

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

Сегіда М. О., Руденко А. М., Звіряка О. М.

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
Навчально-науковий інститут фізичної культури
Суми, Україна

DOI: [https://doi.org/10.15391/prrht.2021-6\(2\).02](https://doi.org/10.15391/prrht.2021-6(2).02)

Анотація. У статті розглянуто особливості застосування засобів фізичної терапії при вродженій м'язовій кривошії у дітей першого року життя. З'ясовано, що найбільш ефективними засобами фізичної терапії для означеної вікової категорії дітей з даною патологією є кінезотерапія, масаж, гідрокінезотерапія та преформовані фізичні чинники. Відображено особливості застосування кінезотерапії та техніки виконання масажу в залежності від сторони ураження. Встановлено, що вищезазначені засоби спрямовані на усунення деформації та попередження розвитку подальших ускладнень опорно-рухового апарату у дітей першого року життя.

Ключові слова: діти, кінезотерапія, масаж, гідрокінезотерапія, преформовані фізичні чинники.

Physical therapy of children of the first year of life with innate muscular torticollis

Maryna Sehyda, Anna Rudenko, Oleksandr Zviraka

*Sumy State Pedagogical University named after A.S. Makarenko,
Educational and Research Institute of Physical Culture, Ukraine*

Summary. The article considers the peculiarities of the use of physical therapy in innate muscular torticollis in children of the first year of life. It was found that the most effective means of physical therapy for this age group of children with this pathology are kinesitherapy, massage, hydrokinesiotherapy and preformed physical factors. The peculiarities of the application of kinesitherapy and massage techniques depending on the side of the lesion are reflected. It is established that the above means are aimed at eliminating the deformation and preventing the development of further complications of the musculoskeletal system in children of the first year of life..

Key words: children, kinesitherapy, massage, hydrokinesiotherapy, preformed physical factors.

Вступ. Вроджена м'язова кривошия - це вроджена деформація, що характеризується одностороннім укороченням грудинно-ключично-соскоподібного м'язу, що призводить до бічного нахилу шиї, пов'язаного з контралатеральним перекрутом. Частота розповсюдженості кривошії по відношенню до інших ортопедичних захворювань коливається, за даними різних авторів, від 0,2 до 2%; по відношенню до вроджених деформацій - від 5,2 до 12,4%, посідаючи третє місце після вродженої клишоногості та вродженого вивиху стегна [4].

Етіопатогенез вродженої м'язової кривошії дотепер залишається до кінця не вивченим. Довгий час вважалось, що до розвитку захворювання призводить неправильне вимушене положення голівки плода в порожнині матки, пошкодження грудинно-ключично-соскоподібного м'язу в момент пологів, запалення або ішемія м'язу. На сьогоднішній день значна кількість науковців схильється до концепції вродженої вади розвитку грудинно-ключично-соскоподібного м'язу. Зниження його еластичності при цьому сприяє травматизації м'язу під час пологів [3; 6; 10].

Маніфестація симптомів починається до кінця 2-го тижня життя дитини. До 4-8 місяців знижується еластичність м'язу, виникає відставання в рості порівняно з протилежною стороною [6; 9].

Клінічно у дітей з вродженою м'язовою кривошиєю виявляється різка асиметрія обличчя і черепа. Формується нахил голови в бік ураження і поворот в

протилежну. Подальші зміни в скелеті - компенсаторні - внаслідок прагнення голови до вертикальної позиції [2; 6; 9; 10]. Відзначається більш високе стояння надпліччя і лопатки на боці ураження [4]. У шийному відділі хребта спостерігається сколіоз з увігнутістю в сторону укороченого м'язу, в грудному - компенсаторне викривлення в зворотню. Соскоподібний відросток збільшений за рахунок тяги ураженого м'язу, комірки повітроносної порожнини - більші. Змінюється напрямок слухового проходу [3].

При огляді обличчя спостерігається викривлення його в сагітальній площині. Половина обличчя, яка обернена до ураженої сторони, коротша і ширша, протилежна - довша і вужча. При вкороченні обох грудинно-ключично-соскоподібних м'язів голова нахилена або назад, або вперед [6].

Діагностика вродженої м'язової кривошиї заснована на клінічних проявах, даних УЗД і відносно нескладна. За даними різних досліджень середній вік, в якому встановлюється діагноз вродженої м'язової кривошиї становить від 19 днів до 4 місяців [8]. Проте, нерідко діагноз встановлюють у дітей старшого віку, пізня діагностика досягає 10% [3; 9]. Ще рідше в ранньому віці виявляється двобічне ураження м'язу, при якому асиметрія майже не помітна, а двохстороннє потовщення м'язів вважається за норму. В результаті діагноз ставиться тільки в більш старшому віці, коли вже сформувалася вторинна деформація хребта [4].

Таким чином, все вищезазначене зумовлює необхідність пошуку ефективних новітніх засобів фізичної терапії для усунення та попередження подальшого розвитку порушень у опорно-руховому апараті внаслідок зазначеної деформації.

Мета дослідження – охарактеризувати особливості застосування засобів фізичної терапії при вродженій м'язовій кривошиї у дітей першого року життя.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури дозволив з'ясувати, що найефективнішими засобами фізичної терапії для дітей з вродженою м'язовою кривошиєю є кінезотерапія, масаж, гідрокінезотерапія та преформовані фізичні чинники.

Кінезотерапія спрямована на покращення трофіки в ураженому та здоровому грудинно-ключично-соскоподібному та трапецієподібному м'язах; врівноваженню м'язового тону за рахунок усунення контрактури ураженого м'язу; нормалізації об'єму рухів у шийному відділі хребта; а також запобіганню розвитку первинних та вторинних патологічних змін – асиметрії обличчя, черепа та викривленню хребта.

У період до 3-місячного віку дитини застосовують пасивну гімнастику, яка виконується у вигляді різноманітних пасивних вправ, нахилах, поворотах голівки у вихідному положенні лежачи на спині та животі. Необхідно зазначити, що пасивна гімнастика застосовується навіть тоді, коли дитина вже самостійно утримує голівку після проведеної терапії, а також за відсутності асиметрії, оскільки уражений м'яз росте повільніше від здорового й може спричинити рецидив кривошиї [2; 5; 8]. Корируюча гімнастика спрямована на надання голівці правильного положення. Вона набуває великого значення в міру зростання дитини й полягає в нахилі голови дитини у здоровий бік при одночасному повертанні її у бік ураження. Особливістю цієї гімнастики є те, що коригуючі рухи здійснюються плавно, легко, без зайвих зусиль, не допускаючи поштовхів, уникаючи додаткової травматизації і зупиняючись біля порогу больового подразнення [7].

Після 3-місячного віку застосовують активні рухи. Під час проведення яких для заохочення дитини використовують різноманітні подразники, а саме іграшки різноманітних кольорів, форм, різного звучання, голос матері, тощо. Також комплекс вправ можна доповнювати заняттями на фітболі. Це не лише

позитивно впливає на настрій дитини, а й сприяє розвитку вестибулярного апарату.

Із допоміжних засобів для досягнення корекції положення голови широко застосовують комірць Шанца, який, виготовляється індивідуально для кожної дитини з картону, обгорнутого ватою і тканиною, який зберігає досягнутий кут нахилу голови, а також коригуючий з'ємний гіпсовий комірць, який одягають декілька разів на день, фіксуючи його широким еластичним бинтом. Носити його треба після проведення коригуючої гімнастики. Зловживання комірцем може призвести до ослаблення м'язів шиї і як наслідок дитині буде важко тримати голову

Також використовують лікування положенням яке спрямоване на формування правильного фізіологічного положення всього тіла або його окремих частин. Його різновидом є спеціальні укладки (голови, тулуба, кінцівок), до 3–4-місячного віку під час денного сну протягом 1–1,5 год. 2–3 рази на день при обов'язковому контролюванні батьків біля дитини. Під час систематичного повторення укладок відбувається зближення точок прикріплення розтягнутих м'язів з одночасним розтягненням вкорочених або спазмованих м'язів. Для фіксації голови дитини використовують “бублики, зроблені за розміром потилиці дитини з пелюшки й обгорнуті бинтом. Обов'язковою умовою лікування положенням є правильна укладка не тільки голови, але і тулуба щодо голови дитини, для чого справа і зліва вздовж тулуба кладуть “скрутки” з байкової ковдри.

Ефективним додатковим засобом до кінезотерапії є кінезіотепування. При кривошії застосовують Y-подібну аплікацію без натягу на грудинно-ключично-соскоподібний м'яз [8; 9]. Таким чином тейп сприяє більш швидкому розслабленню м'яза та зняття набряку. Також при даному порушенні рекомендується тейпувати трапецієподібний, грудний м'яз та м'язи-розгиначі спини.

У поєднанні з кінезотерапією застосовують класичний та точковий масаж. Класичний масаж виконується у вихідному положенні лежачи на спині та животі. Масаж спрямований на покращення кровопостачання в ураженій ділянці шиї; зняття набряку і розслаблення м'язів; підвищення психоемоційного стану; гальмування розростання сполучної тканини в ділянці ураження; підсилення лікувальної дії фізичних вправ.

Для розслаблення ураженого м'язу голову дитини повертають в бік кривошії (при положенні дитини на спині). Уражений м'яз масують м'яко, пластично – це сприяє оптимізації кровопостачання і гальмує розвиток сполучної тканини. Застосовують ніжні погладження, розтирання в сукупності з легкою вібрацією оскільки енергійні рухи можуть призвести до спазмування м'язу і підсилення деформації. Погладження проводять подушечками пальців від вуха до ключиці; обхопивши м'яз пальцями з обох боків ніжно його похитуємо, поклавши на м'яз 2-й і 3-й пальці, робимо легкі часті коливальні (вібраційні) рухи. Після цих прийомів, які сприяють розслабленню м'яза, проводять його ніжне розтягнення, для цього масажні рухи здійснюють від середини м'язу до протилежних кінців із наступним погладженням від вуха до ключиці. Те місце, де м'яз ущільнений і під пальцями відчуються рубцеві зміни, м'яко і пластично погладжують, розтирають, знов погладжують, потім за цією методикою масують увесь м'яз. У міру зменшення ступеня щільності м'язу інтенсивність масажу збільшується, оскільки це протидіє процесу зморщування і вкорочення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'язу. За допомогою масажу укріплюють також м'язи шиї з протилежного (здорового) боку оскільки вони ослаблені й розтягнуті, це

сприяє утриманню голівки дитини в середньо-фізіологічному положенні. Обов'язково масують м'язи обличчя, грудей, надпліч, спини: послідовно застосовують погладжування, розтирання, поглажування, ніжне розминання і знов погладжування. Для розслаблення м'язів згиначів з ураженого боку: (м'язи шиї, великий грудний, трапецієподібний, найширший м'яз спини, сідничні м'язи, привідні м'язи стегон, ікроножний м'яз) виконують такі прийоми масажу, як погладжування, легке розтирання, вібрація, валяння. Під час масування грудної клітки використовують, розслаблюючі прийоми масажу (погладжування, розтирання), які на хворому боці роблять спочатку на верхній частині грудної клітки, а потім – на нижній. Обов'язковою складовою масажу при вродженій м'язовій кривошиї є масаж спини, під час якого на здоровому боці здійснюємо погладжування та розтирання, а з ураженого боку, як доповнення до погладжування, здійснюють ніжне й обережне розтирання, розтягування по надпліччям у ділянці лопаток, легку вібрацію. Тонізуючий масаж розгиначів спини проводять на здоровому боці інтенсивніше.

Під час сеансу масажу необхідно намагатися створити в дитини позитивний емоційний стан: масаж проводять у світлому приміщенні без сторонніх шумів, під час проведення сеансів застосовують різноманітні іграшки, розмови тихим і спокійним голосом під спокійну музику. Такі методичні підходи до проведення масажу обумовлені тим, що надмірне збудження, негативне відношення дитини до процедури, надмірний шум нівелюють позитивний ефект масажу. Окрім того, прийоми масажу і вправи, які проводяться із зусиллям, у швидкому темпі можуть пошкодити ніжні тканини шиї дитини, її судини, нерви.

Застосування точкового масажу шиацу належить до сучасних підходів до фізичної терапії при вродженій м'язовій кривошиї, але практично не застосовується фахівцями з фізичної терапії. У лікуванні методом шиацу застосовують пальцеве натискання на м'яз, стимулюючи його кровопостачання. Здійснюють обережне натискання на точки грудинно-ключично-соскоподібного м'язу пучкою пальця у напрямку до низу, суворо перпендикулярно до поверхні шкіри [5; 8]. Обов'язковим елементом реабілітаційного курсу є лікувальна гімнастика у вигляді коригуючих, пасивних, рефлекторних та активних вправ.

У реабілітації вродженої м'язової кривошиї дітей першого року життя також широко застосовують гідрокінезотерапію. Як відомо, у воді тіло втрачає свою вагу, тому легко виконувати всі рухи, і вони не перевантажують дитину. Окрім того, дитина відчуває приємний масуючий вплив води, радість і задоволення, після проведення водних процедур. Температура води повинна бути у межах $+37^{\circ}\text{C}$ – $+34^{\circ}\text{C}$ – $+32^{\circ}\text{C}$, тривалість занять – від 5 до 15–20 хв. [8]. Необхідно навчити батьків методиці самостійного проведення занять вдома у ванні й наголосити на необхідності систематичного та ретельного застосування водолікування, під час якого вирішуються такі завдання: виконання різноманітних вправ для нормалізації об'єму рухів у шийному відділі хребта, виконання вправ загально-зміцнюючого характеру та загартовування.

Преформовані фізичні чинники активно впливають на всі системи організму, стимулюють його захисні сили, сприяють ліквідації запальних та дистрофічних порушень опорно-рухового апарату [1]. Під час вибору адекватних фізіотерапевтичних методів слід враховувати ступінь кривошиї, вік дитини та її фізичні особливості.

Під час проведення фізіотерапевтичних процедур треба керуватись основоположними рекомендаціями щодо застосування засобів фізичної терапії [1; 9]: 1) не застосовували підряд декілька фізіотерапевтичних процедур,

оскільки на дитину впливає фаза післядії; 2) протягом дня застосовували тільки одну фізіотерапевтичну процедуру загальної дії; 3) процедури, які викликають генералізовану відповідь організму, застосовувати через день; 4) фізіотерапевтичні процедури проводити не раніше, ніж через годину після годування і не пізніше, ніж за 45–30 хв. до наступного; 5) під час процедури намагатися створити позитивний емоційний фон, оскільки капризування дитини, її неспокій зменшують ефективність процедур; 6) у випадках збудження, порушені сну чи поведінки дитини процедуру слід відмінити.

Особливе значення для фізичної терапії дітей з вродженою м'язовою кривошиєю мають такі преформовані фізичні чинники, як теплолікування та електролікування. Теплолікування сприяє покращенню кровообігу в ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі та прискоренню розсмоктування інфільтрату. В умовах стаціонару для цього рекомендують застосовувати парафіново-озокеритові аплікації або солюкс, у домашніх умовах – сухе тепло.

Електрофорез калію йодиду на ділянку зміненого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза має розсмоктуючу дію і гальмує розвиток фіброзної тканини в ураженому м'язі. Електрофорез 2 %-го розчину калію йодиду на ущільнений м'яз можна призначити вже з місячного віку дитини [1]. Сеанс лікарського електрофорезу слід проводити після теплолікування, масажу і лікувальної гімнастики, які створюють передумови для кращого депонування і посилення терапевтичного ефекту.

Висновки. На основі аналізу спеціальної науково-методичної літератури було з'ясовано, що найбільш поширеними та ефективними засобами фізичної терапії при вродженій м'язовій кривошії є кінезотерапія, масаж, гідрокінезотерапія та преформовані фізичні чинники. Зазначені засоби спрямовані на усунення деформації та попередження розвитку подальших ускладнень опорно-рухового апарату у дітей першого року життя.

Список використаної літератури

1. Боголюбов, В. М., Васильева, М. Ф., & Воробьев, М. Г. (2001). Техника и методики физиотерапевтических процедур. Москва: «Губернская медицина».
2. Волкова, С. С. (2018). Фізична реабілітація дітей грудного віку з кривошиєю. Київ: Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова, 119-123.
3. Джураєв, О. М. (2003). Педіатрія: Програма для діагностики та підбору лікування вроджених та набутих кривоший. – Москва: Медицина.
4. Ключева, О. В. (2016). Кривошия у дітей. Актуальні проблеми сучасної медицини та фармації 2016, 824-825.
5. Красикова, И. (2000). Массаж и гимнастика для грудных детей. Санкт-Петербург: Питер.
6. Медичний центр педіатрії розвитку. Кривошия у новонароджених, лікування. Взято з <https://osoblyvi.com.ua/ua/helpfulinfo/108-napriam-zdorovia/1068-krivoshiya-u-novonarozhenikh-likuvanny>
7. Мухін, В. М. (2009). Фізична реабілітація: підручник. Київ: Олімпійська література.
8. Рябуха, О., & Ступницька, С. (2008). Особливості застосування засобів фізичної реабілітації у дітей раннього віку при вродженій м'язовій кривошії. Львів: Збірник наукових праць, 146-150.
9. Ступницька, С. А., & Рябуха, О. І. (2011). Фізична реабілітація дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю: навч.-метод. посіб. Львів: ЛДУФК, 2011.
10. Protsaylo, M. D., & Revchuk, V. S. (2005). Urodzhena m'yazova krivoshiya. Caput obstipum congenitum musculare: uchboviy posib. dlya likariv-interniv – Т.

Відомості про авторів

Сегида Марина Олександрівна:
студентка-магістрантка спеціальності 227
Фізична терапія, ерготерапія кандидат
Сумський державний педагогічний
університет імені А.С. Макаренка, Навчально-
науковий інститут фізичної культури
м. Суми, Україна
E-mail: marihka-akv@ukr.net

Руденко Анна Миколаївна:
кандидат наук з фізичного вихованню і
спорту,
Сумський державний педагогічний
університет імені А.С. Макаренка, Навчально-
науковий інститут фізичної культури
м. Суми, Україна
orcid.org/0000-0001-5428-6305
E-mail: rudenko_anna_87@ukr.net

Звіряка Олександр Миколайович:
кандидат наук з фізичного вихованню і
спорту, доцент
Сумський державний педагогічний
університет імені А.С. Макаренка, Навчально-
науковий інститут фізичної культури
м. Суми, Україна
orcid.org/0000-0001-8618-9665
E-mail: zvир-hunter@ukr.net

Maryna Sehyda – undergraduate student majoring
in 227 Physical therapy, occupational therapy
Sumy State Pedagogical University named after
A.S. Makarenko, Educational and Research
Institute of Physical Culture
Sumy, Ukraine
E-mail: marihka-akv@ukr.net

Anna Rudenko - Candidate of Science (Physical
Education and Sport),
Sumy State Pedagogical University named after
A.S. Makarenko, Educational and Research
Institute of Physical Culture
Sumy, Ukraine
orcid.org/0000-0001-5428-6305
E-mail: rudenko_anna_87@ukr.net

Oleksandr Zviriaika – Candidate of Science
(Physical Education and Sport), Associate
Professor (Ph. D.),
Sumy State Pedagogical University named after
A.S. Makarenko, Educational and Research
Institute of Physical Culture
Sumy, Ukraine
orcid.org/0000-0001-8618-9665
E-mail: zvир-hunter@ukr.net