

PECULIARITIES OF PULMONARY DISEASE IN THE SOUTH ARAL REGION

Abdullayev R.B.¹, Abidov F.O.² (Republic of Uzbekistan)

Email: Abdullayev510@scientifictext.ru

¹Abdullayev Ravshanbek Babadjanovich - Doctor of medical sciences,
Professor,

FACULTY AND HOSPITAL THERAPY DEPARTMENT;

²Abidov Farrukh Ozad o'g'li – Student,

MEDICAL FACULTY,

URGENCH BRANCH

TASHKENT MEDICAL ACADEMY,

URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: *this article highlights the peculiarities of the course of peptic ulcer in the ecologically unfavorable zone of the Aral Sea region, where there has been a tendency for the growth of gastric ulcer and duodenal ulcer (DU). The incidence of gastric ulcer and duodenal ulcer (DU) has high rates due to certain features of the zone of the Southern Aral region. Operative intervention was more often exposed to men, workers and employees of young and working age with disease duration up to 1 year with a large percentage of painless course. The course of the disease showed, in dynamics, the absence of seasonal fluctuations associated with climatic and geographical features.*

Keywords: *peptic ulcer, peptic ulcer of the stomach and duodenum, Aral Sea region, painless syndrome, flow peculiarity*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЮЖНОМ ПРИАРАЛЬЕ

Абдуллаев Р.Б.¹, Абидов Ф.О.² (Республика Узбекистан)

¹Абдуллаев Равшанбек Бабаджанович - доктор медицинских наук,
профессор,

кафедра факультетской и госпитальной терапии;

²Абидов Фаррух Озад угли – студент,

лечебный факультет,

Ургенчский филиал

Ташкентская медицинская академия,

г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: *в данной статье освещены особенности течения язвенной болезни в экологически неблагоприятной зоне Приаралья, где отмечалась тенденция к росту язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДПК). Заболеваемость язвенной болезнью желудка и*

двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДПК) имеет высокие показатели за счет определенных особенностей зоны Южного Приаралья. Оперативному вмешательству чаще подвергались мужчины, рабочие и служащие молодого и трудоспособного возраста с давностью заболевания до 1 года с большим процентом безболевого течения. Течение заболевания показывало в динамике отсутствие сезонного колебания, связанное с климатогеографическими особенностями.

Ключевые слова: *язвенная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, Приаралье, безболевого синдром, особенность течения.*

Постоянный интерес к проблеме язвенной болезни (ЯБ) можно объяснить не только недостаточным знанием её этиологии, патогенеза и неудовлетворенностью результатами лечения, но и в не меньшей степени трудностями оценки тяжести течения и прогноза заболевания, связанными со сложностью симптоматики, наличием сопутствующих заболеваний и осложнений, что обуславливает разнообразие её проявлений и подчас непредсказуемое течение [1, 2, 3].

В ряде зарубежных работ, появившихся в последние годы и основанных на сопоставлении клинических признаков ЯБ и результатов рентгенологического и эндоскопического исследований, высказывается сомнение в диагностической ценности анализа субъективных симптомов ЯБ. Отмечается, в частности, что у значительного числа больных ЯБ клинические проявления заболевания не соответствуют данным рентгенологических и эндоскопических исследований, что только у половины больных с рентгенологическими и эндоскопическими подтвержденными язвами выявляются жалобы, типичные для данного заболевания.

В ряде работ подчеркивается, что такая важная черта болевого синдрома при ЯБ, как связь болей с приемом пищи в действительности встречается при этом заболевании редко и не имеет никакого диагностического значения. Перечисленные факторы в итоге привели к пессимистическому выводу, что клиническая картина ЯБ мало информативна для диагностики заболевания [4].

В литературе многократно отмечена возможность безболевого течения ЯБ, частота которого (с учетом секционных данных) достигает 25-38%. Такое течение заболевания может например, встречается в пожилом и старческом возрасте, тогда оно проявляется лишь диспепсическими расстройствами, а иногда - внезапным развитием осложнений (в частности, кровотечения) [2].

Отмечено, что в последнее десятилетие наблюдается значительный рост числа больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДПК) среди населения республик Центральной Азии. Особенно, тенденция к росту ЯБЖДПК отчетливее всего наблюдается в экологически

неблагоприятных условиях Южного Приаралья, куда входят Республика Каракалпакстан, Хорезмская область и Ташаузская область Туркменистана [5].

Учитывая вышеизложенное, целью проведения настоящей научно-исследовательской работы было изучение особенностей течения и факторов риска осложнений ЯБЖДПК в экологически неблагоприятной зоне Приаралья.

Материалы и методы. Материалом данного исследования служили истории болезни (форма № 003) 143 оперированных больных с диагнозом ЯБЖДПК в хирургическом отделении Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра.

Результаты исследования ретроспективного анализа историй болезни подвергнуты обработке методом вариационной статистики по Стьюденту к модификации Ермоловой с определением среднего квадратического отклонения и средней арифметической ошибки по способу моментов ($M \pm m$), а также определены критерии достоверности различия (t) и степень достоверности (P).

Обсуждение результатов. Нами установлено, что из оперированных больных, мужчин было 107 (74,8%), женщин 36 (25,2%); больные, проживающие в городе составили 28,7% (40 больных), а в сельской местности 71,3% (103 больных). Достоверное отличие между различными полами ($P < 0,001$), объясняется по видимому тем, что мужчины более подвержены к различным факторам вызывающим осложнения ЯБЖДПК чем женщины, а статически значимое различие заболеваемости по месту жительства объясняется особенностями нашего региона, т.е. национальными традициями, образом жизни, возросшими миграционными процессами между селом и городом, а также особенностью структуры питания.

Учитывая отличие по социальным, экономическим состояниям, а также по образу жизни труда и медицинскому воспитанию между социальными категориями населения нам было интересно узнать, как распределяются больные по социальному положению. Анализ полученных данных показывает, что больше всех оперированы рабочие и служащие соответственно 46 (32,2%) и 34 (23,8%). Другие социальные категории расположились таким образом: пенсионеры и инвалиды 29 (20%); сельхоз. работники 21 (14%) и домохозяйки 13 (10%). Привлекает внимание тот тревожный факт, что в основном ЯБЖДПК болеют и по этой причине оперируются (56%) рабочие и служащие ($P < 0,001$). Отсутствие четкой грани между представителями физического и умственного труда среди оперированных указывает на то, что трудовая деятельность у людей, проживающих в одинаковых условиях, не влияет на развитие и осложнений ЯБЖДПК (особо отмечаем в этой связи, что в нашем регионе отсутствуют предприятия с особо вредными факторами производства).

Возрастной аспект оперированных больных наиболее интересен, так как это указывает на уровень экономического ущерба народному хозяйству страны. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 20 больных (14,9%) в возрасте от 15 до 24 лет; 38 больных (26,5%) в возрасте от 25 до 34 лет; 1/3 всех обследованных (31,5%) в возрасте от 35 до 44 лет; 26 больных (18,2%) в возрасте от 45 до 54 лет; в долю возрастной категории от 55 до 64 лет и старше 65 лет приходились 1/10 часть обследованных (соответственно - 6,3 и 3,6%). Глубокий анализ полученных результатов показывают, что операции по поводу ЯБЖДПК в основном приходится в молодой трудоспособный возраст от 15 до 44 лет (73% всех оперированных), что достоверно выше ($P < 0,001$) показателей других возрастных групп. ЯБЖДПК и её осложнения в наиболее молодом возрасте является одним из особенностей течения этой заболеваемости в нашем регионе. Известно, что расположение язвы тоже немаловажно для лечения оперативным путем, в связи с этим выявлено, что поражение двенадцатиперстной кишки встречалось у 83%, желудка у 8%, а сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки у 9% больных, которая соответствует данным других авторов. Если разобрать виды оперативных вмешательств, то видно, что у 118 (82,5%) оперированных произведена резекция и у 25 (17,5%) больных ушивание язвы. Обострения, осложнения и операции были зимой у 57 (40%), весной у 39 (27,3%), летом у 26 (18%) и осенью у 21 (14,7%) больных ЯБЖДПК. Отсутствие достоверных сезонных колебаний в полученных результатах связано с климатогеографическими особенностями региона (большая продолжительность жаркого периода года, стертость сезонных границ, практически постоянная, одинаковая структура питания в течение года). Из анамнеза настоящего заболевания нас интересовал вопрос давность заболевания, где 49 больных (34,2%) указывали на давность заболевания до 1 года, 46 больных (32,2%) от 1 года до 5 лет, 42 больных (29,4%) от 5 до 10 лет, и 6 больных (4,2%) более 10 лет. Очевидно, у 34,2% больных указывающих на давность заболевания в течение до 1 года и осложнённое до оперативного вмешательства протекало в виде без болевого течения, что также является одним из особенностей течения ЯБЖДПК в условиях нашего экологически неблагоприятного региона. В связи с высказываниями некоторых авторов по малозначительной диагностической ценности субъективных симптомов ЯБ (6,8,10) было интересно узнать встречаемость симптомов у изученных нами оперированных больных: на периодические ночные и иногда на "голодные" боли указывали 108 больных (75,5%) тогда как у 24,5% (35 больных), эти жалобы не отмечались, у 86 больных (60,3%) часто отмечалась отрыжка, у 69 (48,1%) больных изжога, у 65 больных (45,5%) тошнота, у 34,2% (48 больных) рвота, у 16 (10,2%) облегчение после рвоты, у 10 (7%) больных рвота была связана с приём пищи, у 5,6% (8 больных) рвота с примесью

крови, у 27 (18,8%) чувство тяжести в подложечной области после еды, у 12 (8,3%) дисфагия, у 80 (55,9%) пониженный аппетит, у 86 (60,1%) иногда облегчение после употребления минеральной воды или алмагеля. Как видно из вышеуказанных данных, что ни один симптом не встречался у всех больных, а некоторые субъективные симптомы не встречались даже у половины исследованных. Из анамнеза выявлено, что у 74 (51,7%) больных отмечались наличие стрессовых факторов, у 79 (55,2%) употребление спиртных напитков, у 36 (25,2%) курение сигарет, у 29 (20,3%) курение (закладывание под язык) табака "нас".

Учитывая вышеизложенное, мы пришли к такому мнению, что частое выявление осложненных и подлежащих к оперативному вмешательству с небольшой давностью заболевания в наиболее молодом, трудоспособном возрасте являются своеобразными особенностями течения и факторами риска заболеваний в экологически неблагоприятных условиях Южного Приаралья, в частности Хорезмской области. Объяснением выявленных нами особенностей течения ЯБЖДПК по-видимому, являются влияние экологически неблагоприятных факторов (особенно водный и климатический), частые нарушения рациона и режима питания, влияние вредных привычек на организм при данном заболевании. Изучение особенностей течения и факторов риска осложнения ЯБЖДПК в экологически неблагоприятных условиях показывает, что для своевременной диагностики и лечения этих больных нужен новый подход, учитывающий особенности нашего региона.

Выводы: 1. Оперативному вмешательству по поводу ЯБЖДПК подвергаются чаще мужчины.

2. Чаще всего по поводу ЯБЖДПК оперируются рабочие и служащие (56%), а в возрастном аспекте большой процент оперированных приходится на наиболее молодой и трудоспособный возраст (от 15 до 44 лет).

3. Выявлено отсутствие сезонных колебаний по количеству оперированных, что связано с климатогеографическими особенностями региона

4. Установлено, что у 34,2% оперированных больных давность заболевания составила до 1 года, что указывает на большой процент безболевого течения заболевания. Кроме того, ни один из субъективных симптомов не был ведущим, и поэтому имели малую диагностическую ценность.

Список литературы / References

1. Калиш Ю.И., Кабулов М.К., Турсуметов А.А. Роль лазерных технологий в профилактике послеоперационных осложнений при «высоких» язвах желудка. // Хирургия Узбекистана. Ташкент, 2014. № 3. С. 27-28.

2. *Комаров Ф.И., Рапопорт СИ, Райнова Л.В., Хараян Л.В.* Состояние слизистой оболочки желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в различные стадии заболевания по сезонам года // Сов. Медицина, 1990. № 8. С. 12-16.
3. *Григорьев П.Я., Яковенко Э.П.* Оптимальные методы терапии и профилактики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Врач, 1997. № 7. С. 16-18.
4. *Жирников Г.А. и др.* Охрана окружающей среды в Узбекистане. Ташкент. "Ўқитувчи", 1993. 103 стр.
5. *Каримов И.А.* Узбекистан на пороге XXI века Ташкент, «Узбекистан», 1997. С. 127-154.