

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.

ранговых мест (Е.С. Либман и соавт., 2000; S.C. Kellet et al., 1997; M.W. Tang et al., 2000). За последние десятилетия были апробированы различные новые способы воздействия на данный патологический процесс, однако, их эффективность остаётся недостаточной (М.М. Краснов и соавт., 1976, 1995; Л.А. Кацнельсон и соавт., 1998; К.П. Павлюченко и соавт., 1998; А.П. Нестеров и соавт., 2002; W.J. Wirostko et al., 1998; G. Richard et al., 1999; S.S. Naygech, 2001).

Цель работы – исследовать эффективность длительной внутриартериальной инфузионной терапии в реабилитации больных ИОН.

Материалы и методы. Было проведено лечение 69 пациентов, страдающих ИОН (69 глаз). Зрительные функции были снижены до $0,03 \pm 0,01$. Изменения полей зрения носили вариабельный характер. На глазном дне определялся ишемический отёк ДЗН. Ультразвуковое доплерографическое исследование позволило выявить у всех пациентов снижение линейных скоростных характеристик кровотока по глазничной артерии. Пациенты первой группы (40 глаз) получали длительную внутриартериальную инфузионную терапию через катетер, введённый в поверхностную височную артерию до бифуркации общей сонной артерии. Инфузат, из расчёта на 24 часа, включал: 1000,0 мл – 0,9% физраствора; 15,0 мл. – 2,0% трентала (300 мг); 15000 ЕД гепарина; 150,0 мл. – 0,5% новокаина. При ОСОН, вызванных гигантоклеточным артериитом (болезнь Хортона) в инфузат добавляли преднизолон (60,0 мг / сутки). Инфузию проводили со скоростью 10 – 16 капель в минуту, круглосуточно, в течение 5 – 7 дней. Пациенты второй группы получали стандартную терапию.

Результаты и обсуждение. В первой группе зрительные функции улучшились у 37 пациентов (92,5%), и остались стабильными у 3 (7,5%). Во второй группе улучшение зрительных функций отмечалось у 41,4% больных, стабилизация – у 58,6%. Повышение остроты зрения в первой группе составило $0,19 \pm 0,02$, сравнительно с $0,07 \pm 0,01$ во второй группе. Линейная скорость кровотока у пациентов, получавших внутриартериальную инфузионную терапию повысилась с $12,4 \pm 0,3$ до $15,8 \pm 0,3$ см/с, а у пациентов второй группы с $12,4 \pm 0,3$ до $13,60,2$ см/с.

Таким образом, наши результаты показывают, что длительная внутриартериальная инфузионная терапия оказалась эффективней, чем стандартная консервативная терапия.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИМУСА И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧЕЛОВЕКА

Ермакова Н.И., Забродин В.А.

*Смоленская государственная медицинская академия,
Смоленск*

Тимус и щитовидная железа имеют общий источник развития, являясь производными жаберной кишки. Несомненно, между этими органами должна быть тесная взаимосвязь. В настоящее время подробно описана функциональная взаимосвязь тимуса и щитовидной железы, относящихся к единой нейро-

иммунноэндокринной системе. Однако, работ, демонстрирующих морфологическую взаимосвязь, особенно на макроскопическом уровне, крайне мало и они неубедительны.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологической взаимосвязи тимуса и щитовидной железы на макроскопическом уровне с учётом долевого строения, асимметрии органов и полового диморфизма.

Материалом послужили 173 пары тимусов и щитовидных желез, взятые от трупов взрослых людей 15-90 лет. На отпрепарированном трупном материале проводились описание и замеры 24 габаритных параметров органов. На основании полученных данных проводилось сравнение их морфологического строения.

Результаты исследования долевого строения тимуса и щитовидной железы показали, что наиболее характерным является сочетание двух долевого тимуса и щитовидной железы, имеющей две доли и перешеек. Такое строение имеют 22,4% всех пар органов. В 16,7% случаев встречается сочетание двух долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы без перешейка и пирамидной доли, в 14,9% - двух долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы с перешейком и пирамидной долей. Несколько реже встречается сочетание трёх долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы с перешейком - в 10,9% и в 10,3% - двух долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы с пирамидной долей. У женщин наиболее типичное сочетание двух долевого тимуса и щитовидной железы, имеющей две доли и перешеек, встречается в 23,2% случаев, в 17,4% - сочетание двух долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы без перешейка и пирамидной доли и в 15,1% - трёх долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы с перешейком. У мужчин доля пар органов, включающих двух долевого тимус и двух долевого щитовидную железу с перешейком, составляет 21,6%. На второе место по частоте встречаемости выходит сочетание двух долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы с перешейком и пирамидной долей (18,1%) и в 15,9% наблюдается сочетание двух долевого тимуса и двух долевого щитовидной железы без перешейка и пирамидной доли.

Изучение сочетания асимметрии по объёму долей показало, что для пары органов тимус-щитовидная железа наиболее часто встречаемым является сочетание левосторонней асимметрии тимуса с правосторонней асимметрией щитовидной железы, которое наблюдается в 53,2% всех случаев. В 25% случаев встречается правосторонняя асимметрия тимуса в сочетании с правосторонней асимметрией щитовидной железы, в 13,5 % - левосторонняя асимметрия тимуса и щитовидной железы, а правосторонняя асимметрия тимус сочетается с левосторонней асимметрией щитовидной железы - в 8,1%. Половые различия в данном случае выражаются в том, что у женщин типичное сочетание левосторонней асимметрии тимуса с правосторонней асимметрией щитовидной железы встречается в 58,7% случаев, а у мужчин – в 46,8%. Соответственно у женщин на 5,6% реже наблюдается сочетание левосторонней асимметрии ти-