

Обсуждение

Совпадение максимумов в частоте локализации ДДИП с областями максимумов нормальной кривизны (кифоза и лордоза) и нагрузки указывает на одну из ранее предложенных гипотез – «расплату за прямохождение». Возрастная тенденция в частоте проявления ДДИП и ширине областей, охваченных ДДИП, указывают на наличие возрастной закономерности. Вместе с тем на наш взгляд ни один из этих факторов не является необратимым и независимым от образа жизни человека. По нашим наблюдениям неврологические проявления ОП не являются прямым следствием ДДИП, а являются следствием туннельных эффектов (Жулеев и др., 1999) – компрессии нервов при прохождении между мышцами и фасциями мышечного корсета позвоночника, т.к. они надёжно устраняются с помощью специального массажа. Однако ДДИП могут серьёзно ухудшать состояние нервных корешков, провоцировать и отягощать неврологические синдромы. Имеются все основания считать, что развитие ДДИП и ОП, как комплекса неврологических синдромов, может быть предотвращено или остановлено с помощью методов, предотвращающих образование МБ в мышечном корсете позвоночника, а именно: массаж глубоких мышц позвоночника и китайская гимнастика для позвоночника.

Выводы

1. ДДИ позвоночника является прямым следствием совместного действия неврозов и стрессовых ситуаций, вызывающих мышечные блоки с последующим нарушением трофики тканей позвоночника и старением организма.
2. Массаж глубоких мышц позвоночника и китайская гимнастика для позвоночника и релаксационные практики способны полностью устранить неврологические проявления ОП при сохранении ДДИП, а также предотвратить или остановить развитие ДДИП.
3. Мышечные блоки не являются функциональными блоками, предохраняющими позвоночник от травм при наличии ДДИП, а, наоборот, являются причиной остеохондроза позвоночника и его травм при чрезмерных нагрузках.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. М. Медицина, 1989.
2. Жулеев Н.М., Бардзгардзе Ю.Н., Жулеев С.Н. Остеохондроз позвоночника, Руководство для врачей. СПб. Изд. «Лань», Санкт-Петербург, 1999.

ANALYSIS OF POSITIONS OF MAXIMUMS OF DEGENERATIVE - DISTROFIC EXHIBITINGS IN A SPINE

Cherkasov A.D.

*Institute for Information Transmission Problems,
Russian Academy of Sciences*

Introduction

The causes of osteochondrosis of a spine are still a subject of discussions. None of the existing hypotheses is able to explain the cause of development of an osteochondrosis as well as to suggest a constructive decision

how to avoid the development of degenerative processes in a spine. There are several hypotheses concerning the causes of development of degenerative processes in a spine (DDCS), all of them, not quite precisely, are referred to as osteochondrosis of a spine (OS). They are: contagious hypothesis, rheumatoid, autoimmune, traumatic, involuntal, ontogenetic, myogenetic. Most of them consider OS as irreversible process that brings in physical inability.

Purpose

The purpose of our work is to specify the causes of development of osteochondrosis of a spine and to work out the methods of diagnostics of the state of a spine at early stages of development of DDCS. We used the following methods to investigate the state of a muscular corset of a spine: manual diagnostics, gauging of motility of segments of a spine at functional trials. The inspection of the state of muscular corset by means of manual diagnostics was carried out for 70 patients at the age between 7 and 80, among them 25 patients have passed inspection by MRI, CT or X-ray as well. The statistical data on MRI investigation of DDCS is presented by the results of inspection of 500 patients of Presidential Hospital N1, Russian Federation, Moscow.

Results

The group of 500 patients was subdivided into four subgroups according to their age: 13 - 21 years, 22 - 35 years, 36 - 50 years, older than 50 years. Statistical analysis was carried out separately for three departments of a spine: lumbar (L) (n=141), thoracal (Th) (n=294) and cervical (C) (n=165). The comparison of all age subgroups shows that, independently of the age group, the maximal number of DDCS falls into the following ranges of a spine: for a cervical department, on spondyles C4, C5; for a thoracal department, on spondyles Th7, Th8; for a lumbar department, on spondyles L4, L5 (see Fig. 1).

For the group of 70 patients, the mentioned positions of maximal number of DDCS coincide with maximums of frequency of localization of muscular blocks (MB). MB is a nonperishable spastic state of intervertebral muscles. Special massage and Chinese gymnastics for a spine allow to destroy MB and to remove neurologic manifestations of OS without application of medicamental therapy (see fig. 2).

Discussion

Localization of DDCS and MB coincides with maximums of normal curvature and load. This counts in favor of the hypotheses that people pay for vertical position. The domain of localization of DDCS widens with age growth of patients. We think that it is possible to prevent the development of DDCS and to revert this process in case it has already started. According to our observations, the neurologic manifestations of OS are not a direct consequence of DDCS, but rather a consequence of tunnel effects – the compressions of nerves at transit between muscles and fascias muscular corset of a spine, since they can be eliminated with the help of massage of deep muscles of a spine. However, DDCS can worsen a state of nervous roots, provoke and burden neurologic sets of symptoms.

Conclusions

1. DDCS and MB is a direct consequence of joint action of neurosis and stressful situations.

2. Massage of deep muscles of a spine and Chinese gymnastics for a spine and relaxing practice are capable completely to remove neurologic manifestations of OS (while DDCS are still present) and also to prevent or to stop development of DDCS.

3. We do not consider MB as "functional blocks" that protect a spine from traumas at presence of DDCS, on the contrary, we think that MB cause an osteochondrosis of a spine and its traumas.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ МОНИТОРИНГА
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНОГО
КИСЛОТООБРАЗОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У
ПОДРОСТКОВ**

*Черненко Ю.В., Сердюкова З.В.,
Арленинова В.А., Добло Н.Н., Портянкина Л.Б.
*Саратовский Государственный Медицинский
Университет, Саратов*

Более чем у 50% детей с клинически подтвержденными хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки регистрируются жалобы, указывающие на нарушение секреторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, что обуславливает необходимость проведения функционального гастроэнтерологического обследования у этих больных.

Целью нашей работы стало оценка информативности минимониторинга рН в желудке как метода исследования кислотообразования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) у подростков с хроническими гастродуоденитами.

В амбулаторно-поликлинических условиях проведено обследование 100 подростков с клиническим диагнозом хронический гастродуоденит (51 мальчик и 49 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет. Всем детям кроме общеклинических исследований проводилось специальное гастроэнтерологическое обследование. Основу обследования составляло минимониторинг рН в ВОЖКТ с помощью прибора «Гастроскан-

5». Проводилось разделение детей по стандартным оценочным таблицам на клинические группы по типам синдрома вегетативной дисфункции (СВД) с преобладанием ваготонии и симпатикотонии. Учитывались клинические варианты воспалительного поражения слизистой оболочки ВОЖКТ и степень обсеменности *Helicobacter pylori* (Н.Р.).

Для анализа особенностей моторной и секреторной функции желудка использованы стандартные и модифицированные нами показатели мониторинга рН. Также была проанализирована в зависимости от типа СВД и ее выраженности эффективность антисекреторных лекарственных препаратов наиболее употребимых в педиатрической гастроэнтерологической практике, Н₂-гистаминоблокаторов (фамотидина-квamatела) и ингибиторов протонной помпы (омепразол-хелол).

В результате проведенных исследований у детей с ваготонией во всех клинических группах отмечался более длительной и выраженной гиперсекреторный синдром чем у детей с преобладанием влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы.

При проведении сравнительного анализа данных о характере гиперсекреторного синдрома, полученных в ходе кратковременного исследования рН желудочного содержимого и результатов минимониторинга интрагастральной кислотности у одного и того же ребенка не всегда имелась корреляция, что было связано в большинстве случаев с характером и степенью выраженности СВД.

Таким образом, минимониторинг интрагастральной рН у детей с хроническими гастродуоденитами позволяет получить более точную картину функционального состояния ВОЖКТ, чем при использовании традиционных методов кратковременного слежения за показателями интрагастральной кислотности. Ингибиторы протонной помпы (омепразол-хелол) обладали более выраженным антисекреторным эффектом у детей с преобладанием ваготонии. Эти закономерности позволяют рекомендовать использование препаратов этих групп в лечении хронического гастродуоденита у детей в зависимости от типа СВД.