

ОЦІНКА ЩІЛЬНОСТІ ДИСТРАКЦІЙНОГО РЕГЕНЕРАТУ ПРИ ЗАМІЩЕННІ ДЕФЕКТІВ ДОВГИХ КІСТОК З ВИКОРИСТАННЯМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ

Заміщення дефектів довгих кісток кінцівок проводили методикою монолокального остеосинтезу за Ілізаровим, але стержневим апаратом Костюка на рамковій основі. Новизна нашої роботи в тому, що крім загальновідомих способів оцінки зрілості дистракційного регенерату, ми розробили оригінальну комп'ютерну методику, яка дозволяє визначити ступінь зрілості регенерату не у словесній оцінці, а у відсотковому відношенні до проксимального фрагмента (ПФ) сегменту по рентгенограмах у двох типових проєкціях, при цьому декілька точкових ділянок прилеглого до регенерату ПФ брали за 100%, а декілька точкових ділянок с\3 регенерату визначали у відсотковому значенні до ПФ.

Для порівняльної оцінки вибрано ПФ з огляду на те, що дистальний фрагмент (ДФ) з 2-3-го місяця після остеотомії на рентгенограмах має явні ознаки остеопорозу внаслідок відсутності фізіологічного навантаження і порушення регіонарного кровопостачання.

Всього хворих, яких лікували даним методом було 96 осіб, серед них: чоловіків – 57, жінок – 39. Вік пацієнтів від 6 до 63 років. Вроджені дефекти кінцівок мали місце у 60 хворих, а набуті у 36. Розподіл хворих з вродженими дефектами: гомілка – 18; стегно – 22 (двом пацієнтам виконали подовження кукси на 4 і 5см для поліпшення умов протезування); плечова кістка – 16; кістки передпліччя – 4. З набутими дефектами: гомілка – 16; стегно – 11; плечова кістка – 6; передпліччя – 3. Чоловіки переважали серед пацієнтів з набутими дефектами кісток кінцівок – 21 і 15 відпо-

відно. У відсотковому відношенні це становить біля 60% і 40%.

Представлено ретроградну і поточну характеристику оцінки щільності регенераційного регенерату за даними рентгенологічного обстеження тільки 53-х пацієнтів, яким проводилося заміщення набутих та вроджених дефектів довгих кісток, причому у 4-х хворих проведено одночасно парне подовження кісток гомілки, а в одній хворій виконали подовження стегна і гомілки по 11 см, тобто ріст дівчини збільшився на 22 см.

Методика дослідження. Більшості хворих виконували контрольні рентгенограми у 2-х проєкціях на 7-10-й день після початку дистракції для контролю відстані між фрагментами та правильності їх співвідношення. Дані рентгенограм порівнювали до замірів відстані між фрагментами на зовнішній опорі АЗФ-К. В залежності від цих даних корелювали темп дистракції і положення фрагментів. Потім контрольні рентгенограми виконували через 3 або 4 місяці і далі на 6-9 місяць, а інколи і на 10-й міс. Це залежало від візуальної оцінки ступеня зрілості регенерату, його мінералізації.

ВИСНОВОК

Розроблена комп'ютерна програма оцінки ступеня мінералізації дистракційного регенерату у відсотковому відношенні до ПФ дає можливість визначення терміну апаратної іммобілізації і ступеня навантаження оперованої кінцівки.