

ческих критериев «третьей болезни» простаты – простатита. Диагностика хронического простатита имеет определенные трудности. Традиционные методы диагностики не всегда эффективны и зачастую не позволяют правильно провести топическую и дифференциальную диагностику хронического простатита.

Все это определило основную цель работы: улучшение диагностики хронического простатита с помощью исследований цитокинов (ИЛ-1 α , ИЛ-4, ИЛ-8, ФНО- α) спермоплазмы.

Для выполнения поставленных задач исследования в общей сложности обследовано 120 человек. Первую группу наблюдения составили 50 пациентов, поступившие на амбулаторное лечение с хроническим неспецифическим простатитом. Во вторую группу вошли 50 больных с хроническим специфическим простатитом. Группу контроля составили 20 практически здоровых мужчин репродуктивного возраста.

Содержание цитокинов в спермоплазме у больных хроническим простатитом определяли с помощью реагентов, выпускаемых «Протеиновый контур», Санкт-Петербург, методом твердофазного иммуноферментного анализа.

В результате выполненных исследований установлено наличие характерных количественных изменений в уровнях изучаемых цитокинов. Уровни концентрации цитокинов имели значимые различия у больных с хроническим специфическим и неспецифическим генезом простатита, а также по сравнению с группой контроля.

Выявлено, что в спермоплазме здоровых мужчин присутствовали все изучаемые цитокины. Уровень концентрации этих цитокинов в спермоплазме у соматически здоровых мужчин составил для ФНО- α 4; ИЛ-1 α 8,3; ИЛ-4 -4; ИЛ-8 -5,9 пг/мл. Нами была отмечена выраженная положительная корреляционная связь ($r=0,87$) между содержанием ФНО α и ИЛ-1 α в спермоплазме у больных хроническим неспецифическим простатитом. Однако взаимосвязи между содержанием этих цитокинов с числом лейкоцитов и уровнем лактоферрина не была обнаружена. Этот факт предполагает, что при наличии воспалительного процесса в половом тракте присутствие в спермоплазме цитокинов ФНО α и ИЛ -1 α у больных с хроническим неспецифическим простатитом является более объективным критерием, чем наличие лейкоцитов и уровня лактоферрина. Значительное увеличение ИЛ-8 спермоплазмы у больных хроническим специфическим и неспецифическим простатитом в сравнении с группой здоровых мужчин свидетельствует о его высоких цифрах в очаге воспаления. Эти результаты позволяют предположить, что ИЛ-8 играет важную роль в патогенезе хронического простатита, особенно при специфическом процессе. Выявлена положительная корреляционная взаимосвязь ($r=0,88$) между уровнем ИЛ-8 и числом лейкоцитов и лактоферрина.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о наличии нарушений в цитокиновом звене спермоплазмы при хроническом простатите, имеющих особенности при специфическом и неспецифическом процессах. Установленные качественно-количественные изменения в цитокиновом звене спермоплазмы могут в равной степени определять как

характер иммунологических нарушений, так и их клинико-диагностическое значение при различных вариантах течения хронического простатита.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЕЙ ПРОВОПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ СПЕРМОПЛАЗМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТАХ В ДИНАМИКЕ

Думченко В.В., Мирошников В.М., Полунин А.И.

Областной кожно-венерологический диспансер,

*Астраханская государственная
медицинская академия,*

Астрахань

Хронический простатит занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы и одно из первых мест среди мужских заболеваний в целом. Актуальность данной проблемы, связана с тем, что максимально высокий удельный вес заболеваемости регистрируется у лиц 20–40 лет, то есть страдают мужчины наиболее активного в сексуальном и трудовом отношениях возраста.

Все это определило основную цель работы: изучить клинико-диагностическое значение провоспалительных цитокинов спермоплазмы при хронических простатитах в динамике.

Для выполнения поставленных задач исследования в общей сложности обследовано 120 человек. Первую группу наблюдения составили 50 пациентов, поступившие на амбулаторное лечение с хроническим неспецифическим простатитом. Во вторую группу вошли 50 больных с хроническим специфическим простатитом. Группу контроля составили 20 практически здоровых мужчин репродуктивного возраста.

Содержание цитокинов в спермоплазме у больных хроническим простатитом определяли с помощью реагентов, выпускаемых «Протеиновый контур», Санкт-Петербург, методом твердофазного иммуноферментного анализа.

У больных с хроническим простатитом изначально выявлялись существенные различия в цитокиновом звене спермоплазмы, характерные для специфического и неспецифического вариантов простатита. Аналогичная тенденция изменений уровня цитокинов спермоплазмы при специфическом и неспецифическом простатитах наблюдалась и в различные сроки заболевания. В период ремиссии хронического специфического и неспецифического простатита у больных отмечено снижение уровней изучаемых цитокинов в спермоплазме (ФНО α , ИЛ-1 α , ИЛ-8) в два раза. Но при этом эти показатели были значительно выше, чем у практически здоровых мужчин.

Несмотря на то, что в большинстве случаев уровни цитокинов спермоплазмы в фазу ремиссии соответствовали клиническому выздоровлению больного, функциональные нарушения по данным УЗИ сохранялись. Хотя все лабораторные данные свидетельствовали о стихании воспалительного процесса в простате.

Таким образом, полученные результаты по исследованию уровней провоспалительных цитокинов в

динамике существенно усиливает возможность традиционного микроскопического исследования. Этот факт дает основание продолжать все лечебные и реабилитационные мероприятия, которые будут направлены на восстановление секреторной, барьерной функции предстательной железы.

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА
РЕПАРАТИВНОГО КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ
ПРИ УДЛИНЕНИИ КОНЕЧНОСТЕЙ И
ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ МЕТОДОМ
ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА**

Дьячкова Г.В., Корабельников М.А.,
Суходолова Л.В., Ковалева А.В., Степанов Р.В.
*ФГУН РНЦ «ВТО» имени
академика Г.А. Илизарова Росздрава,
Курган*

Применение компьютерной томографии для изучения регенерата открыло новые возможности количественной и унифицированной оценки костеобразования при удлинении и лечении переломов. Для безартефактного КТ-исследования были разработаны специальные рентгеннегативные узлы для аппарата Илизарова (М.М.Щудло с соавт. 1999) и способ количественной оценки дистракционного регенерата².

Однако объективные критерии качественных и количественных особенностей дистракционного регенерата как вообще, так и по отношению к частным нозологиям до сих пор не разработаны.

Целью нашего исследования было изучение КТ-особенностей дистракционного регенерата с количественной оценкой исследуемых параметров при удлинении конечности в эксперименте, при удлинении бедра и голени у больных ахондроплазией, при устранении деформаций конечностей, лечении переломов голени.

Материал исследований составили данные 31 КТ-сканирования бедра и голени 11 беспородных собак. Проведено 88 КТ-исследований 22 больным ахондроплазией, 6 больным при устранении деформации, 7 больным при лечении переломов голени.

Исследования проводили на компьютерных томографах Somatom Smile, Somatom AR-HP фирмы «Siemens» до лечения, в сроки 14, 28 дней дистракции, в начале, на 30, 60, 90, 120 день фиксации и после снятия аппарата Илизарова в эксперименте, и в конце периода дистракции, во время фиксации при удлинении в клинике, в периоде фиксации и после снятия аппарата при лечении переломов.

Экспериментальные исследования показали, что при дистракции происходит увеличение площади дистракционного регенерата (с 2,3 см² до 4,5 см²), одновременно со снижением плотности регенерата в конце дистракции с 220 НУ до 150. В процессе фиксации было отмечено постепенное увеличение плотности дистракционного регенерата от 222 НУ. до 340 НУ. В то же время выявлено значительное снижение плот-

ности фрагментов материнской кости: в начале периода дистракции показатель плотности составил 850 НУ, к 90 дню периода фиксации - 209 НУ.

При удлинении бедра и голени у больных с ахондроплазией было выявлено, что площадь «зоны роста» регенерата в периоде дистракции увеличивалась более чем вдвое, но в процентном соотношении находилась в пределах 23 – 33% от общей площади регенерата. В периоде дистракции отмечалось снижение плотности кортикальных пластинок материнской кости в среднем на 200-300 НУ., в периоде фиксации – на 400-500 НУ. Общая плотность регенерата к 60 дню фиксации на бедренной и большеберцовой костях колебалась от 210 ±11 до 241±17 НУ.

Через 1-2 года после лечения отмечена завершенная рентгеноморфологическая перестройка костной ткани, что говорит о функциональной полноценности новообразованной кости, позволяет судить о корректности проведенного удлинения.

Показатели плотности кости в зоне повреждения при винтообразных переломах голени через один месяц фиксации составили в среднем: для зоны эндостального регенерата 495,2 ±37 НУ, для интермедиарного - 713,1 ± 68 НУ, плотность интактной кортикальной пластинки на уровне перелома составила 1760,2 ± 117 НУ.

Таким образом, на экспериментальном и клиническом материале выявляются однонаправленные закономерности в изменении показателей плотности и площади отделов дистракционного регенерата, что позволило выявить общие принципы формирования регенерата для возможной коррекции темпов и ритмов дистракции. Полученные в результате исследования данные позволяют стандартизировать изучение дистракционного регенерата, выявить его особенности для различных уровней длинных трубчатых костей, условий и стадий удлинения и исправления деформации конечностей. Впервые получены данные о плотностных характеристиках регенерата при лечении переломов костей голени методом чрескостного остеосинтеза.

Следует отметить, что единицы измерения площади в см², плотности в НУ являются общепринятыми, что позволяет стандартизировать полученные данные и сравнивать их с результатами других лучевых исследований.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ИНФУЗИОННОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ
ОПТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЯХ**

Ерёменко А.И., Янченко С.В.,
Каленич Л.А., Гурджиян К.Д., Лысенко О.И.
*Кафедра глазных болезней Кубанского
государственного медицинского университета,
Краснодар*

Ишемические оптические нейропатии (ИОН) характеризуются различной степенью снижения зрения, нарушением поля зрения и развитием атрофии зрительного нерва, которая в структуре слепоты в России и развитых странах мира, занимает одно из первых

² Способ количественной оценки дистракционного регенерата /Корабельников М.А. (РФ), Борзунов Д.Ю. (РФ), Щукин А.А. (РФ), Дьячков К.А. (РФ). Заявл. 15.06.2004.