

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.