

Ступницька С. А., к.фіз.вих. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне, ЛОППЮ, м. Львів),
Завацька Л. А., к.пед. н., доцент, Дем'янчук Т. О., к.пед.н., доцент
(Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ЕТИОЛОГІЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ

Анотація. У статті розкрито причини виникнення та теорії походження вроджених вад опорно-рухового апарату дітей. Виділено етіологічні чинники, що зумовлюють їх виникнення і сприяють порушенням опорно-рухового апарату: екзогенні, ендогенні, генетично зумовлені чинники, а також незадовільний рівень інформованості батьків про походження та умови виникнення поширених відхилень у стані здоров'я дітей, їх клінічні ознаки, заходи подолання. Обґрунтовано, що знання причин виникнення вад та їх своєчасна профілактика зможуть запобігти виникненню вроджених вад опорно-рухового апарату, прогресуванню порушень і деформацій що, в подальшому допоможе запобігти інвалідності.

Ключові слова: вроджені вади опорно-рухового апарату дітей, етіологія, теорії походження.

Аннотация. В статье раскрыты причины возникновения и теории происхождения врожденных пороков опорно-двигательного аппарата детей. Выделены этиологические факторы, обуславливающие их возникновения и способствующие нарушением опорно-двигательного аппарата: экзогенные, эндогенные, генетически обусловленные факторы, а также неудовлетворительный уровень информированности родителей о происхождении и условиях возникновения распространенных отклонений в состоянии здоровья детей, их клинические признаки, меры преодоления. Обосновано, что знание причин возникновения недостатков, их своевременная профилактика смогут предотвратить возникновение врожденных пороков опорно-двигательного аппарата, прогрессирование нарушений и деформаций, что в дальнейшем поможет предотвратить инвалидность.

Ключевые слова: врожденные пороки опорно-двигательного аппарата детей, этиология, теории происхождения.

Annotation. The article considers causes and theories of congenital defects of the children's locomotor apparatus occurrence. In accordance with the researches of numerous authors (as well as according to our own research), it

is possible to identify etiological factors that cause their occurrence and promote disorders of the musculoskeletal system: exogenous factors, endogenous factors, genetically determined factors, insufficient level of parents' awareness of origin and conditions of common abnormalities in the health state of children, their clinical signs and possible countermeasures. Awareness of the defects' causes, timely prophylaxis and rehabilitation can prevent occurrence of the locomotor apparatus's congenital malformations, precluding progression of disorders and deformities and thereby preventing further disability.

Keywords: *congenital defects of the children's locomotor apparatus, theories of the occurrence, etiology.*

Збереження здоров'я кожної дитини має не тільки медичне та морально-етичне, але й соціально-державне значення [1; 2]. Більшість хвороб, як відомо, простіше попередити ніж лікувати, особливо в пізні терміни. Несвоєчасне виявлення призводить до прогресування порушень і деформацій із ростом дитини. Будь-які відхилення від норми, що виникають у дитячому віці, згодом призводять до різноманітних порушень здоров'я [3; 4].

Вроджені вади розвитку – це збірний термін, який означає відхилення від звичайної будови організму в результаті порушення внутрішньоутробного розвитку, які носять характер стійких морфологічних змін в органах і тканинах та виходять за загальноприйняті норми. Це велика група аномалій розвитку, багато з яких не діагностуються при народженні, а набагато пізніше, коли дитина починає сидіти або ходити [3; 5; 6].

Важливим є те, що необхідно чітко знати причини виникнення патологій, уявляти, що собою представляють такі аномалії, щоб вчасно вжити заходів, а деколи і попередити їх виникнення. Знання причин виникнення вад, своєчасна профілактика зможуть запобігти виникненню вроджених вад опорно-рухового апарату, прогресуванню порушень і деформацій, що в подальшому допоможе запобігти інвалідності.

Відомо, що захворювання опорно-рухового апарату мають місце у 5–10 % дітей. В загальній структурі вад розвитку вади розвитку кістково-м'язової системи складають близько 30 %. До вроджених патологій опорно-рухового апарату відносяться: вроджений вивих стегна, кривошия, клишоногість та інші деформації кистей та стоп, порушення в розвитку хребта, різні недорозвинення і дефекти кінцівок, аномалії розвитку пальців кисті, вроджені каліцтва (артрогрипоз) [3]. У дітей першого року життя найбільш часто зустрічаються такі аномалії розвитку кістково-м'язової системи: дисплазія тазостегнових суглобів, вроджений вивих, вроджена клишоногість, вроджена м'язова кривошия. Попри всю різноманітність вроджених захворювань опорно-рухового апарату дітей, провідними проблемами є: затримка формування, недорозвиток, порушення або втрата рухових функцій. Питання щодо визначення причин, внаслідок яких

виникають вроджені патології залишається невирішеним до сьогоднішнього часу. Вважається, що виникнення аномалій розвитку пов'язано з дією як різноманітних несприятливих чинників зовнішнього середовища, так і з різними спадковими впливами .

Метою нашої статті є дослідження причин виникнення та теорій походження вроджених вад опорно-рухового апарату дітей.

Завдання дослідження: 1) з'ясувати стан питання щодо походження вроджених вад опорно-рухової системи згідно з літературними джерелами та власного практичного досвіду; 2) розглянути теорії походження вродженої м'язової кривошийї та провести анкетування батьків дітей, народжених з вродженою м'язовою кривошиєю.3) узагальнити та систематизувати відомості щодо теорій походження та причин виникнення вроджених вад опорно-рухової системи.

Дослідження проводилося на базі поліклінічного та реабілітаційного відділень Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова.

Згідно з дослідженнями багатьох авторів та власних, можна виділити етіологічні чинники, які спричиняють вроджені вади опорно-рухового апарату у дітей, та поділити їх на екзогенні, ендогенні і генетичні.

До екзогенних чинників належать: механічний вплив; маловоддя, амніотичні зрощення, ектопічна або багатоплідна вагітність, пошкодження при допомозі породіллі (накладення щипців, вакуум-екстракції); вплив фізичних факторів (переохолодження, різкі коливання температури і тиску, гіпоксія); вібрація, вплив рентгенівського, радіоактивного, ультрафіолетового, іонізуючого опромінення; вплив хімічних факторів і деяких лікарських засобів (снодійних при тривалому їх вживанні); інфекційно-токсичні і паразитарні захворювання; зараження токсоплазмозом, харчування продуктами з низькою енергетичною цінністю; токсикоз вагітності; хімічні (алкоголь, сульфаніламід, солі талію, літію, магнію, кобальту, йод); інфекційні хвороби: краснуха, токсоплазмоз; авітаміноз, білкове голодування.

До ендогенних чинників належать: місцеві вроджені вади розвитку матки, ендометрити, пухлини матки; зменшена або двоорога матка; ранні токсикози вагітності; порушення закладки органів в ранньому внутрішньоутробному періоді, загальні (гіпертонічна хвороба, ендокринні захворювання, порушення обміну речовин); старіння; хвороби: гіпертонічна хвороба, ревматичні пороки серця; гормональні розлади: цукровий діабет, прийом кортикостероїдів; вік батьків; порушення обміну речовин: ферментативного, білкового, вуглеводного, ліпідного, мінерального.

Генетично зумовлені чинники (аномалія набору хромосом) – тяжкі конституційні зміни, які можуть передаватись спадково за домінантним або рецесивним типом [6; 7].

Однією з причин зростання різноманітних патологій та захворюваності дітей, згідно з нашими дослідженнями, є незадовільний рівень інформованості

батьків про походження та умови виникнення поширених відхилень у стані здоров'я дітей, їх клінічні ознаки, заходи подолання.

Усі локальні дисплазії і аномалії розвитку апарата опори і руху можна розділити на три групи: дефект всієї кінцівки або окремого її сегмента, надлишкові окремі частини кінцівки та її сегментів, амніотичні відшарування. Деякі деформації є генетично зумовленими і передаються у спадок з певною частотою (наприклад, відсутність кінцівки або її частини, збільшення числа пальців, їх зрощення між собою, деякі форми клишоногості). Велику роль у розвитку вад кінцівок відіграють чинники, особливо в період з 3-го по 7-й тиждень вагітності. До них можна віднести різні деформації і пухлини матки та інших органів малого таза, наявність тяжів в порожнині матки, маловоддя. Всі вони, механічно впливаючи на плід, що розвивається, призводять до неправильного розташуванню його в порожнині матки, здавлення окремих частин тіла.

Вади розвитку кисті та стоп нерідко супроводжуються амніотичними перетинками, які є ниткоподібними циркулярними та напівциркулярними вдавленнями аж до кістки, що можуть розміщуватися і на проксимальних частинах сегментів. Природжене вкорочення кінцівки може бути тотальним або утворюватися за рахунок недорозвинення одного з сегментів. До вроджених вад верхніх кінцівок відносяться синдактилія і полідактилія.

Синдактилія – це повне або часткове зрощення декількох пальців на руці. Воно часто поєднується з іншими пороками. Розрізняють декілька форм синдактилії: – шкірну, коли шкіра пальців зрощена по всій їх довжині; перетинчасту, коли пальці зрощені між собою шкірними перемичками за типом плавальної перетинки; кісткову, коли зрощення відбувається на рівні кісткової тканини протягом однієї або декількох фаланг пальців.

Полідактилія це збільшена кількість пальців. Вона може бути у вигляді недорозвинених лише дистальних фаланг на тонкій нитці або анатомічно нормальних додаткових пальців. Ектродактилія це зменшення кількості пальців. Вона може передаватися спадково. Переважно не вистачає 2–3 пальців. Зменшення кількості пальців іноді супроводжується порушенням їх анатомічної будови, дефектами фаланг і кісток п'ястка чи плесни.

Хвороба Маделунга – аномалія розвитку, вроджена косорукість. Вона може бути обумовлена недорозвитком сухожиль м'язів, зв'язкового апарату, променевої та ліктьової кісток, що спричиняє відхилення кисті у бік ураження (променева косорукість, ліктьова косорукість) з вивихом головки ліктьової кістки. Косорукість найчастіше буває двосторонньою. У 50 % випадків косорукість пов'язана з аплазією променевої кістки. При цій ваді відхилення кисті досягає 180°, як правило, відсутній I палець, недорозвинені або відсутні м'язи, судини та нерви з боку променевої кістки.

Множинним ураженням суглобів проявляється вроджений артрогрипоз. Ця патологія зустрічається з частотою 3 на 1000 новонароджених і

характеризується вираженою скутістю рухів, тугорухомістю суглобів, вимушеним положенням кінцівок (контрактура), частіше в положенні згинання. Крім того, при цьому захворюванні спостерігається порушення розвитку м'язової та сполучної тканин. Ця патологія часто виникає при сідничному передлежанні плода і маловодді. Зрідка вона може мати спадкову природу. З ростом дитини розвиваються грубі деформації скелета. Кінцівки набувають циліндричної форми, втрачають нормальні обриси, шкіра над ними потовщується, зустрічаються згинальні контрактири колінних, ліктьових, променево-зап'ясткових суглобів. Може розвинутися вивих стегна, клишоногість, сколіоз. Іноді при вродженому артрогіпозі зустрічаються дефекти твердого піднебіння, хребців.

Вроджена плоскостопість виникає як результат слабкості сполучної тканини стопи, через що м'язи і зв'язки стопи невзможі сформувати правильний вигин.

Серед вродженої ортопедичної патології найчастіше зустрічається дисплазія різних ділянок апарата опори і руху, передусім кульшового суглоба. Ця патологія зустрічається у 3–16 немовлят на 1000 новонароджених, серед яких лише у 3–4 формується вивих стегна. Серед недорозвинutih елементів кульшового суглоба найважливіше значення має кульшова западина, надмірно скошений дах якої навіть при нормальному тонусі м'язів з часом неспроможний втримати головку стегнової кістки на місці і зумовлює виникнення підвивиху і вивиху стегна. Він становить понад 3 % всіх ортопедичних захворювань. Зустрічаються вроджений вивих одного стегна (у дівчаток у 5 разів частіше, ніж у хлопчиків) або обох. Однобічні вивихи трапляються в 1,5–2 рази частіше, ніж двобічні. При цьому спостерігаються недорозвинення, сплющення вертлужної западини і головки стегнової кістки, суглобова сумка розтягується, кругла зв'язка атрофується. При обстеженні виявляються вкорочення кінцівки, поворот (ротація) назовні та обмеження відведення. Симптом Тренделенбурга позитивний: при стоянні на хворій кінцівці і підніманні здорової таз опускається у здоровий бік, а сіднична складка виявляється вищою на хворому боці. Основні симптоми вродженого вивиху стегна – симптом зісковзування або клацання. З ростом дитини зростає навантаження на суглоб, що а подальшому може призвести до інвалідизації дитини. Під час ходьби діти шкутильгають, при двобічному вивиху ходьба хитка (качина).

Патогенез патології кульшового суглоба: наслідок травми (пологова травма може в окремих випадках призвести до вивиху стегна (BBC); механічна теорія, в основу якої покладено спостереження про більшу частоту BBC у тих випадках, коли на плід під час вагітності постійно діють механічні чинники – багатопліддя, маловоддя тощо; пологи у сідничному передлежанні збільшують ризик розвитку цього вродженого пороку на 20 % (внутрішньоутробно порушується

поворот кульшового суглоба, що призводить до не відповідності розмірів вертлюжної западини і голівки стегнової кістки). Доведено, що вроджений вивих стегна в 5 разів частіше зустрічається при тазовому передлежанні. Наявність тяжів в порожнині матки приводить до здавлення окремих сегментів кінцівок аж до їх повного відриву. ВВС може бути наслідком запального процесу, вади первинної закладки, дії тератогенних факторів у період органогенезу, дисфункції ендокринних залоз вагітних жінок, паралічу м'язів, що оточують кульшовий суглоб. Серед причин виникнення патології також має місце теорія спадковості [3; 5].

Вроджена клишоногість – це вроджена деформація стопи, з різного ступеня супінацією і підніманням внутрішнього краю стопи і різко порушеною статико-динамічною функцією. В Україні вроджена клишоногість зустрічається серед 0,6 % новонароджених. Двобічна клишоногість зустрічається вдвічі частіше ніж однобічна. У хлопчиків вона трапляється вдвічі частіше ніж у дівчаток і частіше буває двобічною. Близько 15 % дітей з вродженою клишоногістю мають супутні вади розвитку опорно-рухової системи (кривошия, вроджений звих стегна, сіндактилія, сколіоз). Питання щодо визначення причин внаслідок яких виникає вроджена клишоногість залишається невирішеним до сьогодення часу. Одні автори вважають, що чинником, який викликає розвинення вродженої клишоногості є тиск з боку матки на стопу ембріона, або ембріогенних перетинок, інші пов'язують деформацію з пороком первинної закладки органів в ранньому внутрішньоутробному періоді. В цьому випадку характерне поєднання клишоногості з іншими пороками – ущелиною верхньої губи та піднебіння, зрощенням пальців. Є теорія, яка обґрунтовує ваду розвитку недорозвиненням малогомілкових м'язів. Доведено, що вроджена клишоногість зустрічається при тазовому передлежанні. У деякої частини пацієнтів захворювання має спадковий характер.

За С. Т. Зацепіним, розрізняють типову та атипову форми клишоногості. Атипова форма розвивається під дією механічних чинників або поєднується з іншою патологією кінцівок і в 20 % випадків обумовлена аномаліями розвитку кінцівок (дефекти кісток гомілки, амніотичні перетинки), системними ураженнями (діастрофічна дисплазія, артрогрипоз). Серед типових форм зустрічаються і легкі, обумовлені патологією зв'язкового апарату стопи, недорозвитком медіально-заднього зв'язкового апарату гомілковостопного суглоба, і важкі кісткові. Для цієї патології характерно вимушене положення стоп: вони вивернуті всередину і назад. Рухливість в гомілковостопному суглобі обмежена найбільш сильно при кістковій формі. З початком ходьби дитини деформація посилюється, кістки стопи починають зміщуватися по відношенню одна до одної. Можуть утворитися нові суглоби, а старі атрофуються. Погано розвиваються м'язи гомілки, колінні суглоби випрямляються. З ростом і розвитком дитини, особливо

при ходінні з опорою на стопу, з'являється підшвинне згинання пальців, підвихи човноподібної і кубовидної кісток в суглобі Шопара. Гомілка ротується всередину. В результаті цього стопа деформується. Деформації стоп супроводжуються атрофією м'язів гомілки, яка особливо помітна при однобічній клишоногості [5; 7].

Вроджена м'язова кривошия – одне з найбільш частих ортопедичних захворювань у дітей. За даними більшості авторів, м'язова кривошия за частотою складає третє місце після вродженого вивиху стегна та клишоногості. Вроджену м'язову кривошию кваліфікують як ротаційну деформацію шиї, яка може спостерігатися одразу після народження або розвивається пізніше, і проявляється неправильним положенням голови у дитини і обмеженням її рухливості. Розрізняють м'язову і кісткову форми кривошиї. Кісткова (аномалії хребців, додаткові клиноподібні хребці) зустрічається рідко. М'язова – однобічне скорочення грудинно-ключично-соскового м'яза. Основний симптом – нахил голови у бік укороченого м'яза і поворот обличчя у протилежний бік.

Вродженими деформації грудної клітки іноді поєднуються з вадами розвитку хребта, ребер, лопаток, грудини і чинять негативний вплив на стан діафрагми серця, порушуючи їх функції. Найчастіше зустрічається природжена лійкоподібна грудна клітка, незрощення ребер з грудиною, відсутність мечовидного відростка, рідше – додаткові шийні і грудні ребра, які поєднуються з додатковим клиноподібним хребцем, синостоз ребер, високе стояння лопатки, крилоподібна лопатка. Воронкоподібна форма грудної клітини («груди шевця») часто утворюється при вродженій неповноцінності реберних хрящів. При огляді відзначається поглиблення в середній і нижній частинах грудної клітини. Вона збільшується в поперечному розмірі; утворюються патологічні викривлення в грудному відділі хребта. В кінцевому підсумку вона майже впирається в хребет. Серце і великі судини стискаються, зміщуються вліво і кілька повертаються навколо своєї осі. З ростом дитини деформація посилюється, ребра ще більше вдавлюють грудину всередину грудної клітини, діти помітно відстають у фізичному розвитку, мають знижений систолічний і підвищений діастолічний артеріальний тиск. Протилежний варіант деформації грудної клітки – килевидна («куряча») – характеризується збільшенням її передньо-заднього розміру. Грудина різко видається вперед, ребра прикріплюються до неї під гострим кутом. Ця аномалія порушує функцію органів грудної порожнини.

Природжені вади хребтового стовпа можуть бути у вигляді збільшеної або зменшеної кількості хребців, зміні нормальної кількості хребців в різних відділах хребтанеправильної їх форми, недорозвитку окремих елементів хребців, зрощення хребців між собою, незрощення передніх або задніх їх відділів.

Одним з найбільш відомих вад розвитку черепа є вроджений краніосиностоз, який пов'язаний з передчасним внутрішньоутробним зрощенням одного або декількох черепних швів. Часто поєднується з іншими аномаліями скелета: з пороками серця, деформаціями ліктьового і колінного суглобів, зрощенням пальців кистей і стоп. Передчасне зрощення швів перешкоджає нормальному росту кісток, в результаті череп деформується. В одних випадках голова приймає подовжену вузьку форму, при цьому дефект носить чисто косметичний характер, не супроводжуючись порушеннями зору і неврологічною симптоматикою. У інших випадках деформація може бути настільки вираженою, що порушує функцію органу зору, приводячи до сліпоти.

Синдром Кліппеля-Фейля був описаний у 1912 р. французькими неврологами Klippel і Feil. Це вроджене спадкове захворювання, яке передається за автосомно-домінантним типом спадкування. Виникає в одного на 42 тис. немовлят, однаково часто у хлопчиків і дівчаток.

Хвороба Шпренгеля (уроджене високе стояння лопатки, деформація Шпренгеля, нестабільна лопатка). Спорадичне захворювання, що виникає внаслідок затримки розвитку лопатки й опускання на 3–4-му тижні ембріонального розвитку. Ознаки: виражена асиметрія контурів шиї (на боці високого стояння лопатки контур шиї сплющений); обмеження рухів у шийному відділі хребта і в плечовому суглобі на боці ураження; високе розташування лопатки (на 6–12 см вище, порівняно з протилежною лопаткою). Зменшення розмірів лопатки [4].

Крім вроджених вад розвитку скелета, існує група спадкових системних захворювань опорно-рухового апарату. Її основу складають генетично обумовлені порушення розвитку сполучної, хрящової і кісткової тканин у внутрішньоутробному періоді. До цієї групи відносять хондродістрофію – захворювання, обумовлене порушенням формування хрящових зачатків кісток. Характерні численні кісткові деформації, карликовий ріст. Хондродістрофія часто поєднується з гідроцефалією. Захворювання за клінічними ознаками діагностується відразу після народження. Новонароджені мають маленький зріст, короткі кінцівки, відносно велику голову. Фібозна остеодисплазія – порушення розвитку кісткової тканини, частіше зустрічається у хлопчиків, проявляється після 8–9 років. Можуть бути осередкові і множинні форми. Клінічні прояви: деформація кісток з їх потовщенням і викривлення кінцівок. При асиметричному ураженні нижніх кінцівок з'являється кульгавість через вкорочення однієї ноги. Часто відбуваються патологічні переломи при незначних фізичних навантаженнях або травмах. Іноді уражаються кістки черепа, що змінює зовнішній вигляд хворого. Можливо поєднання фіброзної дисплазії з іншими вродженими вадами.

Системне захворювання скелета – вроджена ламкість кісток, пов'язана з недосконалим кісткоутворенням, при якій переломи трубчастих кісток виникають вже внутрішньоутробно. Після народження травма може розвинути при незначних зусиллях – одяганні дитини, грі з нею. Патологічні переломи швидко зростаються, але не завжди правильно, що і обумовлює подальші деформації і вкорочення кінцівок. При цьому захворюванні відзначаються блакитне забарвлення склер, глухота, м'язова атрофія, кришаться зуби. Часто порушені функції залоз внутрішньої секреції і ряду ферментів, що може викликати ранню смерть хворих. При вродженій патології щитовидної залози з пригніченням або повною відсутністю її функції відбуваються затримка росту кісток в довжину, затримка появи ядер окостеніння.

Оскільки вроджена м'язова кривошия – одне з найбільш частих ортопедичних захворювань у дітей і посідає третє місце після вродженого вивиху стегна та клишоногості і в загальній структурі ортопедичних захворювань у дітей складає близько 25 %, ми детально дослідили теорії походження вродженої м'язової кривошиї згідно аналізу науково-методичної літератури, і з'ясували причини виникнення вродженої м'язової кривошиї шляхом анкетування 86 батьків дітей з вродженою м'язовою кривошиєю. У результаті дослідження було встановлено, що погляди на етіологію кривошиї доволі різноманітні. Існує багато теорій походження кривошиї [1; 3; 4; 7]. Теорія внутрішньоутробної вади розвитку грудинно-ключично-соскоподібного м'яза; теорія запального походження; теорія первинного вкорочення грудинно-ключично-соскоподібного і трапецієподібного м'язів вторинне защемлення грудинно-ключично-соскоподібних і трапецієподібних м'язів при тривалому асиметричному фіксованому положенні шиї в надто вузькій матковій порожнині або внаслідок стискання самої вагітної матки пухлиною чи печінкою; теорія вимушеного неправильного положення плоду в матці, неправильне положення голівки плоду в утробі матері при поперековому, косому та сідничному передлежаннях плоду, зменшення кількості навколоплідних вод (маловоддя) У патогенезі м'язової кривошиї значну роль відіграє тиск. Зокрема, при вимушеному положенні плоду плече тисне на шию і на грудинно-ключично-соскоподібний м'яз, тиск пуповини на шию плоду. Згідно з травматичною теорією кривошия є результатом вродженої вади розвитку грудинно-ключично-соскового м'яза та одночасної травми під час важких пологів, особливо при сідничному передлежанні і при накладанні щипців, при цьому грудинно-ключично-соскоподібний м'яз переростається і частково розривається. Присутній також спадковий чинник. Вважають, що кривошия може формуватись під впливом не тільки внутрішніх, але і зовнішніх чинників. Вплив на плід певних чинників у ключові періоди його розвитку може стати поштовхом до формування і розвитку кривошиї. Дослідженнями доведено, що

найбільш поширеними екзогенними чинниками, які можуть спричинити розвиток вроджених патологій є термічні, радіаційні, хімічні, біологічні, психічні, механічні. У деяких випадках вроджену м'язову кривошию пов'язують з наявністю короткої пуповини, недоношеністю, загрозою викидня, асфіксією, обвиттям пуповиною шиї, першими пологами. Великий вплив на аномальний розвиток ембріону людини мають ендогенні фактори, з яких найбільш вагоме значення для виникнення вроджених вад опорно-рухового апарату, а також і вродженої м'язової кривошиї має неповноцінність статевих клітин батьків або їх пізній вік. Негативним наслідком токсикозу, гормональних порушень, кровотеч зазвичай є гіпоксія плоду, яка також може бути причиною виникнення кривошиї. Патологічний перебіг вагітності (резус-конфлікт матері і плоду, нефропатія і еклампсія, гестоз) здавна вважають причиною виникнення багатьох аномалій опорно-рухового апарату у дітей.

Найчастіше у дітей зустрічається вроджена м'язова кривошия, викликана вкороченням і слабкістю грудино-ключично-соскоподібного м'яза в процесі внутрішньоутробного розвитку малюка. Відбувається з ряду причин, однією з яких є неправильне положення голівки дитини в утробі матері, через що на неї надається зайвий односторонній тиск стінками матки, і в результаті цього точки кріплення грудино-ключично-соскоподібного м'яза зближуються, м'яз коротшає. Вкорочення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза також може статися внаслідок її травмування під час важких пологів або через перенесення в утробі матері м'язового запалення, що перейшло у хронічну форму. З часом з'являються асиметрія обличчя і викривлення хребетного стовпа. Головним елементом патогенезу кривошиї є патологічні зміни грудино-ключично-соскоподібного м'язу, які ведуть до його фіброзного переродження [7, с. 6].

Проведений аналіз матерів щодо перебігу вагітності і пологів дозволив з'ясувати, що у 50 жінок (58,2 %) перебіг пологів був патологічним. Стимуляція пологів була застосована у 29 жінок (33,7 %). Тривалий безводний період (більше 8 годин) спостерігався у 8 матерів (9,3 %). У 59 матерів (68,6 %) діти з вродженою м'язовою кривошиєю були народжені при перших пологах. У 18 випадках (20,9 %) вроджена м'язова кривошия спостерігалася у найближчих родичів хворої дитини. Резус-конфлікт між мамою та дитиною спостерігався у 3 (3,4 %) випадках. Обвиття пуповиною спостерігалася у 17 випадках (19,7%), у 13 дітей (15,1%) спостерігалася патологічне передлежання та косо положення, що збільшувало ризик народження дітей з патологією опорно-рухового апарату. У 18 випадках (20,9 %) таз матері був вузький. Нами встановлено, що серед 86 опитаних матерів під час вагітності спостерігалися такі ускладнення: багатоводдя – у 12 (13,9 %), маловоддя – у 8 (9,3 %), загроза викидню та підвищений тонус матки – у 20 (23,2 %), токсикоз – у 12 (13,9 %), набряки – у 11 (12,7 %)

матерів. Хвороби матерів (ГРВІ, токсоплазмоз, ангіни, пієлонефрит, генітальні тощо) були встановлені у 29 випадках (33,7 %), що також могло негативно вплинути на плід і спровокувати формування вродженої м'язової кривошії. Під час вагітності дію різноманітних шкідливих чинників на організм вагітних було встановлено в 60 (69,7 %) випадках. Зокрема, впливу стресів зазнали 20 жінок (23,3 %), вібрації – 3 (3,4 %), в шкідливих умовах працювало 12 (13,9%), під впливом пасивного куріння перебувало 25 (29,0 %) опитаних жінок.

Отже, патогенез природжених вад складний, а їх характер і ступінь тяжкості визначаються періодом розвитку зародка, під час якого діяв ембріотоксичний чинник. Чим раніше він діє, тим тяжчі вади розвитку та їх кількість, а вже в другій половині вагітності виникають значні локальні вади. Знання причин виникнення вад, своєчасна профілактика і реабілітація зможуть запобігти їх виникненню, прогресуванню порушень і деформацій. Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що вроджені вади опорно-рухового апарату, в тому числі і вроджена м'язова кривошия-поліетіологічні патології зі складним патогенезом, у виникненні яких значну роль відіграють перебіг вагітності та пологів у матері, а також негативний вплив на організм батьків різноманітних екзо- і ендогенних чинників. Батьки дітей раннього віку недостатньо ознайомлені з проблемою вроджених вад розвитку, що призводить, як правило, до пізнього звернення за кваліфікованою допомогою. Тому санітарно-просвітницька робота з батьками та випуск спеціальної літератури, присвяченої різним аспектам етіопатогенезу вроджених вад має практичне значення.

1. Коржинський Ю. С. Кривошия: думка неонатолога щодо місця і ролі матері дитини в її подоланні / Ю. С. Коржинський, Л. Р. Клос // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Л., 2009. – № 42. – С. 23–24. 2. Шиян О. І. Державнаосвітняполітика з питаньзабезпечення здорового способу життямолоді : монографія / О. І. Шиян. – Л. : Львівський державний університет фізичної культури, 2010. – 295 с. 3. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://refleader.ru/> (дата звернення: 10.10.17). 4. Олекса А. П. Ортопедія : підручник / А. П. Олекса. – Т. : ТДМУ, 2006. – 528 с. 5. Моїсеєнко Р. О. Протокол діагностики та лікування природженої м'язової кривошії : наказ МОЗ України № 521 / Р. О. Моїсеєнко // Новостимедицины и фармации. – 2006. – № 17. – С. 6–7. 6. Ступницька С. А. До сучасних поглядів на етіологію вродженої патології опорно-рухового апарату / С. А. Ступницька // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Л., 2005. – Вип. 8. – С. 57–58. 7. Stupnytska S. A. Original Approach to the Use of Physical Rehabilitation and Physical Education in the Sphere of Health Restoration and Preservation of Children with Orthopaedic Pathology in Lviv Region / S. A. Stupnytska, O. I. Shyyan, O. I. Riabukha // Kinesiology and Exercise Sciences, Twelfth Annual International Conference on Kinesiology and Exercise Sciences. – Athens, Greece. – 25–28 July 2016. – P. 1–18.

Рецензент: професор Мухін В. М.