

Случай из практики

БОЛЕЗНЬ ГРИЗЕЛЯ У РЕБЕНКА

Горнаков И.С.¹, кандидат медицинских наук,
Буланкина Е.В.², кандидат медицинских наук,
Чемоданов В.В.^{1*}, доктор медицинских наук,
Краснова Е.Е.¹, доктор медицинских наук

¹ Кафедра детских болезней лечебного факультета ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

² МУЗ «Детская городская клиническая больница № 1», 153025, Иваново, Мальцева, д. 3

Ключевые слова: кривошея, дети, диагностика, лечение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 30-08-02

Одной из редких форм кривошеи, недостаточно освещенной в литературе, является синдром (болезнь) Гризеля, или болезненная кривошея. Данный синдром назван в честь французского врача P. Grisel, которым в 1930 г. описано два случая этого заболевания [2].

Кривошея Гризеля (инфекционный спондилоартрит шейного отдела позвоночника) наступает вследствие подвывиха первого шейного позвонка, причиной которого является воспалительный процесс в зеве или носоглотке. Воспаление распространяется на заглочные лимфатические узлы и далее на околопозвоночные мышцы, прикрепляющиеся к черепу и первому шейному позвонку, которые принимают участие в ротационном движении вокруг зубовидного отростка второго шейного позвонка. При этом околопозвоночные мышцы реагируют стойким укорочением, приводящим к подвывиху первого шейного позвонка и кривошее.

Болезнь Гризеля встречается преимущественно у детей, чаще у девочек, хотя имеются описания случаев заболевания и взрослых пациентов. Среди инфекционных факторов большое значение придается бактериальной или вирусной носоглоточной инфекции. Значительно реже кривошея Гризеля может возникать как осложнение адено tonsиллоэктомии либо другого оперативного вмешательства в носоглотке [1, 6, 7].

Заболевание начинается с подъема температуры тела, явлений токсикоза и появления кривошеи, при которой голова больного с одной стороны наклоняется к плечу, одновременно поворачиваясь в другую сторону. В ряде случаев отмечается болезненный наклон головы вперед. В редких случаях болезнь возникает внезапно, когда утром больной замечает необычное положение головы, сопровождающееся болезненностью.

В диагностике болезни Гризеля большое значение имеет сбор анамнеза, при котором устанавливается

отсутствие травм шейного отдела позвоночника, являются признаки инфекционного токсикоза, воспалительные изменения периферической крови, а при осмотре регистрируют патологическое положение головы больного, то есть собственно кривошею [5]. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника иногда обнаруживается подвывих атланта при отсутствии деструктивных изменений в позвоннике или нестабильность его шейного отдела.

Дифференциальная диагностика должна исключить менингеальную инфекцию, опухоль головного мозга и даже инородное тело в пищеводе [4, 9].

Лечение заключается в ликвидации воспалительного очага (антибиотики, противовоспалительные средства), вытяжении за голову при помощи петли Глиссона. При правильном и своевременном лечении у всех больных наступает выздоровление [3, 8].

Мы имеем опыт наблюдения и лечения трёх таких больных: двух мальчиков и одной девочки в возрасте от 6 до 16 лет. Общими признаками заболевания у всех детей были катаральные явления верхних дыхательных путей и кривошея при отсутствии указаний на травму головы или шеи. Все больные поступали в детское отделение травматологии и ортопедии с подозрением на подвывих шейного отдела позвоночника.

Считаем возможным описать недавнее клиническое наблюдение за мальчиком 9 лет. Ребенок обратился с жалобами на лихорадку (повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 2–3 дней, головную боль, головокружение, нарушение зрения (двоение в глазах), светобоязнь, появившееся расходящееся косоглазие, боль и ограничение движений при поворотах головы. Травматические повреждения головы и шеи больного были исключены.

Состояние ребенка при осмотре расценено как среднетяжелое, определялись субфебрильная

Gornakov I.S., Bulankina E.V., Chemodanov V.V., Krasnova E.E.

GRISEL DISEASE IN A CHILD

Key words: infant, diagnostics, torticollis, treatment.

лихорадка, вялость, вынужденное положение головы – левосторонняя кривошея, расходящееся косоглазие справа.

Кожа чистая. В зеве: легкая гиперемия и зернистость задней стенки глотки, увеличение миндалин II степени, лакуны чистые. Глотание безболезненное. Носовое дыхание свободное. Отмечено умеренное увеличение подчелюстного лимфатического узла слева до 1,0 см, безболезненного при пальпации.

Выявлена болезненность при пальпации мышц шеи слева и их напряжение. Движения головы были ограниченными и болезненными. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не смещены, тоны сердца отчетливые, ритмичные, частота сердечных сокращений составляла 92 уд./мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпировался на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не определялась. Физиологические отправления без изменений.

В общем анализе крови концентрация гемоглобина составляла 113 г/л, количество эритроцитов – 4,1 Т/л, лейкоцитов – 20,7 Г/л, содержание нейтрофилов – 79%, в том числе палочкоядерных – 5%, сегментоядерных – 74%, моноцитов – 9%. Определялась токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ до 48 мм/ч. Отклонений в общем анализе мочи не обнаружено. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника без патологических изменений. На рентгенограмме придаточных пазух носа отмечено снижение пневматизации верхнечелюстной пазухи слева. Компьютерная томограмма мозга и костей черепа верифицировала пристеночное снижение пневматизации основной пазухи слева, а также снижение пневматизации ячеек сосцевидного отростка слева. По данным УЗДГ выявлено снижение кровотока в левой позвоночной артерии.

При осмотре больного оториноларингологом отмечена отечность слизистой оболочки носа при отсутствии отделяемого из полости носа. При осмотре окулистом выявлено расходящееся косоглазие справа. Движения глазных яблок совершались в полном объеме, глазные среды были прозрачными, диски зрительных нервов розовыми, четкими, изменений сосудов сетчатки не обнаружено.

Имеющиеся симптомы умеренного инфекционно-токсикоза, неврологические проявления в виде цефалгии, головокружений, появившееся косоглазие, нарушения зрения потребовали консультации невролога, нейрохирурга и врача-инфекциониста, которые не обнаружили данных, свидетельствующих об объемном процессе в головном мозге, а также признаков воспалительного поражения ЦНС.

Совокупность анамнестических, клинко-инструментальных данных позволили диагностировать синдром Гризеля, развившийся на фоне вирусно-бактериальной инфекции носоглотки в виде назофарингита и синусита.

Назначенное лечение включало антибиотикотерапию (цефтриаксон внутримышечно), противовоспалительные (диклофенак внутримышечно) и гипосенсибилизирующие средства, наложение воротника Шанца.

На третий день лечения в стационаре состояние ребенка значительно улучшилось, температура тела нормализовалась. Болевой синдром исчез на пятый день. Проявления кривошеи ликвидировались, активные и пассивные движения головы стали свободными и безболезненными. Положение глазных яблок и зрение восстановились. Отмечена положительная динамика лабораторных показателей периферической крови: число лейкоцитов уменьшилось до 6,6 Г/л, СОЭ – до 14 мм/час. На 12-й день болезни ребенок выписан домой с выздоровлением. При последующем наблюдении пациента в катамнезе отмечено его хорошее самочувствие, отсутствие каких бы то ни было признаков болезни.

К особенностям представленного случая следует отнести сложность диагностики и дифференциальной диагностики болезни Гризеля у ребенка, особенно в первые дни заболевания. Это обусловлено наличием симптомов, имитировавших опухоль головного мозга или воспалительное заболевание мозговой оболочки. Целью описания данного клинического наблюдения является, с одной стороны, редкость болезни Гризеля, а с другой – недостаточная информированность врачей-педиатров о возможности «болевого» кривошеи, ассоциированной с острой патологией назофарингеальной зоны. Полагаем, что представленный случай останется в профессиональной памяти врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонюк М.И. Болезнь Гризеля после тонзилэктомии // Вестн. оториноларингологии. – 1988. – № 1. – С. 72–73.
2. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. – М.: Медицина, 1981. – 512 с.
3. Никитин М.Н. О болезни Гризеля // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1966. – № 11. – С. 82–85.
4. Шкоба Я.В., Пуденко В.П. Болезнь Гризеля, имитировавшая наличие инородного тела в пищеводе // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1985. – № 2. – С. 76.
5. Harma A., Firat Y. Grisel syndrome: nontraumatic atlantoaxial rotatory subluxation // J. Craniofac. Surg. – 2008. – Vol. 19 (4). – P. 1119–1121.
6. Yu K.K., White D.R., Weissler M.C., Pillsbury H.C. Non-traumatic atlantoaxial subluxation (Grisel syndrome): a rare complication of otolaryngological procedures. Laryngoscope. – 2003. – Vol. 113 (6). – P. 1047–1049.
7. Meek M.F., Hermens R.A., Robinson P.H. La maladie de Grisel: spontaneous atlantoaxial subluxation // Cleft Palate Craniofac. J. – 2001. – Vol. 38 (3). – P. 268–270.
8. Park S.W. et al. Successful reduction for a pediatric chronic atlantoaxial rotatory fixation (Grisel syndrome) with long-term halter traction: case report // Spine. – 2005. – Vol. 30 (15). – P. 444–449.
9. Ugur H.C., Caglar S., Unlu A. et al. Infection-related atlantoaxial subluxation in two adults: Grisel syndrome or not? // Acta Neurochir. (Wien). – 2003. – Vol. 145 (1). – P. 69–72.

Поступила 28.05.2009 г.