

КРИВОШЕЯ



**ВЫПОЛНИЛИ:
СТУДЕНТЫ
ГРУППЫ 2503
АБЛЯЗОВ А.А.,
ИШМАЕВА Д.Б.**

ОПРЕДЕЛЕН ИЕ

- Деформации шеи, отличающиеся по этиологии, патогенезу, клинической картине, но характеризующиеся **общим признаком - фиксированным вынужденным положением головы и шеи** - принято называть кривошеей.

(*caput obstipum* - склонённая на бок голова)

torticollis - скрученная шея,

caput distortum - искривлённая,
уродливая голова).

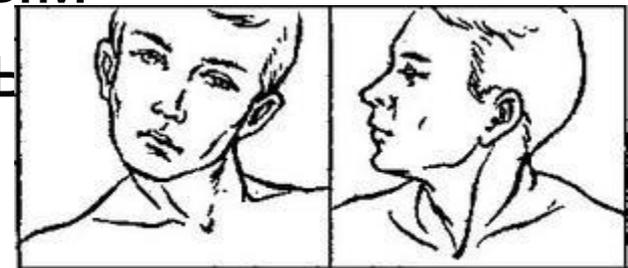


КЛАССИФИКАЦИЯ ПО С.Т. ЗАЦЕПИНУ

Патоген. характ.	Причины	Причины
кривошеи	Врождённая	Приобретённая
1) Миогенная	<ul style="list-style-type: none"> Изменения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц 	<ul style="list-style-type: none"> Острый и хронический миозит грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Оссифицирующий миозит, саркома, эхинококкоз грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2) Артрогенная и остеогенная	<ul style="list-style-type: none"> Сращение шейных позвонков (болезнь Клиппеля-Фейля) – синдром короткой шеи. Клиновидные шейные позвонки. Шейные рёбра 	<ul style="list-style-type: none"> Кривошея Гризеля. Вывих и перелом шейных позвонков (остеомиелит, туберкулёз, метастазы опухоли). Прочие заболевания (рахит, спондилоартроз и т. д.
3) Нейрогенная	-	<ul style="list-style-type: none"> Спастический паралич шейных мышц. Вялый паралич шейных мышц. Рефлекторная (болевая) кривошея при заболеваниях сосцевидного отростка, околоушной железы, ключицы и др.
4) Дермо-десмогенная	<ul style="list-style-type: none"> Врождённые кожные складки шеи (синдром Шерешевского-Тёрнера) 	<ul style="list-style-type: none"> Рубцы после обширных повреждений кожи. Рубцы после воспаления и травм глуб. тк.
5) Вторичная (компенсаторная)		<ul style="list-style-type: none"> Заболевания глаз. Заболевания внутреннего уха

ВРОЖДЁННАЯ МЫШЕЧНАЯ КРИВОШЕЯ

- Из многообразия форм наиболее часто обнаруживают кривошею врождённого характера и мышечного происхождения
- Деформация при врождённой мышечной кривошее в основном обусловлена укорочением грудино-ключично-сосцевидной мышцы, сопровождается иногда первичным или вторичным изменением трапециевидной мышцы и фасций шеи.



1

2

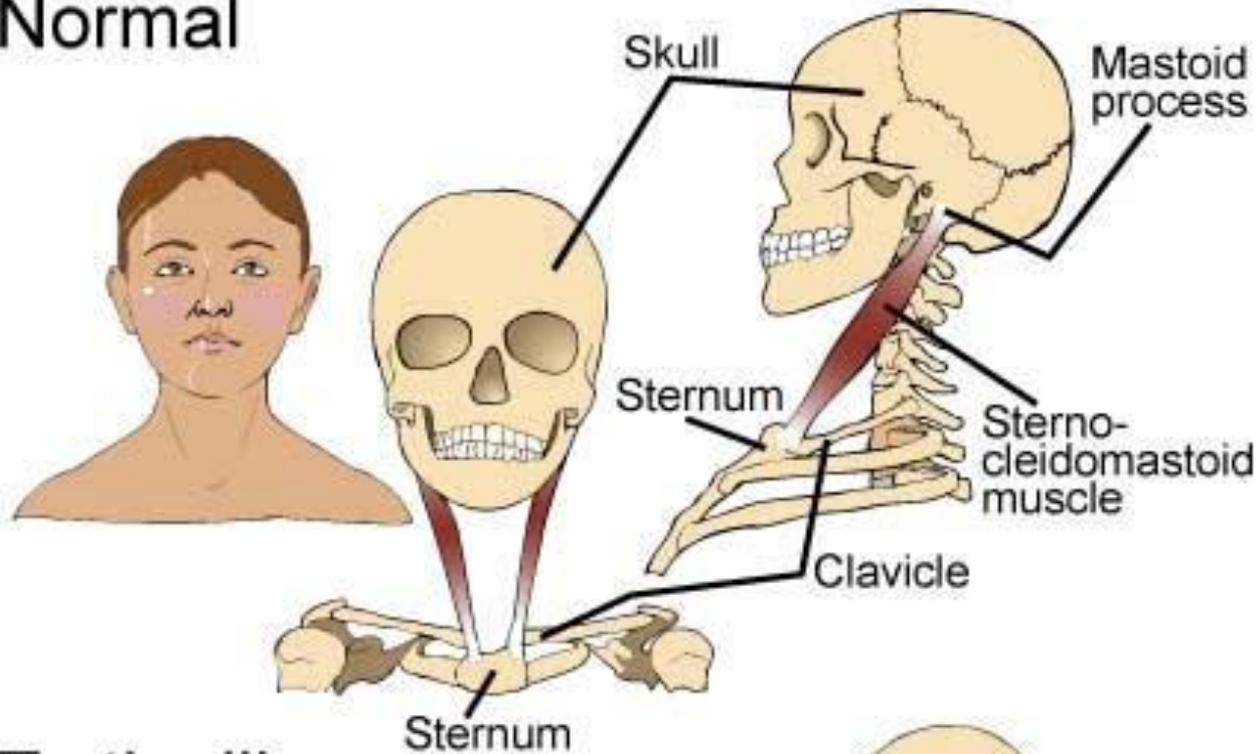
Кривошея: 1 — врожденная мышечная (левосторонняя); 2 — спастическая.

ПРИЧИНЫ КРИВОШЕИ МОГУТ БЫТЬ

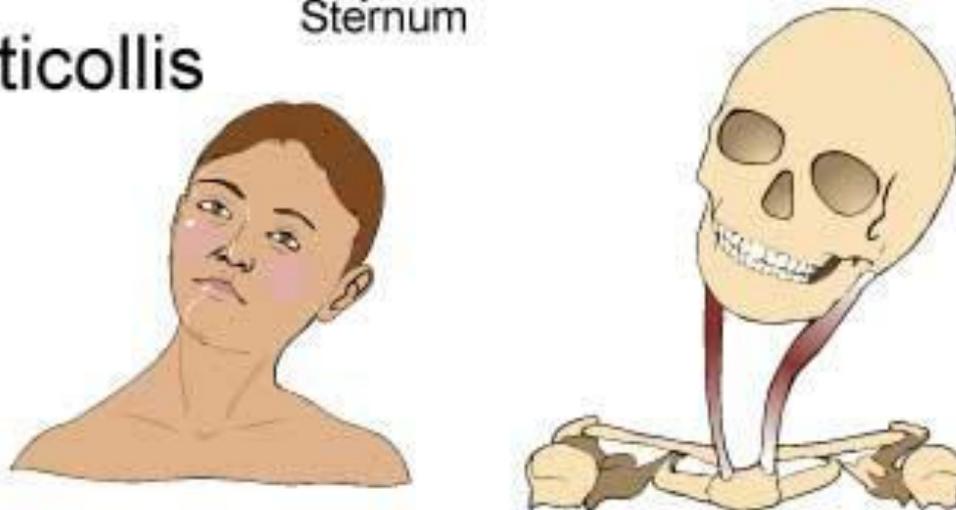
ТАКИМИ:

- неправильное вынужденное положение головы плода при одностороннем чрезмерном давлении на него в полости матки, формирующем длительное сближение точек прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- внутриутробное воспаление грудино-ключично-сосцевидной мышцы с переходом в хронический интерстициальный миозит;
- порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- чрезмерное растяжение или микротравма молодой незрелой мышечной ткани в родах с последующей организацией соединительной ткани.

Normal



Torticollis



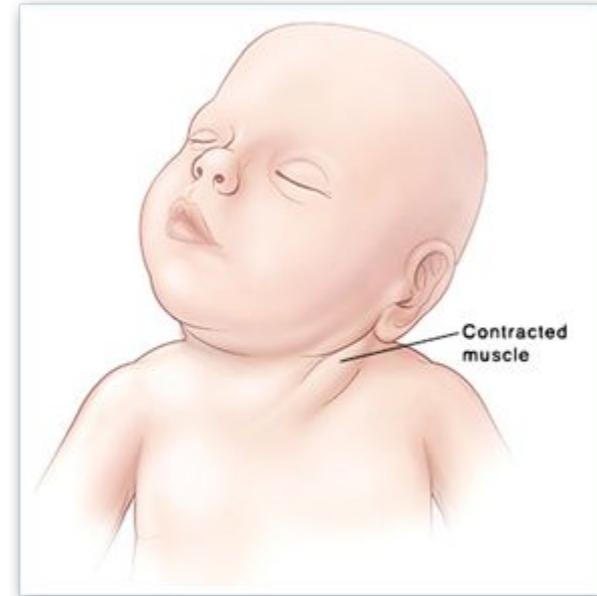
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

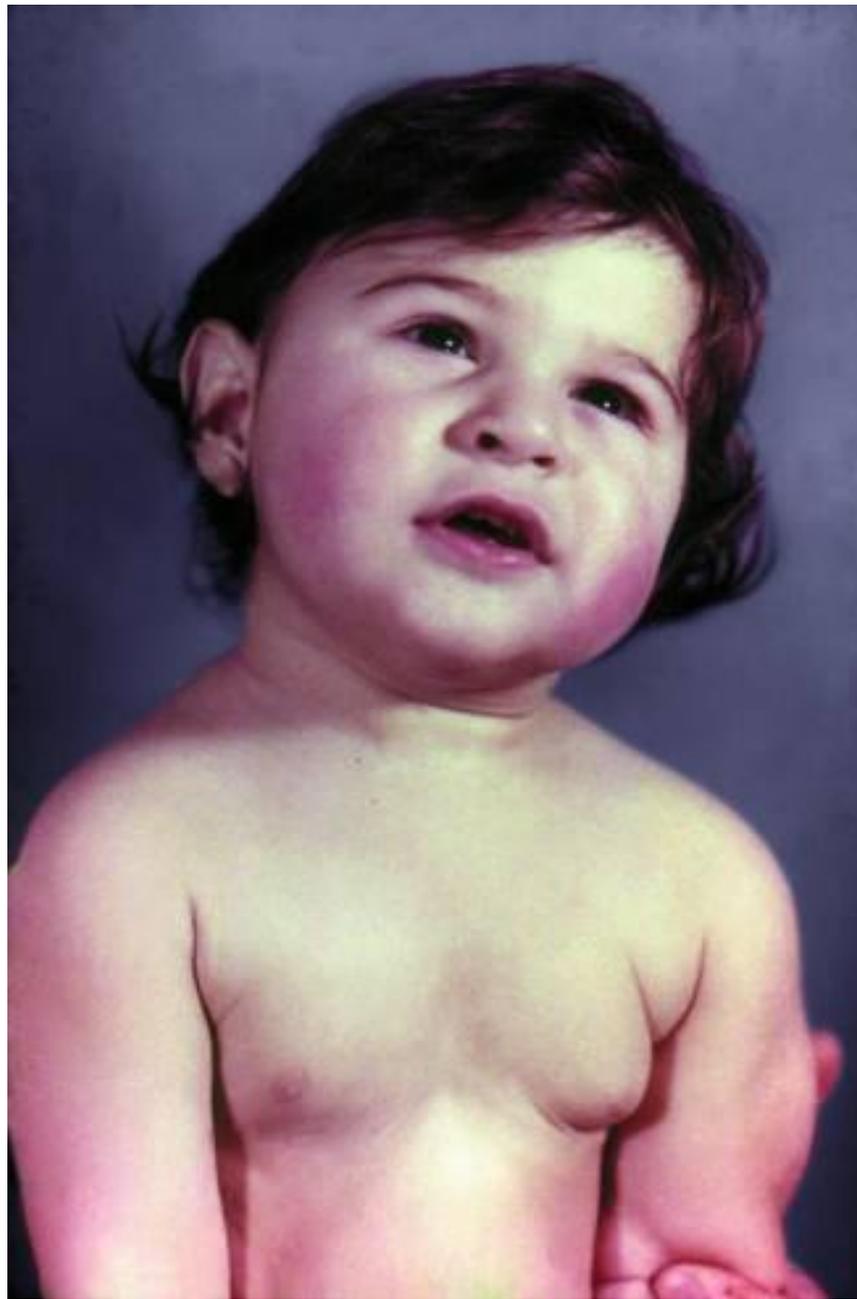
У детей первых 8-12 дней жизни признаки врождённой мышечной кривошеи едва уловимы.

Начальный симптом заболевания проявляется к концу 2-й или началу 3-й недели жизни утолщением булавовидной формы в средней или нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы, что бывает следствием её интранатального повреждения с кровоизлиянием и отёком.

Это утолщение плотной консистенции, легко смещается вместе с мышцей, без признаков воспаления. Чётко контурируемое утолщение мышцы максимально увеличивается к 5-6-й неделе, а в последующем постепенно уменьшается и исчезает к 4-8-му месяцу жизни ребёнка.

В области исчезнувшего утолщения остаётся уплотнение мышцы, снижается её эластичность подобно сухожильному тяжу, возникает отставание в росте по сравнению с одноимённой мышцей противоположной стороны.





- Недиагностированная своевременно кривошея, оставленная без лечения, прогрессирует, особенно в период быстрого роста ребёнка - после 3-6 лет. Наряду с увеличением фиксированного наклона и поворота головы, ограничения подвижности шеи появляются вторичные компенсаторные приспособительные изменения, зависящие от выраженности поражения грудино-ключично-сосцевидной мышцы.



- Заметно проявляются асимметрия и гемигипоплазия лицевого скелета. Размер лица поражённой стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально. В результате глазная щель сужается и располагается несколько ниже, контур щеки сглаживается, приподнимается угол рта. Нос, рот и подбородок располагаются на кривой, вогнутой с больной стороны.



ЛЕЧЕНИЕ

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- следует начать с двухнедельного возраста ребёнка, т.е. с момента проявления симптомов заболевания.
- Выполняют упражнения корригирующей гимнастики продолжительностью до 5 мин 3-4 раза в день: обеими руками берут голову ребёнка, лежащего на спине, и без применения силы нежно наклоняют её в здоровую сторону с одновременным поворотом в больную.
- Параллельно с этим проводят курсы массажа и рассасывающей физиотерапии - электрофорез (с калия йодидом) по 12-15 процедур.
- После проведения 2-3 подобных курсов в подавляющем большинстве случаев удаётся достичь положительного результата, однако необходимо предупредить родителей о возможности рецидива, так как на поражённой стороне будет продолжаться отставание мышцы в росте.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- В случае отсутствия положительной динамики рекомендуют оперативное лечение с 11-12-месячного возраста.
- В зависимости от выраженности изменений грудино-ключично-сосцевидной мышцы, окружающих тканей, деформации, возраста в основном применяют два метода оперативного вмешательства: миотомию грудино-ключично-сосцевидной мышцы с частичным её иссечением и рассечением фасции шеи или пластическое удлинение этой мышцы.

БОЛЕЗНЬ КЛИППЕЛЯ-ФЕЙЛЯ

- Деформация шейного отдела позвоночника, описанная М. Клиппелем и А. Фейлем в 1912 г., представляет собой остеогенную форму врождённой кривошеи.
- Болезнь Клиппеля-Фейля - врождённый, **проявляющийся короткой шеей**, обширным слиянием шейных позвонков и аномалиями ствола мозга и мозжечка.



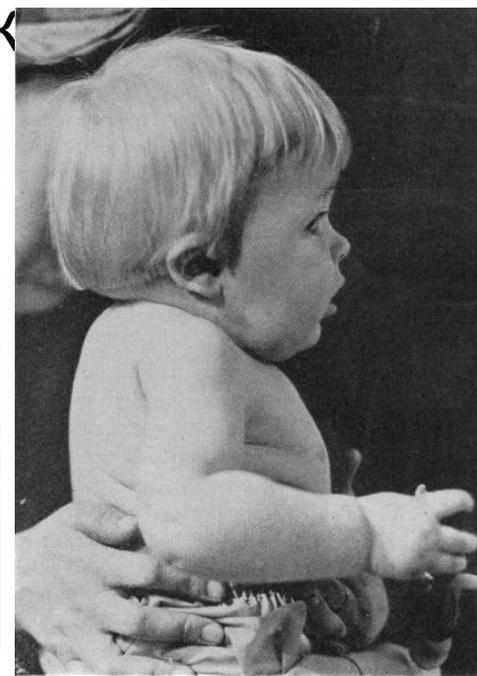
Рис. 1



Рис.2

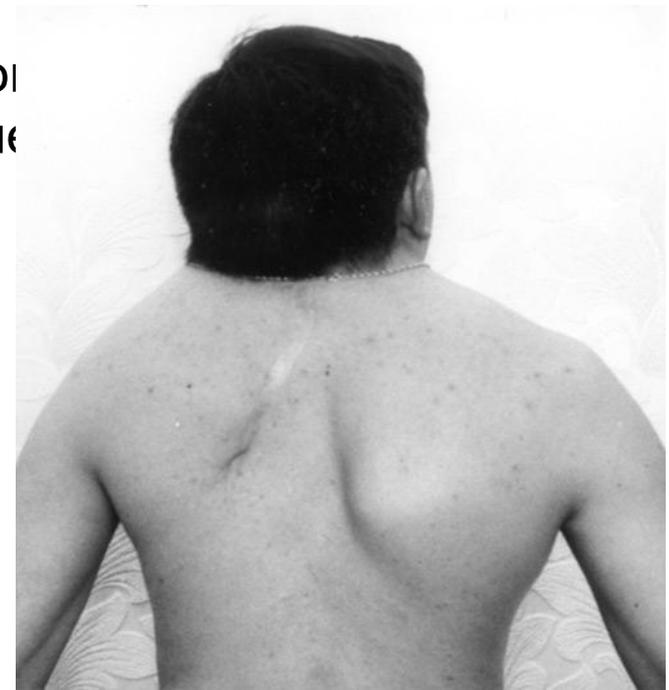


Fusión de las vértebras cervicales C2-3, C4-5



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

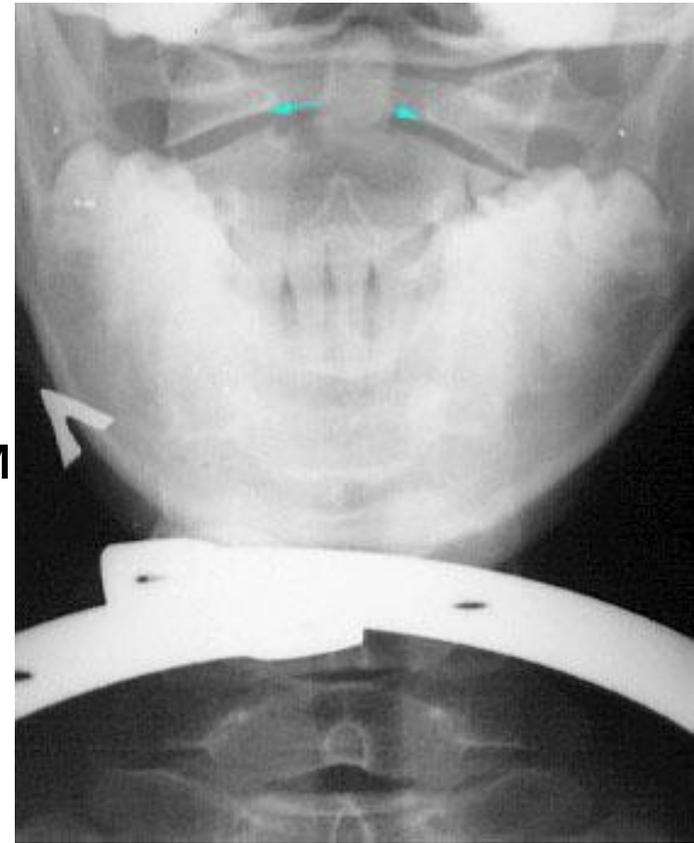
- укорочение шеи. Нередко создаётся впечатление, что относительно увеличенная голова по сравнению с размерами тела расположена непосредственно на туловище;
- голова наклонена в сторону и кпереди, подбородок иногда прилежит к груди;
- асимметрия лица и черепа часто сопровождается косоглазием, нистагмом;
- ушные мочки приближены к надплечьям, граница волос затылочной области располагается на уровне грудных позвонков и даже верхнего края лопаток;
- активные и пассивные движения головы ограничены или отсутствуют;
- кифоз или кифосколиоз шейно-грудного отдела позвоночника, высокое расположение надплечья и лопаток. Деформация кости не сопровождается болевыми ощущениями.



ДИАГНОСТИКА

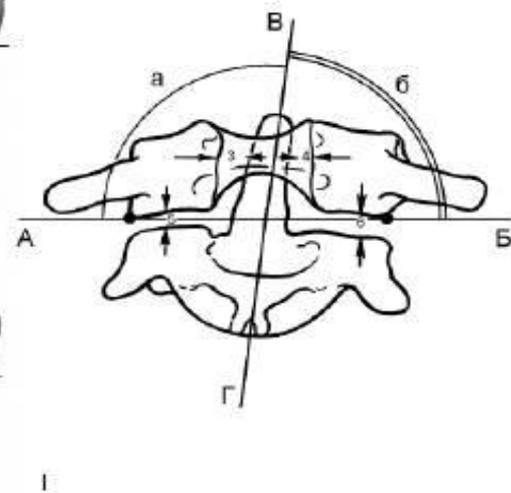
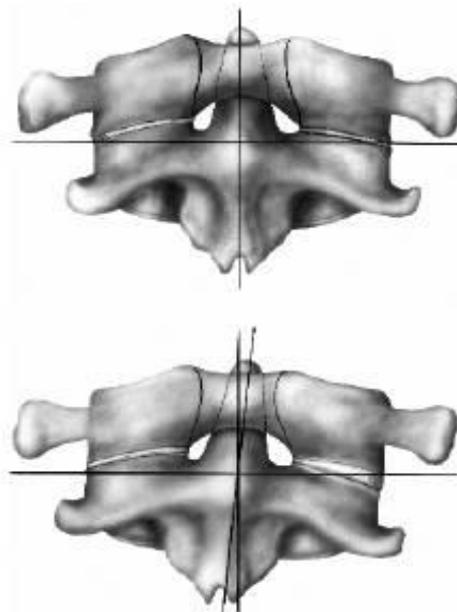
При рентгенологическом исследовании из множества сочетаний различают два варианта:

- уменьшение количества шейных позвонков, их сращение с невозможностью дифференциации, сопровождающееся несращением дужек позвонков;
- синостоз деформированного спаянного конгломерата шейных позвонков с затылочной костью и верхними грудными позвонками, нередко наличие добавочных шейных рёбер и синхондроз высоко расположенной лопатки с позвоночником.



БОЛЕЗЬ ГРИЗЕЛЯ- Ротационное смещение атланта.

- Болезнь Гризеля - **артрогенная форма приобретённой кривошеи.**
- Рентгенограмма, выполненная в положении больного лёжа через открытый рот прицельно на атлanto-эпистрофеальный отдел позвоночника, позволяет убедиться в диагнозе: определяют подвывих атланта - смещение кпереди с некоторым поворотом вокруг вертикальной оси



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Заболевание развивается в основном у ослабленных детей в возрасте 6-11 лет, чаще у девочек, после исчезновения острых воспалительных явлений в зеве и носоглотке, сопровождавшихся повышением температуры тела.
- У ребёнка внезапно после сна, реже после резкого поворота головы возникает вынужденное устойчивое неправильное положение головы с наклоном в одну сторону и умеренным поворотом в противоположную.



ЛЕЧЕНИЕ

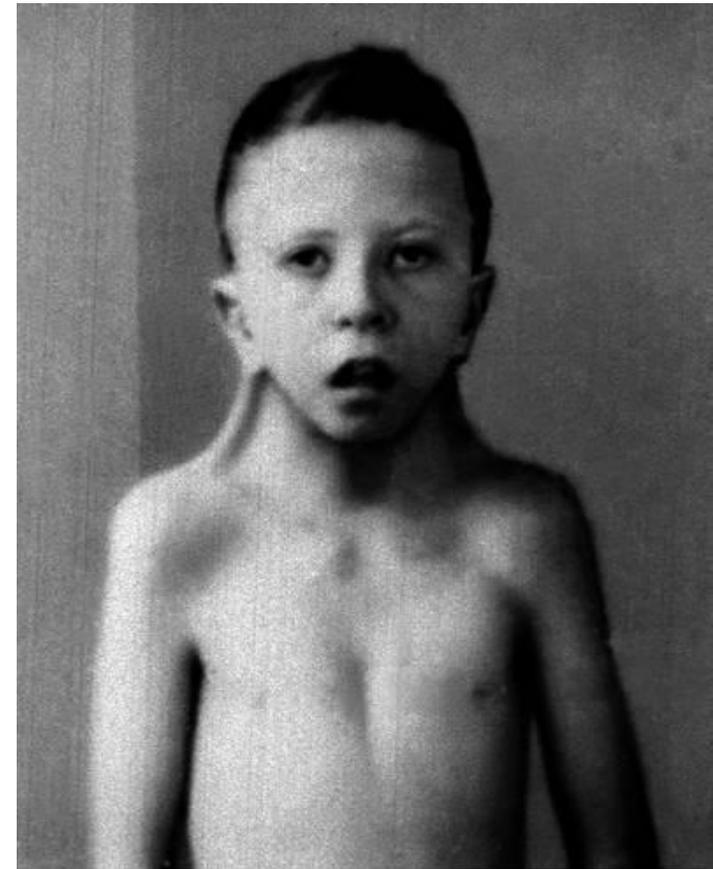
- Деформацию устраняют вытяжением за голову при помощи петли Глиссона на наклонной плоскости кровати с поднятым головным концом в течение 2 нед. Вправление подвывиха (вывиха) происходит уже на 2-е сут с исчезновением болевых ощущений. В этот период производят воздействие на очаг воспаления (тонзиллит, лимфаденит) с помощью антибиотикотерапии и физиотерапевтических процедур (УВЧ, УФО). После устранения деформации накладывают гипсово-ватно-марлевый воротничок в правильном положении головы и шеи сроком до 3 нед. Затем рекомендуют массаж, лечебную гимнастику.

ПРОГНОЗ

- Своевременная диагностика и рациональное лечение позволяют устранить деформацию с восстановлением полного объёма движений.

КРЫЛОВИДНАЯ ШЕЯ

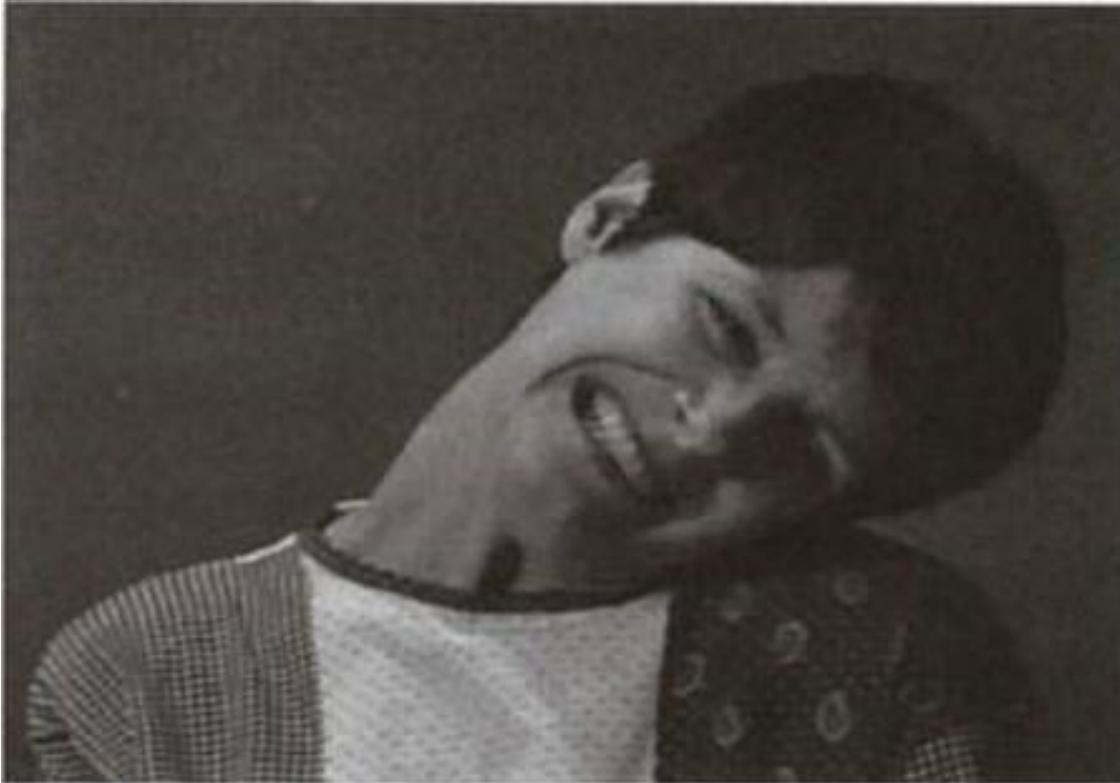
- Крыловидная шея (*pterygium colli*) - дермо-десмогенная форма кривошеи, один из признаков синдрома Шерешевского-Тёрнера
- У новорождённых отмечают избыток и чрезмерную подвижность кожи на шее, иногда крылоподобные складки кожи над суставами конечностей. Наряду с этим обнаруживают отёки, преимущественно задней поверхности рук и ног, исчезающие через несколько месяцев. С возрастом кожные складки натягиваются по боковым поверхностям шеи от сосцевидного отростка до середины надплечий, напоминая крылья летучей мыши, - отсюда и название "крыловидная шея"



а

Нейрогенная кривошея

- наклон шеи в сторону и поворот головы, возникающий по причине нарушения иннервации грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.



Причины и классификация нейрогенной кривошеи

- Гиперкинетическая;
- Спастическая;
- Паралитическая;
- Нейротоксическая;
- Рефлекторная.



- **Гиперкинетическая кривошея** у детей возникает на фоне церебрального паралича. Заболевание сопровождается гибелью нейронов головного мозга, на фоне чего выпадают некоторые регуляторные центры. Выраженность болезни зависит от объема поражения мозговых тканей и причины его возникновения.
- При сильном церебральном параличе наблюдается полное обездвиживание конечностей детей. Его практически невозможно вылечить, так как выпадает центр регуляции скелетной мускулатуры конечностей.

- **Спастическая форма** чаще формируется у взрослых на фоне дегенеративно-дистрофических болезней позвоночника, приводящих к ущемлению спинномозговых нервов.
- **Неврогенная кривошея** паралитического типа наблюдается на фоне пареза скелетной мускулатуры при некоторых болезнях головного мозга (Альцгеймера, паркинсонизм).
- **Нейротоксическая форма** формируется при бактериальных инфекциях с поражением мозговых тканей (бешенство, менингит, болезнь Лайма).
- **Рефлекторное искривление** шеи у детей наблюдается на фоне заболеваний других органов, сопровождающихся воспалением нервных волокон шейного сплетения (миозит.

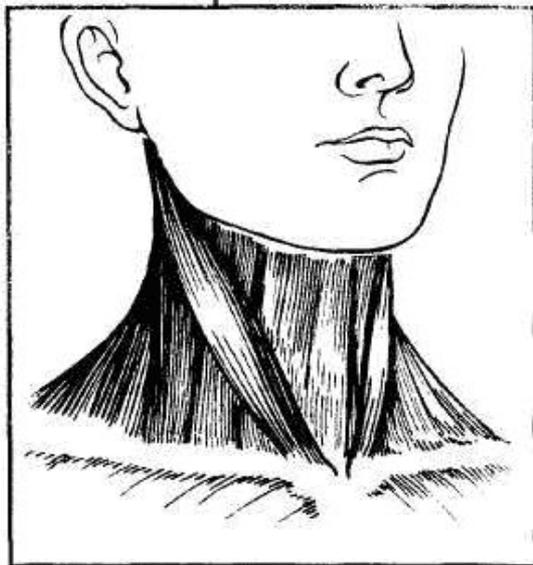
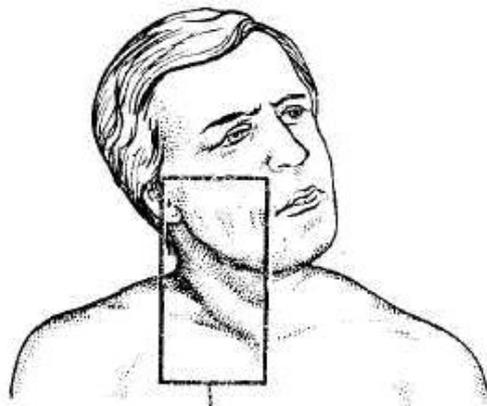


Рис. 40. Кривошея — болезненное спастическое сокращение грудино-ключично-сосцевидной мышцы (1).



Рис. 41. Шейный бандаж.

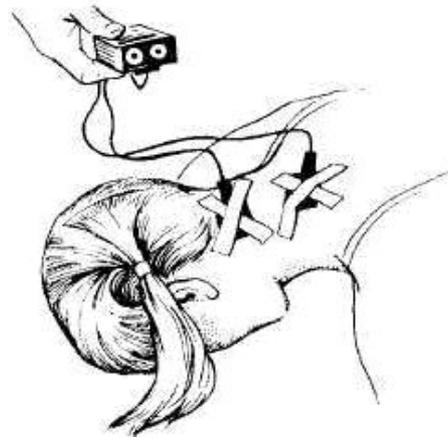


Рис. 42. Электростимуляция при болях в шейном отделе позвоночника.