

Статья поступила в редакцию 12.04.2023 г.

Загородникова О.А., Коновалова Н.Г.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО  
Минздрава России,  
Кузбасский гуманитарно-педагогический институт ФГБОУ ВО «КемГУ»,  
г. Новокузнецк, Россия

## ВТОРИЧНЫЙ КОСТНО-СУСТАВНОЙ БЛОК ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КИВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Представлен клинический случай сочетания родовой травмы кивательной мышцы и блока C<sub>0</sub>-C<sub>1</sub>, формирующейся кривошеи у ребенка первых дней жизни, а также мануальной терапии с последующей иммобилизацией и оценкой результатов в динамике.

Сделан вывод, что при диагностике и лечении травмы кивательной мышцы в первые дни жизни можно получить полное восстановление анатомических соотношений в шейном отделе, симметрию рефлекторной активности, что определяет развитие ребенка первого года жизни в соответствии с возрастной нормой.

**Ключевые слова:** родовая травма; мышечная кривошея; функциональный костно-суставной блок; мануальная диагностика и терапия

Zagorodnikova O.A., Konovalova N.G.

Novokuznetsk State Institute for Advanced Medical Studies,  
Kuzbass Humanitarian Pedagogical Institute, Novokuznetsk, Russia

### SECONDARY BONE-JOINT BLOCK IN IN A NEWBORN BABY'S MUSCULAR TORTICOLLIS

A clinical case of the sternocleidomastoid muscle's birth injury and C<sub>0</sub>-C<sub>1</sub> block combination and emerging torticollis in a baby first days life also manual therapy with subsequent immobilization and evaluation of results in dynamics is presented.

It is concluded that the diagnosis and treatment of the sternocleidomastoid muscle's injury in the first days of life provide a complete restoration of the anatomical relationships in the cervical region and the symmetry of reflex activity that determines the babe's development in accordance the age norm.

**Key words:** birth trauma; muscular torticollis; functional osteoarticular block; manual diagnostics and therapy

Клинически мышечная кривошея проявляется стойким укорочением кивательной мышцы, наклоном головы в сторону повреждения и поворотом в противоположную. По частоте она занимает третье место среди детской ортопедической патологии [1, 2]. К формированию кривошеи могут привести любые факторы, нарушающие нормальное физиологическое течение беременности [2].

Существуют разные взгляды на механизм развития этого заболевания. Травматическая теория, согласно которой причиной мышечной кривошеи служит укорочение кивательной мышцы вследствие ее повреждения в родах с последующим рубцеванием и укорочением, была предложена Штрамайером в 1838 г., но до сих пор имеет права гражданства. Есть точка зрения, что фиброзное перерождение начинается внутриутробно в случае неправильного положения плода, приводящего к сдавлению этой мышцы плечиком. Воспалительная теория рассматривает деформацию мышцы как следствие интерстициального миозита [3].

Термином «кривошея» в современной медицине обозначают несколько видов патологических состояний, проявляющихся неправильным положением головы и ограничением движений в шейном отделе позвоночника. Ходжаева Л.Ю., Ходжаева С.Б. выделяют семь форм данной патологии: идиопатическую с незначительным напряжением кивательной мышцы; нейрогенную у детей с синдромом мышечной дистонии; мышечную, обусловленную травмой кивательной мышцы; суставную, как следствие ротационного подвывиха в атланто-окципитальном, атланто-аксиальном сочленениях; костно-суставную, как следствие перелома атланта; костную, как следствие синостоза шейных позвонков [4].

В любом случае диагноз, поставленный в первые дни жизни ребенка, и своевременно проведенное лечение создают условия для физиологического развития младенца [5].

**Цель описания** – представить клинический случай вторичного костно-суставного блока при по-

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2023-2-98-101



CYEAJW

Загородникова О.А., Коновалова Н.Г. ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА АБОРТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ИХ СВЯЗЬ С ОБЩЕСТВЕННЫМ МНЕНИЕМ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫМ РЕГУЛИРОВАНИЕМ //Мать и Дитя в Кузбассе. 2023. №2(93). С. 98-101.



вреждении кивательной мышцы у новорожденного младенца.

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Ребенок рожден недоношенным в сроке 34 недель от пятой беременности, третьих родов. Предыдущие беременности завершались в двух случаях срочными родами и в двух — медицинскими абортми.

Из анамнеза: мать наблюдалась в женской консультации с 14 недель гестации. В соматическом статусе с 2013 года имеет хронический вирусный гепатит С, ВИЧ-инфицированная с 2017 года, в СПИД-центре на учете не состоит и ВААРТ не получает. В 2020 году перенесла лапароскопию, сальпингоэктомию слева по поводу нарушенной внематочной беременности.

Первая половина беременности протекала на фоне анемии, острого вагинита, бессимптомной бактериурии с 22 недели. В 31 неделю — двусторонний уретерогидронефроз, нефропатия.

Женщина была доставлена бригадой скорой медицинской помощи с преждевременным отхождением околоплодных вод. При поступлении в акушерское отделение диагностировали антенатальный дистресс плода на фоне выпадения петель пуповины. В экстренном порядке провели кесарево сечение.

В ходе операции извлекли мальчика массой тела 1900 г, длиной тела 45 см. Окружность головы — 30 см. Окружность груди — 29 см. Параметры физического развития соответствовали сроку гестации. Пациент курировался с основным диагнозом: Респираторный дистресс синдром. Сопутствующий диагноз: Дефект межжелудочковой перегородки. Фоновое состояние: Недоношенность 34 недели. Перинатальный контакт по ВИЧ, гепатиту С.

Оценка по шкале Апгар составляла 4/6/6 баллов. По шкале Сильвермана: 4-5 баллов. Состояние при рождении тяжелое за счет дыхательных нарушений, морфо-функциональной незрелости при недоношенности. После рождения требовал респираторной поддержки ИВЛ через лицевую маску с переходом на ИВЛ через интубационную трубку на третьей минуте. После стабилизации состояния пациента переводили в отделение реанимации, где ему продолжили ИВЛ в режиме РС, вводили Куросурф 200 мг/кг.

Учитывая анамнез матери, получил стартовую антибактериальную терапию, наличие у матери неконтролируемой ВИЧ-инфекции послужило показанием для АРВТ тремя препаратами. На шестые сутки был переведен на НИВЛ с постепенным снижением параметров вентиляции, к седьмым суткам мальчик обходился без респираторной поддержки и дополнительной дотации кислорода.

После прекращения ИВЛ на десятый день жизни начал проявлять беспокойство во время бодрствования, определялось ограничение поворота головы влево. В состоянии покоя голова с наклоном вправо,

лицо и верхняя половина туловища асимметричны. Наблюдали также выраженную асимметрию носогубных складок (сглаженность слева), изменение тонуса по верхней порции трапецевидных мышц (выше справа), расположение сосков на различном уровне.

Реакция на осмотр негативная, при попытке пассивного движения головой ребенок давал болевую реакцию. Точки пальпации позвоночной артерии безболезненны. Передний родничок выполнен, без пульсации; менингеальных знаков не было. Физиологические рефлексы вызывались не все, имеющиеся быстро истощались. Сухожильные рефлексы с колен: D=S, определялись клонусы стоп.

Было заподозрено повреждение шейного отдела позвоночника, проведено спондилографическое исследование и выявлен функциональный блок C<sub>0</sub>-C<sub>1</sub> (рис. 1). Был созван консилиум, на котором обсудили тактику лечения и рекомендовали мануальное вправление функционального блока в шейном отделе.

На фоне медикаментозной релаксации провели тракцию за область сосцевидных отростков. После премедикации и достижения мышечной релаксации во время растяжения шейного отдела обратили внимание на спазмированную кивательную мышцу, которая в области нижнего крепления к рукоятке грудины и грудинному концу ключицы имела утолщенный валик. Это определяло выраженную асимметрию кивательных мышц: мышца справа ближе к дистальной точке фиксации контурировала значительно сильнее, имела место асимметрия лица, плечевого пояса (рис. 2).

Функциональный блок C<sub>0</sub>-C<sub>1</sub> был признан вторичным, что послужило поводом для прекращения процедуры мануальной терапии. Ребенку наложили на двое суток воротник Шанца.

После выхода из медикаментозной седации пациент не проявлял беспокойства, активные и пассивные повороты головы были в полном объеме, без болевой реакции. На вторые сутки после процедуры мануальной терапии при пальпации шеи, поворотах головы вправо и влево беспокойства и болезненной реакции не наблюдалось, напряжения кивательных мышц не было. В ортопедическом режиме пациент не нуждался, поэтому воротник сняли.

При достижении возраста 14 суток состоялся перевод ребенка в отделение патологии новорожденных. К этому времени неврологический статус соответствовал сроку гестации.

## ОБСУЖДЕНИЕ

После объективного осмотра и по результатам спондилографического исследования ребенку поставили предварительный диагноз: Функциональный блок верхне-шейных суставов. Однако в ходе мануального вмешательства был выявлен дополнительный симптом: асимметрия кивательных мышц в виде напряжения и повышения тонуса мышцы справа с локальным увеличением объема в нижней тре-

Рисунок 1  
Спондилограммы шейного отдела позвоночника: нейтральное положение (а), разгибание (b), сгибание (с)  
Figure 1  
Spondylography of the cervical spine: neutral position (a), extension (b), flexion (c)

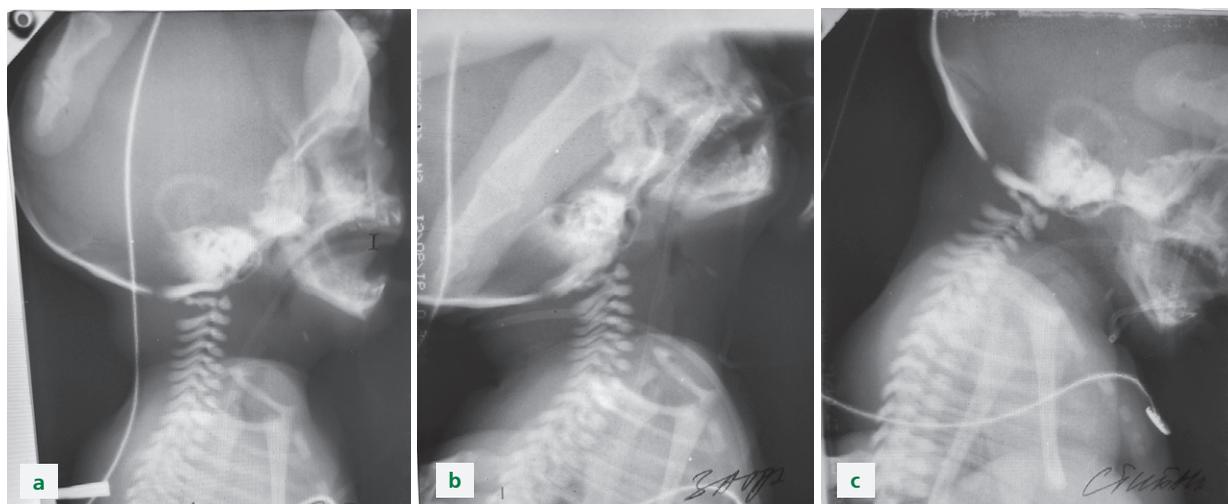


Рисунок 2  
Асимметрия кивательных мышц (а), лица и плечевого пояса (b)  
Figure 2  
Asymmetry of the sternocleidomastoid muscles (a), face and shoulder girdle (b)



ти. На основании этой находки сделали вывод о первичном повреждении кивательной мышцы и вторичной природе функционального блока. Ранее мы не наблюдали асимметричного изменения контура кивательных мышц при тракции шейного отдела позвоночника, что в представленном случае навело на мысль о наличии кровоизлияния в нижней трети мышцы справа.

Ограничение мануального вмешательства симметричной тракцией по оси с последующей фиксацией воротником Шанца обеспечило терапевтический эффект в виде купирования болевого синдрома, восстановления объема движений в шейном отделе позвоночника и рефлекторной активности в пределах возрастной нормы. Повреждение кивательной мышцы у этого ребенка при первичном осмотре маскировалось антальгическим положением головы и давало клиническую картину суставного блока.

Мануальная терапия шейных блоков у младенцев проводится в два этапа: первый этап — тракция,

второй — ротация. В данном случае первый этап: тракция шейного отдела на фоне медикаментозного обезболивания позволила выявить травму кивательной мышцы как первичный дефект, и ограничиться этим этапом с последующей иммобилизацией.

Мы считаем, в подобных случаях второй этап мануальной терапии не только не нужен, но вреден, поскольку травмированная мышца подвергается чрезмерному растяжению и скручиванию, что ее дополнительно травмирует.

Кривошея на сегодняшний день — это «верный» диагноз, который при одинаковой клинической картине в своем происхождении объединяет несколько этиологических моментов, в том числе мышечную, костную и суставную. При этом тактика лечения будет принципиально разной в зависимости от причины. В представленном случае мышечное повреждение определяло клиническую и рентгенологическую картины функционального блока. Первый этап процедуры мануальной терапии явился диффе-

ренциальным вектором в разграничении первичной и вторичной патологии, определив тактику дальнейшего ведения пациента.

первом этапе мануальной терапии, следует ограничиться тракцией с последующей иммобилизацией воротником Шанца.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Невзирая на схожесть клинической картины кривошеи, этиологический фактор определяет тактику лечения. В случае первичного повреждения кивательной мышцы, что может проявиться лишь на

## Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Shklyarenko AP, Kovalenko TG, Ul'yanov DA. Use of adaptive physical culture's means in the elimination of muscle structures's overstrain in babies with acquired torticollis. *Physical culture: upbringing, education, training*. 2021; (2): 56-58. Russian (Шклярченко А.П., Коваленко Т.Г., Ульянов Д.А. Использование средств адаптивной физической культуры при устранении перенапряжения мышечных структур у младенцев с приобретенной кривошеей //Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2021. № 2. С. 56-58.)
2. Emilbekov ME. Factor saffectingther is koftorticollis in babies in Kyrgyzstan. *Bulletin of Scienceand Practice*. 2019; 5(4): 131-136. Russian (Эмилбеков М.Э. Факторы, влияющие на риск формирования кривошеи у детей Кыргызстана // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5, № 4. С. 131-136.) DOI: 10.33619/2414-2948/41/14.
3. Hodzhaeva LYu, Hodzhaeva SB. Differential diagnosis of torticollis in babies of the first year life. *Traumatology and Orthopedics in Russia*. 2011; 3(61): 68-72. Russian (Ходжаева Л.Ю., Ходжаева С.Б. Дифференциальная диагностика кривошеи у детей первого года жизни //Травматология и ортопедия России. 2011. № 3(61). С. 68-72.)
4. Semenov SV, SHarpar' VD, Neganov OA, Kamenskih MS, Egorov VA, Islent'ev AV. The current state of the issue of congenital muscular torticollis of diagnosis and treatment. *Genius Orthopedics*. 2013; (3): 98-102. Russian (Семенов С.В., Шарпарь В.Д., Неганов О.А., Каменских М.С., Егоров В.А., Ислентьев А.В. Современное состояние вопроса диагностики и лечения врожденной мышечной кривошеи //Гений Ортопедии. 2013. № 3. С. 98-102.)
5. Zagorodnikova OA, Konovalova NG, Koltunova AA. Early diagnosis of cervical birth injury in babies. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2022; 2(89): 11-15. Russian (Загородникова О.А., Коновалова Н.Г., Колтунова А.А. Ранняя диагностика шейной родовой травмы младенцев //Мать и Дитя в Кузбассе. 2022. № 2(89). С. 11-15.) DOI: 10.24412/2686-7338-2022-11-15.

### КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЗАГОРОДНИКОВА Ольга Александровна

654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, д. 5, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Тел: 8 (3843) 73-46-91 E-mail: doctor-oa@mail.ru ORCID: 0000-0002-1075-2957

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

ЗАГОРОДНИКОВА Ольга Александровна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: doctor-oa@mail.ru ORCID: 0000-0002-1075-2957

КОНОВАЛОВА Нина Геннадьевна, доктор мед. наук, профессор кафедры неврологии, рефлексотерапии и мануальной терапии, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ВО РМАНПО Минздрава России; профессор кафедры физической культуры и спорта, КГПИ КемГУ, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: konovalovang@yandex.ru

### INFORMATION ABOUT AUTHORS

ZAGORODNIKOVA Olga Alexandrovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of pediatrics, Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Novokuznetsk, Russia. E-mail: doctor-oa@mail.ru ORCID: 0000-0002-1075-2957

KONOVALOVA Nina Gennadiyevna, doctor of medical sciences, professor of the department of neurology, reflexology and manual therapy, Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education; professor, department of physical culture and sports, Kuzbass Humanitarian Pedagogical Institute of Kemerovo State University, Novokuznetsk, Russia. E-mail: konovalovang@yandex.ru