

УДК 616.743.1-009.12-02:616.831.71-006
DOI 10.11603/24116-4944.2018.2.9381

©С. Й. Запорожан, М. Д. Процайло

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

АТИПОВА КРИВОШИЯ ВНАСЛІДОК ПУХЛИНИ МОЗОЧКА

У статті описано клінічний випадок атипової кривошиї внаслідок пухлини лівої частки мозочка. Незважаючи на дані літератури, клінічні прояви цього захворювання викликають великі труднощі щодо своєчасного його розпізнавання та лікування. Вимушене положення голови (кривошия) виникло задовго до неврологічних розладів унаслідок повільного росту пухлини. Збільшення внутрішньочерепного тиску пухлиною зумовило зміщення всіх важливих складових головного мозку з частковою блокадою ліквородинамічних шляхів із відповідною загально мозковою симптоматикою. Пролабована мигдалина лівої частки мозочка защемила лівий додатковий нерв у потиличному отворі, що викликало дисбаланс іннервації мускулатури шиї. Атипова кривошия на початкових етапах (більше року) домінувала, що приховувало істинну причину хвороби. У результаті детального МРТ-обстеження головного мозку пухлину було видалено. Після операції загальний стан дитини значно поліпшився, кривошия зникла, загально мозкові розлади поступово регресують.

Ключові слова: атипова кривошия; пухлина; мозочок; додатковий нерв; кивальний м'яз; гідроцефальний синдром.

АТИПИЧНАЯ КРИВОШЕЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОПУХОЛИ МОЗЖЕЧКА

В статье описан клинический случай атипичной кривошеи вследствие опухоли левой доли мозжечка. Несмотря на данные литературы, клинические проявления этого заболевания вызывают большие трудности относительно своевременной его диагностики и лечения. Вынужденное положение головы (кривошея) возникло задолго до неврологических нарушений вследствие медленного роста опухоли. Увеличение внутричерепного давления опухолью обусловило смещение всех важных структур головного мозга с частичным блокированием ликвородинамических путей с соответственной общемозговой симптоматикой. Пролабированная миндалина левой доли мозжечка ущемила левый добавочный нерв в затылочном отверстии, что вызвало дисбаланс иннервации мускулатуры шеи. Атипичная кривошея на ранних этапах (больше года) доминировала, что скрывало истинную причину заболевания. В результате тщательного МРТ-обследования головного мозга опухоль была удалена. После операции общее состояние ребенка значительно улучшилось, кривошея исчезла, общемозговые нарушения постепенно регрессируют.

Ключевые слова: атипичная кривошея; опухоль; мозжечок; добавочный нерв; кивательная мышца; гидроцефальный синдром.

ATYPICAL TORTICOLLIS DUE TO TUMOR OF THE CEREBELLUM

The article describes the clinical case of atypical torticollis due to the tumor of the left lobe of the cerebellum. Despite the data from the literature, the clinical manifestations of the disease exclude great difficulties regarding timely disposition and treatment. The forced position of the head (torticollis) arose long before neurological disorders due to the slow growth of the tumor. The increase in intracranial pressure by the tumor caused the displacement of all important components of the salivary brain with partial blockade of CSF pathways with the corresponding general cerebral symptoms. The prolapse of the tonsils of the left lobe of the cerebellum squeezed the left additional nerve in the nape hole, which caused an imbalance innervation of neck muscles. Atypical torticollis in the initial stages (more than one year) was dominant, which curled the true cause of the disease. Due to a detailed magnetic resonance tomography of the brain, the tumor was removed. After the operation, the general condition improved significantly, torticollis disappeared, cerebral disorders gradually decrease.

Key words: atypical torticollis; tumor; cerebellum; additional nerve; nodding muscle; hydrocephalic syndrome.

Неправильне положення голови в дитини називають кривошиєю. Причиною такого хибного положення голови може бути ціла низка захворювань. Розрізняють природжену м'язову, кісткову кривошию (синдром Кліппеля – Фейля), синдром Шерешевського – Тернера, парадоксальну кривошию (аплазія кивального м'яза з одного боку), хворобу Шпренгеля, додаткові шийні ребра [1].

Серед основних причин набутої кривошиї – запальні захворювання носоглотки, вуха, ротової порожнини (синдром Грізеля – Бурже).

Компенсаційна кривошия при вадах зору (астигматизм, косоокість), травмах у ділянці шиї, спастичному паралічі шийних м'язів, гострих та хронічних захворюваннях кивального м'яза [1].

Наше клінічне спостереження цікаве тому, що вимушене положення голови виникло поступово в процесі росту пухлини мозочка і мало прихований перебіг.

Мати помітила в дитини віком 4 роки вимушене положення голови – нахил вліво. Травми та захворювань у ділянці шиї не було. При огляді виявлено стійке, вимушене положення голови – нахил вліво. При пальпації кивальних м'язів хворобливих змін не відзначено. Симптоми з активною та пасивною корекцією положення голови були повними. Вкорочення та напруження лівого кивального м'яза не спостерігали.

Діагностовано симптоматичну кривошию нез'ясованого генезу. Дитина перебувала під спостереженням ортопеда, педіатра. Через рік у хлопчика виникла нудота, знизився апетит. При УЗД органів черевної порожнини патологічних змін не виявили. Лікувався стаціонарно з приводу глистної інвазії, лямбліозу, дискінезії жовчних шляхів.

Через місяць після лікування дитина почала багатозово блювати, виникли головний біль, хиткість ходи.

При огляді – в ясній свідомості. Голова нахилена вліво. Виражена мозочкова атаксія. Офтальмолог – зір збережений, на очному дні мають місце початкові ознаки застою дисків зорових нервів, великоамплітудний ністагм. Отоневролог – сильно виражені ознаки статико-координаторних розладів.

Проведено додаткове обстеження – магнітно-резонансну томографію голови.

У задній черепній ямці в проекції передньої частини лівої півкулі мозочка наявний кістозно-солідний утвір розміром 60×54×52 мм з чіткими горбистими контурами. Має місце помірний перифокальний набряк.

Суміжні відділи мозочка деформовані. Зміщений наперед та дещо вправо довгастий мозок, міст, середній мозок, стиснений четвертий шлуночок.

Мигдалики мозочка стиснені та випинають через потиличний отвір у хребетний канал на 4–5 мм. Водогін розширений та деформований. Інтраселлярне пролабування хіазмальної цистерни на 5 мм. Гіпофіз відтиснутий до турецького сідла на 2 мм.

Бічні шлуночки не змінені, тіла – на рівні отворів Монро. Внутрішні слухові отвори не розширені, 6–8 пари черепномозкових нервів звичайного МР-сигналу, не потовщені. Інші структури головного мозку без змін (рис. 1).

Діагностовано – пухлина лівої півкулі мозочка. Оклюзивна гідроцефалія. Симптоматична кривошия.

Через чотири місяці від початку загальнономозкової симптоматики дитину було прооперовано. Пухлину видалено одним блоком. Гістологічний результат обстеження – дифузна астроцитоза лівої частки мозочка.

Після операції стан дитини нормалізувався, кривошия зникла. Загальний стан відносно задовільний. Утримуються легкі статико-координаторні розлади. На очному дні – регресування застійних явищ зорових нервів.

Поступовий ріст пухлини в черепній коробці зумовив підвищення внутрішньочерепного тиску, зміщення важливих структур головного мозку з оклюзією ліквородинамічних шляхів із вираженими загальнономозковими проявами – нудотою, блюванням, хиткістю ходи, головним болем [2, 3].

Вимушене положення голови виникло задовго до неврологічних розладів (1 рік 4 місяці тому) внаслідок повільного механічного стиснення, пролабованою мигдалиною лівої півкулі мозочка, на рівні довгастого мозку до потиличного отвору, лівого додаткового нерва (N. Accessorius) [2, 3]. Дисбаланс іннервації кивальних м'язів

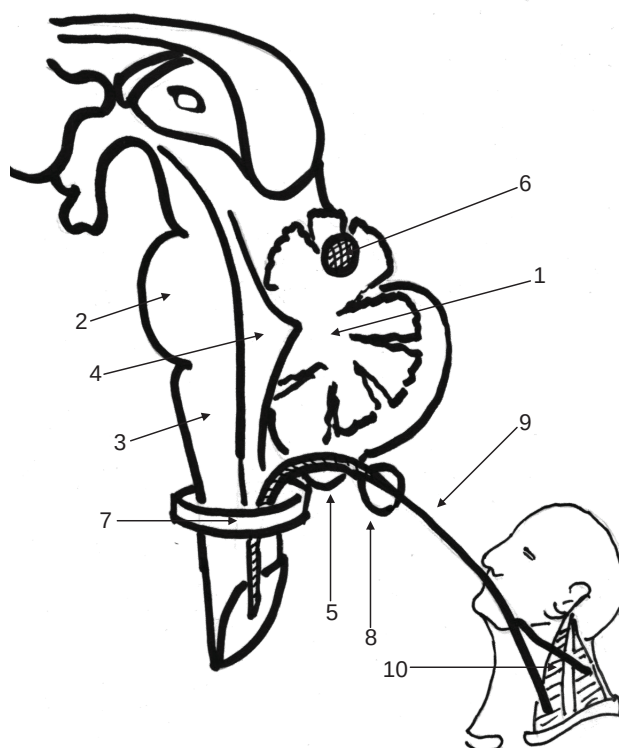


Рис. 1. Схематичне зображення сагітального зрізу пухлини лівої частки мозочка: 1 – мозочок (Cerebellum); 2 – міст (Pons); 3 – довгастий мозок (Medulla oblongata); 4 – четвертий шлуночок (Ventriculus quartus); 5 – мигдалики мозочка (Tonsilla cerebelli); 6 – пухлина (Tumor); 7 – потиличний отвір (Foramen magnum); 8 – яремний отвір (Foramen jugulare); 9 – додатковий нерв (N. Accessorius); 10 – іннервація кивального (m. Sternocleidomastoideus) і трапецієподібного (m. Trapezius) м'язів.

на початкових етапах захворювання домінував, що розцінювали як симптоматичну кривошию, і він приховував істинну причину захворювання – дифузну астроцитому лівої частки мозочка.

ВИСНОВКИ. Наведений клінічний випадок атипової кривошиї не виключає використання додаткових сучасних методів обстеження з метою розпізнавання цієї недуги. Тільки комплексне обстеження ортопедом, окулістом, нейрохірургом допоможе правильно трактувати і лікувати таку кривошию.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Процайло М. Д. Уроджена м'язова кривошия / М. Д. Процайло, В. С. Ревчук. – Тернопіль: ТДМУ, 2016. – 44 с.

2. Неттер Ф. Атлас анатомии человека / под ред. Н. О. Бартоша, Л. Л. Коленикова; пер. с англ., А. П. Киясова. – 4-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2007. – 624 с.

3. Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М., 1984. – 576 с.

REFERENCES

1. Protsailo, M.D., & Revchuk, V.S. (2016). *Urodzhena miazova kryvoshiya [Congenital muscle cervix]*. Ternopil: TDMU [in Ukrainian].

2. Netter, F. (2007). *Atlas anatomii cheloveka [Atlas of the human anatomy]*. Bartosh, N.O., & Kolenikov, L.L. (Ed.). Moscow: Geotar-Meditsina [in Russian].

3. Badalyan, L.O. (1984). *Detskaya nevrologiya [Children's neurology]*. Moscow [in Russian].

Отримано 03.07.18