

О. В. Клюева

КРИВОШЕЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. П. В. Маркауцан

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Резюме. В работе отражены современные аспекты оперативной и консервативной терапии врожденной мышечной кривошеи у детей. Проанализированы 12 историй болезни детей, прооперированных в ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии» за 2006-2016 гг., 18 литературных источников, изданных с 1980 по 2016 год.

Ключевые слова: врожденная мышечная кривошея, оперативная коррекция.

Resume. In this article modern aspects of conservative and surgical treatment of congenital muscular torticollis among children are described. We analyzed 12 records of patients operated at RSPC of traumatology and orthopedics in 2006-2016 and 18 sources of literature published in 1980-2016.

Keywords: congenital muscular torticollis, surgical treatment.

Актуальность. Врожденная мышечная кривошея остаётся актуальной проблемой современной ортопедии, занимая высокое место в структуре врожденной патологии костно-мышечного аппарата. Частота встречаемости кривошеи по отношению к другим ортопедическим заболеваниям колеблется, по данным разных авторов, от 0,2 до 2% ; по отношению к врожденным деформациям — от 5,2 до 12,4%, занимая третье место после врожденной косолапости и врожденного вывиха бедра [3], [6]. По данным национальной ассоциации людей, страдающих кривошеей (США), распространённость заболевания составляет 3 человека из каждых 10 000 жителей США [1].

Цель: выявление особенностей развития детей с врожденной мышечной кривошеей, которым впоследствии потребовалась оперативная коррекция патологии.

Задачи:

1. Обобщение и анализ литературных данных;
2. Поиск и изучение всех случаев оперативного лечения врожденной мышечной кривошеи за 2006-2016 гг., зарегистрированных в ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии»;
3. Обработка полученных ретроспективных данных в программе Microsoft Excel.

Материал и методы. В ходе работы были проанализированы данные 18 русскоязычных и зарубежных литературных источников, 12 историй болезни детей, прооперированных в ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии» по поводу врожденной мышечной кривошеи за 2006-2016 годы, найденных по операционным журналам среди порядка 11000 операций, проведенных за исследуемый период. Обработка полученных сведений проводилась в программе Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. В вопросах этиологии и патогенеза врожденной мышечной кривошеи до сих пор остаётся много неясного.

Долгое время считалось, что к развитию заболевания приводит неправильное вынужденное положение головы плода в полости матки, повреждение грудино-ключично-сосцевидной мышцы в момент родов, воспаление или ишемия мышцы.

На сегодняшний день наибольшее количество сторонников нашла концепция врожденного порока развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Снижение её эластичности при этом способствует травматизации мышцы в момент родов [3].

Манифестация симптомов начинается к концу 2-й недели жизни. К 4-8 месяцу снижается эластичность мышцы, возникает отставание в росте по сравнению с противоположной стороной [5].

Клинически у детей с врождённой мышечной кривошеей обнаруживается резкая асимметрия лица и черепа. Формируется наклон головы в сторону поражения и поворот — в противоположную. Дальнейшие изменения в скелете — компенсаторные — вследствие стремления головы к вертикальной позиции [5]. Отмечается более высокое стояние надплечья и лопатки на стороне поражения [3]. В шейном отделе позвоночника наблюдается сколиоз с вогнутостью в сторону укороченной мышцы, в грудном — компенсаторное искривление в обратную. Сосцевидный отросток увеличен за счет тяги пораженной мышцы, ячейки воздухоносной полости — более крупные. Изменяется направление слухового прохода [3].

При осмотре лица отмечается искривление его в сагиттальной плоскости. Та половина лица, которая обращена к больной стороне, короче и шире, противоположная — длиннее и уже. При укорочении обеих грудино-ключично-сосцевидных мышц голова наклонена либо назад, либо вперед [3].

Диагностика врождённой мышечной кривошеи основана на клинических проявлениях, данных УЗИ и относительно несложна. По данным разных исследований, средний возраст, в котором выставляется диагноз врожденной мышечной кривошеи составляет от 19 дней до 4 месяцев [10]. Тем не менее, нередко случаи, когда диагноз ставят только детям старшего возраста; поздняя диагностика достигает 10% (П. Я. Фищенко) [1]. Ещё реже в раннем возрасте распознается двустороннее поражение мышцы, при котором асимметрия мало заметна, а двустороннее утолщение мышц принимается за вариант нормы. В результате диагноз ставится только в более старшем возрасте, когда уже сформировалась вторичная деформация позвоночника [1]. На рентгенограмме при врождённой мышечной кривошее не обнаруживают изменений, кроме асимметрии черепа [4]. Снимки шейного отдела позвоночника очень трудно интерпретировать из-за значительной ротации. Тем не менее, их рекомендуется выполнять для исключения серьезных переломов или вывихов.

В процессе выполнения работы было проанализировано 12 историй болезни детей (4 девочки, 8 мальчиков), найденных по операционным журналам среди порядка 11000 протоколов операций. Дети были прооперированы по поводу врожденной мышечной кривошеи в РНПЦ травматологии и ортопедии за 11 лет (с 2006 по 2016 год включительно). Средний возраст на момент операции составил 7,6 лет (от 2 до 14 лет).

Двое детей (16,7%) прооперированы повторно. Из 12 детей 1 ребенок (14 лет) консервативно не лечился, 11 (91,7%) — лечились консервативно без должного эффекта.

Тяжелые деформации костей черепа и позвоночника отмечались в 50% случаев. У двоих детей отмечают сочетанные патологии костно-мышечной системы (врожденная двусторонняя косолапость, генетическая низкорослость).

Операции проводились методом миотомии с частичным иссечением мышцы. Средняя продолжительность пребывания ребёнка в стационаре составила 7 дней, осложнений в раннем постоперационном периоде не наблюдалось.

Консервативное лечение врожденной мышечной кривошеи заключается в пассивной гимнастике без насилия. Как рассасывающую терапию рекомендуют токи УВЧ на область уплотненной мышцы, электрофорез. Положение головы ребенка корректируют во время сна, а в период бодрствования привлекают его внимание яркими игрушками. По данным института Турнера, эффективность консервативного лечения у детей в возрасте до 2 лет составляет 85% (по С. Т. Зацепину — 74%) [1].

Согласно исследованию итальянских ученых, при начале консервативного лечения в возрасте 10 недель полное выздоровление при проведении терапии врачом-физиотерапевтом наступает через 81 день, а при проведении терапии родителями — через 72 дня. Различия в продолжительности терапии являются статистически незначимыми, однако свидетельствуют о возможности полного выздоровления с помощью исключительно консервативного лечения. Исследования же корейских ученых показали, что статистически значимой является связь продолжительности реабилитации с ранней диагностикой состояния и маленьким весом при рождении. При этом срок гестации и сочетанные ортопедические патологии на длительность периода реабилитации не влияют [9].

По данным Американской ассоциации хирургов-ортопедов, около 10% детей требует оперативного вмешательства. Показанием к оперативному лечению является отсутствие результатов консервативной терапии у детей старше трех лет, нарастающая асимметрия лица и черепа [3], [4], [7]. Согласно исследованиям, проведенным учеными университета Гази (Турция, Анкара), средний возраст детей, прооперированных по поводу врожденной мышечной кривошеи с 1990 по 2004 год составил 4,3 года (от 5 месяцев до 16 лет) [7].

В основном применяют два метода оперативного вмешательства: миотомию грудино-ключично-сосцевидной мышцы с частичным ее иссечением и рассечением фасции шеи и пластическое удлинение этой мышцы [5].

Другим направлением хирургического лечения врожденной кривошеи является удаление всей пораженной грудино-ключично-сосцевидной мышцы с пластикой лавсановой лентой или консервированным сухожилием [3].

В постоперационном периоде проводят вытяжение на наклонной плоскости с помощью петли Глиссона или шею и голову фиксируют воротником Шанца. Через 7 дней на 3—4 недели накладывают гипсовый ошейник с полукорсетом в положении

гиперкоррекции [2].

По результатам корейских ученых, проанализировавших 12 исследований, опубликованных с 1976 по 2014 год, эффективность хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи достигает 81% и не зависит от возраста пациента [8].

Помимо литературных источников, в процессе выполнения работы было проанализировано 12 историй болезни детей (4 девочки, 8 мальчиков), найденных по операционным журналам среди порядка 11000 протоколов операций. Дети были прооперированы по поводу врожденной мышечной кривошеи в РНПЦ травматологии и ортопедии за 11 лет (с 2006 по 2016 год включительно). Средний возраст на момент операции составил 7,6 лет (от 2 до 14 лет).

Двое детей (16,7%) прооперированы повторно. Из 12 детей 1 ребенок (14 лет) консервативно не лечился, 11 (91,7%) — лечились консервативно без должного эффекта.

Тяжелые деформации костей черепа и позвоночника отмечались в 50% случаев. У двоих детей отмечаются сочетанные патологии костно-мышечной системы (врожденная двусторонняя косолапость, генетическая низкорослость).

Операции проводились методом миотомии с частичным иссечением мышцы. Средняя продолжительность пребывания ребёнка в стационаре составила 7 дней, осложнений в раннем постоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы:

1. При достаточной распространенности врожденной мышечной кривошеи в популяции, процент оперативного лечения мал: из порядка 11000 операций, проведенных за исследуемый период в ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии», только 12 — по поводу врожденной мышечной кривошеи;
2. Во всех рассмотренных случаях оперативного лечения можно говорить о поздней диагностике заболевания либо о низкой комплаентности родителей по поводу консервативного лечения;
3. Статистических различий по стороне поражения и предлежанию плода (головное или тазовое) выявлено не было.
4. По половому признаку преобладали мальчики (66,7%), и в 50% случаев у детей наблюдались тяжелые сопутствующие костные деформации;

O. V. Klueva

CONGENITAL MUSCULAR TORTICOLLIS AMONG CHILDREN

Tutor associate professor P. V. Markautsan

Department of Operative surgery and topographic anatomy

Belarusian State Medical University, Minsk

Список литературы

1. Врожденная мышечная кривошея // <http://www.turner.ru/> URL: http://www.turner.ru/ods_krivosh.html (дата обращения: 30.11.2015).

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

2. И. Литтманн Оперативная хирургия. - 3-е изд. - Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1985
3. М.В. Волков, В.Д. Дедова. Детская ортопедия. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1980. — 312 с.: ил.
4. Травматология и ортопедия учебник для студ. Высш. Учеб. Заведений / Г.М. Кавалерский, Л.Л. Силин, А.В. Гаркави и др.; Под ред. Г.М. Кавалерского. — М.: Издательский центр «Академия», 2005 — 624 с.
5. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. Т.2. — 584 с.: ил.
6. Binder H, Eng GD, Gaiser JF, Koch B. Congenital muscular torticollis: results of conservative management with long-term follow-up in 85 cases. Arch Phys Med Rehabil. 1987; 68: 222–225.
7. Congenital muscular torticollis in children. // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16327275> (дата обращения: 10.11.2015).
8. Effectiveness of Surgical Treatment for Neglected Congenital Muscular Torticollis: A Systematic Review and Meta-Analysis. // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26111334> (дата обращения: 10.11.2015).
9. Factors That Affect the Rehabilitation Duration in Patients With Congenital Muscular Torticollis // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4351490/> (дата обращения: 10.11.2015).
10. Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, et al. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. Laryngoscope 2001; 111: 688–695.