

©М. Д. ПРОЦАЙЛО, В. Г. ДЖИВАК, І. О. КРИЦЬКИЙ, П. В. ГОЩИНСЬКИЙ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Рідкісний випадок синдрому Грізеля в дитини

У статті описано рідкісний випадок синдрому Грізеля, діагностований за допомогою сучасних методів діагностики, атипичний перебіг захворювання гострої респіраторної інфекції та їхнє успішне лікування, що запобігло подальшим ускладненням.

Ключові слова: дитина; синдром Грізеля; кривошия; запалення.

Однією з найрідкісніших форм кривошиї, яка досить поверхнево описана в літературі, є кривошия Грізеля, або больова кривошия, синдром Грізеля (S. Grisel) [1]. Вперше хворобу описав французький лікар P. Grisel, який висунув припущення, що неправильне положення голови зумовлене ротаційним підвивихом першого шийного хребця внаслідок м'язової контрактури [2].

На сучасному етапі розвитку більшість науковців вважає, що неправильне положення голови зумовлене ротаційним підвивихом атланта після запальних процесів носоглотки, на фоні високої температури з усіма клінічними та лабораторними ознаками гнійного захворювання [3]. Як правило, така кривошия виникає поступово через певний проміжок після гострого періоду захворювання. Розвиток кривошиї зумовлений зміщенням атланта внаслідок контрактури навколохребцевих м'язів, які прикріплені до переднього горбка атланта та черепа і беруть участь в рухах голови навколо зубоподібного відростка другого шийного хребця [4]. Залучення цих м'язів у запальний процес зумовлює їхній стійкий спазм, підвивих атланта, болючий нахил голови. Голова нахилиється в одну із сторін. Як правило, м'язи шиї не болючі, без ознак запалення. Згинання та розгинання шийного відділу хребта безболісні, але при спробі повернути голову в сторону, виникає сильний біль та обмеження рухів [5, 6].

Метою нашого клінічного спостереження є довести інформацію про цю недугу з метою своєчасної діагностики та лікування, оскільки недостатня поінформованість педіатрів про наявність больової кривошиї, яка асоціюється з гострою запальною хворобою, може мати серйозні наслідки (смерть від стиснення медулярного мозку, енцефаліту.)

Дитина З., віком 3 роки 6 місяців. Хворіє протягом трьох днів. Спостерігалися катаральні явища – підвищення температури до 38 °С, слизисті виділення з носа, слезотеча, біль у горлі при ковтанні, загальна слабкість, швидка втомлюваність,

дратівливість. Лікувався амбулаторно за місцем проживання, але стан прогресивно погіршувався. На третю добу від моменту захворювання був госпіталізований в клініку. Загальний стан оцінювався як середньої тяжкості. Температура тіла 37,5 °С. Шкірні покриви бліді із зеленкуватим відтінком. Дитина сонлива, в'яла. Скарги на головний біль, втрату апетиту, біль в шиї при спробі повернути голову. З носа слизові виділення. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені. Задня стінка глотки набрякла, запальна. Голова нахилена вправо, рухи в сторони болючі та обмежені, вивести її в правильне положення не можливо. Травми шиї не було. Зі слів матері вимушене положення голови виникло на третій день з моменту розвитку катаральних явищ.

Причиною такого хибного положення голови може бути 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. Серед основних причин набутої кривошиї є запальні захворювання носоглотки, вуха, ротової порожнини (синдром Грізеля). Компенсаторна кривошия при вадах зору (астигматизм, косоокість), травмах у ділянці шиї, спастичному паралічу шийних м'язів, гострих та хронічних захворюваннях кивального м'яза [7, 8].

Диференційна діагностика у цьому випадку здійснювалася з такими основними захворюваннями, як: природжена м'язова кривошия; синдром Кліппеля – Фейля; хвороба Шпренгеля; синдром Шерешевського – Тернера.

Загальний аналіз крові: Ег – $4,6 \times 10^{12}$, Нв – 135 г/л, КП – 1, лейкоцити – 7×10^9 , ШОЕ – 30 мм/г, П – 12, С – 31, Е – 1, Л – 52, М – 4. Інші клінічні аналізи в межах норми.

Було встановлено попередній діагноз – гостра респіраторно вірусна інфекція. Гострий ринофарингіт. Гострий підщелепний двобічний лімфангоїт. Правобічна кривошия невідомого генезу.

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Незважаючи на інтенсивну протизапальну терапію, стан дитини погіршувався. Неодноразово дитину оглядали невропатолог, отоларинголог, щелепний хірург, ортопед.

На третій день перебування в стаціонарі було проведено МРТ голови та шиї дитини. Виявлено асиметричне потовщення тканин правої бічної та задньої стінок носоглотки з ознаками набряку та інфільтрації до рівня четвертого шийного хребця. На тлі інфільтрації виявлено латерофаренгіальний (перитонзиллярний) інкапсульований рідинний утвір із високим вмістом білка підвищеного МР-сигналу (абсцес), який розташований на рівні основи черепа та першого шийного хребця (рис. 1).

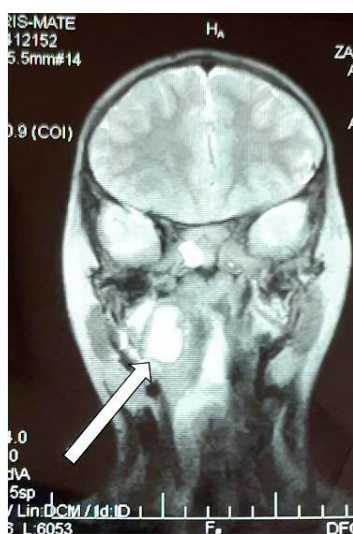


Рис. 1. Пацієнт 3., МРТ шийного відділу хребта та головного мозку. Фронтальна проекція. Стрілкою показано правобічний рідинний утвір підвищеного МР-сигналу (абсцес), який розташований на рівні основи черепа та першого шийного хребця.

Права внутрішня сонна артерія проходить по латеральному краю абсцесу і дещо зміщена в бік. Потовщення слизової правої половини основної пазухи. Вогнища підвищеного МР-сигналу в передніх відділах довгастого мозку зліва. Змінений сигнал від прилеглих м'язів шиї справа, мінімальна асиметрія зуба атланта (рис. 2, 3).

МРТ діагноз – правобічний перитонзиллярний (латерофаренгіальний) абсцес. Ознаки правобічного сфеноїдиту. Початкові явища стовбурового енцефаліту. Підвивих атланта.

Три основні клінічні критерії – кривошия, шийний біль, симптоми запальної реакції на інфекцію та даних МРТ підтвердили синдром Грізеля.

На основі вищесказаного був встановлений клінічний діагноз правобічного перитонзиллярного абсцесу. Правобічний сфеноїдит. Початкові явища



Рис. 2. Пацієнт 3., МРТ шийного відділу хребта та головного мозку. Сагітальна проекція. Стрілкою показано абсцес, який розташований на рівні основи черепа та першого шийного хребця.



Рис. 3. Пацієнт 3., МРТ шийного відділу хребта та головного мозку. Горизонтальний зріз. Стрілкою показано абсцес.

стовбурового енцефаліту. Синдром Грізеля, більова правобічна кривошия.

Дитину негайно прооперували – розкрили гнійник, виділили п'ять кубічних сантиметрів густого смердючого гною (бак. посів – золотистий стафілокок). Враховуючи результати чутливості до антибіотиків, призначили відповідну масивну протизапальну терапію. Загальний стан дитини відразу покращився, кривошия поступово зменшувалася і зникла на четвертий день. Через тиждень дитину виписали в задовільному стані на амбулаторне лікування. Диспансерне спостереження протягом семи років не підтвердило ніяких відхилень у розвитку дитини.

У даному випадку спостерігалось швидке прогресування запальної реакції, що зумовлено незрілістю імунної системи дитини та особливостями будови сполучної тканини, що сприяло поширенню інфекції в порожнину черепа – початкові явища стовбурового енцефаліту. Розташування великого абсцесу справа біля основи черепа та прилеглих м'язів спровокувало запальну реакцію та стійкий спазм мускулатури з підвивихом атланта, що клінічно проявилось стійким, больовим нахилом голови вправо – синдром Грізеля.

Сподіваємося, що наше клінічне спостереження допоможе своєчасно діагностувати та лікувати цю недугу, оскільки наявність больової кривошиї яка асоціюється з гострою запальною хворобою, може мати серйозні наслідки – поширення інфекції в порожнину черепа з непередбачуваними наслідками. Рентгенологічне обстеження має обмежену цінність, більш точними та інформативнішими є КТ, МРТ з метою оцінки бокових зміщень в атлантаксілярному з'єднанні та запальних змін у м'язових тканинах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Pini N. Grisel's syndrome in children: two case reports and systematic review of the literature / N. Pini, M. Ceccoli, P. Bergonzini // *Case Rep Pediatr.* – 2020. – Vol. 12. PMID: 33274097.
2. Grisel's syndrome: a case report on this rare pediatric disease and its anesthetic challenges / K. N. Reddy, S. M. Baig, M. Batra [et al.] // *BMC anesthesiology.* – 2020. – Vol. 20 (1). – P. 255.
3. A review of the diagnosis and treatment of atlantoaxial dislocations / S. Y. Yang, A. J. Boniello, C. E. Poorman [et al.] // *Global Spine Journal.* – 2014. – Vol. 4 (3). – P. 197–210.
4. Barcelos A. C. Nontraumatic atlantoaxial rotatory subluxation: grisel syndrome. Case report and literature review / A. C. Barcelos, G. C. Patriota, A. U. Netto // *Global Spine Journal.* – 2014. – Vol. 4 (3). – P. 179–186.

5. Процайло М. Д. Уроджена м'язова кривошия / М. Д. Процайло, В. С. Ревчук. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 44 с.
6. Charous S. J. Dystonias of the head and neck: An overview / S. J. Charous, C. Comella // *Ear, Nose, & Throat Journal.* – 2011. – Vol. 90 (2). – E4.
7. Congenital osseous torticollis that mimics congenital muscular torticollis: A Retrospective Observational Study / D. H. Ryoo, D. H. Jang, D. Y. Kim [et al.] // *Children (Basel, Switzerland).* – 2020. – Vol. 7 (11). – P. 227.
8. Torticollis caused by nontraumatic craniovertebral junction abnormalities / S. Park, J. E. Woo, S. Kim, S. Y. Yim // *J. Craniofac. Surg.* – 2018. – Vol. 29. – P. 1266–1270.

REFERENCES

1. Pini, N., Ceccoli, M., & Bergonzini. (2020). Grisel's syndrome in children: Two case reports and systematic review of the literature. *Case Reports in Pediatrics*, 2020, 8819758. <https://doi.org/10.1155/2020/8819758>
2. Reddy, K.N., Baig, S.M., Batra, M., Colodner, K., Madubuko, U., Korban, A., & Pandya Shah, S. (2020). Grisel's syndrome: a case report on this rare pediatric disease and its anesthetic challenges. *BMC Anesthesiology*, 20 (1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01176-7>
3. Yang, S.Y., Boniello, A.J., Poorman, C.E., Chang, A.L., Wang, S., & Passias, P.G. (2014). A review of the diagnosis and treatment of atlantoaxial dislocations. *Global Spine Journal*, 4 (3), 197-210. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1376371>
4. Barcelos, A.C., Patriota, G.C., & Netto, A.U. (2014). Nontraumatic atlantoaxial rotatory subluxation: grisel syndrome. Case report and literature review. *Global Spine Journal*, 4 (3), 179-186. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1363936>

5. Protsailo, M.D., & Revchuk, V.S. (2016). *Urodzhena miazova kryvoshyia [Congenital muscle cervix]*. Ternopil: TDMU [in Ukrainian].
6. Charous, S. J., & Comella, C. (2011). Dystonias of the head and neck: An overview. *Ear, Nose, & Throat Journal*, 90 (2), E4. <https://doi.org/10.1177/014556131109000209>
7. Ryoo, D.H., Jang, D.H., Kim, D.Y., Kim, J., Lee, D.W., & Kang, J.H. (2020). Congenital osseous torticollis that mimics congenital muscular torticollis: A retrospective observational study. *Children (Basel, Switzerland)*, 7 (11), 227. <https://doi.org/10.3390/children7110227>
8. Park S., Woo J.E., Kim S., & Yim S.Y. (2018). Torticollis caused by nontraumatic craniovertebral junction abnormalities. *J. Craniofac. Surg.*, 29, 1266-1270. DOI: 10.1097/SCS.0000000000004441.

Отримано 19.08.2022

Електронна адреса для листування: djyvak@tdmu.edu.ua

M. D. PROTSAILO, V. G. DZHYVAK, I. O. KRYCKY, P. V. HOSHCHYNSKYI

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

A RARE CASE OF GRIESEL'S SYNDROME IN A CHILD

The article describes a rare case of Grisel's syndrome, which was diagnosed using modern diagnostic methods, an atypical course of an acute respiratory infection, and their successful treatment, which prevented further complications.

Key words: child; Grisel's syndrome; torticollis; inflammation.