

СЕМЕЙНЫЙ ДОКТОР

№ 3
сентябрь
2017



Приложение к журналу «Лечебное дело»

Редакция журнала

Главный редактор: *Хапалюк Александр Васильевич*
Заместитель главного редактора: *Силивончик Н.Н.*
Литературный редактор: *Давыдик И.Г.*
Дизайн и верстка: *Леднёва Н.М.*

Научно-редакционный совет

Адаменко Е.И.
Богущ Л.С.
Воронко Е.А.
Данилова Л.И.
Заремба Е.Ф. (Львов)

Кашицкий Э.С.
Котова Г.С.
Ладутько И.М.
Левончук Е.А.
Максимюк А.В.

Мартусевич Н.А.
Нечесова Т.А.
Остапенко Е.Н.
Протьюко Н.Н.
Цристром А.М.

Смирнова Л.А.
Трисветова Е.Л.
Хурса Р.В.
Чуйко З.А.
Шавелева М.В.

Научно-практическое издание для врачей общей практики

Учредитель и издатель: ООО «Медицинские знания»
Адрес редакции: 220049, г. Минск, ул. Черняховского, д. 3, к. 28
Тел. +375 17 284 40 49, e-mail: akhara@tut.by
Свидетельство о регистрации № 1563 от 27.08.2012 г.
Выдано Министерством информации Республики Беларусь
Подписные индексы журнала по каталогу РУП «Белпочта»:
74992 (инд.), 749922 (вед.)
Автор несет ответственность за направление статей,
ранее опубликованных или принятых к печати в других изданиях.

Полиграфическое исполнение: ОАО «Промпечать»
220049, г. Минск, ул. Черняховского, 3
ЛП № 02330/233 от 11.03.2009 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная
Усл. печ. л. 9,47. Заказ № 906.
Тираж 350 экз.
Периодичность издания: 1 раз в квартал
Мнение авторов не всегда отражает точку зрения редакции.
При использовании материалов ссылка на журнал обязательна.

О сюжете картины Г. Семирадского (1843–1902) «Доверие А. Македонского врачу Филиппу» (комментарий кандидата юридических наук, доцента В.М. Ерчака)

Что означает название картины? Оно означает не просто доверие к своему врачу. Если Вы присмотритесь к выражению лица врача Филиппа, то увидите крайнее удивление, смешанное с возмущением и страхом. Чем вызвана такая гамма чувств? Оказывается, врач Филипп читает донос... на самого себя! В нем «доброжелатель» сообщает Александру Македонскому, что «врач преподнесет ему чашу с ядом, выпив которую, Александр умрет». Можете себе представить чувства молодого повелителя Вселенной после прочтения этого доноса! Но страх перед



Г. Семирадский. Доверие А. Македонского врачу Филиппу

смертью уступил доверию к своему лечащему врачу. И на картине мы видим, как, выпив чашу из рук Филиппа, Александр дает ему прощальную пощечину на него донос. Этот момент величайшего душевного накала как врача, так и его могущественного пациента изображен на картине.

Полотно несет в себе мощнейший нравственный заряд: человек – образ и подобие Божие. В человеке, по выражению Ф.М. Достоевского, «...борется дьявол с Богом, а поле битвы – сердце человека...». На чью сторону стать – доносчика или А. Македонского – и есть смысл бытия.

Передовая статья

- 3 Республика Беларусь на пути достижения целей, сформулированных в «Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года»
М.В. Щавелева, Т.Н. Глинская, Д.И. Страздин

Научные публикации

- 8 Аномалия Киммерли: диагностика, тактика оказания медицинской помощи
Е.В. Титкова, А.Н. Януль, В.С. Кулага, А.И. Демидов, А.Ф. Маркушевский, В.А. Нестеренко

В мире лекарств

- 11 Пассифлора (*Passiflora incarnata*)
Н.Н. Протько

Обзоры и лекции

- 15 Диагностика, профилактика и лечение пролежней
И.М. Ладутько, В.Я. Хрыщанович, А.Е. Серебряков, А.Г. Пищуленок,
В.Н. Тарасевич, Е.А. Короленя, А.В. Панченко
- 23 Место инвазивных, неинвазивных и визуализационных методов исследования в диагностике стабильной болезни коронарных артерий: точка зрения кардиолога
О.А. Суджаева
- 33 Микрофлора кишечника: характеристика, нарушения и возможности коррекции
Н.Н. Силивончик

Консенсусы, клинические рекомендации и алгоритмы оказания медицинской помощи

- 39 Недержание мочи
Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов (2011)

Новости мировой медицины

- 47 Забытые тропические болезни
Информация ВОЗ
- 47 Тениоз/цистицеркоз
Информационный бюллетень ВОЗ (март 2017 г.)
- 50 Трематодные инфекции пищевого происхождения
Информационный бюллетень ВОЗ № 368 (апрель 2014 г.)
- 52 Эхинококкоз
Информационный бюллетень ВОЗ (март 2017г.)

Заметки из практики

- 55 Случай альвеококкоза печени с метастатическим поражением легкого у женщины 23 лет
М.А. Иванова, И.Н. Тюшников, Е.В. Мартынова, О.А. Юдина, Е.Л. Авдей, О.О. Руммо, А.Е. Щерба
- 58 Фитобезоары желудка у мужчины 78 лет
Ж.Л. Сухих, М.В. Штонда, Е.М. Банькова, С.В. Семеняко, М.С. Валькевич

Литературные этюды о медицине

- 61 Тихий Дон
Михаил Шолохов

АНОМАЛИЯ КИММЕРЛИ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.В. Титкова¹, А.Н. Янужь¹, В.С. Кулага¹, А.И. Демидов²,
А.Ф. Маркушевский³, В.А. Нестеренко³

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск

²432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь, Минск

³Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь, Минск

Представлены сведения о клинических проявлениях, современных подходах к диагностике и лечению пациентов с краниовертебральной аномалией Киммерли. Приведены данные собственного анализа случаев аномалии Киммерли в условиях 432 главного военного клинического медицинского центра Вооруженных Сил Республики Беларусь.

Ключевые слова: краниовертебральная аномалия Киммерли, диагностика, спондилорентгенография.

Краниовертебральная аномалия Киммерли (Киммерле, АК) – аномалия развития первого шейного позвонка (атланта), состоящая в наличии полностью или частично замкнутого костного канала в области борозды позвоночной артерии (ПА) на тыльной стороне атланта, где располагается корешок С1 спинномозгового нерва и ПА. В 1923 г. Н. Науек описал АК как костную перемычку, которая располагается между задним краем суставного отростка атланта и задней границей его дуги и формирует отверстие, через которое проходят ПА и затылочный нерв. В последующем более детально данная патология была описана в 1930 г. венгерским врачом А. Kimmerle (A. Kimmerle. Mitteilung uber einen eigenartigen Befund am Atlas. Budapest: RuntgenPraxis, 1930), обратившим внимание на то, что данное изменение может приводить к расстройствам мозгового кровообращения [4].

Аномалия встречается достаточно часто: от 12 до 20 % людей по клиническим данным и до 30 % – по данным патологоанатомических исследований [6].

Вопросы диагностики 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. Пациенты с АК обращаются за помощью к врачам различных специальностей, поэтому АК – междисциплинарная проблема. Своевременное выявление и адекватное проведение лечебно-диагностических мероприятий имеет большое значение для профилактики возможных осложнений АК, решения экспертных вопросов и др.

Механизмы развития. АК – нередкий вариант аномалии строения краниовертебральной области (КВО), которая, будучи подвижной структурой шейного отдела позвоночника, одновременно является его наиболее уязвимой частью.

АК представляет собой не только врожденный порок развития атланта, она может формироваться как приобретенное его изменение на уровне связочного аппарата атланто-затылочного сустава вследствие постепенного обызвествления атланто-окципитальной мембраны при микрповреждениях или микрокровоизлияниях, полученных во время травм краниовертебральной области.

В основе патогенеза АК – значимое несоответствие размеров и конфигурации костно-фасциальных элементов позвоночного столба и структур нервно-сосудистых сплетений в КВО. При этом первостепенное значение придается рубцовому перерождению стенки артерии и периаартериальной клетчатки вследствие длительной травматизации ПА в области АК, что приводит к повреждению интимы, раннему формированию атеросклеротических бляшек, суживающих просвет сосуда и/или диссекций. В результате резкие движения головы могут провоцировать процесс дестабилизации гемодинамики пораженной артерии и стать причиной нарушения кровоснабжения дистальных отделов вертебрально-базиллярной системы по механизму Bow Hunter Stroke (синдром «лучника») [1, 3, 6, 8].

АК может играть немаловажную роль в развитии дисциркуляторных нарушений в бассейне ПА. Так, у пациентов с клиникой вертебробазиллярной дисфункции (кохлеовестибулярные расстройства, атаксия, зрительные нарушения и др.) АК обнаруживалась в 7,6 % случаев [4, 6, 9].

Клинические проявления. Несмотря на распространенность данной аномалии в популяции, клиническая симптоматика может долгое время отсутствовать, что является одной из причин противоречивых сведений о клинической значимости АК. Вместе с тем возможна внезапная манифестация ее клинических проявлений и осложнений (синкопальные состояния, вестибулярные пароксизмы, вегетативные кризы и др.) на фоне воздействия триггерных факторов, причем в любом возрасте [2].

Клинические симптомы начальных проявлений АК характеризуются многообразием неспецифической симптоматики: головокружение, вегетативные дисфункции, головные боли, преходящие изменения зрения, боли в шее и др., которые могут манифестировать (усиливаться) на фоне воздействия триггерных факторов (хлыстовые травмы шейного отдела позвоночника (ШОП), пребывание в нефизиологичной позе (гиперэкстензии, ротации головы) или другой провокации) [1, 2, 4, 5].

В последующем формируются более выраженные симптомы: приступообразно возникающие несистемные головокружения, часто с тошнотой, рвотой (при разгибании и поворотах головы); нарушения слуха (шум, звон в ушах); головные боли (преимущественно в затылочной области); зрительные нарушения (фотопсии, дефекты полей зрения). Могут также возникать внезапные падения без потери сознания (drop-attacks); внезапные падения с потерей сознания (синкопальный синдром Унтерхарншейдта) и др. [4, 6].

Тяжесть клинических проявлений определяется частотой обострений и в значительной мере зависит от выраженности анагомического дефекта. Ввиду многообразия и неспецифичности клинической симптоматики АК дифференциальный диагноз может проводиться с такими патологическими состояниями, как мигрень, головная боль напряжения, нейроциркуляторная астения, синдромы вегетативной дисфункции, болезнь Меньера.

Диагностика. Подтвердить или опровергнуть наличие АК можно на основании клинико-диагностических методов исследования, среди которых выделяют основные и дополнительные. К основным методам относятся клинический (соматический и неврологический) и рентгенологический осмотр (цервикальная спондилорентгенография).

Спондилорентгенография – неинвазивный, простой и доступный метод рентгенологического исследования позвоночника, часто используется в качестве метода первичной диагностики в клинической практике мирного и военного времени, даже в военно-полевых условиях (передвижные рентгеновские аппараты, работающие на аккумуляторных батареях). Преимущество спондилорентгенографии – высокая информативность с учетом определения характера и степени выраженности имеющихся анатомических изменений. Альтернатива спондилографии ШОП для диагностики АК – цифровая рентгенография, позволяющая осуществлять последующую обработку цифровых изображений.

Кроме основных методов диагностики, для верификации диагноза в соответствии с медицинскими показаниям могут применяться дополнительные методы исследования: ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ), вестибулометрия, электроэнцефалография (ЭЭГ), оториноларингологическая и офтальмологическая диагностика.

Лечение. Объем оказания медицинской помощи пациентам с АК в значительной мере определя-

ется данными клинико-инструментального обследования, особенностями клинических проявлений, условиями и характером профессиональной деятельности.

Основной метод лечения АК – консервативный, направленный на купирование болевого синдрома, редуцирование миотонического напряжения мышц шеи и скальпа, активацию репаративных процессов в пораженной зоне. В качестве экстренной помощи при развитии болевого синдрома эффективно кратковременное назначение нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (ацеклофенак, лорноксикам, мелоксикам и др.). Одновременное их применение в схеме лечения с препаратами миорелаксирующего действия (толперизон и др.), а также комплексными витаминосодержащими, сосудорегулирующими (винпоцетин, бетастин, эуфиллин и др.) позволяет эффективно нивелировать основные клинические проявления АК. Хирургические методы лечения АК на сегодняшний день не имеют широкого распространения, так как ее наличие не является абсолютным показанием к оперативному лечению.

Результаты собственного исследования. Проведен анализ клинических случаев АК у пациентов в многопрофильном лечебном учреждении.

Материал и методы. Изучены анамнестические сведения, клинические проявления, результаты инструментальных исследований (спондилорентгенографии, нейровизуализации, УЗДГ БЦА, ЭЭГ) у 30 военнослужащих срочной военной службы, проходящих службу по контракту, военнообязанных запаса Вооруженных Сил с АК, находившихся на лечении в 432 главном военном клиническом медицинском центре (ГВКМЦ) Вооруженных Сил Республики Беларусь в 2015–2016 гг., а также проведен ретроспективный анализ данных 19 стационарных пациентов ГВКМЦ с АК, относящихся к вышеуказанным трем категориям граждан по отношению к военной службе, за 2014 г. (всего 49 случаев).

Результаты и обсуждение. Диагноз кранио-verteбральной АК установлен на основании спондилорентгенографии ШОП. Медиана возраста включенных в исследование пациентов составила 35 лет; в возрастной структуре пациентов старше 40 лет было 28 (57,1 %), моложе 40 лет – 21 (42,9 %); мужчин – 45 (91,8 %).

У большей половины пациентов (n = 32; 65,3 %) АК обнаружена случайно в ходе проведения спондилорентгенографии ШОП, без клинических проявлений (на рис. 1 представлена рентгенограмма одного из пациентов). Клинические проявления, характерные для АК, имели место в 17 из 49 случаев (34,7 %).

Анализ клинических симптомов у пациентов с АК позволил распределить их на три группы в соответствии с преобладающей симптоматикой (рис. 2). Наиболее часто (18,4 %) имели место преимущественно вертеброгенные проявления (цервикалгии, цервикокраниалгии). В 6,1 % случаев отмечались различные соматоневрологические проявления: синкопальные состояния, приступы



Рис. 1. Рентгенологический снимок пациента 35 лет с аномалией Киммерли

(признаки аномалии Киммерли: дополнительные дужки, образующие костные отверстия по верхним поверхностям дужки тела C1 позвонка, собственное наблюдение)



Рис. 2. Структура клинических проявлений синдрома Киммерли

системного головокружения, вестибуловегетативные пароксизмы, а также нарушения со стороны органов зрения (фотопсии, метаморфосии, выпадения полей зрения) и слуха (шум в ушах), признаки психовегетативного синдрома и др. В 10,2 % случаев наблюдались проявления психовегетативного синдрома в виде «панических атак» (чувство «прилива жара», немотивированный страх и тревога, чувство удушья с ярко выраженными дисфункциями автономной нервной системы (ознобopodobное дрожание, онемение рук, нестабильность артериально-го давления).

Для верификации АК и дифференциального анализа с другими патологическими состояниями (синкопальные, вестибулопатии и др.) в соответствии с медицинскими показаниями применялись дополнительные методы исследования: УЗДГ БЦА, ЭЭГ, оториноларингологические, офтальмологические, вестибулометрические методы.

Подробный анализ анамнестических сведений позволил выявить у небольшой части пациентов провоцирующие факторы (триггеры) манифестации клинической картины АК: длительное статическое напряжение в нефизиологичной позе (8,2 %), хлыстовые травмы ШОП (2,1 %). Вместе с тем в большинстве случаев (89,7 %) причина манифестации не установлена.

Рентгенологически обнаружены следующие формы АК: кольцо (n = 18; 36,7 %), незарощенные дужки (n = 30; 61,2 %), костный мостик (n = 1; 2,1 % случаев). Рентгенологический снимок одного из пациентов с признаками аномалии Киммерли в виде

дополнительных дужек, образующих костные отверстия по верхним поверхностям дужки тела C1 позвонка, представлен на рис. 1.

По данным УЗДГ БЦА у 3 (6,1 %) пациентов обнаружено экстравазальное воздействие стенок костного канала на уровне имеющейся аномалии.

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

Заключение. Представленные клиничко-патогенетические сведения, результаты исследования пациентов с АК подтверждают актуальность изучения данной патологии, что обусловлено не только особенностями клинических проявлений, развитием возможных осложнений, но и междисциплинарными аспектами оказания помощи этим пациентам.

Выявление заболевания и разработка лечебно-реабилитационных мероприятий позволяют восстановить (сохранить) трудоспособность этой категории лиц, избежать серьезных осложнений (травм головы при падении вследствие вестибулярных пароксизмов, синкопов, острых нарушения кровообращения и др.).

По результатам НИР разработано и передано на утверждение комиссии 432 ГВКМЦ рационализаторское предложение в установленном порядке «Алгоритм диагностики аномалии Киммерли».

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков С.Ф. Состояние вертебробазиллярного кровообращения головного мозга при наличии аномалии Киммерли // Воен.-мед. журн. 1992; 1: 32–36.
2. Дуняевская И.И. Зона особого внимания I шейный позвонок // Ортодонтия. 2007; 3: 16–17.
3. Комяхов А.В., Ключаева Е.Г. Характеристика и лечение цефалгии у пациентов с аномалией Киммерли // Человек и его здоровье. 2011; 3: 70–76.
4. Кулагин В.Н., Гуляева С.Е., Гуляев С.А. Аномалия Киммерли: проблемы диагностики // Неврол. вестн. 2007; 1: 100–103.
5. Лакчечиани А.Н., Кудрякова-Ахведиани Л.С. Дисциркуляторные нарушения в вертебробазиллярной системе при наличии аномалии Киммерли // Журн. невропатол. и психиатрии. 1990; 1: 23–26.
6. Луцки А.А., Раткин И.К., Никитин М.И. Краниовертебральные повреждения и заболевания. Новосибирск, 1998. 552 с.
7. Марченко И.З., Гуляев С.А., Красников Ю.А. и др. Краниовертебральная область: диагностика патологии / под ред. С.Е. Гуляевой. Владивосток, 1999. 243 с.
8. Новосельцев С.В. Вертебрально-базиллярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии. СПб.: Фолиант, 2007. 202 с.
9. Чертков А.К., Климов М.Е., Нестерова М.В. К вопросу о хирургическом лечении больных с вертебробазиллярной недостаточностью при аномалии Киммерли // Хирургия позвоночника. 2005; 1: 69–73.

Поступила 05.06.2017