

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОКЦИГОДИНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОРМАЛИЗОВАННОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

**Аннотация.** Авторы исследовали 337 пациентов с кокцигодинами на протяжении 2006-2011 гг. Были выделены основные клинико-инструментальные признаки заболевания, изучена патопластика кокцигодинии. Выявленные клинико-инструментальные особенности позволили разработать унифицированную карту амбулаторного больного, позволяющую статистически обрабатывать собранные клинико-инструментальные данные, определять тактику лечения, а также обеспечивать динамическое наблюдение за диспансерной группой.

**Ключевые слова:** кокцигодиния, дифференциальная диагностика, унифицированная карта.

© U. Gareeva, U. Novikov

*Manual Therapy Centre*

*Ufa, Russia*

## **CHARACTERISTICS OF COCCYGDYNIA DIAGNOSTICS WITH THE USE OF FORMALIZED DOCUMENTATION**

**Abstract.** The authors examined 337 patients with coccygodynias for the period of from 2006 – 2011. The main clinical – instrumental signs of the disease were identified and pathoplastics studied. On the basis of the identified clinical – instrumental peculiarities we've elaborated a unified case – history of an ambulant patient which allows us to handle statistically the received clinical – instrumental data, to plan a treatment tactics and to provide a dynamic supervision of the dispensary group.

**Key words:** coccygodynia, differential diagnostics, unified case – history.

**Введение.** Актуальность проблемы кокцигодинии для практического здравоохранения заключается в дифференциально-диагностических затруднениях, вследствие противоречивых заключений разных специалистов, как следствие приводящих к неэффективной медицинской помощи [1, 2, 3, 4]. По образному выражению Г.И. Иваничева [3] этих пациентов именуют «частью человечества, терпеливо ищущих своего врача». В амбулаторной практике широкое применение нашло использование формализованной документации, позволяющее статистически обрабатывать собранные

клинико-инструментальные данные, определять тактику лечения, а также обеспечивать динамическое наблюдение за диспансерной группой [5, 6]. Использование формализованной документации при кокцигодиниях в доступной литературе мы не нашли.

**Цель:** разработка и внедрение в практическую деятельность центра мануальной терапии г. Уфы унифицированной дифференциально-диагностической карты обследования больных с кокцигодиниями.

**Материалы и методы.** При анализе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани по материалам Центра мануальной терапии за период 2006-2011 г.г., кокцигодиния было выявлена у 337 (23,5%). Высокий процент по сравнению с литературными данными, по-видимому, объясняется профильностью центра. У пациентов этой группы, наряду с молестно-амнестическими данными, проводилось изучение условий труда, характер течения заболевания, факторы, провоцирующие и влияющие на патопластику заболевания. Углубленно изучались клинические проявления заболевания с применением оригинального нейроортопедического инструментария – миотонометра, тензоальгиметра, курвиметра. Всем пациентам проводилось нейровизуализационное обследование, по показаниям – ультразвуковое обследование органов малого таза. При наличии соматической патологии ряд пациентов был осмотрен гинекологом, проктологом и урологом. Вследствие хронического течения заболевания у всех пациентов оценивали психоэмоциональный статус по шкале Зунга.

**Результаты.** При анализе полученных данных было установлено, что подавляющее большинство составляют лица старше 35 лет – 299 человек (88,7%), тогда как моложе 35 лет – всего 38 человек (11,3%). Также обратило на себя внимание более частая встречаемость патологии у женщин – 196 больных (59,8%), а у мужчин – 141 чел.(40,2%). При изучении характера труда было установлено, что среди пациентов встречались лица как умственного труда – 54,7% (181 больных), так и те, для которых физический

труд является профессией – 45,3% (156 больных). Распределение больных по характеру труда достаточно равномерно, что подтверждается данными О.Г.Коган с соавт. о влиянии на развитие патологии тяжелого физического труда [7]. По характеру работы большая часть пациентов имели сидячую работу – 66% (222 человека), преимущественно статические нагрузки испытывали 18% (61 больных), преимущественно физические нагрузки – 10% (34 больных), психоэмоциональные – 9% (17 больных).

Подавляющее количество пациентов – 307 (91%) в качестве основной причины заболевания указали на наличие травмы копчика. Хронические заболевания малого таза (простатит, уретрит, цистит, аднексит, фибромиома, геморрой, проктит) имели место у 7% (23 пациента), тяжелые травматичные роды, аборт в анамнезе были у 2% (6 больных).

При оценке длительности заболевания и частоты обострений установлено, что у большинства пациентов частота обострений составляла 1-2 раза в год – 209 человек (62%), 2-3 раза в год – у 67 человек (20%), более 3-х раз в год – у 61 больных (18%). Было отмечено, что частота обострений коррелирует с длительностью заболевания. Так, при длительности заболевания до 5 лет у 35% (118 человек) количество обострений за этот период составляло от 2 до 4. От 2 до 8 обострений наблюдалось за 6-10 лет у 40% (135 обследованных), а у лиц с длительностью заболевания более 10 лет и количество обострений уже достигало 12 и встречалось в 25% случаев (84 больных). Мы установили, что основным фактором, провоцировавшим обострение, является физическое напряжение 73% случаев (246 пациентов), в 23% (77 больных) – психоэмоциональные перегрузки и лишь в 4% (13 больных) – переохлаждение.

Для экспертной оценки состояния пациентов с кокцигодинией большое значение имеет установление степени выраженности болевого синдрома, которая имеет некоторые особенности. Особенно важна оценка болезненности крестцово-копчиковой флексии, которая встречается

практически у 100%, тогда как при перректальной пальпации, болезненность 2 и 3 степени выявлялась в 70% случаев (236 больных). Иррадиации боли на момент осмотра в подавляющем большинстве случаев не выявлялось – 276 (82%) пациентов. У 61 человека (18%) боль распространялась в пояснично-крестцовый отдел позвоночника, ягодицы, половые органы и прямую кишку. Обратило на себя внимание наличие заболеваний органов малого таза и наличие выраженных рентгенологических изменений у данной группы больных. При оценке ВАШ большинство оценивало степень выраженности боли в 65% – 253 человека, 80 больных – 25% и лишь 4 пациента – 10%.

При помощи миотонометрии в области *m. levator ani*, *m. piriformis*, *m. sarcocoeus* было установлено, что у большинства пациентов мышечный тонус был 2 степени (мышца умеренной плотности) у 219 человек (65%). У 91 человека (27%) выявлялось значительное повышение мышечного тонуса (мышца каменистой плотности) и лишь у 27 пациентов (8%) мышечный был практически не изменен.

При рутинном неврологическом осмотре было установлено, что симптом Ласега встречался в 23% случаев (77 больных), симптом Бонне – в 37% (125 больных). Наиболее патогномичным признаком при кокцигодинах является симптом Фурмана (посадки), который был положительным в 78% (263 больных). Рефлекторные нарушения не являлись частым признаком и встречались лишь в 7% случаев, чаще выявляли чувствительные нарушения в виде гип- и гиперестезии в аноректальной зоне – 31% случаев.

При томографическом и рентгенологическом исследованиях в 54,2% случаев (182 пациента) выявляли дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника 1-2 степени, девиация копчика выявлялась в 72 % случаев, остеохондроз крестцово-копчикового диска был выявлен в 34% случаев. При рентгенологическом исследовании таза (по G. Gutmann) было установлено, что у большинства больных встречался

ассимилированный таз – 62% (209 пациентов), перегруженный таз – у 28% (94 пациента), а нормальный лишь у 10% пациентов (34 человека). По-видимому, анатомо-топографические особенностями ассимилированного таза, когда высоко поставленный крестец располагается почти вертикально, а поперечные отростки каудального поясничного позвонка относительно тонкие, подвздошно-поясничная связки развиты слабо, способствуют более частому травматическому поражению копчика и развитию кокцигодинии.

При оценке психоэмоционального статуса по шкале Зунга у 68% пациентов (229 человек) выявился повышенный уровень тревожности и депрессивное состояние, чаще у пациентов с хроническим и прогрессивным течением заболевания.

**Выводы.** Таким образом, использование формализованной документации при кокцигодиниях позволяет обеспечить раннюю диагностику, упростить амбулаторный прием, проводить дифференциальную диагностику, что способствует оптимальному выбору лечебно-профилактических мероприятий, а также осуществлять последующее диспансерное наблюдение данной группы.

#### Список литературы:

1. Баркан М.Б. О кокцигодинии // Клиническая медицина. – 1980. – № 1. – С. 96.
2. Буюклян Т.Е. Клинические варианты синдрома тазового дна // Вертеброневрология. – 2001. – № 1-2. – С. 70–80.
3. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. – Казань, 1997. – 448 с.
4. Каплан А.В. Закрытые повреждения костей и суставов. – М.: Медицина, 1979. – 568 с.
5. Новиков Ю.О. Дорсалгии. – М.: «Медицина», 2001. – 160 с.
6. Справочник по диагностике и прогнозированию нервных болезней в таблицах и перечнях / И.П. Антонов, Я.А. Лупьян. – Минск: Беларусь, 1986. – 286 с.
7. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника / О.Г. Коган, И.Р. Шмидт, Л.А. Толстокоров и др. – Новосибирск: Наука, 1983. – 211 с.

**Новиков Юрий Олегович** – доктор медицинских наук, профессор, главный врач Центра мануальной терапии. 450098, Россия, г.Уфа, ул.Российская 108/1. Тел.: +7-3472359336, e-mail: profnovikov @yandex.ru

**Гареева Юлия Витальевна** – врач-ортопед, мануальный терапевт. Центр мануальной терапии, тел. 8-3472359375