

5. Титов П.Л., Мойсейчик П.Н., Богдан Г.П. Аллергические реакции и непереносимость материалов, используемых в клинике ортопедической стоматологии // Современная стоматология. 2010. №1. С.12-14.

6. Chopde N., Jawale B., Pharande A., et al. Microbial colonization and their relation with potential cofactors in patients with denture stomatitis // Contemp Dent Pract. 2012. Vol. 13. №4. P.456-459.

7. Gendreau L., Loewy Z.G. Epidemiology and etiology of denture stomatitis // J Prosthodont. 2011. Vol. 20. P.251-260. DOI: 10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x.

8. Hilgert J.B., Giordani J.M., de Souza R.F., et al. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. // J Am Geriatr Soc. 2016. Vol. 64. №12. P.2539-2545. DOI: 10.1111/jgs.14399.

9. Radović K., Ilić J., Roganović J., et al. K Denture stomatitis and salivary vascular endothelial growth factor in immediate complete denture wearers with type 2 diabetes // J Prosthet Dent. 2014. Vol. 111. №5. P.373-379. DOI: 10.1016/j.prosdent.2013.07.019.

10. Salerno C., Pascale M., Contaldo M., et al. Candida-associated denture stomatitis // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2011. Vol. 16. №2. Pe139-143.

REFERENCES

1. Galinsky Yu.G. Zultan O.Ya., Tsimbalistov A.V. Prevention of dental diseases caused by the presence in the oral cavity orthopedic structures // Stomatologiya. 2008. Spec. issue. 42 p. (in Russian)

2. Olesova V.N., Maksyukov V.N., Kalashnikov V.N. Complications and disadvantages of removable dentures and ways to optimize re-dentures // Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2009. №6. P.21-24. (in Russian)

3. Ogorodnikov M.Yu. Improving the properties of basic materials used in prosthetic dentistry: stages of development // Sovremennaya ortopedicheskaya stomatologiya. 2012. №17. P.70-71. (in Russian)

4. Piotrovich A.V., Evdokimov E.A., Antonov E.N. Rational choice of denture design – the key to successful restoration of the dentition // Problemy stomatologii. 2013. №6. P.24-27. (in Russian)

5. Titov P.L., Moiseychik P.N., Bogdan G.P. Allergic reactions and intolerance to the materials used in the clinic of prosthetic dentistry // Sovremennaya stomatologiya. 2010. №1. P.12-14. (in Russian)

Russian)

6. Chopde N., Jawale B., Pharande A., et al. Microbial colonization and their relation with potential cofactors in patients with denture stomatitis // Contemp Dent Pract. 2012. Vol. 13. №4. P.456-459.

7. Gendreau L., Loewy Z.G. Epidemiology and etiology of denture stomatitis // J Prosthodont. 2011. Vol. 20. P.251-260. DOI: 10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x.

8. Hilgert J.B., Giordani J.M., de Souza R.F., et al. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. // J Am Geriatr Soc. 2016. Vol. 64. №12. P.2539-2545. DOI: 10.1111/jgs.14399.

9. Radović K., Ilić J., Roganović J., et al. K Denture stomatitis and salivary vascular endothelial growth factor in immediate complete denture wearers with type 2 diabetes // J Prosthet Dent. 2014. Vol. 111. №5. P.373-379. DOI: 10.1016/j.prosdent.2013.07.019.

10. Salerno C., Pascale M., Contaldo M., et al. Candida-associated denture stomatitis // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2011. Vol. 16. №2. Pe139-143.

Информация об авторах:

Гурская Нармина Азад кызы – к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии; Сафаров Алгыш Маис оглы – д.м.н. профессор кафедры ортопедической стоматологии; Ниязова Гюнель Аловсат кызы – старший лаборант кафедры ортопедической стоматологии; Мамедов Фуад Юсир оглы – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии; Акберли Лейла Бабир кызы – старший лаборант кафедры ортопедической стоматологии.

Information About the Authors:

Gurskaya Narmina Azad Kyzy – PhD (Medicine), Assistant of the Department of Prosthetic Dentistry; Safarov Algysh Mais oglu – MD, PhD, DSc (Medicine), Professor of the Department of Orthopedic Dentistry; Gunel Alovzat Kyzy Niyazova – Senior Laboratory Assistant, Department of Prosthetic Dentistry; Mamedov Fuad Yusir oglu – PhD (Medicine), associate professor of the department of therapeutic dentistry; Akberli Leyla Babir Kyzy – Senior Lab Technician, Department of Prosthetic Dentistry.

© БАЛЬЖИНИМАЕВ Д.Б., МИХАЙЛОВ И.Н., ТИШКОВ Н.В. – 2018

УДК616.728.3:616.75-072.1-089

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ПО ТРАНСТИБИАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ

Бальжинимаев Д.Б., Михайлов И.Н., Тишков Н.В.
(Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск, Россия)

Резюме. Нами проведён анализ результатов лечения 48 пациентов, которым была выполнена артроскопическая пластика передней крестообразной связки из сухожилий полусухожильной и тонкой мышца по транстибиальной методике с системой фиксации Rigit-fix и Bio-Intra-fix, за период 2014-2015 гг. Данный анализ показал, что исходы лечения во многом зависят от технического исполнения операции и навыков хирурга. Важным является максимальное восстановление анатомии передней крестообразной связки, так как остаётся определённый процент передней и ротационной нестабильности коленного сустава после операции. Немаловажную роль в процессе лечения играет реабилитация пациентов в послеоперационном периоде, проводимая высокоспециализированными инструкторами ЛФК, врачами-реабилитологами в специализированных отделениях. Возвращение на прежний уровень физической активности во многом зависит от дисциплинированности пациента.

Ключевые слова: передняя крестообразная связка; коленный сустав; артроскопическая пластика передней крестообразной связки; транстибиальная методика.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF ARTHROSCOPIC RESTORATION OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT USING TRANSTIBIAL METHOD

Balzhinimaev D.B., Mikhaylov I.N., Tishkov N.V.
(Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia)

Summary. We analyzed the results of the treatment of 48 patients who hadarthroplasty of anterior cruciate ligament from

tendons and emit tendons and gracilis muscles using transtibial method with Rigid-fix and Bio-Intra-fix fixation systems, in 2014-2015. The analysis showed that the outcomes of the treatment considerably depend on the technical competence and the qualification of a surgeon. The important point is maximum restoration of the anatomy of anterior cruciate ligament because of the certain percentage of anterior and rotation instability of a knee joint after the surgery. Rehabilitation of the patients in post operative period which is provided by highly professional exercise physiologists and recreation therapy specialists has a great significance in the treatment. Recovery of physical activity at the former level greatly depends on the discipline of a patient.

Key words: anterior cruciate ligament, knee joint, arthroplasty of anterior cruciate ligament, transtibial method.

Большинство людей, так или иначе, сталкивается в жизни с проблемами в коленном суставе, которые чаще всего возникают в результате занятий спортом или работой, связанной с физическим трудом. Из всех повреждений коленного сустава, повреждения передней крестообразной связки (ПКС) достигают 65% [1,2].

Основной контингент пациентов с повреждением передней крестообразной связки – это люди молодого, трудоспособного возраста, ведущие физически активный, спортивный образ жизни и достигает до 58%. В результате травмы коленного сустава у данных пациентов развивается посттравматическая передняя нестабильность, синовит, гонартроз, контрактура, что ограничивает функциональные возможности, влияет на трудоспособность пациентов и может приводить их к инвалидности. Указанные положения определяют высокую социально-экономическую значимость [3].

В гендерном соотношении, мужчины подвержены повреждениям ПКС чаще чем женщины, это связано с их меньшей вовлечённостью в травмоопасные виды спорта.

Несмотря на большой интерес травматологов-ортопедов к повреждениям ПКС, на сегодняшний день в нашей стране отсутствует единый алгоритм диагностики повреждений коленного сустава. Поэтому имеющаяся проблема ранней диагностики разрывов ПКС при первичном обращении пациентов в медицинские учреждения ухудшает исходы специализированного лечения [4].

В настоящее время в доступной литературе имеется большое количество различных способов лечения, но нет единого мнения к выбору рациональной тактики лечения [5].

Цель исследования – оценить результаты аутогендопластики ПКС в клинической практике при лечении больных с повреждениями ПКС коленного сустава.

Материалы и методы

Исследование состояло из проспективного анализа данных результатов лечения пациентов, которым была выполнена артроскопическая пластика передней крестообразной связки аутогендопротезом из сухожилий полусухожильной и тонкой мышц по транстибиальной методике системой фиксации Rigid-fix и Bio-Intra-fix.

В критерий включения входили пациенты с полным первичным и изолированным повреждением передней крестообразной связки, с гонартрозом I стадии и без, возраст от 18 до 55 лет, ожирением I степени и без.

Критерии исключения: ревизионная пластика ПКС, гонартрозом II, III, IV стадий, возраст младше 18 лет и старше 55 лет, ожирение II степени и выше, синовит.

Всего за период 2014-2015 гг. в нашей клинике ФГБНУ «ИНЦХТ» было прооперировано 289 пациентов с повреждениями ПКС, из них 176 пациентов прошли контрольный осмотр, большинство пациентов были удовлетворены результатом лечения и лишь 63 пациента согласились на условия нашего исследования. 48 пациентов соответствовали критериям включения и были госпитализированы для дальнейшего обследования и лечения. При поступлении все пациенты были ознакомлены с проводимым исследованием и заполняли официальные формы, в частности протокол научного исследования, согласие на участие в научном ис-

следовании, степень функционального восстановления коленного сустава систематизировалась и документировалась в соответствии с положениями 100-балльной шкалы Lysholm.

Все участники исследования дали добровольное и информированное согласие на участие в нём. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом учреждения.

Курацию проводил один врач. Осмотр заключался в измерении окружности бедра на 3 уровнях (проксимальной, средней и дистальной трети), тест Лахмана, тест переднего выдвигающего ящика, тест ротационной стабильности коленного сустава (pivot-shifttest), амплитуда движений, дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования. А также проводился курс консервативной терапии (НПВП, физиопроцедуры, массаж нижних конечностей, ЛФК).

Из отобранных для дальнейшего исследования пациентов (n=48): 26 мужчин и 22 женщины. Медиана возраста составила 36 (29,5 – 46,5) лет. Из них 29 пациентам операция выполнена на правом коленном суставе и 19 пациентам на левом коленном суставе. По механизму травмы – у 18 пациентов была спортивная травма, у 27 – бытовая и у 3 – случай дорожно-транспортного происшествия (табл. 1). Из 18 случаев спортивной травмы: 9 случаев травма во время игры в футбол, 3 случая во время занятия боевыми искусствами, а остальные 6 связаны с другими категориями спорта.

Таблица 1
Распределение пациентов по возрасту, полу, массе тела, стороне повреждения, характеру травмы

Возраст, лет, Me (Q₁-Q₃)	36 (29,5 – 46,5)		
Пол, n	мужчины	женщины	
	26	22	
Сторона повреждения, n	справа	слева	
	29	19	
Характер травмы, n	спорт.	быт.	ДТП
	18	27	3

Последовательность этапов операции. Первым этапом выполняется артроскопия коленного сустава с целью подготовки ложа для трансплантата.

Вторым этапом формируется свободный аутогендоплантат из сухожилия полусухожильной и тонкой мышц. Для этого выполняется доступ по передне-внутренней поверхности голени, выделяется сухожилие полусухожильной и тонкой мышц, специальным заборником производится забор трансплантатов.

Третьим этапом аутогендоплантаты обрабатываются, прошиваются и готовятся к трансплантации.

Четвертым этапом через артроскопический медиальный доступ направителем выполняется сквозной тиббиальный канал диаметром 9,0 мм, затем через тиббиальный канал направляющей спицей 2,4 мм проводится перкутанно в бедренный канал. С помощью оригинального канюлированного сверла 9,0 мм проводится слепой бедренный канал на глубину 3,5 мм. С помощью оригинальной направляющей рамки выполняется установка направляющих пинов в бедренную кость. Протягивается аутогендоплантат в канал и затем фиксируется в бедренном канале системой Rigid-fix®. Аутогендоплантат натягивается и фиксируется в тиббиальном канале при помощи биодеградируемого винта системы Bio-intrafix.

После операции нижняя конечность фиксируется

регулируемым ортезом в положении полной экстензии коленного сустава.

Пациентам разрешалось передвигаться при помощи костылей на следующий день после операции и начать регулярную программу реабилитации до 3 месяцев.

Статистический анализ полученных результатов выполнен с помощью программы Statistica 10. Данные представляли в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала (Q_1 - Q_3). Для оценки различий применяли критерий Wilcoxon'a. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Оценка результатов оперативного лечения оценивалась через 6 месяцев. Болевой синдром в коленном суставе сохранялся у 9 (18%) пациентов, у 2 (5%) пациентов были трудности с приседанием, 5 (11%) пациентов предъявляли жалобы на ограничение движений в коленном суставе (табл. 2). Жалобы на боль в месте забора

Амплитуда движений до и после проведенного лечения

		до лечения	после лечения	Статистическая значимость различий по критерию Wilcoxon
Амплитуда движений	сгибание	117,5 100–120	130,0 125,0–135,0	$p < 0,001$
	разгибание	0,0 0,0–0,0	0,0 0,0–5,0	$p < 0,001$

трансплантата не предъявляли (табл. 3). Из 48 прооперированных пациентов 38 (80%) смогли вернуться на прежний уровень физической активности.

Результаты оценки жалоб пациентов через 6 месяцев после операции

Жалобы	Боли в коленном суставе	Боль в месте забора трансплантата	Трудности с приседанием	Ограничение амплитуды движений
+	9(18%)	0(0%)	2(5%)	5(11%)
-	39(82%)	48(100%)	46(95%)	43(89%)

Средняя разница окружности бедра в сравнении с контрлатеральным бедром представлена в таблице 4.

Окружность бедра до и после лечения

		до лечения	после лечения	Статистическая значимость различий по критерию Wilcoxon
Гипотрофия бедра после лечения (см)	в/3	2,25 1,0–3,15	1,9 0,85–2,9	$p < 0,001$
	с/3	2,5 1,9–3,4	2,3 1,45–3,05	$p < 0,001$
	н/3	1,15 1,0–1,95	0,9 0,5–1,5	$p < 0,001$

При оценке теста переднего выдвигающего ящика и теста Лахмана у 8 (17,6%) пациентов тесты были положительными. Субъективно положительный тест Лахмана и переднего выдвигающего ящика не соответствовал ощущениям в виде «нестабильного коленного сустава». Уровень двигательной активности удовлетворял пациентов даже с положительным тестом.

Результаты функциональных тестов стабильности коленного сустава в послеоперационном периоде

Исследуемые тесты	Количество пациентов (n)	
	положительный	отрицательный
Тест «переднего выдвигающего ящика»	8 (17,6%)	40(82,4%)
«Lachman» тест	8(17,6%)	40(82,4%)
«Pivot-shift» тест	19(40%)	29(60%)

У 19 (40%) пациентов был положительный «Pivot-shift» тест. Большое количество положительных резуль-

татов теста «pivot-shift» может иметь причиной вертикальное расположение бедренного канала, которое хорошо компенсирует переднезаднее смещение голени, однако не полностью компенсирует ротационный момент стабильности коленного сустава (табл. 5). Поэтому, важно при восстановлении ПКС учитывать анатомические особенности.

Оценка функционального состояния поврежденного коленного сустава проводилась с использованием шкалы Lysholm, учитывающей восемь функциональных характеристик коленного сустава: хромота, блокады, боль, подъем по лестнице, использование внешней опоры, нестабильность, отёк и приседание. Интерпретация результатов лечения по шкале Lysholm: отличный результат – более 87 баллов, хороший – 77-86 баллов, удовлетворительный – 67-76 баллов, плохой результат – менее 66 баллов.

При анализе отдаленных результатов по шкале Lysholm у 26 (54%) пациентов результаты были оценены как отличные, у 12 (25%) – как хорошие, у 7 (15%) – как удовлетворительные, у 3 (6%) – как неудовлетворительные.

Артропластика ПКС позволяет восстановить полную функцию коленного сустава и способствует возвращению пациента к прежнему уровню физической активности. Проведенное нами исследование показало, что данный способ лечения повреждений ПКС, обеспечивает хорошие результаты, но все же остается процент неудовлетворительных исходов.

Болевой синдром в оперированном коленном суставе остался у группы пациентов, которые пренебрегали рекомендациями лечащего врача. Пациенты, которые жаловались на ограничение движений в коленном суставе – длительно использовали ортез. Наиболее распространенные причины таких проблем – это реабилитация пациентов.

При исследовании функциональных тестов на стабильность коленного сустава остается процент остаточной передней и ротационной нестабильности коленного сустава разной выраженности. По результатам оценки функционального состояния коленного сустава с использованием шкалы Lysholm 3 (6%) пациентов отмечается нестабильность коленного сустава, а также выраженный болевой синдром, сопровождающийся ограничением движений, данные пациенты были направлены для дальнейшей ревизионной пластики ПКС.

Пластика ПКС по методике фиксации Rigid-Fix и Bio-Intrax предотвращает интраоперационный перелом задней стенки кортикального слоя бедренного туннеля и в меньшей степени зависит от плотности костной ткани. Достоинствами данной методики фиксации является отсутствие опасности повреждения мягкотканой части аутотрансплантата в момент фиксации, отсутствие проблем с удалением фиксаторов в связи с их рассасыванием. Важное значение после реконструкции ПКС имеет реабилитационный период, проводимый инструкторами ЛФК, врачами-реабилитологами в специализированных отделениях и заинтересованность самого пациента в физическом восстановлении.

Несмотря на то, что большинство пациентов были удовлетворены результатами лечения, остается неудовлетворенность самих хирургов, что побуждает нас к исследованию и разработке новых тактических и стратегических путей для решения данной проблемы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление оконча-

тельной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи.

Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 08.06.2018 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котельников Г.П. Посттравматическая нестабильность коленного сустава. Самара, 1998. 45 с.
2. Малыгина Н.А., Невзоров А.М., Ачикян В.Ф., Гаврюшенко Н.С. Анатомия и биомеханические свойства крестообразных связок коленного сустава // Сборник материалов Третьего Конгресса Российского артроскопического общества. М., 1999. С.105-107.
3. Михайлов И.Н., Пусева М.Э., Тишков Н.В. и др. Современные способы тендопластики передней крестообразной связки (обзор литературы) // Acta Biomedica Scientifica. 2017. Т. 2. №6. С.64-68.
4. Рикун О.В., Хоминец В.В., Федотов А.О. Современные тенденции в хирургическом лечении пациентов с разрывами передней крестообразной связки (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. 2017. Т. 23. №4. С.134-145.
5. Arnold J.A., Coker T.P., Heaton L.M., et al. Natural history of anteriorcruciatetears // Am.J.SportsMed. 1979. Vol. 7. №6. P.305-313.

REFERENCES

1. Kotelnikov G.P. Posttraumatic instability of knee joint. Samara, 1998. 45 p. (in Russian)
2. Malygina N.A., Navzorov A.M., Achikyan V.V., Gavryushenko N.S. Anatomy and biomechanical features of crucial ligaments of knee joint // Sbornik materialov Tre'tego Kongressa Rossiyskogo artroskopicheskogo obshchestva. Moscow, 1999. P.105-107. (in Russian)
3. Mikhaylov I.N., Puseva M.E., Tishkov N.V., et al. Modern methods of tendoplasty of anterior crucial ligament (review of literature) // Acta Biomedica Scientifica. 2017. Vol. 2. №6. P.64-68. (in Russian)
4. Rikun O.V., Khominets V.V., Fedotov A.O. Modern tendencies in surgical treatment of anterior crucial ligament ruptures (review of literature) // Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2017. Vol. 23. №4. P.134-145. (in Russian)
5. Arnold J.A., Coker T.P., Heaton L.M., et al. Natural history of anteriorcruciatetears // Am.J.SportsMed. 1979. Vol. 7. №6. P.305-313.

Информация об авторах:

Бальжинимаев Доржи Баирович – аспирант ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (664003, г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1; тел. (3952) 29-03-57; e-mail: dorji45@mail.ru) <https://orcid.org/0000-0002-3486-0688>; Михайлов Иван Николаевич – к.м.н., старший научный сотрудник научно-клинического отдела травматологии, врач травматолого-ортопедического отделения ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (664003, г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1; тел. (3952) 29-03-57; e-mail: auto_mih@mail.ru) <https://orcid.org/0000-0003-3215-4736>; Тишков Николай Валерьевич – к.м.н., доцент, заведующий научно-клиническим отделом травматологии ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (664003, г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1).

Information About the Authors:

Balzhinimaev Dorzhi B. – Postgraduate student at Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (664003, Irkutsk, ul. Bortsov Revolyutsii, 1; tel. (3952) 29-03-57; e-mail: dorji45@mail.ru) <https://orcid.org/0000-0002-3486-0688>; Mikhaylov Ivan N. – Cand. Sci. (Medicine), Senior Research Officer at the Scientific Clinical Department of Traumatology, Physician at the Unit of Traumatology and Orthopedics of Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (664003, Irkutsk, ul. Bortsov Revolyutsii, 1; tel. (3952) 29-03-57; e-mail: auto_mih@mail.ru) <https://orcid.org/0000-0003-3215-4736>; Tishkov Nikolay V. – Cand. Sci. (Medicine), Head of the Scientific Clinical Department of Traumatology of Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (664003, Irkutsk, ul. Bortsov Revolyutsii, 1).

© МУХОМЕДЗЯНОВА С.В., ПИВОВАРОВ Ю.И., ДМИТРИЕВА Л.А. – 2018
UDK615.814.1:616.711-018.3-002

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО ПРЕПАРАТА «МЕКСИДОЛ» НА ЛИПИДНЫЕ КОМПОНЕНТЫ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Мухомедзянова С.В.¹, Пивоваров Ю.И.¹, Дмитриева Л.А.^{1,2}

¹Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск, Россия;

²Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия)

Резюме. Цель исследования: оценить влияние антиоксидантного препарата «Мексидол» в условиях *in vitro* на содержание фосфатидилхолина и фосфатидилэтаноламина в мембране эритроцитов больных язвенным колитом в период острой атаки. Исследованы 34 больных, находящихся на стационарном лечении в период острой атаки язвенным колитом, и 30 клинически здоровых лиц, составляющих контрольную группу. Изучали содержание фосфотидилхолина и фосфотидилэтаноламина в мембранах эритроцитов после их инкубации в физиологическом растворе и в растворе мексидола с помощью высокоэффективной тонкослойной хроматографии. У больных с язвенным колитом установлено существенно меньшее содержание фосфотидилхолина в мембране эритроцитов, чем у клинически здоровых лиц. В отличие от здоровых лиц, у больных под воздействием мексидола на эритроциты отмечено статистически значимое повышение уровня фосфотидилхолина и фосфотидилэтаноламина в сравнении с их содержанием при инкубации в физиологическом растворе. Установлен различный характер взаимосвязи между этими мембранными фосфолипидами в сравниваемых группах.