

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ, ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АНОМАЛИЕЙ КИММЕРЛИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Кулага В.С., Титкова Е.В., Януль А.Н., Демидов А.И., Маркушевский А.Ф., Нестеренко В.А.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь;
432-й Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь,
Минск, Республика Беларусь;*

Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь

Реферат. В статье определяется актуальность проблемы, излагаются некоторые сведения о клинических проявлениях, последствиях, подходах к диагностике и лечению пациентов с кранио-verteбральной аномалией Киммерли. В соответствии с целями и задачами исследования оценены адекватность и полнота оказания медицинской помощи в условиях 432 ГВКМЦ пациентам с аномалией Киммерли (АК): возможности диагностики, тактика лечения, решение экспертных вопросов с целью осуществления своевременной профилактики возможных осложнений, прогноза.

Ключевые слова: кранио-verteбральная аномалия Киммерли, спондилорентгенография шейного отдела позвоночника, диагностика, оказание медицинской помощи.

Введение. Кранио-verteбральная аномалия Киммерли — междисциплинарная проблема. Пациенты с клиническими проявлениями АК обращаются за помощью к врачам различных специальностей и поэтому представления о клинической значимости, а также алгоритмы обследования, тактика лечения, медицинские рекомендации могут существенно различаться.

Вместе с тем своевременное выявление и адекватное проведение лечебно-диагностических мероприятий пациентам с АК имеет большое значение для профилактики возможных ее осложнений, решения экспертных вопросов и др.

АК представляет собой полностью или частично замкнутый костный канал на месте борозды позвоночной артерии на тыльной стороне первого шейного позвонка (атланта), вследствие образования над ней костного мостика.

Эта аномалия встречается достаточно часто: от 12–15,5 до 20% людей по клиническим данным [1, 2, 6] и до 30% — по данным патологоанатомических исследований [3, 6]. Несмотря на значительную частоту встречаемости в популяции, клиническая симптоматика при этой аномалии может долгое время отсутствовать, а затем развиваться внезапно на фоне воздействия триггерных факторов вследствие травмы, гриппа или другой провокации, причем в любом возрасте [1, 2, 4, 5].

Вопросы диагностики и клинической значимости деформаций и аномалий позвоночного столба занимают важную роль в практической работе врачей разных специальностей, а также врачей-специалистов призывных комиссий для определения категории годности призывников, степени годности военнослужащих срочной службы и проходящих службу по контракту.

Спондилорентгенография — неинвазивный, простой и доступный метод рентгенологического исследования позвоночника, что позволяет использовать его даже в военно-полевых условиях. Простота и доступность применения этого метода обуславливает его широкое использование как метода первичной диагностики в широкой клинической практике мирного и военного времени. Кроме того, преимуществом данного метода является его высокая информативность с учетом определения характера и степени выраженности имеющихся анатомических изменений.

Цель работы — оценка адекватности и полноты оказания медицинской помощи в условиях 432 ГВКМЦ пациентам с АК (возможности диагностики, тактика лечения, решение экспертных вопросов) с целью адекватной профилактики возможных осложнений, прогноза.

Материалы и методы. Изучены анамнестические сведения, клинические проявления, результаты инструментальных исследований (спондилорентгенографии, нейровизуализации, УЗДГ БЦА, ЭЭГ и др.) у 30 военнослужащих срочной службы, проходящих службу по контракту, военнообязанных запаса с АК, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ в 2015–2016 гг., а также проведен ретроспективный анализ 19 историй болезни пациентов с АК за 2014 г.

Методы исследования можно разделить на основные и дополнительные (таблица).

Таблица — Методы исследования

Методы	
основные	дополнительные
<ul style="list-style-type: none"> • рентгенологический метод: цервикальная спондилорентгенография • клинический осмотр: соматически и неврологический 	<ul style="list-style-type: none"> • УЗДГ БЦА • МРТ и/или РКТ • оториноларингологическая и офтальмологическая диагностика • вестибулометрия

Результаты и их обсуждение. Аномалия Киммерли была выявлена у 30 (61,2%) военнослужащих срочной службы и проходящих службу по контракту и у 19 (38,8%) военнослужащих в запасе (рисунок 1).

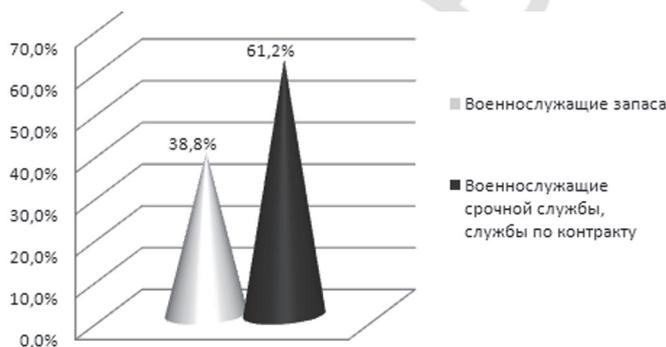


Рисунок 1. — Категории военнослужащих

Медиана возраста всех включенных в исследование пациентов составила 35 лет. Распределение по возрасту было в широких пределах: пациенты старше 40 лет — 28 (57,1%), младше 40 — 21 (42,9%). По половому признаку соотношение мужчин и женщин составило 11:1 при подавляющем большинстве мужчин (91,8 и 8,2%), т. к. все пациенты из числа военнослужащих.

При спондилорентгенографии шейного отдела позвоночника у большинства пациентов АК была обнаружена как «случайная находка». Соответствующая клиническая картина данной аномалии была выявлена в 35,4% случаев.

Анализ характера клинических проявлений у пациентов с АК позволил разделить их на три группы в соответствии с преобладающей симптоматикой. Наиболее часто (17,7%) встречались вертеброгенные проявления (цервикалгия, цервикокраниалгии). В 7,9% случаев у пациентов отмечались сомато-неврологические проявления: синкопальные состояния, приступы системного головокружения, вестибуло-вегетативных пароксизмов, а также нарушения со стороны органа зрения (фото-, метаморфопсии, выпадения полей зрения), органа слуха (шум в ушах). Другая клиническая симптоматика в виде проявлений психовегетативного синдрома («панические атаки» и др.) наблюдалось у 4 пациентов (рисунок 2).

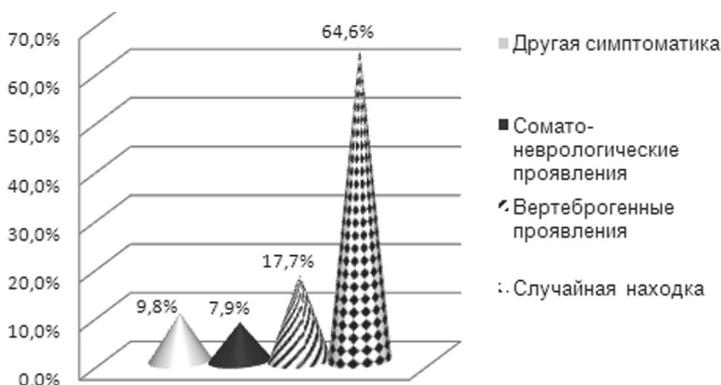


Рисунок 2. — Наличие/отсутствие клинических проявлений

При подробном анализе анамнестических сведений у пациентов в некоторых случаях были выявлены провоцирующие факторы (триггеры) манифестации соответствующей клинической картины АК: длительное статическое напряжение в нефизиологичной позе (8,2%), хлыстовые травмы шейного отдела позвоночника (2,0%). Вместе с тем в 89,8% случаев причина манифестации не установлена (рисунок 3).

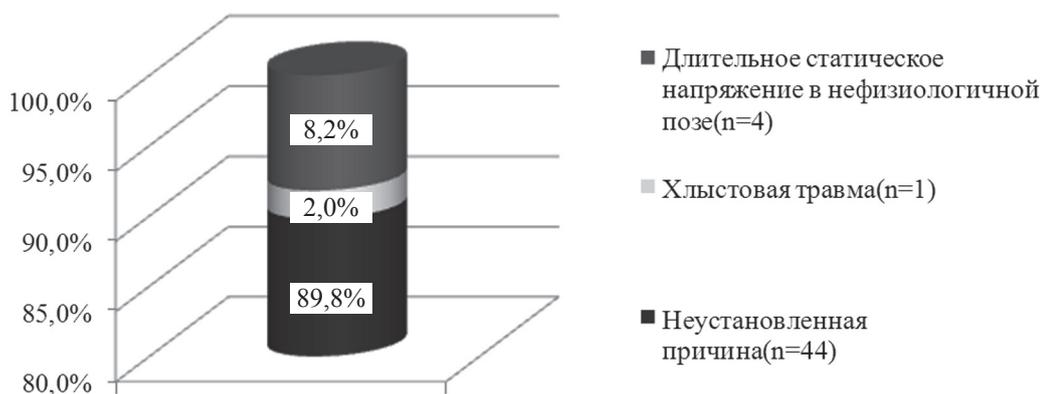


Рисунок 3. — Факторы манифестации клинической картины (триггеры)

Рентгенологически выявлены следующие формы АК: кольцо (n = 18; 34,5%), незарращенные дужки (n = 30; 62,5%); костный мостик — 3% случаев.

У 3 (6,1%) пациентов по данным УЗИ БЦА было обнаружено экстравазальное воздействие стенок костного канала на уровне имеющейся аномалии.

В ходе соматического осмотра и применения дополнительных инструментальных исследований (Эхо-КГ, нейровизуализационная диагностика) в некоторых клинических случаях были обнаружены также дизрафические признаки: аномально расположенная хорда левого желудочка в 16,3% и асимметрия костного скелета в 8,2% случаев.

По результатам принятых экспертных решений трое из военнослужащих (10,0%) были признаны негодными к управлению механическими транспортными средствами и работам на высоте, а 4 (13,3%) — годными с ограничениями, остальные пациенты (76,7%) были признаны годными без ограничений.

На основании результатов исследования этой категории пациентов была установлена высокая информативность рентгенологического метода исследования (цервикальной спондилорентгенографии) как основного метода доклинической и первичной клинико-инструментальной диагностики АК; описаны ведущие клинические синдромы, дана оценка обоснованности установления диагноза АК, сопоставлены полученные данные с лечебными мероприятиями, тактике решения экспертных вопросов, их соответствия с установленным диагнозом, степени функциональных нарушений пациентов с АК.

Заключение. На основе полученных данных можно сделать следующие выводы:

- оказание специализированной помощи и решения экспертных вопросов пациентам с АК в 432-м ГВКМЦ осуществляется в достаточном объеме на основании данных клинико-инструментального обследования с учетом индивидуальных особенностей, условиями и характером профессиональной деятельности военнослужащих;

- диагностированная АК не является препятствием к продолжению военной службы, однако необходимы адекватные лечебно-профилактические мероприятия для предупреждения возможных осложнений, динамическое медицинское наблюдение, своевременное решение экспертных вопросов и др.;

- своевременная диагностика АК актуальна для определения тактики лечения, профилактики, решения экспертных вопросов у данной категории пациентов;

- основным методом доклинической и первичной клинико-инструментальной диагностики АК является рентгенологический метод (цервикальная спондилорентгенография);

- широкая доступность рентгенологического метода не только в многопрофильном лечебном учреждении, но и в условиях медицинской роты (при наличии возможности использования современной рентгенологической диагностики), а также высокая информативность и относительная простота исследования позволяют своевременно выявить пациентов с АК, что подчеркивает его значимость и актуальность в практике войскового врача;

- по медицинским показаниям с целью верификации АК с другими патологическими состояниями (СПА, синкопальных и др.) целесообразно применение дополнительных методов исследования: УЗИ БЦА, ЭЭГ, оториноларингологическая и офтальмологическая диагностика, вестибулометрические методы;

- применение дополнительных методов исследования АК помогает исключить необоснованные случаи его гипердиагностики;

- в большинстве случаев АК обнаруживается как «случайная находка» без соответствующей клинической картины, что затрудняет профилактику возможных жизнеугрожающих осложнений (инсульт, травмы головы при синкопах, приступах головокружения и др.).

Литература

1. Луцки, А.А. Краниовертебральные повреждения и заболевания / А.А. Луцки, И.К. Раткин, М.Н. Никитин. — Новосибирск, 1998. — 551 с.

2. Краниовертебральная область: диагностика патологии / Под. ред. С.Е. Гуляевой. — Владивосток, 1999.
3. Барсуков, С.Ф. Состояние вертебробазилярного кровообращения головного мозга при наличии аномалии Киммерле / С.Ф. Барсуков // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 1. — С. 32–36.
4. Дунаевская, И.И. Зона особого внимания I шейный позвонок / И.И. Дунаевская // Ортодонтия. — 2007. — № 3. — С. 16–17.
5. Новосельцев, С.В. Вертебрально-базилярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии / С.В. Новосельцев. — СПб.: Фолиант, 2007. — 202 с.
6. Split, W. Nature of headaches in Kimmerle anomaly / W. Split // Neurol. Neurochir. Pol. — 2004. — Vol. 38, № 5. — P. 389–394
7. Faught, F. Current role of electroencephalography in cerebral ischemia / E. Faught // Stroke. — 1993. — Vol. 24, № 4. — P. 609–613.

COMPARISON OF CLINICAL DIAGNOSTIC, THE PROVISION OF HEALTH CARE TO PATIENTS WITH AN ANOMALY KIMMERLE IN MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Kulaga V.S., Titkova E.V., Yanul A.N., Demidov A.L., Markushevskiy A.F., Nesterenko V.A.

*Educational Establishment “The Belarusian State Medical University”, Minsk, Republic of Belarus;
432 Main Military Clinical Medical Center of Armed Forces of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus;
Central Military Medical Commission of Armed Forces of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus*

Article heading: clinicodiagnostic comparison, the provision of medical assistance to patients with a Kimmerle’s anomaly in multidisciplinary medical institution. Assessing the adequacy and completeness of care under 432 MMCMC was conducted in patients with AK in accordance with the purposes and objectives of the study: diagnostic possibilities, treatment strategy, the decision of expert questions and others.

Keywords: cranio-vertebral anomaly Kimmerly, spondiloretgenografiya cervical spine, diagnostics, medical care.