

решающую способность глаза при необскурающих помутнениях оптических сред глаза. Совместное использование светофильтров и диафрагмирующих линз позволяет повысить зрительные функции и при других причинах снижения зрения (иррегулярный астигматизм), когда обычные средства оптической коррекции оказываются неэффективными. Все это позволяет рассматривать хроматическую коррекцию зрения в комплексе с другими видами оптической коррекции (диафрагмирующим компонентом) как дополнительное средство функциональной реабилитации зрения при деструкции стекловидного тела.

Алмазов И.А., Османов К.Ф.

ВЛИЯНИЕ СОРЕБЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ НА СКОРОСТЬ РЕГЕНЕРАЦИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГОВ

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Экссудат является ключевым компонентом на всех этапах заживления ран, поставляя в рану питательные вещества, создавая благоприятные условия для миграции и митоза эпителиальных клеток, пролиферации грануляционной ткани и фибробластов, миграции лейкоцитов повышающих локальный иммунитет и аутолитическое очищение раны. В осложненных инфекцией, значительных по степени и площади и как следствие - длительно незаживающих ранах, в том числе ожоговых, при нарастании отека в результате венозно-лимфатического стаза, воспалительный экссудат теряет свои лечебные свойства и часто возникает его гиперпродукция. Экссудат становится агрессивным для окружающих тканей, может привести к мацерации интактной кожи вокруг раны, ингибированию репарации и увеличению глубины и степени поражения тканей в результате избытка медиаторов воспаления и высокого уровня протеиназ. Кроме того, обилие несвязанного экссудата и наличие погибших тканей, не представляющих барьера для инфекции, создают благоприятный микроклимат для роста бактерий. Традиционные марлевые повязки обладают определенной степенью сорбционной способностью, но не связывают экссудат, становясь резервуаром бактериальной контаминации, представляющей опасность как для самого больного, так и для окружающих, в том числе медицинского персонала, играя значительную роль в распространении нозокомиальной флоры. Поэтому очень важно, чтобы раневые покрытия не только хорошо поглощали, но и хорошо связывали избыток экссудата.

Цель исследования: сравнительная оценка сроков регенерации осложненных инфекцией ожогов II-IIIА степеней при использовании марлевых перевязочных средств и сорбционного раневого покрытия на примере «Zetuvit E».

Материалы и методы. Клиническое исследование проводилось на базе ожогового отделения областной клинической больницы Ленинградской области с участием 134 пациентов с осложненными инфекцией ожогами II-IIIА степенями и площадью поражения от 5 до 10% поверхности тела. Средний возраст пациентов составил 63,5 лет. В основной группе (67 человек) сорбционное раневое покрытие «Zetuvit E», смену которого осуществляли 1 раз в три дня. В контрольной группе использовали марлевые повязки с раствором йодопирона менявшиеся ежедневно. Пациенты размещались в палаты по групповому принципу.

Результаты. В основной группе сроки полной эпителизации составили 25 ± 2 сут ($p < 0,05$), к тому же пациенты отмечали отсутствие неприятного запаха и истечения экссудата. На по-

стельном белье и одежде больных следов экссудата не обнаружено. В контрольной группе сроки полной регенерации составили 30 ± 2 сут ($p < 0,05$), пациенты отмечали дискомфорт, связанный с пропитанными экссудатом повязками. Воздух в палатах больных данной группы был с характерным неприятным запахом, одежда и белье больных были загрязнены.

Выводы. Применение современных сорбционных перевязочных материалов влияет на сокращение сроков регенерации осложненных инфекцией дермальных ожогов путем связывания патологического экссудата и соответственно устранения фактора развития вторичной бактериальной контаминации ран и агрессивных протеиназ. Также, предположительно это сокращает риск распространения нозокомиальной инфекции, что должно быть подтверждено в развернутом клиническом исследовании.

Анохин Д.Ю., Труфанов Г.Е., Цыган Е.Н., Акиев Р.М., Подлесная Т.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВОЙ МИКРОФУКУСНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Санкт-Петербург, Военно-Медицинская академия

Ревматоидный артрит (РА) – распространенное аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся симметричным эрозивным артритом (синовитом) и широким спектром внесуставных проявлений. За последние годы было доказано, что остановить прогрессирование РА может только раннее начало активной терапии, которая должна проводиться длительно и непрерывно под контролем ее эффективности. Одним из способов контроля эффективности терапии является подсчет индекса прогрессирования рентгенологических проявлений РА.

Целью данного исследования явилось изучение возможностей цифровой микрофокусной рентгенографии с прямым увеличением изображения в оценке прогрессирования раннего РА.

Всего обследовано 25 пациентов (7 мужчин, 18 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с длительностью РА до 12 месяцев. Всем пациентам выполнялась стандартная рентгенография кистей и стоп, а также микрофокусная рентгенография II-IV пальцев кистей, запястий и I-V пальцев стоп с увеличением изображения в 5,5 раз. Рентгенологическое обследование повторяли через 12 месяцев. Все исследования выполняли на портативных микрофокусных рентгеновских аппаратах отечественного производства «ПАРДУС» (размер фокусного пятна 0,1 мм, напряжение 50 -70 кВ, средний ток 0,1 мА, время экспозиции 0,1 - 5,0 с). Оценку рентгенологических изменений проводили с помощью подсчета индекса Шарпа. Получение цифровых рентгеновских изображений и их постпроцессорную обработку осуществляли с использованием системы компьютерной радиографии.

На цифровых микрофокусных рентгенограммах с увеличением изображения в 5,5 раз, по сравнению со стандартными рентгенограммами, хорошо определялись конфигурация; взаимное расположение и толщина костных балок, уверенно обнаруживались зоны разрежения костной ткани, выявлялась структура коркового вещества кости, что позволяло детально изучить характер патологических изменений мелких костей. Отчетливо выявлялись минимальные признаки разрушения костной ткани, уменьшение количества и толщины костных балок, нарушение непрерывности кортикального слоя кости и мелкие кистоподобные просветления. У 7 пациентов, при пер-