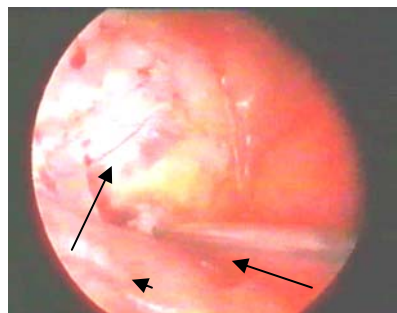




грудина ткани средостения распатор с оливой

Рис. 2. Формирование заградного тоннеля для проведения трансплантата с использованием видеомедиастиноскопии

Таблица

Способы формирования заградного канала для проведения трансплантата при пластике пищевода

Показатель	КГ	ОГ
Вскрытие плевральных листков	19 (21,8%)	1 (4,8%)
Ущемление трансплантата в дефекте медиастинальной плевры	3 (3,4%)	нет
Кровотечение из внутренней грудной артерии	4 (4,6 %)	нет
Гемоторакс, потребовавший пункции	5 (5,7%)	нет
Некроз трансплантата	2 (2,3%)	нет
Пневмония	14 (16,1%)	2 (9,5%)
Средняя продолжительность этапа формирования заградного канала	21±5 мин	35±4 мин
Летальность	5,7 %	нет

Передняя видеомедиастиноскопия, не удлиняя время операции, делает её более управляемой. Способ создания заградного тоннеля для проведения трансплантата при пластике пищевода обладает достоинством, что при нём хорошо видны структуры и органы переднего средостения. Это позволяет избежать их повреждения, повышает надёжность и безопасность вмешательства.

Литература

1. Авилова О.М. Чрезплевральные резекции при опухолях пищевода и кардии: Автореф. дис... канд. мед. наук.– Киев, 1960.– 16 с.
2. Берёзов Ю.Е., Григорьев М.С. Хирургия пищевода.– М., Медицина, 1965.– 220 с.
3. Еремеев Н.И. Операция создания пищевода в переднем средостении: Дис...д.м.н.– Омск, 1949.
4. Русанов А. Рак пищевода.– БМЭ.– Т.24.– М., 1962.– 708 с.
5. Русанов А., Яковлев О. // Вестн.хир.– 1971.– № 7.– С.7.
6. Савиных А.Г. // Хирургия.– 1952.– №5.– С.36.
7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта.– Киев, 1987.– С. 93.
8. Шалимов А.А. и др. Хирургия пищевода.– М., Медицина, 1975.– 368 с.
9. Kirschner M. // Arch. Klin. Chir.– 1920.– Bd.114, №3.– S. 609.
10. Robertson R., Sarjeant T.R.// J. Thoracic. Surg. – 1950.– Vol. 20.– P. 689.

УДК 618.1; 616-089

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

А.И. ИЩЕНКО, Л.С. АЛЕКСАНДРОВ, Н.В. ВЕДЕРНИКОВА, М.Н. ЖОЛОВА, А.М. ШИШКОВ, А.М. ШУЛУТКО, И.Б. РАННЕВ*

По данным ВОЗ, у 25–30% больных, подлежащих оперативному лечению в связи с каким либо заболеванием, выявляются дополнительно другие патологические состояния, также требующие хирургического вмешательства. Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов женской половой сферы встречается достаточно часто и составляет 2,8÷ 63%, в частности, заболевания аппендикса сопровождают гинекологическую пато-

логию в 3,1–3,3%, желчного пузыря – в 3,1–15% [4, 6–8]. Улучшение диагностических возможностей, совершенствование анестезиологического и реанимационного пособия при оперативных вмешательствах, внедрение новых миниинвазивных технологий позволяют производить оперативные вмешательства менее травматично, с минимальной кровопотерей, значительно сокращая длительность послеоперационного периода. Это создает реальные условия для расширения показаний к симультанным операциям, снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сократить время пребывания в стационаре и срок временной нетрудоспособности, представляет широкие перспективы для улучшения результатов оперативного лечения при сочетанных заболеваниях [1–3, 5].

В проведенное клиническое исследование были включены 272 пациентки, находившиеся на обследовании и лечении в I гинекологическом отделении клиники акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова и гинекологическом отделении 53 ГКБ с 1994г. по 2003г. Основную группу (ОГ) составили 218 женщин, которым были выполнены симультанные операции, контрольную (КГ) – 54 пациентки, перенесшие изолированные оперативные вмешательства на органах малого таза. Все больные, перенесшие симультанные операции, в зависимости от метода вмешательства разделены на три подгруппы: 103 (47,3%) больным оперативные вмешательства были произведены традиционным методом (I подгруппа), 87 (39,9%) – при помощи миниинвазивных методов (II подгруппа), 28 (12,8%) – комбинированным (т.е. с применением традиционных и миниинвазивных методов) (III подгруппа).

Больные I подгруппы, в зависимости от характера хирургического доступа, также разделены на подгруппы: подгруппу А составили 47(46,1%) лиц, у которых хирургический этап операции выполнялся из того же оперативного доступа, что и гинекологический, и не требовал его расширения. У 36 (34,9%) больных (подгруппа В) наличие сочетанного заболевания потребовало расширения хирургического доступа для выполнения симультанного вмешательства. Симультанные оперативные вмешательства, выполненные традиционно из различных хирургических доступов, были произведены у 20 (15,4%) больных (подгруппа С).

Показаниями к госпитализации в гинекологическое отделение на оперативное лечение служили: миома матки – 104 (47,7%), новообразования придатков – 51 (23,4%), эндометриоз – 29 (13,3%):(наружный генитальный – 17 (7,8%), аденомиоз – 9 (4,1%), перфорация эндометрионидной цистаденомы – 3 (4,4%)), несостоятельность мышц тазового дна – 11 (5,1%), бесплодие – 8 (3,7%), апоплексия яичника – 5 (2,3%), внематочная беременность – 4 (1,8%), перекрут ножки кисты яичника – 1 (0,4%), острый гнойный сальпингит – 1 (0,4%). В I подгруппе выполнено 106 оперативных вмешательств у 103 (47,2%) человек: из них в плановом порядке – у 91(88,3%), в экстренном – у 12(11,7%). У 100 (97,1%) больных одновременно выполнено два оперативных вмешательства, у 3(2,9%) – три операции. В качестве гинекологического этапа на придатках выполнены у 19(18,4%), при несостоятельности мышц тазового дна – у 7(6,8%) миомэктомия – у 3(2,9 %), экстирпация культи шейки матки у 1(0,9%), радикальные оперативные вмешательства – у 73(70,9%): надвлагалищная ампутация – у 63(61,2%), экстирпация матки – у 10(9,7%).

У 47(46,1%) пациенток (подгруппа А) в качестве хирургического этапа грыжесечение выполнено у 27(57,4%), аппендэктомия у 15(31,9%), удаление забрюшинных кист у 3(6,4%), опорожнение и дренирование межкишечного параколического абсцесса у 1(2,1%), у 1(2,1%) больной из поперечного надлобкового разреза удалена липома передней брюшной стенки; у 36 (34,9%) пациенток подгруппы В холецистэктомия была выполнена у 17(47,2%), грыжесечение – у 18(50,0%), у 1(2,7%) женщины наряду с аднексэктомией выполнена резекция правой доли печени и нефрэктомия; у 20 (15,4%) лиц подгруппы С – удаление доброкачественных опухолей кожи, подкожной жировой клетчатки – у 7 (33,3%), операции на венах нижних конечностей – у 9 (42,9%), грыжесечение – у 3 (14,3%); абдоменопластика – у 2 (9,5%). Во II подгруппе симультанные миниинвазивные операции были выполнены: в плановом порядке у 82 (94,3%), в экстренном – у 5 (5,7%) пациенток. В качестве гинекологического этапа надвлагалищная ампутация матки была произведена у 9(10,3%) больных, миомэктомия – у 5(5,7%), вмешательства на придатках матки – у 73(84,0%) Наиболее часто выполнялись: холецистэктомия – 37 (42,5%) и аппендэктомия – 42 (48,3%), значительно реже герниопластика – 8 (9,2 %).

* Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Среди лиц III подгруппы у 20(71,4%) лапароскопически выполнен гинекологический этап: радикальные операции – у 18(64,3%), миомэктомия – у 1(3,6%), иссечение ретроцервикального эндометриоидного инфильтрата – у 1(3,6 %). У 6 (21,4%) – лапароскопическая холецистэктомия. У 1(3,6%) больной гинекологический этап нуждался в применении и традиционного, и лапароскопического метода, у 1(3,6%) – хирургического.

Оценка эффективности симультанных оперативных вмешательств оценивали на основе критериев:

1.Клинических: а) общий срок госпитализации; б) срок послеоперационной госпитализации; в) длительность операции; г) величина интраоперационной кровопотери; д) длительность применения и общая использованная доза наркотических анальгетиков.

2. Лабораторных: а) изменение показателей периферической крови; б) изменение уровня суточной экскреции катехоламинов, их предшественников и производных; в) изменения уровня в крови ТТГ и Т4.

Клинические показатели у лиц, перенесших традиционные симультанные и изолированные операции, см. в табл. 1. Срок общей госпитализации у больных I группы, при сравнении с КГ, была в среднем выше. У пациенток подгрупп В и С этот показатель был достоверно выше ($p < 0,05$), чем в подгруппе А и в соответствующей КГ. Продолжительность общей госпитализации в подгруппе А и у больных КГ практически не отличалась ($p > 0,05$). Срок послеоперационного лечения больных ОГ и КГ была больше у больных после симультанных операций, выполненных традиционным методом, чем у женщин, перенесших традиционные изолированные вмешательства, причем различие с подгруппами В и С было статистически достоверно ($p < 0,05$). Сравнение средней продолжительности операции у больных, оперированных традиционно, не выявило достоверных различий между КГ и подгруппой А, но данный показатель был меньше, по сравнению с подгруппами В и С ОГ ($p > 0,05$).

Сравнение величин интраоперационной кровопотери выявило различия у больных подгруппы В ($p < 0,05$) и не показало различия этого показателя ($p > 0,05$) в соответствующей КГ и подгруппах А и С. Общая доза наркотиков была больше в подгруппах В и С по сравнению с КГ и подгруппой А ($p < 0,05$), а в соответствующей КГ и подгруппе А практически не отличалась.

Таблица 1

Клинические показатели больных, перенесших традиционные симультанные и изолированные операции

Показатели	Оперативные вмешательства			
	Симультанные традиционные			Изолированные традиционные
	А	В	С	
Общая продолжительность пребывания в стационаре, сут.	14,6±4,1	19,3±4,8	19,5±5,4	13,9±3,7
Послеоперационный период, сут.	10,9±3,9	11,7±5,1	11,5±4,4	9,3±2,2
Время операции, мин.	125,8±26,2	175,9±31,7	185,3±27,9	127,5±35,1
Общая кровопотеря, мл.	281,6±46,9	404,5±36,2	257,1±51,6	263,7±32,9
Количество использованных наркотиков, мл	2,7±0,2	3,3±0,2	3,5±0,3	2,6±0,2
Длительность использования наркотиков, сут.	1,8±0,1	2,4±0,2	2,6±0,1	1,7±0,3

У больных II подгруппы (табл. 2) все перечисленные показатели были достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при традиционных симультанных вмешательствах. Исключение составил показатель времени, затраченного на операцию: он практически не отличался от аналогичного в подгруппе А, но срок общей госпитализации и длительность послеоперационного лечения у больных, которым были выполнены изолированные мининвазивные вмешательства

ва, эти показатели были ниже ($p > 0,05$). Не отмечено явных различий ($p > 0,05$) при сравнении показателей у больных после симультанных и изолированных лапароскопических операций. Отличия ($p < 0,05$) отмечены при сравнении времени, затраченного на операцию. Большинство показателей у больных III подгруппы почти не отличались от таковых при выполнении симультанных операций традиционным методом (подгруппы В и С) ($p > 0,05$).

Таблица 2

Клинические показатели у больных, перенесших симультанные и изолированные операции

Показатели	Оперативные вмешательства			
	Симультанные		Изолированные	
	Мининвазивные	Комбинированные	Мининвазивные	Традиционные
Общая продолжительность пребывания в стационаре, сут.	11,7±3,4	19,9±5,5	10,3±2,4	13,9±3,7
Послеоперационный период, сут.	8,2±3,3	11,2±4,6	7,5±2,8	9,3±2,2
Время операции, мин.	129,7±23,8	210,7±30,2	93,8±27,1	127,5±35,1
Общая кровопотеря, мл	147,1±40,1	258,3±46,3	104,8±24,7	263,7±32,9
Количество использованных наркотиков, мл	0,8±0,2	2,8±0,3	0,6±0,2	2,6±0,2
Длительность использования наркотиков, сут.	0,8±0,3	1,8±0,2	0,6±0,2	1,7±0,3

Кроме того, общий срок госпитализации, послеоперационного лечения, операции, величина интраоперационной кровопотери были выше, по сравнению с больными, которым был выполнен симультанные мининвазивные операции, и изолированные вмешательства (мининвазивные и традиционные).

Для сравнения с поэтапным лечением мы рассчитали среднюю продолжительность общей и послеоперационной госпитализации у хирургических больных. Расчет данных показателей производился на примере 52 пациенток, не вошедших в исследуемые группы, которым были произведены изолированные хирургические операции: холецистэктомия – 21(40,4%), аппендэктомия – 16(30,8%), грыжесечение – 15(28,8%). Срок общей госпитализации – соответственно 14,8±3,2, 10,4±2,6, 11,3±3,3сут.; средней – 12,2±2,9сут. Срок послеоперационной госпитализации – соответственно 11,5±2,7, 8,7±3,8, 9,1±2,1сут.; средней – 9,8±2,2сут. Симультанные операции сокращают сроки госпитализации по сравнению с поэтапным лечением ~в 2 раза.

Проведенное сравнение данных общего и биохимического анализов крови у больных после изолированных и симультанных операций также выявило различия, более зависящие от метода операции, чем от присутствия симультанного хирургического этапа. Незначительное снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов после эндоскопических симультанных и изолированных операций, по сравнению с традиционными и комбинированными, объясняется меньшей интраоперационной кровопотерей. Отмечено ($p < 0,05$) повышение уровня некоторых индикаторов неспецифического воспаления, но значимой разницы в течение посттравматической неспецифической воспалительной реакции у больных выявлено не было. Отражением катаболической реакции организма в ответ на операционную травму могут служить некоторое снижение содержания общего белка крови ($p > 0,05$) и незначительный рост уровня креатинина и мочевины в пределах физиологической нормы($p > 0,05$).

Состояние симпатико-адреналовой системы оценивали по суточной экскреции адреналина, норадреналина, их предшественников – ДОФА (диоксифенилаланина), дофамина, а также производных катехоламинов: ванилинминдальной и гомованилиновой кислот. Изменение гормональной активности передней доли гипофиза под влиянием хирургической травмы изучено на примере тиреотропного гормона (ТТГ), а реакции щитовидной железы на хирургический стресс – по содержанию в крови свободного тироксина (Т4) Определение производилось до операции, на 2–3 и 7–8 сутки послеоперационного периода. Подбор больных проводился в зависимости от объема и метода выполненного вмешательства – хирургического этапа и гинекологического.

При анализе выявлена общая тенденция: перенесенные операции вызывали активацию симпатико-адреналовой системы, проявляющуюся в росте на 2–3 сутки уровня экскреции катехоламинов и их производных с постепенной тенденцией к нормализа-

ции к 7–8 суткам. Отмечен ($p < 0,05$) рост суточной экскреции адреналина после традиционных симультанных и изолированных операций; после изолированных вмешательств тенденция к нормализации уровня адреналина была более выражена (рис.1).

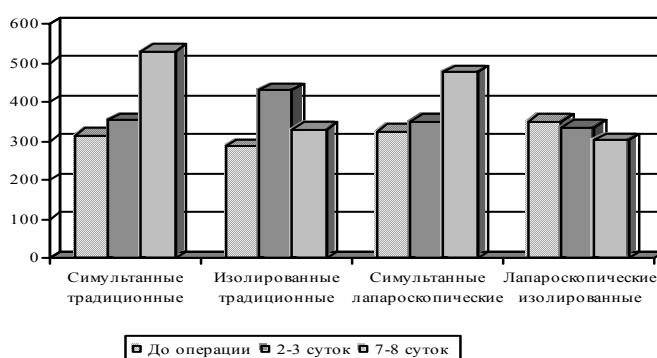


Рис.1 Уровень суточной экскреции адреналина (нмоль/с)

Послеоперационный период у этих больных также сопровождался ростом суточной экскреции норадреналина, но у больных после симультанных операций повышенный уровень экскреции ($p < 0,05$) сохранялся до 7–8 суток, а после изолированных вмешательств к 7–8 суткам имелась тенденция к нормализации уровня суточной экскреции норадреналина. Достоверных различий в обеих группах отмечено не было ($p > 0,05$) (рис.2).

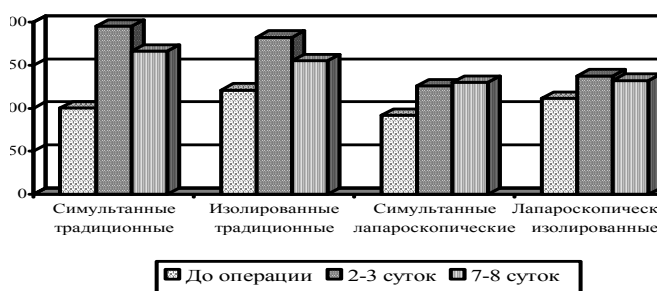


Рис.2 Уровень суточной экскреции норадреналина (нмоль/с)

Послеоперационный период у лиц, перенесших мининвазивные вмешательства (симультанные и изолированные), характеризовался ростом суточной экскреции катехоламинов, хотя он не отличался статистической достоверностью ($p > 0,05$). Реакция симпатико-адреналовой системы была менее выражена по сравнению с традиционными вмешательствами (рис.1, 2). При анализе метаболизма предшественников катехоламинов отмечено увеличение экскреции ДОФА и дофамина после традиционных вмешательств ($p < 0,05$). Уровень экскреции предшественников катехоламинов после мининвазивных операций не отличался от дооперационного, достоверный рост ДОФА отмечен на 2–3 сут. ($p < 0,05$) с тенденцией к нормализации к 7–8 сут. (рис.3,4).

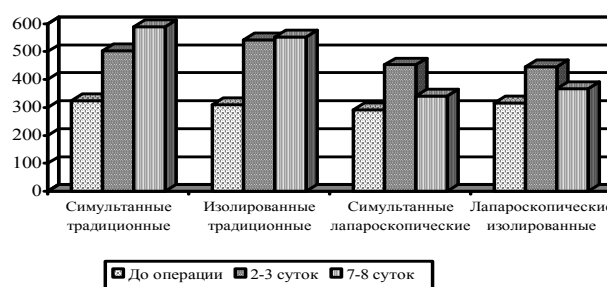


Рис.3 Уровень суточной экскреции ДОФА (нмоль/с)

Выявлен ($p < 0,05$) рост уровня экскреции ВМК на 2–3 сутки после симультанных операций, выполненных традиционным

методом и ($p < 0,05$) рост уровня экскреции ГВК на 2–3 сутки после изолированных традиционных вмешательств (рис.5, 6).

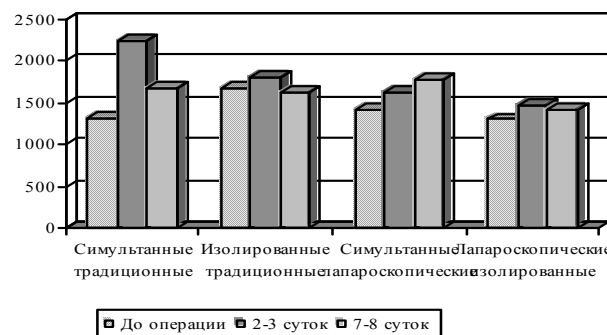


Рис.4 Уровень суточной экскреции дофамина (нмоль/с)

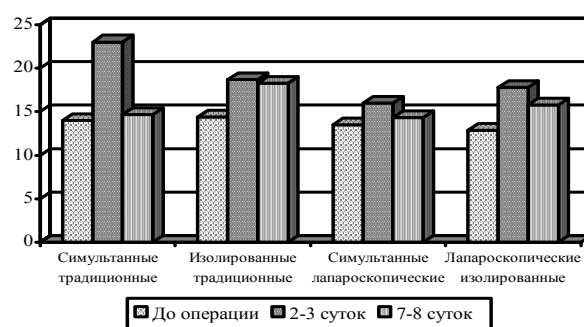


Рис.5 Уровень суточной экскреции ВМК (мкмоль/с)

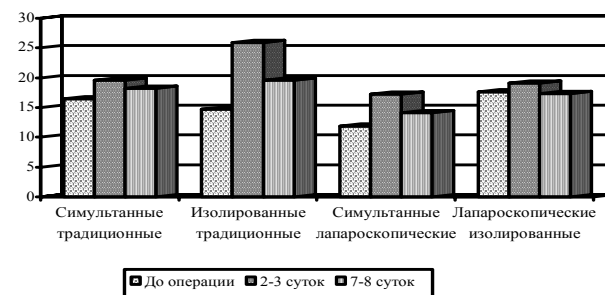


Рис.6 Уровень суточной экскреции ГВК (мкмоль/с)

В качестве общей тенденции отмечено повышение концентрации ТТГ в послеоперационном периоде, причем после традиционных и изолированных лапароскопических вмешательств эта разница была достоверной ($p < 0,05$). Однако возврат уровня гормона к дооперационному значению наступал быстрее после мининвазивных вмешательств (рис.7).

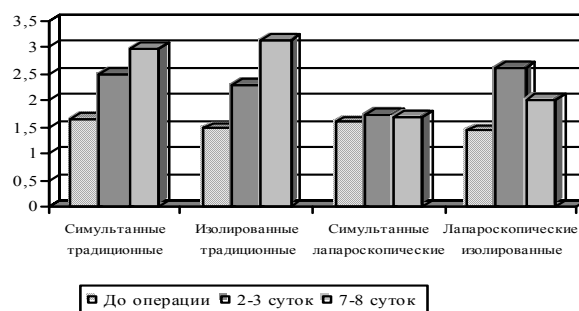


Рис.7 Уровень ТТГ в сыворотке крови (мкМЕ/мл)

Вероятно, это связано с тяжестью хирургической травмы, длительностью анестезии, необходимостью интенсивной терапии, с болевым синдромом, с отрицательным энергетическим балансом в 1-е сутки после вмешательства. Исследование уровня

T4 не выявило зависимости его значений от вида оперативного вмешательства в послеоперационном периоде (рис. 8). Уровень T4 реагирует на операционный стресс при больших, тяжелых вмешательствах и травмах. Гинекологические операции, даже в сочетании с холецистэктомией, не относятся к подобным вмешательствам, поэтому убедительных данных о каком-либо влиянии произведенных операций на уровень T4 получено не было.

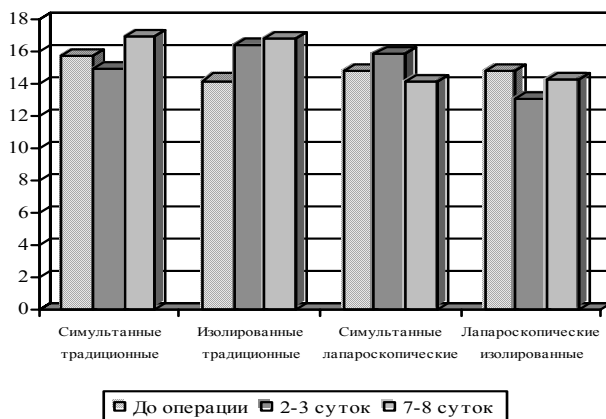


Рис. 8 Уровень T4 в сыворотке крови (мкМЕ/мл)

Расчет экономического эффекта проводился для двух групп больных с заболеваниями органов малого таза, которым в качестве симультанного хирургического этапа была произведена холецистэктомия или грыжесечение. Экономический эффект от проведения одной симультанной операции в сочетании с грыжесечением в среднем составил 7761,09 руб. Экономический эффект от проведения одной симультанной операции в сочетании с холецистэктомией составил 11121,29 руб. Суммарный экономический эффект для гинекологических больных с сочетанной патологией передней брюшной стенки составил 566559,57 руб., для группы больных, которым была произведена симультанная холецистэктомия, – 678398,69 руб. Применение симультанных операций у больных с сочетанными заболеваниями снижает стоимость лечения в 1,3 раза. При индивидуальном подборе больных с учетом возможных противопоказаний, компенсаторных возможностей организма, адекватной предоперационной подготовки, всестороннего предоперационного обследования, точно выбранном методе операции, увеличение объема операции не оказывает влияния на травматичность операции, не способствует росту числа послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Значительным потенциалом для снижения травматичности симультанных вмешательств обладает эндоскопическая хирургия. Ряд преимуществ мининвазивных методик создает перспективы для их применения. Методологически обоснованное внедрение симультанных вмешательств в гинекологию и абдоминальную хирургию позволит расширить показания к оперативному лечению больных с симультанной патологией, выполнять запланированные вмешательства в полном объеме, улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения, значительно повысить его медико-экономическую эффективность.

Литература

1. Адамян Л.В. и др. // Эндоскопия в гинекологии.– М., 1999.– С.135–148.
2. Баков В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: Автореф. дис... к.м.н.– Рязань, 2000.– 24 с.
3. Коркан И.П., Алдансарова Г.А. // Клиницист.– 1995.– №1.– С.30–34.
4. Маховский В.З. // Хирургия.– 1992.– №4.– С.47–52.
5. Рожков А.Г. и др. //Анналы хир. гепатологии.– М.,1996.– №1.– С.60–61.
6. Тоскин К.Д. и др.// Вестник хир.– 1991.– №4.– С. 3–10.
7. Carstensen G., Schreiber H. // Chirurg.– 1987.– Bd. 58, №3.– S. 129–134.
8. Esser G. // Langenbecks. Arch. Chir.–1986.– Bd.369.– S. 293–303.

УДК 616.37-002:577.125

ФАРМАКОМОДУЛЯЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

А.П. ВЛАСОВ, А.Г. ЗАХАРКИН, В.А. ТРОФИМОВ*

Введение. Актуальность проблемы хронического генерализованного пародонтита (ХГП) обусловлена длительностью течения, значительным нарушением функций зубочелюстной системы, гибелью удерживающего аппарата зубов и выпадением последних [1, 3, 4]. Пародонтит развивается на фоне изменений капилляров и появлений метаболических и структурных явлений повреждения тканей пародонта, накопления в них токсических продуктов перекисного окисления липидов и свободных радикалов [2], поступающих в кровоток. Мембранодеструктивному действию этих токсинов подвергаются эритроциты и тромбоциты. Дисфункциональные расстройства форменных элементов крови выступают одной из причин тканевой гипоксии, в т.ч. и пародонта, усугубляя течение патологии. Становится очевидна необходимость фармакомодуляции функциональной активности эритроцитов и тромбоцитов в терапии ХГП [5].

Цель работы – изучение влияния препаратов, обладающих антиоксидантным действием (витамина Е, мексидола) на показатели функциональной активности липидного обмена эритроцитов и тромбоцитов при ХГП.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены клинические исследования у 82 больных ХГП средней степени тяжести с давностью заболевания от 3 до 15 лет в возрасте от 30 до 50 лет, проходившие лечение в Республиканской стоматологической поликлинике г. Саранска. Больные распределялись на три группы, сопоставимые по возрастно-половому составу и тяжести заболевания. Пациенты 1-й контрольной группы (28 чел.) получали традиционную противовоспалительную терапию: после проведения профессиональной гигиены в патологические зубодесневые карманы закладывалась взвесь хлоргексидина с метрогилом, проводились ротовые ванночки с диоксидином или димексидом, лечебные повязки с противовоспалительными мазями (метрогил дента, холисал, лингезин), назначалось противовоспалительное лечение в виде антимикробных препаратов (флагил, клиостом), нестероидных противовоспалительных средств (индометацин), десенсибилизирующих препаратов (диазолин), витаминотерапии (А, С, Р). Больным 2-й группы (27 чел.) кроме традиционной терапии дополнительно проводились внутримышечные инъекции 1 мл 10% раствора альфа-токоферола ацетата. Пациентам 3-й группы (27 чел.) комплексную терапию дополняли мексидолом (2 мл 5%) внутримышечно.

Определяли функциональную активность, липидный состав и интенсивность перекисного окисления липидов, фосфолипазной и каталазной активности эритроцитов и тромбоцитов у больных всех групп. Для объективной оценки состояния тканей пародонта использовали клинические индексы: папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс – РМА; индекс гигиены аппроксимальных поверхностей зубов – API; индекс кровоточивости десневой борозды – SBI. Стойкость капилляров десны определяли методом дозированного вакуума по В. И. Кулаженко. Цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента.

Результаты исследований. У 67 больных (81,7%), страдающих ХГП, функциональная активность эритроцитов и тромбоцитов существенно изменялась. Даже на фоне традиционной терапии выявлено уменьшение эластичности и рост неспецифической проницаемости мембран эритроцитов в виде снижения индекса деформальности на 14,47–27,63% ($p<0,05$) и повышения сорбционной способности красных клеток крови на 13,93–23,96% ($p<0,05$) при достоверном росте агрегационной способности тромбоцитов, что подтверждалось укорочением времени, ростом скорости и степени агрегации кровяных пластинок.

Выявлена достоверная корреляционная зависимость между дисфункциональными изменениями форменных элементов крови и выраженностью воспалительных процессов в тканях пародонта (при $r=0,89-1,00$). Гигиеническое состояние полости рта у паци-

* ГОУ ВПО «Мордовский университет им. Н.П. Огарева», кафедра факультетской хирургии. 430000 РМ, г. Саранск, ул. Большевикская, 68