

При контрольном осмотре через 18 месяцев признаков рецидива не отмечено, больной работает по специальности. Дальнейшее наблюдение за ним будет продолжено.

Метастазы при гигантоклеточных опухолях сухожильных влагалищ не описаны. Но имеется описание малигнизации гигантоклеточной опухоли сухожильных влагалищ I пальца кисти [4].

Учитывая своеобразие клинического проявления ГКО сухожильного влагалища кисти и исходя из анализа литературных источников, данный вид опухоли должен подвергаться активному хирургическому лечению с последующим длительным наблюдением больных с периодичностью осмотра не реже двух раз в году.

GIGANTOCELLULAR SYNOVIOMA OF VAGINAL TENDONS OF HAND FINGER BENDERS

V.V. Shevchenko

(Central Republican Hospital)

The recurrent course of gigantocellular synovioma is described in the article.

Литература

1. Виноградова Т.П. Многоотомное руководство по патологической анатомии. – М., Т.VI. – С.344-357.
2. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека (руководство под ред. Н.Л. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова). – М.: "Медицина", – 1993. – Т.1. – С.181-182.
3. Раков А.И., Чехарина Е.А. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища. – Л.: "Медицина". – 1968. – С.169-186.
4. Тюреева Е.И., Колосов А.Е., Кочнев В.А., Загольская В.Н. Редкое наблюдение малигнизации гигантоклеточной опухоли сухожильных влагалищ кисти. – Вестн. хир. – 1994. – №1-2. – С.57-58.
5. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. – Л.: "Медицина". – 1988. – С.163-178.
6. Galloway J.D., Broders A.C., Chormley R.K. Arch. Surg., 1940. – N.3. – P.485-538.
7. Wright C.J., Brit. J. Surg., 1951. – Vol.38. – N.151. – P.257-271.
8. Vincent R.G., Ann. Surg., 1960. – Vol.152. – N.5. – P.777-788.

© ЖИТНИЦКИЙ Р.Е., ГОРБУНОВ А.К., ЯЩЕНКО А.Л. –
УДК 616.833.6-009.7-07-08

КОКЦИГОДИНИЯ – ТУННЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ n. Pudendus: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Р.Е. Житницкий, А.К. Горбунов, А.Л. Яценко.

(Иркутская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Приводятся данные, свидетельствующие о том, что кокцигодия, которая по мнению большинства авторов связана с травмой, лишь в небольшой части случаев имеет травматический генез, а чаще обусловлена формированием туннельного синдрома и является проявлением пудендонейропатии. Рассматривается методика диагностики. Приводятся данные об эффективности при этой патологии иглорефлексотерапии и мануальной терапии, как наименее травматичных методов лечения.

Кокцигодия – боли в области копчика, иррадиирующие в ягодицы, нижнюю часть крестца, в промежность и усиливающиеся в положении сидя, а также при вставании. Ряд авторов связывают кокцигдинию с травмой [1,7]. В связи с тем, что большинство больных с кокцигдинией до обращения к нам длительное время наблюдались у различных специалистов (гинеколога, проктолога, хирурга) без установленного диагноза, нами было предпринято исследование, направленное на выяснение этиопатогенеза болевого синдрома и поиск путей оптимизации терапии этой патологии.

За период с 1997 по 2000 годы наблюдались 27 больных кокцигдинией: женщин 25, мужчин – 2, в возрасте до 30 лет – 6, от 31 до 50 – 16, старше 50 – 5. Лишь у 8 больных в анамнезе имела место травма – падение на ягодицы, которая обуславливала острые боли в области копчика в течение 2-3 недель с последующим формированием

стойкого, типичного для кокцигдинии, болевого синдрома. У некоторых больных из этой группы кокцигодия развивалась после светлого (безболезненного) промежутка от нескольких недель до нескольких месяцев. Лишь у 3 из 27 обследованных на рентгенограммах определялась незначительная дислокация копчика кпереди, уменьшение угла крестцово-копчикового сочленения. У остальных – рентгенологические изменения не выявлены.

При пальцевом исследовании per rectum пальпация копчика и крестцово-копчикового сочленения была малоболезненна или совсем безболезненна. При более глубоком пальцевом исследовании определялась резкая болезненность в области spina ischiadica с одной из сторон, реже с обеих сторон. У большинства больных боли иррадиировали в нижние отделы ягодиц, дистальные отделы крестца, в промежность.

Клиническая картина расценена как туннельный синдром п. pudendus или пудендонейропатия. По данным И.П. Кипервас и М.В. Лукьянова [3] п. pudendus располагается над spina ischii и ligamentum sacrospinum, выходя через foramen infrapiriformis и огибая spina ischii сзади, возвращается в полость таза, проходя при этом в узком туннеле.

Воспалительные или дегенеративно-дистрофические изменения в тканях и спазм мышц образующих этот туннель обуславливают формирование туннельного синдрома п. pudendus, характеризующегося вышеописанной клиникой. Известно, что если вблизи мышц, в которых возник спазм, проходят нервы и сосуды, то они могут сдавливаться, что клинически проявляется как туннельный синдром [2]. Спазм внутритазовых мышц может носить всртсбренный характер, поскольку они иннервируются корешками L₅, S₁, S₄ и может развиваться вне всякой зависимости от травмы.

Известно, что при туннельных синдромах различной локализации обычно весьма эффективны новокаиновые блокады, иногда в сочетании с кортикостероидами [2,3]. В трудно поддающихся консервативным методам лечения случаях туннельного синдрома рекомендуется оперативное лечение, заключающееся в рассечении тканей формирующих туннель сдавливающий нейрососудистое образование. В связи с анатомическими особенностями туннеля, в котором располагается п. pudendus, как хирургическое вмешательство, так и блокады этой зоны технически весьма сложны и нецелесообразны, хотя известна достаточно эффективная методика пресакральных новокаиновых блокад [1], которую можно сравнить с “ковровыми бомбардировками”.

Как оказалось, весьма эффективны и безопасны при кокцигодинии иглорефлексотерапия и мануальная терапия самостоятельно или в комплексе друг с другом [4,5,6,7]. Лечебный механизм иглорефлексотерапии при этой патологии обуславливается непосредственным влиянием на нейромоторный аппарат спинного мозга, тонус сосудов кровоснабжающих спинной мозг, на костно-хря-

щевые и миофасциальные образования позвоночника и таза, на тонус внутритазовых мышц. В традиционном представлении боли в области крестца и копчика – это “нарушение функционирования меридиана мочевого пузыря (V) и заднесердинного меридиана (T)”. Дополнительные точки других меридианов способствуют усилению раздражения, т.е. используется принцип воздействия на местно-сегментарные и отдаленные точки. Обязательным является воздействие на точку T¹. Кроме этого, используется воздействие на все точки пояснично-крестцовой области. Из периферических точек используются V₄₀, V₃₁₋₃₄, V₆₀, V₃₄, VB₃₉, VB₄₁ и VB₃₀.

Целесообразно применение малого “баночного” кровопускания в точках T₄, V₃₁₋₃₄, V₄₀ и V₂₅₋₂₆.

Нами у всех 27 больных использована иглорефлексотерапия, у части больных с более стойким болевым синдромом, наряду с иглорефлексотерапией была применена мануальная терапия. Целесообразность ее применения при обсуждаемой патологии базируется на том, что болевой синдром обусловлен нарушением тонусно-силового баланса сухожильно-мышечного и связочного аппарата тазового дна. Особую роль в поддержании болевого синдрома, по-видимому, играют тонусно-силовые нарушения со стороны передней продольной связки. В связи с этим лечебное воздействие направляется на восстановление тонусно-силового баланса образований дна таза, промежности. Используется техника постизометрической релаксации, миофасциального релиза. Обычно для достижения обезболивающего эффекта у наблюдавшихся больных было достаточно 5-7 сеансов. У всех 27 больных получены положительные результаты, у 20 – полное купирование болевого синдрома, а у 7 – значительное его уменьшение. Сроки наблюдения от трех месяцев до трех лет.

Таким образом, при кокцигодинии для диагностики показано целенаправленное пальцевое исследование rectum. Отмечена высокая эффективность иглорефлексотерапии, а по показаниям ее сочетание с мануальной терапией.

COCCYALGIA – A TUNNEL SYNDROME OF n. PUDENDUS. DIAGNOSIS AND TREATMENT

R.E. Zhitnitsky, A.K. Gorbunov, A.L. Yashenko

(Irkutsk Regional Clinical Hospital)

The facts are presented that coccyalgia in opinion of many authors is associated with trauma, really only in few cases has traumatic genesis, but more often it is caused by forming n. pudendus tunnel syndrome and appears as pudendoneuropathy. The method of diagnosis is considered. The data on the effectiveness of spinereflexotherapy and manual therapy in treatment of this pathology is considered as the least traumatic treatment method.

Литература

1. Дульцев Ю.В., Кугаевский Ю.Б. Кокцигодия. – Большая мед. энциклопедия, 3-е изд., М., 1979. – Т. II. – С.215-216.
2. Кипервас И.П. Периферические нейроваскулярные синдромы. – М.: Медицина, 1985. – С.176.
3. Кипервас И.П., Лукьянов М.В. Периферические туннельные синдромы. – М.: Медицина. – 1991.
4. Левит Р., Заксе И., Янда М. Мануальная медицина. – М., 1993. – С.512.
5. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1986. – С.576.

Страницы истории науки и здравоохранения

© ШТЕЙНГАРДТ Ю.Н. –
УДК 616:92

ПАМЯТИ УЧИТЕЛЯ – Б.М. ШЕРШЕВСКИЙ

Ю.Н. Штейнгардт.

(Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск, ректор – чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. В.В. Новицкий)

Резюме. "Лицом к лицу, – лица не увидеть, большое видится на расстоянии" – справедливо не только по отношению к тому, что имел в виду С. Есенин, но и к отдельным людям. Нередко, такая ретроспективная оценка, да еще и издавна, – наиболее полна и объективна. Это относится и к Борису Максимовичу Шершевскому с той разницей, что мы, его бывшие ученики и коллеги, уже тогда видели и его незаурядность, и понимали, насколько нам повезло с Учителем.

К Борису Максимовичу я пришел в 35 лет, закончив аспирантуру, кандидатом наук и проработав пять лет в крупной ленинградской больнице, на кафедре с тремя докторами наук и после шести лет работы в госпиталях. Тем не менее, был буквально поражен профессиональной эрудицией и логикой шефа, конкретностью и глубиной его знаний, обстоятельностью в обследовании больных, умением выявлять и оценивать важные, внешне мало или не заметные симптомы и особенности болезней и тем самым разбираться в сложнейших случаях А, ведь, компьютерной томографии и т.п. тогда не было.

Борис Максимович сам активно учился всю жизнь. В отличие от многих своих и наших современников, не тратил время и силы на карабкание по административной и общественно-партийной лестнице, на обильные собрания, заседания, советы, комиссии, футбол и сериалы, а любил и постоянно много читал, точнее, тщательно изучал литературу и обдумывал то, чем занимался. Об этом говорили не только его профессиональная информированность, но и многочисленные заметки на полях книг и журналов, а также громадная картотека рефератов, которые он составлял в процессе работы с литературой.

В течение всех двадцати лет, что я его знал, он ежедневно, за редкими исключениями, отдохнув после обеда, в пять часов вечера уходил в кабинет и там занимался до полуночи с перерывом только на ужин. Б.М. Шершевский знал немецкий, читал по-английски и со словарем разбирал французский. Много читал иностранной литературы.

Обходы и разборы больных, продолжавшиеся по два-три часа, были, хотя и утомительны, но столь содержательны и информативны, что первое и довольно длительное время я присутствовал на них с тетрадкой в руках, записывая мысли и "от-

кровения" шефа. Он смотрел, в деталях знал и помнил всех 65 больных находившихся в клинике. Обсуждения и разборы были такой школой для всех, переоценить которую невозможно.

В равной степени это касалось и специальных разборов больных, подвергавшихся научным исследованиям, а также клинко-анатомических конференций, много лет председателем которых был Борис Максимович и, собиравших студентов и врачей всего города.

Шеф обладал удивительной памятью. Открою один старый секрет. Когда в процессе написания докторской диссертации мне нужны были уточнения или справки, касательно цитируемых основных работ, было проще и быстрее справиться у Бориса Максимовича по телефону, чем поднимать и просматривать картотеку рефератов. Я пользовался этим, а, проверив, ни разу не обнаружил ошибки.

Борису Максимовичу были свойственны обстоятельность и даже определенный консерватизм, он не сразу, не "сходу" принимал новшества, положения и идеи, высказываемые кем-либо, даже тогдашними лидерами, а только после того, как досконально разберется и сочтет обоснованными.

Он не воспринимал тогда повсеместную, критику так называемого "морганизма-менделизма", "вириховианства", генетики, не признавал универсальной и главной роли нервно-рефлекторных и центральных механизмов в патологии в ущерб гуморальным и иным. Не одобрял, тогда частые, сомнительные утверждения и натягивания универсального приоритета отечественных ученых и борьбу с "космополитизмом и иностранщиной", позже осужденные и, принесшие большой вред науке и образованию. Считал недостаточно обоснованными и некоторые модные тогда методы