

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПЕРСИОННОГО АНАЛИЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кобиров Э.Э., Тухтаев М.К., Кушматова Д.Э., Тухтаева Н.М.,

Самаркандский Государственный университет, Самаркандский медицинский институт.
Сиябский медицинский коллеж.

✓ Резюме,

При социал-гигиеническом исследовании изучены факторы влияющие на возникновение и динамика течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у 379 больных. Результаты данных показывает что полное этапное лечение (поликлиника, стационар, санатория) осуществляется не всем больным 24,3% за весь изучаемый период. На первом году заболевания оно осуществлено всего лишь у 6,8 больных. По заключению экспертной комиссии 62,3% больных нуждаются в оперативном вмешательстве 55,6% в санаторно-курортному 68,8% больных физиотерапии ЛФК. Однако: они были осуществлены соответственно на 45,9%, 24,3%, 18,9%. Анализ дисперсионного анализа показывает что динамику заболевания самое сильное влияние оказывает 45,1% оперативное лечение. В случаях когда она осуществляется в плановом порядке сила влияния возрастает до 67,2%. Если больной находился диспансерном наблюдением, проходил полное этапное лечение и подвергался плановому оперативному вмешательству сила влияния возросла до 74,6%.

Ключевые слова: Этапное лечение и результаты дисперсионного анализа при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

ОШҚОЗОН ВА УНИККИБАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАССАЛЛИГИДА БОСҚИЧЛИ ДАВОЛАНИШ ВА ДИСПЕРСИОН ТАХЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ

Қобиров Э.Э., Тухтаев М.К., Кушматова Д.Э., Тухтаева Н.М.,

Самарқанд Давлат университети, Самарқанд медицина институти,
Сийоб медицина коллежи.

✓ Резюме,

Ошқозон ва униккибармоқ ичак яраси билан касалланган 379 нафар беморда социал-гигиеник текширув ўтказилди. Тадқиқот натижаларида беморларни тулиқ босқичли даволашиши (поликлиника, стационар, санатория) ҳаммаси булиб 24,3%ни ташкил этди. Касалликни энди бошланганини 1-йилида бу курсаткич жуда кам 6,8% беморларда кузатилди.

Эксперт комиссия хулосасига кура 62,3% касаллар жаррохлик усулига, 55,6% ҳолатда эса санатория курорт даволашишга 68,8% беморлар эса жисмоний тарбия даволашишга муҳтож бўлганлар. Лекин булар фақат 45,9%, 24,3% ва 18,9% ҳолатларда бажарилган.

Ошқозон ва униккибармоқ ичак яра касаллигини динамик кечишида социал-гигиеник ва биологик факторларни таъсири дисперсион тахлили натижаларида энг кучли жаррохлик давоси таъсир қилиши 45,1% аниқланди. Энди бу тиббий муолажа режали асосда олиб борилса унинг таъсир кучи 67,2%га кўпаяди. Агарда бемор диспансер назоратида туриб, тулиқ босқичли даволанган бўлса ва режали жаррохлик усули билан даволанса дисперсион тахлил натижаси 74,6%га бориб етди.

Калит сузлар: Ошқозон ва униккибармоқ ичак яра касаллигида босқичли даволашиш ва дисперсион тахлили натижалари

STAGE TREATMENT AND RESULTS OF DISPERSION ANALYSIS IN ULCER OF THE STOMACH AND DUODENAL

Qobilov E.E., Tuxtaev M.Q., Qushmatova D.E., Tuxtaeva N.M.,

The Samarkand State Universitet, Samarkand State Medical Institute, 140100 Uzbekistan Samarkand Amir Timur str 18 <https://sammi.uz/ru>, Siyab medical college.

✓ Resume,

A social hygienic study examined the factors influencing the occurrence and dynamics of the course of gastric ulcer and duodenal ulcer in 379 patients. A total of 26 institutions were covered by the study. The results of the data show that a complete staged treatment (clinic, hospital, sanatorium). Not all patients receive 24.3% over the entire study period. In the first year of the disease, it affected only 6.8 patients. According to the expert commission, 62.3% of patients require operative accommodation 55.6% in the sanatorium-resort 68.8% of patients with physical therapy for physical therapy. But they were implemented consistently by 45.9%, 24.3%, 18.9%. Analysis of variance analysis shows that the dynamics of disease are most affected by 45.1% of operational personality. In cases when it is carried out in a planned manner, the influence increases to 67.2%. If the patient was under clinical supervision, he underwent a complete staged treatment and underwent planned surgical intervention, the strength of influence increased to 74.6%.

Keywords: stage treatment and results of dispersion analysis in ulcer of the stomach and duodenal.

Актуальность

Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки до сих пор остаётся одной из проблем медицины во всех странах мира, что связано с её значительной распространенностью, частотой рецидивов и осложнений, приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности, а также к высокой летальности

Материал и метод

При исследовании 14 поликлиник и 8 стационаров мы получили данные для взрослых города Самарканда, а также областных учреждений - архив ЗАГСа и

Статуправления, городской ВТЭК, областного профсоюза. Всего исследованием охвачены 26 учреждений.

Объектом наблюдения были больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки - жители гор. Самарканда, лечившиеся в лечебно-профилактических учреждениях города за три года.

Результат и обсуждение

Нами была изучены все этапы (поликлиника, стационар, санаторий) оказания медицинской помощи при язвенной болезни

Анализ данных показывает, что в полное этапное лечение осуществляется не всем больным (24,3%).

Таблица 1

Охват этапным лечением больных язвенной болезнью в первый год и за весь изучаемый период

Год наблюдения	Всего больных		Прошли все этапы	Прошли стац. Лечение	Прошли санаторный этап	Состоит под диспансерным наблюдением
	абс	%				
I год	379	100	6,8%±1,3	31,2%±2,4	3,1%±0,9	13,3%±1,7
За весь изучаемый период	379	100	24,3%±2,2	72,1%±2,3	24,3%±2,2	45,9%±2,6

На первом году заболевания, когда полное этапное лечение намного эффективнее, оно осуществлено всего лишь у 6,8% больных (табл.1). Стационарное и санаторно-курортное лечение в большинстве случаев проводится в поздних стадиях заболевания, когда длительное амбулаторное лечение не даёт как правило желаемого эффекта

Особое внимание требует охват диспансерным наблюдением, которое составляет 45,9%, а количество

охваченных на первом году заболеваний низкое (13,3%). Больше половины больных не состоят под диспансерным наблюдением.

Сопоставление некоторых фактически осуществлённых лечебно-профилактических мероприятий с данными экспертной оценки показали, что 62,3% больных язвенной болезнью нуждались в оперативном лечении. Вместе с тем, такому лечению подвергнуто было, за весь изученный период всего 45,9% больных (Рис. 1).

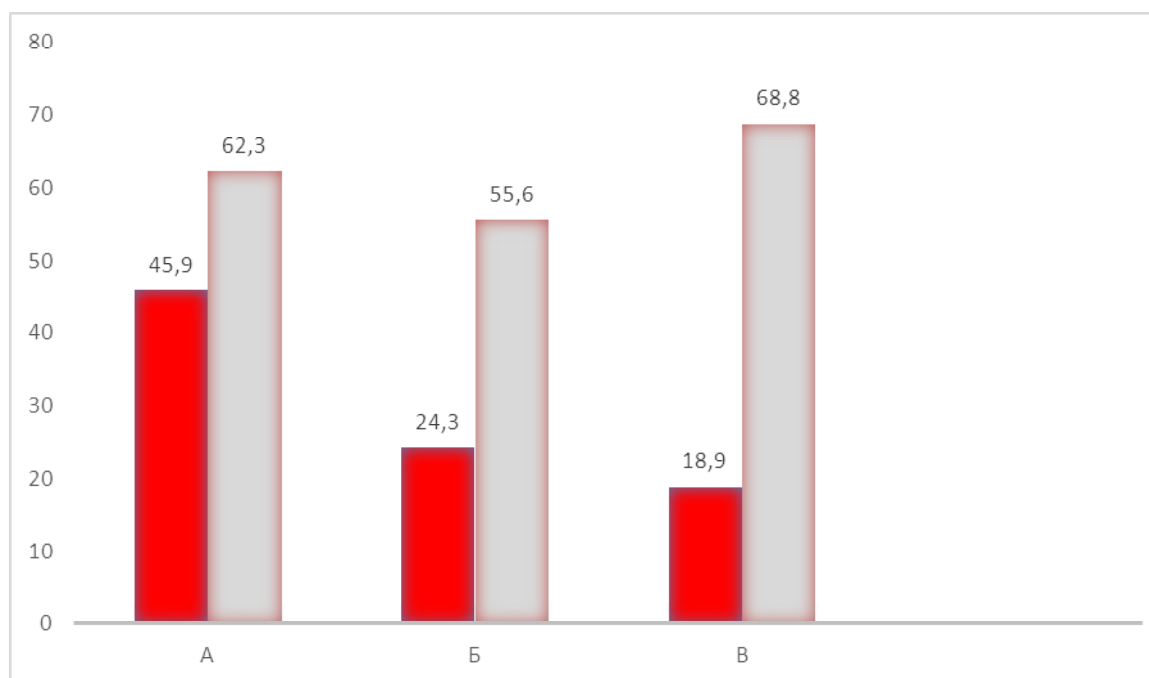


Рис. 2. Сопоставление некоторых фактически проведённых лечебно-профилактических мероприятий и данных экспертной оценки.

А - оперативное вмешательство;
Б - санаторно-курортное лечение;
В - физиотерапия, ЛФК;

■ - фактически проведены;
■ - необходимо было провести.

В изучаемый нами совокупности за весь изученный период санаторно-курортным лечением пользовались 24,3% больных. Однако, по заключению экспертов в таком лечении нуждается 55,6% больных.

Анализируя больных в физиотерапии и ЛФК, нуждались у 68,8% больных, однако она была осуществленно у 18,9 %.

При исследовании изучалось также влияние некоторых социально-гигиенических и биологических факторов на динамику течения язвенной болезни.

Проведённый анализ динамики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с вычислением статистической оценки достоверности является достаточно убедительным. Однако представляет интерес и определение силы влияния каждого фактора.

Дисперсионный анализ имеет позволяющий не только оценить силу действия нескольких факторов на здоровье, но и показать степень влияния каждого

фактора. Для определения силы влияния некоторых социально-гигиенических и биологических факторов на динамику течения язвенной болезни нами использована методика дисперсного анализа. Результаты анализов с максимальной надёжностью ($P < 0,1$) показывают, что на динамику заболевания самое сильное влияние оказывает оперативное лечение (45,1%). В случаях, когда она осуществляется в плановом порядке сила влияния возрастает до 67,2% (табл.2). Изучение данных по отчётной форме №1 и медицинской карте стационарного больного хирургических стационаров за ряд лет показали, что оперативная активность при лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет в среднем 24,2%. Вообще за последние три года оперативная активность колебалась от 11,0% до 52,6%.

Процент силы влияния диспансеризации больных язвенной болезни оценина 7,9.

Таблица 2

Результаты дисперсионного анализа. Динамика течения язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Причины	расчетное	табличное	Риск ошибки	Сила влияния в %
Оперативное вмешательство	368,3	4,66	0,1	45,1
В т.ч. плановое осуществление оперативного вмешательства	227,7	4,71	0,1	67,2
Диспансерное наблюдение	23,8	4,66	0,1	7,9
Этапное лечение	23,3	4,66	0,1	7,4
Диспансеризация + этапное лечение + оперативное вмешательство	236,9	4,75	0,1	74,6
Материально-жилищные условия	13,4	4,66	0,1	6,6
Условия труда	27,3	4,62	0,1	4,5
Питание	40,1	4,66	0,1	8,5
Психологический фактор	13,9	4,66	0,1	6,5

Интересно, что, когда больной находился под диспансерным наблюдением, проходил полное этапное лечение и подвергался оперативному вмешательству, сила влияния возросла до 74,6% это на 14,2% больше от математической суммы, вычисленной отдельно для каждого из этих видов ($7,9+7,4+45,1=60,4$; $74,6-60,4=14,2$). Это говорит о том, что когда лечебно-профилактические мероприятия осуществляются комплексно, то получаемый эффект намного увеличивается, то есть комбинированное положительное влияние их на динамику заболевания превышает простые суммы их влияния в отдельно взятом виде.

Среди остальных факторов, наиболее выраженное влияние оказывает питание (8,5%). Действие остальных факторов примерно одинаково (материально-жилищные условия-6,6%, условия труда - 4,5, психологический фактор - 6,5).

Выводы

1. Полному этапному лечению подвергаются не все больные (24,3%). Необходимо улучшить преемственность в работе поликлиники, стационара, санатории при обследовании и лечении этих больных.

2. Лечебно-профилактической помощи больным язвенной болезнью по заключению экспертной

комиссии 62,3% больных нуждаются в оперативном вмешательстве, 55,6% в санаторно-курортном лечении, 68,8% больных в физиотерапии, ЛФК. Однако: они были осуществлены соответственно на 45,9%, 24,3%, 18,9%.

3. Результаты дисперсионного анализа показывает что , когда лечебно-профилактические мероприятия осуществляются комплексно, то получаемый эффект намного увеличивается, то есть комбинированное положительное влияние их на динамику заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдулхаков Р. А. Эпидемиологии *Helicobacter Pylori*. Практическая медицина. 2006. Vol, №4. 18. С. 2-3.
2. Гомельская Г.Л., Ермаков В.В., Шишкина К.А. Исследование преемственности в медицинской помощи между стационарными и поликлиническими учреждениями // Сов. здравоохранение. -1981. - №6. -с. 21-25
3. Кузин М.И. Ваготомия вчера и сегодня труды 30-всесоюзного съезда хирургов. - Минск, 1983, - с.237-241
4. Кушнер Л. Д Опыт реабилитационно-этапного лечения больных язвенной болезни по данным гастроэнтерологического кабинета поликлиники. В кн. Вопр. Практической гастроэнтерологии: тез. науч. докл. Андижан.1981. стр 222-223.
5. Поляков И В. Соколова Н. С. Применение дисперсионного анализа альтернативы в социально-гигиенических исследованиях. Сов здравоохранение 1969. №8 с 28-34.

Поступила 09.03. 2020