

УДК 616-006.31:616-053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/41/14>

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РИСК ФОРМИРОВАНИЯ КРИВОШЕИ У ДЕТЕЙ КЫРГЫЗСТАНА

©Эмилбеков М. Э., Национальный центр охраны материнства и детства при
Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики,
г. Бишкек, Кыргызстан, sh.gulzat@yandex.com

RISK FACTORS AFFECTING THE FORMATION TORTICOLLIS IN CHILDREN OF KYRGYZSTAN

©Emilbekov M., Maternity and child welfare service national center under the Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan, sh.gulzat@yandex.com

Аннотация. В статье представлены факторы, влияющие на риск формирования кривошеи у детей различного возраста. Вследствие влияния патогенных факторов на плод, возникают нарушения костно–мышечного аппарата в послеродовом периоде, что приводит к возникновению кривошеи у ребенка.

Abstract. The article presents risk factors affecting the risk of formation of torticollis in children of different ages. As a result of the influence of pathogenic factors on the fetus, there is a violation of the musculoskeletal system in the afterbirth period, which as a result causes torticollis in the child.

Ключевые слова: дети, кривошея, факторы риска.

Keywords: children, torticollis, risk factors.

Актуальными проблемами врожденной патологии у детей раннего возраста являются вопросы диагностики и лечения врожденной мышечной кривошеи. Среди врожденной патологии опорно–двигательного аппарата мышечная кривошея составляет 12,4%, занимая по частоте третье место после косолапости и врожденного вывиха бедра [1]. Врожденная мышечная кривошея — это стойкое укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы, обусловленное ее недоразвитием, наклоном головы, ограничением подвижности в позвоночнике [1–3].

Своевременная диагностика и лечение врожденной кривошеи у детей является основным мероприятием профилактики сложных клинических проявлений скелета у детей и взрослых и исключает в последующем инвалидизацию. Пороки шейного отдела позвоночника в 90% случаях были выявлены случайно или вообще не поддаются диагностике [4]. Чтобы выявить эти пороки обращают внимание на основные симптомы: деформация и ограничение подвижности шеи, неврологические расстройства и сочетанные пороки, стигмы дизэмбриогенеза [5].

В зарубежной литературе рассматривают причины нарушений развития мышечной и нервной систем ребенка и у ряда авторов отражены взгляды на эту проблему, сходные с нашими работами [6–8]. Классификация тяжести врожденной мышечной кривошеи представлена в работе Oledzka et al. [7, p. 176]. Течение заболевания рассматривается в работе Frizzell et al., приведены данные для различного возраста детей [8, p. 186].

Результаты и обсуждение

Как видно из Рисунка 1, у 40,0% матерей были токсикозы во втором триместре беременности в виде умеренной тошноты и рвоты в течение всего дня. У 31,0% матерей беспокоили токсикозы в первой половине беременности также в виде тошноты в утреннее время суток, а 5,0% женщин были токсикозы в третьем триместре незначительной степени тошнота. Токсикозы в течение всей беременности в виде выраженной степени тошноты и рвоты имело место у 15,0% женщин, данные матери получали лечение у гинекологов по месту жительства и неоднократно были госпитализированы в дневной стационар. При этом только у 9,0% женщин не имело место токсикоз в течение всей беременности.

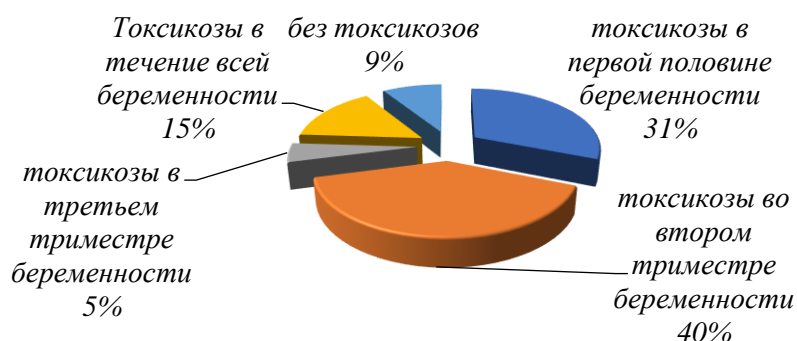
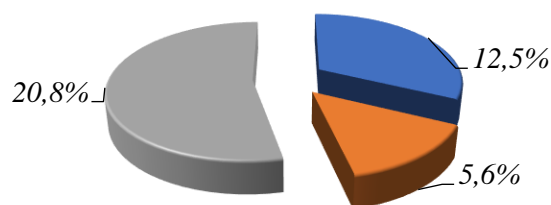


Рисунок 1. Течение беременности у матерей у детей с кривошей.

Как видно из Рисунка 2, у 4 (5,6%) женщин имели место признаки многоводия во втором триместре беременности, которые были выявлены при проведении УЗИ диагностики, а у 9 (12,5%) матерей также во втором триместре беременности было выявлено маловодие по данным УЗИ. Так как околоплодные воды играют значительную роль для развития плода и в первом периоде родов. Если бы маловодие было в первом и третьем триместре беременности, не играло бы такой значительной роли, т. е. оно считается не критическим. Возможно, в нашем исследовании при маловодии играло роль бактериальные инфекции у матери и поздние токсикозы женщин. Сжимающиеся стенки матки создают, дополнительное давление на плод и ему приходится согнуться, расположиться неудобно. Такое положение грозит тем, что у ребенка может искривиться позвоночник, развиваться кривошея и косолапость.

А многоводие представляет собой опасность, как для плода, так и для матери. Причинами многоводия могут быть ранние токсикозы в виде «рвоты» (у 36%), плацентарная недостаточность, возможны самопроизвольные аборт до наступления данной беременности, нарушение питания плода и хроническая гипоксия, задержка внутриутробного развития.

По результатам собранного анамнеза у 15 (20,8%) женщин имело место угроза самопроизвольного выкидыша в течение первого и второго триместра беременности (Рисунок 2). Возможно, угроза самопроизвольного выкидыша у данной категории женщин было спровоцирована с инфекциями.

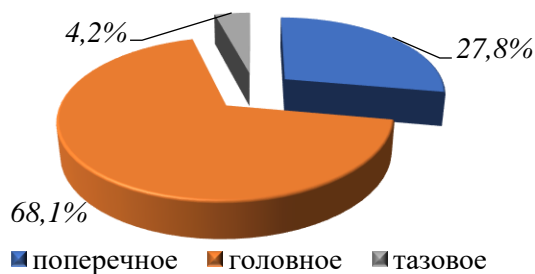


■ маловодие ■ многоводие ■ угроза самопроизвольного выкидыша

Рисунок 2. Угроза самопроизвольного выкидыша в течение первого и второго триместра беременности женщины.

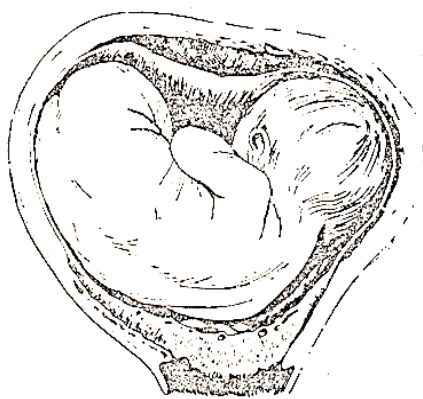
Предлежание плаценты — это серьезная проблема, которая несет высокую опасность для роженицы и ребенка. Но, если вовремя принять все необходимые меры, то ситуацию можно исправить. Неправильное прикрепление плаценты несет за собой многие проблемы, как для плода, так и для ребенка. В связи, с чем мы проанализировали предлежание плаценты в первом и во втором триместре беременности у обследуемых групп детей. У 20 (27,8%) детей в первом и во втором триместре беременности имело место поперечное предлежание плаценты, у 3 (4,2%) было тазовое предлежание плаценты и у 49 (68,1%) — головное предлежание (Рисунки 3–4). В первом триместре неправильное положение плаценты несет опасность для эмбриона, т. к. он получает недостаточно питательных элементов, витаминов и кислорода. Соответственно развивается медленнее по сравнению с головным предлежанием.

Причинами неправильного расположения плаценты могут быть половые инфекции. В первом триместре такое крепление не представляет большой опасности, потому что плацента может сместиться и принять верное положение. Но не стоит к этому относиться халатно, потому что, если не контролировать этот процесс, то орган может передавить питательные сосуды, перервать кислород, что ведет к не желательным последствиям.



■ поперечное ■ головное ■ тазовое

Рисунок 3. Предлежание плода в 1 и во 2 триместре беременности.



а



б

Рисунок 4. Поперечное предлежание плаценты (а) и тазовое предлежание плаценты (б).

После проведенного комплексного лечения в третьем триместре поперечное предлежание плаценты уменьшилось с 27,8% до 1,4%, но тазовое предлежание плаценты наоборот увеличилось с 4,2% до 9,7%.

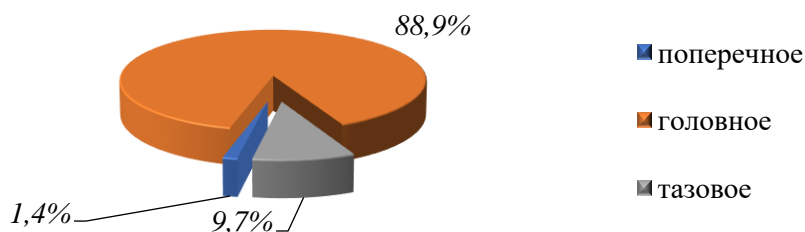


Рисунок 5. Предлежание плода в 3 триместре беременности.

Проведен анализ причин тазового предлежания плаценты, т. к. наблюдалось увеличение количества данного диагноза, несмотря на проведенное лечение. У 7 матерей имело место периодическое обострение цистита в течение всей беременности и у 5 женщин — обострение хронического пиелонефрита в последнем триместре беременности. Обострения заболеваний женских половых органов имело место у 4 — аднексит и у 3 — кольпит (Рисунок 6).



Рисунок 6. Заболевания у матерей в обследованных группах.

Как видно из данных, представленных на Рисунке 7, одной из причин кривошеи являются инфекции: у 10 детей имело место цитомегаловирус, у 8 — обнаружен вирус простого герпеса, у 7 — хламидий, у 6 — выявлена уреоплазма и у 5 — микоплазма.

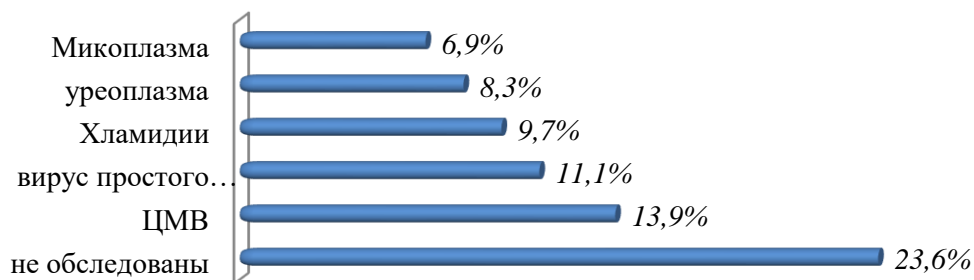


Рисунок 7. Инфекции в обследуемой группе больных.

Таким образом, вследствие влияния патогенных факторов на плод, возникает нарушения костно-мышечного аппарата в послеродовом периоде и как следствие — кривошея у ребенка. Учитывая вышеизложенное необходимо рекомендовать следующие методы профилактики для беременных женщин и женщинам планиующую беременность:

- вести здоровый образ жизни, вовремя обследоваться и лечить инфекционные и воспалительные заболевания, как у женщины так и у партнера;

- подобрать правильный режим сна — выбрать постельные принадлежности, обеспечивающие поддержку позвоночника, разгружающие шейный отдел; подушка не должна быть слишком объемной, а матрац — излишне мягким;
- вредные условия труда тоже влияют на состояние — продолжительное нахождение в вынужденной позе, сквозняки, производственная травма, вибрация вызывают кривошею;
- изменение условий труда или профессии поможет исключить заболевание;
- комплекс упражнений, зарядка, рациональная физическая нагрузка способствуют укреплению мышц, нормализации их тонуса, что снижает риск развития патологии;
- у грудничков, находящихся в группе риска, предупредит кривошею оздоровительный массаж, частая смена положения в кроватке, гимнастика для новорожденных и деток первого года жизни.

Список литературы:

1. Мозгунов А. В. Диагностика и лечение острого атлanto-аксиального подвывиха у детей и подростков: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Курган, 2004. 22 с.
2. Полищук Н. Е., Корж Н. А., Фищенко В. Я. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Киев: Книга плюс, 2001. 388 с.
3. Apfelbaum R. I. Direct anterior screw fixation for recent and remote odontoid fractures // *J. Neurosurg.* 2000. V. 93. P. 227-236.
4. Deen H. G., Birch B. D., Wharen R. E. Lateral mass screw-rod fixation of the cervical spine: a prospective clinical series with 1-year follow-up // *Spine.* 2003. V. 3. P. 489-495.
5. Deepak A. Have cranio-vertebral junction anomalies been overlooked as a cause of vertebro-basilar insufficiency? // *Spine.* 2006. V. 31. №7. P. 846-850.
6. Crossman J. E., Thompson D., Hayward R. D., Ransford A. O., Crockard H. A. Recurrent atlantoaxial rotatory fixation in children: a rare complication of a rare condition: report of four cases // *Journal of Neurosurgery: Spine.* 2004. V. 100. №3. P. 307-311. <https://doi.org/10.3171/spi.2004.100.3.0307>.
7. Oledzka M. M., Kaplan S. L., Sweeney J. K., Coulter C., Evans-Rogers D. L. Interrater and intrarater reliability of the congenital muscular torticollis severity classification system // *Pediatric Physical Therapy.* 2018. V. 30. №3. P. 176-182. doi: 10.1097/PEP.0000000000000510.
8. Frizzell K., Malik A., Herman M. J., Pizzutillo P. Congenital Muscular Torticollis // *The Management of Disorders of the Child's Cervical Spine.* Boston: Springer, 2018. P. 183-190. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7491-7_11.

References:

1. Mozgunov, A. V. (2004). Diagnostika i lechenie ostrogo atlanto-aksial'nogo podvyvikhа u detei i podrostkov: *avtoref. M.D. diss. Kurgan, 22.* (in Russian).
2. Polishchuk, N. E., Korzh, N. A., & Fishchenko, V. Ya. (2001). Povrezhdeniya pozvonochnika i spinnogo mozga. *Kiev, Kniga plyus, 388.* (in Russian).
3. Apfelbaum, R. I. (2000). Direct anterior screw fixation for recent and remote odontoid fractures. *J. Neurosurg, 93, 227-236.*
4. Deen, H. G., Birch B. D., Wharen R. E. (2003). Lateral mass screw-rod fixation of the cervical spine: a prospective clinical series with 1-year follow-up. *Spine, 3, 489-495.*
5. Deepak, A. (2006). Have cranio-vertebral junction anomalies been overlooked as a cause of vertebro-basilar insufficiency? *Spine, 31(7), 846-850.*
6. Crossman, J. E., Thompson, D., Hayward, R. D., Ransford, A. O., & Crockard, H. A. (2004). Recurrent atlantoaxial rotatory fixation in children: a rare complication of a rare condition:

report of four cases. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 100(3), 307-311. <https://doi.org/10.3171/spi.2004.100.3.0307>.

7. Oledzka, M. M., Kaplan, S. L., Sweeney, J. K., Coulter, C., & Evans-Rogers, D. L. (2018). Interrater and intrarater reliability of the congenital muscular torticollis severity classification system. *Pediatric Physical Therapy*, 30(3), 176-182. doi:10.1097/PEP.0000000000000510.

8. Frizzell, K., Malik, A., Herman, M. J., & Pizzutillo, P. (2018). Congenital Muscular Torticollis. In: *The Management of Disorders of the Child's Cervical Spine*. Boston, Springer, 183-190. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7491-7_11.

*Работа поступила
в редакцию 18.02.2019 г.*

*Принята к публикации
25.02.2019 г.*

Ссылка для цитирования:

Эмилбеков М. Э. Факторы, влияющие на риск формирования кривошеи у детей Кыргызстана // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №4. С. 131-136. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/41/14>.

Cite as (APA):

Emilbekov, M. (2019). Risk Factors Affecting the Formation Torticollis in Children of Kyrgyzstan. *Bulletin of Science and Practice*, 5(4), 131-136. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/41/14>. (in Russian).