

5. В современной медицинской науке ОЗТ, благодаря уникальным свойствам озона, несомненно, представляет собой качественно новое решение актуальных проблем и, благодаря научно-исследовательской работе, проводимой во всем мире, она в недалеком будущем займет законное место в масштабном арсенале медицинских достижений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Змызгова, А. В. Клинические аспекты озонотерапии / А. В. Змызгова, В. А. Максимов. — М., 2003. — 287 с.
2. Ильницкая, Л. И. Озонотерапия: Современное состояние, проблемы и перспективы использования в фтизиатрии и пульмонологии / Л. И. Ильницкая // Практическая медицина — 2007. — Т. 13, № 4 — С. 86–90.
3. Ковальчук, Л. С. Физиологическое обоснование применения озонотерапии при ишемической болезни сердца / Л. С. Ковальчук // Медико-биологические аспекты действия физических факторов: материалы Междунар. конф., Минск, 24–25 окт. 2006 г. / Нац. акад. наук Беларуси, инст. физиологии НАН Беларуси; под общ. ред. В. С. Улащика. — Минск: Бизнесофсет, 2006. — С. 234–237.
4. Bocsi V. Stades on the biological effects of ozon: Indication of interferon on human leucocytes / V. Bocsi, L. Paulesu // Heematologic. — 2017. — Vol. 75. — P. 510–515.
5. Influence of ozone and nitrogen dioxide on histamine and interleukin formation in a human nasal mucosa culture system / K. Schierhom [et al.] // Am. J. Respir. Cell. Mol. Biol. — 2018. — Vol. 20, № 5. — P. 1013–1019.

УДК 616.348-002.44

МАНИФЕСТАЦИЯ И ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ Г. ГОМЕЛЯ

Руденкова В.В. Цуприкова Е.В.

Научные руководители: ассистент *Ярмоленко О.А.*, к.м.н., доцент *Малаева Е.Г.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

Введение

Язвенный колит (ЯК) — распространенное хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки с развитием язвенно-некротических изменений и системных проявлений [1]. По тяжести течения, частоте осложнений и летальности ЯК занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов пищеварения [2].

Актуальность проблемы ЯК не вызывает сомнений, что подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, отсутствием специфического лечения, рецидивирующим течением, развитием осложнений, необходимостью проведения длительной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом [3–5].

Цель

Проанализировать частоту и особенности течения язвенного колита у пациентов городского гастроэнтерологического отделения г. Гомеля.

Материал и методы исследования

Проведено проспективное исследование 24 пациентов с ЯК, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с сентября 2018 г. по февраль 2019 г. Проведен опрос и осмотр пациентов, изучены и проанализированы данные лабораторно-инструментальных исследований.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было выявлено, что число пациентов с ЯК в период с сентября 2018 г. по февраль 2019 г. составило 24 человека, из них женщин — 15 (62,5 %), мужчин — 9 (37,5 %). Возраст большинства пациентов не превышал 40 лет (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение пациентов с язвенным колитом по возрасту

Возраст, лет	Количество пациентов
20–40	14 (58,3 %)
41–60	6 (25 %)
61 и старше	4 (16,7 %)

Стаж заболевания составил: от 0 до 2 лет — у 11 (45,8 %), от 3 до 5 лет — у 9 (37,5 %), от 6 до 10 лет — у 4 (16,7 %) пациентов. Начало заболевания у 66,7 % пациентов приходится на возраст 20–40 лет (таблица 2).

Таблица 2 — Возраст пациентов на момент дебюта язвенного колита

Возраст, лет	Количество пациентов
20–40	16 (66,7 %)
41–60	5 (20,8 %)
61 и старше	3 (12,5 %)

При анализе причин возникновения ЯК установлено, что 8 (33,3 %) пациентов начало заболевания связывают со стрессом, 4 (16,7 %) — с нарушением питания. Характер питания пациентов с ЯК: 17 (70,8 %) не придерживаются диеты, 7 (29,2 %) — строго соблюдают предписанные диетические рекомендации. У 2 женщин ЯК диагностирован во время беременности.

ЯК был впервые установлен у 7 (29,2 %) пациентов. Частота обострений у 11 (45,8 %) пациентов составила 1 раз в год, у 5 (20,8 %) — 2 и более раза в год. У 1 (4,2 %) пациента наблюдалось непрерывно рецидивирующее течение болезни.

На основании жалоб пациентов было установлено, что при ЯК выражены следующие симптомы: боли в животе — у 20 (83,3%), диарея — у 19 (79,2 %), стул с примесью крови — у 17 (70,8 %), стул с примесью слизи — у 15 (62,5 %), тенезмы — у 8 (33,3 %), слабость — у 20 (83,3 %) пациентов. Повышение температуры отмечали 4 (16,7 %) человека. У 8 (33,3 %) пациентов определена гипохромная анемия. Среди осложнений отмечались кишечные кровотечения у 2 (8,3 %) пациентов. Из внекишечных проявлений заболевания у 3 (12,5 %) пациентов наблюдались артралгии коленных и (или) тазобедренных суставов, у 1 (4,2 %) — поражение кожи в виде узловой эритемы нижних конечностей.

Большинство пациентов с ЯК имели умеренную степень активности заболевания в соответствии с модифицированной классификацией Truelove и Witts (таблица 3).

Таблица 3 — Активность язвенного колита

Активность	Количество пациентов
Слабая	5 (20,8 %)
Умеренная	14 (58,3 %)
Выраженная	5 (20,8 %)

При анализе распространенности поражения толстой кишки установлено, что 5 (20,9 %) пациентов имеют тотальное поражение, 3 (12,5 %) — левосторонний колит, 2 (8,3%) — правосторонний колит, 14 (58,3 %) — дистальный колит.

Выводы

1. В гастроэнтерологическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» за период 6 месяцев находилось на лечении 24 человека с диагнозом ЯК в возрасте 20–69 лет. По нашим данным ЯК чаще встречался у женщин (62,5 %), чем у мужчин (37,5 %).

2. ЯК чаще встречается у лиц молодого возраста (20–40 лет). У большинства пациентов дебют заболевания приходится на период трудоспособного возраста. 33,3 % пациентов начало заболевания связывают со стрессом.

3. У 45,8 % пациентов частота обострений составила 1 раз в год. К наиболее частым симптомам заболевания относились боли в животе (83,3 %), диарея (79,2 %), стул с примесью крови (70,8 %) и слизи (62,5 %). Среди внекишечных проявлений наиболее частыми являлись артралгии коленных и (или) тазобедренных суставов, реже — узловатая эритема нижних конечностей.

4. Большинство госпитализированных пациентов с ЯК имели умеренную степень активности заболевания и дистальное поражение толстой кишки.

5. У молодых пациентов было отмечено более тяжелое течение ЯК по сравнению с пациентами старшего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургические болезни: учебник / под ред. А. Ф. Черноусова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 664 с.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 345 с.
3. Белоусова, Е. А. Язвенный колит и болезнь Крона / Е. А. Белоусова. — Тверь: Триада, 2002. — 128 с.
4. Халиф, И. Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И. Л. Халиф. — М.: Миклош, 2004. — 88 с.
5. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — 527 с.

УДК 616.329-002-008.64

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Семенченко Е. В., Сидоренко А. Н., Коляда Е. И.

Научный руководитель: ассистент Н. Н. Смагина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) определяется как состояние, характеризующееся рефлюксом содержимого желудка в пищевод и проявляется повреждением и воспалительными изменениями слизистой оболочки дистального отдела пищевода, а также характерными клиническими симптомами, такими как изжога и кислотная регургитация. Болезнь является результатом дисбаланса между раздражающим свойством рефлюксного содержимого желудка и устойчивости слизистой пищевода.

ГЭРБ тесно связана с другой, не менее значимой, общемедицинской проблемой тревожно-депрессивных расстройств. Согласно данным исследований, в патогенезе ГЭРБ значительную роль играют психогенные факторы [1].

Связь между клиническими проявлениями ГЭРБ и психологическими факторами, такими как тревога и депрессия могут быть объяснены следующим механизмом.

Определенные психологические состояния, например, беспокойство, могут непосредственно способствовать кислотному рефлюксу путем понижения давления в нижнем отделе пищевода сфинктера, изменения моторики пищевода или увеличения секреции желудочной кислоты [2].

Более того, беспокойство и депрессия могут привести к ипохондрии, которая косвенно снижает порог восприятия рефлюкса и преувеличивает ощущение симптомов рефлюкса по сравнению с теми, которые пациент наблюдал у себя ранее. Это объясня-