

В.И.Приймак

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛИИ КИММЕРЛЕ

Отделение нервных болезней городской клинической больницы № 6 г. Казани
(гл. врач — кий. мед. наук В.И.ЗАЙЦЕВ)

Под аномалией Киммерле понимают нарушение формы борозды задней дуги атланта, в которой располагаются позвоночная артерия и первый спинальный корешок. Крайним выражением этой аномалии является трансформирование борозды в замкнутое кольцо.

В литературе обсуждаются два варианта патогенетической аномалии: первый — кольцо образуется за счет оссификации крестовой атлантоокципитальной связки, второй — кольцо представляет собой крайнюю степень дисплазии бороздки, сочетающейся с другими диспластическими нарушениями краиниовертебрального перехода. Нами наблюдался семейный случай аномалии Киммерле, который по патогенезу его возникновения мы относим ко второму варианту. У матери и у дочери костная аномалия была выражена одинаково, между тем как при оссификационном варианте она должна была бы усиливаться с возрастом.

Наблюдение 1.

Большая Р., 54 лет (мать). Жалобы на головокружение, тошноту, периодическую ригиду, боли в затылочной области, шейном отделе позвоночника, которые усиливаются при поворотах головы чаще вырвано; при этом нередко появляются вестибулярные нарушения. Болеет с 1973 г., ухудшение состояния связывает с падением на локоть (вариант хлыстовой травмы). После падения больная испытывала головную боль, головокружение, боли в шейном отделе позвоночника. В 1975 г. лечилась амбулаторно по поводу деривикалии Рентге-

нологически не обследовалась. В марте 1982 г. поступила на стационарное лечение в связи с ухудшением состояния, усилились головные боли, боли в шейном отделе позвоночника, появилось неустойчивое головокружение, тошнота.

Объективно, выраженный вертебральный синдром с ограничением подвижности шейного отдела позвоночника. Болезненность точки левой позвоночной артерии, а также остистых отростков IV и V шейных позвонков. Определены отдельные клапанообразные подергивания при взгляде влево, незначительная девиация языка влево, выраженный рефлекс Маринеску Родовича с обеих сторон, нозолобильный рефлекс, наддодожкивал слева асимметричное снижение мышечного тонуса слева.

На рентгенограмме шейного отдела позвоночника в боковой проекции выявляется аномалия Киммерле в форме полного костного кольца (рис. А).

На рентгенограмме черепа видно усиление сосудистого рисунка и ремеза "пальцевых вдавлений".

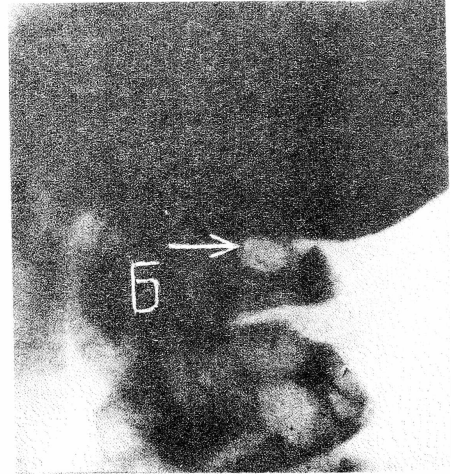
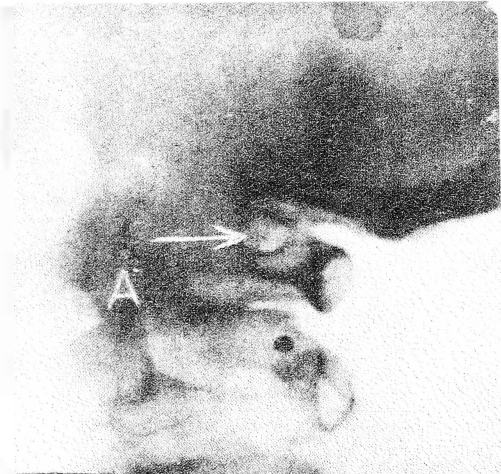
Реоэнцефалография бассейнов позвоночных артерий выявила признаки неполного стеноза левой позвоночной артерии.

Клинический диагноз: аномалия Киммерле, стеноз левой позвоночной артерии, недостаточность вертебрального кровообращения с органическим нарушением спинального синдрома.

Проведение блокад точки левой позвоночной артерии, игло-рефлексотерапии, применение сосудорасширяющих средств, массажа привели к улучшению состояния: исчезли головные боли, прекратилось головокружение, тошнота.

Наблюдение 2.

Большая Х., 27 лет (дочь). Поступила в клинику в марте 1982 г. по поводу астенодепрессивного состояния, возникшего в связи с позотравмой. Аномалия Ким-



Аномалия Киммерле в форме замкнутого кольца у матери (А) и дочери (Б).
Стрелкой указано костное кольцо

мере выявлена при краниографии случайно. В этот период она предъявляла жалобы на шум в голове, боли в затылочной области, потемнение, передническое ухудшение зрения, падкой сол. власть, отсутствие интереса к окружающему, чувство тревожного ожидания.

В неврологическом статусе: болезненность точек позвоночных артерий с обеих сторон, нистагм при взгляде вправо, небольшая девиация языка влево, адиодокимия справа. Коленные рефлексы тормозного типа. Непостоянные, угасающие клониды обеих стоп (слабание брюшных рефлексов слева).

На рентгенограмме шейного отдела определяется аномалия Киммерле в форме полного костного кольца (рис. Б).

Реоэнцефалография вертебробазилярного бассейна выявляет дистонические признаки с цереброваскулярными нарушениями.

Клинический диагноз: аномалия Киммерле, дистония вертебральных артерий, микроорганический каудальный стволной синдром, реактивное астенодепрессивное состояние.

У матери и дочери наряду с выраженной аномалией Киммерле были диагностированы органические каудально стволные синдромы сосудистого происхождения. Хроническая недостаточность вертебробазилярного кровообращения была подтверждена реоэнцефалографически. Приведенные наблюдения подтверждают данные литературы о том, что крайняя степень аномалии Киммерле (в форме полного костного кольца) может лежать в основе органического пара-

жения головного мозга, возникшего вследствие недостаточности кровообращения в системе позвоночных артерий [1].

По данным Я.Ю.Попелянского [2], из 55 обследованных скелетов у 5 были выявлены аномалии Киммерле в форме замкнутого кольца.

Следовательно, при частоте 1:11 вероятность случайного сочетания ее у матери и дочери равна 1:121, т.е. маловероятна.

Таким образом, приведенное наблюдение подтверждает факт доминантного наследования аномалии типа Киммерле.

Представляется целесообразным провести дальнейшее изучение распространенности и клинической картины данной аномалии с целью ее раннего выявления и профилактики неврологических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Задворная Ю.Е. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1974 — № 3. — С. 486-490.
 2. Попелянский Я.Ю. // Неврология и психиатрия. — 1981 — № 7. — С. 985-987.

Получено 22.05.85

