

2) два печеночных ЛУ (редко – 1) по ходу печеночной артерии, около воротной вены, у человека – 1-10 таких ЛУ, в 73,5 % случаев – 3-7 (Усович А.К., 1981), в т.ч. периферические – желчного пузыря;

3) два панкреатических ЛУ, у человека – 1-4 ЛУ около верхнего края поджелудочной

железы, начального и среднего отрезков селезеночной артерии (Цой О.Г., 1980).

Кроме того, я обнаружил 2 селезеночных ЛУ около хвоста поджелудочной железы и ворот селезенки, у человека там же находят 1-5 ЛУ (Цой О.Г., 1980).

### Медицинские науки

#### ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА КЕРДО У БОЛЬНЫХ ГЛОССАЛГИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Борисова Э.Г., Кумиров А.И.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж,  
e-mail: pobedaest@mail.ru

В последнее десятилетие значительно возрастает число лиц, страдающих глоссалгией [2, 3]. По данным литературы и многолетним собственным наблюдениям у всех пациентов, страдающих глоссалгией, наблюдается неблагоприятное нервно-психическое состояние. Для глоссалгии наиболее характерна депрессия с нарушением сна, выраженной нейровегетативной реактивностью и соматической реакцией на стресс. Изменения психики у больных с глоссалгией имеют широкий диапазон и колеблются от незначительных расстройств до выраженных психических нарушений, что необходимо учитывать при проведении терапии [1, 2, 3]. Вегетативный индекс Кердо широко применяется для отслеживания клинического течения всех заболеваний, в которых вегетативный тонус или вегетативные нарушения играют решающую роль. Этот метод исследования позволяет регистрировать относительно малые изменения вегетативной активности с помощью простого, быстро применяемого средства, не оказывая при этом какого-либо влияния на саму деятельность организма.

**Целью** нашего исследования было изучение психоэмоционального состояния и определение типа вегетативной нервной системы (ВНС) у пациентов с глоссалгией до лечения и после проведенного комплексного лечения.

**Материал и методы.** Обследовано 107 пациентов, из них 94 (87,9%) женщин и 13 (12,1%) мужчин. По возрасту все пациенты разделены на 2 категории: 1 группа – работающие в возрасте 45-55 лет – 54 (50,5%) чел. (3 мужчин, 51 женщин), 2 группа – пожилого возраста от 55 лет и более – 53 (49,5%) чел. (10 мужчин, 43 женщины).

Всем пациентам трижды проводили измерения артериального (систолического и диастолического) давления и подсчитывали пульс:

1 – во время первичного обследования;

2 – в середине курса;

3 – после проведенного полного курса лечения.

Для определения типа вегетативной нервной системы за данными измерений вычисляли индекс Кердо по формуле:

$$I = AD - d/P,$$

где  $AD$  – показатель систолического давления;  $d$  – показатель диастолического давления;  $P$  – показатель частоты пульса.

Положительное число указывает на преобладание симпатического тонуса, а отрицательное – парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы.

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у женщин увеличение систолического и диастолического давления отмечалось на первом этапе измерения как в первой, так и во второй группах. Индекс Кердо выше единицы отмечался у женщин и мужчин в первой и второй группах (99 чел.) и до лечения составлял  $1,1 \pm 0,04$  (92,5%), во второй группе пациентов лишь у 7,5% больных (5 чел.) индекс до лечения был пределах  $(-0,8)$ , причем это были мужчины. Наше исследование еще раз подтверждает мнение зарубежных и отечественных авторов о том, что при глоссалгии у большинства больных превалирует симпатический тонус над парасимпатическим, и глоссалгия – «типичная симпаталгия».

Всем больным был проведен десятидневный курс лечения, в который помимо местной, лазеротерапии, были включены препараты, нормализующие тонус вегетативной нервной системы: феназепам по 0,001 два раза в день, седативная микстура (пустырник, валериана, натрия бромид) по 1 столовой ложке 3 раза в день, эглонил по 0,05 2 раза в день.

Необходимо отметить, что в середине курса лечения было отмечено снижение индекса Кердо у 37 больных (34,6%), из них у 15 человек в первой группе и у 12 человек – во второй, и в среднем составил  $0,8 \pm 0,72$ . После проведенного курса лечения индекс Кердо у больных первой группы составил  $0,1 \pm 0,04$ , у больных второй группы –  $0,1 \pm 0,25$ , т.е. приближался к показателю 0, что соответствует показателю здоровых людей.

**Выводы:** выявленная динамика колебаний индекса Кердо у пациентов с глоссалгией указывает на превалирование тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и необходимость включения препаратов, нормализующих ее тонус в курсовое лечение.

**Список литературы**

1. Вегетативные расстройства. Клиника, лечение, диагностика: рук-во для врачей под ред. В.А. Голубева. – М.: МИА, 2010. – 640 с.
2. Скуридин П.И., Ларенцова Л.И. Антидепрессанты для терапии синдрома жжения полости рта // Материалы XVII и XVIII Всероссийских научно-практических конференций и Труды I-го Европейского стоматологического конгресса. – М., 2007. – С. 20-24.
3. Скуридин П.И., Пузин М.Н., Голубев М.В. Психотерапия и психотерапия при синдроме жжения полости рта // Практическая неврология и нейрореабилитация – 2010. – № 2. – С. 10–12.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ  
ЛОБШТЕЙНА-ВРОЛИКА**

Гарбуз И.Ф., Гуза Н.Д., Леонтьев В.С.,  
Гарбуз А.И., Гуцул Д.М.

*Приднестровский государственный университет  
им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,  
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Приведены результаты наблюдения девяти больных с болезнью Лобштейна-Вролика. Предлагается способ оперативного лечения, который состоит в корригирующей остеотомии с остеосинтезом отломков пучком спиц. Отмечены удовлетворительные результаты.

Болезнь Лобштейна-Вролика, врожденный порок костеобразования (osteogenesis imperfecta). Это диспластическое заболевание, которое связано с неправильным формированием костной субстанции [2, 3, 4].

Это системное заболевание с преимущественным поражением костной ткани и относится к *desmogenesis imperfect* и проявляется частыми переломами, в результате чего развиваются деформации длинных трубчатых костей [1, 5, 7]. Заболевание в литературе представлено как болезнь Лобштейна-Вролика, *fragilitas ossium*, *osteopsathyrosis congenita*, *osteomalacia congenita*, *malacia myeloplastica*, *ostitis parenchymatosa chronica*, *dystrophia periostalis*, *dysplasia periostalis*, болезнь «стеклянных мужчин».

Лечение больных с несовершенным костеобразованием состоит главным образом в обеспечении надлежащего ухода, профилактике переломов, предупреждении деформаций, укреплении мышечной системы и скелета, устранении развившихся деформаций [6].

Тщательная репозиция отломков после переломов, надежная фиксация до полного сращения костей играют первостепенную роль в профилактике образования тяжелых деформаций. Своевременное лечение, применение ортезов имеют огромное значение для данной категории больных.

Коррекция деформаций конечностей при болезни Лобштейна-Вролика достигается оперативным путем: выполняя остеоклазии, остеотомии и сегментарные остеотомии с остеосинтезом пучком спиц.

Операция заключается в декортикации, сегментарная остеотомия с остеосинтезом при помощи пучка спиц. Всего прооперировано 7 детей, которым проведены 12 операций остеотомии: 11 – с применением пучка спиц и одна – с металлоостеосинтезом стержнем. Результаты всех 12 операций прослежены в сроки от нескольких месяцев до 3 лет. Отдаленные результаты (более 1 года) прослежены у 5 детей. Все эти больные получили возможность самостоятельного передвижения и самообслуживания.

**Методика операции.** После рассечения надкостницы на всем протяжении деформированной кости производят отделение надкостницы вместе с тонкими пластинками кортикальной кости. Кость распиливают на отдельные сегменты (2-3 сегмента в зависимости от степени деформации). Ось конечности исправляют путем перемещения и сопоставления сегментов, которые нанизывают на пучок спиц Илизарова, введенных интрамедулярно. Концы спиц следует согнуть или округлить таким образом, чтобы они не пробивали кортикальный тонкий слой кости и не мигрировали. Необходимо, чтобы спицы были расположены от эпифиза до эпифиза. Пучок спиц является фиксатором, стимулирует остеогенез путем постоянного раздражения, а также выполняет роль амортизатора, при надломе удерживают и сохраняют правильную ось конечности.

Динамическое наблюдение за оперированными пациентами, показало, что пучок из 3–9 спиц положительно влияет как на саму кость, так и на функциональные способности больного ребенка. Следует отметить, что в течение 5–6 месяцев происходит хорошая перестройка остеотомированной кости. В результате их трансформации образуется достаточно выраженный кортикальный слой, повышается прочность кости. Данная методика оправданна, так как пучок спиц является хорошо фиксирующим эластичным материалом, способным заменить отсутствующие костные балки.

Большинство больных с несовершенным остеогенезом не могут себя обслуживать, оставаясь на протяжении всей жизни тяжелыми инвалидами, и только с помощью многоэтапных реконструктивных операций удается исправить деформации настолько, чтобы можно было изготовить фиксирующие ортопедические аппараты и поставить больного на ноги. Пользование ортопедическими аппаратами должно быть длительным.

При изучении отдаленных результатов после оперативных вмешательств у больных с несовершенным костеобразованием (глубина наблюдения – 3 года) установили, что все оперированные пациенты поставлены на ноги с помощью ортопедических аппаратов.

Немаловажное значение в лечении больных с несовершенным остеогенезом имеет и кон-