

УДК 616-006.31:616-053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/41/13>

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРИВОШЕИ У ДЕТЕЙ КЫРГЫЗСТАНА

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

©Маймерова Г. Ш., д-р мед. наук, Национальный центр охраны материнства и детства
при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан,
sh.gulzat@yandex.com

©Фуртикова А. Б., канд. мед. наук, Национальный центр охраны материнства и детства
при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан

©Амираев Н. А., канд. мед. наук, Национальный центр охраны материнства и детства при
Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF TORTICOLLIS IN CHILDREN OF KYRGYZSTAN

©Emilbekov M., Maternity and child welfare national center under the Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan,

©Maimerova G., Dr. habil., Maternity and child welfare national center under the Ministry
of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan, sh.gulzat@yandex.com

©Furtikova A., M.D., Maternity and child welfare national center under the Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

©Amiraev N., M.D., Maternity and child welfare national center under the Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

Аннотация. В статье представлены клинические особенности кривошеи у детей на основании полученных результатов. Установлено что всех пациентов с диагнозом кривошея объединяют общие симптомы, методы диагностики и подходы к лечению. Также имело место мигрирование данных больных из одной группы в другую или сочетание нескольких симптомов у одного и того же пациента по ходу их обследования.

Abstract. The article presents the clinical features of torticollis in children on the basis of the obtained results. It was established that in all patients with a diagnosis of torticollis, common symptoms, diagnostic methods and treatment approaches are combined. Also, there was a migration of these patients from one group to another or a combination of several symptoms in the same patient in the course of their examination.

Ключевые слова: дети, кривошея, клинические особенности, симптомы.

Keywords: children, torticollis, clinical features, symptoms.

Шейный отдел позвоночника является самым подвижным и самым хрупким отделом, поэтому даже во время физиологических родов его легко травмировать. Пороки шейного отдела позвоночника являются гетерогенной группой эмбриопатий [1–2]. На сегодняшний день термин «кривошея» объединяет целый ряд патологических состояний, которые проявляются порочным положением головы и ограничением движений в шейном отделе позвоночника [7]. Относительно мономорфная клиническая картина кривошеи при полиэтиологичной природе дает основание многим авторам считать ее внешним

проявлением, симптомом или синдромом различных врожденных и приобретенных заболеваний опорно–двигательной системы [8].

Кривошея — одно из самых распространенных заболеваний опорно–двигательной системы у детей, которое характеризуется общим признаком — фиксированным неправильным положением головы с ограничением движений в шейном отделе [9–10]. Данная картина дает основание некоторым авторам [3] считать ее симптомом врожденных или приобретенных заболеваний опорно–двигательной системы (кривошея врожденного характера или мышечного происхождения [4–6]).

Материал и метод исследования

Данное исследование проводилось на базе Национального центра охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Киргизской Республики (НЦОМид) в отделении хирургической инфекции, возраст детей составил от до 17 лет, средний возраст 6 лет. С диагнозом «Кривошея» 72 пациентов находились на стационарном и амбулаторном лечении, клинический диагноз был выставлен на основании МКБ-10. Были использованы данные медицинской карты стационарного больного (№003/У) и амбулаторных карт пациентов, рентгенограммы, КТ, МРТ и нейрофизиологические методы исследования. Также нами оценивалось визуально положение головы у ребенка в 3-х плоскостях. Инструментально-диагностические методы проводились на базе отделения функциональной и лучевой диагностики НЦОМид.

Результаты исследования

Нами было проведено обследование и лечения 74 детей (40 девочек и 32 мальчика) в возрасте от 3 до 17 лет с диагнозом «Кривошея», находившиеся на стационарном лечении в отделении острой хирургической инфекции НЦОМид. Из обследованных детей 45 составили из сельской местности и 27 пациенты из города (Рисунок 1).

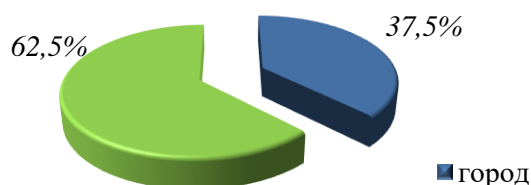


Рисунок 1. Распределение пациентов в зависимости от места проживания.

33 пациентам был диагностирован диагноз «Врожденная мышечная кривошея справа», 17 — «Врожденная мышечная кривошея слева», а 15 детям был выставлен диагноз «Мышечная кривошея справа» и 7 — «Мышечная кривошея слева» (Рисунок 2).

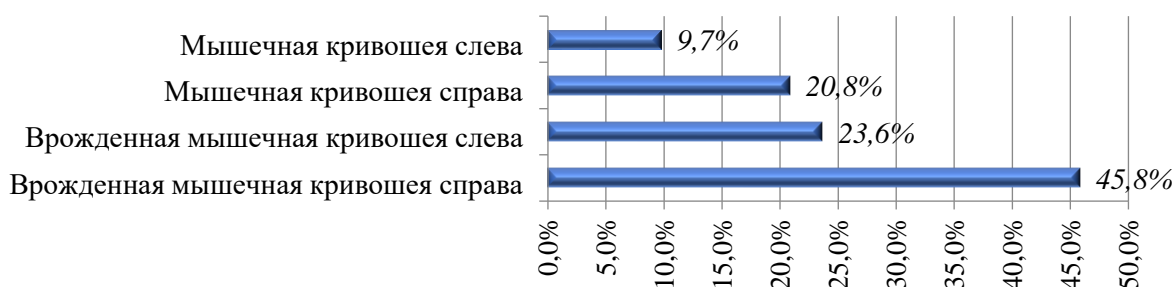


Рисунок 2. Распределение пациентов в зависимости от клинического диагноза.

Как видно из Рисунка 3., наибольшее количество детей (22) поступило с вышеизложенными диагнозами из Чуйской области, далее были из г. Бишкек (13), из Иссыккульской области — 11 пациентов и 10 — из Джалалабадской области. С диагнозом кривошея из Таласской области были госпитализированы 7 детей, из Нарынской области — 5 и из Ошской области — 4 пациента.

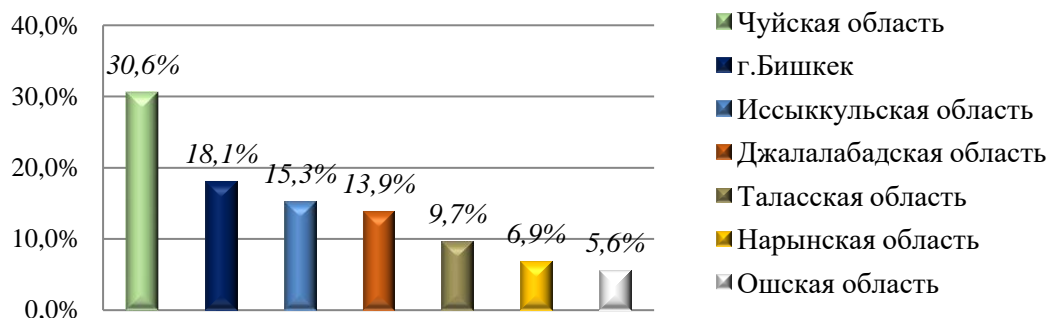


Рисунок 3. Распределение пациентов в зависимости от региона проживания.

При обращении у 12 детей имело место жалоба на наклон головы вправо, это связано с тем что в большинстве случаев встречается правосторонняя кривошея у детей и новорожденных. Данная патология связана с изменением кивательной (грудино–ключично–сосцевидной) мышц. А 11 пациентов жаловались на искривление шейного отдела позвоночника на право. У 8 пациентов имело место как деформация шеи справа и слева, 7 больных предъявляли жалобы на искривление шеи и вынужденное положение головы на правом боку, ограничение движений. У 6 детей имело место деформация головы справа и у 6 — вынужденное положение головы, при наклоне на левую сторону.

У 5 детей отмечалось асимметрия лица, боли в области шеи справа и ограничение движения, при повороте лица в противоположную сторону. На деформацию шеи справа и асимметрию лица жаловались 4 детей и у 3 — имело место деформацию шеи справа и отсутствие слуха справа (Таблица 1).

Таблица 1.

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОБРАЩЕНИИ К СПЕЦИАЛИСТУ

Наименование	%
На наклон головы вправо	16,7
На искривление шейного отдела позвоночника на право	15,3
На деформацию шеи справа	11,1
на деформацию шеи слева	11,1
На искривление шеи и вынужденное положение головы на правом боку, ограничение движений	9,7
На деформацию головы справа	8,3
На вынужденное положение головы, при наклоне на левую сторону	8,3
На асимметрию лица, боли в области шеи справа, ограничение движения при поворот лица в противоположную сторону	6,9
На деформацию шеи справа и асимметрию лица	5,6
На деформацию шеи справа и отсутствие слуха справа	4,2

Как видно из Рисунка 4. при поступлении в стационар у пациентов выявлялись боли в данный момент или до обращения в стационар т. к. при кривошеи боль является одним из основных симптомов.

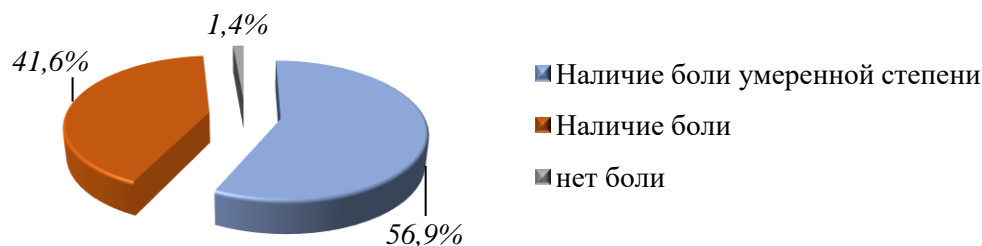


Рисунок 4. Наличие симптома боли у пациентов с кривошеей.

При выяснении данного симптома мы акцентировали на следующие параметры:

1. Когда и в какое время появилась боль, и с чем было связано.
2. Интенсивность боли у пациента.
3. Локализация боли.
4. Усиление и уменьшение боли со времени появления данного признака.
5. Изменения характера боли при изменении положения головы.

При поступлении в стационар данные пациенты жаловались, что у них чаще болит шея по сравнению с другими детьми дома или в школе, доставляя этим дискомфорт. Боли при нагрузке у них усиливались, около 60% детей предпочитали больше лежать на подушке или клонить голову вниз т. к. в данном положении у ребенка отмечалось уменьшения боли. Это видимо было связано с уменьшением напряжения на разгибательные мышцы шеи.

При визуальном осмотре у 72 пациентов имело место наличие деформации шеи той или иной степени.

Проанализировав время появления деформаций в шейном отделе у пациентов, были получены результаты, представленные на Рисунке 5. У 36 детей деформация в шейном отделе отмечалась с рождения ребенка, с 1-месячного возраста имело место у 19 пациентов, с 2-летнего возраста — у 7 и у 3 больных с 5-месячного возраста имело место деформация в области шеи. С 5- и 6-летнего возраста была деформация в области шеи (по 2 ребенка), с 2-месячного возраста — 1.

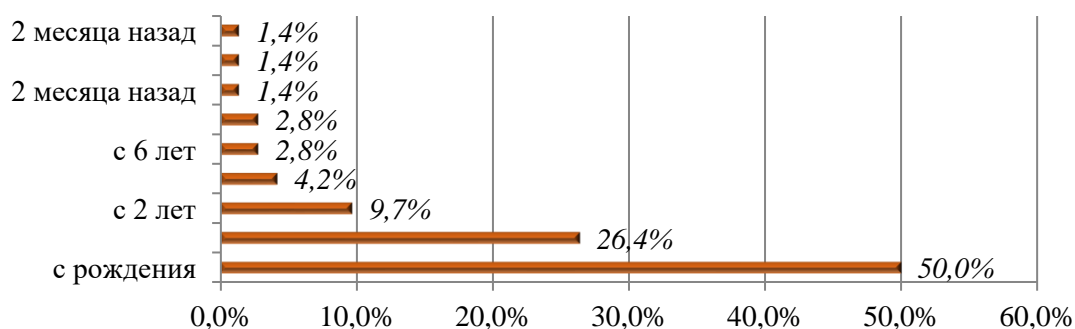


Рисунок 5. Время появления деформаций шеи у детей с кривошеей.

У всех 72 пациентов отмечается усиление динамики проявления деформации в области шеи. Также оценивали наличия головокружения в настоящее время или было ли оно в анамнезе у ребенка. У 50,0% детей имело место сведений о наличие головокружения. Головокружения, т. е. вертебробазилярная недостаточность с головокружением имело место у 6,9% детей, хотя у данных пациентов имело место клиническая картина, а изменений со стороны инструментально — функциональных методов диагностики не было обнаружено. У

15,3% пациентов при проведении КТ с ангиографией был нормальный кровоток, но при этом дети отмечали постоянные головокружения при движениях в шее.

Таким образом, что всех пациентов с кривошеей объединяют общие симптомы, методы диагностики и подходы к лечению. Пациенты с данными диагнозами могут мигрировать из одной группы в другую по ходу их обследования. Представленный анализ позволяет сделать заключение, что необходимо проведение дальнейших исследований и анализа эффективности лечения кривошеи.

Список литературы:

1. Ветриле С. Т., Колесов С. В. К вопросу о правомочности диагноза «ротационный подвывих» // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы науч. конф. детских ортопедов-травматологов России. СПб., 2000. С 34-35.
2. Ветриле С. Т., Колесов С. В. Краниовертебральная патология. М.: Медицина, 2007. 320 с.
3. Зацепин Т. С. Ортопедия детского и подросткового возраста. М.: Медгиз, 1956. 264 с.
4. Мозгунов А. В. Диагностика и лечение острого атланта-аксиального подвывиха у детей и подростков: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Курган. 2004. 22 с.
5. Полищук Н. Е., Корж Н. А., Фищенко В. Я. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Киев: Книга плюс, 2001. 388 с.
6. Apfelbaum R. I., Lonser R. R., Veres R., Casey A. Direct anterior screw fixation for recent and remote odontoid fractures // Neurosurgical Focus. 2000. V. 8. №6. P. 1-10. <https://doi.org/10.3171/foc.2000.8.6.3>.
7. Buhs C., Cullen M., Klein M., Farmer D. The pediatric trauma C-spine: is the 'odontoid' view necessary? // Journal of pediatric surgery. 2000. V. 35. №6. P. 994-997. <https://doi.org/10.1053/jpsu.2000.6951>.
8. 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>.
9. 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.
10. 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. Vetrile, S. T., & Kolesov, S. V. (2000). K voprosu o pravomochnosti diagnoza "rotatsionnyi podvyvikh". In: *Aktual'nye voprosy detskoj travmatologii i ortopedii: materialy nauch. konf. detskikh ortopedov-travmatologov Rossii*, 34-35. (in Russian).
2. Vetrile, S. T., & Kolesov, S. V. (2007). Kraniaovertebral'naya patologiya. Moscow, Meditsina, 320. (in Russian).
3. Zatsepin, T. S. (1956). *Ortopediya detskogo i podrostkovogo vozrasta*. Moscow: Medgiz, 264. (in Russian).
4. Mozgunov, A. V. (2004). Diagnostika i lechenie ostrogo atlanto-aksial'nogo podvyvikh u detei i podrostkov: *avtoref. M.D. diss. Kurgan*, 22. (in Russian).

5. Polishchuk, N. E., Korzh, N. A., & Fishchenko, V. Ya. (2001). Povrezhdeniya pozvonochnika i spinnogo mozga. *Kiev: Kniga plyus*, 388. (in Russian).
6. Apfelbaum, R. I., Lonser, R. R., Veres, R., & Casey, A. (2000). Direct anterior screw fixation for recent and remote odontoid fractures. *Neurosurgical Focus*, 8(6), 1-10, <https://doi.org/10.3171/foc.2000.8.6.3>.
7. Buhs, C., Cullen, M., Klein, M., & Farmer, D. (2000). The pediatric trauma C-spine: is the 'odontoid' view necessary? *Journal of pediatric surgery*, 35(6), 994-997. <https://doi.org/10.1053/jpsu.2000.6951>.
8. 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>.
9. 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.
10. 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 18.03.2019 г.

Принята к публикации
24.03.2019 г.

Ссылка для цитирования:

Эмилбеков М. Э., Маймерова Г. Ш., Фуртикова А. Б., Амираев Н. А. Клинические особенности течения кривошеи у детей Кыргызстана // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №4. С. 125-130. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/41/13>.

Cite as (APA):

Emilbekov, M., Maimerova, G., Furtikova, A., & Amiraev, N. (2019). Clinical Features of the Course of Torticollis in Children of Kyrgyzstan. *Bulletin of Science and Practice*, 5(4), 125-130. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/41/13>. (in Russian).