

(2,7%) наблюдении. У одной больной выполнена ампутация на уровне верхней трети голени в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса и нарастанием болевого синдрома. В 9 (24,3%) случаях удалось добиться эпителизации язва на 12-17 сутки лечения. В остальных наблюдениях язвенный дефект удалось полностью закрыть различными методами свободной кожной пластики. Средняя продолжительность лечения составила  $27 \pm 5,2$  дня. Через 3 месяца после операции осмотрены 25 (67,6%) больных. Рецидива язв не выявлено.

Эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени позволяет проводить коррекцию несостоятельных перфорантных вен при любых формах ХВН на фоне сахарного диабета и возможна у пациентов с открытыми трофическими язвами, являющимися противопоказанием к традиционным методам лечения.

### **ПРИМЕНЕНИЕ «CERASORB» ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ**

Бочарова И.Г., Лазарев А.И.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск*

В практике стоматолога-хирурга часто встречается прободение верхнечелюстной пазухи после удаления больших коренных зубов с последующим развитием хронического гайморита, на долю которых приходится от 41,2-77,2%. При обнаружении сообщения пазухи с лункой удаленного зуба используют различные методы лечения. К ним относятся: ушивание лунки удаленного зуба местными тканями, тампонада устья лунки йодоформной турундой или введение в нее различных паст, например, тромбокол, конусы с антибиотиками, использование резорбируемых мембран и др. Каждый из методов имеет свои недостатки, что заставляет клиницистов искать новые пути решения задачи. Так, при чрезмерном натяжении лоскута швы могут прорезаться, йодоформная турунда быстро пропитывается пищей, инфицируется, постоянно требует специального ухода и не всегда надежно выполняет защитную функцию.

Учитывая вышеописанное, мы использовали у 12 пациентов с целью пластического закрытия оронального сообщения искусственно синтезированный препарат «CERASORB®», производимый фирмой «Curasan AG» (ФРГ).

CERASORB® - это имплантируемая, полностью рассасывающаяся, (3-трикальциевофосфатная керамика в виде гранулята, используемая для заполнения или восстановления послеоперационных дефектов костной ткани.

CERASORB®, представляющий собой Р-трикальциевый фосфат, является биосовместимым. Его использование на поверхности или внутри кости не вызывает ни воспалительных процессов, ни иммунных защитных реакций. CERASORB® биоактивен: при контакте с витальной естественной костью, ее остеоны прорастают вокруг и внутрь гранул. В результате этого на CERASORB® происходит наращивание новой кости.

Микропоры гранулята обладают интерконnectирующим свойствами. Равномерная и неизменная пористая структура гранул достигается за счет специального способа изготовления. Как правило, через несколько месяцев гранулят рассасывается в организме человека. В это же время происходит прорастание остеонов в полости, внутри и вокруг гранул, а также образуется новая костная матрица. Таким образом, CERASORB® ведет себя остеокондуктивно, образуя идеальный каркас для разрастающейся сети остеобластов.

В зависимости от размера костного дефекта, CERASORB® может помещаться прямо в очищенную, свежесквозоточащую полость. Но, все же, перед использованием рекомендуется сначала смешать CERASORB® с аутологичной кровью пациента, взятой из области костного дефекта, с помощью стерильного инструмента. Это обосновывается следующим:

а) Смесь гранулята CERASORB® с кровью пациента, взятой из области костного дефекта, дает вязкую пасту, которая очень хорошо формируется и легко размещается в полости.

б) Кровь пациента, взятая из области костного дефекта содержит в себе факторы роста, а также костеобразовательные клетки. Факторы роста, высвобожденные из активированных тромбоцитов, способствуют ангиогенезу (образованию новых костных клеток), стимулируя тем самым заживление раны и регенерацию кости.

Таким образом, наш практический опыт показал, что CERASORB мембраны может успешно использоваться для устранения перфораций верхнечелюстного синуса. Метод технически прост, что позволяет рекомендовать его применение в клинической практике рядового стоматолога.

### **СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

Винник Ю.С., Петрушко С.И., Миллер С.В., Таксанова Л.М., Попов Д.В., Балахонов В.В., Колесницкий О.А., Картель М.С., Мочалов А.А.

*КрасГМА, кафедра общей хирургии,  
городской центр гемостаза,  
Красноярск*

По данным ВОЗ 6-10% взрослого населения страдают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, при этом в 2-3 раза увеличилось количество urgentных пособий при прободных и кровоточащих язвах.

Цель: исследовать вероятность возникновения повторного язвенного кровотечения.

Материалы: за 2004 год нами был обследован 161 больной с осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), из них 104 пациента с желудочно-кишечным кровотечением.

Методы: мы определяли следующие показатели гемостаза: уровень тромбоцитов, фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частич-