

УДК: 615.825:616.743"465.01"-053.2

^{1,2}Ступницька С. А., ³Рябуха О. І.**СОМАТОСКОПІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ЯК ОBOB'ЯЗKOBA СКЛАДОВА
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**¹Комунальний заклад Львівської обласної ради Львівський обласний інститут післяди-
пломної педагогічної освіти (м. Львів)²Рівненський міжнародний економіко-гуманітарний університет
імені академіка Степана Дем'янчука (м. Рівне)³Львівський медичний інститут (м. Львів)

svitstup@ukr.net

Дана робота виконана в межах навчально-до-
слідницької теми 4.1.2 "Фізична реабілітація не-
повносправних осіб з руховими дисфункціями" (№
державної реєстрації 0106U012608).

Вступ. Вроджена м'язова кривошия – стійке
неправильне положення голови, яке проявляється
у нахилі її в бік з одночасним поворотом обличчя в
протилежний бік [7,18,19]. Вимушене положення
голови зумовлене патологічними змінами в м'язах
шиї: в грудинно-ключично-соскоподібному м'язі,
трапецієподібному та інших. У патологічному про-
цесі задіяні кістки, суглоби, нерви, з подальшим
ураженням скелету, нервової системи, що посту-
пово призводить до зміни фізіологічних функцій та
порушення фізичного і психоемоційного розвитку
дитини [16].

Вроджену м'язову кривошию спостерігають у
сукупності з іншими деформаціями опорно-рухово-
го апарату: вродженим вивихом стегна, дисплазією
кульшових суглобів, клишоногістю, плоскостопі-
стю, воронкоподібною грудною кліткою [4,16]. Окрім
вроджених патологій опорно-рухового апарату, згід-
но з нашими власними дослідженнями, зазначену
нозологію ми спостерігали з іншими супутніми за-
хворюваннями. Згідно з протоколом діагностики та
лікування вродженої м'язової кривошиї МОЗ Украї-
ни №521 від 26.07.2006 р. всіх новонароджених ще
у пологовому будинку необхідно обстежувати на на-
явність кривошиї ортопедом та неонатологом [22].
Проте, зазначений протокол містить лише загальні
вказівки щодо переліку діагностичних заходів та
трактування отриманих результатів, що не дає від-
повідей на багато питань, які стосуються діагности-
ки кривошиї у дітей першого року життя.

Рання діагностика має велике значення для сво-
часного лікування і успішної фізичної реабілітації
[1,5,8,10]. З'ясовано, що серед багатьох методів
обстеження, загальноприйнятим методом діагнос-
тики вродженої м'язової кривошиї є візуальне ви-
значення положення голови щодо середньої лінії
[3,8,17,22].

На наш погляд, найбільш доступним і простим
у застосуванні методом є соматоскопія (зовніш-
ній огляд), який дозволяє визначити пропорцій-
ність тілобудови та стан опорно-рухового апарату
[11,20,24,25]. Недостатня адаптованість методики

соматоскопічного обстеження, а також наш бага-
торічний попередній практичний досвід роботи з
дітьми раннього віку з вродженою м'язовою криво-
шиєю свідчить про поєднання даної нозології з ін-
шими ортопедичними патологіями, а також з іншими
супутніми захворюваннями, і підтверджує необхід-
ність удосконалити розроблений та практично впро-
ваджений нами алгоритм стоматоскопічного об-
стеження дітей раннього віку за рахунок врахування
супутніх захворювань та патологій опорно-рухового
апарату [10,26,21,23].

Мета дослідження – удосконалити діагностику
дітей першого року життя з вродженою м'язовою
кривошиєю.

Об'єкт дослідження – опорно-руховий апарат
дітей першого року життя з вродженою м'язовою
кривошиєю.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і
узагальнення наукової та науково-методичної літе-
ратури з проблеми діагностики вродженої м'язової
кривошиї; клінічні та параклінічні методи (аналіз
амбулаторних карток, соматоскопія, пальпація), пе-
дагогічне спостереження та педагогічний експери-
мент; методи математичної статистики.

Дослідження проводилось на базі відділень реа-
білітації та функціональної діагностики Комунальної
міської дитячої клінічної лікарні м. Львова. В обсте-
женні брали участь діти першого року життя з вро-
дженою м'язовою кривошиєю, які були об'єднані в
підгрупи відповідно до вікових періодів. У 1 підгрупу
увійшли діти 0-3 місяців, 2 підгрупу – 3-6, 3 підгру-
пу – 6-9, у 4 підгрупу діти 9-12 місяців. Обстеження
проводились до та після проведення курсу фізичної
реабілітації (через 10 днів). Під час педагогічного
спостереження і експерименту обстежували мор-
фофункціональні особливості дітей з вродженою
м'язовою кривошиєю, їх координаційні здібності,
симетрію рухів. Аналіз та узагальнення результатів,
отриманих у ході експерименту, їх узагальнення, ви-
сновки зроблені на основі застосування методів ма-
тематичної статистики.

Ефективність консервативного лікування та фі-
зичної реабілітації залежить від своєчасної діагнос-
тики захворювання [16,19]. Особливість ранньої
клінічної діагностики вродженої м'язової кривошиї
полягає у тому, що у перші дні або і перші тижні після

народження ознаки кривошії можуть бути відсутні або малопомітні [2,6,8,12].

Зміни в грудинно-ключично-соскоподібному м'язі можуть мати різні прояви і ступені. В одних випадках одразу після народження зміни в м'язі є різко помітними, проте гематоми не утворюються (у випадку внутрішньоутробного утворення кривошії), проте, спостерігається асиметрія обличчя і черепа [4,6]. Потовщення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза з одного боку або асиметрію обличчя у ранні терміни можна виявити лише у деяких новонароджених. У більшості випадків діагноз "вроджена м'язова кривошия" можна поставити на момент виписки дитини з пологового будинку, або дещо пізніше, коли на місці найбільших змін у м'язі утворюється веретеноподібне ущільнення розміром від "вишневої кістки" до "сливи" або й до "голуб'ячого яйця" [12]. Гематома може спостерігатись у різних відділах грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, переважно у середньо-нижній третині м'яза [12,19].

На боці ураження спостерігається недорозвиток всіх м'яких тканинних утворень шкіри, проте, найбільш виражений він у грудинно-ключично-соскоподібному м'язі [13]. Вже на другому місяці життя дитини зазвичай визначаються обмеження повороту голови у бік ураження і нахилу в протилежний бік. У цей же час починають виявлятися і вторинні деформації – асиметрія обличчя і черепа, асиметрія шкірних складок шиї. На ураженому боці шкірні складки глибші, в них частіше виявляється поперілість [15]. У випадку прогресування патології в міру розсмоктування потовщення виявляється переродження всього м'яза або однієї з його ніжок. Внаслідок цього м'яз втрачає еластичність і поступово перетворюється у короткий щільний сполучнотканинний тяж, який відстає у рості і піднімає шкіру у вигляді "лаштунку". Натяг вкороченого м'яза зближує точки його прикріплення, що і зумовлює характерну ознаку – нахил голови і поворот обличчя у протилежний бік [12,16], що проявляється постійним нахилом голови у бік ураженого м'яза і поворотом обличчя у протилежний бік і перешкоджає рухам голови. При значному його вкороченні нахил голови у бік здорового м'яза і поворот його у бік зміненого м'яза стають неможливими [12]. Починають виявлятися вторинні деформації – асиметрія обличчя і черепа (плагіоцефалія), асиметричні глибокі складки шиї і збільшення їх кількості на ураженому боці [2,16].

Вушні раковини на боці плагіоцефалії, як правило, розташовані ближче до задку. При огляді спереду обличчя на боці сплющеної ділянки чола виглядає ширшим. У запущених випадках вродженої м'язової кривошії поряд з асиметрією обличчя спостерігається збільшення соскоподібного відростка, а також асиметрія трикутників шиї і талії, що є ознаками вторинного сколіозу шийного і верхньогрудного відділів хребта.

Внаслідок вимушеного положення голови спостерігається компенсаторне викривлення шийного, грудного та поперекового відділів хребта [1,12]. Викривлення у шийному відділі хребта сприяють поширенню асиметрії не тільки на інші відділи хребта, але й загалом на опорно-руховий апарат, що в подаль-

шому, як правило буде супроводжується різноманітними порушеннями у функціонування організму [9,19].

Результати досліджень та їх обговорення. Реабілітаційне обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю розпочиналось з ознайомлення з медичною документацією (амбулаторна картка) з метою з'ясування особливостей перебігу основного захворювання (вродженої м'язової кривошії) та встановлення наявності супутньої патології обстежуваних дітей. Соматоскопічне обстеження передбачало огляд особливостей тілобудови, візуальне визначення амплітуди рухів у шийному відділі хребта, симетричності рухів, встановлення функціональних обмежень [10,20,23,24].

Спираючись на дані літературних джерел [6,14,16,18] та враховуючи власний практичний досвід було удосконалено розроблений нами алгоритм соматоскопічного обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю. Його застосування передбачає послідовний огляд усіх ділянок тіла дитини, який, у відповідності до вікового періоду, здійснювали у різних положеннях дитини – лежачи на животі, на спині, сидячи, стоячи [26,23,25], що сприяло виявленню тієї ділянки тіла, яка потребує реабілітаційного втручання та корекції.

Огляд та характеристики опорно-рухового апарата дитини починали із встановлення наявності чи відсутності деформації черепа (плагіоцефалії) та асиметрії обличчя, виявляли відставання у розвитку (гемігіпоплазії) однієї половини обличчя, нижньої щелепи, асиметричне розташування брів, очей, кута рота. Визначали форму голови та її розташування щодо тулуба, можливість дитини самостійно утримувати голову, змінювати положення, перевіряли візуально можливість самостійно згинати, рогинати, повертати, нахилити голову. Оглядали вушні раковини (зменшення та асиметричне розташування з боку кривошії), визначали наявність чи відсутність клаповухості. Після цього оглядали шию, зокрема стан шийних складок, їх симетричність, кількість, поперілість, глибину. Визначали симетричність плечового поясу (виступ лопаток), спини (ліва, права половини, відсутність сколіозу), оглядали фізіологічні вигини хребта (наявність кіфозів, лордозів, їх згладженість в залежності від вікового періоду), визначали стан грудної клітки (форма, западіння, вип'ячування), живіт (на наявність кил, асиметрій, вип'ячувань), нижні кінцівки (на наявність деформацій, клишоногості, вродженого вивиху стегна). Звертали увагу на симетричність грудинно-ключично-соскоподібних м'язів та їх конфігурацію при повороті голови дитини в здоровий, уражений бік. Отримані дані ми занесли до розробленої нами картки обстеження дитини, відповідної вікової категорії першого року життя (0-3, 3-6, 6-9, 9-12 місяців). З метою з'ясування стану ураженого і здорового м'язів проводили порівняльну симетричну пальпацію грудинно-ключично-соскоподібних м'язів та трапецієподібних м'язів при різних положеннях голови і шиї дитини, при цьому, намагались виявити в ураженому м'язі наявність ділянок ущільнень і потовщень (гематоми), зміну тонусу одного з м'язів [2,7,13]. Порівняльну

симетричну пальпацію м'язів передньої черевної стінки здійснювали з метою визначення її тону, який при вродженій м'язовій кривошії може бути зниженим. Звертали увагу на вміння утримувати голову, змінювати положення, сидіння, наявність симптому опору, який проявляється при спробі нахилити голову дитини в здоровий бік з негайним її поверненням у вихідне положення після припинення нахилу [18,19]. Як показало візуальне обстеження, у всіх 86 дітей з діагнозом вроджена м'язова кривошия дітей (100%) встановлено асиметричне положення голови щодо середньої (осьової) лінії тулуба (рис. 1).

Асиметричність тулуба було виявлено у 33 (38,37%) дітей. Найчастіше вона спостерігалась у віковій категорії 0-3 місяці. Асиметричність надпліч і лопаток встановлено у 41,2% дітей. Найчастіше ця деформація спостерігалась у дітей вікових категорій



а)



б)

Рис. 1. Асиметричне розташування голови при вродженій м'язовій кривошії а) вид спереду, б) вид ззаду (власні спостереження).

6-9 та 9-12 місяців. Асиметричність реберних дуг зустрічалась також доволі часто – у 37,2% дітей. Деформація була, найбільше виражена у більш старших (6-9 та 9-12 місяців) вікових категоріях відповідно 49,95 та 65,0% дітей. Зміни хребта було встановлено у 19,45% обстежених дітей, асиметричність тазу – відповідно у 17,45%. Найбільша кількість спостережень припадала на дітей 3-х і 4-х підгруп. Так, викривлення хребта було відповідно у 22,74% дітей вікової категорії 6-9 місяців та у 30,0% дітей у віці 9-12 місяців. Ця закономірність простежувалась і при дослідженні симетричності тазу – його асиметрія у дітей вікової катего-



Рис. 2. Деформація черепа (плагіоцефалія) при вродженій м'язовій кривошії (вигляд зверху) (власні спостереження).

рії 9-12 місяців зустрічалась в 3-4 рази частіше, ніж у віковій категорії 0-3 місяці (відповідно 35,0% проти 10%). Найбільш поширеною з асиметрій було сплюснення щок, яке спостерігалось у 75 (87,2%) дітей. Частота встановлення дефекту зростала з віком дитини. Під час реабілітаційного обстеження асиметричність черепа була відмічена у 61 дітей (70,9%) (рис. 2).

Обговорювана патологія рідше спостерігалась в молодшій віковій категорії. Асиметричність обличчя (очних щілин, брів, кутів рота) відмічена у 73 дітей (84,8%). Значно рідше зустрічається асиметричність вušних раковин. Симптом клаповухості виявлено у 29 (33,8%) дітей (рис. 3).

Пальпаторне обстеження грудинно-ключично-соскоподібного м'яза з боку нахилу голови дозволило встановити наявність інфільтрату (гематоми) у 11 (12,8%) дітей, в 1 підгрупі, 7 дітей (8,13%) 2 підгрупі, у 6 дітей (6,9%) 3 підгрупі.

У 89,4% було діагностовано гіпертонус ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. У дітей до 9 місяців гіпертонус зустрічався в усіх випадках, у віці 9-12 місяців гіпертонус ураженого м'яза зберігався у 65% дітей 4 підгрупі (рис. 4).

У 62 (19,76%) дітей спостерігався гіпертонус трапецієподібного м'яза з боку ураження. Водночас, гіпотонус м'язів передньої черевної стінки було встановлено у 15 (17,4%) дітей. Найчастіше цей симптом зустрічався у дітей віком 6-12 місяців, найрідше – у дітей віком 0-3 місяці. Під час обстеження у 14 (16,27%) дітей було встановлено симптом опору.

При реабілітаційному обстеженні ми встановили, що 39 дітей (45,3%) мають затримку фізичного розвитку: пізне підняття голівки – 13 дітей (15,1%), перевертання – 12 дітей (14,0%), затримку сидіння – 8 дітей (9,3%), вставання на ніжки – 6 дітей (7,0%). Діти вікової категорії 0-3 місяці невпевнено втримували голову в положенні на животі, не повертали її, не перевертались на бік, не спирались на передпліччя, лежачи на животі, не завжди слідували за предметом, який рухається. Не всі діти вікової категорії 3-6 місяців захоплювали та втримували іграшку або передавали перевагу одній з рук,



Рис. 3. Дитина з однобічною клаповухістю при вродженій м'язовій кривошії (власні спостереження)

на животі не спиралися на долоні витягнутих рук, не повертались зі спини на живіт, лише нетривалий час цікавились іграшкою, не підповзали, не переверталися з живота на спину, не рачкували в положенні на животі. У дітей вікової категорії 6-9 місяців спостерігали затримку рачкування, вставання на ноги, сидання, стояння, в деяких дітей була затримка переступання біля опори, затримка вимовлення. Діти вікової категорії 9-12 місяців переважно ходили підтримкою, тобто спостерігалась затримка самостійної ходи, не могли самостійно спускатися зі сходів.



Рис. 4. Ущільнення та натяг грудинно-ключично-соскоподібного м'яза у дитини з вродженою м'язовою кривошиєю (власні спостереження).

Після проведення реабілітаційних втручань згідно з розробленою авторською програмою фізичної реабілітації, яка передбачала використання різних видів масажу редресувальної, лікувальної гімнастики лікувальних положень, застосування валиків, бинтувань, укладань, комірців, засобів фізіотерапії гідротерапії, теплолікування [26,22,23,25], положення голови щодо середньої лінії змінилось (покращилось) у всіх дітей. У 53% дітей встановлена нормалізація положення голови. Асиметричність тулуба вдалось усунути у 23,2% дітей. Нормалізація відбулась у 10 (11,6%), 5 (5,81%), 4 (4,65%), 2 (2,32%) дітей відповідно 1, 2, 3, 4 підгруп. Значне покращення у спостерігалось у 3 (3,48%) дитини у 1 підгрупі, у 2 (2,32%), дітей у 2, 3, 4 підгрупах. Помірне покращення було встановлено у 3 (3,48%) дітей 1 підгрупи групи порівняння, по 1 (1,16%) дитини у 2 та 3 підгрупах групи, та у 1 (1,16%) дитини 4 підгрупи групи порівняння. Зміни грудної клітки у вигляді асиметрії реберних дуг менше піддалися впливу реабілітації: нормалізація спостерігалась у 27,9% випадків, значне покращення – у 37,2%, помірне покращення – у 4 (4,64%) дітей.

Сплощення щоки з боку ураження вдалось усунути у 43,0% дітей. Найбільше редукції ця деформація підлягала у вікових категоріях 0-3, 3-6, 6-9 місяців (відповідно у 11 (12,79%), 11 (12,79%), 8 (9,30%) дітей); 2 (2,32%) дітей 4 підгрупи, дещо менше редукція відбулась у дітей вікової категорії 9-12 місяців, а саме у 4 (4,65%) дітей. Значне покращення спостерігалось у 58,08% дітей, з них у 3 (3,48%) дітей 1 підгрупи, у 5 (5,81%) 2 підгрупи, у 7 (8,13%) дітей 3 підгрупи та у 10 (11,62%) 4 підгрупи. Помірне покращення спостерігалось відповідно у 20,8% дітей: у 1 (1,16%) дитини 1 підгрупи, у 2 (2,32%) дітей з 2 та 3 підгрупи та у 2 (2,32%) дітей 4 підгрупи. Без покращення залишились 1 (1,16%) дитина 1, 2, 3 та 1 (10,0%) дитина 4 підгрупи. Проте, деякі косметичні дефекти за двотижневий курс реабілітації повністю усунути не вдалось.

Пальпаторне обстеження ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза показало, що усунути наявний інфільтрат протягом одного реабілітаційного курсу було можливим у 1 (1,16%) дитини

1 підгрупи, в 2 (2,32%) дітей 2 та 3 підгрупи. Значне зменшення інфільтрату в кінці курсу реабілітації спостерігалось у 6 (6,97%) дітей 1 підгрупи, у 3 (3,48%) дітей 2 підгрупи, у 2 (2,32%) дітей 3 підгрупи основної групи. Помірне зменшення інфільтрату спостерігалось у 2 (2,32%) дитини 1 підгрупи, у 2 (2,32%) дітей 2 підгрупи, у 1 (1,16%) дитини 3 підгрупи. Незначне зменшення інфільтрату відбулось у 1 (1,16%) дитини 1, 2 та 3 підгрупи. Позитивних змін не спостерігалось у 1 (1,16%) випадку в 1 підгрупі. Незначне зменшення гіпертонусу ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза було у 2 (2,32%) дітей 1 підгрупи, у 1 (1,16%) дитини 2 підгрупи, у 2

(2,32%) дітей 3 підгрупи. Помірне зменшення гіпертонусу спостерігалось в основній групі у 2 (2,32%) дітей 1 підгрупи, у 3 (3,48%) дитини 2 підгрупи, у 4 (4,65%) дитини 3 підгрупи та у 2 (2,32%) дитини 4 підгрупи. Значне зменшення явищ гіпертонусу ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза спостерігалось у 95,2% дітей, з них у 13 (15,11%) дітей 1 підгрупи основної групи, у 11 (54,5%) дітей 2 і 3 підгрупи основної групи, у 6 (6,97%) дітей 4 підгрупи. Нормалізацію тонуру ураженого м'яза встановлено у 39,5% дітей, з них у 5 (5,81%) дітей 1 підгрупи, у 5 (5,81%) дітей 2 підгрупи, у 4 (4,65%) дітей 3 підгрупи, у 3 (3,48%) дітей 4 підгрупи. Без покращення обговорюваний показник був відповідно у 1 (1,16%) дитини 1 і 2 підгрупи.

Гіпертонус трапецієподібного м'яза з боку ураження цілковито редукував у 37,1% дітей: у 4 (4,65%) дітей 1 підгрупи у 5 (5,81%) дітей 2 підгрупи, у 4 (4,65%) дітей 3 підгрупи та у 3 (3,48%) дітей 4 підгрупи. Значне зменшення тонуру цього м'яза спостерігалось у 72,0% дітей. Помірне зменшення тонуру відбулось у 18,5% дітей. Незначне зменшення тонуру спостерігалось у 1 (1,16%) дитини 1, 2, 3 підгрупи та 1 (1,16%) дитини 4 підгрупи. У 3 (3,48%) випадках в 1, 2, 3 підгрупі був наявний тонуру обговорюваного м'яза.

Разом з тим, усунути гіпотонус передньої черевної стінки було значно легше – у 1 (1,16%) дитини 2 підгрупи та 2 (2,32%) дітей 3 підгрупи та у 3 (3,48%) дітей 4 підгрупи. Гіпотонус був компенсований у 4 (4,65%) дітей. Значно зменшений гіпотонус був у 1 (1,16%) дитини з 2 підгрупи, 2 (9,09%) дітей 3 підгрупи і 2 (2,32%) дітей 4 підгрупи, у 1 (1,16%) дитини 4 підгрупи. Помірно зменшений гіпотонус залишився у 1 (1,16%) дитини 3 підгрупи та 1 (1,16%) дитини 4 підгрупи. Проте наявний гіпотонус залишився лише у 1 (1,16%) дитини 4 підгрупи.

Симптом опору вдалось усунути у 20 (23,25%) дітей. Його вдалось усунути у 3 (3,48%) дітей 1 підгрупи, 4 дітей (4,65%) 2 підгрупи 3 підгрупи і у 2 (2,32%) дітей 4 підгрупи. Значно зменшений він був у 1 (1,16%) дитини 1 підгрупи, 2 дітей (2,32%) 2 під-

групи, 4 дітей (4,65%) 3 підгрупи та у 2 дітей (2,32%) 4 підгрупи. Симптом опору помірно зменшився у 1 (1,16%) дитини 2 підгрупи.

Порівняння результатів кінцевого морфофункціонального обстеження показало, що в основній групі розташування голови наблизилось до середньої лінії в залежності від підгрупи у 40,8% – 49,5% дітей. Встановлено, що значне покращення положення голови (значне та помірне) спостерігалось у 22,65% – 40% дітей, помірне – у 18,14% – 27,2% дітей.

Тонус ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза у 39,5% дітей відсутній, у 95,4% значно зменшений, у 37,1% дітей помірно зменшений. Гіпертонус трапецієподібного м'яза з боку ураження відсутній у 37,2% дітей, значно зменшений у 72,1% дітей, помірно зменшений у 18,5% дітей наявний у 6,9% дітей. Гіпертонус трапецієподібного м'яза з протилежного щодо ураження боку відсутній у 13,9% дітей. Значно зменшений тонус м'язів у 16,2% дітей. Помірно зменшений у 6,97% дітей.

Порівняння результатів кінцевого морфофункціонального обстеження показало, що розташування голови наблизилось до середньої лінії в залежності від підгрупи у 40,8% – 74,45% дітей. Встановлено, що значне покращення положення голови (значне та помірне) спостерігалось у 22,6% – 40% дітей, помірне – у 18,14% – 27,2% дітей.

Тонус ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза у 19,75% дітей відсутній, у 47,7% значно зменшений, у 18,55% дітей помірно зменшений. Гіпертонус трапецієподібного м'яза з боку ураження був відсутній у 40,1% дітей, значно зменшений у 72,1% дітей, помірно зменшений у 18,7% дітей, незначно зменшений у 9,3% дітей, наявний у 6,9% дітей. Гіпертонус трапецієподібного м'яза з протилежного щодо ураження боку відсутній у 13,9% дітей. Значно зменшений тонус м'язів у 16,2% дітей. Помірно зменшений у 6,97% дітей.

Як показав аналіз амбулаторних карток, вроджена м'язова кривошия поєднувалась з супутніми захворюваннями. Залишкові явища гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС спостерігалось у 75 обстежуваних дітей (88,4%), з них симптом рухових розладів – у 7 дітей (8,1%), гіпертензійний синдром – у 3 дітей (3,48%), підвищення нервово-рефлекторної збудливості (тремор рук, підборіддя, зригання, поверхневий сон) – у 11 дітей (12,8%), пригнічення безумовних рефлексів – у 11 дітей (12,8%), гіпотонус – у 9 дітей (10,4%), гіпертонус – у 6 дітей (7,0%), у 28 (32,5%) дітей діагностовано затримку психо-

моторного розвитку. Рахіт у поєднанні з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС встановлено у 9 дітей (11,8%). Поєднання вродженої м'язової кривошиї з клишоногістю було у 5 дітей (5,8%), з вродженим вихом стегна – у 4 дітей (4,6%), з гіпотиреозом – у 1 дитини (1,16%). Встановлено поєднання вродженої м'язової кривошиї з двома-трьома супутніми захворюваннями, а саме – з двохсторонньою катарактою у сукупності з міхурно-мисковим рефлюксом (ММР) та синдромом Луї-Бара 1 дитина (1,16%).

Висновки. Сучасні підходи до діагностики захворювання дітей раннього віку мають базуватися на огляді та пальпації. Нами встановлено, що реабілітаційне обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю, в першу чергу, повинно складатись із соматоскопії в різних вихідних положеннях (залежно від вікового періоду), а також двохсторонньої пальпації грудинно-ключично-соскоподібних, трапецієподібних м'язів. Соматоскопічне дослідження у відповідності з авторським удосконаленим алгоритмом дозволяє отримати детальні відомості щодо наявних зовнішніх деформацій та змін м'язового тонусу і встановити, що у переважної більшості дітей були виявлені морфологічні та функціональні порушення.

При початковому визначенні морфофункціонального статусу виявлено, що в дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю спостерігаються значні асиметрії будови тіла, порушення тонусу м'язів, зменшення рухливості шийного відділу хребта, нахил голови в бік здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Найчастіше зустрічались зміни положення голови щодо середньої лінії тулуба, гіпертонус грудинно-ключично-соскоподібного м'яза на боці ураження, сплюснення щоки, деформації черепа, рідше – зміни хребта і таза.

Під впливом реабілітаційних засобів найбільшій корекції підлягали зміни положення голови щодо середньої лінії, сплюснення щоки, асиметрія тулуба, інфільтрат в ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі, гіпертонус ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, гіпотонус м'язів живота, симптом опору, найменше – асиметрія черепа, очних щілин, зміни хребта, проте покращувався у всіх випадках психічний стан дитини та координація рухів.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у пропагуванні та удосконаленні існуючих та авторських методів діагностики.

Література

1. Andrianov V.P. Organizatsiya ortopedicheskoy i travmatologicheskoy pomoshchi detyam / V.P. Andrianov, N.G. Veselov, I.I. Mirzoeva. – L.: Meditsina, 1988. – 240 s.
2. A. s. Algoritm stomatoskopichnogo obstezhennya ditey rann'ogo viku dlya viyavleniya vrodzhenoi m'yazovoi krivoshii" / S.A. Stupnits'ka, O.I. Ryabukha. – № 20907; opubl. 15.11. 2007, Byul. 13. 2007.
3. Beribek R. Dispansernoe obsledovanie apparata dvizheniya u detey / R. Beribek, A. Sinos. – M.: Meditsina, 1980. – 145 s.
4. Bondarenko N.S. Vrozhdenaya krivosheya / N.S. Bondarenko // Ortopediya, travmatologiya i protezirovaniye. – 1981. – № 10. – S. 65-72.
5. Volkov M.V. Ortopediya i travmatologiya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachey / M.V. Volkov, G.M. Ter-Egnazarov. – M.: Meditsina, 1983. – 465 s.
6. Ekspres-obstezhennya pri vrodzheniy m'yazoviy krivoshii u ditey rann'ogo viku / S.A. Stupnits'ka. – Moloda sportivna nauka Ukraїni: zb. nauk. pr. z galuzi fiz. kul'turi i sportu. – L., 2007. – Vip. 11, t. 2. – S. 118-120.

7. Zatsëpin S.T. Vrozhdenneya myshechnaya krivosheya / S.T. Zatsëpin. – M.: Medgiz, 1960. – 112 s.
8. Korzha A.A. Spravochnik po travmatologii i ortopedii / A.A. Korzha, E.P. Mezhenina. – K.: Zdorov'e, 1980. – 216 s.
9. Kornilov N.V. Ortopediya: kratkoe rukovodstvo dlya praktikuyushchikh vrachey / N.V. Kornilov, E.G. Gryaznukhin, V.I. Ostashko. – SPb.: Gippokrat, 2001. – 368 s.
10. Krasnov A.F. Detskaya ortopediya: ucheb. posobie / A.F. Krasnov, K.A. Ivanov. – Kuybyshev, 1983. – 135 s.
11. Krumin' K.A. Ambulatornoe lechenie detey s ortopedicheskimi zabolevaniyami / K.A. Krumin', T.Ya. Segmin, R.Ya. Usoskina. – L.: Meditsina, 1972. – 256 s.
12. Kudryakova N.P. Vrozhdenneya myshechnaya krivosheya i ee konservativnoe lechenie / N.P. Kudryakova, E.V. Simanovskaya // Ambulatornaya pomoshch' detyam s ortopedicheskimi zabolevaniyami: sb. nauch. rabot. – L.: Nauka, 1971. – S. 166.
13. Mirzoeva I.I. Ortopediya detey pervogo goda zhizni / I.I. Mirzoeva, M.P. Konyukhov. – L.: Meditsina, 1983. – 128 s.
14. Moiseenko R.O. Protokol diagnostiki ta likuvannya prirodzhenoi m'yazovoï krivoshiï : nakaz MOZ Ukraïni № 521 / R.O. Moiseenko // Novosti meditsiny i farmatsii. – 2006. – № 17. – S. 6-7.
15. Oleksa A.P. Ortopediya: pidruchnik / A.P. Oleksa. – T.: TDMU, 2006. – 528 s.
16. Protsaylo M.D. Urodzhena m'yazova krivoshiya. Caput obstipum congenitum musculare: uchbovyi posib. dlya likariv-interniv / M.D. Protsaylo, V.S. Revchuk. – T., 2005. – 50 s.
17. Sovremennyye metody issledovaniya v detskoï ortopedii i travmatologii: sb. nauch. tr. / pod red. V.L. Andrianova. – L., 1982. – 138 s.
18. Stupnits'ka S.A. Diagnostika ta obstezhennya ditey pershogo roku z vrozhdenoyu m'yazovoyu krivoshieyu / S.A. Stupnits'ka, O.I. Ryabukha // Materialy II Miedzynar. nayk.-pract. konf. – Przemysl; Praha, 2005. – S. 72-74.
19. Stupnits'ka S.A. Metodika obstezhennya ditey pershogo roku zhittya z vrozhdenoyu m'yazovoyu krivoshieyu / S.A. Stupnits'ka // Pershiy krok u nauku: Materiali Vseukrains'koi students'koi naukovo-praktichnoi konferentsii. – Lugans'k, 2006. – S. 136-140.
20. Stupnits'ka S.A. Osoblivosti zastosuvannya zasobiv fizichnoi reabilitatsii u ditey rann'ogo viku pri vrozhdenii m'yazoviy krivoshiï / S.A. Stupnits'ka, O.I. Ryabukha // Fizichne vikhovannya, sport i kul'tura zdorov'ya u suchasnomu suspil'stvi: zb. nauk. pr. Volin. nats. un-tu im. Lesi Ukrainki. – Luts'k, 2008. – T. 3. – S. 146-150.
21. Stupnits'ka S.A. Praktichniy dosvid zastosuvannya zasobiv fizichnoi reabilitatsii ta fizichnogo vikhovannya u sferi vidnovlennya i zberezhennya zdorov'ya ditey L'vivshchini v poza statsionarnikh umovakh / S.A. Stupnits'ka // Tezi dopovidey KhIV Mizhnarodnoi nauk.-prakt. konf. «Valeologiya: suchasniy stan, napryamki ta perspektivi rozvitku». – KhNU im. V.N. Karazina, 2016. – S. 226-230.
22. Stupnits'ka S.A. Rannya diagnostika ta reabilitatsiya vrozhenoï m'yazovoï krivoshiï u ditey pershogo roku zhittya / S.A. Stupnits'ka // Materiali VIII vidkritoi naukovo-metodichnoi konferentsii studentiv fakul'tetu SM ta FR. – K., 2005. – S. 328-335.
23. Stupnits'ka S.A. Reabilitatsiynе obstezhennya ta kompleksne zastosuvannya zasobiv fizichnoi reabilitatsii ditey z patologieiу oporno-rukhoivoi sistemi Psihologo-pedagogichni osnovi humanizatsii navchal'no-vikhovnogo protsesu v shkoli ta VNZ: zbirnik naukovikh prats' / S.A. Stupnits'ka. – Rivne: RVTs MEGU im. akad. S. Dem'yanchuka. – 2017. – № 1 (17). – S. 209-218.
24. Stupnits'ka S.A. Somatoskopiya yak metod obstezhennya ta kontrolyu za efekтивnistyu FR u ditey pershogo roku zhittya / S.A. Stupnits'ka // Materiali VIII vidkritoi naukovo-metodichnoi konferentsii studentiv fakul'tetu SM ta FR. – K., 2006. – S. 328-335.
25. Stupnits'ka S.A. Fizichna reabilitatsiya ditey pershogo roku zhittya z vrozhdenoyu m'yazovoyu krivoshieyu: navch.-metod. posib. / S.A. Stupnits'ka, O.I. Ryabukha. – L.: LDUFK, 2011. – 122 s.
26. 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.

УДК 615.825:616.743"465.01"-053.2

СОМАТОСКОПІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ЯК ОБОВ'ЯЗКОВА СКЛАДОВА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Ступницька С. А., Рябуха О. І.

Резюме. Стаття присвячена удосконаленню авторського алгоритму соматоскопічного обстеження дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошиєю при різних положеннях тіла, залежно від вікової групи (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 місяців), психомоторного розвитку, рефлексів за рахунок врахування супутніх захворювань та патологій опорно-рухового апарату.

Ключові слова: фізична реабілітація, вроджена м'язова кривошия, алгоритм соматоскопічного обстеження.

УДК 615.825:616.743"465.01"-053.2

СОМАТОСКОПИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ступницька С. А., Рябуха О. І.

Резюме. Статья посвящена усовершенствованию авторского алгоритма соматоскопического обследования детей раннего возраста с врожденной мышечной кривошеей при различных положениях тела, в зависимости от возрастной группы (0-3, 3-6, 6-9, 9-12 месяцев), психомоторного развития, рефлексов за счет учета сопутствующих заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: физическая реабилитация, врожденная мышечная кривошея, алгоритм соматоскопического обследования.

UDC 615.825:616.743"465.01"-053.2

SOMATOSCOPIC EXAMINATION AS A COMPULSORY COMPOSITION OF REHABILITATIVE CHECKING OF CHILDREN WITH PATOLOGY OF OPEN-MOVABLE APPARATUS

Stupnytska S. A., Ryabukha O. I.

Abstract. Any deviations from the norms arising in young age will later cause various health disorders. Torticollis is a wide-spread poly-etiological orthopedic pathology which may be diagnosed either after the birth of a child or may be developed later; it may be either a single independent disorder or a symptom of other conditions. Congenital muscular torticollis is a constant wrong head positioning when head is tilted to one side and face being tilted to another side. Major symptoms of congenital muscular torticollis of infants are as follows: 1) titling head in one direction (with simultaneous lifting of the shoulder of the same side); 2) tightened sternocleidomastoid muscle (SCM); 3) deeper and asymmetric skin lines on the opposite side of the neck; 4) asymmetry of the face, skull, ear, face muscles atrophy and skull vault asymmetry. Forced head positioning is caused by pathological changes in neck muscles, particularly in SCM muscle and sometimes in other muscles, e.g. trapezius muscle. As for its location, torticollis may appear only on one side, either left or right one, or on both sides of the neck. Pathological process affects the whole body. Not treated/undertreated/not effectively treated torticollis may affect morphological and functional condition of the locomotorium, slow down the development of reflexes and movement skills and cause delays in psychological and physical development. Pathological processes also affect bones, joints, nerves and the whole skeletal and nerve system. The condition may result in "face scoliosis", deformation of all skull's and lower jaw's bones, change of acoustic meatus, restriction of the field of view, high intracranial pressure, cerebral circulation disorder, posture problems, vertebra retardation, scoliosis and growth disorders.

Available literature lacks unified recommendations on the diagnostic measures of infants as well as systematized somatoscopy data in accordance with different age groups (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 months) and peculiarities of psychological and motor development and reflexes of certain age period.

Next, specialists examined the body, determined angular peculiarities of cervical spine movements, checked if the movements were symmetrical and determined functional restrictions. The following methods were used: somatoscopy (original author's algorithm of somatoscopy), two-sided palpation of SCM muscles.

Results of the study: elaborated mechanism of somatoscopic examination of infants with congenital muscular torticollis helped to determine part of the body which needs rehabilitational measures and evaluate the effectiveness of rehabilitational methods used. Elaborated examination card of infants with congenital muscular torticollis made it possible to obtain objective results of examination depending on certain age groups (0-3, 3-6, 6-9, 9-12 months).

During primary morphofunctional status determination, it was found out that children with congenital muscular torticollis also had substantial asymmetries of body parts, muscular tonus disorders, worsening of cervical spine movability, bowing head in the direction of healthy SCM muscle. Besides affected function of SCM muscle which is connected with anatomic or functional disorder causing limited unbending, side bending, cervical spine rotation, turning head to the affected side when lifting and holding head in horizontal position, turning it and maintaining balance.

Keywords: physical rehabilitation, congenital muscular torticollis, somatocopic examination algorithm.

Рецензент – проф. Манько А. К.

Стаття надійшла 19.08.2017 року