

**ԲԱԺԻՆ 5. ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՒՄԸ ՄՊՈՐՏՈՒՄ**

ՀԴՏ 616.743.1-009.12-053.37-07

DOI: 10.53068/25792997-2022.3.7-184

**ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ԲՆԱԾԻՆ**

**ԾՈՒՌՎՋՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ**

*Ասպիրանտ Ա. Հ. Մարտիրոսյան*

*Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան,*

*E.mail: anna.martirosyan@sportedu.am*

**Առանցքային բառեր:** Բնածին ծուռվզություն, կրծոսկրանրակապտկային մկան, ֆիզիկական վերականգնում, մերսում, հիդրոկինեզիոթերապիա, կինեզիոթեյփինգ:

**Հետազոտության արդիականություն:** Բնածին մկանային ծուռվզությունը՝ ըստ հաճախականության, կազմում է հենաշարժողական համակարգի բոլոր բնածին հիվանդությունների 5-12%-ը՝ զբաղեցնելով 3-րդ տեղը: Յուրաքանչյուր 1000 նորածնից 3-ի մոտ ախտորոշվում է ծուռվզություն: Ծուռվզության առաջացման շատ տեսություններից ոչ մեկը լիովին չի բացահայտում այս պաթոլոգիայի առաջացման մեխանիզմը, ուստի այն մանկական օրթոպեդիայի արդիական խնդիրներից մեկն է: Բնածին ծուռվզությունը ներկայումս համարվում է նորածինների շրջանում ամենատարածված հիվանդություններից մեկը: Ծուռվզության առաջացման հիմնական պատճառներից է կրծոսկրանրակապտկային մկանի

ֆունկցիայի խանգարումը, որի արդյունքում այն կարճանում է: Դրա պատճառն այն փոփոխություններն են, որոնք տեղի են ունենում ինչպես փափուկ հյուսվածքներում, այնպես էլ ոսկրերում, անոթներում, նյարդերում: Այս մկանի ֆունկցիայի խանգարումը և թերզարգացումը հիմնականում կապված է ծննդաբերական վնասվածքների հետ: Հիմնական ախտանիշներն են՝ գլխի ոչ ճիշտ դիրքը, դեմքի դեպի կողմ թեքումն ու պտտումը, պարանոցային դեֆորմացիան: Սակայն, կախված վնասման աստիճանից, կարող են ի հայտ գալ տարբեր փոփոխություններ:

**Հետազոտության նպատակը, խնդիրները:** Հետազոտության նպատակն է՝ ուսումնասիրել ծուռվզության դեպքում կիրառվող ֆիզիկական վերականգնման մեթոդները: Հետազոտության խնդիրներն են՝

1. Պարզել կիրառվող մեթոդների արդյունավետությունը:

2. Բացահայտել նոր մոտեցումներ:

**Հետազոտության մեթոդները և կազմակերպումը:** Հետազոտության անցկացման ընթացքում մեր կողմից կատարվել է թեմային առնչվող գիտական հոդվածների և վերականգնողական ծրագրերի ուսումնասիրում և վերլուծություն:

**Հետազոտության արդյունքների վերլուծությունը:** Գլխի ոչ ճիշտ դիրքով, դեմքի դեպի կողմ թեքմամբ ու պտտմամբ բնորոշվող պարանոցային դեֆորմացիան կոչվում է ծուռվաթուր: Գլխի նման դիրքը կախված է փոփոխություններից, որոնք տեղի են ունենում ինչպես փափուկ հյուսվածքներում, այնպես էլ ոսկրերում, անոթներում, նյարդերում: Առավել հաճախ ծուռվաթուրն առաջանում է մկանային պաթոլոգիկ փոփոխությունների հետևանքով, հազվադեպ՝ ողնաշարի պարանոցային հատվածի զարգացման անոմալիայի արդյունքում [2]:

Բնածին ծուռվաթուրնը հենաշարժական ապարատի բնածին ձևախախտումների շարքում իր հաճախականությամբ գրավում է երրորդ տեղը՝ ազդրի բնածին հոդախախտումից և բնածին ծուռաթուրությունից հետո: Այն նշում են առավելապես աղջիկների մոտ և հաճախ աջակողմյան տեղակայմամբ: «Torticollis» կլինիկական տերմինը բխում է լատինական երկու բառից «tortum & collu», ինչը նշանակում է «ոլորված

պարանոց»>: Դեպքերի 20%-ի մոտ ծուռվաթուրնը համակցվում է կոնքազրային հոդի բնածին դիսպլազիայի հետ: Առավել ճանաչում է ստացել տեսությունը, համաձայն որի՝ ծուռվաթուրնը կրծոսկրանրակապտկային մկանի զարգացման բնածին արատ է, և վնասումը ծննդաբերության ժամանակ էլ ավելի է խորացնում դեֆորմացիան: Այս տեսությունը, դեռևս 1838-ին, առաջ է քաշել Շտրոյկմայերը: Սակայն, Աֆանասևայի և Պետրովսկու ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդության ախտածագումը մինչ օրս էլ ամբողջությամբ բացահայտված չէ: Փաստեր կան, որ եթե ծուռվաթուրնը զգալի արտահայտված է և պատշաճ բուժում չի կիրառվում, ապա առաջանում է սկոլիոզ: Բացի այդ, առանց բուժման, ծուռվաթուրնը կարող է ազդել այնպիսի կարևոր ֆունկցիաների վրա, ինչպիսիք են՝ տեսողությունը և հավասարակշռությունը [1]:

Երեխայի կյանքի առաջին 7-10 օրերի ընթացքում արտահայտված դեֆորմացիան հազվադեպ է հանդիպում: Սակայն, 3-րդ շաբաթից սկսած, կրծոսկրանրակապտկային մկաններից մեկը ենթարկվում է փոփոխությունների՝ դրա միջային հատվածում առաջանում է կոշտացում: Նկատելի են դառնում գլխի թեքվելը դեպի փոխված մկանը և դեմքի շրջվելը հակառակ կողմ, գլխի շարժումների ծավալը սահմանափակվում է: Եթե

փոփոխությունները կրծոսկրանրակապտկային մկանում աննշան են, ապա երեխայի գլխին կարելի է տալ ճիշտ դիրք: Սակայն, մկանի զգալի հաստացման դեպքում դա չի հաջողվի: Նշվում են նաև մի շարք լրացուցիչ ախտանիշներ, որոնք բնորոշ են երեխայի կյանքի վաղ շրջանին՝ դեմքի ու գանգի անհամաչափություն, ականջախեցիների ձևի, դիրքի ու մեծության տարբերություն, երբեմն հակառակ կողմում պարանոցի վրա հորիզոնական ծալքերի բացակայություն: Եթե կոշտացումը կրծոսկրաանրակային մկանում փոքրանում կամ վերանում է, տեղի է ունենում ծուռվզության ինքնաբուժում: Սակայն, սովորաբար տարիքի հետ մեկտեղ ավելանում է նաև դեֆորմացիան և 3-6 տարեկանում դառնում ավելի արտահայտված: Առջևից երեխային զննելիս նկատելի է պարանոցի անհամաչափություն՝ գլուխը շրջված է դրա թեքվելու հակառակ կողմը: Փոփոխված մկանի կողմից նկատվում է ուսի բարձր դիրք, դեմքի և գանգի անհամաչափություն: Հետևից զննելիս նկատելի են պարանոցի անհամաչափությունը, ուսի և թիակի ավելի բարձր դիրք՝ փոփոխված մկանի կողմում: Բնածին մկանային ծուռվզությանը հիվանդների մոտ գլխի կեսը վնասման կողմում դառնում է ավելի տափակած ու լայն: Աչքերն ու հոնքերը տեղակայվում են ավելի ցած, քան առողջ կողմի վրա: Նկատվում է վերին և ստորին ծնոտների,

ինչպես նաև քթի հավելյալ խոռոչների, քթի խտրոցի և կարծր քիմքի ոչ ճիշտ զարգացում: Հնարավոր է տեսադաշտի սահմանափակում: Ռենտգեն նկարների վրա բնածին մկանային ծուռվզության դեպքում գանգի անհամաչափությունից բացի այլ փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում[2]:

Զգալի հազվադեպ է հանդիպում բնածին երկկողմանի ծուռվզություն, որի դեպքում նշվում է կրծոսկրանրակապտկային մկանների երկկողմանի կարճացում, գլուխը հետ թեքված, ծոծրակը մոտենում է մեջքին, իսկ դեմքն ուղղված է վեր կամ գլուխը թեքված է առաջ, դեմքը՝ ցած: Խիստ սահմանափակված են պտույտները, ողնաշարի վերին կրծքային հատվածում արտահայտված է կիֆոզը, կոմպենսատոր ավելանում է գոտկային լորդոզը:

Համաձայն ամերիկյան ֆիզիոթերապիստների ասոցիացիայի ուղեցույցի, Գիրայի և համահեղինակների, ինչպես նաև Խոդժակի և համահեղինակների կողմից ներկայացված տվյալների՝ ծուռվզության դեպքում կոնսերվատիվ բուժումը բավական արդյունավետ է, և որքան վաղ է սկսվում այն, այնքան ավելի արագ է նկատվում արդյունքը: Ախտորոշումից հետո առաջին 2 ամիսների ընթացքում կատարված ֆիզիկական վերականգնումը տալիս է 70-80% դրական արդյունք:

Թերապիան պետք է լինի խնայող, ֆունկցիոնալ և երկարատև: Այն ներառում է ֆիզիկական վարժություններ, մերսում, հիդրոկինեզիոթերապիա, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ և, վերջերս լայն կիրառություն ստացած՝ կինեզիոթեյպինգ [3, 4]:

Համաձայն Սուրբ Հուդայի մանկական հետազոտական հիվանդանուցի ուղեցույցների՝ վերականգնողական թերապիան ներառում է 5-10 րոպե գլխի թեքման վարժություններ՝ կարճացած մկանի և, հակառակ կողմը, հատուկ ձգողական վարժություններ, 6-8 շաբաթական տարիքից կատարվում է վնասված կողմի դեմքի և պարանոցի նուրբ մերսում, ավելի եռանդուն մերսում՝ պարանոցի առողջ կողմում, տաքացում լամպով և ջերմակով, կարելի է կիրառել էլեկտրոֆորեզ: Երեխային պետք է պահեցնել մահճակալում այնպես, որ պարանոցի թեքվածությունը չուժեղանա և ժամանակից շուտ նրան չպահել ուղղահայաց դիրքում: Խորհուրդ է տրվում երեխայի գլուխը ուղիղ դրությամբ պահելու համար կիրառել գիպսային մահճակալ, ավազե պարկիկներ, Շանցի ծալօձիք, կապազլխարկ և այլն: Մի շարք հեղինակներ նշում են հիդրոկինեզիոթերապիայի դրական արդյունքը բնածին ծուռվության բուժման ընթացքում: Սրա հիմքում ընկած են ֆիզիկական վարժությունները ջրում,

որը կարելի է համադրել նաև ստորջրյան մերսման հետ [3,4, 8]:

Քեսի, Մարտինի և Յասուկավայի 2006 թվականին լույս տեսած <<Կինեզիոթեյպինգը մանկաբուժությունում>> գրքից առաջին տվյալներն են ստացվել դրա կիրառման վերաբերյալ: Պովելն առաջիններից էր, որ 2002-ին կիրառեց կինեզիոթեյպինգը՝ որպես բնածին ծուռվության բուժման մեթոդ: Նա իր աշխատանքում նկարագրում է 3 կլինիկական դեպք, որոնք բավականին արդյունավետ էին: Չնայած այս մեթոդը տարիներ շարունակ լայն կիրառություն ուներ արտասահմանում, սակայն այն ամերիկյան ֆիզիոթերապիայի ասոցիացիայի կողմից որպես ապացուցողական մեթոդ ընդունվեց 2013 թվականին՝ Օհմանի ջանքերի շնորհիվ: Նշվում է, որ կինեզիոթեյպինգի կիրառումը բարձրացնում է արյան հոսքը և լիմֆատիկ շրջանառությունը, նորմալացնում է մկանների տոնուսը եւ դեմքի անոմալիան՝ կրծոսկրանրակապտկային մկանի աշխատանքը դարձնելով ավելի արդյունավետ: Այն ուղղակիորեն ազդում է սպիացման վրա՝ երկարացնելով մկանը [5,6,7]:

Վերը թվարկված բոլոր միջոցները լավացնում են արյունամատակարարումը և պայքարում սպիի դեմ: Բուժման կուրսը պետք է կրկնել 4 ամիս անց:

Եթե կոնսերվատիվ մեթոդներն անարդյունավետ են, ապա կատարվում է վիրահատություն: Շատ մասնագետներ նպատակահարմար են գտնում վիրահատությունը կատարել 5-7 տարեկանում: Վիրահատությունից հետո պարանոցն ու գլուխը ֆիքսվում են գիպսային վիրակապով, որն անհրաժեշտ է կրել 30 օր: Այնուհետև հիվանդն անցնում է վերականգնողական թերապիայի կուրս, որը նվազեցնում է սպիերի առաջացման վտանգը, օգնում գլխին ճիշտ դիրք ընդունել, վերականգնել պարանոցի առողջ հատվածի տոնուսը:

**Եզրակացություն:** Մեր ուսումնասիրած գրականության վերլուծության

արդյունքում հանգում ենք այն եզրակացության, որ բուժման ամենարդյունավետ միջոցներից են ֆիզիկական վարժությունները, մերսումը, հիդրոկինեզիոթերապիան և կինեզիոթեյպինգը: Սակայն, այս բոլորի արդյունավետությունը դրանց ճիշտ համադրության մեջ է: Անհրաժեշտ է հիշել, որ բուժումը պետք է սկսել երեխայի կյանքի առաջին ամիսներին և պարբերապար կրկնել՝ մինչև վերջնական լավացումը: Վաղ սկսված և ճիշտ ընտրված միջոցները կօգնեն երեխային խուսափել հետագա բարդություններից և վիրահատական միջամտությունից:

## 📖 ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Губин А.В., Подвывих С1–С2 – миф или реальность в генезе острой кривошеи у детей / А.В. Губин, Э.В.Ульрих, А.Н. Ялфимов, А.И. Тацилкин // Хирургия позвоночника. – 2008. – № 4. – С. 8–12.
2. Петровский Б.В., Большая медицинская энциклопедия в 30т. М.: «Советская энциклопедия», 1980. – 2т.
3. Ходжаева Л.Ю., Ходжаева С.Б., Дифференциальная диагностика кривошеи у детей первого года жизни //Травматология и ортопедия России. 2011;(3):68-72. <https://doi.org/10.21823/2311-2905-2011-0-3-68-72>
4. Giray E, Karadag-Saygi E, Mansiz-Kaplan B, Tokgoz D, Bayindir O, Kayhan O. A randomized, single-blinded pilot study evaluating the effects of kinesiology taping and the tape application techniques in addition to therapeutic exercises in the treatment of congenital muscular torticollis. Clin Rehabil. 2017Aug;31(8):1098-1106.
5. Kase K., Yasukawa A. and Martin P. Kinesio Taping in Pediatrics: Fundamentals and Whole Body Taping Albuquerque, New Mexico, USA: Kinesio Taping Association, 2006.

6. Öhman AM., The immediate effect of kinesiology taping on muscular imbalance for infants with congenital muscular torticollis. PM R. 2012 Jul;4(7):504-8.
7. Powell F., The effects of kinesiотaping method in treatment of congenital torticollis case studies. [www.kinesiotaping.com/console/uploads/material\\_document/2002-1.pdf](http://www.kinesiotaping.com/console/uploads/material_document/2002-1.pdf). Kinesio Taping Association International Published Research, (accessed 16 March 2017).
8. <https://www.stjude.org/treatment/patient-resources/caregiver-resources/patient-family-education-sheets/rehabilitation/torticollis-left-side.html>

## PHYSICAL REHABILITATION METHODS FOR CONGENITAL TORTICOLLIS

*PhD student A. H. Martirosyan,  
Armenian State Institute of Physical Culture  
and Sport, Yerevan, Armenia*

### ABSTRACT

**Key words:** Congenital torticollis, sternocleidomastoid muscle, physical rehabilitation, massage, hydrokinesiotherapy, kinesiотaping.

**Research Aim:** Congenital muscle torticollis is one of the most common congenital diseases of the musculoskeletal system (5-12%) ranking third. 3 out of 1000 children are diagnosed with torticollis. None of the many theories of the occurrence of curvature fully reveals the mechanism of the occurrence of this pathology. Therefore, it is considered one of the urgent problems of pediatric orthopedics. The aim of the work is to study the methods of physical rehabilitation used in the treatment of congenital muscle torticollis, to find out their effectiveness and to discover new approaches.

**Research methods and organization:** In the course of the study, we analyzed scientific articles related to the topic and studied rehabilitation programs. Congenital torticollis is currently one of the most common diseases among newborns. One of the main causes of curvature is dysfunction of the sternocleidomastoid muscle, which leads to its shortening. Violation, underdevelopment of this muscle is mainly associated with birth trauma. The main symptoms are incorrect position of the head, tilting and turning of the face, neck deformation. However, different changes may occur depending on the degree of damage. After diagnosis, timely treatment is very important.

**Analysis of research results.** From the literature we studied, it became clear that the most effective methods of treatment are exercises, massage, hydrokinesiotherapy, and

kinesiotaping. However, the effectiveness of all these methods lie in their correct combination.

**Conclusion.** It is important to remember that one should start treatment in the first months of a child's life regularly until he fully recovers. Correctly selected remedies at an early stage will help the child to avoid further complications and surgery.

## МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕЕ

*Аспирант А. Г. Мартirosян*

*Государственный институт физической культуры  
и спорта Армении, Ереван, Армения*

### АННОТАЦИЯ

**Ключевые слова:** врожденная кривошея, грудино-ключично-сосцевидная мышца, физическая реабилитация, массаж, гидрокинезиотерапия, кинезиотейпинг.

**Цель исследования.** Врожденная мышечная кривошея является одним из наиболее часто встречающихся врожденных заболеваний опорно-двигательной системы (5-12%), занимая третье место. У 3 из 1000 детей диагностируется кривошея. Ни одна из множества теорий возникновения искривления полностью не раскрывает механизм возникновения данной патологии, поэтому считается одной из актуальных проблем детской ортопедии. Цель работы - изучить методы физической реабилитации, применяемые при лечении врожденной мышечной кривошеи, выяснить их эффективность и открыть новые подходы.

**Методы и организация исследования.** В ходе исследования мы проанализировали научные статьи, связанные с темой и изучили реабилитационные программы. Врожденная кривошея в настоящее время являются одним из самых распространенных заболеваний новорожденных. Одна из основных причин искривления - нарушение функции грудино-ключично-сосцевидной мышцы, которое приводит к ее укорочению. Нарушение, недоразвития этой мышцы в основном связано с родовыми травмами. Основные симптомы - неправильное положение головы, наклоны и повороты лица, деформация шеи. Однако в зависимости от степени повреждения могут произойти разные изменения. После постановки диагноза очень важно своевременное лечение.

**Анализ результатов исследования.** Из изученной нами литературы стало ясно, что наиболее эффективными методами лечения являются упражнения, массаж, гидрокинезиотерапия, кинезиотейтинг. Однако эффективность всего этого заключается в правильном их сочетании.

**Краткие выводы.** Важно помнить, что лечение нужно начинать регулярно в первые месяцы жизни ребенка, пока он полностью не выздоровеет. Правильно подобранные средства на раннем этапе помогут ребенку избежать дальнейших осложнений и операции.

Հոդվածն ընդունվել է 16. 09. 2022-ին:

Ուղարկվել է գրախոսման՝ 18.09. 2022-ին:

Գրախոս՝ դասախոս Ա. Մուրադյան