

преимуществ перед своим аналогом ГП с инвагинационным КАА. Создаваемая мышечная манжетка из петли тонкой кишки препятствует расширению желудочной трубки; восстанавливает резервуарную функцию ФО желудка; обеспечивает порционное поступление пищевых масс в АО желудка, предотвращая его перегрузку; обладает арефлюксными свойствами, обеспечивая надежную защиту ФО желудка от действия желчи.

Таким образом, восстановление функционального состояния оперированного желудка после ГП по В. И. Оноприеву происходит в течение 1 года и обусловлено адекватными моторной и эвакуаторной функциями вновь созданных анастомозов. Основными функциональными особенностями двухкамерного желудка после ГП являются: восстановление функции арефлюксной кардии, сохранение деполирующей функции фундального отдела желудка, обеспечение порционности эвакуации в АО желудка.

Осуществленное нами наблюдение за группой пациентов, перенесших ГП по В. И. Оноприеву, позволило выявить недостатки используемой технологии ГП с КАА и разработать оптимальный способ лечения ТЯЖ с минимальной возможностью развития послеоперационных патологических синдромов – ГП с формированием КАС из петли тощей кишки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А. Ю., Назаренко Л. И. Неблагоприятные варианты течения язвенной болезни. – С.-Петербург: СПб, 2006. – С. 22–68.
2. Жерлов Г.К. Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 4. – С. 5–14.
3. Жерлов Г. К., Кошель А. П. и др. Анализ ближайших и отдаленных результатов органосохраняющих и органомоделирующих операций в хирургии гастродуоден. язв. Сб. тезисов Всерос. науч.-практич. конф. «ЯБ желудка и ДПК» // Вестник хирургич. гастроэнтер. – 2006. – № 1. – С. 35.

4. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.

5. Крылов Н. Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 1. – С. 25–30.

6. Логунов К. В., Пахомов Е. А. Ранние формы рака и малигнизация язвенных поражений слизистой оболочки желудка // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2010. – Т. 5. № 2. – С. 29–32.

7. Маев И. В., Казюлин А. Н., Дичева Д. Т., Бурагина Т. А. Факторы риска развития и лечение труднорубцующихся язв желудка и 12-перстной кишки // Фарматека. – 2010. – № 15. – С. 39–43.

8. Майстренко Н. А., Курыгин А. А. Моторно-эвакуаторные расстройства пищеварительного тракта в ранние сроки после операций на желудке // Вестн. хир. – 1998. – № 4. – С. 32–37.

9. Наумов В. Ф., Габдраупова С. Р., Тимошенко Р. О. Адекватная коррекция функциональных структур желудка в хирургии язвенной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 3. – С. 76–84.

10. Черноусов А. Ф., Шестаков А. Л. Селективная проксимальная ваготомия. – М.: изд-во АТ, 2001. – 158 с.

11. Donahue P. Parietal cell vagotomy nervus vagotomy-antrectomy: ulcer surgery in the modern era // World j. surg. – 2000. – Vol. 24. № 3. – P. 264–269.

12. Remacha T. B., Lanas A. A., Sainz S. R. Refractory peptic ulcer: the pathogenic mechanisms // Rev. esp. enferm. dig. – 1995. – Vol. 87. № 6. – P. 53–59.

13. Майстренко Н. А., Курыгин А. А. Моторно-эвакуаторные расстройства пищеварительного тракта в ранние сроки после операций на желудке // Вестн. хир. – 1998. – № 4. – С. 32–37.

14. Aonuma K. Experimental studies on the gastroduodenojejunal motility and gastric emptying after duodenectomy with preservation of the total stomach and pylorus // J. smooth. muscle. res. – 1994. – Vol. 30. № 4. – P. 147–64.

Поступила 06.10.2012

Е. Л. СОКОВ, Л. Е. КОРНИЛОВА, М. В. ЯКОВЛЕВ

## ВЛИЯНИЕ ВНУТРИКОСТНЫХ БЛОКАД НА ТЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии  
ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»,  
Россия, 117292, г. Москва, ул. Вавилова, 61, корп. 8,  
тел. 89629214198. E-mail: michail1984@mail.ru

Представлены отдаленные результаты применения внутрикостных блокад и медикаментозного лечения у пациентов с поясничным остеохондрозом. Под наблюдением находились 210 пациентов с поясничным остеохондрозом. В течение последнего года наблюдения у пациентов после курса внутрикостных блокад отмечалось сокращение количества обострений в 2,3 раза, средней длительности обострения – в 3,8 раза, и в 2,4 раза пациенты меньше обращались к врачу. Применение внутрикостных блокад улучшает течение поясничного остеохондроза по сравнению со стандартной терапией.

Ключевые слова: внутрикостные блокады, остеохондроз, катамнез.

E. L. SOKOV, L. E. KORNILOVA, M. V. IAKOVLEV

EFFECT OF INTRAOSSEOUS BLOCKADES ON LOW BACK PAIN

Department of neurology and neurosurgery peoples' friendship University of Russia,  
Russia, 117292, Moscow, Vavilov street, 61, bldg. 8, tel. 89629214198. E-mail: michail1984@mail.ru

Presented long-term results of intraosseous blockades and pharmacological treatment of patients with low back pain. In 210 examined patients with low back pain. During the subsequent years of follow-up of patients after a course of intraosseous blockades noted milder course of the disease – in 2,3 times reduction of exacerbations, and decreased by 3,8 times the average duration of relapse and 2,4 times fewer patients consulted a doctor. The use of intraosseous blockades improves the long-term for low back pain compared with standard therapy.

*Key words:* Intraosseous blockade, low back pain, long-term effectiveness.

## Введение

Вертеброгенные заболевания остаются одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Хроническое течение заболевания наблюдается примерно у 33,3% больных поясничным остеохондрозом (ПО), что приводит к их длительной нетрудоспособности [1, 4]. Актуальной проблемой ПО является недостаточная эффективность многочисленных методов лечения хронического болевого синдрома в спине. Также в литературе не раскрывается вопрос о характере течения ПО в отдаленном периоде под влиянием различных методов лечения заболевания.

Цель исследования – изучить течение ПО за период 12 месяцев после курса внутрикостных блокад.

## Материалы и методы

Под наблюдением с 2009 по 2011 г. находились 210 пациентов (87 мужчин и 123 женщины) с клиническими проявлениями ПО, хронического рецидивирующего течения с частыми обострениями. Средний возраст пациентов составил  $55,7 \pm 13,1$  года, средняя длительность заболевания –  $10,4 \pm 5,3$  года. 134 пациента основной группы кроме медикаментозного и физиотерапевтического лечения получали внутрикостные блокады (ВКБ) (разрешение Росздравнадзора ФС № 2008/220 от 22 октября 2008 года). ВКБ выполнялись по методике, разработанной проф. Е. Л. Соковым (патент № 2345776 от 17.05.2007 г. «Способ лечения клинических проявлений поясничного остеохондроза») [2, 3]. Метод ВКБ состоял во введении 8,0 мл 1%-ного раствора лидокаина и 4 мг дексаметазона в губчатое вещество костных образований (крыло подвздошной кости, остистые отростки позвонков). Курс лечения включал 3–5 блокад, проводимых через день. Группу сравнения составили 76 пациен-

тов, лечение проводилось в соответствии с Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи, назначались: НПВС, миорелаксанты, вазоактивные препараты, витамины группы В, антидепрессанты. Физические методы лечения включали лечебную физкультуру, магнитотерапию, массаж классический, СМТ-терапию на поясничный отдел позвоночника. Через 12 месяцев после стационарного лечения изучался катамнез заболевания.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica 6.0». Выборочные характеристики в таблицах представлены в виде средней  $\pm$  ошибки средней.

## Результаты

В ходе исследования были получены следующие данные.

Характер течения заболевания, согласно данным таблицы 1, у пациентов основной и контрольной групп до курса лечения не различался.

Согласно данным таблицы 2, применение ВКБ привело к удлинению ремиссии в 1,7 раза, уменьшению количества обострений – в 2,2 раза, длительности обострений – в 3,8 раза. В 2,4 раза уменьшилась обращаемость к врачу поликлиники. Временная нетрудоспособность (ВН) у пациентов основной группы сократилась на 34,3%, у пациентов контрольной группы отмечалось, наоборот, удлинение ВН.

## Обсуждение

Согласно остеогенной теории нейроортопедических заболеваний, под влиянием предрасполагающих факторов происходит уменьшение метаболической активности костной ткани и развиваются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, что приводит к нарушению

Таблица 1

### Анамнестические данные пациентов с ПО до лечения

Критерий	Основная группа	Контрольная группа
Количество обострений в год	$2,7 \pm 0,1$	$2,6 \pm 0,1$
Длительность обострения, дни	$43,8 \pm 1,5$	$42,7 \pm 1,5$
Обращаемость к врачу в год, раз	$2,2 \pm 0,1$	$2,3 \pm 0,1$
Временная нетрудоспособность, дни	$32,7 \pm 1,9$	$33,5 \pm 1,7$

Таблица 2

### Отдаленные результаты лечения пациентов с ПО

Критерий	Основная группа	Контрольная группа
Длительность ремиссии, мес.	$7,1 \pm 0,1^*$	$4,3 \pm 0,1$
Количество обострений в год	$1,2 \pm 0,1^*$	$2,2 \pm 0,1$
Длительность обострения, дни	$11,4 \pm 0,6^*$	$25,1 \pm 1,1$
Обращаемость к врачу в год, раз	$0,9 \pm 0,1^*$	$2,0 \pm 0,1$
Временная нетрудоспособность, дни	$21,5 \pm 0,8^*$	$39,5 \pm 1,7$

Примечание: \* –  $p < 0,05$  в сравнении с контрольной группой после лечения.

венозного кровотока, повышению внутрикостного давления, перерождению внутрикостных рецепторов, снижению болевого порога, манифестации заболевания и формированию различных клинических симптомов ПО [3]. При проведении ВКБ микроостеоперфорация костной ткани и аутомелотерапия приводят к стимуляции её репаративной и физиологической регенерации, в дальнейшем развивается неоангиогенез в кости, улучшается микроциркуляция в окружающих тканях (межпозвоночных дисках, мышцах, связках), что замедляет дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике [2, 3].

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы: 1. Применение ВКБ приводит к изменению течения ПО: удлинению ремиссии в 1,7 раза, сокращению количества обострений в год в 2,3 раза, продолжительности одного обострения в 3,8 раза и длительности ВН в 1,8 раза. 2. Длительная и стойкая ремиссия, уменьшение количества обострений в год, средней продолжи-

тельности обострения указывают на более легкое течение ПО в последующие 12 месяцев после курса ВКБ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Батышева Т. Т., Минаева Н. Г. и соавт. Остеопороз у больных с дорсопатией: анализ опыта амбулаторного лечения 228 пациентов у неврологов г. Москвы // Лечение нервных болезней. – 2004. – № 3. – С. 26–28.
2. Соков Е. Л., Корнилова Л. Е. Соматоневрологические синдромы. Новые аспекты патогенеза и лечения: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008.
3. Соков Е. Л., Корнилова Л. Е. Внутрикостные блокады – инновационный метод лечения в неврологии // Боль. – М., 2008. – № 4. – С. 43–49.
4. Шостак Н. А. Современные подходы к терапии боли в нижней части спины. // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5. № 8. – С. 457–461.

Поступила 01.09.2012

*Н. В. СОЛДАТЕНКО<sup>1</sup>, Л. Н. ЕЛИСЕЕВА<sup>1</sup>, О. И. ЖДАМАРОВА<sup>1</sup>,  
И. С. КУЛАБУХОВА<sup>1</sup>, Ю. Р. ШЕЙХ-ЗАДЕ<sup>2</sup>*

## СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*<sup>1</sup>Кафедра факультетской терапии и  
<sup>2</sup>кафедра нормальной физиологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: yeliseyeva@mail.ru*

Изучены структурно-функциональные особенности центральной и ренальной гемодинамики у 45 больных с первичным субклиническим гипотиреозом в сочетании с АГ (1-я группа) и у 68 пациентов с первичной АГ (2-я группа). У больных 1-й группы выявлены достоверно более низкие значения структурно-функциональных показателей левого желудочка: индекса массы миокарда и толщины стенок левого желудочка, конечного диастолического размера, фракции выброса, ударного объема, скорости трансмитрального потока. Толщина комплекса интима-медиа у пациентов 1-й группы была достоверно выше, при этом зависимость данного показателя от уровня холестерина и триглицеридов крови выше у больных 2-й группы. Расчетная скорость клубочковой фильтрации у больных 1-й группы была достоверно ниже, а индексы резистентности кровотока в почечных артериях – достоверно выше.

*Ключевые слова:* центральная гемодинамика, почечная гемодинамика, субклинический гипотиреоз, артериальная гипертензия.

*N. V. SOLDATENKO, L. N. YELISEEVA, O. I. ZHDAMAROVA,  
I. S. KOULABOUKHOVA, J. R. SHEJH-ZADE*

## STRUCTURAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF CENTRAL AND RENAL HAEMODYNAMICS DEPENDING ON CONDITION OF THYROID FUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

*<sup>1</sup>Department faculty therapy and  
<sup>2</sup>department normal physiology Kuban state medical university,  
Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4. E-mail: yeliseyeva@mail.ru*

Structural and functional features of central and renal hemodynamics were studied in 45 patients with primary subclinical hypothyroidism in combination with arterial hypertension (Group I), and in 68 patients with arterial hypertension (Group II). Lower structural and functional values of the left ventricle including myocardium mass index and left ventricular wall thickness, end diastolic diameter, ejection fraction, stroke volume, transmitral flow rate were revealed in patients from group I. Intima-media thickness was significantly higher in patient from group I, whereas relation of this value on cholesterol and triglyceride level was higher in patients from group II. Glomerular filtration rate was lower in patients from group I, whereas flow resistance index in renal arteries was higher.

*Key words:* central hemodynamics, renal hemodynamics, subclinical hypothyroidism, arterial hypertension.