

УДК 616.743-007.24-053.2

https://doi.org/10.33619/2414-2948/53/10

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КРИВОШЕЕЙ

©Эмилбеков М. Э., Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызстан

## CONSERVATIVE TREATMENT OF CHILDREN WITH TORTICOLLIS

©Emilbekov M., National Center for Maternal and Child Welfare,  
Bishkek, Kyrgyzstan

*Аннотация.* В статье представлены результаты консервативного лечения у 35 больных с диагнозом «кривошея», которые находились на стационарном лечении в Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид) г. Бишкек, Кыргызстан. В течение 2 лет больные регулярно получали консервативную терапию и находились на учете. У 16 (65%) результаты были оценены как хорошие, а у 9 (35%) результаты нами оценивались как удовлетворительные. Для подкрепления результатов лечения 82% больных потребовалось продолжение лечения консервативными методами еще 1,0–1,5 года.

*Abstract.* The article presents the results of conservative treatment in 35 patients with the diagnosis of Torticollis, who were hospitalized at the National Center for Maternal and Child Health in Bishkek, Kyrgyzstan. For 2 years, these patients received regular conservative therapy and were registered. 16 (65%) had good results, and 9 (35%) had satisfactory results. To support the results of treatment, 82% of patients needed to continue treatment with conservative methods for another 1.0–1.5 years.

*Ключевые слова:* дети, консервативное лечение, кривошея.

*Keywords:* children, conservative treatment, torticollis.

### Введение

В настоящее время комплексная терапия кривошеи включает сочетание консервативных ортопедических мероприятий со специальной лечебной гимнастикой, массажем и физиотерапевтическими процедурами. В качестве консервативных ортопедических мероприятий в настоящее время используются: гипсовая повязка; ватно–марлевая повязка; специальная повязка; укладка мешочками с песком; ватно–марлевая баранка; картонно–ватно–марлевый воротник; головодержатель из ткани «Трикор» [1–2].

Известные устройства имеют ряд существенных недостатков. Они вызывают мацерацию кожи новорожденного в местах их соприкосновения, имея циркулярную форму, сдавливают шею ребенка с возможностью пережатия сосудов, дыхательных путей, не формируют шейный лордоз, вызывают необходимость постоянного контроля за положением устройства на ребенке, не обеспечивают достаточной коррекции.

Российскими исследователями предложено устройство для постуральной коррекции кривошеи, в котором устранены изложенные выше недостатки, и при его использовании создаются комфортные условия коррекции положения головы и формирования функции



грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При нейрогенном генезе кривошеи оно способствует редуцированию влияния позотонических рефлексов [3].

Существенным плюсом применения винтов является высокая стабильность фиксации, но существует и существенный минус — не исключена возможность повреждения сосудистых структур, необходимость использования высокоточной технологии обследования и контроля [4–5], все это может быть решено путем разработки таких методик, которые позволяют с минимальным риском вводить винты, а также снижают нагрузки на пациента и обслуживающий персонала [6].

Устройство контактирует с кожей ребенка по задней поверхности шеи, в области ушной раковины со здоровой стороны и в области сосцевидного отростка с пораженной стороны, не охватывает шею циркулярно. Благодаря форме устройства обеспечивается надежная фиксация в корригированном положении при сохранении возможности поворота головы в сторону поражения, формируя функцию пораженной мышцы.

Это устройство использовалось для реабилитации детей с сочетанной нейро-ортопедической патологией, для детей, имеющих кривошею как врожденную, так и приобретенную нейрогенного характера, в возрасте от 1,5 мес до 2 лет в отделении раннего вмешательства Областного центра реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями.

Консервативное лечение необходимо начинать с рождения, что позволяет добиться восстановления функции мышцы в 74,0–82,0% случаев [7], а по данным иностранной литературы — до 90–95% [8]. После комплекса консервативного лечения кривошея регрессирует не в полной мере, либо рецидивирует в старшем возрасте, что в дальнейшем требует коррекции хирургическими методами [9]. Как правило, консервативные методы лечения исчерпывают свои возможности в возрасте 1–2 лет.

Целью нашего исследования явилось изучение консервативного метода т. е. комплексной терапии у детей с кривошей для достижения клинического эффекта при незначительной степени недоразвития мышц и вторичных ее изменениях когда они незначительные.

#### *Результаты и обсуждение.*

При первичной постановке диагноза «кривошея» на первом этапе применялся исключительно консервативный метод лечения, куда было включено: лечебная гимнастика, массаж шейного отдела позвоночника и физиотерапевтические методы лечения.

Из 72 пациентов с диагнозом «кривошея» 35 детей получали амбулаторно консервативный метод лечения, корригирующую гимнастику в НЦОМид (Рисунок 1).

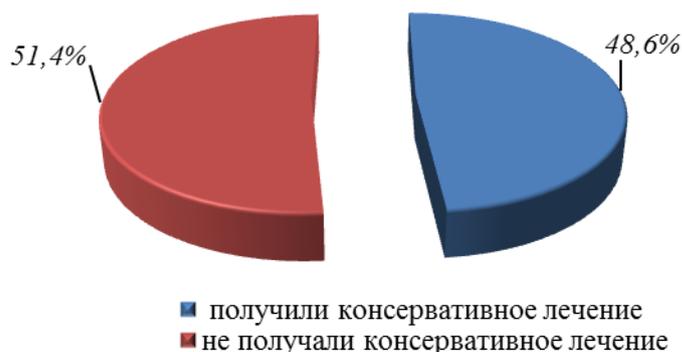


Рисунок 1. Распределение больных в зависимости от полученного лечения.

При обнаружении изменений грудино–ключично–сосцевидной мышцы детям было назначено консервативное лечение. Для удерживания головы в период проведения лечения больному было рекомендовано ношение шейного фиксатора, который был разработан сотрудниками ОХИ, он прост в применении и уходе.

Каждому больному индивидуально были назначены рекомендации с учетом возраста, пола и других особенностей. После окончания курса проведенного лечения родители получали дальнейшие рекомендации с целью продолжения лечения в домашних условиях.

57,1% пациентов женского пола и 42,9% мужского пола получали консервативное лечение по поводу кривошеи (Рисунок 2).

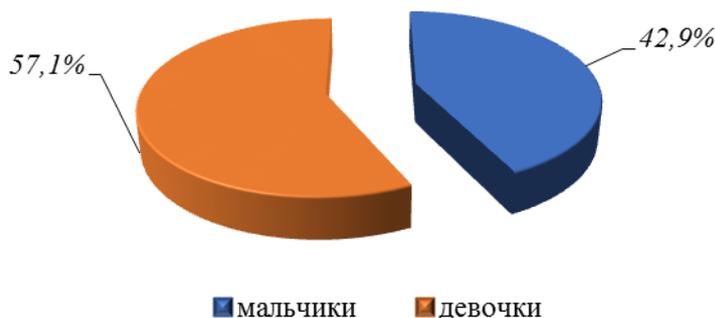


Рисунок 2. Распределение больных по полу в зависимости от полученного лечения.

Данные процедуры у детей с кривошеей проводились по 2 курса в течение года для достижения клинического эффекта под контролем медицинского персонала. Залогом полноценного здоровья в будущем является оказание надлежащей ортопедической помощи детям путем внедрения методов ранней диагностики и комплексной терапии. В связи с чем для проведения консервативного лечения и приобретения позитивных плодов нужна преемственность участия узких специалистов (педиатров, детских хирургов, врачей ГСВ, реабилитологов) на всех этапах организации здравоохранения своевременного обнаружения, ведения и наблюдения пациентов с кривошеей.

Своевременное выявление, диагностика и лечение кривошеи у детей раннего возраста считается важнейшим методом профилактики, реабилитации на ПМСП и исключения инвалидизации в предыдущем у данной категории больных.

Для выявления результатов консервативного лечения мы осматривали повторно 25 пациентов через 3 года после проведенного консервативного метода лечения. Из обратившихся к нам детей с кривошеей эти больные в течение 2 лет регулярно получали консервативную терапию и находились на учете. У 16 (65%) из 25 пациентов не было ни наклона головы, ни поворота, ни натяжения грудино–ключично–сосцевидной мышцы при обычном положении головы ребенка. Результаты были оценены как хорошие.

У 9 (35%) пациентов была обнаружена незначительная плотность грудино–ключично–сосцевидной мышцы по сравнению с другой стороной. У этих больных движения головы были нормальными, а наклон головы в сторону поражения был несколько большим, чем в здоровую сторону, т. е. имело место натяжение одной из ножек. Эти результаты нами оценивались как удовлетворительные. У 5 (14,3%) детей была незначительная асимметрия лица, и при движении головы отмечались ограничения (Рисунок 3.).

Для подкрепления результатов лечения 82% больных потребовалось продолжение лечения консервативными методами еще 1,0–1,5 года.

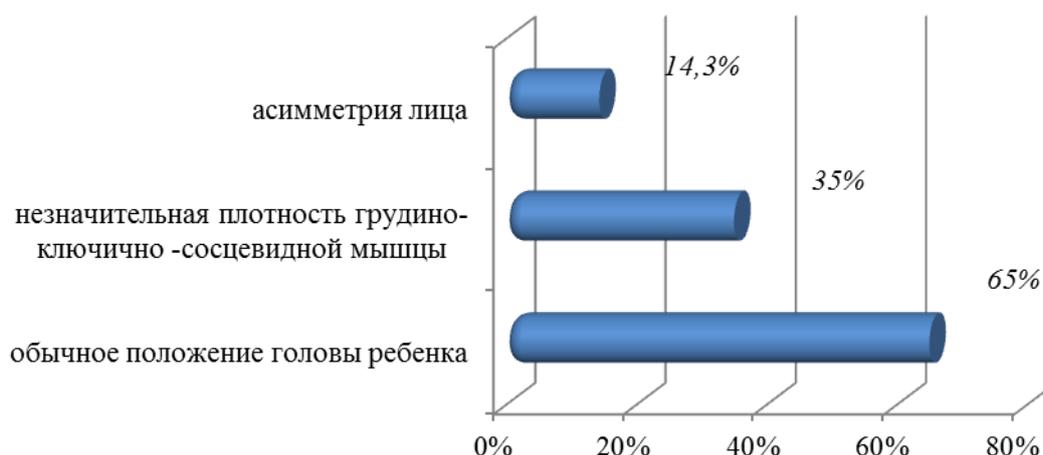


Рисунок 3. Симптомы после проведенного консервативного лечения у детей с кривошей.

Таким образом, отдаленные результаты консервативного лечения показывают, что у большинства больных (65%) все симптомы кривошеи постепенно исчезали, и в последующем деформация у них не развивалась. Но данный результат лечения возможен при постоянном наблюдении врача ортопеда и непрерывном получении консервативного лечения, как в амбулаторных, так и в домашних условиях.

Основным является ношение шейного фиксатора, даже при получении физиотерапевтических методов. К сожалению, несмотря на то, что результат у 35% пациентов был оценен как удовлетворительный, у 14,3% детей симптомы кривошеи выросли, и у них наблюдалось дальнейшее развитие деформации шейного отдела (Рисунок 4).



Рисунок 4. Результаты консервативного лечения пациентов с кривошей.

### Выводы

Таким образом, все изменения грудино-ключично-сосцевидной мышцы могут уменьшиться или полностью компенсироваться при проведении только физиотерапевтических процедур и ношении шейного фиксатора, если степень недоразвития мышцы и вторичные ее изменения были невелики. Это было подтверждено наблюдением за 25 пациентами, получившими консервативные методы лечения по поводу кривошеи. Но, к сожалению, консервативное лечение не обеспечивает излечения всех больных, у некоторых пациентов даже при проведении всех методик консервативного лечения и постоянного ношения шейного фиксатора, деформация все же развивается. Данный процесс обусловлен не плохим проведением консервативного лечения у пациента, а определяется степенью недоразвития грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Однако это не дает право отрицать

необходимость проведения консервативного лечения больных с кривошей. Поэтому необходимо проводить работу среди семейных врачей и педиатров, что кривошея у ребенка не является законченным патологическим процессом, при обнаружении проблемы со стороны шеи и после постановки диагноза, необходимо срочно проводить консервативные методы лечения у данного больного вне зависимости от возраста.

*Список литературы:*

1. Губин А. В. Хирургическая патология шейного отдела позвоночника у детей: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 2009.
2. Menezes A. H. Craniocervical developmental anatomy and its implications // *Child's Nervous System*. 2008. V. 24. №10. P. 1109-1122. <https://doi.org/10.1007/s00381-008-0600-1>
3. Воротынцева Н. С., Никульшина Л. Г. Ультразвуковая диагностика перинатальной травмы шеи и ее последствий у детей: пособие для врачей. Курск: Планета, 2015. 24 с.
4. Vender J. R., McDonnell D. E. Management of lesions involving the craniocervical junction // *Neurosurgery Quarterly*. 2001. V. 11. №2. P. 151-171. <https://doi.org/10.1097/00013414-200106000-00007>
5. Букуп К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц. М.: Медицинская литература, 2008. С. 70-80.
6. Menezes A. H. Craniocervical developmental anatomy and its implications // *Child's Nervous System*. 2008. V. 24. №10. P. 1109-1122. <https://doi.org/10.1007/s00381-008-0600-1>
7. Menezes A. H. Craniovertebral junction database analysis: incidence, classification, presentation, and treatment algorithms // *Child's Nervous System*. 2008. V. 24. №10. P. 1101-1108. <https://doi.org/10.1007/s00381-008-0605-9>
8. Harty J. A., Lenehan B., O'Rourke S. K. Odontoid lateral mass asymmetry: do we over-investigate? // *Emergency medicine journal*. 2005. V. 22. №9. P. 625-627. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.014100>
9. Nannapaneni R., Nath F. P., Papastefanou S. L. Fracture of the clavicle associated with a rotatory atlantoaxial subluxation // *Injury*. 2001. V. 32. №1. P. 71-73. [https://doi.org/10.1016/S0020-1383\(00\)00114-5](https://doi.org/10.1016/S0020-1383(00)00114-5)

*References:*

1. Gubin, A. V. (2009). *Khirurgicheskaya patologiya sheinogo otdela pozvonochnika u detei: autoref. Dr. diss.* St. Petersburg.
2. Menezes, A. H. (2008). Craniocervical developmental anatomy and its implications. *Child's Nervous System*, 24(10), 1109-1122. <https://doi.org/10.1007/s00381-008-0600-1>
3. Vorotyntseva, N. S., & Nikulshina, L. G. (2015). *Ul'trazvukovaya diagnostika perinatal'noi travmy shei i ee posledstviy u detei: posobie dlya vrachei.* Kursk.
4. Vender, J. R., & McDonnell, D. E. (2001). Management of lesions involving the craniocervical junction. *Neurosurgery Quarterly*, 11(2), 151-171. <https://doi.org/10.1097/00013414-200106000-00007>
5. Bukup, K. (2008). *Klinicheskoe issledovanie kostei, sustavov i myshts.* Moscow, 70-80.
6. Menezes, A. H. (2008). Craniocervical developmental anatomy and its implications. *Child's Nervous System*, 24(10), 1109-1122. <https://doi.org/10.1007/s00381-008-0600-1>
7. Menezes, A. H. (2008). Craniovertebral junction database analysis: incidence, classification, presentation, and treatment algorithms. *Child's Nervous System*, 24(10), 1101-1108. <https://doi.org/10.1007/s00381-008-0605-9>

8. Harty, J. A., Lenehan, B., & O'Rourke, S. K. (2005). Odontoid lateral mass asymmetry: do we over-investigate? *Emergency medicine journal*, 22(9), 625-627. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.014100>

9. Nannapaneni, R., Nath, F. P., & Papastefanou, S. L. (2001). Fracture of the clavicle associated with a rotatory atlantoaxial subluxation. *Injury*, 32(1), 71-73. [https://doi.org/10.1016/S0020-1383\(00\)00114-5](https://doi.org/10.1016/S0020-1383(00)00114-5)

*Работа поступила  
в редакцию 12.03.2020 г.*

*Принята к публикации  
15.03.2020 г.*

---

*Ссылка для цитирования:*

Эмилбеков М. Э. Консервативное лечение детей с кривошеей // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6. №4. С. 93-98. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/53/10>

*Cite as (APA):*

Emilbekov, M. (2020). Conservative Treatment of Children With Torticollis. *Bulletin of Science and Practice*, 6(4), 93-98. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/53/10> (in Russian).