

**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-

сервативное лечение, в том числе нейрабол и тирокальцитонин и другие препараты. Важно витаминизированное, полноценное питание, санаторно-курортное лечение, морские ванны, массаж, лечебная гимнастика, а также лечебное протезирование.

Прогноз для жизни при болезни Лобштейна-Вролика сомнительный. Дети, отстают в соматическом и физическом развитии, нередко оказываются нежизнеспособными и экзетируют в основном от инфекционных заболеваний, лишь немногие из них достигают зрелого возраста.

При поздней форме заболевания необходимо с осторожностью определять функциональный прогноз. Частые переломы при отсутствии правильной фиксации, несмотря на их быстрое срастание, могут вести к вторичным укорочениям и искривлениям конечностей.

#### Список литературы

1. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. – М.: Медицина, 1964.
2. Волков М.В. Болезни костей у детей. – М.: Медицина. 1985.
3. Клеменов А.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. – М., 2005. – 136 с.
4. Краснополяская, К.Д. Наследственные болезни обмена веществ. – М., 2005. – 364 с.
5. Шараев П.Н. Соединительная ткань в детском возрасте / П.Н. Шараев, Н.С. Стрелков, Е.Г. Бутолин // под ред. Р.Р. Кильдияровой. – Ижевск, 2005. – 152 с.
6. Гарбуз И.Ф., Алекса К.И., Шабалин Н.Г. Несовершенный остеогенез (болезнь Лобштейна-Вролика // Вестник Преднистрровского университета. – 2006. – № 2. – С. 29–35.
7. Яковлев В.М. Соединительнотканые дисплазии скелета человека (Пренатальная и постнатальная диагностика и прогнозирование) / В.М. Яковлев, Р.С. Карпов, Е.Г. Бакулина. – М.: УИЦ XXI век, 2009. – 192 с.

### НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ ТЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Левчук Л.А.,  
Вялова Н.М., Епанчинцева Е.М.,  
Перчаткина О.Э., Лебедева В.Ф., Семке В.Я.

*ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск,  
e-mail: svetlana@mail.tomsknet.ru*

Невротические расстройства, относящиеся к числу универсальных проявлений состояний психической дезадаптации, представляют собой важную проблему медицинского и социального плана вследствие широкой распространенности, склонности к затяжному течению и нарушению социальной и трудовой адаптации [1, 2]. Одной из актуальных задач биологической психиатрии является прогнозирование вероятности развития невротических, связанных со стрессом расстройств, в формировании которых важную

роль играют биологические, в том числе гормональные, факторы.

**Целью исследования** являлось создание медицинской технологии прогнозирования развития невротических расстройств с преобладанием диссоциативных (конверсионных) и депрессивных расстройств на основе определения концентраций стероидных и тиреоидных гормонов в сыворотке крови.

Проведено комплексное клинико-гормональное обследование 173 пациентов с невротическими расстройствами, проходивших курс лечения в отделении пограничных состояний клиник НИИ психического здоровья СО РАМН. У 104 пациентов (93 женщины и 11 мужчин, средний возраст  $40,33 \pm 14,06$  года) были диагностированы диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44, согласно МКБ-10). С диагнозом расстройства адаптации с преобладанием депрессивных реакций (F43.2, МКБ-10) наблюдались 69 пациентов (из них 60 женщин и 9 мужчин, средний возраст  $43,27 \pm 11,7$  года). В качестве контрольной группы были обследованы 59 соматически и психически здоровых лиц (из них 37 женщин и 22 мужчины, средний возраст  $33,9 \pm 12,22$  лет). Концентрацию гормонов дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС), кортизола, трийодтиронина (Т3), свободного тироксина (Т4 св.) и тиреотропного гормона (ТТГ) определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программ STATISTICA, версия 6,0 для Windows и SPSS, версия 15,0. Достоверность различий определяли с использованием непараметрического рангового критерия Краскела-Уоллиса, различия оценивали как достоверные при  $p < 0,05$ . С помощью критерия Колмогорова-Смирнова оценивали отличия распределения генеральной совокупности от нормального.

Исследование содержания стероидных гормонов выявило повышенный уровень концентрации кортизола у лиц с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций по сравнению с данным показателем в группе пациентов с диссоциативными расстройствами и психически здоровых лиц ( $642,87 \pm 29,05$ ;  $489,75 \pm 19,3$  и  $443,13 \pm 23,00$  нмоль/л, соответственно,  $p < 0,05$ ). Содержание ДГЭАС у пациентов с расстройствами адаптации достоверно снижено по сравнению с контролем и показателями во второй выборке больных ( $3,9 \pm 0,26$ ;  $6,35 \pm 0,62$  и  $6,69 \pm 0,50$  мкмоль/л, соответственно,  $p < 0,05$ ). Соотношение ДГЭАС/кортизол, характеризующее анаболическо-катаболический баланс и устойчивость организма к различным нарушениям, у лиц с расстройствами адаптации снижено по сравнению со значениями в группе психически здоровых людей и пациентов с диссоциативными расстройствами.