

5. Комплексные исследования по разработке системы охраны здоровья военнослужащих в условиях реформирования Вооруженных сил Российской Федерации: рабочие материалы к отчету по теме КНИР / ВМА им. С.М. Кирова; рук. В.Ю. Тегза; исполн. Е.В. Ивченко. – СПб., 2007. – 140 с.
6. Маркова, С.М. Клиническое администрирование в деятельности по улучшению качества медицинской помощи / С.М. Маркова // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2009. – № 2. – С. 32–35.
7. Тогоев, А.М. Реформа здравоохранения Российской Федерации и инновационная медицина / А.М. Тогоев, Л.А. Бхардвадж. – М., 2005. – 404 с.
8. Abodollahi, M. Kathrine Understanding police stress research / M. Abodollahi // J. Forens. Psychol. Prakt. – 2002. – Vol. 2, № 2. – P. 124.
9. Cordeiro, R. Stressful life events and occupational accidents / R. Cordeiro, A. Dias // Scand. J. Work, Environ and Health. – 2005. – Vol. 31, № 5. – P. 336–342.
10. The management of health, safety and welfare issues for NHS by Department of Health. – London, 2003. – P. 13 15, 54–72, 111–125.
3. Grishin, V.V. Reforma nacional'noi sistemy zdravoochraneniya / V.V. Grishin // Zdravoochranenie. – 2008. – № 4. – S. 139–144.
4. Kalininskaya, A.A. Upravlenie zdravoochraneniem, puti reorganizacii otrasli. Aktual'nye problemy profilakticheskoi i lechebnoi mediciny / A.A. Kalininskaya, S.I. Kuznecov, M.V. Vorob'ev // Materialy mezhhinstitutskoj nauch. konf. s mezhdunarodnym uchastiem, posvyasch. 65-letiyu okonchaniya Vtoroi mirovoi voiny; 3 sentyabrya 2010 g. – M.: GOU VPO MGMSU Roszdrava, 2010. – S. 8–10.
5. Kompleksnye issledovaniya po razrabotke sistemy ohrany zdorov'ya voennosluzhaschih v usloviyah reformirovaniya Vooruzhennyh sil Rossiiskoi Federacii: rabochie materialy k otchetu po teme KNIR / BMA im. S.M. Kirova; ruk. V.Yu. Tegza; ispoln. E.V. Ivchenko. – SPb., 2007. – 140 s.
6. Markova, S.M. Klinicheskoe administrirovanie v deyatelnosti po uluchsheniyu kachestva medicinskoj pomoschi / S.M. Markova // Voprosy ekspertizy i kachestva medicinskoj pomoschi. – 2009. – № 2. – S. 32–35.
7. Tогоев, А.М. Реформа здравоохранения Россиiskoi Federacii i innovacionnaya medicina / А.М. Tогоев, Л.А. Bхардвадж. – М., 2005. – 404 s.
8. Abodollahi, M. Kathrine Understanding police stress research / M. Abodollahi // J. Forens. Psychol. Prakt. – 2002. – Vol. 2, № 2. – P. 124.
9. Cordeiro, R. Stressful life events and occupational accidents / R. Cordeiro, A. Dias // Scand. J. Work, Environ and Health. – 2005. – Vol. 31, № 5. – P. 336–342.
10. The management of health, safety and welfare issues for NHS by Department of Health. – London, 2003. – P. 13 15, 54–72, 111–125.

REFERENCES

1. Aktual'nye voprosy upravleniya zdravoochraneniem: monografiya / pod red. D.V. Pivenya. – M.: Izdat. dom «Menedzher zdravoochraneniya», 2008. – 139 s.
2. Vishnyakov, N.I. Mnenie pacientov kak vazhnyi kriterii kachestva medicinskoj pomoschi / N.I. Vishnyakov, N.G. Petrova, S.A. Balohina [i dr.] // Problemy upravleniya zdravoochraneniem. – 2009. – № 2 (45). – S. 43–45.

© И.М. Фатхутдинов, 2013

УДК 616.833.6-009.7-08

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОКЦИГОДИНИИ

ИЛЬСУР МАНСУРОВИЧ ФАТХУТДИНОВ, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-917-287-69-99, e-mail: ilsur1801@mail.ru

Реферат. Цель исследования – разработать оптимальную схему диагностики и лечения кокцигодии, позволяющую улучшить качество жизни больных. **Материал и методы.** За период с 2007 по 2012 г. в клинике хирургии № 1 на базе МУЗ «Центральная городская клиническая больница № 18» г. Казани наблюдалось 18 пациентов с болями в копчике [17 (94,4%) женщин и 1 (5,6%) мужчина, возраст больных составил от 25 до 63 лет]. **Результаты.** В двух случаях не отмечалось положительной динамики на фоне проводимой комплексной терапии. Не дожидаясь завершения курса терапии, больные были дообследованы – обнаружены грыжи межпозвоночных дисков в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. После соответствующего лечения у невролога в обоих наблюдениях отмечалось улучшение. Остальные пациенты отмечали положительную динамику после первых блокад курса комплексной терапии. В отдаленные сроки (от 1 года до 5 лет) признаки болезни отсутствовали. **Выводы.** Таким образом, комплексная терапия кокцигодии, включающая в себя параартикулярные блокады с препаратами «ТраумельС» и «Алфлутоп», иглорефлексотерапию, прием хондропротекторов, позволяет купировать воспалительные процессы и боли в области крестцово-копчикового сочленения, тем самым улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: кокцигодия, боль, комплексное лечение.

EXPERIENCE OF COCCYGDYNIA TREATMENT

ILSUR M. FATKHUTDINOV

Abstract. Aim. To develop the optimum scheme of coccygodynia diagnosis and treatment to improves the quality of life of patients. **Methods.** A 18 patients with pain in the coccyx were observed [17 (94,4%) females and 1 (5,6%) men aged 25 to 63 years] in Central City Clinical Hospital № 18 in Kazan from 2007 to 2012. **Results.** In two cases were not positive dynamics on the background of the treatment. Before the completion of conservative therapy, patients were additionally reexamined and open disk herniation in the lumbar-sacral spine were revealed. Appropriate neurological treatment in both observations showed improvement. The remaining patients reported a positive trend after the first course of the treatment of blockages. On the remote periods (from 1 to 5 years), there were no signs of the disease. **Conclusions.** Thus, complex therapy coccygodynia that includes para-artikula blockades with drugs and TrauMelS Alflutop, acupuncture, receiving chondroprotectors allows stopping inflammation and pain in the sacrococcygeal joint, thereby improving the quality of life for patients.

Key words: coccygodynia, pain, complex treatment.

Введение. Кокцигодиния (греч. *соссух* – копчик и *dynos* – боль) – боль в копчике, усиливающаяся при надавливании на него. Данные о частоте встречаемости больных с кокцигодинией отсутствуют. Известно, что кокцигодиния чаще встречается у лиц женского пола среднего возраста. Преобладающая распространенность кокцигодинии среди женщин объясняется несколькими факторами: большая ротация таза и более широкий таз, что увеличивает риск травматизации копчика [2].

Чаще всего кокцигодиния возникает при повреждении нервов в области крестца и копчика. Причинами заболевания могут стать перенесенная травма (например, падение на копчик или удар по нему твердым предметом, травма во время родов) [1, 2]. В клетчатку, окружающую копчик, происходит кровоизлияние с последующим формированием рубцов и развитием миозита, что в конечном итоге приводит к длительному изнуряющему болевому синдрому [1, 3, 4]. Боли плохо поддаются лечению, эти пациенты – «настоящие страдалцы» – клиенты психиатров, гипнотерапевтов, экстрасенсов, знахарей [3].

Существующие на сегодняшний день консервативные способы лечения при помощи физиотерапевтических процедур (местная дарсонвализация, диатермия, электрофорез с 1% раствором новокаина и т.д.), инъекционные методы лечения (околокопчиковые спиртоновокаиновые блокады, пресакральные блокады с гидрокортизоном) далеко не всегда помогают больным [1, 2, 4]. Оперативное лечение – удаление копчика, может не только не привести к успеху, но усугубить боль [3, 4].

Проблема лечения пациентов с кокцигодинией требует дальнейшего изучения, а практически пока помочь больным трудно. Оказание действенной помощи больным этой категории – задача весьма актуальная [3, 4].

Материал и методы. За период с 2007 по 2012 г. в клинике хирургии № 1 на базе Центральной городской клинической больницы № 18 г. Казани наблюдались 18 пациентов с болями в копчике [17 (94,4%) женщин и 1 (5,6%) мужчина; все пациенты в возрасте от 25 до 63 лет].

Длительность болевого синдрома варьировала от 3 дней до 6 мес. Травма в области копчика в анамнезе отмечена в 16 случаях, 1 случай – связь с травмой отсутствовала, 1 наблюдение – развитие болевого синдрома после оперативного иссечения эпителиальных копчиковых ходов. Все пациенты до обращения к колопроктологу лечились у невролога, хирурга, гинеколога или самостоятельно (свечи, мази, обезболивающие препараты) без эффекта.

Всем больным проводилось пальцевое исследование прямой кишки с бимануальной пальпацией копчика, ректороманоскопия, рентгенография крестцово-копчикового отдела позвоночника в двух проекциях. При ректороманоскопии исключалась патология прямой и сигмовидной кишки. На рентгенограммах у всех больных была выявлена угловая деформация копчика (рис. 1), у 99% пациентов обнаружены явления деформирующего остеоартроза крестцово-копчикового сочленения (рис. 2). У одного больного был диагностирован вывих копчика трехдневной давности, который был вправлен в условиях местной анестезии с благоприятным результатом. Остальным больным проводилось комплексное лечение, которое включало в себя параартикулярные блокады, прием хондропротекторов, иглорефлексотерапию. Первые пять блокад через день производились раствором лидокаина 2% – 2,0 с добавлением траумеляС 2,0 для купирования воспалительных процессов в мышцах и связках вокруг крестцово-копчикового сочленения. Затем проводились параартикулярные блокады с добавлением алфлутопа 1,0 до 10 раз. Параллельно



Рис. 1. Угловая деформация копчика на уровне S_4-S_5 позвонков

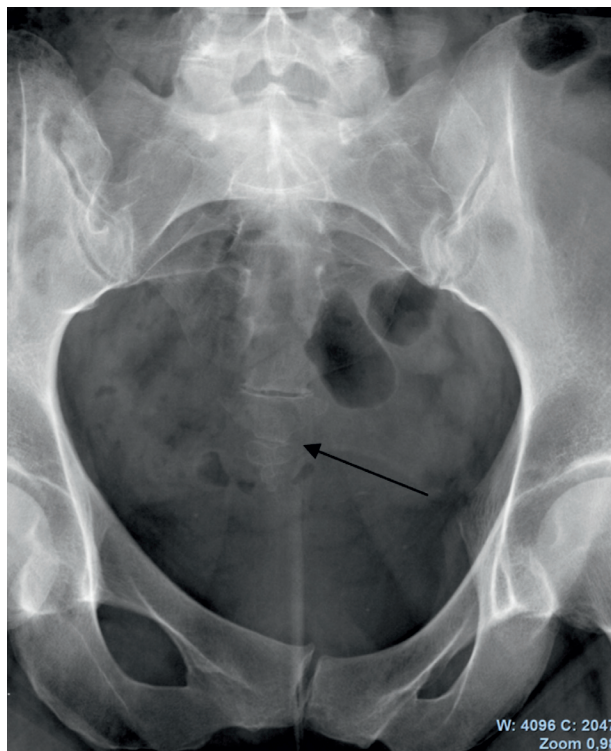


Рис. 2. Деформирующий остеоартроз крестцово-копчикового сочленения

назначалась иглорефлексотерапия в количестве 10 сеансов. Терапия хондропротекторами длилась в течение 2 мес в дозе 1000 мг в сут.

Результаты и их обсуждение. В двух случаях не отмечалось положительной динамики на фоне проводимой комплексной терапии. Не дожидаясь завершения курса терапии, больные были дообследованы: обнаружены грыжи межпозвоночных дисков в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. После соответствующего лечения у невролога в обоих наблюдениях отмечалось улучшение.

Остальные пациенты отмечали положительную динамику после первых блокад курса комплексной терапии. В отдаленные сроки (от 1 года до 5 лет) признаки болезни отсутствовали.

Таким образом, комплексная терапия кокцигодинии, включающая в себя параартикулярные блокады с препаратами «ТраумельС» и «Алфлутоп», иглорефлексотерапию, прием хондропротекторов, позволяет купировать воспалительные процессы и боли в области крестцово-копчикового сочленения, тем самым улучшить качество жизни пациентов.

В свою очередь, отсутствие эффекта от вышеуказанной терапии, является дифференциально-диагностическим критерием, позволяющим заподозрить дегенеративно-дистрофические изменения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

В заключение следует сказать, что при обращении пациентов с кокцигодинией, помимо обследования крестцово-копчиковой области, необходимо проводить

исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника на предмет грыжи межпозвоночного диска, поскольку боль в области копчика носит вторичный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Краснов, А.Ф.* Справочник по травматологии / А.Ф. Краснов, В.М. Аршин, М.Д. Цейтлин. – М.: Медицина, 1984. – 400 с.
2. *Мальцев, В.Н.* Медицинская реабилитация больных с неопухлевыми заболеваниями прямой кишки, анального канала и мягких тканей промежности / В.Н. Мальцев. – Харьков: Торнадо, 2004. – 202 с.
3. *Ривкин, В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, С.Н. Файн, А.С. Бронштейн. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 488 с.
4. *Федоров, В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.

REFERENCES

1. *Krasnov, A.F.* Spravochnik po travmatologii / A.F. Krasnov, V.M. Arshin, M.D. Ceitlin. – M.: Medicina, 1984. – 400 s.
2. *Mal'cev, V.N.* Medicinskaya reabilitaciya bol'nyh s neopuhlevymi zabolevanijami pryamoj kishki, anal'nogo kanala i myagkih tkanei promezhnosti / V.N. Mal'cev. – Har'kov: Tornado, 2004. – 202 s.
3. *Rivkin, V.L.* Rukovodstvo po koloproktologii / V.L. Rivkin, S.N. Fain, A.S. Bronshtein. – M.: Medpraktika-M, 2004. – 488 s.
4. *Fedorov, V.D.* Proktologiya / V.D. Fedorov, Yu.V. Dul'cev. – M.: Medicina, 1984. – 384 s.

© Л.Х. Сафаргалиева, Н.А. Мухаметзянова, Н.Б. Амиров, Л.Ф. Байбулатова, Г.В. Тухватуллина, 2013

УДК 616.124.2-007.61

ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ ПРИ АПИКАЛЬНОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ЛИЛИЯ ХАТИМОВНА САФАРГАЛИЕВА, зав. терапевтическим отделением ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ», Казань, Россия, тел. 8-927-440-17-30, e-mail: lilia safargaliev@mail.ru

НАИЛЯ АБДУЛРАУФОВНА МУХАМЕТЗЯНОВА, канд. мед. наук, врач УЗИ ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ», Казань, Россия, тел. 8-917-887-22-61, e-mail: haliullin0205@mail.ru

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. (843) 291-26-76, e-mail: namirov@mail.ru

ЛИЛИЯ ФАРИДОВНА БАЙБУЛАТОВА, врач-терапевт ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ», Казань, Россия, тел. 8-917-286-80-31, e-mail: liliya-bajbulatova@yandex.ru

ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА ТУХВАТУЛЛИНА, зав. лабораторией ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ», Казань, Россия, тел. 8-917-904-41-28, e-mail: тyпoкep69@mail.ru

Реферат. Статья посвящена изучению особенностей развития гипертрофии миокарда при артериальной гипертензии. Известно, что наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), независимо от уровня артериального давления, является неблагоприятным прогностическим признаком, но главным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является артериальная гипертензия. В теоретической части данной статьи описаны изменения, которые развиваются при артериальной гипертензии в миокарде. Представлена классификация и описаны типы гипертрофии миокарда. Выделена отличительная особенность апикальной формы гипертрофии левого желудочка, сопровождающаяся изменениями на ЭКГ, подобные инфаркту. В представленном клиническом случае описаны инфарктоподобные изменения на ЭКГ у больного с апикальной гипертрофией левого желудочка на фоне артериальной гипертензии. Представлены протоколы проведенных исследований больного, заключение и рекомендации. Углубленное обследование больного позволило исключить перенесенный острый инфаркт миокарда и ишемическую болезнь сердца.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, индекс массы миокарда.