# Оглавление

# Оглавление

Введение

Актуальность проблемы

Цель исследования

Задачи исследования

Практическая значимость работы

Глава 1:Обзор литературы

1.1 Распространённость и социально-гигиеническая значимость изучения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

1.2 Этиологические факторы и их значимость в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

1.3 Классификация язвенной болезни

1.4 Патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

1.5 Роль макро- и микроэлементов в этиопатогенезе язвенной болезни

Глава 2: Объём и методы исследования

2.1 Этапы исследовательской работы

2.2 Материалы исследования

2.3 Методика исследования и порядок проведения работы

Глава 3: Собственные методы исследования

3.1 Изучение особенностей распространения язвенной болезни в городе Канаш

3.2 Гигиеническая характеристика питания и образа жизни населения

3.3 Исследование качества воды в водоисточниках, используемых для питьевых нужд в г. Канаш

Заключение

Вывод

Санитарно-гигиенические рекомендации

Меры профилактики

Приложение

Список используемой литературы

**Введение**

Актуальность проблемы.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 10% населения земного шара. Заболеваемость язвенной болезнью в РФ в 2003 году составила 1268,9 (на 100 тысяч населения). Наибольший показатель зарегистрирован в Приволжском федеральном округе – 1423, 4 на 100 тысяч населения и в Центральном федеральном округе – 1364,9 на 100 тысяч населения. Надо отметить, что за последние пять лет уровень заболеваемости язвенной болезнью существенно не изменился. В России на диспансерном учёте находится около 3 млн таких больных. Согласно отчётам МЗ РФ, в последние годы доля пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью в России возросла с 18 до 26%. Смертность от болезней органов пищеварения, включая язвенную болезнь, в РФ в 2003 г. составила 183,4 на 100 тысяч населения.

По-видимому, современное негативное состояние с язвенной болезнью объясняется недостаточной изученностью причинно-следственных связей этого заболевания с эколого-биогеохимическими факторами среды обитания населения. Существует несколько причин роста заболеваемости язвенной болезнью: 1) улучшение возможностей диагностики, благодаря внедрению новых и комплексных методов исследований; 2) высокий риск злокачественного перерождения язв желудка и двенадцатиперстной кишки; 3) рост числа больных с язвенной болезнью.

Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин (соотношение мужчин и женщин составляет 4:1). В молодом возрасте чаще встречается язва двенадцатиперстной кишки, в старшем возрасте - язва желудка. По данным Г.И. Дорофеева и В.М Успенского, при прочих данных условиях, среди всех больных соотношение локализации язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке равняется 1:7, в том числе по возрастным группам: до 25 лет – 1:3, 25-40 лет – 1:8, 45-58 лет – 1:3, 60 лет и старше 1:2. Актуальность проблемы язвенной болезни определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68% мужчин, 30,9% женщин от числа всех страдающих заболеваниями органов пищеварения. Надо полагать, что в развитии язвенной болезни участвуют с одной стороны какие-то пусковые причинные факторы, с другой – играют роль особенности ответной реакции организма на воздействие этих факторов. Этиология язвенной болезни сложна и находится в определённом сочетании экзогенных и эндогенных факторов. Мы, тем не менее, сосредоточились на изучении эколого-биогеохимических и некоторых эндогенных факторов. Следует заметить, что в последние годы появляются сообщения о неравноценной распространённости этого заболевания в пределах отдельного региона. Многие исследователи обращают внимание на причинно-следственную связь язвенной болезни с условиями жизни населения, с качеством воды, пищи, состоянием чистоты атмосферного воздуха. Несмотря на успехи в диагностике, лечении язвенной болезни, это заболевание продолжает поражать всё более молодое население, не обнаруживая тенденций к стабилизации или снижению показателей заболеваемости.

В связи со спорностью вопросов о связи язвенной болезни с факторами окружающей среды, гигиеническая оценка среды обитания людей в связи с распространённостью язвенной болезни является весьма актуальной.

## Цель исследования.

Изучить причинно-следственную связь язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с эколого-биогеохимическими факторами риска на территории города Канаша ЧР.

Задачи исследования.

1. Изучить распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и структуру заболеваемости в городе Канаш Чувашской республики в целом и по отдельным терапевтическим участкам в период с 2001 по 2005 год.
2. Провести сравнительное социально-гигиеническое исследование условий жизни, качества питьевой воды и характера питания в различных терапевтических участках города Канаша.
3. Выявить связь между уровнем заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и качеством питьевой воды, характером питания и образом жизни населения города Канаша.
4. Выявить связи и закономерности между уровнем заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и микроэлементным составом питьевой воды и пищи, потребляемой населением города Канаша Чувашской республики.
5. Разработать гигиенические рекомендации по профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

## Практическая значимость работы.

Проведенные исследования позволяют разработать скрининговые диагностические и прогностические анкетные таблицы с пороговыми значениями, который позволяет осуществлять первичный донозологический скрининг, а также выявить лиц, угрожаемых по возникновению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и выходу на инвалидность. Использование данных таблиц в различных звеньях здравоохранения позволяет экономить время на проведение массовых осмотров и делать их более целенаправленными.

**Глава 1:Обзор литературы**

* 1. **Распространённость и социально-гигиеническая значимость изучения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушения регулирующих нервных и гуморальных механизмов и расстройств желудочного пищеварения, образуется пептическая язва в желудке или двенадцатиперстной кишке.

Язвенная болезнь развивается в течение жизни у 5-10% людей, примерно у половины из них в течение 5 лет возникает обострение. При массовых профилактических осмотрах населения США язвы и рубцовые изменения стенки желудка, двенадцатиперстной кишки обнаруживались у 10-20% обследованных. У мужчин язвенная болезнь развивается чаще в самом трудоспособном возрасте до 50 лет, а по данным других авторов этой болезнью поражены мужчины в возрасте 18-22 лет. У больных в возрасте 18-22 лет язвенная болезнь с локализацией в желудке встречается в 9,1% случаев, с локализацией в двенадцатиперстной кишке – 90,5% случаев. В основном большинство авторов считает, что язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки преобладает в младших возрастах, а язва желудка встречаются в старших возрастных группах. С увеличением возраста увеличивается число больных язвенной болезнью, а у пожилых больных и особенно у женщин их доминирование было абсолютным. Было установлено, что по мере старения тяжесть течения язвенной болезни возрастает. Так среди оперированных больных старше 44 лет составили 43%, в то время как среди терапевтических больных – только 26%. Язвы двенадцатиперстной кишки преобладали над желудочными в соотношении 3:1, а в молодом возрасте – 10:1. отмечено, что у женщин в возрасте до 45 лет язвенная болезнь протекает значительно легче, чем у мужчин. Большинство авторов считает, что по мере старения увеличивается число больных язвенной болезнью желудка и относительное высокое число больных нуждается в хирургическом лечении, причём, эти изменения резче выражены у женщин, чем у мужчин. В молодом и зрелом язвенная болезнь тяжелее течёт у мужчин, а в среднем и пожилом возрасте – у женщин.

Вероятность развития язвенной болезни связывают с характером профессии, нервно-психическим напряжением и тяжёлыми условиями труда, особенно в суровом резко континентальном климате. У работающих под воздействием вибрации развивается поверхностный гастрит, снижается образование соляной кислоты в желудке, развивается дискинезия желудка. Под воздействием шума, ультразвука и инфразвука угнетается секреторная и моторная функция желудка.

По данным Н.А. Агаджаняна с соавторами распространённость язвенной болезни в разных регионах мира существенно отличается. Наиболее значительна её частота в США и высокоразвитых странах Европы.

Касаясь вопроса о влиянии климата и метеорологических факторов на развитие язвенной болезни, следует заметить, что на территориях с менее комфортными условиями жизни (высокая температура, влажность, сильный мороз и большие перепады температуры) язвенная болезнь наблюдается значительно чаще, чем в зонах с мягким и тёплым климатом.

По ЧР первичная заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составила в 2001 г. – 2,0; 2002г. – 1,8; 2003 г. – 1,7; 2004 г. – 1,7; 2005 г. – 1,6 на 100 тыс. населения.

**1.2 Этиологические факторы и их значимость**

Механизм язвообразования как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке сводится к нарушению взаимодействия между факторами агрессии желудочного сока и защиты (резистентности) слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Предрасполагающими к развитию язвенной болезни моментами будут считаться факторы, обладающие способностью либо усиливать кислотно-пептические свойства желудочного содержимого (повышать секрецию соляной кислоты и пепсина, нарушать моторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки), либо ослаблять устойчивость слизистой оболочки гастродуоденальной области (повреждать защитный слизистый барьер, подавлять процессы регенерации эпителиальных клеток, нарушать кровообращение в слизистой оболочке и т.д.). В ряду таких факторов рассмотрена этиологическая роль алиментарных погрешностей, вредных привычек, лекарственных воздействий, нервно-психических факторов и генетически обусловленных механизмов.

Оценивая значение алиментарных факторов в возникновении язвенной болезни, следует учитывать, что пути реализации их действия могут быть различными. Во-первых, необходимо считаться с прямой травматизацией слизистой оболочки желудка грубой пищей. Во-вторых, длительное употребление грубой пищи способно вести к формированию хронического гастрита, некоторые формы которого могут рассматриваться с позиций предъязвенного состояния. Известно, что приём пищи стимулирует выработку соляной кислоты и пепсина. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки отмечается более высокий выброс соляной кислоты в ответ на стандартную пищу, чем у здоровых. Увеличением секреции желудочного сока объясняется в значительной мере и неблагоприятное действие при язвенной болезни различных специй и пряностей, нередко употребляемых больными в значительном количестве. Отрицательное влияние приправ и специй, кроме того, может быть связано и с их способностью вызывать слущивание поверхностных эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка. К числу алиментарных погрешностей принято относить и злоупотребление кофе. Механизм неблагоприятного действия кофе (как, впрочем, и крепкого чая) связывается с его способностью стимулировать секрецию соляной кислоты. Кроме того, кофе способствует освобождению гастрина, являющегося одним из самых мощных стимуляторов желудочного кислотовыделения.

К числу вредных привычек, способствующих развитию язвенной болезни, относятся курение и злоупотребление алкоголем. Основная часть больных язвенной болезнью относится к числу курящих лиц. Практически все больные с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки (96%) принадлежат к числу курильщиков, у которых, таким образом, определяются и более высокие показатели смертности. Ряд исследователей подчёркивают неблагоприятное воздействие курения на заживление гастродуоденальных язв. Показано, что курение способствует увеличению выработки соляной кислоты в желудке. При этом длительное курение ведёт к гиперплазии обкладочных клеток слизистой оболочки желудка, которая сопровождается выраженной и стойкой их гиперфункцией. У курящих людей отмечается высокий уровень пепсиногена-I в сыворотке крови, что может вызывать усиление протеолитической активности желудочного сока. Повышенное содержание пепсиногена-I у курящих лиц обусловлено «трофическим» действием никотина на пепсинпродуцирующие клетки слизистой оболочки желудка. Курение вызывает также разнообразные нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, способствуя ускорению эвакуации пищи из желудка с последующей ацидификацией содержимого луковицы двенадцатиперстной кишки, снижению давления в пилорическом сфинктере, усилению дуоденогастрального рефлюкса желчи.

Большое внимание следует уделить возможной неблагоприятной роли алкоголя в происхождении язвенной болезни. Влияние алкоголя на секреторную и моторную функции желудка зависит в немалой степени от его концентрации. Кроме того, показано, что диспепсические расстройства (тошнота, рвота), возникающие после приёма алкоголя, могут объясняться не только секреторными или моторными нарушениями желудка, ни и гепатотоксичными свойствами сивушных масел, содержащихся в водочных изделиях. Механизм острых повреждений связан со способностью алкоголя нарушать защитный барьер слизистой оболочки желудка, что приводит к повышению обратной диффузии водородных ионов и увеличенной потере белка. Приём алкоголя сопровождается также слущиванием поверхностных эпителиальных клеток с последующим уменьшением выработки желудочной слизи.

Не подлежит сомнению возможность неблагоприятного действия многих лекарственных средств (ацетилсалициловой кислоты, индометацина, глюкокортикоидов, резерпина и др.) на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, которое всё же чаще проявляется развитием не язвенной болезни, а эрозивных поражений слизистой оболочки. Нередко эти эрозии проявляются скрытыми или явными кровотечениями. Согласно исследованиям, 10% всех желудочно-кишечных кровотечений обусловлены приёмом ацетилсалициловой кислоты, причём даже однократный приём 2 таблеток способствует появлению петехиальных геморрагий в слизистой оболочке желудка, сохраняющихся в течение суток. Представленные данные указывают на потенциальную роль в возникновении язвенной болезни определённых медикаментозных препаратов, особенно при их воздействии в сочетании с другими этиологическими факторами. Значительно чаще они способствуют всё-таки обострению и рецидивированию ранее существовавшего заболевания. Способы реализации ульцерогенного действия указанных медикаментозных лекарственных средств могут быть различными. Одним из таких механизмов является усиление кислотно-пептической агрессии желудочного сока (резерпин), причём у некоторых препаратов (глюкокортикоиды) этот эффект может быть вторичным, опосредованным гиперплазией G-клеток слизистой оболочки желудка последующим увеличением выработки гастрина. Далее, при действии определённых лекарственных средств (глюкокортикоиды, резерпин) мобилизуется ряд биологически активных веществ (гистамин, серотонин, катехоламины, некоторые ферменты), приводящих к гиперсекреции соляной кислоты и разнообразным трофическим нарушениям. Более выраженным оказывается влияние медикаментозных препаратов на состояние защитного барьера слизистой оболочки желудка. Многие из них (ацетилсалициловая кислота, индометацин, глюкокортикоиды) подавляют выработку слизи в желудке, и нарушают её качественный состав, снижая тем самым резистентность слизистой оболочки к действию желудочного сока. Кроме того, ацетилсалициловая кислота вызывает десквамацию поверхностного эпителия и растворяет липиды защитного барьера слизистой оболочки желудка, снижает в ней активную секрецию бикарбонатов и нарушает её проницаемость, способствуя обратной диффузии водородных ионов из просвета желудка в слизистую оболочку, что в конечном итоге может способствовать язвообразованию.

Клинические наблюдения свидетельствуют о несомненной роли отрицательных эмоций в происхождении язвенной болезни и её неблагоприятном течении. Отрицательные эмоции вызывают в организме человека появление защитных реакций, которые осуществляются через гипофизарно-надпочечниковую систему и проходят в своём развитии несколько стадий: тревоги, резистентности, истощения. Указанные защитные реакции носят приспособительный характер и включаются в так называемый общий адаптационный синдром. При чрезмерной силе воздействия неблагоприятных факторов, приводящей к неадекватным ответным реакциям, развивается «болезнь адаптации», проявлением которой могут считаться и гастродуоденальные язвы.

Среди генетически обусловленных факторов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки существенное место отводится групповой специфичности крови, её резус-принадлежности, а также способности организма секретировать антигены системы АВН. Обнаружено, что среди больных с дуоденальной локализацией язв преобладают пациенты с 0(I) группой крови.

В последние годы отечественными и зарубежными исследователями отмечается важнейшая этиологическая роль специфического микробного агента Helicobacter pylori (Hр), наиболее часто обнаруживаемо в антральном отделе желудка. Однако роль этого микроорганизма в этиологии язвенной болезни остаётся спорным. Основное в ульцерогенезе – изменение сигнальных систем, обусловленное НР. Обычно в комплекс сигнальных систем и механизмов включают выделяемые различными клетками эпителия слизистой оболочки цитокины, контактирующие с Нр, наибольшее значение среди которых в настоящее время придаётся интерлейкину-8, изменяющему показатели хемотаксиса, хемокинеза, агрегации и высвобождения лизосомальных ферментов из нейтрофилов.

Этиологические факторы язвенной болезни, как правило, действуют не изолировано, а в тесной взаимосвязи друг с другом. Так, нервно-психическое перенапряжение нередко сочетается с чрезмерным курением и избыточным употреблением кофе; злоупотребление алкоголем почти всегда сопровождается грубыми нарушениями характера питания. При этом наследственная отягощённость во многих случаях представляет собой тот «фон», на котором реализуется неблагоприятное действие других этиологических факторов.

**1.3 Классификация язвенной болезни**

Общепринятой классификации язвенной болезни не существует. Локализация язвы до известной степени определяет клиническое течение патологического процесса. В желудке язвы чаще всего возникают на малой кривизне, реже – в кардиальном отделе. В двенадцатиперстной кишке они обычно локализуются в луковице. Выделяют также привратниковые, постбульбарные или внелуковичные язвы. Возрастные и половые особенности также накладывают свой отпечаток на клинику язвенной болезни, поэтому выделяют ещё юношеские, или ювенильные, язвы, язвы пожилого и старческого возраста, а также язвенную болезнь у женщин.

**1.4 Патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

С современной точки зрения, патогенез язвенной болезни представляется как результат нарушения равновесия между факторами агрессии желудочного сока и защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. К агрессивным факторам относят соляную кислоту, пепсин, нарушение эвакуации их желудка и дуоденогастральный рефлюкс.

Наибольшее значение в механизмах образования гастродуоденальных язв придаётся кислотно-пептическому фактору. В качестве доказательства роли соляной кислоты в ульцерогенезе проводятся следующие данные: практическое отсутствие случаев гастродуоденальных язв с достоверно установленной ахлоргидрией; возникновение язв лишь на участках пищеварительного тракта, контактирующих с активным желудочным соком; хороший лечебный эффект антацидов и средств, блокирующих выделение соляной кислоты; рецидивирование язв после операций только при сохранении желудочного кислотовыделения. Другим компонентом кислотно-пептического фактора, кроме соляной кислоты, является протеолитический фермент – пепсин. По мнению ряда авторов, язвообразование связано с пептическим перевариванием, а соляной кислоте отводится роль регулятора ферментативной активности. Однако остаётся неопровергнутым мнение, согласно которому пепсин, хотя и относится к непременным факторам язвообразования, сам по себе не наделён коррозивной способностью. Также полагают, что пепсин не является первично повреждающим агентом, а оказывает своё действие на предварительно повреждённую соляной кислотой слизистую оболочку.

В механизме язвообразования, помимо агрессивности среды, существенную роль играет длительность контакта кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой того или иного отдела гастродуоденальной области. Если происходит длительная задержка содержимого в желудке, создаются условия для развития язв желудка. Дуоденогастральному рефлюксу, возникающему вследствие дискоординации моторной функции двенадцатиперстной кишки и желудка на фоне слабости привратника, придаётся определённое значение в механизмах развития язв желудка. При дуоденогастральном рефлюксе в желудок поступают желчные кислоты и лизолецитин. Под их воздействием нарушается барьерная функция слизистой оболочки, усиливается обратная диффузия ионов водорода, что приводит к локальному тканевому ацидозу и некрозу ткани с образованием язвенного дефекта.

Формирование язв желудка связывают также с тем, что НР может выделять протеазу и цитотоксины, повреждать поверхностный эпителий и, разрушая слизистый барьер, создавать условия для протеолиза стенки желудка. Активное воспаление антрального отдела приводит к усилению моторной функции желудка и сбросу кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. Гиперпродукция HCL связывается с уреазной активностью Нр. Уреаза расщепляет мочевину с образованием аммиака, аммиак стимулирует G-клетки, продуцирующие гастрин, который в свою очередь приводит к гиперсекреции HCL. «Закисление» двенадцатиперстной кишки сопровождается появлением в ней островков желудочной метаплазии. В островках метаплазии могут колонизироваться Нр, развивается активное воспаление, как ив желудке; в двенадцатиперстной кишке эти участки быстро подвергаются разрушению и образуются язвы.

Выдвинутая ещё Р. Вирховым в 1853 году сосудистая теория патогенеза язвенной болезни не потеряла своей актуальности. Как доказательство важной роли сосудистого компонента в развитии гастродуоденальных язв приводятся следующие факты: 1) изменения кровеносных сосудов в зоне язвы (склеротические поражения терминальных артериол и их облитерация, расширение вен и капилляров, расстройство микроциркуляции); 2) частота развития язвенной болезни у лиц с выраженным стенозом чревного ствола и со специфическими изменениями сосудов подслизистого слоя, характерными для гипертонической болезни и сахарного диабета, во много раз превосходит стандартизованные показатели заболеваемости язвенной болезнью; 3) результаты экспериментальных исследований, показывающие, что ишемия оказывает существенное влияние на состояние защитного слизистого барьера; 4) хороший эффект гипербарической оксигенации при лечении язвенной болезни.

Оценка роли нейроэндокринных нарушений в патогенезе язвенной болезни противоречива. В.М.Успенский (1982) придаёт большое значение изменению соотношения гормонпродуцирующих клеток желудка и двенадцатиперстной кишки в формировании язвенной болезни. Однако многие исследователи не находят при язвенной болезни каких-либо отчётливых нарушений со стороны таких важных регуляторных гастроинтестинальных гормонов, как гастрин, секретин, соматостатин.

Таким образом, для возникновения язвенной болезни необходимо суммирование ряда этиологических факторов и включение в определённой последовательности сложной и многокомпонентной системы патогенетических звеньев, что в конечном итоге приводит к образованию язв в гастродуоденальной зоне.

**1.5 Роль макро- и микроэлементов в этиопатогенезе язвенной болезни**

Имеются данные о благоприятном действии кобальта для лечения язвенной болезни. Как утверждают авторы внутримышечное введение этого препарата способствует улучшению общего состояния больных, другие авторы сообщают о том, что кобальт усиливает желудочную секрецию. О положительном действии брома у людей с язвенной болезнью сообщали многие клиницисты. Имеются сведения также о том, что у больных язвенной болезнью в крови о слюне уровень селена резко снижен, тогда как в желудочном соке его содержание в два раза выше, чем у здоровых. При обострении отмечено увеличение кальция в желудочном соке на фоне сниженного уровня магния, а содержание цинка в крови и слюне резко снижалось, в то время как содержание железа по сравнению со здоровыми – повышалось. Авторами была установлена зависимость содержания микроэлементов в боисредах от фаз заболевания.

**Глава 2: Объём и методы исследования**

## 

## 2.1 Этапы исследовательской работы

Для того чтобы выяснить распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на территории города Канаша провели следующее исследование. Работа осуществлялась по методу указанного комплексного изучения причинно-следственных связей хронических неинфекционных заболеваний города Москвы (1989 г.), удостоверенных Научным советом РАМН.

В соответствии с этими указаниями выполнена поэтапная работа:

Первый этап – установление частоты заболеваемости населения на территории города Канаша ЧР.

Второй этап – эколого-биогеохимическое районирование территориальных участков. Отобраны для дальнейших исследований участки в опытной территории со сверхвысокими показателями заболеваемости, и в контрольной - со сверхнизкими.

Третий этап – гигиеническая характеристика питания, образа жизни и источников водоснабжения.

Четвертый этап – физиолого-гигиеническое изучение реакций (биохимических, гормональных и микробиологических) у практически здоровых жителей на опытной контрольной территории.

Пятый этап – системный анализ причинно-следственных связей язвенной болезни с эндогенными и экзогенными факторами риска.

Шестой этап – изучение главного «пускового» причинного фактора в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Седьмой этап – разработка рекомендаций по первичной профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**2.2 Материалы исследования:**

1. Талоны амбулаторных пациентов
2. Амбулаторные карты больных
3. Журналы диспансерного наблюдения
4. Контрольные карты диспансерного наблюдения
5. Истории болезни
6. Карты выбывшего из стационара пациента
7. Врачебные свидетельства о смерти
8. Данные медицинского архива
9. Данные численности населения территориальных участков
10. Данные службы РЭС по качеству воды в источниках, используемых для питьевых нужд населением и составу почв

11) Анкетные данные на конкретных больных

## 

## 2.3 Методика исследования и порядок проведенной работы

1. В организационно-методическом кабинете Канашской городской больницы были отобраны статистические талоны по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки за 5 лет (2001-2005 г.г.) по 17 терапевтическим участкам.
2. По каждому статистическому талону определяется класс, подрубрика, рубрика нозологической формы с составлением таблицы.
3. По паспортам участков, журналам диспансерного наблюдения и картам диспансерного наблюдения (у.ф. №30), по амбулаторным картам, на каждый случай заболевания заполнялись карточки с указанием Ф.И.О., года рождения, пола, адреса, места работы, даты взятия на учет, основного диагноза, осложнений, сопутствующих диагнозов.
4. Далее эти данные были занесены в таблицы распределения случаев первичной заболеваемости по терапевтическим участкам, возрасту, полу (годам).
5. Используя данные по возрастно-половому составу населения в каждом терапевтическом участке города, рассчитываются интенсивные показатели (И.П.) первичной заболеваемости по годам и по городу в целом по формуле:

И.П.= (явление (число вновь зарегистрированных заболеваний в данном году) / (среда (средняя численность населения)) \* 1000%.

1. Заполняем таблицу сводных данных первичной заболеваемости по терапевтическим участкам, полу, по годам (таблица 3.1).

Далее проведена группировка показателей первичной заболеваемости.

Порядок выполнения работы:

Суммируются годовые показатели по каждому терапевтическому участку.

Мср. = (И.П.2001 + И.П.2002 + И.П.2003 + И.П.2004 + И.П.2005) / 5

Мср. = (2,7 + 1,1 + 2,0 + 1,8 + 1,7)/5 = 1,86

За основу группировки необходимо взять min и max показатели. Разница между min и max показателями является средневзвешенной (С). Необходимо определить границы показателей по пяти группам. Границы должны быть равновесными: сверхвысокие, выше средней, среднерайонные, ниже средних, сверхнизкие показатели.

III группа - является исходной для расчетов, она среднерайонная с разницей между max и min показателями.

II группа - выше средней, необходимо рассчитать границы, исходя из max показателя с прибавлением 0,01 (max + 0,01). К полученной величине следует прибавить средневзвешенную (С).

Расчет проводится по формуле: Рв/с = (max + 0,01) + С

I группа – Рс/в = (Рв/с + 0,01) + С

IV группа - ниже средних Рн/с = (min - 0,01) – С

V группа - сверхнизкие Рс/н =( Рн/с - 0,01) - С.

Расчет: С = 2,7 – 1,1 = 1,6

III группа = 2,7 – 1,1 = 1,6

II группа = (2,7 + 0,01) + 1,6 = 4,31

I группа = (4,31 + 0,01) + 1,6 = 5,92

IV группа = (1,1 – 0,01) – 1,6 = -0,49

V группа = (-0,49 – 0,01) – 1,6 = -2,1

Оформляем таблицу равновесных групп по показателям первичной заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки города Канаша ЧР (таблица 3.3).

**Глава 3: Собственные методы исследования.**

**3.1 Изучение особенностей распространения язвенной болезни в городе Канаш.**

Изучение особенностей распространения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осуществлено по данным первичной заболеваемости, полу, годам. Результаты исследования приведены в таблице 3.1, приложение 3, 4, 5, 6, 7. рис 3.1, 3.2.

Таблица3.1

Сводные данные первичной заболеваемости по участкам города Канаш за 2001 -2005 года.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Территориальные участки | 2001 г. | | | 2002 г. | | | 2003 г. | | | 2004 г. | | | 2005 г. | | | Всего | |
| м  у  ж | ж  е  н | оба  пола | м  у  ж | ж  е  н | оба пола | м  у  ж | ж  е  н | оба  пола | м  у  ж | ж  е  н | оба  пола | м  у  ж | ж  е  н | оба  пола | м  у  ж | ж  е  н |
| I | 3 | 2 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | - | 3 | 1 | 1 | 2 | 11 | 7 |
| II | 15 | 3 | 18 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 26 | 6 |
| III | - | - | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | - | 2 | 3 | 1 | 4 | 11 | 3 |
| IV | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | 5 | 8 | 5 |
| V | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 12 | 7 |
| VI | 3 | 1 | 4 | 2 | - | 2 | 5 | 3 | 8 | 3 | 2 | 5 | 2 | - | 2 | 15 | 6 |
| VII | 3 | 3 | 6 | 2 | 1 | 3 | - | 1 | 1 | 3 | 1 | - | 3 | 1 | 4 | 11 | 4 |
| VIII | 1 | 1 | 2 | 1 | - | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 7 | 8 |
| IX | 13 | 4 | 17 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | - | 3 | 22 | 8 |
| X | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 5 | 4 | 9 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 | 3 | 12 | 9 |
| XI | 3 | 2 | 6 | 2 | 1 | 3 | 6 | 1 | 7 | 3 | 1 | 4 | 5 | 2 | 7 | 19 | 7 |
| XII | 3 | 4 | 6 | 1 | - | 1 | - | - | - | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 5 | 8 | 7 |
| XIII | 2 | 1 | 3 | 3 | - | 3 | 4 | 2 | 6 | 5 | - | 5 | 1 | - | 1 | 15 | 4 |
| XIV | 4 | 2 | 6 | - | 2 | 2 | 3 | - | 3 | 3 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 11 | 8 |
| XV | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 4 | - | 4 | 6 | 2 | 8 | 19 | 8 |
| XVI | 5 | 3 | 8 | - | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 13 | 9 |
| XVII | 5 | 2 | 7 | 1 | - | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 4 | 2 | 6 | 15 | 6 |
| Всего | 69 | 33 | 102 | 29 | 13 | 42 | 45 | 23 | 69 | 40 | 24 | 63 | 47 | 22 | 70 | 237 | 113 |



Рис. 3.1 Динамика впервые выявленных случаев язвенной болезни среди мужчин и женщин по г. Канаш за период 2001-2005 гг.



Рис. 3.2 Динамика впервые выявленных случаев язвенной болезни среди населения г. Канаш за период 2001-2005гг.

Из таблицы 3.1 и рис. 3.1-3.2 видно, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается преимущественно у мужчин. Преобладание мужчин особенно ярко выражено в младших возрастных группах, а в старших начинает сглаживаться. Основной процент заболеваемости попадает на возраст 30-39, 40-49 лет – по 29%; 50-59 лет – 18%; 20-29 лет – 16%; старше 60 лет – 6%.

Расчёт сводных показателей первичной заболеваемости (таблица 3.2) проводится по 17 терапевтическим участкам.

Таблица 3.2

Сводные данные первичной заболеваемости по участкам г. Канаш за 2001-2005 гг.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Территориальные  участки | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Min  показатели | Max  показатели | М  среднее |
| I | 1,8 | 1,8 | 2,7 | 0,9 | 0,4 | 0,4 | 2,7 | 1,5 |
| II | 6,1 | 1,3 | 2,6 | 0,8 | 1,3 | 0,8 | 6,1 | 2,4 |
| III | - | 1,8 | 0,9 | 0,5 | 1,8 | 0,5 | 1,8 | 1,0 |
| IV | 1,1 | 1,0 | 1,1 | 2,1 | 2,1 | 1,0 | 2,1 | 1,4 |
| V | 2,1 | 1,6 | 1,1 | 2,6 | 3,2 | 1,1 | 3,2 | 2,1 |
| VI | 2,3 | 1,9 | 4,7 | 0,9 | 1,3 | 0,9 | 4,7 | 2,2 |
| VII | 1,4 | 0,2 | - | 0,5 | 1,4 | 0,2 | 1,4 | 0,7 |
| VIII | 1,3 | 0,4 | 2,2 | 1,3 | 2,2 | 0,4 | 2,2 | 1,4 |
| IX | 6,2 | 1,5 | 0,8 | 1,5 | 1,1 | 0,8 | 6,2 | 2,2 |
| X | 1,4 | 0,4 | 4,9 | 1,0 | 0,9 | 0,4 | 4,9 | 1,7 |
| XI | 2,8 | 0,9 | 3,3 | 1,9 | 3,8 | 0,9 | 3,3 | 2,5 |
| XII | 2,5 | 0,8 | - | 1,2 | 2,1 | 0,8 | 2,5 | 1,3 |
| XIII | 0,9 | 1,8 | 3,4 | 1,8 | - | 0,9 | 3,4 | 1,5 |
| XIV | 2,2 | 0,4 | 1,3 | 2,7 | 1,8 | 0,4 | 2,7 | 1,6 |
| XV | 2,9 | 3,7 | 3,7 | 2,9 | 7,4 | 2,9 | 7,4 | 4,1 |
| XVI | 5,2 | 1,4 | 0,8 | 2,8 | 3,3 | 0,8 | 5,2 | 2,7 |
| XVII | 2,9 | 0,8 | 0,9 | 2,9 | 1.3 | 0,9 | 2,9 | 2,0 |
| Интенсивный показатель по городу | 2,7 | 1,1 | 2,0 | 1,8 | 1,7 | 1,1 | 2,7 | 1,86 |

Из таблицы 3.2 видно, что наибольшие интенсивные показатели зарегистрированы в 2001 году – 97 случаев (И.П. = 2,7%). Основная причина – социально-экономические условия.

Таблица 3.3

Таблица равновесных групп по показателям первичной заболеваемости

|  |  |
| --- | --- |
| Границы равновесных групп по показателям первичной заболеваемости | Терапевтические участки по городу Канашу |
| 1. Сверхвысокие (опыт) | XV |
| 2. Выше средних | XVI |
| 3. Среднерайонные | I, II, IV, V, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVII. |
| 4. Ниже средних (контроль) | III, IV. |
| 5. Сверхнизкие | \_\_\_\_ |

Анализируя данные таблицы 3.3, наибольшая заболеваемость зарегистрирована на XV терапевтическом участке (количество обслуживаемого населения – 1339 человек). Данный участок является опытным. Самая низкая заболеваемость отмечена на III и VII терапевтических участках. Данные участки контрольные.

**3.2 Гигиеническая характеристика питания и образа жизни населения.**

Для изучения социально-гигиенических условий жизни и характера питания населения в городе Канаш, были исследованы (опрошены) 20 семей в опытных и 20 семей в контрольных населённых пунктах. Обследуемым было предложено ответить на вопросы анкеты (приложения №1, приложения №2).

Наибольшая заболеваемость зарегистрирована на XV терапевтическом участке (количество обследуемого населения – 1339 человек). Высокую заболеваемость (интенсивный показатель за 5 лет = 4.1) можно объяснить тем, что основная масса обследуемого населения – общество слепых, где отмечается высокий процент злоупотребления алкоголем; из-за низкой материальной обеспеченности страдает режим и полноценность питания; основная масса населения с ограниченным интеллектом.

Самые низкие интенсивные показатели за пять лет – 0,7 на VII терапевтическом участке, где численность населения 3400 человек. Эту цифру можно объяснить низким процентом выявляемости заболевания, так как на протяжении пяти лет на данном участке не было постоянного участкового врача. На остальных участках показатели заболеваемости на уровне среднегородских и чуть выше.

При изучении питания некоторых семей в городе Канаш было установлено, что в перечень наиболее распространённых продуктов питания входят преимущественно углеводные продукты (хлебобулочные изделия, картофель, макароны, крупы). Овощи и фрукты употребляются в основном осенью, а зимой и весной в консервированном виде. В пищевом рационе обследуемых было отмечено уменьшение содержания белков, жиров, витаминов.

Установлено, что калорийность рационов не соответствует гигиеническим рекомендациям. Большая часть калорийности приходится на вечернее время, режим питания во многих семьях не соблюдается, диеты придерживаются единицы.

Приведём несколько примеров по режиму и характеру питания в некоторых обследуемых семьях.

Начало обследования – 12.07. 2006г.

Окончание обследования – 24.07.2006 г.

Карта №1 для изучения питания семьи:

Ф.И.О. Фёдоров Николай Петрович, 1962 г.р., предприниматель.

Национальность – чуваш

Адрес – г. Канаш, ул. Полевая, 1 – 6.

Сведения о составе семьи:

жена – Фёдорова Г.И., 1964 г.р., предприниматель.

сын – Фёдоров А.Н., 1985 г.р., студент.

Семья живёт в данном пункте с 1985 года. Сбор урожая на приусадебном участке по отдельным сельскохозяйственным культурам в 2004 году: картофель, капуста, лук, морковь, огурцы, помидоры, свекла, зелень. Семья материально обеспеченная. Вся семья занимается частным предпринимательством. Работа разъездная, отсюда страдает режим питания. В среднем 3-х, 4-хразовое питание. Диета соблюдается при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, с исключением из рациона острой, жареной. Грубой пищи.

Карта №2.

Ф.И.О. Петров Иван Михайлович, 1956 г.р., рабочий.

Национальность – чуваш

Адрес – г. Канаш, ул. Железнодорожная, 15 – 8.

Сведения о составе семьи:

жена – Петрова Т.Н., 1965 г.р., учитель,

дочь – Петрова О.И., 1984 г.р., студентка,

сын – Петров О.И., 1986 г.р., студент.

Семья живёт в данном населённом пункте с 1982 года. Сбор урожая на приусадебном участке по отдельным сельскохозяйственным культурам в 2004 году: картофель, морковь, лук, капуста, огурцы, помидоры. Петров И.М. страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Режима питания придерживается: трёх-, пятиразовое питание. Диету не соблюдает.

Карта №3.

Ф.И.О. Афанасьева М.Г., 1964 г.р, рабочая.

Национальность – русская

Адрес – г. Канаш, ул. Пушкина, 17 -3.

Сведения о составе семьи:

мать – Михайлова Е.В., 1942 г.р., пенсионерка.

Семья живёт в данном населённом пункте с 1981 года. Режим питания не соблюдает из-за специфики работы, диету не соблюдает. В рационе – мясо, рыба, овощи и т.д.

**3.3 Исследование качества воды в водоисточниках, используемых для питьевых нужд в городе Канаш**

Основным источником водоснабжения в городе Канаше являются артезианские колодцы. Существует две системы водоснабжения: централизованная (любая система водоснабжения, имеющая систему трубонасос, поддерживающих воду) и децентрализованная (водозабор осуществляется при помощи вёдер).

Государственный документ, на основе которого осуществляется контроль водоснабжения, называется Сан-Пин 2.1.4.1074-01. Этот документ разработан на основании Федерального закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: на основании законодательства РФ об охране здоровья граждан, на основании положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании. Эти санитарные правила предназначены для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, деятельность которых связана с проектированием, строительством систем водоснабжения и обеспечением населения питьевой водой.

Гигиенические требования воды:

1. Питьевая вода должна быть безопасна в эпидемиологическом и радиационном отношении, безвредна по химическому составу и должна иметь благоприятные органолептические свойства.
2. Качество питьевой воды должно соответствовать гигиеническим нормативам перед её поступлением в распределительную сеть.
3. Безопасность питьевой воды в эпидемиологическом отношении определяется её соответствиям нормативам по микробиологическим и паразитологическим показателям.

Таблица 3.5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Единицы измерения | Нормативы |
| 1. Толерантные коли-формные бактерии | число бактерий в 100 мл воды | отсутствие |
| 2. Общие коли-формные бактерии | число бактерий в 100 мл воды | отсутствие |
| 3. Общее микробное число (ОМЧ) | число образующих колоний бактерий в 1 мл | не более 50 |
| 4. Коли-фаги | число бляшкообразующих единиц в 100 мл воды | отсутствие |
| 5. Споры сульфидредуцирующих клостридий | число спор в 20 мл воды | отсутствие |
| 6. Цисты лямблий | число цист в 50 л воды | отсутствие |

Обязательно трёхкратное исследование, по 100 мл отобранной пробы воды. При исследовании микробных показателей качества питьевой воды в каждой робе, проводится обязательное исследование коли-фагов и термотолерантных бактерий. Исследование питьевой воды на наличие патогенных микроорганизмов можно проводить только в лабораториях, имеющих лицензию на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний.

Вода в артезианских колодцах обладает умеренной жёсткостью (8,8 мг/моль куб. дм.) и средней минерализацией (табл. 3.6, 3.7, 3.8), не превышающей пределы ГОСТа. Норма жёсткости питьевой воды – 7 мг/моль куб.дм. Если вода не проходит обработки, то допускается жёсткость 10 мг/моль куб.дм.

В центральных районах города часты проблемы с водоснабжением, его отсутствие в дневные и ночные часы. Из-за этих проблем определённая часть населения пользуется для питьевых целей водой после суточного отстоя. Вода после отстоя даёт значительный осадок.

Предположительно, водный фактор по городу Канаш играет незначительную роль в возникновении язвенной болезни, но длительное употребление подобной воды обязательно отражается на физиологических функциях человека, вызывая гастродуоденальную дисфункцию.

Таблица 3.6

Количественный химический анализ воды за 2003 г., мг/л

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Химическое вещество | Фактически | Допустимо |
| А | 1 | 2 |
| Мышьяк | 0,01 | 0,05 |
| Нефтепровод | 0,05 | 0,1 |
| ПАВ, анионактив | <0,025 | 0,5 |
| Бор | 0,07 | 0,5 |
| Селен | 0,0001 | 0,01 |
| Цианиды | <0,05 | 0,035 |
| Никель | 0,005 | 0,1 |
| Кадмий | <0,001 | 0,001 |
| Хром | 0,003 | 0,001 |
| Стронций | 1,12 | 7,00 |
| Ртуть | 0,0001 | 0,0005 |

Таблица 3.7

Показатели качества воды подземного источника по г. Канаш за 2000-2004гг.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Санитарно-химические показатели | По коммунальному водопроводу | По ведомственному водопроводу |
| Вкус | 5 | 1 |
| Цветность | \_\_ | 5 |
| Запах | \_\_ | \_\_ |
| Мутность | \_\_ | \_\_ |
| Железо (мг/л) | 0,28 | 0,98 |
| Марганец (мг/л) | \_\_ | 0,03 |
| Медь (мг/л) | \_\_ | 0,42 |
| Нитраты (мг/л) | 8,0 | 0,1 |
| Аммиак (мг/л) | 0,072 | 1,57 |
| Нитриты (мг/л) | 0.058 | 0,03 |
| Общая жёсткость | 8,8 | 8,6 |
| Сухой остаток | 132 | 861 |
| Фтор (мг/л) | \_\_ | 1,22 |
| Хлориды (мг/л) | 54 | 64 |
| Сульфаты (мг/л) | 86 | 196 |
| Цинк (мг/л) | \_\_ | 0,79 |
| Молибден (мг/л) | \_\_ | 0,18 |

Таблица 3.8

Показатели качества водопроводной воды за 2002 год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели качества воды по Сан-Пин 2.1.4.1074-01 | По коммунальному водопроводу | По ведомственному водопроводу |
| А | 1 |  |
| Санитарно-химические показатели из них: |  |  |
| Вкус | \_\_ | 1 |
| Цветность | \_\_ | 5 |
| Запах | \_\_ | 1 |
| Мутность | \_\_ | \_\_ |
| Аммиак (мг/л) | 0,67 | 0,70 |
| Нитраты (мг/л) | 0,97 | 14,1 |
| Нитриты (мг/л) | 0,16 | 0,1 |
| Фтор | есть | есть |
| Железо (мг/л) | 0,27 | 0,30 |
| Общая жёсткость | 9,7 | 9,9 |
| Хлориды | \_\_ | 32 |

Прикубниноцивильский субрегион занимает 1/3 территории республики в центральной и восточной её части. В этот субрегион входит город Канаш. Почвообразующие горные породы представленные аллювиальными, татарскими и частично меловыми отложениями, обогащёнными Ca, Na, CL и S. Большая часть территории субрегиона является степной с отдельными островками широколиственных лесов. Наиболее распространены здесь серые лесные почвы. В юго-восточной части на небольшой площади серые лесные почвы переходят в черноземные. Здесь во всех звеньях биогеохимической пищевой цепи отмечается умеренный недостаток йода, кобальта, цинка, меди, молибдена, бора, марганца, благоприятное соотношение микроэлементов к йоду и кремнию. Отмеченные особенности Прикубниноцивильского субрегиона биосферы способствуют нормальной регуляции обменных процессов в организмах животных и людей, поддерживают нейрогуморальные, гормональные и почечные механизмы регуляции гомеостаза в пределах минимальных границ физиологических норм и позволяют считать данный субрегион биосферы контрольным для проведения сравнительных биогеохимических исследований при поиске причин развития эндемических заболеваний человека и животных. Следует заметить, что умеренный недостаток атомовитов в биогеохимической пищевой цепи в рассматриваемом субрегионе биосферы может способствовать снижению иммунобиологической реактивности организмов.

Здесь преобладают естественные экзогенные и эндогенные атомовитозы в виде сниженного количества Т-лимфоцитов в крови, гипокальцийемии, гипокалийемии, гипонатрийемии и гипотироксинемии.

Совокупность данных, характеризующих зону эколого-биогеохимического риска, поддерживает высокую заболеваемость острыми и хроническими вялотекущими воспалительными заболеваниями.

Сопряжённые, совокупные данные по исследованным нами показателям дают основания полагать, что в различных эколого-биогеохимических зонах проживания населения формируются неодинаковые предпатологические механизмы – атомовитозы, запускающие процесс «здоровье-болезнь». Так, в зонах эколого-биогеохимического риска и кризиса (город Канаш) эти механизмы можно отнести к реакциям гипоадаптоза, которые объективно регистрируются сниженными параметрами клеточного и гуморального иммунитета, обсеменённостью большинства населения Helicobacter pylori.

**Заключение**

Вывод:

1. Язвенная болезнь имеет выраженную тенденцию роста среди всего населения города Канаш. Установлена чёткая эколого-боигеохимическая зональность язвенной болезни, выражающаяся в высокой степени напряжённости показателей заболеваемости среди населения города Канаш. За 2000-2005 гг. зарегистрировано 356 случаев гастродуоденальной язвы, что составляет 0,9% населения или каждый 9-ый человек.
2. Химический состав питьевых вод, употребляемых населением города Канаш (содержание фтора, марганца, стронция, хлоридов, сульфатов и сухого остатка) следует считать благоприятным.
3. Питание населения, постоянно проживающего в городе Канаш в опытном и контрольных участках не отличается по режиму и сбалансированности состава пищи. В суточных водно-пищевых рационах обнаружен избыток углеводов, белков и жиров животного происхождения. Исследования микроэлементного состава суточных водно-пищевых рационов населения из опытного и контрольного участках обнаружено, что содержание цинка, железа, меди и марганца в сравниваемых рационах полностью соответствует гигиеническим нормативам.

Санитарно-гигиенические рекомендации:

В результате санитарно-гигиенических исследований, научного анализа полученных данных по характеристике природных сред и здоровья населения города Канаш с выявлением причинно-следственной зависимости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с неблагоприятными факторами воздействия разработаны и обоснованы санитарно-гигиенические рекомендации по улучшению санитарно-гигиенической обстановки мер по укреплению здоровья:

1. Органам и учреждениям практического здравоохранения при оценке неблагоприятных факторов воздействия и форм ответноё реакции в системе социально-гигиенического мониторинга целесообразно учитывать содержание микроэлементов в компонентах природных сред, а также раннее выявление, диагностирование и предупреждение язвенной болезни среди населения.

2. Главным врачам города при анализе состояния здоровья населения учитывать выявленную причинно-следственную зависимость частоты язвенной болезни и химического состава питьевой воды.

3. Администрации города Канаш повысить материально-социальный уровень населения, а также оказать повышенное внимание многодетным и малообеспеченным семьям.

4. Шире использовать основные положения, рассмотренные в дипломной работе в высших и средних учебных заведениях лечебного профиля.

Меры профилактики.

Проблема профилактики язвенной болезни должны рассматриваться в двух направлениях: предотвращение развития этого заболевания и, если заболевание всё же возникло, диагноз установлен и проведено лечение, осуществление мероприятий по предупреждению обострений болезни, осложнений и вообще неблагоприятного течения. Конечной целью профилактических мероприятий должно быть излечение больного, что во многих случаях возможно при достаточной настойчивости и последовательности действий врача и полном взаимопонимании с ним пациента.

Вопросы первичной профилактики язвенной болезни не должны рассматриваться в отрыве от профилактики других заболеваний, поскольку в возникновении и прогрессировании многих болезней ряд распространённых и предрасполагающих или патогенных факторов являются общими. Это нервные стрессы, беспорядочный образ жизни и питания, вредные привычки (курение, употребление алкогольных напитков).

Особое внимание должно быть уделено той группе населения, в которой заметно выше факторы риска заболеваемости данной патологией (наследственная предрасположенность; характер трудовой деятельности, не позволяющий соблюдать чёткий режим питания, например у водителей автотранспорта, особенно участвующих в дальних рейсах; виды работ, связанных с частыми и длительными командировками, стрессовыми ситуациями, такими как экзаменационная сессия, защита диссертации и т. д.). Наиболее неблагоприятно действие нескольких факторов.

При установленном диагнозе язвенной болезни (первично выявленной или рецидива) профилактика дальнейшего прогрессирования этого заболевания, неблагоприятных исходов и пути его излечения заключаются в: 1) эффективном стационарном (или амбулаторном) лечении больного вплоть до рубцевания язвенного дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки; 2) проведении последующего курса поддерживающего лечения, закрепляющего полученный эффект; 3) диспансеризация больных. Эти три этапа лечебно-профилактических мероприятий обеспечивают возможность излечения язвенной болезни.

Задачи диспансеризации: 1) предотвращение дальнейших рецидивов болезни; 2) предупреждение возможных осложнений (а при их возникновении – своевременное выявление и лечение); 3) полное излечение больного от заболевания (что практически оценивается как отсутствие рецидивов и каких-либо проявлений болезни на протяжении не менее 5 лет)

Понятие диспансеризации включает в себя комплекс мероприятий, предусматривающих: 1) систематический контроль за состояние здоровья пациентов; 2) активную пропаганду здорового образа жизни; 3) при показаниях – проведение лечебно-оздоровительных мероприятий, включая стационарное, амбулаторное и санаторно-курортное лечение, использование с этой целью профилакториев и т.д.; 4) выявление причин возникновения болезни, а также факторов, способствующих их дальнейшему развитию, и устранение их.

В настоящее время оптимальным считается, что больных с первично выявленной язвенной болезнью, а также с рецидивом предпочтительнее лечить в терапевтическом стационаре, а в более сложных случаях – в специализированных гастроэнтерологических отделениях больниц.

На первом этапе лечения формируются две основные группы больных: с хорошими и недостаточными непосредственными результатами терапии. Выделение этих групп больных обусловливается необходимостью разного подхода к планированию дальнейших лечебно-профилактических мероприятий.

Для проведения второго этапа реабилитации больных всё чаще стали использоваться местные санатории, санатории-профилактории, реабилитационные отделения санаторного типа и т.д..

Третий этап лечебно-профилактических мероприятий при язвенной болезни – диспансеризация больных. Диспансеризация больных проводится всей сетью лечебно-профилактических учреждений, как по месту работы, так и по месту жительства больного. Основную работу по диспансеризации осуществляют участковые терапевты (при необходимости привлекаются другие специалисты хирурги, стоматологи и т.д.).

Таким образом, создание специализированной службы значительно улучшило возможности не только диагностики и лечения больных с заболеваниями пищеварительной системы, но и их диспансеризации, в том числе больных язвенной болезнью.

Санитарно-просветительная работа должна проводиться в течение всего периода лечения и диспансеризации больного. Особенно важно начинать разъяснительную работу с больным уже в период обострения заболевания, когда имеются выраженные симптомы болезни. В этот период больные лучше воспринимают советы врача, с большим интересом читают рекомендованную научно-популярную литературу по вопросам профилактики обострений язвенной болезни. Не следует забывать о санитарно-просветительной работе среди родственников больного, от которых порой зависит и характер питания, и правильная организация образа жизни больного, ликвидация некоторых неблагоприятных факторов, поддерживающих болезнь.

**Приложение**

**Приложение 1**

АНКЕТА «ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ».

Жалуетесь ли Вы:

1. Общую слабость, быструю утомляемость в течение последних 3-6 месяцев.

2. Головную боль в течение 3-х месяцев и более.

3. Ухудшение памяти, т.е. забывчивость, затруднение запоминания нового неспособность к длительной концентрации внимания.

4. Раздражительность или плаксивость.

5. Частые простудные заболевания (4-5 раза в год) с повышенной температурой (ангина, грипп) в течение последнего года.

Замечаете ли Вы:

6. Периодические перебои и изменения пульса.

7. Одышку при быстрой ходьбе.

8. Одышку при подъёме по лестнице на уровне 3-4 этажей.

9. Частый, мучительный, сухой кашель.

10. Боль при мочеиспускании.

11. Болезненность акта дефекации.

12. Схваткообразные боли в животе.

Беспокоит ли Вас.

13. Боль в левой или центральной части грудной клетки или в области сердца.

14. Боль в суставах рук и ног, независимо от перемены погоды.

15. Утренняя скованность в суставах, проходящая во второй половине дня в течение месяца и более.

16. Боль в икроножных мышцах при ходьбе, вынуждающая Вас останавливаться и выжидать её исчезновение.

17. Свистящие звуки в груди или приступы удушья при простудах, при наличии резких запахов.

18. опоясывающие боли в верхней части живота.

19. Частый жидкий стул (понос).

20. Постоянное чувство жара.

21. повторяющиеся боли в верхней половине живота.

22. постоянно появляющиеся при приёме жирной пищи боли в верхней половине живота или поносы.

23. Изменение голоса, охриплость, появившиеся за последние 2-3 месяца.

24. Высыпания, зуд кожи или высыпания в полости рта.

25. Нарушения опорожнения кишечника, то есть запоры, сменяющиеся поносами, появившиеся за последние месяцы.

26. Неприятные ощущения, связанные с мочеиспусканием (болезненность или учащённость более 6-7 раз в сутки)

27. Трудность засыпания или раннее пробуждение без видимой причины.

28. Частое «беспричинное» повышение температуры в течение последних 2-3 месяцев.

29. Внезапно появляющееся и быстро проходящее головокружение и пошатывание при ходьбе, стоянии или перемене положения тела.

30. Шум и тяжесть в голове на протяжении последних 3-х месяцев.

Отмечаете ли Вы у себя:

31. Повторяющуюся тошноту, появившуюся в последние месяцы.

32. Повторяющуюся изжогу.

33. Затруднение при глотании пищи.

34. Стойкое падение веса без видимой причины на 3 кг и более.

35. Регулярно в ночное время позывы на мочеиспускание или слабость (вялость) струи при мочеиспускании (мужчины после 40 лет).

36. Появившееся учащение стула (опорожнения кишечника) при обычном для Вас питании.

37. Примесь слизи или крови в кале при испражнениях.

38. Дрожание рук без видимой причины.

39. Общую потливость кожи постоянно на всех участках тела.

40. Постоянную чрезмерную сухость кожи на всех участках тела.

41. Не проходящий зуд кожи по всей поверхности тела.

42. Наклонность к гнойничковым заболеваниям кожи.

43. Жажду (более 20 стаканов жидкости в сутки).

44. Плохое настроение без видимой причины.

45. Внезапно или постепенно развивающуюся и проходящую в течение минут, часов, одних суток слабость, онемение руки.

46. Внезапно появляющуюся и проходящую в течение минут, часов, одних суток неловкость языка или потерю речи.

47. Онемение или боли в руках или ногах, которые усиливаются ночью.

48. Приступообразное понижение зрения на один или оба глаза.

49. Боль в позвоночнике или в ногах, которая усиливается при движении, сгибании, разгибании, поворотах туловища.

50. Повышенное артериальное давление в течение последних 5 лет.

51. Периодические появления тумана перед глазами.

52. Появление радужных кругов вокруг источников света.

Имеются ли у Вас:

53. Изменившие цвет, размеры, кровоточащие родимые пятна.

54. Незаживающие трещины или язвочки.

55. Уплотнения в грудной железе или изменение формы сосков и железы.

56. Уплотнение или подкожное образование в какой-либо части тела.

57. Появляются ли у Вас чувство давления, сжатия, жжения или боль в центре груди (за грудиной) или в левой половине грудной клетки при ходьбе, подъёме по лестнице или другой физической нагрузке, при волнениях.

58. Появляется ли у Вас за последнее время без видимой причины вздутие живота или схваткообразные боли в нём.

59. Имеются ли среди Ваших ближайших родственников больные сахарным диабетом.

60. Были ли у кого-нибудь из ваших родителей инфаркт или инсульт, то есть паралич из-за нарушения кровообращения, кровоизлияния в мозг.

61. Вынуждены ли Вы в течение нескольких часов ежедневно или периодически держать голову склонной к груди, в сторону или назад.

62. Ухудшается ли Ваше дыхание (появляется или усиливается кашель, выделение мокроты, одышка) при условии запыленности воздуха.

63. Кашляете ли Вы на протяжении 3-х или более месяцев в течение последнего года.

64. Откашливаете ли Вы мокроту на протяжении 3-х или более месяцев в течение последнего года.

65. Болели ли Вы в течение последних 2-х лет 2 раза и более бронхитом или воспалением лёгких.

66. Выкуриваете ли Вы в течение 5 лет и более сигареты (папиросы) в количестве 20 и более штук в сутки.

67. Лечились ли Вы или консультировались у психиатра или нарколога.

68. Требуются ли Вам усилия, чтобы избавиться от ненужных навязчивых мыслей и воспоминаний.

69. Что Вы испытываете после употребления 200-300 г крепких алкогольных напитков:

а) плохое самочувствие

б) желание ещё выпить

в) желание лечь спать.

70. Испытываете ли Вы на следующий день после употребления алкоголя желание выпить:

а) стакан молока или жидкости (вода, сок, рассол)

б) 200 г вина или бутылку пива

в) 100 г водки

г) чашку крепкого кофе или чая.

**Приложение 2**

АНКЕТА «ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ, УСЛОВИЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ».

1. Ваш пол:

Мужчина / женщина

2. Ваш возраст:

До 19 лет / 20-29 лет / 30-39 лет / 40-49 лет / 50-59 лет / 60-69 лет

3. Национальность

4. Ваше социальное положение (можно выбрать несколько ответов)

Студент / служащий / работник сельского хозяйства / рабочий / ИТР

5. Ваше место работы, профессия и стаж по данной специальности

6. Ваше образование:

Начальное (4 класса) / неполное среднее (7. 8, 9 классов) / среднее общее и специальное / высшее

1. Ваше место жительства:

Город / посёлок городского типа / село / другие ответы

1. Ваши жилищные условия:

Свой дом / отдельная комната в квартире / общежитие / другие ответы

1. Как Вы оцениваете состояние Вашего здоровья?

Отличное / хорошее / удовлетворительное / плохое / очень плохое

1. Что, по Вашему мнению, вредно влияет на состояние Вашего здоровья?

Наследственность / загрязнение среды / особенности профессии / жилищные условия / качество питания / недостаток движения / вредные привычки / перенесённые травмы / другие ответы

11. Что для Вас имеет в жизни наибольшую ценность?

Успех, интересная работа / любовь, семейное счастье / материальное благополучие / развлечения, хобби / здоровье / другие ответы

12. Ограничивает Вас в чём-либо состояние Вашего здоровья?

Да, в выборе профессии / в выборе видов физкультуры / в быту, личной жизни / нет, ни в чём не ограничивает / другие ответы

13. Сразу ли Вы обращаетесь в медицинские учреждения в случае заболевания?

Да / не всегда / нет

14. Почему Вы откладываете свой визит к врачу, если Вы заболели? (можно выбрать несколько ответов).

Надеюсь, что болезнь пройдёт сама по личной программе / далеко добираться до больницы / не на кого оставить хозяйство / не доверяю квалификации врачей / пытаюсь лечить себя сам

15. Выполняете ли Вы советы врача по оздоровлению своего образа жизни?

Да, выполняю все его советы / выполняю, но не все советы / нет, не выполняю / таких советов не получал

16. Почему Вы не всегда следуете советам врача по самооздоровлению?

Нет необходимых условий для выполнения советов / не хватает времени / не уверен в полезности советов / не знаю, как их выполнять / другие ответы

17. Занимаетесь ли Вы самооздоровлением по какой-либо системе? (можно выбрать несколько ответов)?

Нет / занимаюсь по системе П.Иванова / занимаюсь ушу / занимаюсь йогой / занимаюсь по личной программе / другие ответы

На следующий вопрос отвечает только тот, кто на предыдущий ответил «не всегда», «нет».

18. Принимаете ли Вы лекарственные средства без назначения врача?

Нет / витаминные препараты / принимаю болеутоляющие, в том числе сердечные средства / принимаю снотворные, успокаивающие средства / принимаю антибиотики / другие ответы

19. Сколько часов в сутки Вы проводите на свежем воздухе?

До 1 часа в день / от1 до 2 часов / более 2 часов

20. Ваша группа крови?

21. Какими ещё хроническими заболеваниями Вы болеете?

22. Были ли у вас операции? Какие?

23. Укажите, кто из ваших членов семьи (муж, жена, дети) или ближайших родственников (родители, братья, сёстры, дедушки, бабушки, тёти, дяди) также болеют сходными заболеваниями?

**Приложение 3**

Первичная заболеваемость по возрасту, полу

За 2001 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Терапевтические  участки | 0-18 | | 19-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 и > | | всего | |
| м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| I | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 2 | - | - | - | 6 | - |
| II | - | - | - | - | 6 | 2 | 6 | 2 | - | 1 | - | - | 12 | 5 |
| III | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 2 | - |
| IV | - | - | 1 | - | - | 1 | 4 | 1 | - | - | 1 | - | 6 | 2 |
| V | 1 | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | 2 | - | - | 2 | 3 |
| VI | - | - | - | - | - | 1 | 3 | 1 | - | - | - | 1 | 3 | 3 |
| VII | - | - | - | - | 2 | 2 | - | - | 3 | - | - | - | 5 | 2 |
| VIII | - | - | 2 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | 3 | 1 |
| IX | - | 1 | - | - | - | 2 | - | - | 2 | 1 | - | - | 2 | 4 |
| X | - | - | - | - | - | - | 2 | 1 | 1 | - | - | 1 | 3 | 2 |
| XI | 1 | - | - | - | 3 | - | 2 | - | 1 | - | - | - | 7 | - |
| XII | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 3 |
| XIII | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | 2 | - |
| XIV | - | - | - | - | 3 | 1 | 1 | 2 | - | 1 | - | - | 4 | 4 |
| XV | 1 | - | - | - | 4 | 1 | 1 | - | 1 | - | - | - | 7 | 1 |
| XVI | - | - | - | - | 2 | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 3 | 1 |
| XVII | - | - | 1 | - | 2 | - | - | 2 | - | - | - | - | 3 | 2 |
| Всего | 4 | 1 | 5 | 2 | 24 | 10 | 21 | 11 | 14 | 7 | 1 | 2 | 69 | 33 |

**Приложение 4**

Первичная заболеваемость по полу и возрасту за 2002 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Терапевтические  участки | 0-18 | | 19-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 и > | | всего | |
| м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| I | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| II | - | - | - | - | 1 | - | - | 2 | - | - | - | - | 1 | 2 |
| III | - | - | 1 | - | 2 | - | - | 1 | - | - | - | - | 3 | 1 |
| IV | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 1 |
| V | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| VI | - | - | - | - | 4 | - | - | - | - | 1 | - | - | 4 | 1 |
| VII | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 1 |
| VIII | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| IX | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 4 | - |
| X | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - | 2 | - |
| XI | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 2 | - |
| XII | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| XIII | - | - | - | 1 | 3 | - | - | 1 | - | - | - | - | 3 | 2 |
| XIV | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - |
| XV | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - |
| XVI | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - | 2 | - |
| XVII | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Всего | - | - | 4 | 3 | 14 | 3 | 5 | 6 | 3 | 1 | 1 | - | 29 | 13 |

Приложение 5

Первичная заболеваемость по возрасту и полу за 2003 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Терапевтические  участки | 0-18 | | 19-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 и > | | всего | |
| м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| I | - | - | 2 | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 1 | 3 | 1 |
| II | - | - | 1 | - | 1 | - | 2 | - | 1 | 1 | - | - | 5 | 1 |
| III | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 2 | 1 |
| IV | - | - | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | - | - | 3 | - |
| V | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 3 |
| VI | 1 | - | 2 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 6 | - |
| VII | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | 3 |
| VIII | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 2 | 2 | 2 |
| IX | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 3 | - |
| X | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 3 | - | - | 3 | 2 |
| XI | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 2 | 1 |
| XII | - | - | 3 | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | 4 | 1 |
| XIII | - | - | 1 | - | 1 | - | 2 | - | - | - | - | 1 | 4 | 1 |
| XIV | - | - | - | - | 1 | - | 2 | - | - | - | - | - | 3 | - |
| XV | - | - | 1 | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 2 |
| XVI | - | 1 | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | - | - | 3 | 1 |
| XVII | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 4 | - |
| Всего | 2 | 2 | 12 | 1 | 12 | 4 | 13 | 5 | 5 | 6 | 1 | 5 | 45 | 23 |

Приложение 6

Первичная заболеваемость по возрасту и полу за 2004 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Терапевтические  участки | 0-18 | | 19-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 и > | | всего | |
| м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| I | - | - | - | - | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | 3 | - |
| II | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 |
| III | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 2 |
| IV | - | - | - | - | 1 | 2 | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 3 |
| V | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 2 |
| VI | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 2 | 1 |
| VII | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - | 2 | - | 4 | - |
| VIII | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 2 | 2 | 2 |
| IX | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 2 | 1 |
| X | - | - | 1 | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 2 |
| XI | 1 | - | - | - | 2 | - | 1 | - | - | 1 | - | - | 4 | 1 |
| XII | - | - | - | 1 | - | - | 2 | - | - | - | - | - | 2 | 1 |
| XIII | - | - | - | - | - | 1 | 3 | - | - | - | - | - | 3 | 1 |
| XIV | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 2 | - | - | 2 | 2 |
| XV | 1 | - | - | - | 3 | - | - | - | 1 | - | - | - | 4 | - |
| XVI | - | - | - | - | - | 1 | 5 | 1 | - | 1 | - | - | 5 | 3 |
| XVII | - | - | 2 | - | 1 | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 3 | 2 |
| Всего | 3 | 1 | 5 | 3 | 9 | 6 | 17 | 4 | 3 | 6 | 3 | 4 | 40 | 24 |

Приложение 7

Первичная заболеваемость по возрасту и полу за 2005 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Терапевтические  участки | 0-18 | | 19-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 и > | | всего | |
| м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| I | - | - | 1 | - | 2 | - | - | 1 | - | - | 1 | - | 3 | 2 |
| II | - | - | - | 1 | 2 | - | 1 | - | - | 1 | - | - | 3 | 2 |
| III | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - |
| IV | - | - | 2 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 2 | - |
| V | 1 | - | - | - | 2 | - | - | - | 1 | - | - | - | 4 | - |
| VI | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| VII | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | 2 | 1 |
| VIII | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 2 | - |
| IX | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 1 | - | - | 3 | 1 |
| X | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| XI | - | 1 | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | - | 3 | 2 |
| XII | - | - | 2 | - | - | - | 3 | - | - | - | - | 1 | 5 | 1 |
| XIII | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | - | 1 | - | 3 | 1 |
| XIV | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| XV | - | - | 3 | - | 2 | - | 2 | 2 | - | - | - | 1 | 7 | 3 |
| XVI | 1 | - | 1 | - | - | - | 3 | - | - | 1 | - | 1 | 5 | 2 |
| XVII | - | - | - | - | 1 | 1 | 2 | 1 | - | - | - | 1 | 3 | 3 |
| Всего | 2 | 1 | 12 | 4 | 15 | 3 | 13 | 7 | 2 | 3 | 3 | 4 | 47 | 22 |

**Список используемой литературы**

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. – М.:Медицина, 1987.
2. Ивашкин В.Т. Гастродуоденальная патология. Русский Медицинский журнал, 1995, Т 1, №2.
3. Булгак К.И. О патоморфозе язвенной болезни. Врачебное дело, 1988, №6.
4. Витебский Я.Д Обоснование рефлекторной теории патогенеза язвенной болезни. Советская Медицина, 1974, №9.
5. Арцин К.М. Иммуноглобулинсекретирующие клетки при язвенной болезни. Архив патологии, 1993, №1.
6. Окорков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т 1. Диагностика болезней органов пищеварения: - М.: Мед. лит., 2000.
7. Амиров Н.Х. Разработка системы генетического контроля факторов внешней среды. Мутагены и канцерогены окружающей среды. Тез.Док.Рос.Кон.Казань,1996.
8. Комаров Ф.И. Руководство по гастроэнтерологии. – М.: Медицина, Т 1, 1995.
9. Рысс Е., Шулутко Б.И. Болезни органов пищеварения. С.-Пб: Ренкор, 1998.
10. Сусликов В.Л. Геохимическая экология болезнй: Т 1: Диалектика биосферы и нообиосферы. – М.:Гелиос АРВ, 1999
11. Сусликов В.Л. Геохимическая экология болезней. Т 3: Атомовитозы. – М.; Гелиос АРВ, 2002.
12. Васильева Е.А. Профилактика язвенной болезни и её обострений. М.,1996.
13. Василенко В.Х. и др. язвенная болезнь: современная представления о патогенезе, диагностике, лечении. М.: Медицина, 1987.
14. Сапёров В.Н. и др. клиника и некоторые вопросы патогенез сочетанного течения некоторых заболеваний печени и ЖВП с гастродуоденальными язвами. Чув.гос.ун-т.- Чебоксары, 1998.
15. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 1986.
16. Абдулхаков Р.А. Распространённость Helicobacter pylori. Казанский медицинский журнал, 2002, т 83, №5.
17. Клейнер А.И. Состояние главных пищеварительных желёз при воздействии некоторых производственных факторов.: Автореферат. Докт.мед.наук, - Харьков, 1970.
18. Сусликов В.Л Геохимическая экология болезней, Т 1, 2, 3, 4, - М.: Гелиос АРВ, 2000.
19. Гриневич В.Б., Успенский Ю.П. и др. Особенности язвенной болезни, не связанной с Helicobacter pylori. Терапевтический архив, 2002, №2.
20. Шабалов Н.П. Детские болезни. – С.- Пб.: Издательство «Питер», 2000
21. Волков В.Е. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – Чебоксары: Издательство Чувашского Университета, 1993.
22. Исаев Л.К. Воздействие на организм человека опасных и вредных экологических факторов. // Метеорологические аспекты. Т 1, - ПАИМС. – 1997.
23. Гарустович Т.И. Реакция моторной функции гастродуоденального отдела пищеварительной системы на низкочастотную вибрацию. Новосибирск, - 1987.
24. Гимадеев М.М. Охрана окружающей среды – путь к обеспечению здоровья. Окружающая среда и здоровье.: Тез.Докл.Регион.Научной конференции. – Казань, 1996.
25. Залманова Л.В., Соколова Н.Б. Беззондовое определение кислотности желудочного сока у лиц, подвергавшихся длительному действию малых доз ионизирующего излучения. // Радиационная гигиена. – Л., 1980, №9.
26. Григорьев.П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов, врачей и курсантов учреждений последипломного образования. М.: Медицинское информационное агенство, 2001.
27. Ерзинкян К.Л. Макро- и микроэлементы при язвенной болезни. Советская медицина – 1985, №2.
28. Быков К.М. кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни. – М.: 1949.
29. Губачев Ю. М. и др. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Ю.М. Губачев, О.Т Жузжанов – Алма-Ата: Казахстан, 1990.
30. Майоров В.М., Маматкулов Х.Н. язвенные поражения желудка у лиц пожилого и старческого возраста. – Ташкент: Медицина УЗСССР, 1991.