

УДК 615.825:616.743"465.01"-053.2

Ступницька С. А., к.фіз.вих. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янука, м. Рівне)

## РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КОМПЛЕКСНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ

*Анотація.* В статті досліджено існуючі методики реабілітаційного обстеження і фізичної реабілітації дітей з патологією опорно-рухової системи. Визначено причини, які спричиняють ортопедичну патологію у дітей раннього віку. Запропоновано удосконалені авторські методики реабілітаційного обстеження та комплексної програми фізичної реабілітації дітей раннього віку з кривошиєю.

**Ключові слова:** фізична реабілітація, вроджена м'язова кривошия, алгоритм, програма, масаж, лікувальна гімнастика

*Аннотация.* В статье исследованы существующие методики реабилитационного обследования и физической реабилитации детей с патологией опорно-двигательной системы. Определены причины, которые вызывают ортопедическую патологию у детей раннего возраста. Предложены усовершенствованные авторские методики реабилитационного обследования и комплексной программы физической реабилитации детей раннего возраста с кривошеей.

**Ключевые слова:** физическая реабилитация, врожденная мышечная кривошея, алгоритм, программа, массаж, лечебная гимнастика

*Annotation.* The methods of after-care examinations and physical rehabilitation children with musculoskeletal disorders are investigated. The factors which disease orthopedic pathology of children of early age is defined. The enhanced authors methodologies of after-care examinations and complex program of physical rehabilitation children of early age with wryneck are represented.

**Keywords:** physical rehabilitation, [congenital torticollis](#), algorithm, program, massage, curative gymnastics.

Реабілітація дітей з ортопедичною патологією, особливо раннього віку, є актуальним медико-соціальним завданням суспільства, оскільки збільшення кількості хворих дітей, становить потенційну загрозу їх інвалідизації.

При вродженій м'язовій кривошії в патологічний процес втягується весь організм, що призводить до послідовного розвитку низки морфологічних порушень, наслідком яких можуть бути зниження основних показників якості життя дітей [1; 2; 3; 4]. Незважаючи на це, у доступній літературі не знайдено жодних рекомендацій щодо використання

уніфікованого пакету реабілітаційних обстежень у дітей першого року життя, не систематизовано дані щодо соматоскопії, відсутні рекомендації щодо її проведення в різних положеннях залежно від вікової групи (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 місяців) з врахуванням психомоторного розвитку. Відсутні відомості про особливості визначення рухливості шийного відділу хребта та методичні вказівки щодо визначення такого важливого при кривошії діагностичного критерію, як кут нахилу голови дитини [5; 6; 7], що спонукає до необхідності вдосконалення реабілітаційного обстеження. Загальноживаними методами діагностики вродженої м'язової кривошії є візуальне визначення розташування голови щодо середньої лінії, сонографічне, рентгенологічне дослідження, визначення кута нахилу голови за допомогою кутоміру. Проте зазначені методи не дають можливості у повному обсязі виконати вимоги «Протоколу діагностики та лікування природженої м'язової кривошії» та не забезпечують визначення функціонального стану грудинно-ключично-соскоподібних м'язів.

Займаючись проблемою фізичної реабілітації дітей раннього віку тривалий час, ми встановили відсутність сучасних науково-обґрунтованих програм фізичної реабілітації дітей першого року життя, які б враховували супутню патологію та супутні діагнози, ступені кривошії [5; 7; 8].

**Будь-які відхилення** від норми, що виникають у дитячому віці, згодом призводять до різноманітних порушень здоров'я [9]. Однак, особливості організму дітей першого року життя дозволяють усунути більшість патологічних станів та запобігти незворотнім наслідкам [10; 11].

Вроджена м'язова кривошия – поширена поліетіологічна патологія опорно-рухового апарату, на яку страждає від 12,5 до 31 % дітей. У патологічний процес «втягується» весь організм: порушується діяльність багатьох фізіологічних систем організму хворої дитини, її фізичний і психоемоційний розвиток [3; 12; 13; 14; 15]. Вона посідає третє місце серед вродженої ортопедичної патології [3; 14; 16; 17].

**Метою нашої статті** є дослідження існуючих методик реабілітаційного обстеження та програм фізичної реабілітації дітей з кривошиєю.

**Завдання дослідження:** охарактеризувати існуючі методики діагностики та реабілітаційного обстеження дітей з кривошиєю, узагальнити та систематизувати відомості щодо засобів її подолання; удосконалити авторські методики реабілітаційного обстеження дітей з ортопедичною патологією (кривошиєю) та комплексної програми фізичної реабілітації дітей раннього віку з кривошиєю.

**Дослідження проводилося** на базі поліклінічного та реабілітаційного відділень Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова. Реабілітаційне обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю розпочиналося з ознайомлення з медичною документацією (амбулаторною карткою) з метою з'ясування особливостей перебігу основного захворювання (вродженої м'язової кривошії) та встановлення наявності супутньої патології обстежуваних дітей, що дало можливість детально

з'ясувати стан здоров'я дитини (наявні відхилення, патологічні зміни тощо), передбачало огляд особливостей тілобудови, двосторонню пальпацію грудинно-ключично-соскоподібних м'язів, визначення амплітуди рухів у шийному відділі хребта, симетричності рухів, встановлення функціональних обмежень. Використовувалися такі методи як соматоскопія, спостереження, вимірювання гоніометром та сантиметровою стрічкою, пальпація.

Соматоскопія (зовнішній огляд) використовувалася для визначення пропорцій тіла та морфофункціонального стану опорно-рухового апарату. Спираючись на дані літературних джерел та враховуючи власний практичний досвід нами було розроблено алгоритм соматоскопічного обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю. Його застосування передбачає послідовний цілеспрямований огляд усіх ділянок тіла дитини, який у відповідності до вікового періоду здійснювався у різних положеннях дитини – лежачи на животі, на спині, сидячи, стоячи. Огляд починався із встановлення наявності чи відсутності деформації черепа (плагіоцефалії) та асиметрії обличчя. Виявлялися відставання у розвитку (гемігіпоплазії) однієї половини обличчя, зокрема нижньої щелепи, зменшення вушної раковини з боку кривоший, клаповухості. Після цього послідовно оглядалися шия, зокрема стан шийних складок, їх симетричність, плечовий пояс, хребет, спина, грудна клітка, живіт. Визначалися форма голови та її розташування щодо тулуба, можливість дитини самостійно утримувати голову, змінювати положення. Після цього визначалася симетричність плечового поясу, хребта, спини, грудної клітки, живота. Зверталася увага на симетричність грудинно-ключично-соскоподібних м'язів та їх конфігурацію при повороті голови дитини в здоровий та уражений бік. Отримані дані заносилися до розробленої нами картки обстеження дитини, відповідної вікової категорії першого року життя (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 місяців).

Порівняльна симетрична пальпація грудинно-ключично-соскоподібних м'язів та трапецієподібних м'язів при різних положеннях голови і шиї дитини проводилася з метою з'ясування стану ураженого і здорового м'язів, намагаючись виявити в ураженому м'язі наявність ділянок ущільнень і потовщень (гематоми), зміну тонуусу одного з м'язів. Під час обстеження спостерігалися обмеження повороту голови та нахилу, нахилалася голова дитини у бік, протилежний кривоший, одночасно поверталася обличчя у бік кривоший.

У доступній літературі, присвяченій питанням діагностики, лікування та фізичній реабілітації дітей з вродженою м'язовою кривошиєю, ми не знайшли детальних вказівок щодо проведення обстеження з визначенням рухливості шийного відділу хребта. Зокрема, у «Протоколі діагностики та лікування вродженої м'язової кривоший» (наказ МОЗ України № 521 від 26.07.2006) як критерій встановлення ступеня кривоший подані виключно цифрові параметри вкорочення ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (в сантиметрах) та кута нахилу голови (у градусах), без посилань на методики, якими повинно здійснюватись їх визначення. Величина кута

нахилу голови є підставою для встановлення ступеня кривошийї, зокрема, при 1 ступені вродженої м'язової кривошийї кут нахилу голови у фронтальній площині не перевищує 5–8°, при 2 ступені – 12°, при 3 ступені кут нахилу голови становить більше, ніж 12°. Водночас в ньому не зазначається ні пристрій, за допомогою якого рекомендовано проводити обстеження, ні методичні особливості самого обстеження у дітей раннього віку. Це спонукало нас розробити власну методику визначення рухливості шийного відділу хребта у дітей раннього віку з вродженою м'язовою кривошийєю. При визначенні кута нахилу голови (відхилення положення голови від середньої (осьової) лінії тулуба) використовувався підхід, запропонований С. Т. Зацепіним. Модифікація полягала у застосуванні гоніометра для обстеження дітей з вродженою м'язовою кривошийєю першого року життя з у вихідному положенні лежачи. Кут нахилу голови визначався в градусах. У дітей до 6-и місячного віку обстеження проводилося лежачи, після 6-и місяців – у положенні сидячи.

Визначення ротації шийного відділу хребта здійснювалося за допомогою гоніометру. Методика була адаптована нами до особливостей дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошийєю та детально представлена у авторській прикладній методиці вимірювання ротаційних можливостей шийного відділу хребта гоніометром. Показники ротації вимірювалися у градусах, повертаючи голову дитини в бік ураженого і здорового грудинно-ключично-соскоподібних м'язів.

Визначення параметрів розгинання та відстані між соскоподібним і акроміальним відростками при бокових нахилах в уражений та здоровий бік в шийному відділі хребта за допомогою сантиметрової стрічки проводилося за авторською методикою. Для цього відстань між соскоподібним і акроміальним відростками при боковому нахилі шиї вимірювалася сантиметровою стрічкою в положенні дитини лежачи на спині під час пасивного бокового нахилу голови в бік протилежний щодо обстеження [5; 6; 7].

Хоча наявність супутніх захворювань і не впливає на результат реабілітаційного втручання, проте це вимагає додаткових зусиль зі сторони реабілітолога, зокрема використання додаткових прийомів масажу, розширення комплексу вправ тощо.

Під час розробки реабілітаційної програми для дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошийєю ми враховували таке: умови, в яких будуть здійснюватись реабілітаційні заходи (амбулаторні чи домашні), матеріально-технічну базу (можливість проведення гідротерапії, електропроцедур тощо), вік дітей (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 місяців), наявність/ відсутність супутніх патологічних змін чи захворювань, попереднє лікування (засоби, тривалість, ефективність, реакція дитини).

Важливою особливістю програми є застосування широкого комплексу реабілітаційних засобів. Завдання включали усунення реабілітаційних проблем – зменшення кута нахилу голови, покращення рухливості у шийному відділі хребта, усунення сплюснення щоки, що залежало від низки чинників,

основними з яких є ступінь кривошії, наявність, виразність та локалізація асиметричних змін, стан ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза та анатомічно і функціонально пов'язаних з ним м'язів.

Розроблена нами програма є раціональною комбінацією апробованих засобів, які використовувалися різними спеціалістами. При створенні програми вони були удосконалені, їх перелік розширено і доповнено авторськими масажними прийомами та методиками обстеження. Фізична реабілітація проводилася комплексно з обов'язковим залученням батьків до процесу фізичної реабілітації (у позастаціонарних умовах).

Особливості розробленої програми фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю: 1) впорядкування й систематизація широкого спектра відомих засобів фізичної реабілітації; 2) здійснення фізичної реабілітації згідно з амбулаторною й домашньою програмою відповідно до розроблених організаційних та методичних вказівок; 3) застосування реабілітаційних засобів відповідно до розроблених алгоритмів, які передбачають виявлення морфологічних, функціональних та психоемоційних відхилень; 4) наявність авторських підходів до масажу обличчя та напружених м'язів шиї; 5) проведення масажу в поєднанні з лікувальною гімнастикою у визначеній послідовності під час одного реабілітаційного сеансу однією особою (реабілітологом); 6) поєднання загального масажу з масажем обличчя з внутрішнього й зовнішнього боку щок під час одного заняття, масажем шиї з двох боків, точковим масажем шиї з боку ураження; 7) застосування фізіотерапевтичних засобів з врахуванням загального стану, особливостей дитячого організму, наявності або відсутності інфільтрату (гематоми), важкості перебігу захворювання та його терміну; 8) контроль за результатами фізичної реабілітації згідно з розробленими критеріями; 9) проведення фізичної реабілітації невеликими реабілітаційними курсами з перервою посередині курсу на 1–2 дні для активізації власних сил організму дитини, оскільки адаптаційні механізми в дитини першого року життя ще розвиваються, а засоби фізичної реабілітації, які були використані, мають значну стимулювальну дію, для оптимізації нервової діяльності, зокрема, нервово-м'язового апарату та психоемоційного стану; 10) доцільна тривалість одного реабілітаційного курсу програми 10–12 процедур, на відміну від загальноприйнятих методик, які передбачають проведення на один курс від 15 до 25 процедур; 11) тривалість проведення сеансу фізичної реабілітації у вигляді лікувальної гімнастики та масажу в середньому становить 35–40 хвилин; 12) перерва між двома послідовними реабілітаційними курсами становить 3–5 тижнів, що дозволяє реалізувати ефект післядії масажу та фізіотерапії, який становить 3–4 тижні; 13) залучення до співпраці батьків хворих дітей.

Завдання фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії: нормалізація положення голови щодо осьової лінії, оптимізація стану ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, збільшення обсягу рухів у шийному відділі хребта. Для цього у програмі передбачено проведення

класичного масажу в певній послідовності в положенні дитини лежачи на спині, животі. Масажні прийоми застосовувалися відповідно до вікових періодів дитини). Оскільки нахил шиї при вродженій м'язовій кривошії супроводжується генералізованим напруженням м'язів шиї, надпліччя і тулуба з боку ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, застосовувалися масажні прийоми, спрямовані на їх розслаблення. Водночас з боку розтягнутого однойменного м'яза застосовувалися тонізуючі масажні прийоми. Усунення такого косметичного дефекту як сплюснення щоки досягалося загальноновизнаними прийомами масажу обличчя дитини й адаптованими авторськими модифікованими прийомами, які вперше застосовані при вродженій м'язовій кривошії. Точковий масаж на уражений грудинно-ключично-соскоподібний м'яз здійснювався по передньо-боковій, передній та задній поверхнях шиї в напрямку від вухної раковини вниз. Лікувальна гімнастика проводилася із застосуванням гімнастичних вправ на основі безумовних рефлексів (повзання, розгинання хребта тощо) та позоно-тонічних рефлексів; активних вправ (які, базувалися на безумовних рефлексах положення); пасивних і активних вправ та вправ для загального розвитку; редресувальної гімнастики та дихальних вправ. Для пасивної корекції положення голови дитини застосовувалися коригувальні положення та укладання, при яких голову дитини обертали в бік, протилежний локалізації ураження й надавалося правильне положення не тільки голові дитини, але і її тулубу. Для утримання досягнутої корекції положення голови застосовувалися спеціальні фіксувальні (м'які та тверді) комірці Шанця. Щоб зменшити інфільтрат в ураженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі, застосовувався електрофорез. Для поліпшення стану здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза проводилася його електростимуляція, а при гіпертонусі трапецієподібного м'яза з боку ураження або з протилежного – індуктотермія або теплолікування. Усі фізіотерапевтичні засоби застосовувалися індивідуально відповідно до вікових періодів дитини [4; 8].

*Результати дослідження покладені в основу створення у 2008 році першого в Україні центру реабілітації дітей з вродженими і набутими формами кривошії. Центр був створений з метою: ранньої діагностики ортопедичної патології та різних форм кривошії; проведення диференційної діагностики різних форм кривошії; своєчасної комплексної реабілітації; профілактики ускладнень; стимуляції поетапного психомоторного розвитку; відновлення порушених функцій організму і попередження негативних віддалених наслідків; відновлення загального стану та покращення функціональних можливостей дітей.*

Завдання фізичної реабілітації: нормалізація об'єму рухів у шийному відділі хребта; покращення трофіки пошкоджених м'язів; усунення залишків гематоми (при наявності) в ушкодженому грудинно-ключично-соскоподібному м'язі; відновлення форми і функції ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза; зменшення та повна ліквідація контрактури ушкодженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза та зміцнення

однойменного м'яза на протилежному (здоровому) боці; відновлення загального стану дитини та покращення функціональних можливостей дитини з кривошиєю; профілактика ускладнень кривоший; стимуляція поетапного вікового психомоторного розвитку дитини, його вікових реакцій; профілактика ускладнень кривоший; полегшення морального і фізичного страждання дитини з кривошиєю у разі її пізнього виявлення; зменшення основних компонентів деформації (при їх наявності); відновлення порушених функцій організму і попередження негативних віддалених наслідків кривоший (асиметрії обличчя, деформації голови, грудної клітки, викривлень хребта тощо).

Удосконалення авторської методики полягало у врахуванні супутніх патологій та діагнозів при обстеженні та проведенні реабілітації. Удосконалена програма фізичної реабілітації передбачала використання різних видів масажу: класичного (з акцентом на супутні проблеми, а також грудинно-ключично-соскоподібні та трапецієподібні м'язи); м'язів обличчя з боку ураження (зовнішнього та внутрішнього боків, авторський прийом); точкового масажу шиї зі здорового та ураженого боків (за Бортфельдом); редресувальної гімнастики; лікувальної гімнастики (рефлекторних, пасивних, пасивно-активних, активних, дихальних вправ); лікувальних положень; застосування валиків, бинтувань, укладань, комірців; засобів фізіотерапії (електрофорезу 2 % розчину калію йодиду на ділянку гематоми; індуктотермії трапецієподібного м'яза; електростимуляції гіпотонічних м'язів обличчя; гідротерапії; теплотування).

В міський центр реабілітації дітей з вродженими та набутими формами кривоший м. Львова у період з кінця 2008 по березень 2017 рік звернулися батьки 898 дітей з підозрою на кривошию чи встановленим діагнозом «кривошия»: 142 дитини з діагнозом кривошия з ураженням додаткового нерва, 134 дитини – з викривленням хребта та порушенням постави, 257 дітей з нейрогенною кривошиєю, 3 дітей з міозитом, 3 дітей з Кліппеля-Фейля, 17 дітей з пологовою травмою. Були скеровані на госпіталізацію та стаціонарно отримали реабілітацію 123 дітей, амбулаторно – 775 дітей. Впродовж цього періоду було проведено 17960 процедур: 8980 процедур ЛФК та 8980 процедур масажу.

Серед загальної кількості звернених було 342 дитини з діагнозом вроджена м'язова кривошия. Як засвідчив аналіз амбулаторних карток, вроджена м'язова кривошия поєднувалась з супутніми захворюваннями. Залишкові явища гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС спостерігалось у 88,4 %, з них симптом рухових розладів – у 8,1 %, гіпертензійний синдром – у 3,48 %, підвищення нервово-рефлекторної збудливості (тремор рук, підборіддя, зригування, поверхневий сон) – у 12,8 %, пригнічення безумовних рефлексів – у 12,8 %, гіпотонус – у 10,4 %, гіпертонус – у 7,0 % пацієнтів, у 32,5 % дітей було діагностовано затримку психомоторного розвитку. Рахіт у поєднанні з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС було встановлено у 11,8 % дітей). Поєднання вродженої м'язової кривоший з

клишоногістю було у 5,8 %, з вродженим вивихом стегна – у 4,6 %, з гіпотиреозом – у 1,2 % пацієнтів. Поєднання вродженої м'язової кривошії з двома-трьома супутніми захворюваннями було виявлено у 1,2 % хворих.

З аналізу амбулаторних карток, анкетного опитування батьків, а також при реабілітаційному обстеженні було встановлено, що 45,3 % дітей мають затримку фізичного розвитку: пізні підняття голівки – 15,1 %, перевертання – 14,0 %, затримку сидіння – 9, %, вставання на ніжки – 7,0 %.

При цьому вроджена м'язова кривошія майже завжди поєднувалася з різноманітною патологією ЦНС – 88,4 % випадків, тоді як поєднання з ортопедичними захворюваннями встановлено у 10,46 % пацієнтів.

При визначенні морфофункціонального статусу було виявлено, що в дітей з вродженою м'язовою кривошією спостерігалися значні асиметрії будови тіла, порушення тону м'язів, зменшення рухливості шийного відділу хребта, нахил голови в бік здорового грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, різниця показників біоелектричних потенціалів здорових та уражених грудинно-ключично-соскоподібних м'язів. Окрім порушення функції ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, спостерігалися порушення функції тих м'язів, які пов'язані з ураженим анатомічно або функціонально, що проявлялось обмеженням розгинання, бокового нахилу, ротації в шийному відділі хребта, поворотів голови в бік ураження.

Проведена фізична реабілітація сприяла корекції виявлених порушень у пацієнтів. Положення голови щодо середньої лінії нормалізувалося, гіпертонус ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза редукував, сплюснення щокі вдалось усунути, а симптом опору зменшився у значної кількості дітей. При порівнянні показників розгинання в шийному відділі було виявлено, що вони були значно більшими. Показники відстані між акроміальним та соскоподібним відростками при бокових нахилах шийного відділу хребта в бік ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза в дітей стали значно більшими. Показники ротації в бік ураженого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза та однойменного здорового м'яза зросли. Кут нахилу голови – суттєво зменшився.

**Проведені дослідження** дозволили визначити основні методи та засоби, які прийнято застосовувати в дітей при вродженій м'язовій кривошії. Установлено, що в науково-методичній літературі не висвітлено особливості застосування засобів фізичної реабілітації при цьому захворюванні в дітей першого року життя, їх реабілітаційного обстеження, цілеспрямованого підбору реабілітаційних засобів для ліквідації асиметрії різних ділянок тіла, що дозволило б індивідуалізувати реабілітаційний процес.

З'ясовано, що загальноприйнятими методами діагностики вродженої м'язової кривошії є візуальне визначення положення голови щодо середньої лінії, сонографія, визначення кута нахилу голови за допомогою кутоміра, проте зазначені методи не забезпечують визначення функціонального стану грудинно-ключично-соскоподібних м'язів пацієнтів.



В процесі проведення дослідження нами удосконалені методологія реабілітаційного обстеження дітей з ортопедичною патологією (кривошиєю) та програма фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю; обґрунтовано послідовність проведення реабілітаційного обстеження пацієнтів шляхом застосування алгоритму соматоскопічного обстеження при різних положеннях тіла, визначено показники розгинання в шийному відділі хребта, відстані між акроміальним та соскоподібним відростками при бокових нахилах шийному відділі хребта, ротації голови, кута нахилу голови.

Розроблений алгоритм соматоскопічного обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю допомагає установити ділянку тіла, яка потребує реабілітаційного втручання, визначити ефективність застосованих засобів фізичної реабілітації. Авторська методика визначення показників розгинання, ротації, кута нахилу голови, відстані між акроміальним та соскоподібним відростками при бокових нахилах шиї дозволяє встановити рухливість шийного відділу хребта, величину кута нахилу голови та контролювати їхні зміни під впливом фізичної реабілітації. Запропонована картка обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю сприяє об'єктивізації результатів дослідження дитини в певні вікові періоди (0–3, 3–6, 6–9, 9–12 місяців).

Підтверджено позитивний вплив індивідуалізації фізичної реабілітації на функціональний стан як уражених, так і здорових грудинно-ключично-соскоподібних м'язів, на нормалізацію м'язового тону й будови тіла, зменшення кута нахилу голови, поліпшення рухливості шийного відділу хребта та зменшення вторинних деформацій будови тіла. Удосконалена програма фізичної реабілітації сприяє корекції виявлених порушень: нормалізації м'язового тону й будови тіла, зменшенню кута нахилу голови, поліпшенню рухливості шийного відділу хребта та зменшенню вторинних деформацій будови тіла.

Обґрунтовано, що реабілітаційне обстеження дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю повинно складатись із соматоскопії в різних вихідних положеннях відповідно до розробленого алгоритму соматоскопічного обстеження і залежно від вікового періоду, двосторонньої пальпації грудинно-ключично-соскоподібних та трапецієподібних м'язів, визначення кута нахилу голови, вимірювання сантиметровою стрічкою параметрів розгинання шиї, відстані між акроміальним та соскоподібним відростками при бокових нахилах у шийному відділі хребта, вимірювання гоніометром параметрів ротації шийного відділу хребта та кута голови. Розроблена програма фізичної реабілітації дітей першого року життя з вродженою м'язовою кривошиєю базується на даних, отриманих під час реабілітаційного обстеження конкретної дитини, і здійснюється відповідно до розроблених алгоритмів, які передбачають проведення відповідного виду масажу, лікувальної, редресувальної гімнастики, фізіотерапії

лікування положенням, укладань, застосування допоміжних засобів у вигляді з'ємних комірців, бинтувань тощо.

Перспективи подальшого дослідження вбачаємо у дослідженні методик реабілітаційного обстеження та фізичної реабілітації дітей раннього віку з проблемами опорно-рухової сфери (кривошиєю) у зарубіжних країнах.

**1.** Коржа А. А. Справочник по травматологии и ортопедии / А. А. Коржа, Е. П. Меженина. – К. : Здоровье, 1980. – 216 с. **2.** Мирзоева И. И. Ортопедия детей первого года жизни / И. И. Мирзоева, М. П. Конюхов. – Л. : Медицина, 1983. – 128 с. **3.** Процайло М. Д. Уроджена м'язова кривошия. Caput obstipum congenitum musculare : учбовий посіб. для лікарів-інтернів / М. Д. Процайло, В. С. Ревчук. – Т., 2005. – 50 с. **4.** 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. **5.** 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. **6.** Ступницька С. А. Діагностика та обстеження дітей першого року з вродженою м'язовою кривошиєю / С. А. Ступницька, О. І. Рябуха // Materiały II Międzynar. nauk.-pract. conf. – Przemysl; Praha, 2005. – S. 72–74. **7.** Ступницька С. А. Експрес-обстеження при вродженій м'язовій кривошії 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. **8.** 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 ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2008. – Т. 3. – С. 146–150. **9.** Коржинський Ю. С. Досвід ранньої фізичної реабілітації новонароджених дітей з перинатальним ураженням нервової системи / Ю. Коржинський, М. Сварник, О. Омеляненко, Р. Голик // Матеріали другої Всеукр. конф. аспірантів «Молода наука України» / – Л., 1998, С. 235–237. **10.** Климовецкий В. Г. Концепции развития врожденных пороков костно-мышечной системы у детей / В. Г. Климовецкий // Ортопедия, травматология. – 1997. – № 2. – С. 43–46. **11.** Страковская В. Л. Лечебная физкультура в реабилитации больных и детей группы риска первого года жизни / В. Л. Страковская. – Л. : Медицина, 1981. – 160 с. **12.** Виленский В. Л. Врожденная мышечная кривошея / В. Л. Виленский, Л. К. Михайлова // Фельдшер и акушерка. – 1990. – № 4. – С. 36–41. **13.** Корж М. О. Помилки та ускладнення при лікуванні дітей з ортопедо-травматологічною патологією / М. О. Корж, А. Ф. Левицький, О. І. Корольков // Матеріали наук.-практ. конф., присвяч. 75-річчю з дня народження, 50-річчю науково-практичної діяльності проф. М. І. Хвисяюка. – Х., 2009. – С. 17–21. **14.** Олекса А. П. Ортопедія : підручник / А. П. Олекса. – Т. : ТДМУ, 2006. – 528 с. **15.** Hollier L. Congenital muscular torticollis and the associated craniofacial changes. / J. Kim, В. Н. Grayson, J. G. McCarthy // Plast Reconstr Surg. – 2000. – P. 105. **16.** Волков М. В. Ортопедия и травматология детского возраста : руководство для врачей / М. В. Волков, Г. М. Тер-Егназаров. – М. : Медицина, 1983. – 465 с. **17.** Корнилов Н. В. Ортопедия : краткое руководство для практикующих врачей / Н. В. Корнилов, С. Г. Грязнухин, В. И. Осташко. – СПб. : Гиппократ, 2001. – 368 с.

Рецензент: д.мед.н., професор Мухін В. М.