

В. С. Кулага

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ,
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С АНОМАЛИЕЙ КИММЕРЛИ В
МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

Научные руководители:

канд. мед. наук, доц. Е. В. Титкова,

п/п-к м/с А.Н. Януль

Кафедра военно-полевой терапии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье определяется актуальность проблемы, некоторые сведения о клинических проявлениях, последствиях, подходах к диагностике и лечению пациентов с кранио-вертебральной аномалией Киммерли.

Ключевые слова: краниовертебральная аномалия Киммерли, спондилорентгенография, диагностика.

V. S. Kulaga

**COMPARISON OF CLINICAL DIAGNOSTIC, PROBLEMATIC ISSUES OF
DIAGNOSTICS AND THE PROVISION OF PATIENT CARE WITH AN
ANOMALY KIMMERLE IN MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL**

Tutors: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor E.V. Titkova

Lieutenant Colonel of the Medical Service A.N. Yanul

Department of the military field therapy,

Belarusian State Medical University, Minsk

Resume. Article heading: clinicodiagnostic comparison, the provision of medical assistance to patients with a Kimmerle's anomaly in multidisciplinary medical institution.

Keywords: craniio-vertebral anomaly Kimmerly, spondilradiography, diagnostics.

Актуальность. Краниовертебральная аномалия Киммерли (АК) – аномалия развития первого шейного позвонка (атланта) и обусловлена наличием полностью или частично замкнутого костного канала в области борозды позвоночной артерии (ПА) на тыльной стороне атланта, где располагается корешок С₁ спинномозгового нерва и ПА. АК встречается достаточно часто: от 12 – 15,5 до 20% людей по клиническим данным и до 30% по данным патолого-анатомических исследований [1, 2].

АК — междисциплинарная проблема, так как вопросы ее диагностики и клинической значимости занимают важную роль в практике врачей разных специальностей для лечения, профилактики возможных осложнений (синкопальных состояний, вестибулярных пароксизмов, травм головы), а также для решения экспертных вопросов врачами-специалистами призывных комиссий для определения категории годности призывников, степени годности военнослужащих срочной службы и проходящих службу по контракту.

Выраженность клинических проявлений характеризуется частотой обострений и в значительной мере зависит от выраженности анатомического дефекта. Ввиду многообразия и неспецифичности клинической симптоматики АК, дифференциальный диагноз может проводиться с такими патологическими состояниями как «мигрень», «цефалгия», «головная боль напряжения», «нейроциркуляторная астения», «синдром вегетативной дисфункции», «болезнь Меньера». Манифестация клинических проявлений и осложнений АК происходит в виде синкопальных состояний, вестибулярных пароксизмов, вегетативных кризов и др. как правило на фоне воздействия триггерных факторов, причем в любом возрасте [2].

Спектр методов обследования пациентов АК достаточно широк: от рентгенографии, до новейших нейровизуализационных методик – спиральная КТ и МРТ, ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА), электроэнцефалография (ЭЭГ) и др. К основным методам относятся: рентгенологический (цервикальная спондилорентгенография), клинический осмотр (соматический и неврологический).

Цель исследования. Оценить адекватность и полноту оказания медицинской помощи в условиях 432 ГВКМЦ пациентам с АК (возможности диагностики для решения экспертных вопросов) с целью адекватной профилактики возможных осложнений, прогноза.

Материал и методы. Изучены клиничко-anamnestические данные, результаты инструментальных исследований (спондилорентгенографии, нейровизуализации, УЗДГ БЦА, ЭЭГ и др.) у 30 военнослужащих срочной военной 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 год.

Результаты и их обсуждение. АК была выявлена у 30 (61,2%) военнослужащих срочной военной службы и проходящих службу по контракту и у 19 (38,8%) военнослужащих в запасе. Медиана возраста всех включенных в исследование пациентов составила 35 лет. В ходе проведения спондилорентгенографии ШОП у большинства пациентов АК – 64,6% (n=32) была обнаружена как «случайная находка», без клинических проявлений. Соответствующая клиническая картина АК выявлена в 35,4% случаев (n=17).

Анализ характера клинических проявлений у пациентов с АК позволил выявить следующую симптоматику. Наиболее часто (17,7%) встречались вертеброгенные проявления (цервикалгии, цервикокраниалгии), в 7,9% случаев у пациентов отмечались иные сомато-неврологические проявления: синкопе, вестибуло-вегетативные пароксизмы, а также нарушения со стороны органов зрения (фотопсии, метаморфопсии, выпадения полей зрения) и слуха (шум в ушах), признаки психовегетативного синдрома (*Рисунок 1*).

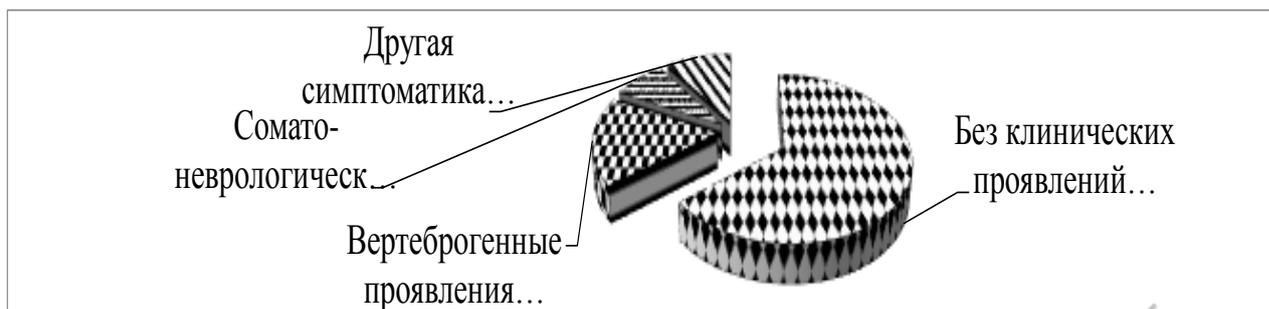


Рисунок 1 – Распределение групп пациентов в соответствии с проявлениями АК.

По данным анамнеза в ряде случаев были отмечены провоцирующие факторы (триггеры) манифестации АК: длительное статическое напряжение в нефизиологичной позе (8,2%), хлыстовые травмы ШОП (2,0%). Вместе с тем в 89,8% случаев – причина манифестации не была установлена.

Рентгенологически выявлены следующие формы АК: кольцо (n=18; 34,5%); незаращенные дужки (n=30; 62,5%); костный мостик – 3% случаев. По данным УЗДГ БЦА у 3 (6,1%) пациентов было обнаружено экстравазальное воздействие стенок костного канала на уровне имеющейся аномалии. В ходе соматического осмотра и применения дополнительных инструментальных исследований у некоторых пациентов были обнаружены дизрафические признаки: аномально расположенная хорда левого желудочка (16,3%), асимметрия костного скелета (8,2%).

На основании полученных данных были сделаны следующие выводы:

- Основным методом как доклинической, так и первичной клинической диагностики является простой и доступный метод рентгенологический метод, что позволяет использовать его как метод первичной диагностики в широкой клинической практике мирного и (особенно) военного времени (в том числе в военно-полевых условиях).
- В ряде случаев АК может быть обнаружена как «случайная находка» без соответствующей клинической картины.
- С целью верификации АК с другими патологическими состояниями (синкопальные, вестибулопатии и др.) целесообразно применение в соответствии с медицинскими показаниями дополнительных методов исследования: УЗДГ БЦА, ЭЭГ, вестибулометрические методы и др.

Заключение. Представленные результаты исследования пациентов с АК подтверждают актуальность своевременной диагностики как для определения тактики лечения, профилактики, так и решения экспертных вопросов. Медицинские работники на всех этапах оказания помощи должны владеть принципами диагностики, лечебно-реабилитационных мероприятий этой категории пациентов, что позволит восстановить (сохранить) их трудоспособность, избежать серьезных осложнений (травм головы при падении вследствие вестибулярных пароксизмов, синкопов, острых нарушения кровообращения).

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано опубликовано 2 статьи (БГМУ в авангарде медицинской науки

Студенты и молодые ученые Белорусского государственного медицинского университета - медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь: сб. науч. тр. – Минск, 2017.

и практике – выпуск 6; журнал «Военная медицина»), 1 статья в сборнике материалов конференции, 2 тезиса докладов, 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра военно-полевой терапии), 1 акт внедрения в лечебный процесс (432 ГВКМЦ), подготовлено 1 рационализаторское предложение и передано на рассмотрение.

Литература

1. Луцик, А.А. Краниовертебральные повреждения и заболевания / А.А. Луцик И.К. Раткин, М.Н. Никитин – Новосибирск, 1988.
2. Барсуков, С.Ф. Состояние вертебробазиллярного кровообращения головного мозга при наличии аномалии Киммерле / С.Ф. Барсуков // Воен.-мед. журн. – 1992. – № 1. – С. 32-36.

Репозиторий БГМУ