроджену (сформовану внутрішньоутробно) кривошию. Випадки, коли при наявності гематоми неправильне положення голови виявляється не одразу, можуть бути зумовлені пологовою травмою або вродженою неповноцінністю грудинно-ключично-соскоподібного м'яза [38]. За даними Н. П. Кудрякової, одразу після народження виявити потовщення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза з одного боку або асиметрію обличчя можливо менш ніж в 1% випадків [35]. При наявності гематоми кривошия може діагностуватися у віці 2–3 тижні; у разі її відсутності ознаки захворювання проявляються приблизно в двомісячному віці, коли м'язи починають розвиватись і положення голови змінюється – голова хилиться на бік [82]. П. Я. Фіщенко вказує, що випадки пізньої діагностики кривошії становлять 10% [20].

Первинний діагноз встановлюють на основі огляду дитини, з'ясування анамнезу, пальпації грудинно-ключично-соскоподібного

м'яза, під час якої можна відчути розширення або ущільнення різного розміру та консистенції (від м'якої до твердої) [90, 102]. Часом спостерігається нахил голови, напруженість м'яза, гематома або ущільнення [84, 103].

При вродженій м'язовій кривошії на боці ураження спостерігається недорозвиток усіх м'яких тканинних утворень шкіри, проте найвираженіший він у грудинно-ключично-соскоподібному м'язі [12]. Чим раніше в процесі ембріогенезу формується неправильне щодо тулуба положення голівки плоду, тим на момент народження дитини деформація є вираженішою та стійкішою [12, 33, 73].

Уже на другому місяці життя поворот голови дитини в бік ураження та її нахил у протилежний бік обмежені. У цей самий час починають виявлятися деякі вторинні деформації – асиметрія обличчя, черепа, шкірних складок на шії. На боці ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза шкірні складки глибші, у них частіше виявляється поприлість. Через 3–12 місяців у потовщенні м'яза поступово відбувається зворотний розвиток явищ дистрофії та дегенерації його тканин, проте м'яз або його уражена частина (ніжка) стає менш еластичною, набуває характер сполучнотканинного тяжу, заміщує частину м'яза, відстає в рості [33]. Унаслідок розвитку в м'язі дистрофічного процесу його волокна перероджуються у фіброзну тканину і він поступово перетворюється в короткий щільний сполучнотканинний тяж, який відстає в рості та піднімає шкіру у вигляді “лаштунків” [17, 75, 81, 83]. Натяг вкороченого м'яза зближує точки його прикріплення, що й зумовлює характерну ознаку захворювання – нахил голови з одночасним поворотом обличчя в протилежний бік [15, 17, 84, 107]. Потовщення та ущільнення особливо збільшуються на 3–6 тижні життя дитини. [35].

Симптоматика вродженої м'язової кривошії залежить від патогенезу захворювання, його клінічного перебігу, віку дитини, наявності та відповідності попереднього лікування [11, 29, 84]. Вивчення симптоматики вродженої м'язової кривошії в дітей грудного віку дозволило виокремити дві основні форми захворювання [35].

Перша форма характеризується наявністю веретеноподібного потовщення та ущільнення у верхній, середній або нижній третині одного з грудинно-ключично-соскоподібних м'язів [29, 35, 42]. Ін-

ді інфільтрат поширюється на весь м'яз, форма його овальна або округла, величина – різна [35, 95, 97]. Ущільнення й натяг усього м'яза чи його ніжок виявляється під час повного розслаблення м'яза або при поворотах голови в бік, протилежний ураженню [29, 42]. Ущільнений і потовщений м'яз надалі має вигляд сполучнотканинного тяжа. Голова дитини при цьому нахиляється в бік вкороченого м'яза, обличчя одночасно повертається у здоровий бік. Поворот голови в бік ураженого м'яза обмежений [29]. У перші дні інфільтрат має тістоподібну консистенцію та покритий незміненою шкірою [35]. У всіх дітей з цією формою вродженої м'язової кривошийі неправильне положення голови одразу після народження є незначним [95, 97]. Клінічні ознаки захворювання починають виявлятися з кінця 2–3 тижня життя [29, 42, 75]. Наприкінці першого місяця життя тяж набуває такої щільності, що його консистенція нагадує хрящ [35]. У цей самий період візуально виявляється асиметрія черепа. У разі відсутності адекватного лікування неправильне положення голови дитини стає помітним ще до кінця другого місяця її життя. [35, 95, 97].

При другій формі кривошийі інфільтрат у грудинно-ключично-соскоподібному м'язі відсутній, проте асиметрія черепа та обличчя, неправильне положення голови спостерігаються вже відразу після народження [16, 17, 35]. Хоча грудинно-ключично-соскоподібний м'яз на боці нахилу голови вкорочений, він м'якший на дотик, ніж при кривошийі, яка супроводжується інфільтратом.

Клінічна картина деформації при завершеному патологічному процесі в ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі типова: неправильне положення голови, що є наслідком вкорочення ураженого м'яза, призводить до постійного нахилу голови в його бік та повороту обличчя в протилежний бік. Підборіддя при цьому дещо підняте догори. Вкорочений м'яз натягнутий і ущільнений; у зв'язку з розвитком фіброзної тканини і внаслідок натягу він рельєфно контурується під шкірою [35].

Переважно спостерігається вкорочення обох ніжок грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, проте ступінь їх вкорочення може бути неоднаковим. Це зумовлене нерівномірним ураженням різних частин м'яза. У випадку, коли обидві ніжки м'яза вкорочені однаково, вони виступають під шкірою, при цьому між ними чітко ви-

мальовується трикутний простір; поворот обличчя й нахил голови виражені однаково. Переважне вкорочення та натяг грудинної ніжки м'яза призводить до більш вираженішого повороту голови у здоровий бік з опусканням потилиці й підняттям підборіддя. При більшому вкороченні та натягу ключичної ніжки м'яза сильніше виражений нахил голови; у цьому випадку шия видається розширеною та різко зсунутою вбік [23, 29, 40, 47, 75]. Незалежно від натягу тієї чи тієї ніжки, шия на боці ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза вкорочена, а на її шкірі утворюються поперечні складки. На протилежному щодо ураження боці шия видовжена, шкіра на ній натягнута. М'які тканини, які оточують вкорочений грудинно-ключично-соскоподібний м'яз, є атрофовані; особливо різко атрофовані потиличні м'язи. Вкорочення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза перешкоджає рухам голови. При значному його вкороченні нахил голови в бік однойменного здорового м'яза та поворот її в бік зміненого м'яза стають неможливими [35, 81]. Патологічний процес поширюється також на трапецієподібний м'яз. Обмеження повороту голови в бік ураження та нахилу голови в протилежний бік помітні під час огляду дитини не лише в положенні лежачи на спині, але й на животі, оскільки до кінця 2-го місяця дитина вже повинна утримувати голову по середній лінії [15].

У тих випадках, коли лікування було відсутнє або малоефективне, з часом формується так звана "потилична компенсація", що полягає в утворенні шийного сколіозу, оберненого опуклістю в бік незміненого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Це призводить до зміщення голови дитини в напрямку опуклості шийного викривлення та розміщення її на рівні середини грудної клітки із здорового боку. При цьому здоровий грудинно-ключично-соскоподібний м'яз набуває слабо вигнутого S-подібного положення, а уражений м'яз здається менш вкороченим [35].

Аміютика вродженої м'язової кривошії прямо залежить від біомеханічних змін. Нерівномірна тяга обох грудинно-ключично-соскоподібних м'язів при тривалому односторонньому статичному та динамічному навантаженні призводить до виникнення вторинних змін та деформацій – асиметрії обличчя й черепа, появи глибоких асиметричних складок на шиї на боці ураженого грудинно-ключично-

соскоподібного м'яза [45, 66]. У давніших випадках захворювання спостерігається збільшення соскоподібного відростка, асиметрія трикутників шиї і талії. Останні є ознаками формування вторинного сколіозу в шийному й верхньогрудному відділах хребта. Унаслідок вимушеного положення голови спостерігається компенсаторне викривлення шийного, грудного та поперекового відділів хребта [48].

Важливим симптомом вродженої м'язової кривошиї є зміна розміщення біаурикулярної лінії, яка з горизонтальної стає косою [39, 45, 66]. Існують певні авторські симптоми, які полегшують діагностику захворювання. Зокрема, при симптомі Ерлахера лінія, яку проведено через середину черепа, чола, носа, рота й підборіддя, є вигнутою, тоді як у нормі вона пряма. При симптомі Фелькера, який вказує на асиметрію обличчя, лінії, проведені через обидва ока, обидва кути рота й обидві ключиці, перетинаються в одній точці на ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі. Симптом Стоуна, або симптом "лаштунків", проявляється наявністю шкірної складки на шиї з ураженого боку, що є результатом сильного натягу грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Симптом Зацепіна зумовлений втомою м'язів здорової половини шиї при їх натягу внаслідок відхилення центру ваги голови від осі хребта [12, 45, 57, 66].

Об'єктивне встановлення діагнозу передбачає проведення додаткових інструментальних обстежень [82, 103]. Зокрема, **рентгенологічне дослідження** застосовують з метою виявлення патології черепа, шийних хребців, кісток плечового поясу [15, 82, 84, 103]. Проте, як зазначає "Протокол діагностики та лікування вродженої м'язової кривошиї", на ранніх стадіях розвитку захворювання воно недостатньо інформативне й має значення лише для диференціальної діагностики [39]. Необхідно зазначити, що оскільки уражений м'яз є товщим, ніж здоровий, а його ехогенність є більшою, з метою діагностики можна застосовувати **ультразвукове дослідження**. Воно дає можливість оцінити стан м'яза, розміщеного навколо гематоми, виявити в ньому фіброзні зміни або потовщення з підвищеною васкуляризацією, дифузну або вогнищеву зміну його структури, порівняти товщину та ехогенність обох грудинно-ключично-соскоподібних м'язів. Отримані дані дозволяють об'єктивізувати результати візуального огляду [21, 39, 84, 103].

Іноземні лікарі з діагностичною метою пропонують застосовувати **скапування черепа**: метод дозволяє швидко й точно порівняти результати його вимірювання, зроблені до та після лікування кривоший [80].

Для визначення положення голови щодо середньої лінії тулуба вимірюють **кут нахилу голови**. Для цього застосовують кутоміри різних модифікацій [11, 23]. Згідно з рекомендаціями “Протоколу діагностики та лікування вродженої м’язової кривоший”, величина кута нахилу голови є однією з підстав для встановлення ступеня кривоший. Зокрема, при I ступені вродженої м’язової кривоший кут нахилу голови у фронтальній площині не перевищує $5-8^{\circ}$, при II ступені – 12° , при III ступені кут нахилу голови більший ніж 12° [39].

Таким чином, вроджена м’язова кривошия – це захворювання зі складним патогенезом, етіологія якого остаточно не з’ясована. Клінічній картині захворювання притаманний окреслений комплекс симптомів, встановити діагноз в типових випадках неважко. Водночас відомості щодо пакета необхідних діагностичних заходів та особливостей їх реалізації в дітей різних вікових категорій першого року життя в доступній нам літературі висвітлено недостатньо й потребують уточнення та доопрацювання.

РОЗДІЛ 2

Анатомо-фізіологічні особливості дітей першого року життя

Перший рік життя є найвідповідальнішим етапом розвитку дитини – у цьому віці будь-який несприятливий вплив може призвести до порушення психомоторного розвитку, зміни й перерозподілу м'язового тону. Хоча розвиток дитини залежить від індивідуальних особливостей її організму, будь-які відхилення від нормальних темпів фізичного й нервово-психічного розвитку повинні насторожувати. Знання основних анатомо-фізіологічних особливостей дитини першого року життя та етапів становлення її психофізичного розвитку дозволяє своєчасно діагностувати функціональні, морфологічні, психічні відхилення від норми [8, 53].

Відповідно до особливостей організму дитини перший рік її життя поділяється на кілька періодів. У ньому розрізняють період новонародженості (перші 3–4 тижні життя) та грудний вік (від 4-х тижнів до 1 року) [8]. Маса тіла доношеної дитини при народженні коливається між 2500 і 5000 г, середній показник маси тіла становить 3200–3500 г. Довжина тіла новонародженого в середньому становить 50–54 см. Обвід голови перевищує обвід грудної клітки на 2–4 см та досягає 32–33 см. Загалом показники фізичного розвитку новонародженого залежать від його статі, кількості вагітностей у матері, конституції батьків. Ноги новонародженого короткі, тулуб – відносно довгий. Грудна клітка коротка, малорухома, форма її бочкоподібна, живіт відносно видовжений. Тонус м'язів, особливо згиначів кінцівок, підвищений. Підшкірна жирова клітковина добре розвинута. Безумовні рефлекси (смоктання, ковтання, чхання тощо) виражені добре [53].

Характерна ознака черепа новонародженого – наявність тім'ячок (fonticuli), які є незакостенілими сполучнотканинними (перетинчастими) ділянками склепіння черепа. Усього є шість тім'ячок. Два з них розміщені по середній лінії склепіння черепа й чотири – по бокових. Найбільшим є переднє (лобове) тім'ячко (fonticulus anterior frontalis), яке має ромбовидну форму. Воно знаходиться між двома частинами скроневої кістки й обома тім'яними кістками. Заднє (по-

тиличне) тім'ячко (*fonticulus posterior occipitalis*) має трикутну форму та розміщується між двома тім'яними кістками спереду й потиличною кісткою ззаду. Обидва тім'ячка заростають на другому році життя. Бокові тім'ячка парні – по два з кожного боку заростають на 2–3-му місяці життя.

Шви між кістками склепіння черепа в новонароджених не сформовані, краї кісток рівні. Це зумовлено тим, що на час народження дитини розвиток її черепа ще не закінчений. Упродовж першого року життя дитини товщина кісток черепа збільшується приблизно втричі. У цей самий час у кістках склепіння черепа починають формуватися зовнішня і внутрішня пластинки, розвивається соскоподібний наросток скроневої кістки [5].

М'язи шиї дитини мають складну будову й топографію, що зумовлене їх різним походженням, функцією, співвідношенням з органами шиї, кровоносними судинами, нервами та пластинками шийної фасції. Топографічно вони поділяються на поверхневі та глибокі [5].

Грудинно-ключично-соскоподібний м'яз (*m. sternocleidomastoideus*) належить до поверхневих м'язів шиї. Він розміщений під підшкірним м'язом шиї (*m. platysma*). Під час повороту голови в бік м'яз контурується у вигляді вираженого валка на передньо-бічній поверхні шиї [5]. Структурно він складається з двох м'язів, один з яких (грудинний м'яз) повертає голову, а другий (ключичний м'яз) – її нахилє. М'яз починається двома частинами (медіальною й латеральною) під передньої поверхні ручки грудини та грудинного кільця ключиці. Піднімаючись вгору й назад, він кріпиться до соскоподібного відростка скроневої кістки (*os temporale*) і до латерального відрізка верхньої каркової лінії [5, 8].

Інервацію грудинно-ключично-соскоподібного м'яза здійснює додатковий нерв (*n. accessorius*), кровопостачання м'яза – грудинно-ключично-соскоподібна, потилична та верхня щитоподібна артерія (*aa. sternocleidomastoidea, occipitalis, thyreoidea superior* [5, 18].

Функція грудинно-ключично-соскоподібного м'яза полягає в тому, що під час одностороннього скорочення він нахилє голову у свій бік, одночасно обличчя повертається в протилежний бік. При двосторонньому скороченні м'яза голова відхиляється назад. Це зумовлено тим, що м'яз кріпиться позаду поперечної осі атлантопо-

тиличного суглоба. При фіксованому положенні голови м'яз тягне грудну клітку вгору, що сприяє вдиху. У цьому випадку він виконує роль допоміжного дихального м'яза [5].

М'язи шиї анатомічно й топографічно пов'язані з м'язами верхнього поясу, зокрема з трапецієподібним м'язом (*m. trapezius*). Функція трапецієподібного м'яза полягає в тому, що під час одночасного скорочення всіх його частин за умови фіксованого хребта лопатка наближається до хребта, верхні пучки м'яза піднімають лопатку, верхні та нижні пучки обертають лопатку навколо сагітальної осі, нижній кут лопатки зміщується вперед і літерально, латеральний кут – догори й медіально. При фіксованих лопатках та одночасному двобічному скороченні трапецієподібний м'яз розгинає шийний відділ хребта й нахиляє голову назад, при односторонньому скороченні м'яз незначно повертає обличчя в протилежний бік. Іннервацію трапецієподібного м'яза здійснює додатковий нерв (*n. accessorius*) та шийне сплетіння (*plexus cervicalis III-IV*). Кровопостачання відбувається від *aa. transversa colli, occipitalis, suprascapularis, intercostales posteriores* [5].

Тонус м'язів грудної дитини нестійкий і чітко пов'язаний з її віком та розміщенням тіла й голови у просторі. У положенні лежачи на животі дитина згинає кінцівки, при цьому збільшується тонус м'язів-згиначів шиї, спини, ніг; у положенні лежачи на спині підвищується тонус розгиначів шиї, спини, ніг. Це є проявом вродженого лабіринтного тонічного рефлексу [38].

У грудному віці відбувається найінтенсивніший психомоторний та фізичний розвиток, зокрема, до 4–4,5 місяців життя маса й довжина тіла дитини подвоюються, а до року – потроюються. Довжина тіла дитини за рік збільшується на 23–25 см, обвід голови – на 10–11 см. На 1-му році життя починають змінюватись і пропорції тіла дитини: відносні розміри голови зменшуються, а довжина ніг – збільшується. Анатомо-фізіологічні особливості дитини першого року життя визначають розвиток дитячого організму, його щомісячну мінливість. Знання закономірностей, які характеризують вікові зміни, сприяють правильному оцінюванню показників розвитку дитини (становлення рухів, емоцій, мови, навичок) [53].

Психомоторний і емоційний розвиток дитини першого року життя вдосконалюються кожного місяця (додаток А 2).

Новонароджена дитина спить 20–22 години на добу, рухи її нешпорядковані, хаотичні, вона не може підняти голову чи втримати її у вертикальному положенні, тіло її також не тримається у вертикальному положенні. Проте вже до кінця 1-го місяця життя дитина починає фіксувати погляд, у неї з'являється перша посмішка.

Упродовж 2-го місяця дитина починає лежати на животі, піднімати голову, повертати її в різні боки.

Тримісячна дитина може повертатися зі спини на бік. У 3–4 місяці дитина починає “гукати”, виникає “комплекс пожвавлення”: на звертання дорослого з'являється відповідна реакція, радість виявляється посмішкою, звуками, рухами рук і ніг [38].

У віці 5 місяців дитина перевертається зі спини на живіт, бере іграшки та втримує їх у руці. У 5–7 місяців дитина починає повзати спочатку на животі, потім на чотирьох кінцівках, бавиться іграшками. Подовгу “гукає”, вимовляє перші склади.

Від 7–8 місяців дитина починає самостійно сідати, намагається стояти з підтримкою, сама встає, переступає.

У 9 місяців дитина починає ходити, притримуючись за предмети, добре ходить при підтримці дорослих за обидві руки. Упізнає знайомі предмети, іграшки, намагається називати їх першими складами.

У віці 10–12 місяців дитина вже ходить з підтримкою та без підтримки, виконує нескладні доручення дорослих (дай, принеси), маніпулює з кільцями, пірамідками. При відповідному вихованні дитина має навички обслуговування себе під час годування: п'є з горнятка, захоплює ложечкою їжу з тарілки тощо [53].

Безумовні рефлекси, що проявляються в новонароджених, поділяються на три категорії. До першої належать стійкі автоматизми (ковтальний, глотковий, кон'юнктивальний, надбрівний, сухожилкові рефлекси), які зберігаються на все життя. До другої категорії належать транзиторні рудиментарні рефлекси (смоктальний, хоботковий, пошуковий, долонно-ротовий, хапальний, рефлекс Моро), притаманні певному рівню розвитку рухового аналізатора. До автоматичних рефлексів належать рефлекси ходи, повзання, Галанта, Переса (спінальні сегментарні автоматизми), лабіринтний, асиметричний та симетричний шийні тонічні рефлекси (мієлоенцефальні). Мезенцефальні установчі автоматизми (лабіринтні рефлекси), прості й лан-

цьогові шийні та тулубні рефлексиві з'являються після народження й виявляються пізніше.

Під час обстеження в дитини раннього віку легко викликати **вроджені безумовні рефлексиві**. Ставлення та згасання їх має діагностичне значення, оскільки переважна їх більшість згасає до 4–5 місяців [8, 53, 69, 72].

Основні з них:

- рефлекс долонно-ротовий Бабкіна (верхній) – при торканні великими пальцями долоні дитини, вона відкриває рот, охоплює пальці дорослого, згинає руки, шию, напружує м'язи плечового поясу, дещо підтягує його вперед; зникає у 3 місяці;
- пошуковий рефлекс Кусемауля – при доторканні до шкіри в ділянці рота його кут опускається, голова повертається у бік подразника; у нормі зникає у 3–4 місяці;
- смоктальний рефлекс – дитина здійснює активні смоктальні рухи при наявності соски в порожнині рота;
- захисний рефлекс – полягає в повороті чи підніманні голови в положенні дитини лежачи на животі; виникає з перших тижнів життя;
- рефлекс опори й автоматичної ходи – поставлена на опору з підтримкою під пахви дитина випрямляє тулуб, спираючись на повну стопу, і стоїть на півзігнутих ногах, при нахилі тулуба вперед дитина робить кроки без руху рук; фізіологічні до 1–1,5 місяця;
- рефлекс повзання Багера – у положенні лежачи на животі дитина піднімає голову та спонтанно повзе, якщо до її підшов прикласти долоні; згасає до 4 місяця;
- хапальний рефлекс (Робинзона) – при доторканні пальцем або предметом до долоні дитини вона міцно схоплює й утримує його, часом дещо піднімаючись при цьому; може викликатись і на стопах (підшвенний рефлекс); зникає у 2–4 місяці;
- рефлекс Галанта – дугоподібне вигинання тіла дитини при проведенні пальцем по паравертебральній лінії від шиї до сідниць у положенні на боці; фізіологічний до 3–4 місяця;

- рефлекс Переса – прогинання тулуба, згинання верхніх і нижніх кінцівок, піднімання голови, тазу, іноді сечовиділення, дефекація, крик при проведенні рукою по остистих відростках хребта від куприка до шиї в положенні дитини лежачи на животі; фізіологічний до 3–4 місяця;
- рефлекс Моро або рефлекс охоплювання – при різкому ударі по ліжечку або поплескуванні по сідницях дитина симетрично розводить і відкриває кулачки – I фаза, через декілька секунд зводить руки – II фаза; проявляється до 4–5 місяців;
- рефлекс переміщення – при вертикальній підтримці дитини під пахви біля краю стола й торканні тильною поверхнею стоп поверхні столу відбувається рефлекторне згинання ніг і переміщення стоп на поверхню столу, розгинання ніг, випрямлення тулуба;
- рефлекс Бабкіна (нижній) – легке натискання на шкіру підосви безпосередньо під пальцями викликає згинання пальців стопи;
- рефлекс Керніга – у положенні дитини на спині ногу згинають у кульшовому й колінному суглобах; у разі позитивного рефлексу ногу в колінному суглобі не вдається розігнути;
- рефлекс Бабінського – проведення долонею по зовнішньому краю стопи від п'яти до пальців викликає тильне розгинання великого пальця з одночасним віялоподібним розходженням і згинанням інших пальців у бік підосви; зникає у 2 роки;

Рефлекси положення (пози) і розміщення частин тіла. Під час перебування в горизонтальному положенні дитини у висі на животі її голова відхиляється назад, у положенні на спині – уперед, на лівому боці – вправо, на правому боці – вліво. **Тонічні вроджені рефлекси:**

- лабіринтний тонічний рефлекс є проявом функції вестибулярного апарату. Спостерігається вже з перших тижнів життя. Полягає в легкому напруженні розгиначів шиї, спини, ніг у положенні дитини лежачи на спині; зникає в 1 місяць. У положенні лежачи на животі дитина набуває пози ембріона: голова приводиться до грудей або, навпаки, відхиляється назад, руки згинаються та приводяться до грудей, кисті стискаються в кулачки, ноги підтягаються до живота; зникає в 2 місяці;

- тонічний рефлекс з голови на тулуб – під час повороту голови дитини, яка лежить на спині, її тулуб повертається в той самий бік “блоком” (одночасний поворот верхньої та нижньої половин тулуба); зберігається впродовж перших 3 місяців життя;
- тонічний рефлекс з таза на тулуб – при повороті таза тулуб одночасно повертається “блоком” у той самий бік; зберігається до 2–3 місяців життя;
- шийна випростовувальна реакція – після пасивного чи активного повороту голови дитини вбік відбувається ротація всього тулуба, завдяки якій здійснюється перевертання дитини зі спини на бік; виникає з 4 місяців;
- випростовувальний рефлекс з тіла на тіло, який з’являється з 6–8 місяців, видозмінює шийну випростовувальну реакцію, сприяючи ротації тулуба між плечима й тазом, що після шести місяців життя дозволяє повертати голову, плечовий пояс і таз, перевертатись, сідати, вставати; рефлекс регулює положення тіла дитини у просторі, утримуючи його у вертикальному положенні;
- випростовувальний рефлекс, що діє на голову – сприяє випрямленню голови щодо інших частин тіла;
- симетричний шийний тонічний рефлекс – під час опускання голови дитини підвищується тонус згиначів рук і ніг, тоді як при закиданні голови назад підвищується тонус розгиначів рук і згиначів ніг; триває до 3–4 місяців;
- асиметричний шийний тонічний рефлекс – під час повороту голови дитини вбік при її положенні лежачи на спині рука, до якої обернене обличчя дитини, випрямляється, що свідчить про підвищення тонусу розгиначів плеча, передпліччя, кисті, тоді як у м’язах руки, до якої обернута потилиця, підвищується тонус згиначів (поза фехтувальника); згасає до 2–3 місяців. У разі затримки розвитку рефлексу відбувається гальмування активних рухів голови, кінцівок.

Тонічні вроджені рефлекси від 2 до 6 місяця згасають. З цього часу починають розвиватись **установлювальні рефлекси**:

- лабіринтний установлювальний рефлекс – перший антигравітаційний рефлекс. Завдяки йому дитина починає тримати голову, у положенні лежачи на животі піднімає її, спираючись на передпліччя, утримує плечовий пояс, а згодом і верхню частину тулуба, може переходити до стояння на карачках, на колінах, у вертикальне положення, утримувати тіло в положенні сидячи, стоячи, під час ходьби. У разі відсутності або затримки розвитку лабіринтного установлювального рефлексу голова дитини схилена на груди, активізується шийний тонічний рефлекс, підвищується тонус згиначів рук, затримується розвиток поперекового лордозу, спостерігається утворення кіфосколіозу;
- установлювальний шийний ланцюговий симетричний рефлекс, завдяки якому напружуються розгиначі шиї, спини, формується з 2 місяців життя, з 4–5 місяців – розгиначі ніг (у положенні на животі, згодом – стоячи);
- установлювальний шийний ланцюговий асиметричний рефлекс формується з 3–4 місяців. Завдяки йому зберігається рівновага при всіх положеннях тіла, виникає маніпулятивна діяльність рук;
- рефлекс з тіла на тіло має особливе значення. Він регулює положення тулуба в просторі, утримуючи його в нормальному положенні;
- лабіринтний складний рефлекс Ландау. Перша фаза розвитку рефлексу спостерігається у 4–6 місяців, коли дитина, яку поклали на кушетку на живіт так, щоб голова і плечовий пояс були поза її межами, розгинає тулуб, піднімає голову, груди, витягає руки вперед. Друга фаза розвитку рефлексу простежується з 6–8 місяців, коли дитина, яка лежить на кушетці на спині (ноги й таз поза межами кушетки), піднімає ноги вгору на рівень тулуба. У разі його часткового прояву дитина випрямляє голову, тоді як ноги звисають. При повній відсутності рефлексу звисають голова, руки, ноги.

Реакції рівноваги – складні й різноманітні автоматичні реакції, необхідні для становлення вертикальної пози дитини, забезпечують збереження рівноваги при сидінні, стоянні, ходьбі.

Указані рефлекси зумовлюють стан і розвиток рухових функцій, тому в разі їх відсутності або затримки спостерігається одночасна затримка психомоторного розвитку дитини, порушення її м'язового тону, поява патологічних поз та зміни стану опорно-рухового апарату. У дітей із різними порушеннями функції центральної нервової системи ступені прояву, терміни появи та згасання тонічних рефлексів відрізняються.

РОЗДІЛ 3

Фізична реабілітація дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Фізична реабілітація дитини при кривошії передбачає здійснення низки заходів, метою яких є поліпшення її загального стану шляхом виправлення форми та функції тих частин тіла, які зазнали ураження [16]. Оскільки діти першого року життя при корекції будь-якої патології потребують найповнішого врахування їх індивідуальних особливостей, ми наводимо узагальнені методичні підходи до проведення фізичної реабілітації та найдоцільніші її засоби.

Обрання засобів фізичної реабілітації дітей з вродженою м'язовою кривошиєю передбачає здійснення в логічній послідовності ланцюга кроків, у якому кожен наступний ґрунтується й зумовлюється попереднім. Схематично процес реабілітації дітей з вродженою м'язовою кривошиєю можна поділити на 4 етапи, де на першому етапі відбувається детальне реабілітаційне обстеження хворої дитини, на другому – аналіз та узагальнення отриманих результатів, на третьому – створення індивідуальної реабілітаційної програми, четвертий етап присвячено практичному втіленню розробленої програми та спостереженню за її результатами.

3.1. Реабілітаційне обстеження дитини першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю повинно якнайповніше врахувати індивідуальні особливості кожної дитини.

Ми вважаємо, що максимальної індивідуалізації застосування реабілітаційних засобів можна досягнути шляхом послідовної реабілітації таких кроків: ознайомлення з медичною документацією, візуальний огляд, клінічне обстеження, інструментальне обстеження, додаткові обстеження (рис. 1).

Обстеження розпочинається з ознайомлення з медичною документацією (історія хвороби, амбулаторна картка, результати досліджень тощо) хворої дитини. Це дає можливість детально з'ясувати ступінь її здоров'я, зокрема наявні відхилення чи патологічні зміни, що

згодом дозволить уникнути застосування протипоказаних або недоцільних реабілітаційних засобів.

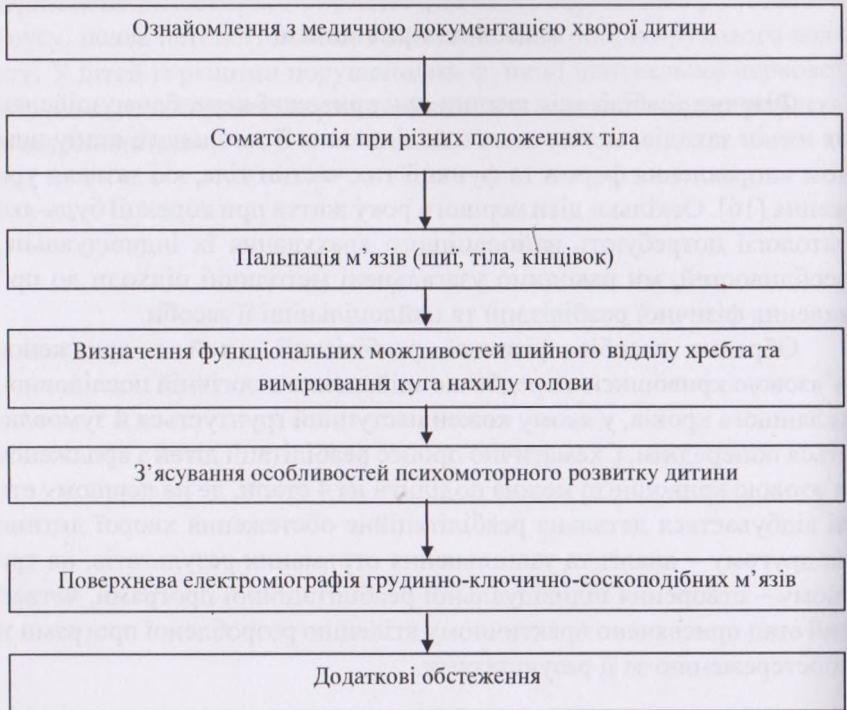


Рис. 1. Складові реабілітаційного обстеження дитини першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Для з'ясування особливостей анамнезу життя дитини розробили спеціальну анкету для батьків. Анкета містить питання щодо особливостей перебігу вагітності й пологів, зокрема впливу на організм матері під час вагітності шкідливих чинників, віку та професії батьків, наявності в них шкідливих звичок. У разі проведення попереднього лікування дитини анкета дозволяє з'ясувати, які із засобів фізичної реабілітації було застосовано під час попередніх реабілітаційних курсів та їх ефективність.

Присутність батьків під час обстеження дітей є обов'язковою: спільна робота з батьками після роз'яснення їм суті фізичної реабі-

літації при вродженій м'язовій кривошії забезпечує налагодження співпраці між ними і реабілітологом, що надалі сприятиме збільшенню ефективності проведених реабілітаційних заходів.

Вроджена м'язова кривошия, за нашими спостереженнями, поєднується з іншими захворюваннями – ураженнями ЦНС, ортопедичною патологією тощо (рис. 2).

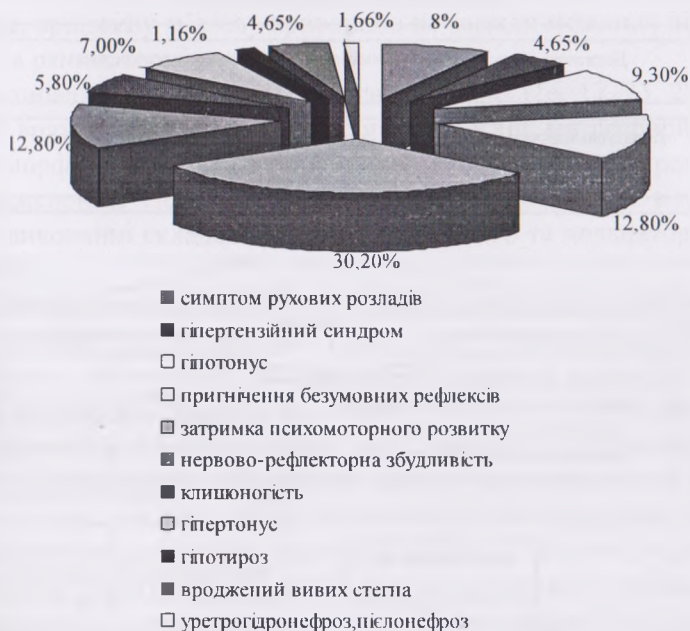


Рис. 2. Поєднання вродженої м'язової кривошії з іншими захворюваннями

У важкому розумінні поняття “реабілітаційне обстеження” передбачає з'ясування особливостей тілобудови хворої дитини, вимірювання кута нахилу голови, визначення амплітуди рухів у шийному відділі хребта, симетричності рухів, проведення певних функціональних обстежень. З цією метою застосовують огляд (соматоскопія), пальпацію, виконання активних та пасивних рухів, гоніометрію, електроміографію груднично-ключично-соскоподібних м'язів (рис. 3).

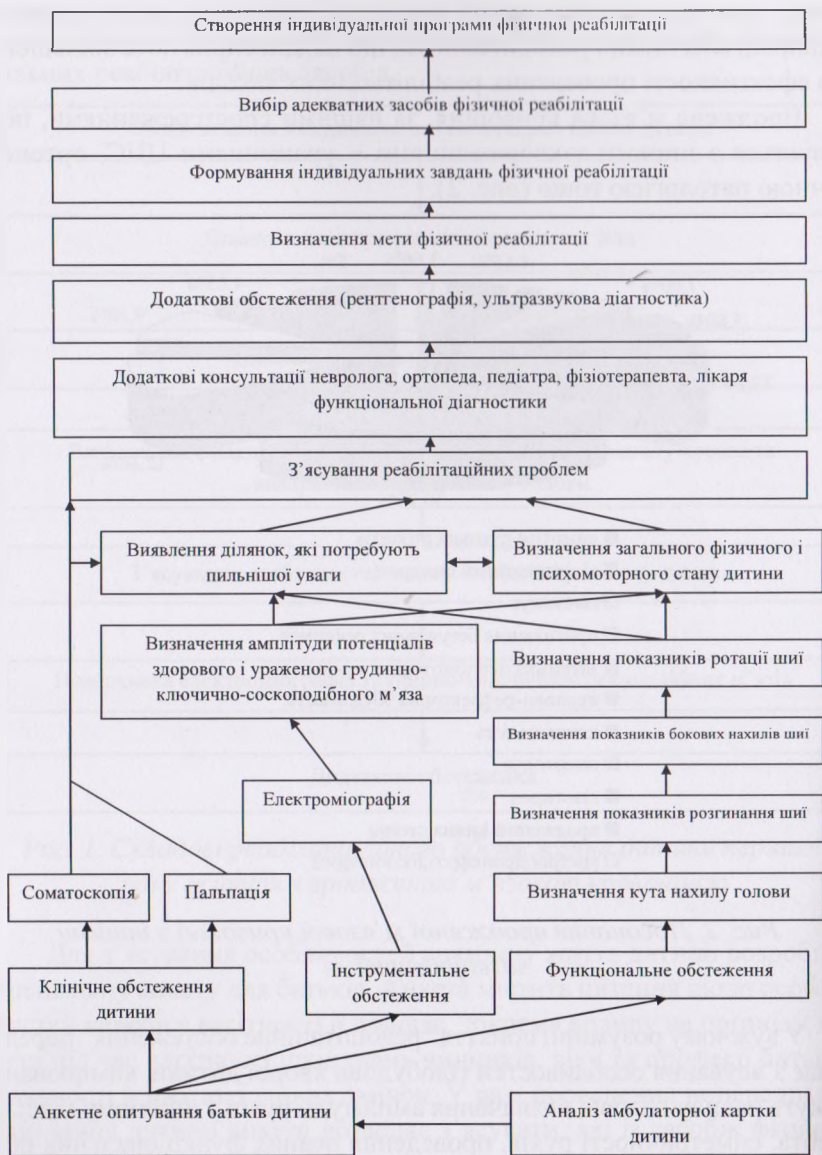


Рис. 3. Схема індивідуалізації реабілітаційного процесу дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Згідно з “Протоколом діагностики та лікування вродженої м’язової кривоший” усіх новонароджених ще в пологовому будинку мусять оглянути на наявність кривоший ортопед та неонатолог [39]. Водночас цей протокол містить лише загальні вказівки щодо перебіку діагностичних заходів та інтерпретації отриманих результатів, що не дає відповідей на багато питань, які стосуються діагностики кривоший в дітей першого року життя. Окрім того, як зазначалося раніше, вроджену м’язову кривошию не завжди можливо діагностувати на ранніх термінах.

Спираючись на дані літературних джерел [16, 17, 23, 28, 29, 32, 35] та враховуючи власний практичний досвід, ми розробили алгоритм морфофункціонального обстеження дітей першого року життя з вродженою м’язовою кривошиєю, суть якого полягає в послідовному виконанні складових стоматоскопічного та пальпаторного обстежень.

Соматоскопію (зовнішній огляд) використовують для визначення пропорцій тіла та морфологічного стану опорно-рухового апарату. Згідно з авторською методикою, обстеження проводять у положенні дитини лежачи на спині, животі, сидячи, стоячи (відповідно до віку дитини) [2, 60, 63, 64] (табл. 1–3) (додаток А 9). Перед проведенням реабілітаційного обстеження дитину заспокоюють та встановлюють з нею контакт. Огляд починають із встановлення наявності чи відсутності деформації черепа та асиметрії обличчя, відставання в розвитку (гемігіпоплазії) однієї половини лицевого скелета, зокрема нижньої щелепи, зменшення вушної раковини з боку ураження, симітому “клаповухості” (рис. 4, 5).



Рис. 4. Дитина з симптомом клаповухості (власні спостереження 2008 р.)



*Рис. 5. Дитина з деформацією черепа
(вигляд зверху)
(власні спостереження 2009 р.)*

Після цього послідовно оглядають шию, зокрема стан шийних складок (симетричність), плечовий пояс, хребет, спину, грудну клітку, живіт (рис. 6, 7).



*Рис. 6. Асиметрія шкірних складок на шії в дитини з вродженою м'язовою кривошиєю
(власні спостереження 2008 р.)*

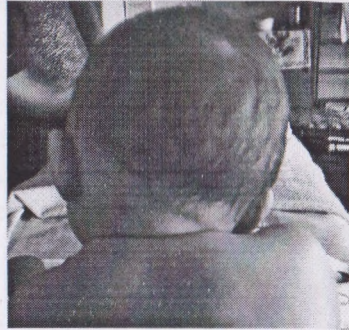


*Рис. 7. Попрілість шкірних складок з боку кривоший
(власні спостереження 2007 р.)*

Визначають форму голови та її розміщення щодо тулуба, можливість дитини самостійно утримувати голову, змінювати положення (рис. 8).



а)



б)

*Рис. 8. Асиметричне розміщення голови щодо тулуба:
а) вид спереду, б) вид ззаду (власні спостереження 2009 р.)*

Звертають увагу на стан та конфігурацію грудинно-ключично-соскоподібних м'язів, їх симетричність.

У деяких дітей можуть спостерігатись офтальмологічні симптоми (зокрема звуження очної щілини з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза), асиметрія склепіння черепа, симптом косої потилиці або косоного черепа. У запущених (нелікованих/недолікованих) випадках під час огляду поряд з асиметрією обличчя часом спостерігають збільшення розмірів соскоподібного відростка та асиметрію трикутників шиї і талії, які є ознаками розвитку вторинного сколіозу шийного та верхньогрудного відділів хребта. При значному вкороченні грудинної ніжки грудинно-ключично-соскоподібного м'яза голова дитини нахиляється лише в бік ураження, але й уперед, підшиїччя з відповідного боку постійно підняте.

Після візуального огляду здійснюють **пальпаторне обстеження**. Важливим діагностичним заходом є порівняльна пальпація обох грудинно-ключично-соскоподібних м'язів при різних положеннях голови дитини. Її проводять, щоб виявити крововилив (гематому) та встановити відмінності в ступені щільності, еластичності й консистенції м'язів. Під час обстеження голову дитини нахиляють убік, одночасно повертаючи обличчя протилежно щодо нахилу голови, і пучками пальців пальпують грудинно-ключично-соскоподібні м'язи, порівнюючи стан скороченого та здорового м'язів (рис. 9) [44, 55, 60, 63].



*Рис. 9. Ущільнення та натяг
грудинно-ключично-
соскоподібного м'яза в дитини з
вродженою м'язовою кривошиєю
(власні спостереження 2006 р.)*

Докладно проведене пальпаторне обстеження м'язів шиї дозволяє отримати інформацію про їх морфологічний і функціональний стан, що є обов'язковою передумовою при розробці індивідуальної програми фізичної реабілітації.

Наступним кроком є **обстеження рухової сфери**. Характерною ознакою вродженої м'язової кривошиї є наявність симптому опору – відчуття опору при спробі нахилити голову дитини в здоровий бік з її наступним негайним поверненням у вихідне положення після припинення нахилу. Ще одним із провідних симптомів вродженої м'язової кривошиї є обмежене розгинання голови назад, яке зумовлене ущільненням і вкороченням ураженого м'яза.

На жаль, у доступній нам літературі з питань діагностики, лікування та фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю ми не знайшли детальних вказівок щодо методик визначення рухливості шийного відділу хребта [6, 10, 17, 23, 28, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 44, 45, 46, 72, 93]. У неодноразово цитованому “Протоколі діагностики та лікування вродженої м'язової кривошиї” як критерій встановлення ступеня кривошиї подаються виключно цифрові параметри вкорочення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (у сантиметрах) та кута нахилу голови (у градусах) без посилань на методи та методики, якими вони повинні визначатися [39]. Це спонукало нас розробити методику визначення рухливості шийного відділу хребта в дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю, яке є узагальнюваним поєднанням рекомендацій, наведених у роботах С.Т. Зацепіна, Г. Окамото, А. Зембатога [11, 23, 36, 44, 70, 96].

Одним із провідних симптомів вродженої м'язової кривоший є обмежене розгинання голови назад, що зумовлено ущільненням і вкороченням ураженого м'яза. Враховуючи неможливість застосування гоніометра при обстеженнях згинання та розгинання через відсутність зв'язку між приладом і обстежуваним, вимірювання здійснюються за допомогою сантиметрової стрічки в положенні лежачи на спині згідно з рекомендаціями, наведеними в керівництві з кінезіології під редактуванням А. Зембатового та прикладною авторською методикою визначення сантиметровою стрічкою показників розгинання й відстані між акроміальним та соскоподібним відростками при бокових нахилах в уражений та здоровий бік у шийному відділі хребта [44, 45, 47, 49, 51].

Для визначення **величини розгинання шиї** сантиметровою стрічкою в положенні дитини лежачи на спині з головою поза межами кушетки при опорі на долоню реабілітолога вимірюють відстань від підборіддя до верхнього краю грудини (яремної вирізки). Обстеження здійснюють дві особи: одна фіксує дитину за плечі, інша здійснює пасивне розгинання шиї та проводить заміри. Може обстежувати і одна особа, проте це вимагає певних навичок при роботі з таким контингентом дітей. У цьому випадку передпліччям однієї руки, поклавши її на верхню частину грудної клітки, утримують дитину, іншою рукою здійснюють пасивне розгинання шиї назад та одночасно проводять заміри.

У зв'язку з неможливістю проведення обстеження у дітей першого року життя показників бокових нахилів за рекомендацією А. Зембатового, вимірюючи відстань між соскоподібним відростком скроневої кості або мочкою вуха і плечовим відростком лопатки, а також після нахилів у фронтальній площині (різниця в сантиметрах є мірою рухливості шийного відділу хребта), ми модифікували цей вид обстеження. Для цього величину відстані між соскоподібним і акроміальним відростками при боковому нахилі шиї вимірюють сантиметровою стрічкою в положенні дитини лежачи на спині під час пасивного бокового нахилу голови в бік протилежний щодо обстеження [4, 54, 55, 57, 60, 70].

Величину бокового нахилу шиї визначають у положенні дитини лежачи на спині, вимірюючи сантиметровою стрічкою відстань

від соскоподібного відростка скроневої кістки до акроміального відростка. Обстеження проводять дві особи, одна з яких фіксує дитину за плечі, а інша здійснює пасивні нахили голови в лівий і правий боки та виміри. При проведенні обстеження самотужки передпліччям однієї руки фіксують верхній край грудної клітки та плече дитини з боку проведення заміру, іншою здійснюють пасивний нахил у протилежний бік із фіксацією передпліччям та одночасним проведенням замірів (рис. 10).



Рис. 10. Визначення величини бокового нахилу шиї (власні спостереження 2009 р.)

Визначення ротаційних можливостей шийного відділу хребта при пасивних поворотах голови в лівий та правий бік здійснювали за допомогою гоніометра, враховуючи схему наведену Американської академії ортопедії та Американської медичної асоціації, а також рекомендації С. Т. Зацепіна щодо можливості застосування кутоміра при обстеженні ротації шийного відділу хребта [51, 57, 58, 98], які ми адаптували до особливостей дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю та детально представили в авторській прикладній методиці вимірювання ротаційних можливостей шийного відділу хребта гоніометром [4, 36, 43, 44, 73, 54, 55, 93, 96]. Під час визначення вісь гоніометра накладають на тім'яну ділянку дитини (тім'яна кістка (лат. *os parietale*) — парна кістка мозкового черепа, що має вигляд чотирикутної пластинки, зовнішня поверхня якої випукла з тім'яним горбом посередині) в її положенні лежачи на спині (головою до краю кушетки). Нерухоме плече гоніометра орієнтують перпендикулярно на акроміон або вниз; рухоме плече,

орієнтоване на поверхню носа, піднімають вгору. Реєстрацію результатів здійснюють, вказавши кількість градусів, на які рухоме плече віддалилося від вихідного положення.

Кут нахилу голови визначають використовуючи підхід, який запропонував С. Т. Зацепін [10, 23, 42]. Модифікація полягала в застосуванні гоніометра для обстеження дітей раннього віку у вихідному положенні лежачи [4, 54, 55, 60]. Згідно з рекомендаціями різних джерел, при вимірюванні кута нахилу голови рухоме плече гоніометра розміщують паралельно до спинки носа, інше (нерухоме) плече – по осьовій лінії тулуба, місце їх перетину розміщують на підборідді. Кут нахилу голови визначають у градусах. При записі результатів вказують кількість градусів, на які рухоме плече гоніометра віддалилося від вихідного положення [16, 17, 23, 44, 54, 55, 60, 70, 96]. У дітей до 6-ти місячного віку обстеження проводять у положенні лежачи, після 6-ти місяців – у положенні лежачи або сидячи [54, 55, 60].

Для проведення максимально індивідуалізованих заходів фізичної реабілітації необхідно з'ясувати **особливості психомоторного розвитку** дитини. Це здійснюють відповідно до розробленої картки психомоторного розвитку дитини першого року життя та анкетних даних щодо її попереднього рухового досвіду (положення тулуба, уміння утримувати голову, змінювати положення, поза дитини під час обстеження, можливість сидіння тощо). Під час обстеження спостерігають за поведінкою дитини, встановлюють ступінь психомоторного розвитку (додаток А 2).

Наступним кроком реабілітаційного обстеження дітей з вродженою м'язовою кривошиєю є **визначення параметрів амплітуди біопотенціалів** грудинно-ключично-соскоподібних м'язів. Електроміографічне обстеження, що широко застосовується для визначення функціонального стану м'язової системи, відіграє значну роль не тільки в діагностиці, але й у контролі за ефективністю проведених лікувальних чи реабілітаційних заходів [14, 56, 59, 62, 79]. У дітей раннього віку доцільно застосовувати метод поверхневої електроміографії, який через свою атравматичність не викликає в дитини неприємних відчуттів. Електричну активність м'яза відводять з рухових точок зі здорового та ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'язів за допомогою нашкірних електродів (срібних пластин

із реєструвальною поверхнею 5 мм²) при електродній відстані 2 см. Електропотенціали реєструють у стані спокою при положенні голови дитини прямо та під час функціонального навантаження (поворот голови дитини в протилежний бік щодо обстежуваного м'яза) (рис 11).



Рис. 11. Електроміографічне обстеження дитини з вродженою м'язовою кривошиєю (власні спостереження 2008 р.)

Отримані результати біоелектричної активності здорового й ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'язів візуально порівнюють між собою та клінічно оцінюють за параметрами цифрових значень середньої амплітуди потенціалів [4, 14, 55, 56, 60, 79].

Наслідком проведеного реабілітаційного обстеження є з'ясування **реабілітаційних проблем** конкретного пацієнта, які в процесі фізичної реабілітації необхідно усунути. До найпоширеніших реабілітаційних проблем дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю належать зміна розташування голови щодо середньої лінії тулуба, асиметрія черепа, порушення тону м'язів ший, плечового поясу, передньої поверхні черевної стінки тощо (рис. 12).

3.2. Планування фізичної реабілітації у дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Невід'ємною складовою діяльності фахівця з фізичної реабілітації є **планування** реабілітаційних заходів. Його суть полягає в розробці науково обгрунтованої та зорієнтованої на результат стратегії реабілітації, установленні спільно з батьками дітей коротко- та довготермінових завдань, виборі найдоцільніших реабілітаційних методик.

Основною **метою** реабілітаційних заходів при вродженій м'язовій кривошії в дітей першого року життя є нормалізація по-

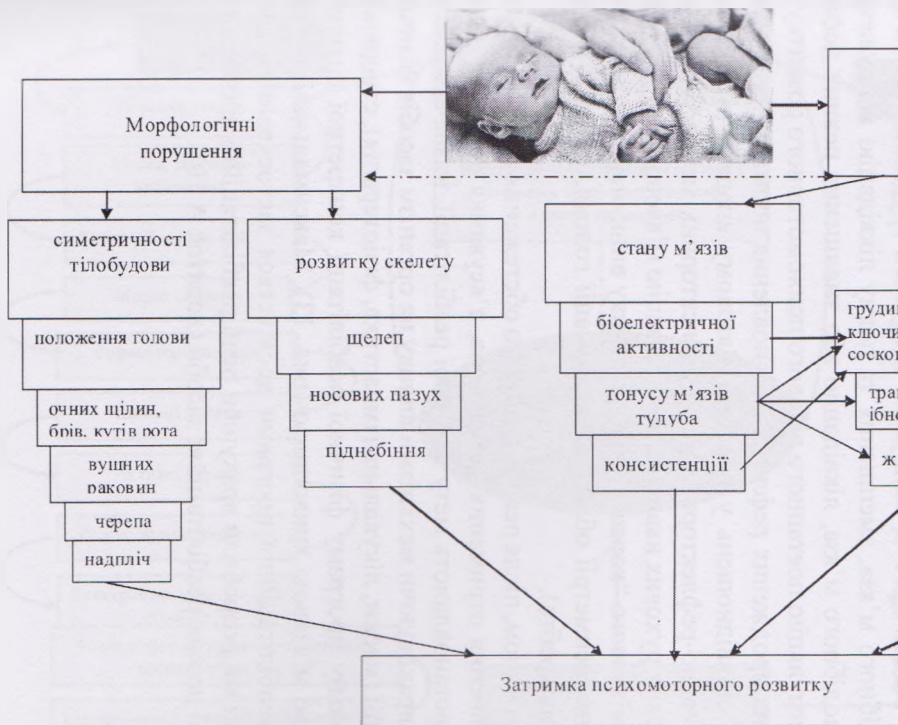


Рис. 12. Основні реабілітаційні проблеми дітей з вродженою м'язовою криивошиєю

ложення голови щодо середньої лінії тулуба. Це сприяє поліпшенню загального стану дитини та створює сприятливі передумови для її подальшого фізичного та психоемоційного розвитку.

Будь-який реабілітаційний процес відбувається за посередництвом постановки **реабілітаційних завдань**.

Завдання фізичної реабілітації дітей з вродженою м'язовою кривошиєю, як правило, спрямовані на поліпшення загального стану дитини, відновлення форми та функції ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, поліпшення його трофіки, усунення залишків гематоми (у разі наявності), нормалізацію об'єму рухів у шийному відділі хребта, зміцнення здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, зменшення та повну ліквідацію напруження трапецієподібного м'яза, ліквідацію або зменшення певних деформацій, стимуляцію поетапного вікового психомоторного розвитку та ослаблених вроджених рефлексів, відновлення нормальних координаційних співвідношень у нервово-м'язовому апараті, руйнування старих умовно-рефлекторних та компенсаторних механізмів, вироблення нових рухових навичок, нормалізацію м'язового тону, формування м'язового "корсету", профілактику виникнення та розвитку ускладнень (асиметрії обличчя, деформації голови, грудної клітки, викривлень хребта).

Таким чином, після реабілітаційного обстеження дитини, аналізу та узагальнення отриманих результатів, з'ясування реабілітаційних проблем встановлюють мету фізичної реабілітації, визначають її завдання і, враховуючи механізми впливу на організм засобів фізичної реабілітації (масаж, лікувальна гімнастика, фізіотерапія), створюють індивідуальну програму фізичної реабілітації конкретної дитини з вродженою м'язовою кривошиєю (рис. 13). Максимальна індивідуалізація реабілітаційної програми досягається застосуванням алгоритмів, які ми розробили враховуючи різні реабілітаційні проблеми та відповідні до них реабілітаційні засоби (додаток А 10).

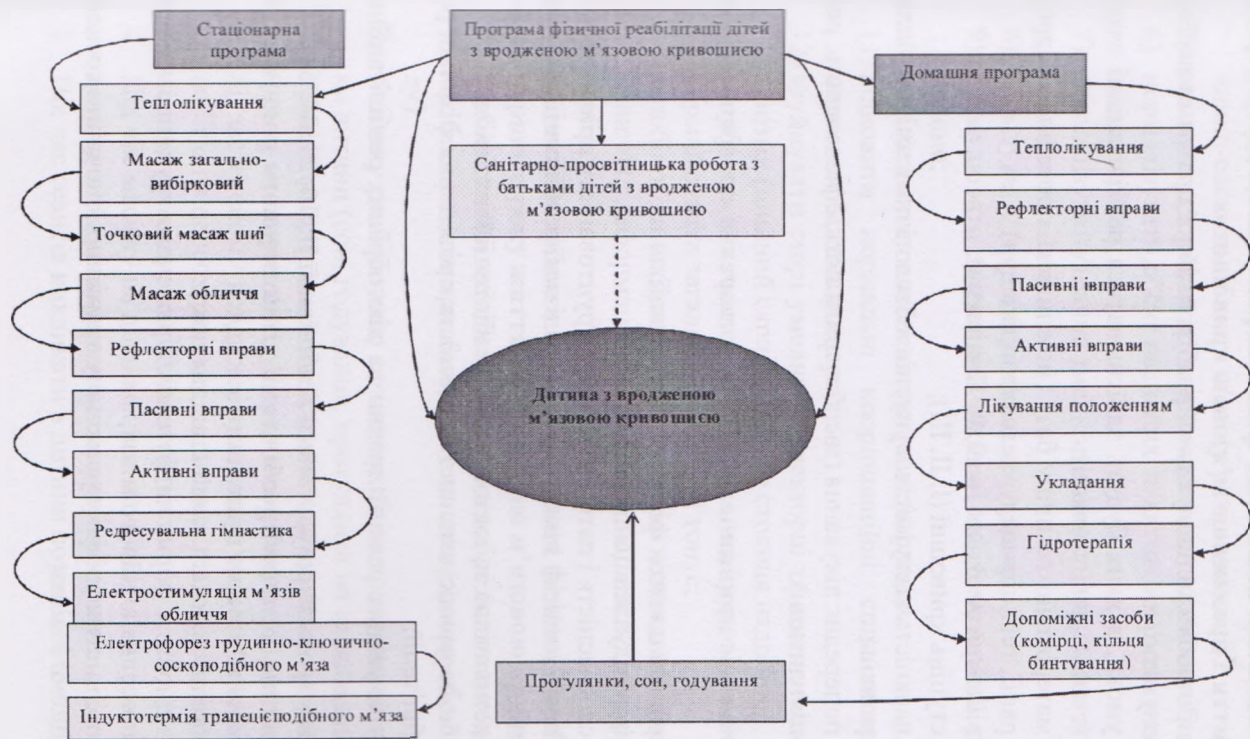


Рис. 13. Послідовність застосування засобів фізичної реабілітації в дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

3.3. Загальні підходи до фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Для розробки індивідуальної реабілітаційної програми необхідно враховувати:

- 1) умови, в яких будуть здійснюватися реабілітаційні заходи (стаціонарні/домашні);
- 2) матеріально-технічну базу (можливість проведення гідротерапії, теплопроцедур, електропроцедур);
- 3) вік дітей (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 місяців);
- 4) ступінь кривошії (I, II, III);
- 5) наявність/відсутність супутніх патологічних змін чи захворювань;
- 6) попереднє лікування (засоби, тривалість, ефективність, реакцію дитини).

Керівними **принципами** під час створення програми повинні бути:

- 1) ранній початок фізичної реабілітації;
- 2) індивідуалізація призначень;
- 3) своєчасність і патогенетична обґрунтованість призначень;
- 4) послідовність і поступовість реалізації реабілітаційних заходів;
- 5) комплексність застосування реабілітаційних заходів;
- 6) безперервність та систематичність проведення фізичної реабілітації;
- 7) урахування реакції дитини на дію обраних реабілітаційних засобів;
- 8) контроль за результатами реабілітації [1, 10, 23, 40, 53].

Завдання фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю:

- 1) поліпшити загальний стан дитини;
- 2) відновити форму та функцію ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 3) поліпшити трофіку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;

- 4) усунути залишки гематоми в ушкодженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі (у разі наявності);
- 5) зміцнити здоровий грудинно-ключично-соскоподібний м'яз;
- 6) нормалізувати обсяг пасивних та активних рухів у шийному відділі хребта;
- 7) нормалізувати/значно зменшити тонус напруженого трапецієподібного м'яза.
- 8) ліквідувати/зменшити наявні деформації;
- 9) стимулювати поетапний віковий психомоторний розвиток дитини;
- 10) стимулювати ослаблені вроджені рефлекси;
- 11) відновити нормальні координаційні співвідношення в нервово-м'язовому апараті;
- 12) зруйнувати старі умовно-рефлекторні та компенсаторні механізми (шийний сколіоз, високе стояння надпліччя, поворот тулуба разом з головою), виробити нові рухові навички;
- 13) нормалізувати загальний м'язовий тонус;
- 14) запобігти виникненню та розвиткові ускладнень (асиметрія обличчя, деформація голови, грудної клітки, викривлення хребта).

Організаційні вимоги щодо здійснення фізичної реабілітації підітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

1. Реабілітаційні заходи проводити в добре освітленому, теплому, без протягів приміщенні в один час (зранку або після обіду).
2. Фізичну реабілітацію починати після попередньої підготовки дитини (сон, годування, прогулянка на свіжому повітрі).
3. Реабілітаційні заходи здійснювати на кушетці, накритій рушником чи пелюшкою, у домашніх умовах – на зручному столі, застеленому ковдрою, рушником чи пелюшкою. Для запобігання переохолодженню дитини підготовку ділянок тіла під час процедури здійснювати поетапно.
4. Під час масажу на ділянках шиї та обличчя використовувати дитячу олійку, оливкову олію, дитячий крем.
5. Під час сеансів викликати в дитини позитивні емоції.

Особливості проведення фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю:

1. Реабілітаційні заходи можна проводити як в умовах стаціонару, так і в домашніх умовах; можливі їх комбінації.
2. Заходи фізичної реабілітації необхідно здійснювати відповідно до розроблених алгоритмів.
3. Фізичну реабілітацію в умовах стаціонару у вигляді масажу та лікувальної гімнастики здійснює одна особа – реабілітолог.
4. Рекомендована тривалість одного реабілітаційного курсу – 10–12 процедур з обов'язковою перервою посередині курсу на 1–2 дні. Це відрізняє наші рекомендації від загальноприйнятих методик, які передбачають проведення за один курс від 15 до 25 процедур. Водночас за нашими спостереженнями в дітей раннього віку проведення поспіль більше ніж 12 реабілітаційних сеансів призводить до виникнення таких явищ як гіперзбудливість/апатія, підвищена плаксивість, погіршення апетиту, відсутність контакту під час заняття, дратівливість, пітливість. Такі ознаки свідчать про перевтому дитини, що унеможлиблює її повноцінну фізичну реабілітацію.
5. Тривалість одного сеансу фізичної реабілітації в середньому становить 35–40 хвилин.
6. Під час одного реабілітаційного сеансу загальний масаж поєднують з масажем обличчя (щоки) та масажем шиї.
7. Масаж поліпшує трофічні процеси в шкірі та підлеглих тканинах, активізує обмін речовин, поліпшує кровоток, лімфоток, нормалізує тонус м'язів, а в поєднанні з лікувальними вправами стимулює фізичний та психомоторний розвиток. Тому їх доцільно поєднувати під час одного реабілітаційного сеансу.
8. Ураховуючи, що післядія масажу становить 3–4 тижні, у разі потреби проведення кількох реабілітаційних курсів рекомендована перерва між двома послідовними курсами становить 3–5 тижнів.
9. Фізіотерапевтичні заходи застосовують за показами з урахуванням загального стану дитини, особливостей перебігу основного та супутнього захворювання (у разі його наяв-

ності), вікових та функціональних особливостей дитячого організму, наявності або відсутності інфільтрату (гематоми), важкості перебігу захворювання та його терміну.

10. У проведенні реабілітаційних заходів беруть участь батьки хворої дитини. Реабілітолог навчає батьків дитини прийомів лікувальної гімнастики, деяких елементів масажу, проведення гідротерапії в домашніх умовах, коригувальних положень та укладань із застосуванням “бубликів”, “скруток” з ковдри, мішечків з піском/сіллю, комірців типу “Шанця”, виготовлення комірців. У міжкурсовий період батьки хворої дитини продовжують реабілітаційні заходи за домашньою програмою, яку рекомендують реабілітолог (додаток А 1).

11. Застосування реабілітаційних засобів відбувається в такій послідовності:

- а) теплові процедури;
- б) загальний масаж з акцентом на грудинно-ключично-соскоподібні та трапецієподібні м'язи, м'язи грудей і надпліч;
- в) масаж обличчя з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- г) точковий масаж шиї;
- г) лікувальна гімнастика;
- д) фізіотерапія;
- е) коригувальні положення, укладання;
- є) водні процедури;
- ж) допоміжні засоби.

Методичні вказівки до застосування засобів реабілітації в дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю:

- 1) при створенні індивідуальних реабілітаційних програм та комплексів лікувальної гімнастики беруть до уваги клінічні особливості патологічного процесу, його ступінь, наявність інших патологічних змін;
- 2) завдання та методики фізичної реабілітації повинні бути максимально індивідуалізованими та враховувати рівень психомоторного розвитку дитини;
- 3) засоби фізичної реабілітації обирають, враховуючи стан дитини на день огляду;

- 4) під час проведення заходів фізичної реабілітації спостерігають за реакцією дитини, зокрема за наявністю ознак втоми (невдоволення, збудження, відволікання від заняття, в'ялість, апатія); при їх появі інтенсивність впливу та тривалість навантаження зменшують;
- 5) контроль за станом дитини здійснюють упродовж кожного заняття;
- 6) показаннями до збільшення навантаження та розширення комплексу заходів фізичної реабілітації є поліпшення стану дитини та її позитивна реакція безпосередньо під час заняття (спокійна поведінка, посмішка, "гуління", рожевий колір шкіри та слизових оболонок);
- 7) початкова кількість повторів кожної вправи становить 2–4 рази; надалі їх кількість збільшують до 6–8–10 разів;
- 8) збільшення навантаження досягають поступовим збільшенням кількості повторів вправ, темпу їх виконання, амплітуди рухів, додаванням у комплекс лікувальної гімнастики нових вправ;
- 9) кількість процедур під час одного курсу та кількість курсів реабілітації залежить від стану дитини та редукції проявів кривошії;
- 10) масаж та лікувальну гімнастику здійснюють без надмірних зусиль, не переходячи порогу больової чутливості;
- 11) під час реабілітаційного сеансу дитину не садять і не ставлять на ноги доти, поки вона не навчиться рухів у горизонтальному положенні – поворотів на бік, спину, живіт, повзання;
- 12) у збуджених дітей заняття супроводжують тихою, мелодійною музикою, у дітей флегматичного психоемоційного складу доцільне застосування бадьорого, ритмічного музичного супроводу;
- 13) усі заходи фізичної реабілітації супроводжують ласкавими словами, викликаючи в дитини радісний настрій, позитивну реакцію на заняття (комплекс пожвавлення, гуління, посмішку, сміх). З 3–4 місяців дитину привчають до певних мовних вказівок, з 8–9 місяців у відповідь на слова намагаються викликати складніші рухи. Під час проведення реабілітаційних

сеансів використовують засоби педагогічного впливу – модуляцію голосу, доброзичливий спокійний тон;

- 14) тривалість процедур та щільність навантаження під час реабілітаційного сеансу можуть змінюватися залежно від реакції дитини;
- 15) для отримання оптимальних результатів фізичної реабілітації заняття проводять регулярно, систематично, у домашніх умовах – декілька разів на день.

Методичні особливості проведення фізичної реабілітації в дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю:

1. Для тепловікування в умовах стаціонару застосовують парафінові або озокеритові аплікації, солюкс, у домашніх умовах – мішечки з нагрітим піском або кам'яною сіллю. Тривалість теплової процедури – 15–20 хв.
2. Загальний масаж проводять після теплової процедури; його тривалість у середньому – 20–22 хвилини.
3. Масаж шиї, який триває 2-3 хвилини, здійснюють з обох боків, при цьому особливу увагу приділяють ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язові.
4. Точковий масаж шиї здійснюють з обох боків упродовж 2 хвилин.
5. Під час масажу обличчя ретельно масажують щоку з ураженого боку по зовнішній і внутрішній поверхнях (2–3 хвилини).
6. З метою розсіяння навантаження під час лікувальної гімнастики вправи для різних груп м'язів проводять по чергово; тривалість заходу – 10 хвилин.
7. Редресувальну гімнастику застосовують протягом 5 хвилин.
8. Фізіотерапевтичні процедури застосовують згідно з основними принципами фізіотерапії в педіатрії, урахувавши вікові обмеження [51, 53, 49, 69].
9. Водні процедури в умовах стаціонару проводять після всіх процедур, у домашніх умовах – за 1–1,5 години до нічного сну.
10. Допоміжні засоби (з'ємний гіпсовий комірць, комірць Шанця тощо) одягають після проведення заходів фізичної реабілітації на весь час бадьорості дитини.

Критерії оцінювання ефективності фізичної реабілітації в дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

У науковій та науково-методичній літературі ми не знайшли чітких вказівок, згідно з якими можна оцінити ефективність проведених заходів фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії в дітей першого року життя.

В. А. Чудакова, В. А. Гриценко, А. С. Сидоренко вважають, що дані зовнішнього огляду, а саме відсутність обмеження рухів голови та її нахилу до надпліччя, наявність вторинних деформацій, добрий стан ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза свідчать про успішність проведеного консервативного лікування чи оперативного втручання [76]. Ю. М. Володуєв, використовуючи критерії оцінювання, які запропонував Є. І. Кандель, позитивним результатом лікування вважав практичне одужання, при якому голова дитини постійно перебуває в прямому положенні та відновився повний обсяг рухів. При значному поліпшенні голова перебуває в середньому положенні, при зміні пози й емоційному напруженні на деякий час повертається в неправильне положення, рухливість голови відновлена повністю. Незначним поліпшенням є утримування голови в положенні прямо впродовж незначного часу, проте довше, ніж перед лікуванням, з подальшим її поверненням у неправильне положення. Без поліпшення: кривошию усунути не вдалося, проте поліпшилися рухи головою [13, 25].

Ураховуючи наведені дані, використовуючи критерії оцінок, які запропонував Є. І. Кандель, та наш практичний досвід подолання цієї патології в дітей раннього віку, ми рекомендуємо такі критерії оцінювання результатів проведених заходів фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії.

І. Позитивний результат:

- 1) постійне пряме (по осьовій лінії) положення голови дитини;
- 2) відновлення рухів у шийному відділі хребта в повному обсязі;
- 3) відсутність симптому опору;
- 4) відсутність напруження трапецієподібного м'яза;
- 5) відсутність почервоніння та поприлості шкірних складок шиї з боку ураження;

- 6) відсутність потовщення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 7) відсутність/незначна асиметрія обличчя з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 8) залишкові явища асиметрії склепіння черепа (плагіоцефалія).

II. Значне поліпшення:

- 1) переважно пряме (по осьовій лінії) положення голови дитини з незначними нахилом у бік ураження та поворотом обличчя в протилежний бік;
- 2) значне (порівняно з вихідним рівнем) зростання обсягу рухів у шийному відділі хребта;
- 3) значне зменшення симптому опору;
- 4) незначне напруження трапецієподібного м'яза;
- 5) значне зменшення почервоніння та поприлості шкірних складок шиї з боку ураження;
- 6) значне зменшення потовщення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 7) незначна асиметрія обличчя;
- 8) незначна асиметрія склепіння черепа (плагіоцефалія).

III. Незначне поліпшення:

- 1) незначний час утримання дитиною голови прямо (по осьовій лінії);
- 2) відновлення рухів шийного відділу хребта в неповному обсязі;
- 3) незначне зменшення симптому опору;
- 4) значне напруження трапецієподібного м'яза;
- 5) помірне почервоніння й поприлість шкірних складок шиї з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 6) помірне зменшення потовщення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 7) асиметрія обличчя;
- 8) асиметрія склепіння черепа (плагіоцефалія).

IV. Без поліпшення:

- 1) подальше збереження неправильного положення голови;
- 2) значне обмеження рухів у шийному відділі хребта;
- 3) виражений симптом опору;

- 4) значне напруження трапецієподібного м'яза;
- 5) виражене почервоніння та поцрілість шкірних складок шиї з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 6) значне потовщення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза;
- 8) виражена асиметрія обличчя;
- 9) стійка асиметрія склепіння черепа (плагіоцефалія).

3.4. Засоби фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Масаж. Фізична реабілітація дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю передбачає обов'язкове застосування масажу. Прийоми класичного масажу використовують відповідно до вікових особливостей дитини: 0–3 місяці – погладжування, з трьох місяців додають розтирання, з 4-ох – розминання, легкі ударні прийоми, починаючи й закінчуючи масаж погладжуванням [31, 53].

Масаж роблять у положенні дитини лежачи на животі та на спині. Послідовно масажують м'язи рук, ніг, спини, живота, грудей, надпліч, шиї, обличчя. Особливу увагу приділяють масажеві м'язів, які розміщені з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза.

Нахил голови при кривошії зумовлений генералізованим спазмом м'язів шиї, надпліч та тулуба, тому необхідно здійснювати заходи щодо його зменшення. Для цього за допомогою масажу з боку ураження розслаблюють грудинно-ключично-соскоподібний, трапецієподібний, великий грудний м'язи, найширший та ромбовидний м'язи спини, сідничні та привідні м'язи стегон, литковий м'яз. На зазначених ділянках застосовують такі прийоми класичного масажу як погладжування, легке розтирання, вібрацію, валяння, після цього проводять тонізувальний масаж (на здоровому боці – інтенсивніше, ніж на боці ураження).

На грудній клітці розслаблювальні прийоми масажу (погладжування, розтирання) на боці ураження проводять спочатку в її верхній частині, а потім – у нижній.

Обов'язковою складовою масажу є масаж спини. На боці здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза здійснюють погла-

джування та розтирання, а з боку ураженого однойменного м'яза – погладжування, ніжне й обережне розтирання, а також розтягування по надпліччям у ділянці лопаток та легку вібрацію.

Для розслаблення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза голову дитини повертають у бік кривоший (при положенні дитини лежачи на спині). Уражений м'яз масують м'яко, легко – це сприяє зменшенню тонічного напруження м'язових волокон і розкриттю мікросудинної сітки, оптимізує кровопостачання, поліпшує трофіку, активізує метаболічні процеси, гальмує розвиток сполучної тканини.

Ураховуючи, що енергійні рухи у швидкому темпі призводять до скорочення м'яза, збільшення його деформації та можуть пошкодити ніжні тканини шиї дитини, її судини та нерви, застосовують ніжні погладжування, розтирання з легкою вібрацією. Погладжування здійснюють пучками пальців у напрямку від вуха до ключиці. Обхопивши м'яз пальцями з обох боків, похитують його, поклавши на м'яз I і II пальці, та роблять легкі часті коливні (вібраційні) рухи. Після цих прийомів, які сприяють розслабленню м'яза, його розтягують. Для цього від середини м'яза вгору та вниз здійснюють масажні рухи з послідовним погладжуванням м'яза в напрямку від вуха до ключиці. Місце м'яза, де пальпаторно відчуються ущільнення та рубцеві зміни, масажують у такій послідовності: м'яко й ніжно погладжують, потім – розтирають, знов погладжують. Після зменшення ущільнення з метою протидії процесу зморщування та вкорочення ураженого м'яза інтенсивність масажу впродовж реабілітаційного курсу збільшують.

Доволі ефективним є застосування авторського прийому масажу ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Він полягає в розтягуванні м'яза шляхом накладання ребер двох долонь на середнню м'яза, розведенні їх у боки з наступним утримуванням на 3–4 с. при зведенні верхніх країв долонь у вигляді трикутника. Прийом виконують у положенні дитини лежачи на спині з обличчям, повернутим у здоровий бік. Ті самі дії виконують у положенні дитини лежачи на здоровому боці (рис. 14).

Масаж здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза полягає в його енергійному розтиранні, розминанні, застосуванні вібраційних прийомів. Заходи здійснюють, уникаючи неприємних,

більшових відчуттів: сила масажних рухів повинна відповідати вікові та стану дитини.



а)



б)

Рис. 14 (а, б). Проведення розтягу ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза в положеннях: а) на спині, б) на боці

За допомогою цих прийомів масажу зміцнюють розтягнуті й ослаблені м'язи ший, розміщені з боку здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, що надалі сприятиме утриманню голови дитини в середньому положенні.

Масаж обличчя передбачає послідовний вплив на певні зони: підборіддя, щоки, чоло, ділянки довкола рота та очей. Усунення косметичного дефекту (сплощення щоки) відбувається за рахунок активзації кровопостачання тканин, поліпшення трофіки уражених м'язів, відновлення їх функції. Для цього здійснюють погладжування від центру підборіддя по нижньому краю нижньої щелепи до мочки вуха, масажують ділянку навколо рота, здійснюють розтирання по ходу м'язових волокон трикутного, квадратного, щічного м'язів. Важливим заходом під час масажу обличчя є “редукція”. Метод передбачає застосування прийомів потрушування, дрібноточкової вібрації та короткотривалого натискання, які виконують із внутрішнього боку щоки (ротова порожнина) одним пальцем, зазвичай середнім [24]. Авторські доповнення та модифікація методу полягають у накладанні пучок I і III пальців кисті іншої (протилежної) руки на зовнішню сторону сплющеної щоки або накладанні тильних поверхонь I і III пальців кисті протилежної руки на зовнішню поверхню щоки з одночасним її розтягом і “редукцією”(рис. 15).



а)



б)

Рис. 15 (а, б). Авторські доповнення та модифікація методу редукції: а) пучки I і III пальців кисті руки накладають на зовнішню поверхню щоки, б) тильні поверхні I і III пальців кисті руки накладають на зовнішню поверхню щоки

Наш багаторічний досвід проведення фізичної реабілітації при продовженій м'язовій кривошії свідчить про можливість погіршення стану здоров'я дитини у випадках проведення масажу тільки на основі теоретичних знань щодо виконання певних масажних прийомів без урахування клінічних проявів захворювання, віку дитини, її індивідуальних особливостей та при застосуванні прийомів, протипоказаних при цьому захворюванні. Негативна реакція дитини на масаж може виникнути при передозуванні, неправильному поєднанні масажу з іншими реабілітаційними процедурами, грубому виконанні масажних прийомів. Якщо дитина під час масажу плаче, слід встановити причину й усунути її.

Найпоширенішими причинами негативної реакції грудної дитини на процедуру можуть бути холодні руки масажиста, відчуття голоду, болі в животі, зумовлені метеоризмом, нездужання перед початком процедури. Під час масажу, щоб викликати в дитини позитивні емоції, ми рекомендуємо застосовувати спокійну музику, різноманітні іграшки, розмови тихим і спокійним голосом. Такі методичні підходи до проведення масажу зумовлені тим, що в дітей раннього віку надмірний шум та інтенсивний масаж можуть спровокувати перебудження та негативну реакцію на заходи реабілітації.

Це особливо небезпечно у випадках поєднання кривоший з ураженнями центральної нервової системи.

Масаж точковий. Пальцеве натискання на грудинно-ключично-соскоподібний м'яз стимулює його кровопостачання та нормалізує тонус ураженого м'яза, зменшує його скорочення. Натиски здійснюються пучкою одного пальця в напрямку зверху вниз, суворо перпендикулярно до поверхні шкіри. Тривалість впливу на одну точку не перевищує трьох секунд, сила натиску не повинна викликати неприємні відчуття [41].

Під час точкового масажу за методом Шицу послідовно впливають на такі ділянки:

- 1) натискають по десять разів на три точки, розміщені на передньобоківій поверхні шиї від нижньої щелепи до ключиці (рис. 16 а);
- 2) натискають по десять раз на три точки, розміщені на задній поверхні шиї – від соскоподібного відростка скроневої кістки до трапецієподібного м'яза (рис. 16 б);
- 3) натискають по десять раз на три точки, розміщені на боковій поверхні шиї від вушної раковини до ключиці (рис. 16 в).

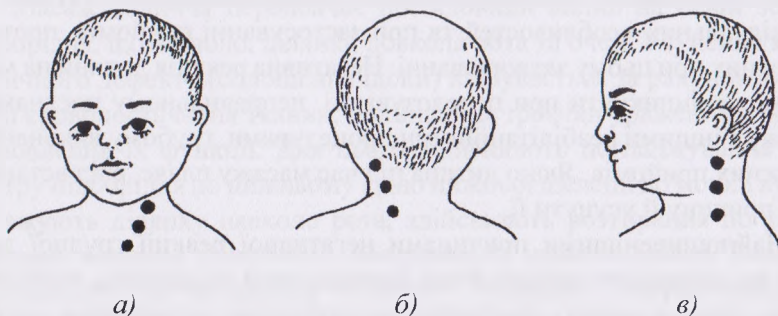


Рис. 16. Точковий масаж за методом Шицу:
а) точки, розміщені на передньобоківій поверхні шиї;
б) точки, розміщені на задній поверхні шиї;
в) точки, розміщені на боковій поверхні шиї [41, 61]

Для розслаблення скороченого м'яза на вказані точки здійснюють безперервний вплив за допомогою пластичних повільних обер-

тальних рухів пучкою нігтьової фаланги II або III пальця. Силу тиску поступово збільшують із затримкою на невеликій глибині, при цьому, не відриваючи пальця від точки, його повільно повертають у ви-кідне положення (гальмівний метод).

Для укріплення розтягнутого здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза здійснюють короткі натискання в зазначених точках у поєднанні з переривчастим розтиранням, пунктуацією, штрихуванням, вібрацією (збуджувальний метод) за методикою С. А. Бортфельда. Прийоми повторюють по 2–3 рази на кожній із трьох точок на передньобоковій, задній та боковій поверхнях [53].

Лікувальна гімнастика

Виконання фізичних вправ сприяє активізації трофічних процесів, поліпшенню проведення нервового імпульсу, оптимізації стану м'язів, а, отже, соматичного та психоемоційного стану хворої дитини [7, 31, 46, 50, 72, 93]. Систематичні, наполегливі, методично обґрунтовані заняття з лікувальної гімнастики в поєднанні з масажем та іншими доцільними засобами фізичної реабілітації сприяють відновленню розміщення голови дитини по середній (осьовій) лінії. Водночас у випадках невинного скорочення термінів реабілітації, проведення її не в повному обсязі, порушення режиму та рекомендацій лікаря-педіатра, ортопеда, реабілітолога можливий рецидив захворювання.

У дітей першого року життя, хворих на вроджену м'язову кривовишню, застосовують вправи, в основі яких лежать безумовні рухові рефлекси (повзання, розгинання хребта тощо) та позно-тонічні рефлекси, активні вправи на основі безумовних рефлексів положення. Також застосовують коригувальні, пасивні, активні, для загального розвитку та дихальні вправи, редресувальну гімнастику [50, 53] (до-даток А 3–7).

Упродовж перших 3-х місяців життя дитини застосовують вправи, які ґрунтуються на безумовних рефлексах, та пасивну гімнастику, яка проводиться без вольового зусилля дитини зі сторонньою допомогою (реабілітолога чи матері) і передбачає здійснення різноманітних пасивних нахилів і поворотів голови в положенні дитини лежачи на спині та животі [109]. Вправи на пасивний розтяг ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза – необхідна складова ре-

абілітаційного процесу, оскільки, сприяючи видовженню ураженого м'яза, вони поліпшують діапазон рухів у шийному відділі хребта (рис. 17, 18) [81].



а)



б)



в)

Рис. 17 (а, б, в). Здійснення пасивної гімнастики в дитини з вродженою м'язовою кривошиєю: а) поворот у здоровий бік, б) поворот у бік ураження, в) пасивні розгинання (власні спостереження 2008 р.)



а)



б)



в)

Рис. 18 (а, б, в). Здійснення вправ на пасивний розтяг у дитини з вродженою м'язовою кривошиєю: а) лежачи на спині, поворот голови у здоровий бік, б) лежачи на спині, голова поза межами кушетки, пасивний поворот голови в бік ураження, в) лежачи на боці, голова поза межами кушетки (розтяг м'язів ураженого боку) (власні спостереження 2008 р.)

Окрім того, видовження вкороченого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза сприяє розслабленню не тільки цього м'яза, але й анатомічно й функціонально пов'язаних із ним інших м'язів шиї, тубуби, кінцівок. Рухи виконують обережно, плавно, без зусиль, з кожним заняттям поступово, уникаючи болю, збільшуючи їх амплітуду. Це запобігає судомним спазмуванням м'язів, їх надривам, крововиливом у м'які тканини, які підсилюють процеси рубцювання та переродження ураженого м'яза й можуть спровокувати рецидив кривоший.

Уражений м'яз росте повільніше, ніж здоровий. Тому з метою розтягу його волокон, підвищення тонусу однойменного м'яза на протилежному боці та закріплення досягнутої корекції лікувальні вправи проводять щоденно декілька разів на день. Ми рекомендуємо застосовувати пасивну гімнастику навіть тоді, коли дитина після реабілітаційного курсу вже утримує голову прямо, а також при відсутності асиметрії обличчя. У випадках порушення розвитку черепа або лицевого скелета систематичне застосування пасивної коригувальної гімнастики сприяє зменшенню та ліквідації патологічних змін [39, 42].

Редресувальна гімнастика застосовується для корекції положення голови. Вона полягає в нахилі голови дитини в бік, протилежній ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язу, при од-

ночасному повертанні підборіддя в бік ураження (додаток А 4–5), [42, 68, 34]. При цьому однією долонею втримують плече дитини, іншою долонею обережно, але наполегливо роблять коригувальні вправи до 3–10 разів, повторюючи рухи кожних 5–10 с. (рис. 19). Згідно з рекомендаціями А. П. Олекса, перед редресацією та після неї масажують скорочений м'яз, поєднуючи повороти голови, які здійснюють однією рукою, і масаж м'яза, який роблять іншою рукою [44].



Рис. 19. Проведення редресувальної гімнастики (власні спостереження 2008 р.)

Методичною особливістю заходу є те, що коригувальні рухи здійснюють легко, плавно, без зусиль, не допускаючи поштовхів, уникаючи додаткової травматизації та зупиняючись біля порога больового подразнення. Захід здійснюють у положенні дитини лежачи на спині та на боці з виведенням голови та шиї за межі кушетки.

Активні рухи на основі безумовних рефлексів положення (позних рефлексів) застосовують від 3–4 місяців.

Активні вправи передбачають безпосередню участь дитини в їх виконанні. Вправи додають до комплексу реабілітаційних заходів після 6-місячного віку. Дитина їх здійснює у відповідь на умовні сигнали, які спочатку повинні збігатися з безумовними подразниками, з включенням зорових і слухових аналізаторів [53]. Для проведення активних вправ застосовують іграшки різних кольорів, форм, звучання, голос матері. Їх використовують, уникаючи різких і голосних подразнень. Заняття проводять із різних вихідних положень, зокрема, лежачи на животі, спині, сидячи [35, 82] (додаток А 6–8).

Дихальні вправи сприяють підвищенню постачання киснем усіх органів і тканин організму, розслабленню скорочених м'язів, поліпшенню загального стану дитини [53]. Ми рекомендуємо застосовувати динамічні дихальні вправи (поєднання руху кінцівок з фазами

дихання), які здійснює реабілітолог пасивно до 6–8-місячного віку, з 9 місяців вони доповнюються активними дихальними вправами, які дитина виконує на прохання дорослого. Статичні дихальні вправи відбуваються за участю діафрагми та міжреберних м'язів; їх використовують від 10-місячного віку (додаток А 3–7).

Лікувальні положення, укладання. Пасивна корекція розміщення голови дитини щодо середньої лінії досягається використанням лікувальних положень, які забезпечують фізіологічне положення всього тіла або його окремих частин. Різновидом лікування положенням є спеціальні укладання (голови, тулуба, кінцівок), які ми застосовуємо до 3–4-місячного віку під час денного сну дитини. Тривалість заходу становить по 1–1,5 години 2–3 рази на день з обов'язковим перебуванням батьків біля дитини для спостереження за її станом. При систематичному повторенні укладань точки прикріплення розтягнутих м'язів зближуються, тоді як вкорочені або спазмовані м'язи розтягаються. Ми вважаємо, що при вродженій м'язовій кривошії укладання з наступною фіксацією положення дитини є ефективними засобами корекції патологічних змін.

Для фіксації голови використовують „бублики”, зроблені з пеночки за розміром обводу потилиці дитини (рис. 20).



Рис. 20. Проведення укладання дитині з вродженою м'язовою кривошією (власні спостереження 2008 р.)

Метою лікувальних положень є правильне (осьове) укладання не тільки голови, але й тулуба. Для цього справа та зліва вздовж тулуба дитини кладуть „скрутки” з байкових ковдр. Під час нічного сну рекомендовано повертати обличчя дитини в бік кривошії з фіксацією мішечком з річковим піском/сіллю.

Для утримування досягнутої корекції положення голови використовують комірці Шанця фабричного виробництва або виготовляють його самостійно за індивідуальними розмірами шиї дитини (рис. 21 а, б, в).



а)

б)

в)

Рис. 21. Різновиди комірців Шанця: а) м'який, б) пластиковий, в) виготовлений самостійно (власні спостереження 2007-2008 рр.).

Комірець рекомендують застосовувати впродовж тривалого часу, винятком є періоди денного та нічного сну. При важких ступенях кривошийї застосовують коригувальний з'ємний гіпсовий комірець, який одягають декілька разів на день, фіксуючи його широким еластичним бинтом.

Для підтримання досягнутої корекції, а також з метою розтягу вкорочених м'язів проводять бинтування. Воно може проводитися як з боку кривошийї, так і з протилежного боку, при важкій патології – з обох боків. Бинтування найкраще здійснювати еластичним бинтом за ширишки 6 см і завдовжки не більше ніж 1,5 метра, з 6-місячного віку найкраще використовувати бинт завдовжки 3 метри. Для цього застосовують валок, виготовлений із невеликої кількості вати, обгорнутої марлевым медичним бинтом. Валок накладають на попередньо розтягнуті (шляхом нахилу голови в протилежний бік) грудинно-ключично-соскоподібний, деколи на трапецієподібний м'язи або на обидва боки та фіксують рівномірними нетугими турами бинта (рис. 22).



Рис. 22. Бинтування дитини з вродженою м'язовою кривошиєю (власні спостереження 2008 р.)

Засоби фізіотерапії. Засоби фізіотерапії активно впливають на всі системи організму, стимулюють його захисні сили, сприяють ліквідації запальних та дистрофічних порушень [49, 51, 70, 71]. У загальному комплексі лікувально-реабілітаційних заходів при вродженій м'язовій кривошії їм належить особливе місце.

Обираючи засіб фізіотерапевтичного впливу та його методику, необхідно орієнтуватися на виконання конкретного реабілітаційного завдання – зменшення тонуру ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, поліпшення кровопостачання тощо.

Проведення процедур у стаціонарних умовах здійснюється згідно з основоположними рекомендаціями щодо застосування фізіотерапевтичних засобів:

- 1) під час процедури намагатися створити позитивний емоційний фон;
- 2) не застосовувати поспіль кілька фізіотерапевтичних процедур;
- 3) упродовж дня застосовувати лише одну фізіотерапевтичну процедуру загальної дії;
- 4) процедури, що викликають генералізовану відповідь організму, застосовувати через день;
- 5) фізіотерапевтичні процедури проводити не швидше, ніж через годину після годування, і не пізніше ніж за 45–30 хвилин до наступного годування.

Під час процедури дитині надають зручне положення, яке забезпечує найбільше розслаблення м'язів. Тривалість відпочинку після

процедури повинна становити не менше ніж 20-30 хвилин [49, 51].

Теплолікування. Фізіотерапевтичні процедури найдоцільніше розпочинати з теплолікування [16]. Теплолікування має широкий спектр специфічного та неспецифічного впливу. Діючи антиспастично на уражений грудинно-ключично-соскоподібний м'яз, воно сприяє його розслабленню; завдяки трофічному впливу теплолікування поліпшується структура м'яза, збільшуються його функціональні можливості. Біологічно активні речовини, які інтенсифікують перебіг обмінних процесів як в ураженому м'язі, так і в цілому організмі, сприяють розсмоктуванню ущільнення в ураженому м'язі. Оскільки теплолікування є патогенетично обґрунтованим засобом реабілітації вродженої м'язової кривошиї, ми вважаємо його застосування обов'язковим.

Для процедур використовують різні пристосування та теплоносії. Парафінові та озокеритові аплікації в дітей, яким більше ніж 2 місяці, застосовують при температурі +40-44°C. У домашніх умовах на уражений м'яз рекомендовано накладати сухе тепло (мішечки з нагрітим лляним насінням, піском, сіллю).

Електролікування. Правильна підготовка дитини до електропроцедур – одна із заповрок успішної реабілітації. Першу процедуру слід проводити без включення струму, а другу та наступні – з поступовим збільшенням сили струму, доводячи її до необхідної величини. Увагу дитини при цьому відволікають іграшками, музикою, лагідними словами.

У разі наявності інфільтрату в скороченому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі з метою його розсмоктування й гальмування розвитку фіброзної тканини на ділянку ураження застосовують лікарський електрофорез 2% розчину калію йодиду. Під час проведення процедури активний електрод розміщують на ділянці ураження, референтний електрод – у міжлопатковій ділянці або на зовнішній поверхні плеча з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Процедура триває в межах 10 хвилин. З метою запобігання завчасного виведення з м'язової тканини іонів калію та йоду сеанс лікарського електрофорезу рекомендують проводити після теплолікування, масажу та лікувальної гімнастики.

Для поліпшення морфофункціонального стану здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (зменшення його розтягнення), а також для запобігання подальшій атрофії або асиметрії м'язів обличчя з ураженого боку за показами застосовують їх електростимуляцію.

У випадку ураження ключичної ніжки грудинно-ключично-соскоподібного м'яза та значного нахилу голови в бік ураження при одночасному надмірному напруженні трапецієподібного м'яза використовують індуктотермію з боку кривоший; при ураженні грудинної ніжки м'яза та надмірному повороті обличчя в протилежний від кривоший бік процедуру проводять зі здорового боку. Методичні підходи до проведення електропроцедур не відрізняються від звичних у дітей відповідного вікового періоду.

Водні процедури. Ураховуючи те, що діти першого року життя з продовженою м'язовою кривошиєю, крім основного діагнозу, часто мають ще й супутні захворювання, з усіх видів гідротерапії найдоцільнішим є плавання. Плавання особливо показано при таких супутніх розладах стану здоров'я – синдром підвищеної збудливості, м'язовий гіпертонус чи гіпотонія, ортопедичні захворювання [53].

Водолікуванням вирішують такі реабілітаційні завдання:

- нормалізація обсягу рухів у шийному відділі хребта;
- формування правильних рухових навичок;
- поліпшення тону м'язів тіла;
- загартування дитини.

Під час гідротерапії дотримуються загальних принципів реабілітації: заняття проводять поступово, систематично, з урахуванням реакції дитини на процедуру [31, 40, 53]. Заняття плаванням починають після загоєння пупкової ранки (з 2–3 тижня), тривалість занять – від 5 до 15–20 хвилин при температурі води в межах $+37^{\circ}\text{C}$ – 34°C – 32°C . Для обливань використовують воду такої ж температури. Послідовно проводять обливання верхніх кінцівок, задньої та передньої поверхонь тулуба. У воду додають хвойний екстракт для ван, морську сіль, відвар вівсяної соломи, які чергують через день або кожні три дні.

Під час водолікувальних процедур уважно стежать за зовнішнім виглядом дитини, станом її шкірних покривів, не допускаючи охолодження кистей рук, стоп, носа, появи „гусячої шкіри”.

З метою підтримання безперервності процесу реабілітації вдома необхідно навчати батьків самостійного проведення водолікувальних процедур у ванні, наголошуючи на необхідності систематичного та ретельного застосування водолікування. Комплекс вправ у воді містить вправи в положенні на животі, спині, передбачає ковзання, занурювання тощо (додаток А 8).

Таким чином, фізична реабілітація дітей першого року життя, хворих на вроджену м'язову кривошию, є багатокomпонентним процесом, який базується на знаннях антропометричних особливостей цієї вікової категорії пацієнтів та розумінні етіопатогенезу та клінічних особливостей різних форм кривоший. Якісна реалізація реабілітаційних заходів передбачає послідовне застосування науково обґрунтованих методів діагностики, що дозволяє виявити дефекти та їх наступну корекцію, у здійсненні якої важлива роль належить батькам хворої дитини.

ПРАКТИЧНІ ПОРАДИ ДЛЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ М'ЯЗОВОЮ КРИВОШИЄЮ

I. Теоретичні засади

1. Перший рік життя – найвідповідальніший етап розвитку дитини, період її найшвидшого емоційного, фізичного та психічного розвитку. У цьому віці завдяки значним пластичним і потенційним можливостям організму найбільш реальне усунення патологічних станів та запобігання важким наслідкам захворювання.

Застосування ранньої, етапної, поступової, комплексної, тривалої та цілеспрямованої реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей дитини у відповідний віковий період може повністю ліквідувати прояви захворювання.

2. Батьки дітей з вродженою м'язовою кривошиєю повинні знати анатомо-фізіологічні особливості дитини відповідного вікового періоду, причини захворювання, його перебіг та діагностику, опанувати різні методики проведення ЛФК з дітьми (активні та пасивні вправи, редресувальна гімнастика), лікування положенням, укладання із застосуванням різноманітних засобів.

Знання закономірностей, які характеризують вікові зміни дитини, сприяє правильному оцінюванню показників її розвитку та дозволяє контролювати ефективність проведених реабілітаційних заходів.

3. Дуже важливо займатися з дитиною в домашніх умовах. Фізична реабілітація поза стаціонаром – дуже важке, але важливе завдання, яке вимагає від батьків особливої уваги. Невиконання спланованих заходів на будь-якому етапі реабілітації може призвести до необхідності госпіталізації дитини в стаціонар та зворотного розвитку досягнутих успіхів.

Батькам перед проведенням занять у домашніх умовах слід проконсультуватися з лікарем та пройти інструктаж у реабілітолога.

4. На перших етапах заняття відбуваються під контролем реабілітолога, який вчить батьків правильного виконання всіх призначених засобів.

Батьки повинні вміти контролювати фізичний і психічний стан дитини під час проведення сеансів фізичної реабілітації.

II. Практичні рекомендації щодо догляду за дитиною з кривошиєю

1. Дитина перебуває в ліжечку на напівтвердому матраці без подушки. Якщо вона лежить на спині – під голову дитини деколи кладуть складену в 4 рази лляну пелюшку, яку можна замінити на кільце, виготовлене з пелюшки й обгорнуте марлевым медичним бинтом або лляною тканиною (рис. 1).

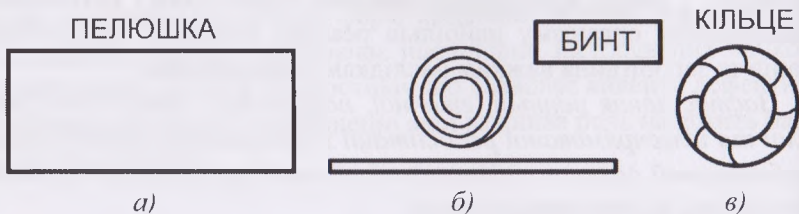


Рис. 1. Етапи виготовлення кільця в домашніх умовах: а) пелюшку розкласти на твердій поверхні, б) згорнути її в трубочку, згорнути її в кільце, в) кільце обгорнути бинтом або тканиною

Якщо дитина спить на боці кривошиї, їй під голову кладуть високу подушку, якщо на здоровому боці – під її шию кладуть валок.

2. Підходити до ліжка дитини потрібно з боку кривошиї.

3. Проводити укладання дитини необхідно здоровим боком до стіни, хворим – до джерела світла та до іграшок.

4. Бинтування проводити як з боку кривошиї, так і з протилежного боку, при важкій патології – з обох боків за допомогою бинта й валка, виготовленого з невеликої кількості вати, обгорнутої марлевым медичним бинтом (рис. 2).

5. При годуванні груддю, з пляшечки, при носінні на руках матері, під час ігор необхідно постійно слідкувати, щоб голівка дитини була повернута в бік зміненого м'яза та нахилена в протилежному напрямку.

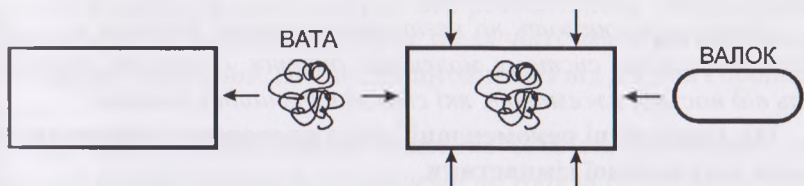


Рис. 2. Виготовлення валка

6. Під час носіння дитини на руках її голівку необхідно підтримувати в коригувальному положенні (рис. 3).



Рис. 3. Коригувальне положення голови під час носіння дитини на руках: а) у горизонтальному положенні обличчям від себе, б) у горизонтальному положенні обличчям до себе, в) у вертикальному положенні обличчям до себе, г) у вертикальному положенні від себе

7. Укладання голови, шиї, тулуба дитини в середнє (осьове) положення здійснюють за допомогою кільця, яке слід класти під потилицю. Можна використовувати мішечки з піском (сіллю), обгорнуті тканиною. Ці мішечки розміщують на ліжечку з боку кривошиї (над надпліччям) або з двох боків голови.

8. Під час сну слідкувати, щоб дитина тривалий час не залежувалася в одному положенні.

Лікарі наголошують на негативному впливі ходунків на слабку кістково-м'язову систему маленької дитини, а також застерігають від носіння джемперів, які стискають шийку дитини.

III. Практичні рекомендації щодо проведення рефлекторних вправ лікувальної гімнастики

1. Викладання на живіт. Здійснюють із досить раннього віку: захисний рефлекс, який притаманний більшості малят, при викладанні на живіт змушує дитину автоматично повертати голову вбік. Уже на першому місяці життя під час перебування в такому положенні діти намагаються підняти й утримати голову – спочатку лише на лічені секунди; потім час, впродовж якого голова втримується, поступово зростає.

За допомогою цієї вправи відбувається ефективно зміцнення м'язів шиї та спини, формуються фізіологічні вигини хребта.

2. Рефлекторне розгинання хребта. В основі цієї вправи лежить спинальний руховий автоматизм – рефлекс Галанта. Вправа здійснюється з вихідного положення на боці.

Обережно притримуючи за ніжки однією рукою дитину, яка лежить на боці, дорослий одним пальцем іншої руки, легко натискаючи, проводить уздовж її хребта, відступивши від середньої лінії тіла вправо або вліво на відстань близько 1 см. Рух здійснюється в напрямку від шиї до куприка. Маля зазвичай реагує на це прогинанням спинки – його тулуб утворює дугу. Силу натиску можна змінювати, але ні в якому разі ця маніпуляція не повинна викликати в дитини негативну реакцію.

Не слід проводити пальцями безпосередньо по остистих відростках хребців, тобто по середній лінії тіла дитини (рефлекс Переса): це провокує виникнення різкої негативної емоційної реакції.

3. Рефлекторна «хода». Новонароджена дитина при обережній підтримці під пахви у вертикальному положенні, доторкаючись стопами до твердої поверхні, починає робити кроки вперед.

Вправа сприяє розвитку м'язів тулуба, шиї, формуванню опори м'язового "корсету".

4. Рефлекторне повзання (рефлекс повзання Бауера). Для його прояву ніжки дитини, яка лежить на животі, потрібно зігнути, попередньо розвівши коліна в сторони, після чого дати стопам дити-

ни відчуту опору на долоні матері або реабілітолога. Можна злегка підштовхнути стопи маляти вперед, після чого зафіксувати долоні в нерухомому положенні. Дитина відштовхнеться від долонь і проповзе вперед.

При виконанні цієї вправи необхідно обов'язково оцінити відстань від голови дитини до розміщеної по ходу руху стіни або будь-якої іншої вертикальної нем'якої поверхні.

5. Рефлекторне згинання й розгинання пальців ніг. Обережно втримуючи однією рукою ніжку маляти, яке лежить на спині, за ділянку гомілковостопного суглоба, пучкою великого пальця вільної руки натискають на його підшву в ділянці «ручки» стопи. У відповідь маля негайно згинає пальчики стопи. Якщо ж із легким натиском провести пальцем уздовж зовнішнього краю стопи (від її мізинця до п'яти), пальці дитини розігнуться, прийнявши «віялоподібне положення».

6. «Качаємо прес». Обережно піднімають тулуб маляти, яке лежить на спині, домагаючись утворення між його тулубом і ногами зігнутими в колінах і кульшових суглобах майже прямого кута. Вправу доповнюють погойдуваннями тулуба маляти вправо – вліво (рис. 4).

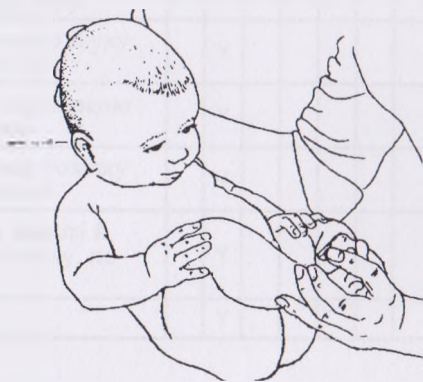


Рис. 4. Виконання вправи “Качаємо прес”

Під час виконання вправи, крім підтримки спинки дитини (яку потрібно здійснювати передпліччям руки), слід не забувати фіксувати і її голову.

7. Пасивне розведення стегон дитини в сторони. Для цього згинають ніжки маляти в колінах і, підтримуючи їх у ділянці колінних суглобів, напівколовим рухом обережно й одночасно відводять праве стегно в правий бік, а ліве відповідно – у лівий бік.

Оскільки вправа сприяє оптимальному дозріванню важливої анатомічної частини кульшових суглобів – вертлюжних западин, вона є профілактичним заходом щодо вродженого вивиху стегна, який у багатьох випадках поєднується з вродженою м'язовою кривошиєю.

Основні особливості психомоторного розвитку дитини першого року життя

Вік	Діяльність	Вік дитини (міс.)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 місяць	1. Плавно стежить очима за предметом, який рухається	у											
	2. Фіксує погляд	у											
	3. Прислуховується до звуків	у											
	4. Посмішка при спілкуванні з дорослим	у											
	5. Спроба втримати голівку лежачи на животі	у											
	6. При спілкуванні видає тихі гортанні звуки	у											
2 місяць	1. Утримує яскравий предмет у полі зору		у										
	2. Шукає джерело звуку поворотом голови		у										
	3. Відповідь посмішкою при спілкуванні		у										
	4. Добре тримає голівку лежачи на животі		у										
	5. Лежачи на животі й, утримуючи голівку, повертає її		у										
	6. "Гукає"		у										

3 місяць	1. Зорове зосередження на предметі			✓																	
	2. Комплекс "пожвавлення" при спілкуванні з близькими людьми			✓																	
	3. Наштовхується рукою на підвішену іграшку			✓																	
	4. Спирається на передпліччя, лежачи на животі			✓																	
	5. Впирається напівзгнутими ногами в тверду опору			✓																	
	6. Повертається зі спини на бік			✓																	
4 місяць	1. Упізнає матір, радіє при цьому			✓																	
	2. Голосно сміється при спілкуванні			✓																	
	3. Знаходить очима джерело звуку			✓																	
	4. Захоплює та розглядає підвішені іграшки			✓																	
	5. При годуванні притримує груди матері, ріжок			✓																	
5 місяць	1. Розрізняє близьких, чужих, тон голосу							✓													
	2. Бере іграшку з рук дорослого							✓													
	3. Лежачи на животі, спирається на долоні витягнутих рук							✓													
	4. При підтримці стоїть рівно							✓													
	5. Повертається зі спини на живіт							✓													
	6. Подовгу "гукає"							✓													

6 місяць	1. По-різному реагує на своє та чуже ім'я							✓									
	2. Довго розглядає іграшку, перекладає її в руках							✓									
	3. Підповзає, перевертається з живота на спину							✓									
	4. Початок лепету (вимовляє окремі склади)							✓									
	5. Їсть із ложки, п'є з горнятка							✓									
	6. Починає рачкувати в положенні на животі							✓									
7 місяць	1. Стукає, перекладає іграшку							✓									
	2. Довго "гукає"							✓									
	3. На питання "де" розшукує предмети							✓									
	4. Добре п'є з горнятка							✓									
	5. Рачкує на животі, „на карачках”							✓									
8 місяць	1. Виймає, стукає, кидає іграшку							✓									
	2. Самостійно сідає, встає, лягає, притримуючись за опору							✓									
	3. Переступає біля опори							✓									
	4. Виконує прохання "дай ручку", тощо							✓									
	5. Голосно і чітко вимовляє звуки.							✓									
	6. Тримає та самостійно гризе бублики, сухарики, іграшки							✓									
	7. Стоїть із підтримкою							✓									

9 місяць	1. Повторює прості рухи інших дітей									у				
	2. Ходить, тримаючись за опору									у				
	3. Добре ходить при підтримці дорослими за обидві руки									у				
	4. На питання “де” шукає предмет									у				
	5. Знає своє ім'я, реагує на нього									у				
	6. Самостійно сідає на горщик									у				
	7. Впізнає предмети, намагаючись назвати їх першими складами									у				
10 місяць	1. Самостійно бавиться										у			
	2. На прохання виконує різні дії										у			
	3. Ходить із підтримкою										у			
	4. Піднімається та спускається з невисоких сходів										у			
	5. На прохання “дай” знаходить і дає предмети										у			
11 місяць	1. Вибірково ставиться до різних дітей												у	
	2. Складає кубики, пірамідку												у	
	3. Самостійно стоїть												у	
	4. Робить перші самостійні кроки												у	
	5. Розрізняє ляльки, машинки, кубики м'ячі												у	
	6. Вимовляє перші спрощені слова “бай – бай”, “па – па”													у

12 місяць	1. Розрізняє предмети за формою																✓
	2. Початок сюжетної гри: годує, вкладає спати																✓
	3. Виконує прості доручення, розрізняє команди																✓
	4. Самостійно ходить																✓
	5. Вимовляє 8-10 легких слів.																✓
	6. Самостійно п'є з горнятка																✓
	7. Захоплює ложкою їжу з тарілки, підносить до рота																✓
	8. Маніпулює з кільцями, пірамідками																✓

Позначка ✓ вказує ті завдання, які дитина в нормі виконує у відповідний віковий період. Батьки або реабілітолог навпроти виду діяльності відзначають позначкою + графи відповідного вікового періоду, в який дитина здійснює цей вид діяльності.

Комплексе вправ коригувальних, для загального розвитку та рефлексорних для дітей з вродженою м'язовою кривошиєю віком 0–3 місяці

1. В. п. – лежачи на спині головою до краю стола. Плечі дитини повинні бути фіксовані. Здійснюють нахил голови дитини в бік здорового м'яза та поворот у протилежний бік. Вправи краще проводити вдвох: одна людина втримує дитину за плечі, інша обережно, без зусиль проводить нахили та повороти голови, утримуючи її кожного разу на короткий час у правильному положенні (рис. 1). Якщо вправи виконує одна мати, то необхідно однією рукою втримувати дитину за плечі, іншою – здійснювати нахил і поворот голови.



Рис. 1. Пасивна вправа (редресувальна)

Методичні вказівки: вправу виконують декілька разів на день, уникаючи під час виконання насильних рухів.

2. В. п. – лежачи на спині головою до краю стола. Плече дитини фіксоване однією рукою. Обхоплюють голову дитини долонею іншої руки та пластично, повільно, з легкою вібрацією нахилиють її вправо, вліво (рис. 2, 3).



Рис. 2. Виконання пасивних нахилів голови вправо при лівобічній м'язовій кривошії

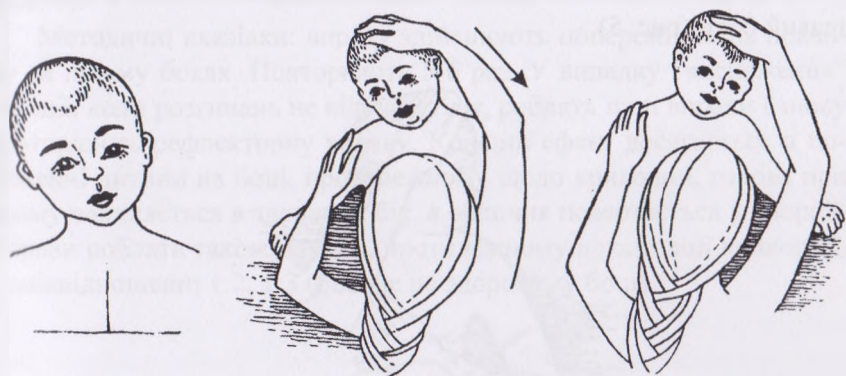


Рис. 3. Виконання пасивних нахилів голови вліво при правобічній вродженій м'язовій кривошії

3. В. п. – лежачи на спині. Здійснюють плавне та рівне (по осьовій лінії) згинання голови (рис. 4).



Рис. 4. Пасивне згинання голови

4. В. п. – лежачи на спині. Пасивні повороти голови в лівий та правий боки (рис. 5).



Рис. 5. Виконання пасивних поворотів голови в лівий та правий боки

5. В. п. – лежачи на животі. При фіксованих плечах дитини здійснюють пасивно плавне та рівне (по осьовій лінії) розгинання голови (рис. 6).

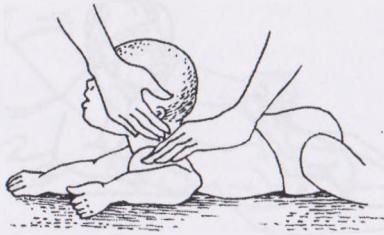


Рис. 6. Пасивне розгинання голови

6. Рефлекторна вправа. В. п. – лежачи на боці. Підтримуючи дитину в цьому положенні проводять паравертебрально на 1 см вправо або вліво від хребта пучками II або III пальця по спині дитини зверху вниз, спостерігаючи розгинання шиї, спини, таза (рефлекс Галанта) (рис. 7).

Методичні вказівки: вправу здійснюють поперемінно на правому та лівому боках. Повторюють 5-6 раз. У випадку “виснаження” реакції, коли розгинань не відбувається, роблять інші вправи і знову повторюють рефлекторну вправу. Кращий ефект досягається в положенні дитини на боці, протилежному щодо кривоший, голова при цьому нахилиється в здоровий бік, а обличчя повертається у хворий. Вправи роблять також на боці, протилежному локалізації кривоший, у співвідношенні 1:2, 1:3 (більше на здоровому боці).

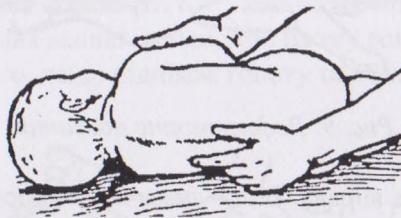


Рис. 7. Рефлекс Галанта

7. Рефлекторна вправа. В. п. – горизонтальне у висі почергово на животі, спині, правому, лівому боках. У положенні дитини на животі її голова рефлекторно відхиляється назад, у положенні на спині – вперед, на правому боці – вліво, на лівому – вправо (рис. 8).



Рис. 8. Виконання вправи у висі: а) на спині, б) на животі

Методичні вказівки: застосовують для тренування м'язів спини, живота, шиї, вестибулярного апарату, з метою розтягу м'язів ураженого боку. Виконують 3–4 кола впродовж декількох секунд: живіт, спина, лівий, правий бік.

8. Рефлекторне „повзання” (рефлекс повзання Бусра). В. п. – лежачи на животі. Згинають ніжки дитини, розводячи коліна в різні боки. Обхоплюють стопи дитини з тильної сторони, торкаючись великими пальцями обох підштов одночасно. Дитина рефлекторно розгинає ноги, енергійно відштовхуючись і просуваючись вперед (рис. 9).

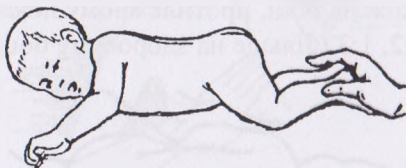


Рис. 9. Рефлекторне повзання

9. Рефлекторна вправа. В.п. – лежачи на здоровому боці у висі. Підтримують дитину долонею, на якій вона лежить боком над столом. У нормі дитина дещо вигинає тулуб і піднімає ноги до горизонтального положення. Рефлекс викликається до 3–4 місяців.

10. Рефлекторні повороти. В. п. – лежачи на спині. Однією рукою обхоплюють гомілки дитини, іншою – її передпліччя, стимулюючи повороти вбік, поперемінно вліво та вправо (рис. 10).

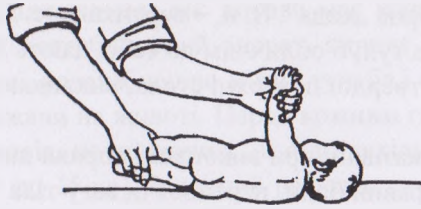


Рис. 10. Рефлекторні повороти

11. Рефлекторна вправа. В. п. – лежачи на спині у висі. Однією рукою утримують ніжки дитини, іншою – спинку. Дитина рефлекторно згинає хребет (рис. 11).



Рис. 11. Рефлекторне згинання хребта в положенні у висі на спині

12. Рефлекторна вправа. В. п. – лежачи на спині. У долоні дитини вкладають обидва великі пальці, при цьому вона, міцно утримуючи пальці дорослого, дещо піднімає голову та верхню частину тулуба (рис. 12).



Рис. 12. Рефлекторне підтягування

13. Рефлекторна „хода”. В. п. – вертикальне. Підтримуючи дитину під пахвами за тулуб обличчям до себе, дають їй змогу доторкнутися стопами до твердої поверхні стола, викликаючи „рефлекторні” кроки (рис. 13).

Методичні вказівки: при виконанні вправи дитину ведуть, нахилиючи в лівий, правий боки, переносючи вагу тіла.

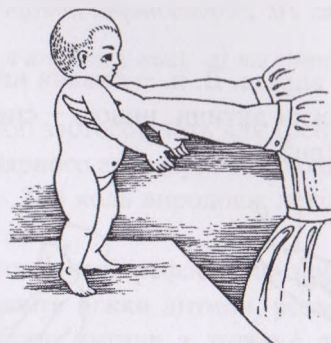


Рис. 13. Рефлекторна „хода”

14. В. п. – на спині. Дитині надають положення напівсидячи. У позі ембріона здійснюють похитування вперед-назад, з боку на бік, по колу. Однією рукою притримують зігнуті до живота ніжки, іншою – притримують під потилицею нахилену до грудей голівку (рис. 14).



Рис. 14. Похитування в позі ембріона

Особливості лікувальної дії: вправа має позитивний вплив на нервову систему, вестибулярний апарат, сприяє розтягу м'язів задньої поверхні шиї, розслабленню м'язів тулуба і кінцівок.

15. В. п. – лежачи на животі. Перед кожним годуванням дитину викладають на живіт, починаючи з 30 с до декількох хвилин (у домашніх умовах – до 15 хв). Захисний рефлекс змушує дитину автоматично повертати голову вбік. На першому місяці життя в такому положенні дитина намагається підняти й утримати голову. Спочатку це вдається лише впродовж лічених секунд, потім голова втримується довший час.

Особливості лікувальної дії: вправа сприяє зміцненню м'язів шиї й спини, удосконаленню рухів руками, ногами, підняттю голови, укріпленню м'язів тулуба, формуванню фізіологічних вигинів хребта.

16. В. п. – лежачи у висі на боці (поперемінно на лівому, правому) на руках реабілітолога або матері. Під час виконання вправ дитина горизонтально втримує голову, тулуб, ноги (рис. 15).



Рис. 15. Рефлекторна вправа на боці у висі

17. Дихальна вправа. В. п. – лежачи на спині. Притиснути зігнуті в ліктях руки дитини до бокових і передніх поверхонь грудної клітки – видих, розвести руки дитини дещо в сторони – вдих.

18. Дихальна вправа. В. п. – лежачи на спині, животі. Ритмічні натискання на грудну клітку, її передні, бокові, задні поверхні.

Особливості лікувальної дії рекомендованого комплексу вправ та методичні вказівки щодо його виконання: рефлекторні вправи скеровано на стимуляцію психомоторного та фізичного розвитку дитини.

ни. Пасивні вправи сприяють розтягу ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'язу й укріпленню однойменного здорового.

Кількість повторів вправ комплексу на початку курсу становить 2–4 рази, надалі кількість вправ і повторів регулюється індивідуально.

Додаток А 4

Комплекс вправ коригувальних, для загального розвитку та рефлексорних для дітей з вродженою м'язовою кривошиєю віком 3–6 місяців

1. В. п – лежачи на животі. Підтримуючи дитину за кисті, руки піднімають уперед і вгору, відводять у сторони; згинаючи руки дитини, приводять їх до бокових поверхонь тулуба й повертають у вихідне положення.

2. В. п. – лежачи на спині. Притискають зігнуті в ліктях руки дитини до бокових і передніх поверхонь грудної клітки – видих, дещо розводять руки в сторони – вдих.

3. В. п. – лежачи на спині. Нахил голови дитини в бік здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'язу й одночасний поворот обличчя в протилежний бік (рис. 1).



Рис. 1. Редресувальна гімнастика

4. В. п. – лежачи на спині головою до краю стола. Плечі дитини фіксовані однією рукою. Обхоплюють голову дитини долонею другої руки й пластично, повільно, з легкою вібрацією повертають її в бік ураженого м'яза (рис. 2).



Рис. 2. Пасивні повороти голови в бік кривошийї

5. В. п. – лежачи на спині. Груді та голова дитини поза межами кушетки, обличчя повернуте до реабілітолога. Притримуючи дитину за тулуб, словами та іграшкою спонукають її дещо підняти голову та плечовий пояс угору.

6. В. п. – лежачи на животі. Груді та голова поза межами кушетки, дитину притримують за таз і ноги. У цьому положенні дитина рефлекторно розгинає ший і тулуб і піднімає їх вище рівня столу, утворюючи ввігнуту дугу (рис. 3).

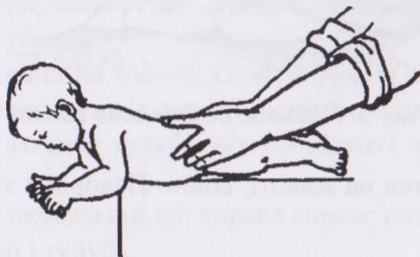


Рис. 3. Рефлекторне розгинання ший та тулуба в положенні лежачи на животі

7. В. п. – лежачи на животі. Ноги у висі поза межами кушетки. Піднімання опущених зі столу ніг із застосуванням стимулювальних прийомів точкового масажу (рис. 4).



Рис. 4. Піднімання опущених ніг, застосовуючи стимулювальні прийоми точкового масажу

8. В. п. – лежачи на спині, животі. Здійснюють плавне й рівне (по осьовій лінії) згинання та розгинання шиї дитини при фіксованих плечах.

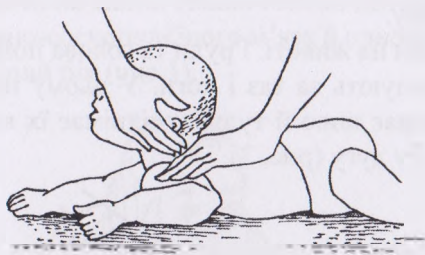


Рис. 5. Пасивне розгинання голови

9. В. п. – лежачи на животі, спині. Повороти зі спини на живіт (рис. 6).



Рис. 6. Повороти зі спини на живіт

10. В. п. – лежачи на спині. Вкладають вказівний палець однієї руки в долоню дитини, іншими пальцями цієї руки обхоплюють її кисть. Вказівним і великим пальцями іншої руки обхоплюють знизу одну ногу дитини в нижній частині гомілки, решта пальців захоплюють на тому самому рівні іншу ногу. Утримуючи обидві ноги й дещо їх випрямляючи, повертають таз дитини трохи вперед. Дитина самостійно повертає голову й верхню частину тулуба в той самий бік. Затримують дитину в положенні на боці, виводять її руку вперед, після чого дитина перевертається на живіт (рис. 7).



Рис. 7. Поворот зі спини на живіт

Особливості лікувальної дії: вправу застосовують для тренування м'язів шиї, тулуба.

11. В. п. – лежачи на животі. Однією рукою притримують ноги дитини, іншу – підводять під живіт і піднімають дитину над столом. Голова й верхня частина тулуба дитини підняті, хребет розігнутий (рис. 8).

Особливості лікувальної дії: вправа сприяє розвитку м'язів задньої поверхні шиї і тулуба.

Методичні вказівки: вправу виконують 1-2 рази, утримуючи положення декілька секунд.



Рис. 8. Рефлекторне прогинання, лежачи на животі

12. В. п. – горизонтальне у висі. У положенні на животі голова дитини рефлекторно відхиляється назад, у положенні на спині – уперед, у положенні на правому боці – вліво, на лівому – вправо.

Методичні вказівки: вправу проводять у 2–3 кола: живіт, спина, лівий, правий боки.

Особливості лікувальної дії: вправа сприяє тренуванню м'язів спини, живота, ший, вестибулярного апарату, редресації м'язів ший з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза.

13. Неповне присідання. В. п. – лежачи на спині. Дитині дають обхопити великі пальці рук дорослого, іншими пальцями притримуючи кисті її рук. Після чого випрямляють ручки дитини легким потягуванням за кисті, спонукаючи дитину підтягнути голову й верхню частину тулуба (рис. 9).



Рис. 9. Неповне присідання

14. Рефлекторна „хода”. В. п. – вертикальне. Підтримуючи дитину під пахвами за тулуб лицем до себе, дають їй змогу доторкнутися стопами до твердої поверхні стола, викликаючи „рефлекторні ” кро-

ки. Дитину ведуть нахилиючи в лівий, правий боки, переносючи вагу тіла (рис. 10).

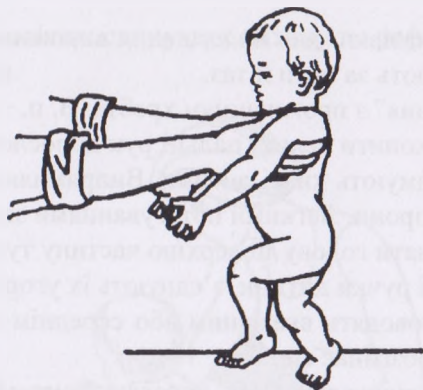


Рис. 10. Рефлекторна „хода”

15. Вправи на м'ячі. В. п. – лежачи на спині. Здійснюють похитування вперед-назад, вісіркою, в обидва боки (рис. 11).



Рис. 11. Вправа на мячі в положенні лежачи на спині

16. В. п. – лежачи на спині, животі. Використовуючи подразники у вигляді яскравих звукових іграшок, сприяють нахилам, поворотам голови в лівий, правий боки, згинанню, розгинанню шийного відділу хребта.

17. В. п. – лежачи на спині. Повороти зі спини на живіт за допомогою яскравої іграшки, розміщеної з того боку, в який дитина має повернутися.

Методичні вказівки: для полегшення виконання вправи дитину злегка підштовхують за ноги й таз.

18. “Присідання” з прогинанням хребта. В. п. – лежачи на спині. Дитині дають обхопити великі пальці рук дорослого, рештою пальців злегка притримують кисті дитини. Випрямляють ручки дитини, розводячи їх у сторони. Легкими потягуваннями за руки спонукають дитину дещо підняти голову та верхню частину тулуба. Перехоплюють рукою обидві ручки дитини, з’єднують їх угорі і спереду. У цьому положенні проводять вказівним або середнім пальцями вздовж хребта – дитина розгинає спину.

Особливості лікувальної дії: вправа сприяє укріпленню м’язів шиї, спини, прискорює самостійне сидіння та утримування голови.

Методичні вказівки: застосовувати після 4-х місяців.

19. “Підтанцювання”. В. п. – вертикальне з підтримуванням дитини за тулуб під пахвами. Вправа є пізнім варіантом рефлекторної „ходи”. Дитину притримують за тулуб, під пахвами. При торканні стопами до твердої опори, дитина „підтанцює”.

20. “Паріння” на спині. В. п. – лежачи на спині. Обхоплюють дитину обома руками за задньобоківі поверхні тулуба на рівні нижньої частини грудної клітки й дещо піднімають у горизонтальне положення. У відповідь голова дитини нахилиється вперед з одночасним напруженням усіх м’язів передньої поверхні тіла та м’язів шиї (рис. 12).



Рис. 12. “Паріння” на спині

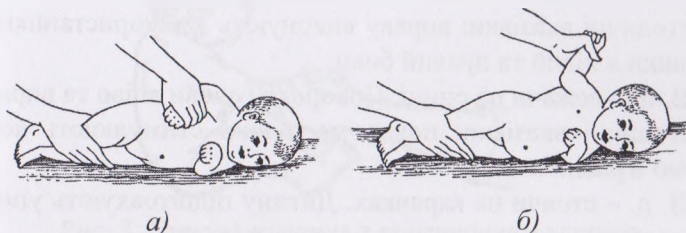
21. Рефлекторне повзання на чотирьох. В. п. – лежачи на животі. Зігнуті ніжки дитини розміщуємо під животом, опора на ручки (рис. 13).

Методичні вказівки: спонукати дитину до рефлекторного повзання до 4-х місяців.



Рис. 13. Рефлекторне повзання

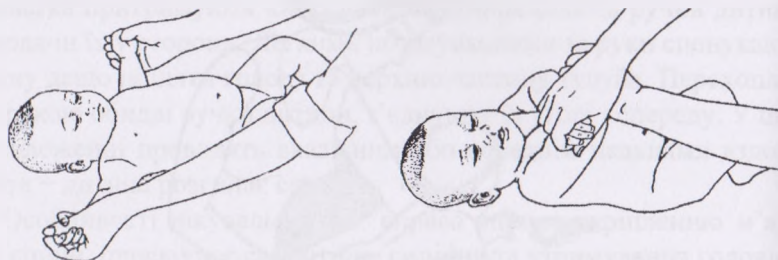
22. Дихальна вправа. В. п. – лежачи на боці. Однією рукою підтримують дитину, іншою – притискають її зігнуту в лікті руку до передньобічної поверхні грудної клітки, відводячи згодом їх угору (рис. 14).



*Рис. 14. Дихальна вправа в положенні лежачи на боці:
а) видих, б) вдих*

Комплекс вправ для дітей з вродженою м'язовою кривошиєю віком 6–9 місяців

1. Дихальна вправа. В. п. – лежачи на спині. Притримують руки дитини й розводять їх у сторони – вдих, схрещують їх на грудях – видих (рис. 1).



а)

б)

Рис. 1. Виконання дихальної вправи:

а) розведення рук у сторони – вдих,

б) схрещування їх на грудях – видих

2. В. п. – сидячи. Колові рухи руками вперед, назад.

3. В. п. – сидячи. Схрещування рук на грудях.

4. В. п. – лежачи на спині. Самостійні повороти зі спини на живіт.

Методичні вказівки: вправу виконують з використанням яскравої іграшки в лівий та правий боки.

5. В. п. – лежачи на спині. Повороти голови вліво та вправо.

Методичні вказівки: повороти голови стимулюють яскравою звуковою іграшкою.

6. В. п. – стоячи на карачках. Дитину підштовхують уперед-назад, у сторони.

7. В. п. – стоячи на карачках. Повзання на чотирьох з одночасними поворотами голови.

Методичні вказівки: просування вперед і повороти голови в лівий, правий боки стимулюють, використовуючи іграшки (рис. 2).



Рис. 2. Повзання

8. “Присаджування” при підтримці за руки, розведені на ширину плечей із прогинанням хребта. В. п. – лежачи на спині. Дитині дають обхопити великі пальці своїх рук, рештою пальців злегка притримують її кисті. Випрямляють ручки дитини, розводячи їх у сторони. Легкими потягуваннями за руки спонукають дитину дещо підняти голову й верхню частину тулуба. Перехоплюють однією рукою обидві ручки дитини, з’єднують їх угорі та спереду. У цьому положенні проводять вказівним і середнім пальцями іншої руки вздовж хребта – дитина розгинає спину (рис. 3).



Рис. 3. Присаджування з прогинанням хребта

9. Піднімання тулуба за випрямлені руки з положення лежачи на животі. В. п. – лежачи на животі. Дитині дають обхопити великі пальці своїх рук, рештою пальців злегка притримують її кисті. Ви-

прямляють ручки дитини, розводячи їх у сторони. Легкими потягуваннями за руки спонукають дитину дещо підняти голову й верхню частину тулуба (рис. 4).



Рис. 4. Піднімання тулуба з положення лежачи на животі

10. В. п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Піднімають руки дитини вгору через сторони, ковзаючи по поверхні столу (вдих), повертають у вихідне положення, не відриваючи рук від столу (видих).

11. В. п. – лежачи на спині. Дитині дають обхопити великі пальці обох рук, її кисті охоплюють іншими пальцями. Не згинаючи рук у ліктях, розводять випрямлені руки дитини в сторони. При цьому дитина піднімає голову назад-вгору.

12. В. п. – сидячи. Активні та пасивні повороти голови вліво, вправо, нахили пасивні, активні, активні та пасивні нахили голови вліво, вправо, вперед, назад (рис. 7).

Методичні вказівки: при виконанні активних вправ застосовують іграшки.



Рис. 7. Пасивні нахили голови

13. В. п. – лежачи на спині. Згинання, розгинання ніг у колінних та кульшових суглобах (рис. 8).



Рис. 8. Згинання, розгинання ніг у колінних та кульшових суглобах

14. В. п. – лежачи на спині. Колові оберти в кульшових суглобах (рис. 9).



Рис. 9. Колові оберти в кульшових суглобах

15. Вправи на м'ячі. В. п. – лежачи на животі на м'ячі. Похитування вперед-назад, вліво-вправо, вісілкою (рис. 10).



Рис. 10. Вправи на м'ячі в положенні лежачи на животі

16. Редресувальна вправа. В. п. – лежачи на спині головою до краю стола. Плечі дитини повинні бути фіксовані. Здійснюють нахил голови дитини в бік здорового м'яза та поворот у протилежний бік. Вправи краще проводити вдвох: одна людина втримує дитину за плечі, інша обережно, без зусиль проводить нахили та повороти голови, утримуючи її кожного разу на короткий час у правильному положенні (рис. 11). Якщо вправи виконує лише мати, то необхідно однією рукою втримувати дитину за плечі, іншою – здійснювати нахил і поворот голови.

Методичні вказівки: вправу виконують декілька разів на день, уникаючи під час виконання насильних рухів.



Рис. 11. Редресувальна вправа

17. В. п. – лежачи на спині головою до краю стола. Плечі дитини фіксовані. Обхоплюють голову дитини долонями та пластично, повільно, з легкою вібрацією повертають її в бік ураженого м'яза.

18. В. п. – на лежачи спині. Плавне розгинання та згинання голови.

19. Дихальна вправа. В. п. – лежачи на спині. Притримують руки дитини та розводять їх у сторони – вдих, схрещують їх на грудях – видих (рис. 12).



Рис. 12. Дихальна вправа:

- а) притримують руки дитини й розводять їх у сторони – вдих,
б) схрещують їх на грудях – видих*

Додаток А6

**Комплекс вправ для дітей з вродженою м'язовою кривошиєю
віком 9–12 місяців**

1. В. п. – лежачи на спині. Самостійні повороти зі спини на живіт у лівий, правий боки.

2. Нахили. В. п. – вертикальне. Розташовують дитину спиною до себе. Однією рукою притримують її коліна, іншу кладуть на живіт для підтримки тулуба. Просять дитину нахилитися за іграшкою, яка лежить на підлозі, і знову випрямитися.



Рис. 1. Нахили

3. “Паріння” в положенні лежачи на животі на столі. В. п. – лежачи на животі. Утримування тулуба у висі. Дитину кладуть на край столу; голову, плечовий пояс, верхню частину тулуба, які вона утримує у висі поза межами столу (рис. 2).

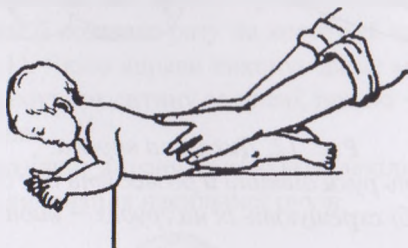


Рис. 2. “Паріння” в положенні лежачи на животі на столі

4. В. п. – горизонтально на спині на руках матері. Дитина утримує тулуб в положенні на спині. Голова, плечовий пояс, верхня частина тулуба – у висі.

5. Ходьба на руках „Тачка”. В. п. – лежачи на животі. Однією рукою підтримують дитину під живіт, іншою – за обидві ноги. Дещо піднімають нижню частину тулуба та спонукають дитину пересуватися на руках.



Рис. 3. Виконання вправи “Тачка”

6. В. п. – лежачи на спині. Згинання, розгинання ніг, імітація ходи.

7. В. п. – у висі на боці. “Паріння” на хворому боці.

8. Захоплювання іграшки з положення на животі. В. п. – лежачи на животі. Однією рукою фіксують ноги дитини, іншою рукою над

головою дитини утримують іграшку, до якої дитина тягнеться руками, піднімаючи при цьому голову, плечовий пояс, груди (рис. 4).

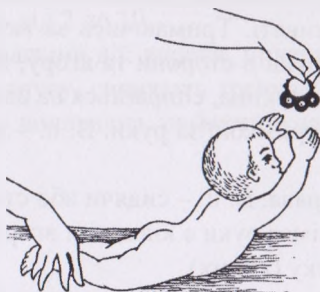


Рис. 4. Захоплювання іграшки з положення на животі

9. Захоплювання іграшки з положення на спині. В. п. – лежачи спині. Однією рукою фіксують ноги дитини, іншою над головою дитини утримують іграшку, до якої дитина тягнеться руками (рис. 5).

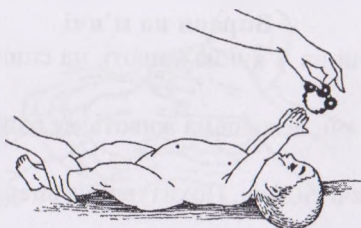


Рис. 5. Захоплювання іграшки з положення на спині

10. Активні рухи з допомогою. В. п. – лежачи на спині. Нахили голови в лівий, правий боки.

11. Активні рухи з допомогою. В. п. – сидячи. Повороти голови в лівий, правий боки.

12. Активні рухи з допомогою. В. п. – сидячи. Згинання, розгинання ший.

13. “Місток”. В. п. – лежачи на спині, ноги зігнуті. Просувають долоню під спину дитини й допомагають підняти тулуб.

Методичні вказівки: дитину спонукають до самостійного виконання вправи.

14. Піднімання з положення на животі у вертикальне положення. В. п. – лежачи на животі. Тримаючись за вкладені в кисті дитини кільця, розводять її руки в сторони та вгору, при цьому дитина піднімає голову, встає на коліна, спирається на одну зігнуту ногу, встає.

15. Ходьба з підтримкою за руки. В. п. – вертикальне. Ходьба з підтримкою за руки.

16. Дихальна вправа. В. п. – сидячи або стоячи. На прохання дорослого дитина піднімає руки з кільцями вгору (вдих), опускає їх та охоплює грудну клітку (видих).

Методичні вказівки: заключну частину вправи допомагає виконати мати або реабілітолог.

Додаток А 7

Вправи на м'ячі

1. В. п. – лежачи на м'ячі на животі, на спині. Похитування вперед-назад.

2. В. п. – на м'ячі, лежачи на животі, на спині. Похитування вліво-вправо.

3. В. п. – на м'ячі сидячи. Похитування вперед-назад, вліво-вправо.

4. В. п. – лежачи на м'ячі, на животі з опорою на стопи. Похитування вперед-назад (рис. 1).



Рис. 1. Похитування вперед-назад на м'ячі в положенні на животі з опорою на стопи

Методичні вказівки: під час виконання вправ дитину вкладають животом і грудьми на м'яч, який попередньо накривають пелюшкою. Вправи сидячи слід виконувати після шести місяців. Кількість вправ поступово збільшують від 2 до 10.

Особливості лікувальної дії: вправи, призначені для зняття підвищеного м'язового тонуусу, сприяють тренуванню м'язів шиї, спини, тулуба, позитивно впливають на вестибулярний апарат та нервову систему.

Додаток А 8

Комплексу вправ у воді для дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

1. В. п. – лежачи на животі. Плавні розгинання голови при ковзанні на воді (рис. 1).



Рис. 1. Розгинання голови при ковзанні на воді лежачи на животі

2. В. п. – лежачи на спині. Тіло дитини, яка перебуває у воді, та її голівку підтримує розкритою лівою долонею реабілітолог або мати; правою рукою, обхопивши ділянку таза й кульшових суглобів, підтримує їх і нижню частину спини.

3. В. п. – лежачи на животі. Тіло дитини, яка перебуває у воді, та її грудну клітку підтримує розкритою лівою долонею реабілітолог або мати; правою рукою дорослий, обхопивши ділянку тазу й кульшових суглобів, підтримує таз і ноги (рис. 2 а).

4. В. п. – лежачи на спині. Ковзання на воді, лежачи на животі, на спині, боці похитування (рис. 2 а, г, з).

5. В. п. – лежачи на спині. Ковзання на воді „вісімкою”, похитування.

6. В. п. – лежачи на животі. Занурювання у воду кінцівок дитини (рис. 2 а, в).

7. В. п. – лежачи на животі, спині. Занурювання у воду тулуба та кінцівок (рис. 2 ж).

8. В. п. – лежачи на животі, спині. Плавні повороти голови у воді (рис. 2 б).

9. В. п. – лежачи на животі, спині. Плавні нахили голови у воді.

10. В. п. – лежачи на спині. Плавні згинання голови та шиї при ковзанні на воді (рис. 2 а, ж).

11. В. п. – лежачи на спині. Підтримуючи дитину однією рукою під голову та плечі на поверхні води, І і ІІ пальцями іншої руки захоплюють уражений грудинно-ключично-соскоподібний м'яз і ніжно розминають, розтягуючи його.



а)



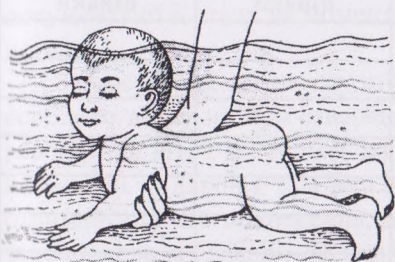
б)



в)



г)



д)



ж)



з)

Рис. 2 (а, б, в, г, д, ж, з). Вправи та види підтримки у воді [61]

12. В. п. – лежачи на поверхні води на грудях. Вправи на затримку дихання при обливанні водою голови дитини.

13. В. п. – лежачи на поверхні води на грудях. Занурювання з головою у воду на 1–2 с (рис. 2 д).

Додаток А 9

Алгоритм соматоскопічного обстеження дітей раннього віку для виявлення вродженої м'язової кривошії

Досліджувана ознака	Наявність досліджуваної ознаки	Відсутність досліджуваної ознаки
Асиметрія черепа		
Асиметрія обличчя		
Асиметрія очних щілин		
Асиметрія брів		
Асиметрія кутів рота		
Асиметрія вушних раковин		
Сплющення щоки з одного боку		
Асиметрія шкірних складок шиї		
Зміни положення голови щодо середньої лінії (нахил)		
Поворот обличчя у протилежний щодо нахилу бік		
Припухлість одного з грудинно-ключично-соскоподібних м'язів		
Натяг одного з грудинно-ключично-соскоподібних м'язів		
Асиметрія трикутників талії		
Асиметрія надпліч		
Асиметрія лопаток		
Асиметрія грудної клітки		

Викривлення хребта у фронтальній площині		
Асиметрія клубових кісток		
Асиметрія сідниць		
Асиметрія сідничних складок		

Наявність чи відсутність кожної з досліджуваних ознак притаманних вродженій кривошії, позначається відповідним графічним символом (+ або -) у лінійці навпроти ознаки, що підлягає дослідженню. Заповнений алгоритм стоматоскопічного дослідження є фактичним протоколом стоматоскопічного обстеження. Його доцільно додавати до амбулаторної картки або історії хвороби дитини з метою документації її стану на момент обстеження (первинного чи повторного).

Застосування алгоритму стоматоскопічного обстеження дитини особливо доцільно при створенні індивідуальних програм фізичної реабілітації дітей із вродженою кривошиєю, оскільки він допомагає визначити ту ділянку тіла, яка потребує пильної уваги. Згодом дані, отримані під час обстеження, допоможуть визначити ефективність запропонованих заходів фізичної реабілітації, спрямованих на оптимізацію положення голови та усунення асиметричності тілобудови.

Алгоритми фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю

Основні реабілітаційні проблеми	Вид реабілітаційного обстеження	Засіб фізичної реабілітації, місце впливу
Морфологічні: порушення симетричності тілобудови: асиметрія черепа	огляд	укладання голови за допомогою кільця, мішечків з піском/сіллю; бинтування шиї з боку ураження або з двох боків; лікувальні положення за допомогою "скруток" вздовж тулуба, правильне розташування дитини в ліжку (підхід до дитини та розташування іграшок з боку ураження), часте викладання на живіт
асиметрія обличчя (очних щілин, брів, кутів рота)	огляд	масаж обличчя (класичні прийоми), пасивні вправи на розтяг щічного м'яза з боку ураження; укладання голови за допомогою кільця, мішечків з піском/сіллю: бинтування шиї з боку ураження (у разі надмірного нахилу голови), бинтування з протилежного боку (у разі надмірного повороту обличчя); підхід до дитини та розташування іграшок з боку ураження
сплошення шики з боку ураження	огляд	масаж шики з внутрішнього та зовнішнього боку (класичні, авторські прийоми), точковий масаж внутрішнього боку щічного м'яза; електростимуляція щічного м'яза; укладання голови за допомогою кільця, мішечків з піском/сіллю; бинтування шиї з боку ураження у разі надмірного нахилу голови, з протилежного боку - у разі надмірного повороту обличчя
асиметрія шкірних складок шиї	огляд	масаж м'язів шиї з обох боків, з боку ураження – згідно з розробленою програмою; пасивні вправи, редресувальна гімнастика; укладання голови

<p>зміни положення голови щодо середньої лінії (нахил, поворот)</p>	<p>огляд, вимірювання кута нахилу голови за допомогою гоніометра</p>	<p>масаж шиї та м'язів плечового поясу (класичні прийоми), масаж грудинно-ключично-соскоподібних м'язів, (інтенсивніше – зі здорового боку), при надмірному нахилі голови – розслаблювальний масаж трапецієподібного м'яза з боку ураження, тонізувальний масаж із протилежного боку, точковий масаж грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (гальмівний метод) з боку ураження, точковий масаж грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (тонізувальний метод) з протилежного боку), у випадку надмірного повороту голови - тонізувальний масаж трапецієподібного м'яза з боку кривоший, розслаблювальні прийоми масажу трапецієподібного м'яза з протилежного боку, точковий масаж грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (гальмівний метод) з боку ураження; рефлекторні вправи, пасивні вправи на розтяг м'язів з боку ураження, редресувальні вправи; допоміжні засоби (кільце, коміречь); гідротерапія (плавання)</p>
<p>асиметрія тулуба</p>	<p>огляд</p>	<p>масаж загальновибірковий (класичні прийоми); рефлекторні вправи, пасивні, активні вправи, лікування положенням за допомогою “скруток” уздовж тулуба, правильне розташування дитини в ліжку (підхід до дитини, розташування іграшок з боку ураження); гідротерапія (плавання)</p>
<p>асиметрія надпліч</p>	<p>огляд</p>	<p>масаж загальновибірковий; рефлекторні вправи, пасивні вправи; пасивні вправи на розтяг м'язів з боку ураження, активні вправи, бинтування шиї з ураженого боку; гідротерапія (плавання)</p>
<p>асиметрія лопаток</p>	<p>огляд</p>	<p>масаж загальновибірковий (класичні прийоми); пасивні, активні вправи; гідротерапія (плавання)</p>
<p>асиметрія грудної клітки</p>	<p>огляд</p>	<p>масаж загальновибірковий (класичні прийоми), рефлекторні, пасивні, активні, дихальні вправи; електростимуляція атонічних м'язів, гідротерапія (плавання)</p>

асиметрія сідниць сідничних складок	огляд	масаж загальновибірковий; вправи рефлекторні, пасивні, активні, укладання; електростимуляція сідничних м'язів; гідротерапія (плавання)
асиметрія здухвинних кісток, перекіс таза	огляд	масаж загальновибірковий; вправи рефлекторні, пасивні, активні вправи; укладання тулуба; гідротерапія (плавання)
припухлість (інфільтрат) ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза	огляд, пальпація	масаж грудинно-ключично-соскоподібних м'язів (розслаблювальний з боку кривоший), точковий масаж (гальмівний метод) грудинно-ключично-соскоподібного м'яза з ураженого боку; вправи пасивні на розтяг, редресувальна гімнастика; парафінолікування; мішечки з піском/сіллю; електрофорез йодиду калію на уражений м'яз
Морфофункціональні		
асиметричне втримування голови та шиї в положенні лежачи на животі	огляд, спостереження	масаж шиї (класичний, точковий), плечового поясу (класичні прийоми); рефлекторні, пасивні, активні вправи; комірць; гідротерапія (плавання)
асиметричне спирання на передпліччя в положенні на животі	огляд, спостереження	масаж загальновибірковий (класичні прийоми); рефлекторні, пасивні, коригувальні, активні вправи; гідротерапія (плавання)
асиметричне сидіння	огляд, спостереження	масаж загальновибірковий (класичні прийоми); рефлекторні вправи, пасивні, активні вправи; гідротерапія (плавання)
асиметричне стояння	огляд, спостереження	масаж загальновибірковий (класичні прийоми); вправи пасивні, активні, коригувальні; гідротерапія (плавання)
викривлення хребта у фронтальній, сагітальній площині	огляд, спостереження	масаж загальновибірковий (класичні прийоми); вправи рефлекторні, пасивні, активні, електростимуляція ослаблених сідничних м'язів, укладання тулуба; гідротерапія (плавання)

Функціональні: порушення тонусу м'язів		
напруження трапецієподібного м'яза з боку протилежного щодо ураження при надмірному повороті обличчя у бік протилежний до ураженого м'яза	огляд, пальпація	масаж загальновибірковий (класичні прийоми) з акцентом на м'язи плечового поясу, тонізувальний масаж трапецієподібного м'яза з боку кривошії, розслаблювальний - з протилежного боку; вправи рефлекторні, пасивні на розтяг скороченого трапецієподібного м'яза, редресувальна гімнастика: допоміжні засоби (кільце, комірць); бинтування; індуктотермія скороченого трапецієподібного м'яза; гідротерапія (плавання)
напруження трапецієподібного м'яза з боку кривошії при надмірному нахилі голови в бік ураження	огляд, пальпація	масаж загальновибірковий (класичні прийоми) з акцентом на м'язи плечового поясу, розслаблювальний масаж трапецієподібного м'яза з боку кривошії, тонізувальний - з протилежного боку; вправи рефлекторні, пасивні, на розтяг скороченого трапецієподібного м'яза, редресувальна гімнастика; допоміжні засоби (кільце, комірць); бинтування; індуктотермія скороченого трапецієподібного м'яза; гідротерапія (плавання)
напруження (гіпертонус) ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза	огляд, пальпація. поверхнева електроміографія	масаж м'язів шії (розслаблювальний з боку кривошії), точковий масаж грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (гальмівний метод) з ураженого боку: вправи рефлекторні, пасивні, активні, редресувальна гімнастика; укладання, лікування положенням; комірць, бинтування; гідротерапія (плавання)
натяг ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза	огляд, пальпація. поверхнева електроміографія	масаж м'язів шії (розслаблювальний з боку кривошії), точковий масаж грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (гальмівний метод) з ураженого боку, рефлекторні вправи, пасивні, активні, редресувальна гімнастика, укладання, лікування положенням; комірць, бинтування; гідротерапія (плавання)

гіпертонус м'язів ураженого боку	огляд, пальпація, поверхнева електроміографія	масаж загальновибірковий (класичні розслаблювальні прийоми), точковий масаж (розслаблювальний метод), розслаблення м'язів шиї з ураженого боку, великого грудного м'яза, трапецієподібного, найширшого м'яза спини, м'язів сідниць, стегон, литкового м'яза, зміцнення одноіменних м'язів протилежного боку; вправи рефлекторні, пасивні, активні, коригувальні; укладання голови, лікування положенням; теплікування; гідротерапія (хвойні ванни)
симптом опору	функціональна проба (при повороті голови обличчям у бік ураження, відбувається різке повернення голови у попереднє положення)	масаж загальновибірковий м'язів шиї, плечового поясу, класичні прийоми, з акцентом на грудинно-ключично-соскоподібні, трапецієподібні м'язи, тонізувальний масаж трапецієподібного м'яза з боку кривоший, розслаблювальний – з протилежного боку, точковий масаж грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (гальмівний метод) з ураженого боку; вправи рефлекторні, пасивні, на розтяг скорочених трапецієподібного, грудинно-ключично-соскоподібного м'язів, редресувальна гімнастика; допоміжні засоби (кільце, комірць); індуктотермія з боку скороченого трапецієподібного м'яза; гідротерапія (плавання)
затримка підняття голови та шиї в положенні лежачи на животі	огляд, спостереження	загальний масаж; рефлекторні вправи, пасивні, активні вправи; гідротерапія
обмеження розгинання шиї	огляд, спостереження	загальний масаж з акцентом на грудинно-ключично-соскоподібні, трапецієподібні м'язи; рефлекторні вправи, пасивні, активні вправи; гідротерапія

обмеження бокового нахилу голови в бік ураження	огляд, обстеження за допомогою сантиметрової стрічки	масаж м'язів шиї, плечового поясу, з акцентом на грудинно-ключично-соскоподібні та трапецієподібні м'язи. розслаблювальні прийоми з ураженого боку, тонізуючі прийоми з боку, протилежного щодо ураження; вправи рефлекторні, пасивні, активні, на розтяг. редресувальна гімнастика: бинтування з боку ураження, комірець; індуктотермія трапецієподібного м'яза; гідротерапія (плавання)
поворот обличчя в протилежний бік щодо нахилу	огляд, обстеження за допомогою гоніометра	масаж м'язів шиї; вправи рефлекторні, пасивні, активні; індуктотермія трапецієподібного м'яза; гідротерапія (плавання)
обмеження ротації голови	огляд, обстеження за допомогою гоніометра	масаж загальновибірковий м'язів шиї, плечового поясу (класичні прийоми) з акцентом на грудинно-ключично-соскоподібні та трапецієподібні м'язи, тонізувальний масаж трапецієподібного м'яза з боку кривошиї, розслаблювальний – з протилежного боку; вправи рефлекторні, пасивні, на розтяг скороченого трапецієподібного м'яза, редресувальна гімнастика; допоміжні засоби (кільце, комірець), індуктотермія скороченого трапецієподібного м'яза; гідротерапія (плавання)
Затримка моторного розвитку	огляд, спостереження	масаж загальний (класичні прийоми); вправи рефлекторні, пасивні, активні, дихальні; музикотерапія, ігротерапія; гідротерапія (плавання)
Порушення психоемоційного стану	спостереження	масаж загальний тонізувальний; вправи рефлекторні, пасивні, активні дихальні; музикотерапія (ритмічна, весела музика); застосування іграшок, гідротерапія плавання)
апатія		
гіперзбудливість	спостереження	масаж загальний у спокійному темпі; рефлекторні, пасивні, активні, дихальні вправи; музикотерапія (заспокійлива музика); застосування іграшок; гідротерапія (плавання, хвойні ванни)

Вказівки для фахівців з фізичної реабілітації

При створенні програми фізичної реабілітації для дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю слід урахувувати:

1. Вік дитини.
2. Вік, в якому виявлено кривошию дитини.
3. Індивідуальні особливості дитини.
4. Локалізацію кривошиї.
5. Наявність інфільтрату.
6. Тонус обох грудинно-ключично-соскоподібних м'язів.
7. Стан м'язів обличчя.
8. Кут нахилу голови.
9. Поворот обличчя у бік.
10. Стан надпліч (симетричність, тонус м'язів).
11. Наявність симптому опору.
12. Наявність деформації черепа.
13. Наявність асиметрії обличчя ("сколіоз обличчя").
14. Можливість дитини самостійно піднімати голову й утримувати її (діти до 2-х місяців).
15. Психомоторний розвиток дитини на момент огляду.
16. Наявність супутніх захворювань.
17. Методичні особливості проведення окремих реабілітаційних заходів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абальмасова Е. А. Врождённые деформации опорно-двигательного аппарата и причины их происхождения / Е. А. Абальмасова, Е. В. Лузина. – Ташкент: Медицина, 1976. – 180 с.

2. А. с. Алгоритм стоматоскопічного обстеження дітей раннього віку для виявлення вродженої м'язової кривошийї": Ступницька С. А., Рябуха О. І. – № 20907; опубл. 15.11. 2007, Бюл. 13. 2007.

3. А. с. Встановлення ефективності заходів фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю шляхом визначення поверхневих біоелектричних потенціалів грудинно-ключично-соскоподібних м'язів шиї: Ступницька С. А., Рябуха О. І., Мартинович М. Р. – № 18030; опубл. 15.03.07, Бюл. 11.2006.

4. А. с. Прикладна методика визначення показників розгинання, бокових нахилів в уражений та здоровий бік шийного відділу хребта сантиметровою стрічкою та вимірювання кута нахилу голови і ротаційних можливостей шийного відділу хребта гоніометром як засобів поточного контролю у фізичній реабілітації дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю: Ступницька С. А., Рябуха О. І. – № 25719; опубл. 27.02.2009, Бюл. 17.2008.

5. Анатомия человека: учебник / Э. И. Борзьяк, Е. А. Добровольская, В. С. Ревазов, М. Р. Сапин. – М.: Медицина, 1987. – Т. 1. – 287 с.

6. З. Андрианов В. П. Организация ортопедической и травматологической помощи детям / В. П. Андрианов, Н. Г. Веселов, И. И. Мирзоева. – Л.: Медицина, 1988. – 240 с.

7. Антипків Ю. Г. Масаж і фізкультура для дітей з різними захворюваннями та порушеннями розвитку / Антипків Ю. Г. – К.: Здоров'я, 1993. – 32 с.

8. Бадалян Л. О. Детская неврология. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1984. – 576 с.

9. Бакумис И. П. Успехи детской хирургии / И. П. Бакумис, А. Ф. Блюгер, Э. К. Брендас. – Рига: Занатпе, 1968. – 635 с.

10. Берибек Р. Диспансерное обследование аппарата движения у детей / Р. Берибек, А. Синос. – М.: Медицина, 1980. – 145 с.

11. Биезинь А. П. Детская хирургия: учеб. для студ. мед. ин-тов / А. П. Биезинь. – М.: Медицина, 1964. – 334 с.

12. Бондаренко Н. С. Врожденная кривошея / Н. С. Бондаренко // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1981. – № 10. – С. 65–72.
13. Волобуев Ю. М. Комплексное патогенетическое лечение спастической кривошеи // Здоровохранение Туркменистана. – 1991. – № 6. – С. 28–33.
14. Визначення функціонального стану грудинно-ключично-соскоподібних м'язів у дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошеєю методом поверхневої електроміографії / Ступницька С. А., Мартинович М. Р., Шевчук В. О., Рябуха О. І. // Дискусійні питання діагностики і лікування захворювань дитячого віку: матеріали обл. наук.-практ. конф., присвяч. 15-річчю Львів. міської дит. клініч. лікарні. – Л., 2008. – С. 105–108.
15. Виленский В. Л. Врожденная мышечная кривошея / В. Л. Виленский, Л. К. Михайлова // Фельдшер и акушерка. – 1990. – № 4. – С. 36–41.
16. Волков М. В. Детская ортопедия / М. В. Волков, В. Д. Дедова – М.: Медицина, 1980. – 312 с.
17. Волков М. В. Ортопедия и травматология детского возраста: руководство для врачей / М. В. Волков, Е. А. Абальмасова, В. Д. Дедова. – М.: Медицина, 1981. – 464 с.
18. Врожденная мышечная кривошея. – Режим доступа: <http://traumatology/eurodoctor.ru/torticollis/>
19. Врожденная мышечная кривошея – Режим доступа: <http://www.Evrodoctor.ru>
20. Фищенко П. Я. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата. Сборник научных работ под ред. Фищенко П. Я. Ленинград, 1972. – 221 с.
21. Дробышева Л. В. Лечебная физкультура в реабилитации ортопедических больных [Электронный ресурс] / Л. В. Дробышева. – Режим доступа: <http://pediatrics.med.kz/>
22. Ерекешов А. Состояние и перспективы развития ортопедической помощи детям в республике Казахстан [Электронный ресурс] / А. Ерекешов. – Режим доступа: <http://usfd.ru/article.asp/>
23. Зацепин С. Т. Врожденная мышечная кривошея / С. Т. Зацепин – М.: Медгиз, 1960. – 112 с.

24. Иваничев Г. А. Контрактура мимической мускулатуры / Г. А. Иваничев. – Казань: Казан. ун-т, 1992. – 110 с.

25. К вопросу анализа интерференционной (суммарной) электромиограммы (ЭМГ) / Лапшин В. П., Николаев С. Г., Гусев С. В., Панченко Г. А. // Радиозлектроника в медицинской диагностике: материалы II Междунар. конф. – М., 1997. – С. 107–109.

26. Кандель Э. И. Стереотаксический метод лечения экстрапирамидной спастической кривошеи // Вопросы нейрохирургии. – 1985. – № 3. – С. 98–52.

27. Климовецкий В. Г. Концепции развития врожденных пороков костно-мышечной системы у детей / В. Г. Климовецкий // Ортопедия, травматология. – 1997. – № 2. – С. 43–46.

28. Коржа А. А. Справочник по травматологии и ортопедии / А. А. Коржа, Е. П. Меженина. – К.: Здоровье, 1980. – 216 с.

29. Корнилов Н. В. Ортопедия: краткое руководство для практикующих врачей / Н. В. Корнилов, С. Г. Грязнухин, В. И. Осташко. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 368 с.

30. Коржинський Ю. С. Кривошия: думка неонатолога щодо місця і ролі матері дитини в її подоланні / Коржинський Ю. С., Клос Л. Р. // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Л., 2009. – № 42. – С. 23–24.

31. Красикова И. Детский массаж и гимнастика для детей от рождения до 3-х лет / И. Красикова. – СПб.: Корона, 2003. – 315 с.

32. Краснов А. Ф. Детская ортопедия: учеб. пособие / А. Ф. Краснов, К. А. Иванов. – Куйбышев, 1983. – 135 с.

33. Круминь К. А. Амбулаторное лечение детей с ортопедическими заболеваниями / К. А. Круминь, Т. Я. Сегмин, Р. Я. Усоскина. – Л.: Медицина, 1972. – 256 с.

34. Кудрякова Н.П. Врожденная мышечная кривошея [Электронный ресурс] / Н. П. Кудрякова, З. В. Симановская. – Режим доступа: <http://usfd.ru/>

35. Кудрякова Н. П. Врожденная мышечная кривошея и ее консервативное лечение / Н. П. Кудрякова, Э. В. Симановская // Амбулаторная помощь детям с ортопедическими заболеваниями: сб. науч. работ. – Л.: Наука, 1971. – С. 166.

36. Маркс В. О. Ортопедическая диагностика: руководство-справочник / В. О. Маркс. – Мн.: Наука и техника, 1978. – 512 с.

37. Меженина Е. П Травматология и ортопедия: учеб. пособие / Е. П. Меженина, Ю. Г. Залозный. – К.: Вища школа, 1985. – 280 с.
38. Мирзоева И. И. Ортопедия детей первого года жизни / И. И. Мирзоева, М. П. Конюхов. – Л.: Медицина, 1983. – 128 с.
39. Моїсеєнко Р. О. Протокол діагностики та лікування природженої м'язової кривоший: наказ МОЗ України № 521 / Р. О.Моїсеєнко // *Новости медицины и фармации.* – 2006. – № 17. – С. 6–7.
40. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підруч. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2000. – 424 с.
41. Намикоши Токуиро. Шиаци – японская терапия надавливанием пальцами / пер. с англ. В. П. Лысенюка / Намикоши Токуиро. – 5-е изд., стереотип. – К.: Вища шк., 1990. – 72 с.
42. Новаченко Н. П. Многотомное руководство по ортопедии и травматологии / Н. П. Новаченко. – М.: Медицина, 1968. – 780 с.
43. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації / пер. з англ. Ю. Кобіва, А. Добриніної / Г. Окамото. – Л.: Галицька видав. спілка, 2002. – 294 с.
44. Олекса А. П. Ортопедія: підручник / А. П. Олекса. – Т.: ТДМУ, 2006. – 528 с.
45. Орыштейн Э. Семиотика и диагностика в травматологии и ортопедии / Э. Орыштейн, А. Войня. – Кишинёв: Штеница, 1992. – 452 с.
46. Панаев М. С. Основы массажа и реабилитации в детской педиатрии / М. С. Панаев. – Ростов н /Д: Феникс. – 2003. – 320 с.
47. Панцырев Ю. М. Клиническая хирургия: справочник-руководство для врачей / Панцырев Ю. М. – М.: Медицина, 1988. – 636 с.
48. Процайло М. Д. Уроджена м'язова кривошия. *Sarui obstipum congenitum musculare*: учбовий посіб. для лікарів-інтернів / М. Д. Процайло, В. С. Ревчук. – Т., 2005. – 50 с.
49. Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний / под ред. А. Н. Обросова, Т. В. Караченцевой. – М.: Медицина, 1987. – 384 с.
50. Справочник по детской лечебной физкультуре / под ред. М. И. Фонарёва. – Л.: Медицина, 1983. – 360 с.

51. Справочник по физиотерапии / под ред. В. Г. Ясногородского. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.
52. Степанова Р. Н. Беременность и аутоимунные заболевания / Р. Н. Степанова // Вести Российской. Ассоциации акушеров-гинекологов. – М., 1997. – С. 50–52.
53. Страковская В. Л. Лечебная физкультура в реабилитации больных и детей группы риска первого года жизни / В. Л. Страковская. – Л.: Медицина, 1981. – 160 с.
54. Ступницька С. А. Визначення рухової спроможності шийного відділу хребта у дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю / С. А. Ступницька // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2008. – № 55, т. 2. – С. 303–307.
55. Ступницька С. А. Діагностика та обстеження дітей першого року з вродженою м'язовою кривошиєю / С. А. Ступницька, О. І. Рябуха // *Materials II Miedzynar. nauk.- pract. konf. – Przemysl; Praha, 2005. – S. 72–74.*
56. Ступницька С. А. Електроміографія як метод діагностики вродженої м'язової кривошиї у дітей першого року життя / С. А. Ступницька, М. Р. Мартинович, О. І. Рябуха. // Наука і вища освіта: матеріали XVI Міжвузів. студент. наук. конф. – Запоріжжя, 2006. – С. 376–377.
57. Ступницька С. А. Експрес-обстеження при вродженій м'язовій кривошиї у дітей раннього віку / С. А. Ступницька // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. культури і спорту. –Л., 2007. – Вип. 11, т. 2. – С. 118–120.
58. Ступницька С. А. Етіологічні аспекти профілактики вродженої м'язової кривошиї / С. А. Ступницька, О. І. Рябуха // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. – Чернігів, 2006. – № 35. – С. 500–503.
59. Ступницька С. А. Застосування електроміографії при визначенні функціонального стану грудинно-ключично-соскоподібних м'язів у дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю / С. А. Ступницька, О. І. Рябуха, М. Р. Мартинович // Інноваційний зміст фізичного виховання в умовах реформування вищих

навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. – Полтава, 2006. – С. 72–76.

60. Ступницька С. А. Методика обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю / С. А. Ступницька // Перший крок у науку: матеріали Всеукр. студент. наук.-практ. конф. – Луганськ, 2006. – С. 136–140.

61. Ступницька С. А. Особливості застосування засобів фізичної реабілітації у дітей раннього віку при вродженій м'язовій кривошії / С. А. Ступницька О. І. Рябуха // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки. – Луцьк, 2008. – Т. 3. – С. 146–150.

62. Ступницька С. А. Поверхнева електроміографія як перспективний метод контролю ефективності реабілітаційних заходів при вродженій м'язовій кривошії у дітей першого року життя / С. А. Ступницька // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2008. – Вип. 12, т. 3. – С. 211–217.

63. Ступницька С. А. Рання діагностика та реабілітація вродженої м'язової кривошії у дітей першого року життя / С. А. Ступницька // Матеріали VIII відкритої наук.-метод. конф. студ. фак-ту спорт. медицини та фіз. реабілітації. – К., 2005. – С. 328–335.

64. Ступницька С. А. Соматоскопія як метод обстеження та контролю за ефективністю ФР у дітей першого року життя / С. А. Ступницька // Матеріали IX відкритої наук.-метод. конф. студ. фак-ту фіз. виховання, фіз. реабілітації і спорт. медицини. – К., 2006. – С. 261–268.

65. Сушко В. Ф. Лечение врожденной мышечной кривошеи / В. Ф. Сушко, С. Ф. Каминская, Т. И Белоус // Здравоохранение Казахстана. – 1986. – № 4. – С. 69–70.

66. Терновой К. С. Ошибки и осложнения в клинике травматологии и ортопедии / К. С. Терновой, М. И. Синило. – К.: Вища школа, 1987. – 287 с.

67. Терновский С. Д. Хирургия детского возраста: учебник / С. Д. Терновский. – М.: Медгиз, 1959. – 496 с.

68. Трубников В. Ф. Травматология и ортопедия: учеб. для студ. мед. ин-тов / В. Ф. Трубников. – К.: Вища школа, 1986. – 592 с.

69. Фізіотерапевтичні та фізіопунктурні методи і їх практичне застосування: навч.-метод. посіб. / І. З. Самосюк, В. М. Парамончик, В. П. Губенко [та ін.]. – 2-ге вид., допов. – К., 2004. – 316 с.

70. Физиотерапия / под ред. М. Вейсса, А. Зембаго; пер. с польс. И. В. Осегинского. – М.: Медицина, 1986. – 445 с.

71. Физическая реабилитация: учеб. для студ. высш. учеб. заведений / под общ. ред. С. Н. Попова. – Изд. 2-е. – Ростов н /Д: Феникс, 2004. – 608 с.

72. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / под ред. Н. А. Гросс. – М.: Сов. спорт, 2000. – 224 с.

73. Фридланд М. С. Ортопедия / М. С. Фридланд. – М.: Медгиз, 1954. – 507 с.

74. Хабаров Ф. А. Мышечная боль / Ф. А. Хабаров, Р. А. Хабаров. – Казань, 1995. – 205 с.

75. Чаплин В. Д. Ортопедия / В. Д. Чаплин – М.: Медгиз, 1957. – Кн. 2. – 767 с.

76. Чудакова В. А. Из опыта лечения врождённой мышечной кривошеи у детей / В. А. Чудакова, В. А. Гриценко, А. С. Сидоренко // Педиатрия. – 1978. – № 5. – С. 71

77. Щербаков В. Ю. Патогенетичне обґрунтування лікування вагітних з невиношуванням при аутоімунних порушеннях / В. Ю. Щербаков // Педіатрія, акушерство, гінекологія. – 2005. – № 4. – С. 76–81.

78. Юмашев Г. С. Травматология и ортопедия: учебник / Г. С. Юмашев. – М.: Медицина, 1983. – 576 с.

79. Яковлева М. И. Физиологические исследования при ортопедических заболеваниях у детей / М. И. Яковлева. – Л.: Медицина, 1979. – 22 с.

80. Acquiring Craniofacial Symmetry and Proportion Through Repositioning // Therapy, and Cranial Remolding Orthoses [Electronic recourse]. – Access mode: <http://home.Coqui.net/htitolugo/>

81. Congenital torticollis (Twisted neck) [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.orthoinfo.aaos.org/main.ctm>

82. Congenital Torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.Infant-torticollis.org>

83. Congenital muscular torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.wheelsonline.com/ortho/-95>
84. Congenital muscular torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.chw.org/>
85. Congenital torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: // <http://www.medcape.com/viewartscl>
86. Congenital torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: // <http://www.childrensmemorial.org/>
87. Congenital muscular torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: // <http://www.Plagiocephaly.info/>
88. Congenital muscular torticollis and the associated craniofacial changes [Electronic recourse] / L. Hollier, J. Kim, B. H. Grayson, J. G. McCarthy // *Plast Reconstr Surg.* – 2000. – P. 105.
89. Congenital muscular torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: // <http://drhull.com/EncyMaster/T/>
90. Congenital Muscular Torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.aaos.org//http://www.orthoforKids.com/>
91. Congenital Muscular Torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: <http://DynoMed.Com>
92. Congenital Muscular Torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: // <http://www.pediatriconcall.com/>
93. Davids J. R. Congenital muscular torticollis: sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome / J. R. Davids, D. R. Wenger, S. J. Mubarak // *J Pediatr Orthop.* – 1993. – P. 141.
94. Demirbilek S. Congenital muscular torticollis and sternomastoid tumor: results of nonoperative treatment / S. Demirbilek, H. F. Atayurt // *J Pediatr Surg.* – 1999. – P. 34.
95. Emery C. The determinants of treatment duration for congenital muscular torticollis / C. Emery // *Phys Ther.* – 1994. – P. 74.
96. Grundshema Neutral-0- Methode [Electronic recourse]. – Access mode: // <http://www.fh-fuldade/CuRs/sozrbibliotek/anhaltspunkte/grundsaeetze/>
97. Jacques. C. Tubular orthosis for torticollis / C. Jacques, A. Cottrill-Mosterman // *JACPOC.* – 1987. – P. 150.
98. Kustos T. Bilateral torticollis / T. Kustos, M. Magdics // *Orv Hetil.* – 1993. – P. 134.

99. Lin J. N. Ultrasonographic study of the sternocleidomastoid muscle in the management of congenital muscular torticollis / J. N. Lin, M. L. Chou // J Pediatr Surg. – 1997. – P. 32.

100. Neck. History and Examination Summary [Electronic recourse]. – Access mode: <http://som.finders.edu.au/>

101. Pazonyi I. Congenital postural deformity association / I. Pazonyi, A. Kun, A.Czeizel // Acta Paediatr Acad Sci Hung. – 1982. – P. 23.

102. Pediatric surgery updates vol 04 no 06 June [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www/home.coqui.net/htitolugo/PSU>

103. Radiology Quiz [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.childsdoc.org/>

104. 89. Robin N.H. Congenital muscular torticollis / N. H. Robin // Pediatr Rev. – 1996. – P. 74.

105. The surgical treatment of torticollis with eshecsal reference to the spinal accessory nerve [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/enter/query.fcgi>

106. The role of physiotherapy in the management of sternocleidomastoid torticollis [Electronic recourse]. – Access mode: <http://www.chestjournal.org/cgi/>.

107. Torticollis. – Access mode: <http://education.cnn.com/HEALTHY/library/DS/>

108. Torticollis. – Access mode: // <http://en.Wikipedia.Org/wiki/Tortscollis>

109. Torticollis. – Access mode: // <http://www.torticollis.com>

110. Torticollis Kids. – Access mode: // <http://www.arthomerica.com/cranialwp/>

111. Torticollis (Spasmodic Torticollis, Cervical). – Access mode: <http://www.mbbc.org/health-topics/risk-assess-index.htm>

ПІСЛЯМОВА

Написання методичного посібника та створення Центру реабілітації дітей з вродженими та набутими формами кривоший були б неможливими без підтримки та всебічної допомоги, яку надає головний лікар МДКЛ п. Д. І. Квіт. Автори висловлюють подяку за співпрацю заступникові головного лікаря з хірургічної роботи Ф. М. Осиму, лікарю-неврологу М. Р. Мартинович за допомогу в розробці методики обстеження дітей раннього віку шляхом поверхневої електроміографії та всебічну допомогу в роботі Центру; завідувачу відділення функціональної діагностики В. О. Шевчук за підтримку, поради і співпрацю; лікарям-фізіотерапевтам Л. Г. Шубеляк, професійна підтримка якої дозволила збагатити арсенал реабілітаційних засобів при вродженій м'язовій кривоший, Л. М. Коцур за сприяння в організації фізіотерапевтичного лікування. Автори також вдячні персоналові відділення реабілітації, завідувачу поліклінічного відділення В. Б. Яськін та персоналу, неврологам О. З. Павлюк, О. Я. Соломін, Л. А. Куртяк, лікарям-хірургам В. Р. Федусю, І. С. Гуменюку, О. Б. Лебедевич, Г. В. Шапіро, педіатрові Н. Г. Новосад, однодумцям, друзям, які повірили в ідею, підтримали в часи сумнівів, допомогли становленню нашої уяви щодо організації реабілітаційної допомоги дітям з кривошиєю в умовах стаціонару та амбулаторно на базі МДКЛ.

Ураховуючи, що такий навчально-методичний посібник видається в Україні вперше, автори усвідомлюють, що в ньому можливі певні упущення або неточності. Тому всі конструктивні зауваження та пропозиції щодо поліпшення змісту посібника сприймемо з вдячністю.

Навчальне видання

Ступницька С. А., Рябуха О. І.

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ
З ВРОДЖЕНОЮ М'ЯЗОВОЮ КРИВОШИЄЮ**

Навчально-методичний посібник

*Редактори: Оксана БОРИС, Єлизавета ЛУПИНІС
Верстка, дизайн: Роман КРАЄВСЬКИЙ*

Підписаю до друку 12.12.2011. Формат 96x90/16.
Папір офсет. Гарнітура Таймс. Друк різнограф.
Ум. друк. арк. 9,2. Обл. вид. арк. 9,9.
Наклад 100 прим. Зам. № 40.

Львівський державний університет фізичної культури
Редакційно-видавничий відділ
79000, м. Львів, вул. Костюшка, 11
тел. +38 (032) 261-59-90
<http://www.ldufk.edu.ua/>
e-mail: redaktor@ldufk.edu.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
та книгозрозповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 3354 від 24.12.2008 р.

Виготовив
ФОП Краєвський Р.П.
Свідоцтво № 423983 від 07.03.2005 р.
тел.: +38 097 221 59 48



Ступницька Світлана Анатоліївна – магістр фізичної реабілітації, інструктор ЛФК вищої категорії відділення реабілітації Львівської міської дитячої клінічної лікарні з 23-річним стажем роботи в галузі педіатрії, автор ідеї і організатор створення центру реабілітації дітей з вродженими і набутими формами кривошії.

Рябуха Ольга Іллівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри валеології і спортивної медицини Львівського державного університету фізичного виховання.

