

гидрохлорида ("ICN Полифарм", Россия – ампулы по 2 мл 2% раствора). Вводимые дозы магния сукцината и препарата сравнения были пропорциональны 5% от показателя острой токсичности LD₅₀, установленного в опытах на мышах при внутривенном введении, с учетом правил межвидового биологического переноса доз.

Статистическую обработку полученных результатов проводили методом хи-квадрат и t-критерия Стьюдента для независимых выборок [5].

Результаты и их обсуждение. На первом этапе нашего исследования изучена антиаритмическая активность магния сукцината в условиях транзиторного – ишемического и реперфузионного – аритмогенеза у кошек (табл. 1).

Таблица 1

Антиаритмическая активность магния сукцината на модели ишемических и реперфузионных аритмий у кошек

№ п/п	Условия опыта	Число животных в опыте	Число животных с НРС после ОКА	Число животных с НРС после РКА	
				ЖА	ФЖ
1.	Контроль	27	21	22	12
2.	Лидокаин, 10 мг/кг	6	5	0*	0*
3.	Магния сукцинат, 50 мг/кг	6	2*	0*	0*

Примечание: * – различия при сравнении с контролем достоверны при $p < 0,05$ (хи-квадрат)

Контрольная серия экспериментов проведена на 27 животных. Через 18±3 минуту после перевязки коронарной артерии у 85% животных зарегистрирована желудочковая аритмия, частота которой в среднем составила 103±34 эктопических комплексов в минуту, при общей частоте сердечной деятельности 177±14 в минуту. Аритмия в большинстве случаев сохранялась на протяжении всего последующего наблюдения. В 5 случаев (23%) через 18±2 минут возникла летальная фибрилляция желудочков. Восстановление коронарного кровотока (через 30 минут после окклюзии) сопровождалось во всех случаях нарушением ритма сердечной деятельности. У 12 животных (57%) возникла фибрилляция желудочков, в остальных же случаях регистрировалась желудочковая тахикардия. Реперфузионные нарушения ритма сердца, в том числе и фибрилляция желудочков, возникали через 3±1 секунды после восстановления проходимости коронарной артерии и продолжались в среднем 116±24 секунд, спонтанно переходя в синусовый ритм.

Лидокаин изучен в дозе 10 мг/кг (n=6). При этом ранние ишемические аритмии возникли у 5 животных (78%) в среднем через 19±6 минут после постановки опыта, а у 1 (14%) животного – развилась фибрилляция желудочков. Несмотря на то, что в представленной дозе лидокаин не показал достоверного противоаритмического эффекта, эктопическая активность на фоне его введения заметно снижалась (57±8) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). После восстановления коронарного кровотока лидокаина гидрохлорид, введенный в дозе 10,0 мг/кг (n=6) предупреждал развитие реперфузионных аритмий у всех животных.

На фоне инъекции 50 мг/кг магния сукцината у 33% из подопытных кошек возникли НРС после лигирования коронарной артерии ($p < 0,05$). На фоне реперфузионного аритмогенеза вещество эффективно предотвращало генерацию нарушений ритма, при этом нами отмечен полный противofiбрилляторный эффект.

На втором этапе исследования в опытах на собаках изучена купирующая способность и продолжительность противоаритмического действия магния сукцината (табл. 2).

После введения 10 мг/кг лидокаина гидрохлорида (n=6) внутривенно мы отмечали, что у 2 животных (33%) развивался полный противоаритмический эффект, причем, буквально «на конце иглы». В остальных случаях также в процессе введения

значительно снижалась частота эктопической активности, составлявшая на 2 сутки после перевязки коронарной артерии в среднем 176±24 в минуту. Продолжительность полной антиаритмической активности составила не более 6 минут, частичное подавление эктопической импульсации продолжалось несколько дольше и максимально составляло 17 минут.

Таблица 2

Антиаритмическая активность магния сукцината в позднюю стадию экспериментального инфаркта миокарда у собак

№ п/п	Препарат и его доза	n	Характер ритма до введения препарата		Время наступления ААЭ мин, М±m	ААЭ	
			ЧСС М±m	ЧЭС М±m		Полный n (%)	Частичный n (%)
1.	Контроль (физ. раствор)	6	207±16	169±35	-	0 (0)	0 (0)
2.	Лидокаин 10 мг/кг	6	218±12	176±24	1	2 (33)*	4 (67)*
3.	Магния сукцинат 50 мг/кг	6	198±7	165±18	1	3 (50)*	3 (50)*

Примечания: ЧСС – частота сердечных сокращений (ударов в минуту), ЧЭС – частота эктопических сокращений (ударов в минуту), ААЭ – противоаритмический эффект, n – число животных в серии; * – различия при сравнении с контролем достоверны при $p < 0,05$ (хи-квадрат)

При внутривенном введении магния сукцината (50 мг/кг) полное прекращение аритмии и восстановление синусового ритма мы наблюдали сразу после введения у 3 животных (50%), которое продолжалось в течение от 25 и до 34 минут соответственно. Частичное подавление эктопической активности зарегистрировано нами у 3 собак (50%), причем, частота эктопических сокращений снижалась с 148±31 в минуту до введения до 39±18 после инъекции магния сукцината. Средняя продолжительность частичной антиаритмической активности составляла 88±21 минут.

Заключение. Таким образом, янтарнокислая соль магния при внутривенном введении животным в изотоксической дозе предотвращает формирование транзиторных ишемических и реперфузионных нарушений ритма сердца. Продолжительность купирующего антиаритмического действия вещества при однократном введении составляет от 25 до 88 минут.

Литература

1. Ардашев, В.Н. Лечение нарушений сердечного ритма и проводимости / В.Н. Ардашев, В.Н. Стеклов. – М.: «Медпрактика», 2000. – 165 с.
2. Каверина, Н.В. Антиаритмические средства: итоги и перспективы / Каверина Н.В. // Эксп. и клинич. фармакол. – 1994. – №6. – С. 12–15.
3. Антиишемическая активность нового отечественного антиоксиданта – производного 3-гидроксипиридина этоксида / Д.С. Блинов [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2011. – №11. – Т. 152. – С. 514–518.
4. Эффективность этоксида в коррекции сердечно-сосудистых нарушений, обусловленных церебральной ишемией в эксперименте / Д.С. Блинов [и др.] // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2011. – Т. 74. – №7. – С. 23–25.
5. Закс, Л. Статистическое оценивание / Л. Закс. – М. Статистика, 1978. – 598 с.
6. Harris, A.S. Delayed development of ventricular ectopic rhythm following experimental coronary occlusion / A.S. Harris // Circulation Res. – 1950. – Vol.1. – N6. – P. 1318–1328.
7. Manning, G.A.S. Reperfusion induced ventricular fibrillation. Modification by pharmacological agents / G.A.S. Manning, R. Grome, K. Istcol // Adv. Myocardiol. – Vol. 6. – New York, London, 1985. – P. 515–522.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ И СТАЦИОНАРА (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ)

Е.А.КОЧЕТОВСКАЯ, Д.С.БЛИНОВ, О.А.СМИРНОВА, А.В.МАЙОРОВ, М.А.МИРОНОВ, А.В.НОВИКОВ, Л.Ю.ЯГОДИНА

ФГБОУ ВПО Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, ул. Большевикская, 68, г. Саранск, Республика Мордовия

Аннотация: в работе на основе проведенного медико-социологического исследования показана распространенность модифицируе-

мых факторов риска, определяющих уровень здоровья в популяции жителей Республики Мордовия, получающих медицинскую помощь в стационарных и поликлинических учреждениях.

Ключевые слова: факторы риска, здоровье, поликлиника, стационар, образ жизни.

THE PREVALENCE OF SOME MODIFIED FACTORS OF RISK AMONG THE PATIENTS OF POLYCLINIC AND HOSPITAL
(BASED ON MATERIALS REPUBLIC'S MORDOVIA)

E.A.KOCHETOVSKAYA, D.S.BLINOV, O.A.SMIRNOVA, A.V.MAYOROV, M.A.MIRONOV, A.V.NOVIKOV, L.YU.YAGODINA

Mordovia State University after N.P. Ogarev

Abstract: in the work on basis of the conducted medico- sociological investigation showed the prevalence of the modified factors of risk determined the level of health in the population of the inhabitants of Republic Mordovia which obtain medical aid in the stationary and polyclinical establishments.

Key words: factors of risk, health, polyclinic, hospital, way of life.

Рост заболеваемости и смертности, общее падение уровня жизни населения и ограниченность социально-экономических ресурсов поддержания здоровья побуждает искать пути выживания людей и прекращения депопуляции [1]. Российские социологи рассматривают широкий круг поведенческих факторов, включая в него характер питания, досуга, употребление лекарств, вредные привычки, занятия физкультурой, трудовую деятельность и т.д. [2]. Именно эти факторы на сегодняшний день и определяют фон современной патологии. Для выявления наиболее распространенных факторов риска образа жизни среди пациентов ЛПУ кафедрой общественного здоровья и здравоохранения МГУ им. Н.П. Огарева и было проведено настоящее исследование.

Материалы и методы исследования. Медико-социологическое исследование проводилось в стационарных и поликлинических учреждениях г. Саранска Республики Мордовия с использованием оригинальной анкеты, составленной авторами. Было опрошено 1073 пациента стационара и 855 пациентов поликлиники, сведения о которых представлены в табл.

Таблица

Пациенты исследуемых отделений стационара и поликлиники
г. Саранска РМ

Отделения	Пациенты стационара	%	Пациенты поликлиники	%
Кардиология	242	22,6	194	22,7
Гастроэнтерология	216	20,1	161	18,8
Пульмонология	174	16,2	154	18,0
Неврология	187	17,4	149	17,4
Хирургия	254	23,7	197	23,1

Результаты и их обсуждение. Наиболее частыми кардиологическими заболеваниями явились: хроническая сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца; болезнями пищеварительной системы – гастрит, язвенная болезнь желудка, панкреатит, холецистит, колит, желчнокаменная болезнь; болезни органов дыхания – бронхиальная астма, бронхит, пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких; неврологические болезни – остеохондроз, головная боль, нейропатии, острые нарушения мозгового кровообращения (анкетирование проводилось у больных в стадии реабилитации), мигрень, преходящая ишемия головного мозга; хирургические болезни – острые травмы, варикозная болезнь нижних конечностей, аппендицит, грыжи, острый панкреатит, язва желудка и 12-перстной кишки. Диагнозы у больных уточнялись в стационаре по историям болезни, в поликлинике – по амбулаторным картам пациентов.

Возраст, пол, наследственность пациентов не относятся к модифицируемым факторам риска, таким как курение, употребление алкогольных напитков, неправильное, нерациональное питание, дефицит физической активности [3]. Но для более полной социальной характеристики мы изучили возрастную контингент больных в вышеперечисленных отделениях стационара и поликлиники. И в стационаре, и в поликлинике основную долю пациентов составили лица трудоспособного возраста – женщины моложе 55 лет и мужчины до 60 лет. Наиболее высокий процент пациентов трудоспособного возраста среди больных с хирургической патологией в обоих типах медицинских учреждений. Кроме того, большое количество социально активных граждан в кардиологическом отделении стационара, а в поликлинике – среди кардиологических и гастроэнтерологических больных.

Нерегулярное питание является доказанным многочисленными исследованиями фактором риска в возникновении и развитии таких заболеваний из вышеперечисленных как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, все заболевания пищеварительной системы (гастрит, холецистит, панкреатит, язвенная болезнь и др.), неврологические болезни – острое нарушение мозгового кровообращения, транзиторная ишемия мозга [4]. Пациенты соответствующих отделений обязательно получают информацию от лечащего доктора о коррекции питания, как о необходимом составляющем элементе эффективного лечения. Тем не менее, большинство пациентов признает несоответствие своего рациона и регулярности питания медицинским рекомендациям. Среди пациентов кардиологического стационара более половины питаются нерегулярно (13,8%), в поликлинике – чуть меньше половины опрошенных (10,6%). В гастроэнтерологических отделениях, где питание играет ведущую роль в формировании большинства заболеваний, исключая наследственные, доля лиц, питающихся нерегулярно составляет ¼ от всех опрошенных (15,7 и 12,8% соответственно). Наиболее благоприятной выглядит ситуация в отделениях хирургического профиля стационара и пациентов с хирургической патологией в поликлинике, хотя и там доля нерегулярно питающихся пациентов составляет почти треть часть (8,2 и 5,9%).

Одна из наиболее распространенных вредных привычек – это курение. Если рассматривать курение в контексте нашего исследования, наиболее значимым этот фактор является в развитии заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Однако несмотря на это каждый опрошенный четвертый пациент с кардиологической патологией в стационаре курит, в отделениях пульмонологии – практически каждый второй (6,2 из 16,2%). Среди пациентов поликлиники с заболеваниями сердца и сосудов курит каждый пятый (4,1%), и каждый пятый (4,9%) среди больных с патологией органов дыхания, несмотря на наличие серьезных заболеваний, требующих отказа от курения.

К вредным привычкам, помимо курения, традиционно относится употребление алкоголя. Неоспоримо негативное влияние алкоголя в возникновении заболеваний нервной системы, пищеварительной, онкологических заболеваний, травм и отравлений [5].

Среди больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы каждый третий пациент злоупотребляет алкогольными напитками (6,1 и 6,2% соответственно), каждый третий в неврологическом стационаре (6,3%) и четвертая часть респондентов поликлиники с заболеваниями нервной системы (4,4%). Среди исследуемых с патологией органов дыхания в стационаре каждый третий (15,5%) также употребляет алкоголь, включая пиво, 1 раз в неделю и чаще, в поликлинике доля респондентов несколько ниже – каждый четвертый пациент пульмонолога злоупотребляет алкоголем (4,3%). Т. е. наличие заболевания для ответивших утвердительно на вопрос анкеты не является препятствием и ограничением, нет осознания негативного влияния употребления алкоголя на течение и прогноз заболевания.

Налицо фактор гиподинамии у всех без исключения пациентов поликлиники и стационара. Среди больных с кардиологической патологией удельный вес пациентов с недостаточной физической активностью составляет почти 100 %, подобные данные получены и среди пациентов гастроэнтерологического, пульмонологического стационара, и среди пациентов с заболеваниями нервной системы в поликлинике. Наиболее физически активными, если можно это расценивать как наличие физических нагрузок

зок являются пациенты хирургического стационара и пациенты поликлиники с заболеваниями пищеварительной системы.

Заключение. Проведя исследование основных модифицируемых факторов риска среди пациентов 5 отделений и пациентов с наиболее распространенными социально-значимыми заболеваниями, можно прийти к заключению, что распространенность этих факторов в образе жизни больных стационара и поликлиники лечебных учреждений г. Саранска очень велика. Среди больных с сердечно сосудистой патологией в стационаре присутствуют все корригируемые факторы риска – это и курение (5,1 из 22,6%), и злоупотребление алкоголем (6,1 из 22,6%), недостаток физической активности (21,9 из 22,6%) и неправильное питание (13,8 из 22,6%). Показатели распространенности этих факторов среди больных поликлиники отличаются незначительно и тоже занимают значительное место. Среди пациентов гастроэнтерологического отделения в стационаре и пациентов с соответствующими заболеваниями в поликлинике большую роль играет фактор неправильного питания (15,7 из 20,1% и 12,8 из 18,8%) и злоупотребление алкоголем (6,7 из 20,1% и 7,6 из 18,8%). Для больных с заболеваниями органов дыхания наиболее распространенными являются такие факторы как курение (6,2 из 16,2% и 4,9 из 18,0%), недостаточная физическая активность (16,0 из 16,2% и 16,2 из 18,0%). Среди больных с заболеваниями нервной системы распространены такие факторы как нерегулярное питание (10,2 из 17,4% и 6,2 из 17,4%), дефицит физической активности (16,3 из 17,4% и 16,9 из 17,4%), употребление алкоголя 1 раз в неделю и чаще (6,3 из 17,4% и 4,4 из 17,4%). Больные хирургического

профиля отметили преобладающую роль курения (7,1 из 23,7% и 4,2 из 23,1%), злоупотребления алкоголем (8,1 из 23,7% и 6,9 из 23,1%). В целом, показатели распространенности факторов риска среди пациентов поликлиники несколько ниже, чем среди пациентов с аналогичными заболеваниями в стационаре. Кроме этого, для пациентов всех отделений обеих групп характерен довольно низкий уровень самооценки своего здоровья.

Исследование поддержано грантом РГНФ №12-16-13006.

Литература

1. Смертность как определяющий и корригирующий фактор демографического кризиса / Д.С. Блинов [и др.] // Вестник НИИ гуманитарных наук при Правительстве Республики Мордовия. – 2011. – №3 (19). – С. 107–113.
2. Решетников, А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с.
3. Образ жизни и здоровье: Монография / Н.Х. Амиров [и др.]. – Пенза, 2005. – 354 с.
4. Проблемы питания населения России как фактор риска здоровью / В.М.Черепов [и др.] // Здравоохранение РФ. – 2007. – №1. – С. 46–49.
5. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и смертность от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Ю.Е. Разводовский // Здравоохранение РФ. – 2007. – №1. – С. 52–54.

УДК 616.34-007.43-031:611.26-089

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ АКСИАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

С.А. АЛИЕВ, О.И. ОМАРОВ, И.М. ОМАРОВ

ГБУ РД НКО «Дагестанский центр грудной хирургии», ул. Амет-хана Султана, 12а, г. Махачкала

Аннотация: в работе экспериментально обоснован новый способ лечения аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Экспериментальные исследования проведены в условиях хронического опыта на 10 беспородных собаках. После моделирования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выполняли разработанный нами способ хирургического лечения аксиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Выполненные исследования в послеоперационном периоде продемонстрировали, что вновь сформированный пищеводно-желудочный переход обладает значительными антирефлюксными свойствами.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хирургическое лечение, результаты.

EXPERIMENTAL STUDY OF A NEW METHOD TREATMENT OF AXIAL HIATAL HERNIA

S.A. ALIEV, O.I. OMAROV, I.M. OMAROV

*Official body of the Republic of Dagestan, science - clinical association
"Dagestan Center of Thoracic Surgery." Republic of Dagestan, Makhachkala*

Abstract: the experimentally founded a new way to treat axial hiatal hernia. Pilot studies were conducted in conditions of chronic experience to 10 mongrel. After modeling hiatal hernia have developed a way of surgical treatment of axial hiatal hernia. Completed studies in postoperative period showed that new formed esophageal-gastric shift has significant antireflux properties.

Key words: hiatal hernia, surgical treatment, results.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Они составляют более 90% всех диафрагмальных грыж, а в структуре заболеваний органов пищеварения занимают 3 место по частоте после язвенной и желчнокаменной болезней. Столь широкая распространенность обуславливает ее клиническую значимость [2,6,8].

Изучение этой патологии представляет несомненный интерес для практического врача, т.к. хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы разработано недостаточно. При этом раскрыть механизм этого заболевания и разработать адекватные методы лечения можно только в эксперименте [1].

Несмотря на то, что, по мнению большинства хирургов, «золотым стандартом» в антирефлюксной хирургии остается фундопликация по Ниссену, поиски оптимального вмешательства продолжают. В их основе лежит желание свести к минимуму неблагоприятные последствия операции, наиболее серьезным из которых является дисфагия, частота которой, по разным данным, колеблется от 6 до 42% случаев, что у ряда больных требует по-

вторной операции. В связи с этим остается актуальной проблема поиска малоинвазивного оперативного вмешательства, надежно восстанавливающего антирефлюксную функцию кардии, с одной стороны, и с другой – в наименьшей степени влияющего на пропульсивную способность пищевода [2,3,5,6,7,8].

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ экспериментальных наблюдений в условиях хронического опыта на 10 беспородных собаках (самцах), массой от 6 до 12 кг. Согласно «Правилам проведения работ с использованием экспериментальных животных», утвержденным приказом Минздрава СССР, животному выполняли премедикацию, а затем через 30 минут внутривенно вводили раствор барбитурата (гексенал или тиопентал-натрия из расчета 50 мг/кг массы). Животное укладывали на спину на операционный стол. Конечности растягивали на подставках. Производили интубацию и переводили животное на управляемое дыхание.

Моделировали грыжу пищеводного отверстия диафрагмы по методу В.К. Татьянченко с соавт. [4]. Предлагаемый способ осуществляли следующим образом. После вскрытия брюшной