(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±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 ороназального сообщения искусственно синтезированный препарат «CERASORB®», производимый фирмой «Curasan AG» ( $\Phi$ P $\Gamma$ ).

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

СЕRASORB®, представляющий собой Ртрикальциевый 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 интерконнектирующим 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, свежекровоточащую 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 и 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 антиогенезу (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.

## СОТОЯНИЕ 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 двенадцати-перстной кишки, при этом в 2-3 раза увеличилось количество ургентных пособий при прободных и кровоточащих язвах.

Цель: исследовать вероятность возникновения повторного язвенного кровотечения.

Материалы: за 2004год 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, протромбиновыйиндекс (ПТИ), активированное частич-

ное тромбопластиновое время (АЧТВ), индекса резерва плазминогена (ИРП), уровня протеина С (НО), редуцированных фибрин-мономерных комплексов (РФМК), время внутреннего пути активации фибринолиза. Время забора крови: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 сутки.

Результаты: В 67 случаях язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке (ДПК): у 47 больных язва располагалась на передней стенке и у 20 - на задней. В 35 случаях язва диагностирована в желудке: у 17 пациентов язва находилась в верхней трети желудка, в 11 случаях язва выявлена в средней трети, у 4 больных язва располагалась в антральном отделе и в 3 случаях в привратнике. У 2 пациентов диагностирована язва гастроэнтероанастомоза. Интенсивность кровотечения определяли по шкале Forrest: Forrest IB диагностирован у 28 больных с однократным кровотечением и у 9 больных с рецидивным кровотечением; Forrest IIA выявлен – в 34 случаях однократного и в 7 случаях повторного кровотечения, Forrest IIB определён – у 20 пациентов с однократным и у 1 пациента с рецидивным кровотечением, Forrest IIC-III диагностирован - в 5 случаях однократного кровотечения.

Рецидив кровотечения диагностирован у 21 пациента, из них у 7 - язва желудка, в 14 случаях — язва ДПК. В течение 24 часов рецидив был у 2 пациентов, в течение 48 часов — у 15, в течение 72 часов — у 3, более 72 часов — у 1. Все больные оперированы по экстренным показаниям, 5 операций закончились летальным исходом.

У остальных 83 больных остановить кровотечение удалось — эндоскопически в сочетании с гемостатическими препаратами.

У больных с рецидивным кровотечением количество тромбоцитов и протромбиновый индекс находились в пределах нормы. С первых суток повышался уровень фибриногена и резко удлинялось АЧТВ, уровень антитромбина III находился на верхней границе нормы и превышал его с 5-7 суток. Количество РФМК

на протяжении всего времени было выше нормы, отмечено его постепенное и равномерное увеличение от 7 до 17\*10-2 г/л. ИРП до 3 - 4 дня находился в пределах нормы, затем происходило его снижение до 75%. Время внутреннего пути активации фибринолиза в первые сутки увеличивалось до 33 мин, затем происходило его резкое уменьшение с минимумом к 3 – 4 дню, затем опять его резкое увеличение к 15-17 дню до 45 мин, Уровень протеина С в первые сутки находился ниже нормы, затем отмечалось его постепенное увеличение свыше 1,1.

Таким образом, у всех больных с рецидивом язвенного гастро-дуоденального кровотечения выявлены признаки ДВС-синдрома.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Груздева А.Ю. Ярославская Государственная Медицинская Академия, Ярославль

- ${\cal O}$  Ревматоидные факторы (РФ) аутоантитела IgG, IgM или IgA изотипов, реагирующие с Fc-фрагментом IgG.
- **Ø** Наибольшее клиническое значение имеет определение IgM PФ (табл. 1).
- **Ø** Обнаружение IgM РФ у женщин среднего возраста с персистирующим полиартритом (при 15% вероятности РА на основании клинических данных), увеличивает вероятность этой патологии до 74%.

У лиц пожилого возраста, у которых наблюдается повышение частоты IgM РФ, специфичность этого теста для диагностики PA снижается.

## Ревматоидные факторы.

**Таблица 1.** Частота обнаружения IgM РФ при заболеваниях человека

Заболевания	Частота, %
Ревматоидный артрит	50-90
Системная красная волчанка	15-35
Синдром Шегрена	75-95
Системная склеродермия	20-30
Полимиозит/дерматомиозит	<10
Криоглобулинемия	40-100
C3CT	50-60
Инфекции:	
• бактериальный эндокардит	25-50
• туберкулез	<10
• сифилис	<13
• паразитарные инфекции	20-90
• проказа	5-58
• вирусные инфекции	15-65
Болезни легких:	
• саркоидоз	3-33
• интерстициальный легочный фиброз	10-50
• силикоз	30-50
<ul> <li>асбестоз</li> </ul>	30