

После лечения ранжированный ряд во второй группе представлял такую последовательность:

СОЭ, ГГП, АЛТ>АСТ>ЛПНП, Ig M, ФНО, АГП>Ig G>X, K>Ig A, CD4, МДА, ТГ>ЦИК, СОД>CD3>CD8>Л >Обил, CD20, Э, ОБ, ОАА.

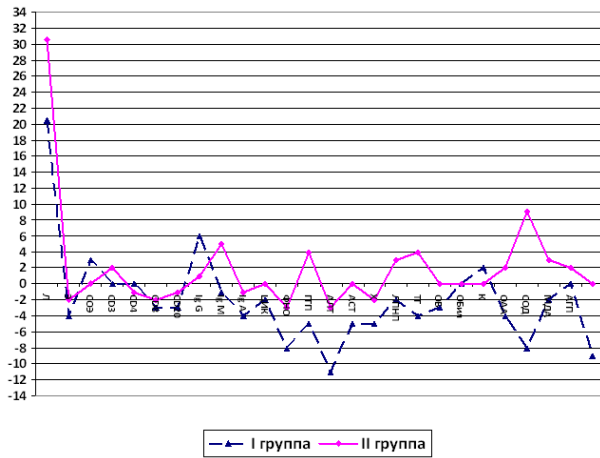


Рис. Сдвиги коэффициентов корреляции Пирсона при различных методах лечения в сравнении.

Картина корреляции всех изучаемых показателей после лечения традиционным методом заметно отличается от структуры и числа связей у здоровых людей, что свидетельствует о сохранении межсистемного дисбаланса. Таким образом, у больных псориазом до лечения обнаружена четкая корреляция показателей биохимического статуса, антиоксидантной системы и системы перекисного окисления, а под влиянием комплексного лечения с применением мексидола она становилась более слабой. В отличие от первой группы взаимоотношение данных показателей во второй группе характеризовалось выраженной корреляцией, при этом, существенно не отличаясь от показателей до лечения, что свидетельствует о сохранении устойчивости звеньев патогенеза псориазической болезни при традиционном лечении даже на фоне клинического улучшения.

Следовательно, снижение активности образования корреляционных связей четко связано с повышением эффективности лечения, нормализацией межсистемного взаимодействия функций разного биологического качества у больных псориазом.

**Выводы.**

1. Установлено снижение показателей дерматологических индексов, что свидетельствует о более быстром регрессировании процесса, проявляющемся в уменьшении площади высыпаний, снижении шелушения и рассасывании элементов, уменьшении и исчезновении зуда на фоне применения мексидола в сравнении с лечением по традиционной методике.
2. Выявлено увеличение числа и изменение структуры корреляционных связей изучаемых показателей у больных псориазом, в сравнении со здоровыми, свидетельствующее о существенном нарушении активности механизмов межсистемной интеграции в сторону усиления напряжения внутренних систем организма.
3. Определено значительное уменьшение скоррелированности показателей в процессе комплексной терапии с применением мексидола.
4. Снижение активности образования корреляционных связей четко связано с повышением эффективности лечения.

**Литература**

1. Таха Т. В., Нажмутудинова Д. К. Новые методы в лечении псориаза. Рус. мед. журн. 2005; 13 (20): 1326-1328.
2. Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами. Вестн. дерматол. и венерол. 2001; 3: 12-13.
3. Бутов Ю. С, Хрусталева Е. А. и др. Уровень липидов и показатели клеточного иммунитета у больных псориазом. Рос. журн. кожн. венерич. болезней. 1999; 2: 11–14.
4. Menter A, Smith C, Barker J. Psoriasis. Oxford. Health Press 2004; 104.

PATTERNS OF SISTEM CHANGES IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF PSORIASIS AFTER COMPLEX THERAPY

O.S. SERGEEVA, L.V. SILINA, S.M. YATSUN, N.G. FILIPPENKO, E.V. PISMENNAYA

Kursk State Medical University  
Kursk State University

The article presents the results of studying clinical efficacy of mexidol application while psoriasis and its effect on the functional and biochemical indices as well as patients' quality of life. It is established that mexidol application results in considerable improvement of the course of extensive psoriasis and intensity reduction of the inflammatory process promoting normalization of the biochemical indices.

**Key words:** psoriasis, mexidol, psoriasis treatment.

УДК 616-073.756.8

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КТ-ИНДЕКСА BALTHAZAR И ШКАЛЫ АРАСНЕ II В ДИНАМИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Н.П. ИСТОМИН, К.В. АГАПОВ, М.С.ЕГОРОВ, Ф.А. ДЗУГКОВЕВА\*

В работе на основании диагностики и лечения 50 больных со стерильным и инфицированным панкреонекрозом выработана лечебно-диагностическая тактика. Целью исследования являлось изучение влияния оценки тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II и КТ-индексу Balthazar на формирование хирургической тактики у больных с панкреонекрозом. При этом были решены следующие задачи: изучены изменения тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II и КТ-индекса тяжести Balthazar в динамике хирургического лечения; рассчитана статистическая значимость сравнения и корреляция между показателями шкалы АРАСНЕ II и значениями КТ-индекса Balthazar перед хирургическими вмешательствами; оценено влияние значений тяжести состояния больных, полученных по шкале АРАСНЕ II и КТ-индекса Balthazar на выбор метода и результаты хирургического лечения больных с панкреонекрозом. Метод хирургического лечения и объем проводимого вмешательства зависел от объема некроза поджелудочной железы, поражения забрюшинной клетчатки, наличия гнойных осложнений и определялся с учетом данных компьютерной томографии по разработанной ранее коллективом кафедры схеме. Общая послеоперационная летальность составила 4%.

**Ключевые слова:** стерильный панкреонекроз, инфицированный панкреонекроз, АРАСНЕ II, спиральная компьютерная томография, КТ-индекс тяжести Balthazar, хирургическое лечение.

В последние десятилетия проблема острого панкреатита остается одной из самых актуальных в неотложной абдоминальной хирургии [1,2,3]. Выбор тактики комплексного лечения больных с панкреатитом должен определяться формой заболевания и тяжестью состояния больного в динамике [5,6,7,8]. Спиральная компьютерная томография является самым чувствительным методом при панкреатите, дающим разностороннюю информацию о состоянии поджелудочной железы и различных областей забрюшинного пространства, предоставляет наиболее полную информацию о вовлечении в воспалительно-некротический процесс желчевыводящих путей, сосудистых структур и различных отделов желудочно-кишечного тракта [9]. Необходимо отметить, что в большинстве научных сообщений, посвященных проблемам неотложной панкреатологии показано, что распространенность некроза в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке определяет не только тяжесть состояния больного, но и частоту развития гнойных осложнений, что в свою очередь определяет подходы к хирургическому лечению. Таким образом, представляется интересным исследовать динамику состояния больных по шкале АРАСНЕ II и КТ-индексу тяжести Balthazar на различных этапах хирургического лечения больных с панкреонекрозом.

**Цель исследования** – определить эффективность оценки тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II и КТ-индексу Balthazar в определении хирургической тактики у больных с панкреонекрозом.

Ставились следующие задачи:

1. Изучить изменение тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II и КТ-индекса тяжести Balthazar в динамике хирургического лечения при панкреонекрозе;

\* Федеральное медико-биологическое агентство России Федеральное государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства» Кафедра хирургии, анестезиологии и эндоскопии, Клиническая больница №119

2. Рассчитать статистическую значимость сравнения и корреляцию между показателями шкалы АРАСНЕ II и значениями КТ-индекса Balthazar перед хирургическими вмешательствами у больных с панкреонекрозом.

3. Оценить влияние значений тяжести состояния больных, полученных по шкале АРАСНЕ II и КТ-индекса тяжести на выбор метода и результаты хирургического лечения больных с панкреонекрозом.

**Материалы и методы исследования.** В основу настоящей работы положены результаты ретроспективного обследования и лечения 50 больных со стерильными и инфицированными формами панкреонекроза, которые были оперированы в клиниках ФМБА России с 2004 по 2009 г.

Средний возраст больных в группе составил  $43 \pm 15,6$  [20-84] лет. Распределение больных по полу и формам панкреонекроза приведено в табл. 1. Средние сроки от начала заболевания до момента госпитализации  $2,3 \pm 2,1$  [1-9].

Таблица 1

Распределение больных по полу и формам панкреонекроза

Формы ПН/Пол	Муж абс.(%)	Жен абс.(%)	Всего:
Стерильный ПН	22 (44%)	15 (30%)	37 (74%)
Инфицированный ПН	8 (16%)	5 (10%)	13 (26%)
Всего:	30 (60%)	20 (40%)	50 (100%)

Для определения тяжести состояния больных при поступлении и перед каждой операцией в динамике использовали шкалу АРАСНЕ II. Результат АРАСНЕ II  $\geq 9$  баллов расценивался как наличие у больного острого панкреатита с «тяжелым» течением. При результате АРАСНЕ II  $< 9$  баллов предполагалось «легкое» течение острого панкреатита.

В нашем исследовании спиральная компьютерная томография (СКТ) выполнена всем пациентам не менее двух раз за период госпитализации. Исследования выполнялись на мультиспиральном 4-х срезовом компьютерном томографе «Lightspeed», фирмы General Electric с болюсным внутривенным контрастированием и пероральным контрастированием кишечника. Первое исследование выполняли при поступлении пациента в стационар. Повторное исследование выполняли на 3-5 сутки, при необходимости, через 7-10 суток СКТ повторяли. Полученные данные анализировали при помощи мультипланарной реконструкции изображений. На полученных изображениях особое внимание обращали на наличие локального или диффузного увеличения ПЖ, нечеткий контур ПЖ, расширение главного панкреатического протока, наличие инфильтрации парапанкреатических тканей, скопление жидкости в парапанкреатической клетчатке, признаки абдоминальной флегмоны, указанные на рисунках № 1-6 стрелками.



Рис. 1. Локальное увеличение ПЖ с нечетким контуром.



Рис. 2. Расширение главного панкреатического протока.

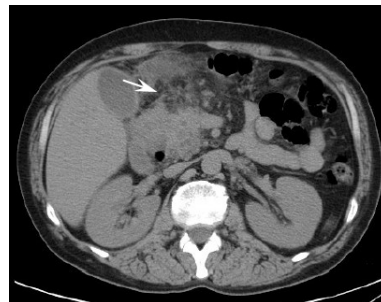


Рис. 3. Инфильтрация парапанкреатических тканей.

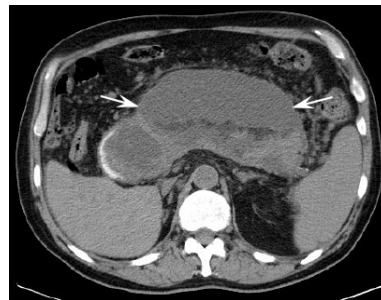


Рис. 4. Скопление жидкости в парапанкреатической клетчатке.

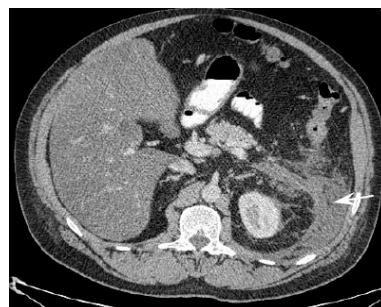


Рис. 5. Флегмона паранефральной клетчатки слева.



Рис. 6. Забрюшинная флегмона справа.

Результаты спиральной компьютерной томографии оценивали с использованием КТ-индекса тяжести Balthazar (1994 г.) [9]. Окончательный диагноз формулировался на основании комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования больных согласно классификации, предложенной Савельевым В.С. на IX Всероссийском съезде хирургов (г. Волгоград.) в 2000 году [4].

Выбор метода хирургического лечения и объем проводимого вмешательства зависел от объема некроза поджелудочной железы, поражения брюшинной клетчатки, наличия гнойных осложнений и определялся с учетом данных компьютерной томографии по разработанной коллективом кафедры схеме (рис. 7).

Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили с помощью методов параметрической и непараметрической статистики программы «Биостатистика» Стентон А. Гланц (версия 4.03) издательство «Практика» (2006) с использованием критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным

0,05. Для анализа зависимостей использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Значения коэффициента корреляции Спирмена:  $0,25 \leq |r|$  – слабая корреляция,  $0,25 \geq |r| \leq 0,75$  – умеренная корреляция,  $|r| \geq 0,75$  – сильная корреляция.

баллов, КТ-индекс Balthazar = 10 баллов). В первом случае причиной смерти послужил панкреатогенный шок, во втором – полиорганная недостаточность. При инфицированном панкреонекрозе летальных исходов не отмечено.

**Выводы:**

1. Выявлена взаимосвязь между тяжестью состояния пациентов по шкале APACHE II и КТ-индексом Balthazar в динамике хирургического лечения.

2. При оценке состояния больных по шкале APACHE II  $\geq 9$  баллов и при повышении КТ-индекса Balthazar  $\geq 7$  баллов (30-50% некроза ПЖ) выбор хирургического лечения должен быть сделан в пользу «открытых» и «полукоткрытых» операций, а при оценке тяжести по Balthazar  $< 7$  баллов и оценке по шкале APACHE II  $< 9$  баллов возможно выполнение операций «закрытыми» методами.

3. Применение шкалы APACHE II и спиральной компьютерной томографии с определением КТ-индекса Balthazar позволяет оценить тяжесть состояния больных, сформулировать диагноз, выбрать наиболее адекватный способ хирургического лечения, уменьшить сроки пребывания больных в стационаре и снизить уровень послеоперационной летальности.



Рис. 7. Схема выбора метода и объема хирургического лечения при панкреонекрозе.

**Результаты и их обсуждение.** Распределение средних значений КТ-индекса тяжести по Balthazar перед различными видами операций и их корреляция между другими оценками отражены в табл. 2.

Таблица 2

**Распределение средних оценок по шкале APACHE II и КТ-индекса Balthazar при различных методах хирургического лечения**

Группа больных (n=50)	КТ-индекс тяжести Balthazar (средние значения) перед операцией		APACHE II (средние значения) перед операцией	
	операция №1	операция №2	операция №1	операция №2
	Закрытые операции (37*)	4,6±1,4 <sup>1</sup> [3-8]	5,6±1,8 <sup>4</sup> [3-7]	10,6±3,1 <sup>1</sup> [8-24]
Полукоткрытые операции (7)	6,5±1,6 <sup>2</sup> [4-9]	7,3±1,1 <sup>5</sup> [6-8]	13,8±2,5 <sup>5</sup> [10-17]	12,3±1,1 <sup>5</sup> [11-13]
Открытые операции (4)	6,6±1,5 <sup>3</sup> [4-9]	8,0±2,0 <sup>6</sup> [6-10]	13,6±2,4 <sup>2</sup> [10-17]	14,3±1,1 <sup>6</sup> [13-15]

Примечание: \* – 2 больным выполнена ЭРПХГ; 1 –  $|r| = 0,603$ ;  $p = 0,00$ ; 2 –  $|r| = 0,4$ ;  $p < 0,05$ ; 3 –  $|r| = 0,743$ ;  $p < 0,05$ ; 4 –  $|r| = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ; 5 – группы слишком малы для сравнения; 6 –  $|r| = 0,8$ ;  $p < 0,05$ .

Из табл. 2 следует, что большинство «закрытых» операций выполнено больным, у которых КТ-индекс Balthazar не превышал 7 баллов. Группе больных перенесших «закрытые» операции соответствуют значения средние значения по шкале APACHE II не более 10,6 баллов. С нашей точки зрения баллы перед первой операцией завышены до 10,6 из-за 2 больных с оценками в 24 балла, у которых после операции зарегистрирован летальный исход. «Полукоткрытые» и «открытые» операции выполнены больным, у которых КТ-индекс Balthazar в среднем составил более 6,5 баллов, а тяжесть состояния по шкале APACHE II в среднем оказалась более 12,3 баллов.

Пребывание в стационаре больных, оперированных по поводу панкреонекроза, в среднем составило 23,6 койко-дней, оперированных по поводу стерильного панкреонекроза –  $20,7 \pm 7,4$ , инфицированного –  $32,1 \pm 11,2$ . Общая послеоперационная летальность составила 4% (2). Летальные исходы зарегистрированы в 2 случаях при стерильном субтотальном и тотальном панкреонекрозе на первые и третьи сутки госпитализации (APACHE II = 24

**Литература**

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. М.: Медицина, 2003. 424 с.
2. Кубышкин В.А. // Анналы хирургической гепатологии. 2000. Т.5, №2. С. 67–69.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. Смф.: Таврида, 1997. 560 с.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. 2000. 327 с.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2000. №2. С. 61–67.
6. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И. и др. // Анналы хирургии. 2001. №4. С. 44–49.
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И. и др. // Анестезиология и реаниматология. 1999. №6. С. 28–33.
8. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. // Анналы хирургии. 2001. №3. С. 58–62.
9. Balthazar E.J., Robinson D.L, Megibow A.J., Ranson J.H.C. // Radiology. 1990. №174. P. 331–336.

ASSESSING THE EFFICIENCY OF USING THE BALTHAZAR CT-INDEX AND THE APACHE II SCALE IN THE DYNAMICS OF SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC NECROSIS

N.P. ISTOMIN, K.V. AGAPOV, M.S. YEGOROV, F.A. DZUKOEVA

Russian Federal Medico-Biological Agency  
Institute of Advanced Training of Russian Federal Medico-Biological Agency  
Chair of Anesthesiology and Endoscopy

In this article a treatment-and-diagnostic tactics based on the diagnosis and treatment of 50 patients with sterile and infected pancreatic necrosis is developed. The aim of the study was to study the effect of assessing the severity of state according to the scale of APACHE II and Balthazar CT index on the formation of surgical treatment in patients with pancreatic necrosis. At the same time the following problems were solved: changes in the severity of patients' state in the APACHE II scale and CT - the index of severity of Balthazar in the dynamics of surgical treatment were studied; the statistical significance of the

comparison and correlation between the APACHE II scale and the values of CT - Balthazar index before surgery was calculated, the effect of the severity of the patients' state values obtained according to the scale of APACHE II and Balthazar CT index, upon the choice of the method and results of surgical treating pancreatic necrosis is assessed. The method of surgical treatment and the range of interventions depended on the amount of pancreas necrosis, retroperitoneal lesions, presence of septic complications and were determined taking into account data of computer tomography according to the pattern previously developed by the sub-fatal team. The overall postoperative mortality was 4%.

**Key words:** sterile pancreatic necrosis, infected pancreatic necrosis, APACHE II, spiral computer tomography, Balthazar CT-index of severity, surgical treatment.

УДК: 615.27:616.322-002.1/45

**ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА НА ДИНАМИКУ НЕКОТОРЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПОВТОРНОЙ АНГИНЕ**

М.К. СИПЯГИНА\*

Инфекционный процесс при повторной ангине (ПА) сопровождается развитием выраженного синдрома эндогенной интоксикации, усилением свободнорадикального окисления липидов мембран, что может приводить к нарушению метаболизма кардиомиоцитов и нарушению функций проводящей системы сердца. Несмотря на многочисленность лечебных рекомендаций при повторной ангине проблема коррекции эндотоксикоза и восстановления деятельности сердечно-сосудистой системы полностью не разрешена. Не достаточно изучено и влияние антиоксидантов на клиническое течение заболевания и динамику эхокардиографических показателей.

**Ключевые слова:** повторная ангина, эндотоксикоз, эхокардиография.

Ангина сопровождается тяжёлым синдромом эндотоксикоза, который приводит к токсическому поражению центральной и периферической нервной системы, кровеносных сосудов, миокарда, почек, суставов и других органов и тканей [1,2,3]. Однако, не всегда обращается достаточно внимания на взаимосвязь выраженности эндогенной интоксикации и состояния сердечно-сосудистой системы при данном заболевании, так как поражаются чаще лица молодого возраста. Интоксикационный синдром сопровождается усилением свободнорадикального окисления липидов мембран, что может приводить к нарушению метаболизма кардиомиоцитов и нарушению функций проводящей системы сердца. Кроме того, при повторной ангине стрептококковый токсин стрептолизин-О оказывает кардитоксическое действие, блокируя процессы тканевого дыхания в мышце сердца и нарушая проведение сердечных импульсов [4]. Поиск новых методов повышения эффективности коррекции эндотоксикоза актуален в процессе восстановительного периода.

**Материалы и методы исследования.** В основу работы положены исследования, проведенные в течение 2008-2009 гг. на базе кафедры поликлинической терапии и функциональной диагностики и городской клинической инфекционной больницы. В исследование было включено 54 пациента, 19-29 лет, находящиеся на стационарном лечении с клиническим диагнозом повторная лакунарная ангина, средней степени тяжести. Все обследуемые больные были подразделены случайным образом на две клинические группы. Первой группе проводилась базисная терапия, включающая этиотропные, патогенетические и симптоматические препараты. Вторая группа получала базисную и дополнительно антиоксидантную терапию. В качестве антиоксиданта использовали мексидол 5% – 4,0 мл, внутривенно капельно на 200 ml 0,9% раствора хлорида натрия, 1 раз в сутки. Обследования проводились на фоне базисной и антиоксидантной терапии на 1-3 и 10-12 дни болезни.

В динамике стационарного лечения больных повторными ангинами проводилась эхокардиоскопия на аппарате Toshiba Nemio методами двухмерной и доплерэхокардиографии. Ультразвуковой метод изучения гемодинамических эффектов заключался в двухкратном исследовании функции левого желудочка по методу Teicholz, которая достаточно адекватно отражает размеры *левого желудочка* (ЛЖ): *конечный диастолический размер* (КДР) и *конечный систолический размер* (КСР), *ударный объем* (УО). О сократительной способности ЛЖ судили по *фракции выброса* (ФВ), а так же по *показателю систолического укорочения левого желудочка* (%S), *перегородки и задней стенки левого желудочка* (%S МЖП и %S ЗСЛЖ) [4].

У пациентов 1 клинической группы при поступлении размеры левого предсердия составили 3,27±1,12 см, что сопоставимо с данными здоровых добровольцев. На фоне проведенной терапии не наблюдалось достоверного изменения размеров – 3,12±1,56; p>0,05. При применении мексидола у больных второй клинической группы показатель достоверно не изменился: 2,93±0,11 см (p<sub>1</sub>>0,05).

Таблица 1

**Показатели внутрисердечной гемодинамики на фоне стационарного лечения больных повторной ангины в 1 и 2 клинических группах (M±m)**

Показатели		Условно здоровые добровольцы	1 клиническая группа, n=29	Динамика в %	2 клиническая группа, n=25	Динамика в %
КДР ЛЖ см	1	4,52±0,09	5,17±0,21 p<0,05	91,5±1,07	5,02±0,17 p<0,05	90,6±1.2
	2		4,68±0,19 p>0,05		4,55±0,12 p>0,05 p <sub>1</sub> >0,05	
КСР ЛЖ см	1	3,08±0,05	3,47±0,22 p>0,05	86,7±2,54	3,14±0,15 p>0,05	91,3±1.7
	2		3,00±0,18 p>0,05		2,97±0,11 p>0,05 p <sub>1</sub> >0,05	

Примечание: p – достоверность различия p<0,05 по сравнению с условно здоровыми добровольцами, p<sub>1</sub> – по сравнению с соответствующими показателями 1 клинической группы.

Практически у всех больных повторной ангиной при поступлении, мы отмечали достоверное увеличение конечного диастолического размера левого желудочка. В 1 группе КДР составил 5,17±0,21 см до лечения и изменился после базовой терапии – 4,68±0,19 см, что не отличается группы добровольцев и сочетанного применения стандартной терапии и мексидола. КСР не менялся во время всего периода наблюдения в двух клинических группах (табл. 1).

Размеры правого желудочка оставались сопоставимы с данными условно здоровых добровольцев (2,27±0,17 см) и составили 2,54±0,22 см и 2,44±0,37 см при поступлении и при выписке соответственно (p>0,05); дополнительное применение мексидола, так же не влияло на данный показатель. Не изменились и размеры межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка.

Ударный объем в 1 клинической группе составил 69,33±5,2 мл до лечения и 66,5±5,9 мл после лечения, т.е. достоверно не изменился. Дополнительное применение мексидола так же не повлияло на данный показатель – 63,9±3,53 мл (p<sub>1</sub>>0,05)

Оценка сократительной способности миокарда проводилась по следующим показателям: фракция выброса, процент укорочения, систолическое укорочение перегородки и задней стенки левого желудочка.

Развитие инфекционного процесса при ПА приводит к нарушению метаболизма кардиомиоцитов, что значительно снижает сократимость стенок ЛЖ. Фракция выброса в разгар заболевания по сравнению с данными группы здоровых добровольцев была достоверно ниже на 11%. На фоне проведенной терапии у больных 1 и 2 клинической группы отмечается достоверное повышение данного показателя, до уровня условно здоровых добровольцев. Процент укорочения и сократимость стенок ЛЖ на фоне стационарного лечения изменялся аналогично. Однако, при сравнительном анализе двух клинических групп, отмечалась более выраженная положительная динамика при дополнительном применении мексидола в качестве метаболической терапии. При исследовании сократимости МЖП так же отмечена благоприятная динамика на фоне применения мексидола (табл. 2).

На следующем этапе исследования был проведен дополнительный анализ эхокардиографических показателей у пациентов с исходно сниженной сократительной способностью миокарда (при ФВ менее 55% (по методу Teicholz)), которые составили 22% случаев клинического наблюдения. Фракция выброса при поступлении составила 53,0±1,49%. На фоне базисного лечения данный показатель увеличился до 60,5±0,57%, однако, не достиг уровня здоровых добровольцев. Дополнительное применение мексидола в клинической практике позволило нормализовать данный показатель (62,3±1,7%, p>0,05). Отмечалось некоторое повышение систолического укорочения левого желудочка на фоне базисной терапии, все же, показатель не достиг уровня здоровых добровольцев. На фоне дополнительной антиоксидантной терапии мы наблюдали более выраженную положительную

\* ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева» Мордовия, г.Саранск, ул. Ульянова, д. 30