

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ «ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

УДК 616.348-002-07-089.168 (470.51)

**Неганова Ольга Андреевна**

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И  
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В  
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни

Душанбе-2022

Работа выполнена на кафедре врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:** **Чернышова Татьяна Евгеньевна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

**Научный консультант:** **Стяжкина Светлана Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

**Официальные оппоненты:** **Мосина Лариса Михайловна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»

**Авезов Сайфулло Абдуллоевич** – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник печечно – панкреального отдела ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗСЗН РТ

**Оппонирующая организация:** Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»», г. Саратов, Российская Федерация

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г. в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета БД.КОА-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992918724088.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук, доцент**

**Джамолова Р.Дж.**

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования.**

Воспалительные заболевания кишечника или ВЗК - актуальная проблема современной клинической медицины (Абдулхаков С.Р., Абдулхаков Р.А., 2009; Е.А.Белоусова 2018; Harbord M., Annase V., Vavricha S. et al., 2015, 2019).

Этиология и патогенез язвенного колита до сих пор не ясны и вызывают много вопросов, на которых нет на сегодня однозначного ответа. В «Клинических рекомендациях по диагностике и лечению язвенного колита (2020 год), определено, что «язвенный колит – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки» и подчеркивается, что «заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и факторы окружающей среды».

Регистрация растущей заболеваемости язвенным колитом в мире и нашей стране делает проблему чрезвычайно актуальной не только для современной гастроэнтерологии, но и клиники внутренних болезней и абдоминальной хирургии.

Исследования, проведенные в мире, фиксируют внимание на социальной значимости заболевания: рост частоты регистрации патологии в педиатрии и клинике внутренних болезней, выхода пациентов трудоспособного возраста на инвалидность.

Заболеваемость ЯК колеблется, как указано в «Клинических рекомендациях по диагностике и лечению язвенного колита» 2020 год от 0,6 до 24,3 на 100 000 населения. В последние годы (2010-2019 г.г.) самый высокий уровень заболеваемости ВЗК зарегистрирован в Швеции (38,3 на 100 000 населения), Финляндии (26,2 на 100 000 населения) и Венгрии (23 на 100 000 населения). Россия по показателю заболеваемости занимает 10-е место среди европейских стран. Учитывая, что наиболее высокие показатели заболеваемости язвенным колитом зарегистрированы в Финляндии и Венгрии, титульная нация которых стран относится к финно-угорской группе, перспективно оценить заболеваемость в Удмуртии, основное население которой также относится к этой группе (Абдулхаков С.Р., Абдулхаков Р.А., 2009; Е.А.Белоусова 2018; Harbord M., Annase V., Vavricha S. et al., 2015, 2019).

В среднем ежегодный прирост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника в этих странах составил на конец 2019 года 20 случаев на 100 000 населения. За последние 40 лет показатель заболеваемости увеличился в среднем в шесть раз (Даниэль Дж. Штайн, 2018 г.).

Зарегистрирован прогрессивный рост частоты регистрации случаев воспалительных заболеваний кишечника в России, что определило ее на 10-е место среди европейских стран, составив 5,1 на 100 000 населения, социально-демографическая характеристика, варианты течения и эффективность терапии воспалительных заболеваний кишечника в России проанализированы Е.А. Белоусовой с соавторами и представлены в 2018 году в «Альманахе клинической медицины» (Е.А. Белоусова, Д.И. Абдулганиева, О.П. Алексеева, С.А. Алексеенко, 2018 г.)

Множество факторов, принимающих участие в развитии и прогрессировании язвенного колита (генетическая предрасположенность, дефекты иммунитета и кишечной микрофлоры, факторы окружающей среды и др.), определяют практический интерес к оценке их значимости и роли в формировании хронического иммуноопо-

средованного воспаления слизистой толстой кишки с развитием аутоиммунной агрессии к слизистой кишечника на фоне дисбаланса врожденной и адаптивной иммунной систем (Бикбавова Г.Р. с соавт., 2020-2022; Стяжкина С.Н. с соавт., 2020-2022; Шендеров Б.А. с соавт. 2018; Mutaguchi M at.al 2019; Novacki T. at al., 2018).

Данные о гендернозависимом патогенезе язвенного колита представлены исследовательской группой по гастроэнтерологии и питанию Департамента клинической медицины Арктического университета Норвегии в Тромсё под руководством Н. Таман`а. Эти результаты могут быть полезны для разработки персонализированных стратегий лечения язвенного колита в будущем.

Параллельно с иммунологической гипотезой язвенного колита представляет интерес анализ роли микробиоты, антимикробных пептидов, микроРНК в развитии аутоиммунного воспаления. Концепция роли микробиоты – совокупности микроорганизмов, как обязательной составляющей нормальной жизнедеятельности человека, является новым и перспективным направлением раскрытия патогенеза язвенного колита (Лоранская И.Д., 2018 г.; Сорокин А.Н. 2019 год; Шендеров Б.А., Юдин С.М., Загайнова А.В. ,2018 г.)

Остается открытым вопрос о роли кишечной микрофлоры в проблемах, возникающих у больных после проведенной колонпроктэктомии. Этот вопрос требует специального анализа в связи с тем, что хирурги - колопроктологи в последние годы значительно расширили показания к оперативным вмешательствам.

Представляет интерес оценка факторов риска язвенного колита с позиции иммунологической и гигиенической гипотез патогенеза заболевания и выдвинутой несколько лет назад гипотезы «старых друзей» (Н. Okada , 2010 год ).

Качество жизни пациентов с язвенным колитом зависит от многочисленных факторов: социальных, индивидуально-типологических, клинических особенностей течения заболевания, степени коморбидности и мультиморбидности и может изменяться с течением времени в процессе адаптации «привыкания» к своему состоянию. В литературе по изучению качества жизни пациентов, затрагиваются лишь отдельные его аспекты, что делает актуальным комплексное исследование с учетом особенностей течения заболевания и возраста пациентов ( Бандаль В.Е., 2021; Третьякова Ю.И., Циммерман И.Я., Щекотов В.В., 2014 год; Чернышова Т.Е., Вареник Е.Ю., Валинуров А.А., Стяжкина С.Н., 2020год)

Наиболее полное и глубокое исследование этой проблемы выполнено в Казанском ГМУ Е.В. Бодрягиной в соавторстве с Д.И. Абдулганиевой и К.К.Яхт. Исследователи представили убедительные доказательства ведущей роли психоэмоционального состояния пациентов и его влияния на качество их жизни.

Представляет интерес активно обсуждаемое в последние годы влияние алкоголя и никотина (Бикбавова, Г.Р., М.А. Ливзан, В.И. Совалкин, 2019 год). Остается открытым вопрос – какую роль каждый из них играет: протективную или провоцирующую?

Серьезным недостатком оказания медицинской помощи этой категории пациентов являются поздние сроки первичной диагностики заболевания и его осложнений.

Эти проблемы в Удмуртской Республике связаны с определенными недостатками организации медицинской помощи, в том числе, диспансерного наблюдения в последние два года в связи с пандемией COVID 19. Требуется разработка диагно-

стических алгоритмов и учетом региональных особенностей, четкий порядок оказания помощи и маршрутизации пациентов на различных этапах ее оказания.

Актуальна разработка организационных аспектов ведения пациентов, в том числен организация региональных и городских центров ВЗК (объединение специалистов и ресурсов здравоохранения на базе лечебно–профилактических учреждений, имеющих специалистов, знакомых с тематикой ВЗК). Только коллегиальный подход через мультидисциплинарную линзу позволит на ранних сроках разработать индивидуальную рабочую стратегию лечения, модифицировать течение болезни и улучшить качество жизни пациентов ((Бикбавова Г.Р., Ливзан М.А., Совалкин В.И., 2019-2021; В.Т.Ивашкин. 2009; Лазебник Б.Л., Лычкова А.Э., Михайлова З.Ф, 2012).

Центр и/или диспансер должны объединить специалистов и ресурсы здравоохранения, а также гастроэнтерологов, колопроктологов, эндоскопистов, морфологов, специалистов лучевых методов диагностики, знакомых с тематикой ВЗК. Обсуждаются перспективы включения в состав специалистов этих центров клинических психологов, диетологов и нутрициологов.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы.**

В последние годы в отечественных и международных руководствах по язвенному колиту акцентируется внимание на его иммунопатогенезе, роли кишечной микробиоты и перспективах их коррекции. Представляется актуальным анализ особенностей иммунологического профиля больных с часто рецидивирующим и быстро прогрессирующим течением ЯК на фоне адекватной терапии (БП ЯК) и при редких рецидивах с более чем 6-ти месячными периодами ремиссии и медленно прогрессирующим течением (МП ЯК). Важно уточнить факторы риска, определяющие особенности течения ЯК и оценить показания для проведения иммуномодулирующей терапии. Требуют уточнения критерии оценки ее эффективности и продолжительности иммунокоррекции.

Важнейшей целью оптимизации реабилитации пациентов язвенным колитом является повышение качества жизни с учетом вклада социальных, индивидуально-типологических факторов, осложнений самого заболевания, коморбидной патологии и уточнения особенностей ассоциированного течения заболеваний. При язвенном колите недостаточно изучены биопсихосоциальные взаимодействия цикла «стресс – язвенный колит». Не ясно, является ли система пищеварения органом-мишенью и «жертвой» хронического стресса и роль длительных нарушений качества и режима питания. Важно уточнить модифицируемые и не модифицируемые факторы риска язвенного колита с акцентом на региональные особенности и их влияние на особенности течения и скорость прогрессирования заболевания. Изложенные выше позиции послужили предпосылкой для формирования цели и задач исследования.

### **Связь исследования с научно-исследовательскими программами ВУЗа:**

Диссертационная работа является составляющей частью плановых исследований ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ и выполнена согласно отраслевой научно – исследовательской программе МЗ РФ №3 «Диагностика и лечение заболеваний патологии желудочно-кишечного тракта с использованием новых медицинских технологий».

Представленное диссертационное исследование выполнено в рамках государственного задания НИР: «Оптимизация комплексной диагностики, лечения и реабилитации больных с язвенным колитом в Удмуртской Республике». Предмет исследу-

дования - пациенты язвенным колитом, проживающие в Удмуртии и включенные в «Республиканский регистр больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника».

Исследование проводилось на кафедре врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП и факультетской терапии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России за период 2017-2020 г.г. Диссертационная работа основывается на методах современной диагностики язвенного колита и принципах доказательной медицины. Результаты исследования углубляют взгляды на этиологическую структуру, факторы риска заболевания с учетом региональных факторов риска развития ЯК, клинические проявления и диагностические возможности ЯК в Удмуртской Республике. Диагностический комплекс предусматривал применение общеклинических, биохимических, клинико-функциональных и рентгенологических исследований у 101 пациента язвенным колитом в возрасте от 18 до 80 лет на амбулаторно-поликлиническом этапе и при госпитализации в терапевтические отделения БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР». Дизайн исследования был одобрен этическим комитетом ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России (протокол №698 от 01.12.2020 года).

### **Общая характеристика исследования**

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики, лечения и реабилитации пациентов с язвенным колитом в Удмуртской Республике с учетом факторов риска и степени коморбидности.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить заболеваемость ЯК в Удмуртии и его региональные факторы риска.
2. Провести оценку внутренней патологии больных ЯК, анализ корригируемых и не корригируемых факторов риска, влияние полиморбидности на качество жизни и прогноз течения заболевания.
3. Дать характеристику качества жизни пациентов ЯК, поведенческих реакций (психоэмоционального состояния и пищевого поведения) и их роли в особенностях течения заболевания. Обосновать перспективы их коррекции в рамках работы Школы больных ВЗК и telegram-канала больных язвенным колитом
4. Разработать тактику диспансерного наблюдения больных язвенным колитом с учетом иммунологического статуса, обосновать перспективы включения цитокинотерапии в программы реабилитации пациентов.

**Объект исследования** – пациенты язвенным колитом, проживающие в Удмуртии и включенные в «Республиканский регистр больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника». Обследован 101 пациент с язвенным колитом, из них 68,32% (69 чел.) составили мужчины, средний возраст –  $52,6 \pm 16,8$ , а 31,68% (32 чел.) - женщины, средний возраст –  $51,5 \pm 14,2$ .

**Предметом исследования** явилось изучение этиологической структуры, региональных причин развития, клинических проявлений и реабилитации пациентов с язвенным колитом.

#### **Научная новизна.**

Впервые изучены заболеваемость и особенности течения ЯК в Удмуртской Республике, что позволило выделить корригируемые и не корригируемые факторы риска развития заболевания.

Определены предикторы неблагоприятного быстро прогрессирующего ЯК (БП

ЯК) и прогностически более благоприятного медленно прогрессирующего течения заболевания (МП ЯК). Выделены наиболее часто регистрируемые варианты коморбидной патологии, что позволило оценить взаимосвязи внекишечной патологии с особенностями течения ЯК.

Предложены новые методы оценки прогноза течения язвенного колита, которые можно легко внедрить в клиническую практику: особенности пищевого поведения, показатели иммунологического профиля и психологического состояния пациентов и перспективы динамичной оценки уровня кальпротектина, позволяющие прогнозировать особенности течения заболевания и повысить эффективность диспансеризации больных.

**Теоретическая, научная и практическая значимость исследования.** Впервые изучена заболеваемость и особенности течения язвенного колита в Удмуртской Республике, позволяющие оптимизировать его диагностику, лечение и реабилитацию. Представлены доказательства гетерогенности психического здоровья, социального окружения и качества жизни пациентов с различной скоростью прогрессирования заболевания, что позволяет прогнозировать особенности его течения и корректировать терапию.

Подтверждено прогностическое значение возраста пациентов при манифестации язвенного колита и его взаимосвязь с особенностями течения заболевания. Представлены доказательства, что пациенты с высоким уровнем тревоги и агрессивным поведением составляют группу риска быстрого прогрессирования заболевания и нуждаются в целенаправленном диспансерном наблюдении с психологической коррекцией.

Обоснованы перспективы включения новых методов иммунокоррекции – цитокинотерапии в программы реабилитации, что позволяет снизить количество осложнений, сроки временной утраты трудоспособности, риск малигнизации и кровотечений.

Впервые в Удмуртии разработана и внедрена в практическое здравоохранение программа «Центра реабилитации пациентов ХВЗК» в Ижевске и патогенетически обосновано включение цитокинотерапии в схемы лечения пациентов ЯК с высокой коморбидностью.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Зарегистрирован рост заболеваемости ЯК в Удмуртии с увеличением числа пациентов за 7 лет в 2,7 раза преимущественно в сельских районах и районах реализации программ ликвидации военно-промышленного комплекса.

2. Ведущими коморбидными патологиями пациентов с ЯК являются: заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта (100% случаев). Частота регистрации патологии гепатобилиарной системы составила 44,2 при БП ЯК против 22,4% при МП ЯК, оценка шансов - 0,289 против 0,793, ОР (отношение шансов) – 0,365. Патология суставов и позвоночника в группе БП ЯК зарегистрирована в 75% случаев против 26,5% при МП ЯК при оценке шансов 0,361 против 3,000, ОР – 0,120. При БП ЯК у 25% диагностировано характерное осложнение терапии глюкокортикоидами – стероидный диабет.

3. Ведущими предикторами скорости прогрессирования ЯК являются: психосоматические расстройства (50-70%), нарушения иммунного статуса, проблемы

межличностных взаимоотношений на работе ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ) и в семье ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), несбалансированное питание по ограничительному типу (50-60%); проведенные ранее оперативные вмешательства ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ), которые оказывают супрессивное действие на систему иммунитета. Скорость прогрессирования ЯК взаимосвязана с возрастом манифестации заболевания: быстро прогрессирующий ЯК манифестирует у пациентов в возрасте 21-35 лет, при медленной прогрессии ЯК заболевания возраст пациентов, как правило, старше 60 лет.

4. Важным компонентом эффективности Программ реабилитации пациентов ЯК является коррекция психосоматического статуса пациентов, коррекция пищевого.

5. Включение цитокинотерапии (препарат Ронколейкин) в Программы реабилитации пациентов ЯК патогенетически обосновано и позволяет достичь длительной клинической ремиссии заболевания.

#### **Степень достоверности результатов.**

Достоверность результатов диссертации подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследований.

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности.**

Диссертация по поставленной цели, решенным задачам и полученным результатам соответствует пунктам 2, 3, 5 паспорта специальности 14.01.04 - внутренние болезни. Согласно «Паспорта специальности «Внутренние болезни», в диссертационном исследовании проанализированы факторы риска язвенного колита с учетом региональных факторов, их взаимосвязь и влияние на патогенез язвенного колита и формирование особенностей его течения: медленно и быстро прогрессирующий язвенный колит. В работе использованы клинические, лабораторные, лучевые, иммунологические, эндоскопические, морфологические и биохимические методы исследования.

Представлены доказательства эффективности и перспектив включения оценки иммунологического профиля для оптимизации лечения язвенного колита. Совершенствование и оптимизация лечебных мероприятий пациентов с язвенным колитом связаны с доказательствами перспектив включения иммунокоррекции в программы реабилитации пациентов

#### **Апробация работы и информация о результатах их применения.**

Результаты работы были доведены и обсуждены на Республиканских обществах терапевтов, хирургов, проктологов (2018-2020г.г.); на межрегиональной конференции «Врач и больной», (2019г., Ижевск); на Международной конференции, посвященной 100-летию академика Е.А. Вагнера (Пермь, 2019); на II Поволжском съезде хирургов (Нижний Новгород, 2019); на Всероссийском симпозиуме «Калининские чтения» (Саранск, 2018); на 73-ей научно-практической конференции студентов-медиков и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины» (Самарканд, 2019); Всероссийском открытом совещании с международным участием «Развитие реабилитационной медицины и курортологии в Калининградской области: перспективы и приоритеты» (Калининград, 2020); Межрегиональная научно-практическая конференции по производственной практике (Ижевск, 2021). Апробация диссертационной работы состоялась на заседа-



нии межкафедральной экспертной проблемной комиссии по терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Ижевск, 2 июля 2020 года) протокол №5.

#### **Личный вклад соискателя в исследование на получение ученой степени**

Вклад автора заключается в планировании, организации и проведении исследования, клиническом обследовании и наблюдении за пациентами. Обследование и наблюдение за пациентами проводилось лично в поликлинике, терапевтическом и хирургическом отделениях стационара ГKB №9, колопроктологическом отделении 1 РКБ. В этих учреждениях проводились занятия в «Школе для пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона». Самостоятельно произведена статистическая обработка результатов, подготовка публикаций по теме диссертации.

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, из них 7 статей в рецензируемых журналах Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан, получен патент на изобретение №2021129808/14 (062318) и 2 удостоверения на рационализаторские предложения.

#### **Структура и объём диссертации:**

Диссертация представляет рукопись на русском языке объемом 167 машинописных страницы и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 28 рисунками, 12 фотографиями, 15 таблицами. Библиография включает 205 источника, из них 123 - отечественных и 82 - зарубежных авторов.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** Диссертационная работа представляет прикладное научное исследование, результаты которого позволили оптимизировать диагностику, лечение и реабилитацию пациентов ЯК. В исследовании использованы общие методы эмпирического исследования и специальные методы (валидизированные вопросники, лабораторно-инструментальные и морфологические методы), математические методы (статистические). Проанализированы факторы риска язвенного колита с учетом региональных факторов, их взаимосвязь и влияние на патогенез язвенного колита и формирование особенностей его течения: медленно и быстро прогрессирующий язвенный колит. В работе использованы клинические, лабораторные, лучевые, иммунологические, эндоскопические, морфологические и биохимические и иммунологические методы исследования

Дизайн настоящего исследования – сравнительное, не рандомизированное, описательное исследование двух групп пациентов: 1-я группа – пациенты с хроническим непрерывным течением ЯК (отсутствием более чем 6-ти месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии) - быстро прогрессирующий ЯК (БП ЯК) и 2-я группа – пациенты с прогностически более благоприятным медленно прогрессирующим течением ЯК (МП ЯК).

Проведено 3-х этапное исследование.

На первом этапе реализовано одномоментное исследование типа «случай-контроль» с анализом архивного материала и результатов реализации ПНП «Здоровье» в Удмуртии 2009-2019 г.г., оценкой распространенности ЯК в республике,

уточнением районов с наиболее частой диагностикой заболевания. Методом случайной выборки сформированы 2 группы пациентов: с быстрым (51 человек) и медленным (50 человек) прогрессированием ЯК. Группы были сопоставимы по семейному и социальному положению, медикаментозной терапии.

На втором этапе проведено контролируемое клиническое сравнительное исследование с оценкой клиники, качества жизни, коморбидности и особенностей течения ЯК, иммунологического и психологического статуса при БП ЯК и МП ЯК.

На третьем этапе оценены перспективы включения в программы реабилитации цитокинотерапии (препарат Ронколейкин). Разработана и апробирована программа реабилитации пациентов с язвенным колитом с включением методик коррекции нарушений биопсихосоциальной адаптации, пищевого поведения и совладающего со стрессом поведения.

Программа исследования включала оценку анамнеза жизни, социальных характеристик, анамнез болезни, физическое обследование больных ЯК; лабораторных и инструментальных методов диагностики с цитологическим и гистологическим исследованием биопсийного материала слизистой оболочки желудка, тонкого и толстого кишечника. Проведение исследования было одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Каждый пациент подписывал бланк информированного согласия на участие в исследовании. Область исследования. Диссертация по поставленной цели, решенным задачам и полученным результатам соответствует пунктам 2, 3, 5 паспорта специальности 14.01.04 – внутренние болезни: подпункты 3.1. Эпидемиологические аспекты язвенного колита в Удмуртской Республике; 3.2. Факторы риска и предикторы прогрессирования язвенного колита; 3.3. Особенности рациона питания и пищевого поведения пациентов язвенным колитом; 4.1. Коморбидная патология при язвенном колите; 4.2. Качество жизни пациентов язвенным колитом и скорость прогрессирования заболевания; 4.3. Психологические аспекты качества жизни больных с язвенным колитом; 4.4. Особенности иммунного профиля пациентов язвенным колитом; 4.5. Показатели хронического воспаления и кальпротектина.

**Этапы исследования.** Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом была изучена литература по данной проблематике, сформирована тема и цель диссертации. Далее изучены основные факторы риска возникновения язвенного колита, проведен сравнительный анализ ведущих клинических симптомов, исследовали функциональное состояние толстого кишечника, иммунологические показатели крови, КТ, СКТ, колоноскопия, результаты рентгеновских исследований, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, лабораторных исследований, патоморфологических показателей, выписок из историй болезни и амбулаторных карт.

### **Основная информационная и исследовательская база**

Основными информационными источниками и исследовательской базой является кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. В работе были изучены и проанализированы литературные источники последних 10 лет, как отечественных, так и зарубежных авторов.

**Критерии включения в исследование.** Общие критерии включения в исследование: пациенты, проживающие в Удмуртии и включенные в «Республиканский

регистр больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника». Подписанное «Информированное согласие на исследование».

**Критерии исключения.** Общие критерии исключения: беременность, употребление наркотических средств, злоупотребление алкоголем, туберкулез, а также пациенты, имеющие на этапе включения в исследование острые вирусные заболевания, токсические гепатиты, острые сердечнососудистые нарушения (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения).

#### **Статистические методы**

Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась на персональной ЭВМ, а также с помощью пакета программ STATISTICA6,0 (Matemática®, Matlab®, HarvardGraphics®), StatSoft(США 1995г.). Проведена линейная описательная статистика с расчетом корреляции средних, стандартных отклонений критерия Стьюдента. Достоверность клинико-лабораторных и психоэмоциональных различий проводилась с применением двухстороннего точного критерия Фишера. За уровень статистической значимости принимали  $p < 0,05$ .

Всего обследован 101 пациент, из них 69 женщин и 32 мужчины в возрасте 18-80 лет с доказанным диагнозом ЯК. На основании особенностей течения заболевания, скорости прогрессирования осложнений сформировано 2 группы: в основную группу с МП ЯК 50 больных (41 женщина и 9 мужчин), в группу сравнения - 51 пациент (28 женщин и 23 мужчины) с частыми рецидивами ЯК и быстрым формированием осложнений (БП ЯК). Дополнительно для уточнения факторов риска ЯК было дистанционно проанкетировано 83 пациента.

Оценка полиморбидности проведена по индексу Чарльсона и калькулятора *CIRS-G* (вариант кумулятивного индекса коморбидности) по Miller с соавт., 1992 (Pubmed id: 1594710).

**Общеклиническое обследование.** Целенаправленно исследования проводились согласно методических рекомендаций 2021г. Проводился анализ наследственности, также отягощенность по хроническим воспалительным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, онкопатологии. Оценивали наличие вредных привычек, профессионально-трудовой анамнез, характер питания, режим дня.

Лабораторная диагностика проводилась на современном оборудовании производства фирмы Abbott (Германия).

Фекальный кальпротектин (ФКП) определяли количественным иммуноферментным анализом с использованием поликлональных антител. Образцы кала (1-2 г) доставляли в лабораторию не позднее чем через 4 ч после акта дефекации в индивидуальном стерильном контейнере. Концентрацию ФК измеряли в микрограммах на 1 г; показатель более 100 мкг/г рассматривали как положительный результат исследования. При наличии симптомов ЯК и БК концентрация ФК варьировала от 60 до 1000 мкг/г.

Иммунологические исследования проводились согласно стандартным методам по Манчини.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек проводилось на аппарате «Esaote MyLab». Ректороманоскопия и *колоноскопия* проводились всем пациентам. Обязательным условием являлся забор биоптатов из всех отделов толстой кишки (не менее 2-х) и подвздошной кишки (как пораженных, так и интактных) с последующим гистологическим исследованием биоптатов.

Оценка неспецифического качества жизни осуществлялась по опроснику SF-36. Состояние психического здоровья уточнялось по показателям ситуативной и личностной тревожности по вопроснику Спилбергера-Ханина и Шкале тревоги и депрессии HAD (Hospital anxiety and depression scale). Об уровне агрессии судили по показателям теста Басса-Дарки. Шкала тревоги и депрессии HAD (Hospital anxiety and depression scale) – предназначена для определения степени эмоционального стресса, связанного с проявлением имеющегося соматического неблагополучия. Стрессоустойчивость и социальная адаптация оценивалась по методике Холмса и Раге - психометрической шкале (Holmes и Rahe, 1967).

Оценка режима питания и типов нарушения пищевого поведения – по опроснику «Оценка пищевого поведения» - DQEB (Dutch Questionnaire of Eating Behaviour) – Голландский опросник пищевого поведения.

Статистическую обработку проводили с применением программы обработки электронных таблиц *Microsoft Excel*. Полученные в результате исследования данные обрабатывали общепринятыми методами вариационной статистики. Определяли среднюю статистическую величину (M), среднеквадратичное отклонение (σ), ошибку средней (t). Достоверность различий средних величин оценивали с помощью параметрических методов статистики (критерий Стьюдента). Разницу средних величин считали достоверной при  $p < 0,05$  (95% уровень значимости) и при  $p < 0,01$  (99% уровень значимости). С целью определения значимости различий применяли непараметрические критерий Вилкоксона (T) для связанных совокупностей и критерий Вилкоксона-Мана-Уитни (U) для независимых совокупностей.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В эпидемиологической структуре больных ЯК в Удмуртии зарегистрирован рост заболеваемости преимущественно в промышленных городах республики и районах, где была реализована программа уничтожение химического оружия.

Проведенное исследование подтвердило наличие двух возрастных пиков заболеваемости: у лиц молодого трудоспособного возраста (18-40 лет) и пожилого возраста (55 лет и старше) с характерными особенностями течения. Манифестация ЯК в молодом возрасте сопровождалась быстро прогрессирующим течением, высокой коморбидностью, выраженными психоэмоциональными и иммунологическими нарушениями. Для пациентов с манифестацией ЯК в пожилом возрасте характерно медленно прогрессирующее течение с более благоприятными показателями качества жизни, иммунологических и психоэмоциональных показателей.

Подтверждена роль наследственных факторов в патогенезе ЯК с преобладающей взаимосвязью наследования по женской линии (пациенты 1-3 линии родства). Выявлена высокая частота (более 80%) нарушений режима питания и пищевого поведения, что может быть одним из пусковых механизмов развития ЯК. Зарегистрирована роль межличностных взаимоотношений в семье, на работе в особенности течения заболевания и качество жизни больных. Особое значение имеет уровень стресса.

При изучении историй болезни и амбулаторных карт пациентов язвенным колитом выявлена частота патологических процессов различных систем организма (системных внекишечных патологий), которые чаще всего сопровождали язвенный колит, и, обострение которых являлось причиной обострений заболевания, оказывая влияние на скорость его прогрессирования (таблица 1).

**Таблица 1.- Системные проявления язвенного колита**

Заболевание	МП ЯК n-49		БП ЯК n- 52	
	n	% n	n	% n
<b>Гематологические заболевания:</b> <b>анемия постгеморрагическая и В<sub>12</sub> – филиеводефицитная</b>	1	2,0	12	23,1
<b>Заболеваний кожи и слизистой оболочки полости рта:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стоматит, в том числе афтозный стоматит</li> <li>• узловатая эритема</li> <li>• пиодермия, фурункулы</li> <li>• другие кожные осложнения, в т.ч. псориаз</li> </ul>	2	4,0	23	44,2
<b>Глазные болезни:</b> <b>воспаление склеры, радужной оболочки глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)</b>	1	2,0	2	3,8
<b>Хроническая патология легких и бронхов:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пневмосклероз, легочный фиброз</li> <li>• эмфизема легких</li> <li>• хронический бронхит</li> <li>• перенесенная пневмония</li> </ul>	4	8,1	11	21,2
<b>Гастроэнтерологические заболевания:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• хронический гастрит, дуоденит</li> <li>• язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки</li> <li>• ГЭРБ</li> </ul>	49	100	52	100
<b>Патология гепатобилиарной системы:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стеатогепатоз, стеатогепатит</li> <li>• холецистит</li> <li>• первичный склерозирующий холангит</li> <li>• холелитиаз</li> </ul>	11	22,4	23	44,2
<b>Патология суставов и позвоночника:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• анкилозирующий спондилит (сacroилеит)</li> <li>• артрит; сacroилеит</li> <li>• патология позвоночника</li> </ul>	13	26,5	39	75,0
<b>Эндокринные заболевания</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• аутоиммунный тиреоидит</li> <li>• гипотиреоз, тиреотоксикоз</li> <li>• узловой зоб</li> <li>• сахарный диабет</li> <li>• стероидный диабет</li> </ul>	2	4,0	21	40,4
<b>Хронические заболевания почек</b>	0	0	2	3,8
<b>Сердечно-сосудистая патология:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• артериальная гипотония</li> <li>• артериальная гипертония</li> <li>• заболевания сердца (миокардит, перикардит, септический эндокардит)</li> <li>• ИБС</li> <li>• варикозная болезнь</li> <li>• тромбоз периферических вен</li> <li>• ТЭЛА</li> </ul>	8	16,3	11	21,2

Как представлено в таблице 1 у пациентов ЯК регистрировалась сопутствующая патология всех систем, которые анализировались в исследовании. Наиболее

значимой была частота регистрации вовлечения, и/или участия в патологическом процессе сопутствующей патологии при быстро прогрессирующем язвенном колите.

Заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта зарегистрированы у всех пациентов (100%). Частота регистрации патологии гепатобилиарной системы составила 44,2 (БП ЯК) против 22,4% (МП ЯК), при оценке шансов 0,289 против 0,793, OR - отношение шансов (OR от "odds ratio") – 0,365. Патология суставов и позвоночника в группах зарегистрирована в 75% случаев (БП ЯК) против 26,5% (МП ЯК) при оценке шансов 0,361 против 3,000, OR – 0,120. Заболевания эндокринной системы составили в группах сравнения 40,4% (БП ЯК) против 4,0% (МП ЯК) при показателе ОШ 0,043 против 0,677, O R – 0,063. Заболевания сердечно-сосудистой системы при МП ЯК зарегистрированы у 21,2% (БП ЯК) против 16,3% (МП ЯК) пациентов при O R – 0,195.

Проанализирована частота регистрации основных внекишечных проявлений язвенного колита, представленных в «Клинических рекомендациях по диагностике и лечению язвенного колита» 2017, 2020 (таблица 2).

**Таблица 2.-Системные проявления язвенного колита**

Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания n, %n		Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания n, %n		Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями n, %n	
Артропатии: (артралгии, артриты)	41 40,6%	Сакроилеит	11 10,9%	Холелитиаз	18 17,8%
Поражение кожи: (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)	17 16,8%	Первичный склерозирующий холангит	1 0,99%	Стеатоз печени	8 7,9%
				Стеатогепатит	12 11,9%
Поражение и слизистых: афтозный стоматит	8 7,9%	Остеопороз	32 31,7%	Тромбоз периферических вен	9 8,9%
		Остеомаляция	0	ТЭЛА	4 3,9%
Поражение глаз: увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит	3 2,9%	Псориаз	4 3,9%	Амилоидоз	0
Итого	69 68,3%		48 47,5%		42 41,6%

Таким образом, в группах наблюдения наиболее часто регистрировались аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания, которые, как представлено в англоязычной литературе, как представлено в «Клинических рекомендациях по диагностике и лечению язвенного колита» 2017, 2020 «часто называют сопутствующими аутоиммунными заболеваниями, имеющими тенденцию к прогрессированию независимо от фаз основного заболевания».

Из группы аутоиммунной патологии, не связанной с активностью процесса в каждом третьем случае регистрировался остеопороз, характерный для средней полосы Приволжского федерального округа и который осторожно можно связать с аутоиммунной патологией. В исследовании не зарегистрировано случаев остеомялции и амилоидоза. Из четырех пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), которая явилась осложнением тромбоза периферических вен три случая были связаны с перенесенным COVID 19.

При оценке коморбидности особое внимание заслуживают заболевания желудка и печени с синдромом мальабсорбции и мальдигестии. При оценке коморбидной патологии отмечено, что пациенты ЯК с детства являлись длительно и часто болеющими детьми, что оказало влияние на особенности течения заболевания.

Природа нарушения психологического здоровья при ЯК может быть связана как с самим хроническим заболеванием и сопутствующей патологией, так и с синдромами. Выявленная роль физического функционирования определяет значимость включения физических нагрузок в программы реабилитации пациентов. Результаты отражены в таблице 3.

**Таблица 3.-Корреляционные взаимосвязи показателей качества жизни с возрастом пациентов ЯК и продолжительностью заболевания**

Показатель КЖ	Корреляционная взаимосвязь КЖ	
	Возраст	Длительность ЯК
ФФ (физическое функционирование)	r=-0,51; p<0,0001*	r=-0,33 p=0,003*
РФ (ролевое функционирование)	r=-0,44 p=0,0001*	r=-0,20 p=0,08
Б (интенсивность боли)	r=-0,42 p=0,0001*	r=-0,25 p=0,02*
ОСЗ (общее состояние здоровья)	r=-0,27 p=0,01*	r=-0,20 p=0,08
Ж (жизненная активность)	r=-0,37 p=0,001*	r=-0,25 p=0,03*
СФ (социальное функционирование)	r=-0,33 p=0,004*	r=-0,15 p=0,2
РФ (ролевое функционирование)	r=-0,30 p=0,009*	r=-0,24 p=0,04*
ПЗ (психическое здоровье)	r=-0,27 p=0,01*	r=-0,15 p=0,21

\* p< 0,05

*ФФ – физическое функционирование, РФ - ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, Б – интенсивность боли, ОСЗ – общее состояние здоровья, Ж – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, РФ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, ПЗ – психическое здоровье.*

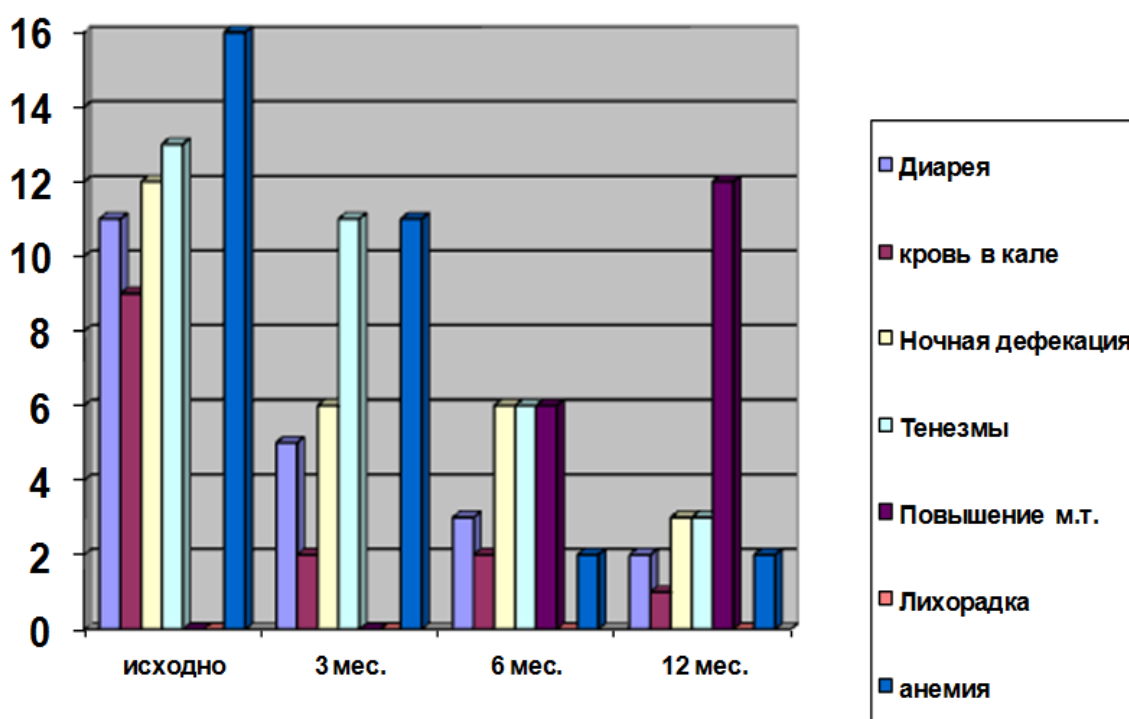
У пациентов, имеющих проблемы взаимоотношений в семье, чаще наблюдался повышенный уровень ситуативной тревожности. Определение психоэмоционального статуса и качества жизни у пациентов ЯК необходимо для оценки эффективности проводимой терапии с целью разработки индивидуальной лечебной тактики, что позволит улучшить компенсацию заболевания и повысить комплаентность. Зарегистрирована отрицательная, а, возможно, ведущая роль личностной тревожности в формировании негативных взаимоотношений в семье, в том числе с родственниками, на работе, с друзьями.

Оценка поведения, совладающего со стрессом по вопроснику Холмса-Раге, выявила отсутствие практически во всех случаях при продолжительности заболевания более 5 лет стратегии социального отвлечения и копинг стратегии, ориентиро-

ванной на эмоции ( $p < 0,05$ ). Для больных с БП ЯК характерно неприятие проблемы даже спустя длительный срок от манифестации заболевания. Копинг-стратегия совладения со стрессом, ориентированная на избегание, более характерна для пациентов с МП ЯК.

В основе формирования дезадаптационных алгоритмов больных ЯК лежат, как показано в исследовании, нарушения психомоторной интеграции в социуме и в частности, в семье. Таким образом, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов напрямую зависят не только от степени компенсации, но и от психо-социальной адаптации и комплаентности врача – пациента - членов его семьи.

Оценка качества жизни у пациентов ЯК необходима для разработки индивидуальной лечебной тактики, что позволит улучшить компенсацию заболевания и повысить комплаентность.



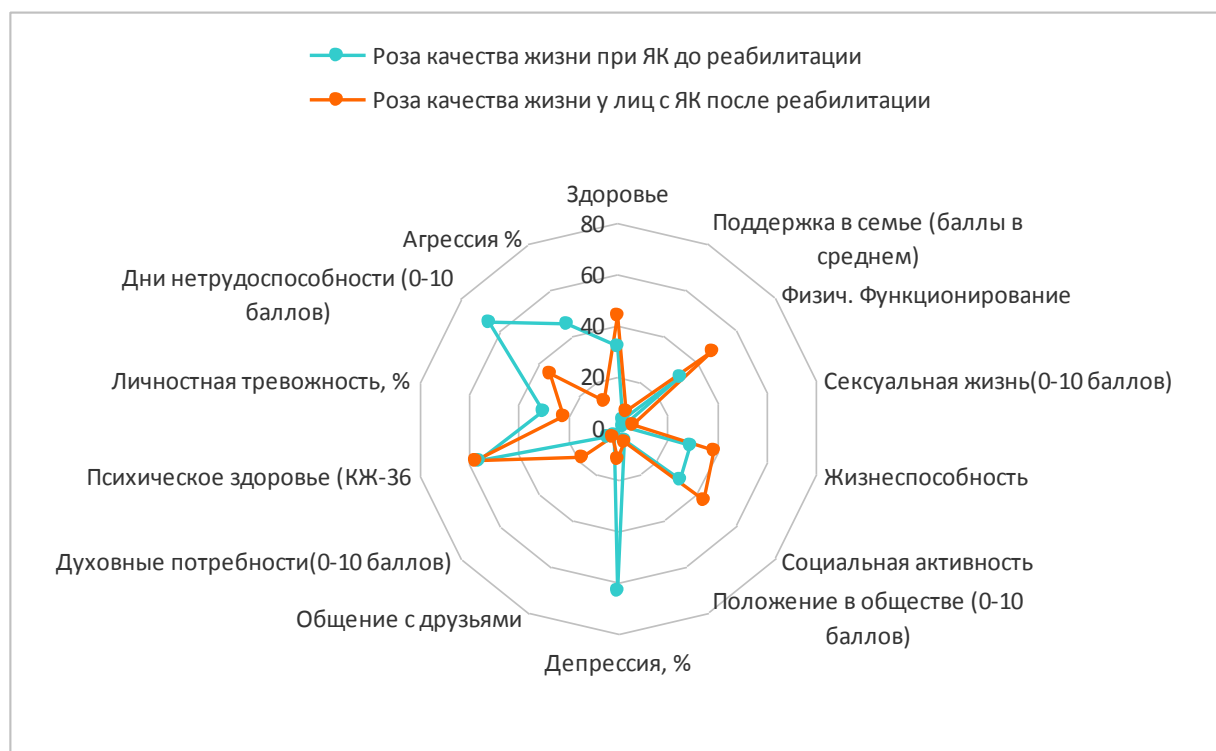
**Рисунок 1.- Динамика типичных признаков ЯК у пациентов, включенных в программу комплексной реабилитации.**

Как представлено на рисунке 1, в течение первых 3 месяцев реабилитации было зарегистрировано значимое улучшение большинства клинических характеристик ЯК: в два раза снизилась частота ночных дефекаций и синдрома диареи. Только у 2 (22,2%) пациентов из 9 периодически регистрировалась кровь в кале. Во всех случаях у пациентов отсутствовала лихорадка. Отмечена тенденция к снижению синдрома анемии. Положительная динамика клинической картины ЯК в дальнейшем сохранялась.

Оценка эффективности образовательной Программы, включающей коррекцию поведения и поведения, позволяющего совладать со стрессом, выявила значимое



улучшение стратегии социального отвлечения и копинг стратегии, ориентированной на эмоции ( $p < 0,05$ ). Получены доказательства эффективности психоэмоциональной коррекции больных занимающихся в школе пациентов ВЗК. У ряда пациентов хронический стресс и психические травмы становятся ведущими, определяя резкое снижение качества их жизни. Этот период, по своей сути, является программируемым стрессом, следствием которого могут стать рефлекторные нарушения сердечно-сосудистой деятельности, дыхательной, нейроэндокринной и других систем. Динамика качества жизни представлена на рисунке 2.



**Рисунок 2.- Роза качества жизни пациентов ЯК, прошедших Программу реабилитации**

Важным направлением программы реабилитации больных было включение цитокинотерапии после оценки ее показателей. Наиболее динамичным ответом на применение ронколейкина явились показатели фагоцитоза и клеточного иммунитета.

В процессе нашей работы было выявлено, что оценка процентного содержания СДЗ не в полной мере отражает процессы, происходящие в иммунной системе. Наиболее быстро реагирующими показателями на иммунотропное действие являются СД 4 и функциональной активности нейтрофилов.

На протяжении года наблюдения в группе пациентов, получавших Ронколейкин, среднее число дней нетрудоспособности составило  $19,8 \pm 3,9$ , т.е. было в среднем в 3,5 раза меньше, чем в группе сравнения (56,7 дней временной утраты трудоспособности). Результаты включения рекомбинантного лейкинферона в программу лечения отражены в таблице 4.

**Таблица 4.-Результаты исследования клеточного и гуморального иммунитета у пациентов ЯК основной группы и группы сравнения**

Показатель (норма)	Исходные данные (до иммунотерапии)		Через 7-14 дней ле- чения		Через 14-20 дней ле- чения	
	БП ЯК	МП ЯК	БП ЯК	МП ЯК	БП ЯК	МП ЯК
<b>CD3 (60-80%)</b>	36,8 ± 1,2	35,9±0,9	40,1±1,3*	36,5±1,2	57,3±2,3*	39,8±2,6
<b>CD4 (35-50%)</b>	28,2±0,7	27,6±1,8	32,4±0,9	28,0±1,2	40,1±1,4*	29,3±2,2
<b>CD8 (16-39%)</b>	12,1±0,5	12,6±1,6	14,2±0,7	13,2±1,4	18,4±1,2*	13,9±1,7
<b>CD19 (15-20%)</b>	12,4±0,7	11,9±1,4	16,2±1,1*	13,1±0,6	20,8±0,9*	14,5±0,7*
<b>Фагоцитарная ак- тивность нейтрофи- лов (0,7-1,4 ед.)</b>	0,5±0,05	0,6±0,03	0,6±0,08	0,6±0,05	1,1±0,09*	0,7±0,03
<b>IgA (0.6-2.8 г/л)</b>	1,3±0,5	1,6±0,08	1,5±0,6	1,7±0,4	2,4±0,5	1,7±0,6
<b>IgM (0.6-2.0 г/л)</b>	0,5±0,7	0,7±0,1	0,6±0,3	0,8±0,3	1,6±0,4	0,9±0,02
<b>IgG (9.8-12.5 г/л)</b>	7,2±2,2	8,1±1,9	8,4±3,1	8,9±1,6	10,1±0,8	9,1±0,9
<b>Макрофагальная активность нейтро- филов (60-80%)</b>	49,5±2,3	50,1±2,1	55,4±2,1	51,1±2,3	66,1±3,1*	55,4±2,1

\* - динамика показателя достоверна (p<0,05).

Таким образом, анализ эффективности комплексной реабилитации пациентов язвенным колитом с включением в программу методов психологической коррекции, диетотерапии и физической реабилитации и цитокинотерапии показал их значимость и перспективность.

## Заключение

### Основные научные результаты диссертации

1. Зарегистрирован рост заболеваемости ЯК в Удмуртии, который за последние 10 лет составил 7-10%, со снижением числа пациентов с тяжелыми формами ЯК, тенденцией увеличения продолжительности жизни. Выделены главные предикторы ЯК: психосоматические расстройства - 50-70%, проблемы межличностных отношений в семье и коллективе - 56%, несбалансированное питание по ограничительному типу - 50-60%, патология желудочно-кишечного тракта в детском и юношеском возрасте. [5-А, 6-А, 7-А, 9-А, 12-А, 14-А].

2. Для пациентов ЯК характерна высокая коморбидность с индексом CiRS: при МП ВЗК – 15, при БП – 23. Ведущей коморбидной патологией ЯК являются: заболевания желудочно-кишечного тракта (100%). Патология гепатобилиарной системы в группах составила 44,2 (БП ЯК) против 22,4% (МП ЯК), при оценке шансов 0,289 против 0,793; ОР (отношение шансов) – 0,365. Патология суставов и позвоночника зарегистрирована в 75% случаев (БП ЯК) против 26,5% (МП ЯК) при оценке шансов 0,361 против 3,000; ОР – 0,120. При БП ЯК у 25% пациентов диагностировано характерное осложнение терапии глюкокортикоидами – стероидный диабет. [1-А, 2-А, 3-А, 13-А, 17-А].

3. Включение оценки уровня кальпротектина в программы обследования пациентов ЯК перспективно для анализа эффективности терапии. Кальпротектин значимо коррелирует с СРБ (r=0,67; p<0.01), СОЭ (r=0,42; p<0,01), макрофагальной активностью нейтрофилов (r=0,25; p<0,05). [4-А, 8-А, 10-А, 11-А, 20-А].

4. Важными факторами, снижающими качество жизни пациентов ЯК, является личностная тревожность, которая находится в прямой зависимости от болевых проявлений ( $r=0,32$ ;  $p=0,04$ ) и обратной зависимости от социального функционирования ( $r=-0,48$ ;  $p=0,02$ ) и психологического здоровья ( $r=-0,33$ ;  $p=0,04$ ). [13-А, 17-А].

5. Представлены доказательства перспектив включения цитокинотерапии (рекомбинантного лейкинферона) в терапию ЯК. Длительность лечения уменьшилась в 2-3 раза, было достигнуто улучшение показателей качества жизни в 1,5-2 раза. Показанием для применения лейкинферона является вторичная иммунологическая недостаточность, которая наиболее выражена при БП типе ЯК. [15-А, 16-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А, 22-А, 23-А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Лабораторные и клинические маркеры воспалительной реакции и иммунологической недостаточности позволяют прогнозировать состояние пациентов, определить степень тяжести заболевания и назначить своевременную иммунокорректирующую терапию для профилактики его рецидивов.

2. Использование препарата Ронколейкин (лейкинферон) показано при быстро прогрессирующем течении заболевания, наличии гормонорезистентности, развитии побочных реакций от применяемой терапии. В комплексе проводимого лечения выявлена эффективность рекомбинантного лейкинферона при лечении ЯК по критериям клинических, лабораторных, иммунологических и морфологических исследований. Показанием для применения лейкинферона является вторичная иммунологическая недостаточность, которая наиболее выражена при БП типе ЯК. Целесообразна «мягкая» иммунотерапия, которая проводится в период ремиссии в дозе 250 ед. с курсом 5 дней. «Активная» иммунотерапия проводится в период обострения в дозе 500 ед., а при гнойно-септическом осложнении - в дозе 1 млн ед. курсом 5 дней.

3. Для совершенствования отдаленных результатов лечения и повышения качества реабилитации пациентов необходимо включение в Программы реабилитации образовательных разделов с методиками освоения стратегий преодоления стресса – адаптивного копинг-поведения, коррекцией типов и режима питания, расширением физической активности. Учитывая отдаленность проживания определенных групп пациентов и ситуацию 2019-2020 года, связанную с пандемией COVID-19, перспективно создание «групп в контакте» или «телеграмм-канала».

## Список публикаций соискателя учёной степени

### Статьи в рецензируемых журналах

- 1-А. Неганова О.А. Болезнь Крона у больного с цилиопатией (кистозная болезнь почек, печени, легких), анкилозирующим спондилитом и вторичным полиостеоартрозом, находящегося на программном гемодиализе / О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, Т.Е. Чернышова, Ф.Ф. Субаев, А.Е. Матусевич // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – № 9 (181). – С. 85-88. – SCOPUS.
- 2-А. Неганова О.А. Язвенный колит и болезнь Крона: ретроспективная оценка заболеваемости за 2016-2018 годы / О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, В.Н. Николаева, Д.М. Мурадова // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» – 2019. – Т. 21. – № 6. – С. 40-43. – ВАК.
- 3-А. Неганова О.А. Осложнения болезни Крона, требующие хирургической помощи / М.Н. Климентов, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, М.С. Любимцева, Е.В. Семибратова, О.Д. Турбин // Пермский медицинский журнал. – 2019. – Т. 36. – № 3. – С. 98-105. – ВАК.
- 4-А. Неганова О.А. Анализ психосоматических расстройств у больных с язвенным колитом и болезнью Крона / С.Н. Стяжкина, Л.Р. Калимуллина, И.И. Яруллин, О.А. Неганова // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской психологии и психиатрии». – Журнал «Проблемы биологии и медицины». – 2019. – Самарканд. – № 1 (114). – С. 46-47. – ВАК.
- 5-А. Неганова О.А. Психологические аспекты качества жизни и прогноз реабилитации больных с язвенным колитом / Т.Н. Чернышова, О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, А.А. Валинуров // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": Реабилитация, Врач и Здоровье. – 2020. – № 2 (44). – С. 90-97. – ВАК.
- 6-А. Неганова О.А. Эффективность комплексной реабилитации пациентов язвенным колитом / О.А. Неганова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки – 2022 – №7. – С. 166-175 – ВАК.
- 7-А. Неганова О.А. Проблема дифференциальной диагностики колоректального рака и болезни Крона с описанием клинического случая / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, О.А. Неганова, М.А. Полушкин, Г.А. Ситдииков, М.С. Медведев // Modern Science. – 2021. – №4-2. – С. 111-116.

### Статьи и тезисы в сборниках конференции:

- 8-А. Неганова О.А. Риск злокачественных процессов в толстом кишечнике при язвенном колите / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, О.А. Неганова, П.Ф. Габдуллина, А.П. Ермолаева // Modern Science. – 2019. – № 5-2. – С. 52-55.
- 9-А. Неганова О.А. Течение беременности при язвенном колите / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, Ю.С. Мерзлякова, А.А. Хамадуллин // Colloquium-journal. – 2019. – № 10-3 (34). – С. 54-55.

- 10-А. Неганова О.А. Болезнь Крона: "яблоко раздора" врачей / О.А. Неганова, В.Н. Николаева, Д.М. Мурадова // Аллея науки. – 2019. – Т. 1. – № 4 (31). – С. 90-93.
- 11-А. Неганова О.А. Разбор клинического случая болезни Крона / Р.Р. Салихова, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Научный аспект. – 2019. – Т. 12. – № 2. – С. 1498-1502.
- 12-А. Неганова О.А. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Их дифференциальная диагностика, морфологическая картина и анализ распространенности среди заболеваний кишечника / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов М.Н., О.А. Неганова, А.Д. Абасова, Л.Р. Бакирова, ДС. Ефремова // Столица науки. – 2020. – № 1 (18). – С. 28-39.
- 13-А. Неганова О.А. Особенности комплексного лечения язвенного колита в клинической практике / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, А.Ш. Назмиева, А.А. Кочурова // Терапевт. – 2020. – № 5. – С. 6-11.
- 14-А. Неганова О.А. Применение ронколейкина в комплексном лечении панкреонекроза на примере клинического случая / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, Ю.С. Русских, Р.Ф. Газимзянова // Терапевт. – 2020. – № 5. – С. 51-56.
- 15-А. Неганова О.А. Клинический случай диагностики болезни Крона / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, А.Э. Андреева, Л.А. Иванова // Modern Science. – 2020. – № 11-1. – С. 227-231.
- 16-А. Неганова О.А. Влияние комплексного лечения с включением иммуномодуляции на показатели иммунитета при язвенном колите и болезни Крона / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, Е.А. Мельникова, А.С. Солодянкина // Дневник науки. – 2020. – № 12 (48). – С. 5.
- 17-А. Неганова О.А. Эпидемиология язвенного колита в Удмуртии: факторы риска, особенности рациона питания и пищевого поведения / О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, А.А. Валинуров, Т.Е. Чернышова // Сборник научных статей «Труды Ижевской государственной медицинской академии». – Ижевск, 2020. – С. 37-40.
- 18-А. Неганова О.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Ведущие аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. Монография / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, Г.В. Медведев // LAP Lambert. Берлин. – Academic Publishing RU. – 2020. – с. 70.
- 19-А. Неганова О.А. Сложный клинический случай болезни Крона / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова. О.А. Неганова // Сборник «Трудные и нестандартные ситуации в хирургии». – 2020 – С. 146-150.
- 20-А. Неганова О.А. Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона в практике врача / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Сборник «Труды межрегиональной научно-практической конференции по производственной практике». – Ижевск. – 2021. – С. 56-57.

## Патент на изобретение

21-А. Неганова О.А. Способ эндоскопической полипэктомии в дистальном отделе толстой кишки / А.А. Валинуров, С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова // Патент на изобретение №2021129808/14 (062318).

### Рационализаторские предложения:

22-А. Неганова О.А. Способ прогнозирования течения язвенного колита / А.А. Валинуров, Т.Е. Чернышова, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Рационализаторское предложение № 01.22 от 29 сентября 2021 год.

23-А. Неганова О.А. Алгоритм оценки клинических и эндоскопических критериев для диагностики язвенного колита / А.А. Валинуров, Т.Е. Чернышова, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Рационализаторское предложение № 02.22 от 29 сентября 2021 год.

### Список сокращений, условные обозначения

АЛТ – аланинаминотрансфераза  
АСТ – аспартатаминотрансфераза  
БУЗ – бюджетное учреждение здравоохранения  
БК – болезнь Крона  
БП ЯК – быстро прогрессирующий язвенный колит  
ВАШ – Визуально-аналоговая шкала  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ВПК – военно – промышленный комплекс  
«Д» учет – диспансерный учет  
ИМТ – индекса массы тела  
КТ – компьютерная томография  
КЖ – качество жизни  
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности  
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности  
ЛТ – личностная тревожность  
ЛПУ – лечебно – профилактическое учреждение  
МП ЯК – медленно прогрессирующий язвенный колит  
МУЗ – муниципальное учреждение здравоохранения  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
МСЭК – медико-социальная экспертиза  
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция  
СРБ – с реактивный белок  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт  
ФГС – фиброгастроскопия  
ФКП – фекальный кальпротектин  
ХВЗК – хронические воспалительные заболевания кишечника  
ХС – холестерин  
ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы  
ЦРБ – центральная районная больница

ЩФ – щелочная фосфатаза  
ЯК – язвенный колит  
ФФ – физическое функционирование  
РФФ – ролевое физическое функционирование  
Б – боль  
ОЗ – общее здоровье  
Ж – жизнеспособность  
СА – социальная активность  
РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование  
ПЗ – психическое здоровье.  
ВР (Bodily pain) – интенсивность боли  
ГН (General Health) – общее состояние здоровья  
МН (Mental Health) – психическое здоровье  
РФ (physical functioning) – физическое функционирование  
РЕ (Role-Emotional) – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональ-  
ным состоянием  
РП (Role-Physical Functioning) – ролевое функционирование, обусловленное фи-  
зическим состоянием  
СФ (Social Functioning) – социальное функционирование  
ВТ (Vitality) – жизненная активность





**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
МУАССИСАИ ФЕДЕРАЛИИ ДАВЛАТИИ БУЧАВИИ  
ТАЪЛИМИИ ТАҲСИЛОТИ ОЛИИ «АКАДЕМИЯИ  
ДАВЛАТИИ ТИББИИ ИЖЕВСК»**

УДК 616.348-002-07-089.168 (470.51)

**Неганова Ольга Андреевна**

**БЕҲТАРКУНОНИИ ТАШҲИС, ТАБОБАТ ВА БАРҚАРОРСОЗИИ  
КОМПЛЕКСИИ БЕМОРОНИ КОЛИТИ ЧАРОҲАТДОР ДАР  
ҶУМҲУРИИ УДМУРТИСТОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
номзади илми тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ

## Душанбе-2022

Тадқиқот дар кафедраи табиби умумӣ ва бемориҳои дарунӣ бо курси ёрии таъҷилии тиббии ФТИ ва ТБ-и Муассисаи давлатии бучавии таълимии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

**Роҳбари илмӣ:** **Чернишова Татьяна Евгеньевна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи табиби умумӣ ва бемориҳои дарунӣ бо курси ёрии таъҷилии ФПК ва МДБТО «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

**Мушовири илмӣ:** **Стяжкина Светлана Николаевна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи чарроҳии факултативии МДБТТО «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

**Муқарризи расмӣ:** **Мосина Лариса Михайловна** – доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи муолиҷаи госпиталии МФДБТ МО «Донишгоҳи миллии тадқиқотии давлатии ба номи Н.П. Н.П. Огарёва»

**Авезов Сайфулло Абдуллоевич** – доктори илмҳои тиб, корманди калони илмӣ, шуъбаи цигару-панкреалии МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология»-и ВТ ҲИА ҚТ

**Муассисаи тақриздиханда:** Муассисаи хусусии таълимии таҳсилоти олии «Донишгоҳи тиббии «Реавиз»»-и ш. Саратови Федератсияи Россия

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2022 соати \_\_\_\_\_ дар чаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-008-и назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Нишонӣ: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139. [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992 918724088.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2022 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ**  
**Шӯрои диссертатсионӣ**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамияти мавзӯи тадқиқот.** Бемории илтиҳобии рӯда ё БИР мушкилоти мубрами тибби клиникии муосир ба ҳисоб меравад (Абдулхақов С.Р., Абдулхақов Р.А., 2009; Е.А.Белоусова 2018; Harbord M., Annase V., Vavrucha S. et al., 2015, 2019). То ҳол таърихи пайдоиш ва патогенези колити захмдор равшан маълум нест ва саволҳои зиёдеро ба миён мегузорад, ки дар айни замон ҷавоби якхела надоранд. Дар “Дастурҳои клиникӣ оид ба ташҳис ва табобати колити захмдор (2020)” муайян гардидааст, ки “колити захмдор» ҳамчун бемории музмини рӯдаи ғафс бо илтиҳоби иммунии луобпардаи он тавсиф мешавад” таъкид карда мешавад, ки “беморӣ дар натиҷаи омезиши якҷанд омилҳо инкишоф меёбад, ки ба ин омилҳо, аз ҷумла тамоюли ирсӣ, нуқсонҳои масунияти модарзодӣ ва гирифташуда, микрофлораи рӯда ва омилҳои муҳити зист дохил мешаванд.

Бақайдгирии афзояндаи бемории колити захмдор дар ҷаҳон ва дар кишвари мо ин мушкилотро на танҳо барои гастроэнтерологияи муосир, балки барои клиникаи бемориҳои дарунӣ ва ҷарроҳии шикам низ ниҳоят муҳим мегардонад.

Тадқиқотҳои, ки дар тамоми ҷаҳон гузаронда мешаванд, ба аҳамияти иҷтимоии ин беморӣ: зиёд шудани бақайдгирии ин беморӣ дар кӯдакон ва клиникаи бемориҳои дарунӣ, маъюбшавии беморони синнусоли қобили меҳнат диққату эътибори махсус додаанд.

Сатҳи беморшавӣ ба колити захмдор (КЗ), тавре ки дар «Тавсияҳои клиникӣ оид ба ташҳис ва табобати колитҳои захмдор» нишон дода шудааст, дар соли 2020 аз 0,6 то 24,3 ҳолат ба 100,000 нафар аҳолиро ташкил медиҳад. Сатҳи баландтарини бемории БИР солҳои охир (2010-2019) дар Шветсия (38,3 ҳолат ба 100 000 аҳоли), Финляндия (26,2 ҳолат ба 100 000 аҳоли) ва дар Венгрия (23 ҳолат ба 100 000 аҳоли) ба қайд гирифта шудааст. Дар байни кишварҳои Аврупои Русия аз рӯи паҳншавӣ дар ҷои 10-ум қарор дорад. Вобаста ба он, ки сатҳи баландтарини гирифтورشавӣ ба колитҳои захмдор дар Финляндия ва Маҷористон ба қайд гирифта шудаанд ва миллати титулии онҳо ба гурӯҳи фин-угорҳо тааллуқ доранд, пешгӯии беморшавӣ дар Удмуртистон, ки аҳолии асосии он низ ба ин гурӯҳ дохил мешавад, ояндадор аст (Абдулхақов С.Р., Абдулхақов Р.А., 2009; Е.А.Белоусова 2018; Harbord M., Annase V., Vavrucha S. et al., 2015, 2019).

Афзоиши солонаи бемории илтиҳобии рӯдаҳо ба ҳисоби миёна дар ин кишварҳо дар охири соли 2019 ба 100 000 аҳоли 20 ҳолатро ташкил додааст. Ба ҳисоби миёна дар давоми 40 соли охир, сатҳи беморӣ шаш маротиба афзоиш ёфтааст (Даниел Дж.Штайн, 2018).

Афзоиши босуръати басомади бақайдгирии бемориҳои илтиҳобии рӯдаҳо дар Русия ба қайд гирифта шудааст, ки он дар байни кишварҳои Аврупо дар ҷои 10-ум ҷойгир шуда, ба 100 000 аҳоли 5,1 нафарро ташкил медиҳад. Тавсифоти демографӣ-иҷтимоии намудҳои ҷараёнбӣ ва самарайи муолиҷаи бемориҳои илтиҳобии рӯдаҳо аз тарафи Е.А.Белоусова Белоусова бо ҳаммуаллифон таҳлил ёфта, соли 2018 дар Алманахи тибби клиникӣ муаррифӣ шудааст (Е.А.Белоусова, Д.И. Абдулганиева, О.П. Алексеева, С.А. Алексеенко, 2018).

Бисёр омилҳои, ки дар инкишоф ва пешравии колитҳои захми рӯда (тамоюли ирсӣ, нуқсонҳои масуният ва микрофлораи рӯда, омилҳои муҳити зист ва ғайра) иштирок мекунанд, тавачҷуҳи амалиро ба арзёбӣ ва нақши онҳо дар ташаккули ил-

тиҳоби музмини иммунии рӯдаи ғафси луобдор бо инкишофи хуручи аутоиммунӣ ба рӯдаи луобдор дар заминаи вайроншавии тавозуни низоми масунии модарзодӣ ва мутобиқшавӣ муайян мекунад. (Бикбавова Г.Р. с соавт., 2020-2022; Стяжкина С.Н. с соавт., 2020-2022; Шендеров Б.А. с соавт. 2018; Mutaguchi M et al 2019; Novacki T. et al., 2018).

Маълумотҳо дар бораи патогенези ба чинс вобастагӣ доштани колити захмдор аз ҷониби гурӯҳи тадқиқотӣ оид ба гастроэнтерология ва ғизои Департаменти тибби клиникии Донишгоҳи Арктикии Норвегия дар Тромсё таҳти роҳбарии Н. Таман пешниҳод гардидааст. Ин натиҷаҳо метавонанд барои таҳияи стратегияҳои фардии табобати колити захмдор дар оянда муфид бошанд.

Дар радифи фарзияи иммунологии колити захмдор, таҳлили нақши микробиотаҳо, пептидҳои зиддимикробӣ, микроРНК-ҳо дар рушди илтиҳоби аутоиммунӣ ҷолиб аст. Концепсияи нақши микробиотаҳо - маҷмӯи микроорганизмҳо ҳамчун ҷузъи хатмӣ дар ҳаёти муқаррарии инсон, як самти нав ва ояндадор барои ошкор кардани патогенези колити захмдор мебошад (Лоранская И.Д., 2018; Сорокин А.Н. 2019; Шендеров Б.А., Юдин С. М., Загайнова А.В., 2018)

Масъалаи нақши микрофлораи рӯда дар мушкилоте, ки дар беморон пас аз колонпроктэктомия ба вучуд меоянд, ҳалношуда боқӣ мемонад. Ин масъала таҳлили махсусро талаб мекунад, зеро ҷаррохон — колопроктологҳо солҳои охир нишондодҳо баро гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ хеле васеъ кардаанд.

Арзёбии омилҳои хавфи КЗ аз мавқеи фарзияҳои иммунологӣ ва гигиении патогенези беморӣ ва фарзияи якҷанд сол пеш пешниҳоднамудаи «дӯстони пешина» таваҷҷуҳи махсусро талаб мекунад» (Н. Okada , 2010 год ).

Сифати зиндагии беморони гирифтори колити захмдор аз омилҳои сершумор: хусусиятҳои иҷтимоӣ, инфиродӣ, типологӣ, клиникии ҷараёни беморӣ, дараҷаи коморбиднокӣ ва мултиморбиднокӣ вобастагӣ дорад ва бо мурури замон дар раванди мутобиқшавии «одат» ба ҳолати худӣ мумкин аст тағйир ёбад. Дар адабиёт оид ба омӯзиши сифати ҳаёти беморон, танҳо ба баъзе ҷанбаҳои он эътибор дода шудааст, ки бо назардошти хусусиятҳои ҷараёни беморӣ ва синнусоли беморон тадқиқоти ҳамачонибаро мубрам мегардонад (Бандал В.Е., 2021); Третьякова Ю.И., Циммерман И.Я., Щекотов В.В., 2014; Чернышова Т.Е., Вареник Е.Ю., Валинуров А.А., Стяжкина С.Н., 2020)

Ин масъаларо нисбатан мукаммалтар ва амиқ дар Донишгоҳи давлатии тиббии Қазон Е.В. Бодрягина бо ҳамкориҳои Д.И. Абдулганиева ва К.К.Яхт мавриди таҳқиқ қарор додаанд. Муҳаққиқон оид ба нақши асосии ҳолати психоэмотсионалии беморон ва таъсири он ба сифати зиндагии онҳо далелҳои эътимодбахшро пешниҳод кардаанд.

Таъсири машрубот ва никотин, ки дар солҳои охир ғаёлона муҳокима карда мешавад, таваҷҷуҳи зиёд дорад (Бикбавова, Г.Р., М.А. Ливзан, В.И. Савалкин, 2019). Саволе боқӣ мемонад - ҳар кадоми онҳо чӣ нақш мебозанд: муҳофизатӣ ё иғвоангез?

Камбудии чиддии расондани ёрии тиббӣ ба ин категорияи беморон дер муайян кардани ташхиси ибтидоии беморӣ ва оризаҳои он мебошад.

Ин мушкилот дар Ҷумҳурии Удмуртистон бо баъзе норасогӣҳо дар ташкили ёрии тиббӣ, аз ҷумла муоинаи диспансерӣ дар ду соли охир дар робита ба пандемияи COVID-19 алоқаманд мебошад. Барои барҳам додани ин норасогӣ таҳияи алгоритмҳои ташхис ва ба назар гирифтани хусусиятҳои минтақавӣ, тартиби дақиқи

расонидани ёрӣ ва роҳнамоии дурусти беморон дар марҳилаҳои гуногуни расонидани он зарур мебошад.

Таҳия ва коркарди ҷанбаҳои ташкилии идоракунии беморон, аз ҷумла ташкили марказҳои минтақавӣ ва шаҳрии БИР (иттиҳодияи мутахассисон ва захираҳои тандурустӣ дар заминаи муассисаҳои тиббӣ бо мутахассисоне, ки бо самти БИР шиносанд) муҳим мебошад. Танҳо бархӯрди якҷоя тавассути линзаи бисёрсоҳавӣ имкон медиҳад, ки стратегияи қорӣ инфиродӣ барои табобати барвақтӣ таҳия карда шавад, чараёни беморӣ тағйир дода ва сифати зиндагии беморон беҳтар карда шавад (Бикбавова Г.Р., Ливзан М.А., Совалкин В.И., 2019-2021; В.Т. Ивашкин. 2009; Лазебник Б.Л., Лычкова А. Э., Михайлова З.Ф., 2012).

Дар Марказ ва/ё диспансер бояд мутахассисони соҳаи тиб ва захираҳо, инчунин гастроэнтерологҳо, колопроктологҳо, эндоскопистҳо, морфологҳо, мутахассисони усулҳои ташхиси радиатсионӣ, ки бо мавзӯи IBD шиносанд, муттаҳид карда шаванд. Дурнамои шомил намудани равншиносони клиникӣ, диетологҳо ва нутритсиологҳо ба ҳайати мутахассисони ин марказҳо баррасӣ мешавад.

### **Дарачаи коркарди илмӣ-проблемаи таҳқиқшаванда.**

Солҳои охир, дар дастури нишондодҳои ватанӣ ва байналмилалӣ оид ба колитҳои захмдор ва иммунопатогенези он, нақши микробиотаи рӯда дар патогенези КЗ ва дурнамои ислоҳи онҳо ишораҳо карда мешаванд. Таҳлили хусусиятҳои профили иммунологии беморони гирифтори чараёни зудаҷирандаи КЗ (КЗ 3А)-и зуд-зуд такрорёбанда дар заминаи муолиҷаи ҳаммонанди КЗ 3А ва ҳангоми такрорёбиҳои ниҳоят кам бо ремиссияҳои зиёда аз 6-моҳа ва чараёни сустҷирандаи (СА КЗ) беморӣ муҳим ба назар мерасанд. Муайян кардани омилҳои хавф, ки чараёни КЗ-ро муайян мекунанд ва баҳодиҳии нишондодҳои терапияи иммуномодуляторӣ муҳим аст. Меъёрҳои арзёбии самаранокии он ва муайян кардани давомнокии иммунокоррекция шарҳу тавзеҳро талаб мекунанд.

Ҳадафи муҳимтарини беҳтаркунонии барқарорсозии беморони гирифтори колити захмдор баланд бардоштани сифати ҳаёт бо назардошти сахми омилҳои иҷтимоӣ, инфиродии типологӣ, оризаҳои ҳуди беморӣ, бемориҳои ҳамроҳ ва равшан кардани хусусиятҳои чараёни ба он алоқаманд мебошад. Ҳангоми колитҳои захмдор, таъсири мутақобилаи биопсихосотсиалии сикли «стресс- колити захмдор» ба таври зарурӣ омӯхта нашудааст. Равшан маълум нест, ки оё системаи ҳозима як узви мавриди ҳадаф ва "қурбони"-и стресси музмин ва нақши вайроншавии дарозмуддати сифат ва речаи ғизо аст. Муҳим он аст, ки омилҳои хавфи тағйирёбанда ва тағйирнаёбандаи колитҳои захмдор бо тавачҷӯҳ ба хусусиятҳои минтақавӣ ва таъсири онҳо ба чараён ва суръати авҷгирии беморӣ равшан карда шаванд. Мавқеҳои дар боло зикршуда барои ташаккули ҳадаф ва вазифаҳои тадқиқот ҳамчун шартҳои асосӣ хизмат намуданд.

### **Робитаи тадқиқот бо барномаҳои илмӣ-тадқиқотии донишгоҳ:**

Қорӣ диссертатсионӣ қисми ҷудонашавандаи тадқиқоти ба нақша гирифташудаи Муассисаи давлатии таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии касбии «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Русия буда, тибқи барномаи илмӣ-тадқиқотии соҳавӣ № 3-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия «Ташхис ва табобати бемориҳои патологияи рӯдаи меъдаю рӯда бо истифода аз технологияҳои нави тиббӣ» анҷом дода шудааст.

Тадқиқоти диссертатсионии пешниҳодшуда дар доираи супориши давлатии тадқиқотӣ: «Беҳтаркунонии ташхис, табобат ва барқарорсозии комплекси беморо-

ни гирифтори колити захмдор дар Ҷумҳурии Удмуртистон» анҷом дода шудааст. Мавзӯи тадқиқот беморони гирифтори колити захмдор мебошанд, ки дар Удмуртистон зиндагӣ мекунанд ва ба «Рӯйхати ҷумҳуриявии беморони гирифтори бемориҳои музмани илтиҳобии рӯда» дохил карда шудаанд.

Тадқиқот дар кафедраи табибони умумӣ ва бемориҳои дарунӣ бо курси ёрии таъҷилии тиббии ФТИ ва ТБ-и Муассисаи давлатии бучавии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия дар давраи солҳои 2017 -2020 гузаронида шуд. Кори диссертатсионӣ ба усулҳои таъхисии муосири колитҳои захмдор ва принсипҳои тибби исботшуда асос ёфтааст. Натиҷаҳои таҳқиқот тасаввуротро оид ба сохтори этиологӣ, омилҳои хавфи инкишофёбӣ, зухуроти клиникӣ ва таъхисии колитҳои захмдор дар Ҷумҳурии Удмуртистон амиқтар мегардонанд. Комплекси таъхисӣ истифодаи тадқиқоти умумии клиникӣ, биохимиявӣ, клиникӣ ва функционалӣ, таъхисии рентгениро дар 101 беморони гирифтори колитҳои захмдори аз 18 то 80 сола, ки ба шӯъбаи муолиҷавии МБТ ҶУ Беморхонаи клиникӣ шаҳрии № 9 ВТ ҶУворид гашта буданд, пешбинӣ менамуд. Таъхисии тадқиқот аз ҷониби Кумитаи этикаи МД ММТ ҶУ тасдиқ шудааст (протоколи №698 аз 01.12.2020)

### **Тавсифоти умумии кор.**

**Мақсади тадқиқот.** Беҳтаркунонии таъхис, табобат ва офиятбахшии беморони гирифтори колити захмдор дар Ҷумҳурии Удмуртия бо назардошти омилҳои хавф ва дараҷаи бемории ҳамроҳ.

#### **Вазифаҳои тадқиқот:**

1. Омӯзиши бемории КЗ дар Удмуртистон ва омилҳои хавфи минтақавӣ.
2. Гузаронидани арзёбии патологияи дохилии беморони КЗ, таҳлили омилҳои хавфи ислоҳшаванда ва ислоҳнашаванда, таъсири полиморбидӣ ба сифати ҳаёт ва пешгӯии чараёни беморӣ.
3. Тавсифоти сифати зиндагии беморони КЗ, аксуламалҳои рафтор (ҳолати психоэмотсионалӣ ва тарзи ҳӯрокхӯрӣ) ва нақши онҳо дар чараёни беморӣ. Асосноккунии дурнамои ислоҳи онҳо дар қори Мактаби беморони БИР ва telegram- канали беморони гирифтори колити захмдор.
4. Таъхисии тактикаи назорати диспансерии беморони гирифтори колити захмдор бо назардошти вазъи иммунологӣ, асоснок кардани дурнамои дохил намудани муолиҷаи ситокинӣ ба барномаи офиятбахшии беморон

**Объекти тадқиқот** – беморони гирифтори колити захмдор, ки дар Удмуртистон зиндагӣ мекунанд ва ба «Феҳристи ҷумҳуриявии беморони гирифтори бемориҳои музмани илтиҳобии рӯда» дохил карда шудаанд. 101 нафар беморони гирифтори колити захмдор қарор доштанд, ки аз онҳо 68,32% (69 нафар) мардони синнусоли миёнашон 52,6+16,8 ва 31,68% (32 нафар) занони синнусоли миёнашон 51,5+14,2 буданд.

**Мавзӯи тадқиқот** омӯзиши сохтори этиологӣ ва басомади ҳолатҳо, сабабҳои минтақавии инкишоф, зухуроти клиникӣ ва таъхисии колитҳои захмдор буд.

**Навгонии илмӣ.** Бори аввал беморӣ ва рафти КЗ дар Ҷумҳурии Удмуртистон омӯхта шуд, ки ин имкон дод омилҳои хавфи ислоҳшаванда ва ислоҳнашавандаи инкишофи беморӣ муайян карда шаванд.

Пешгӯиҳои номатлуб (зудавҷгиранда) ва пешгӯии нисбатан мусоидтари (суствавҷгиранда) беморӣ муайян карда шуданд. Вариантҳои бештар ба қайд гирифташудаи бемориҳои ҳамроҳшаванда муайян карда шуданд, ки имкон доданд робитаи

бемориҳои берун аз рӯда бо хусиятҳои ҷараёни КЗ арзёбӣ карда шавад.

Усулҳои нави арзёбии пешгӯии ҷараёни колитҳои захмдор пешниҳод карда шудаанд, ки онҳоро ба осонӣ дар амалияи клиникӣ ҷорӣ кардан мумкин аст: тарзи хӯрокхӯрӣ, нишондиҳандаҳои профили иммунологӣ ва ҳолати равонии беморон, дурнамои арзёбии динамикии сатҳи калпротектин, ки имкон медиҳад рафти беморӣ пешгӯӣ карда, самараи муоинаи тиббии беморон баланд бардошта шавад.

**Аҳамияти назариявӣ илмӣ ва амалии тадқиқот.** Бори аввал зухурот ва ҷараёни бемории колити захмдори КЗ дар ҷумҳурии Удмуртистон омӯхта шуд, ки имкон медиҳад ташхис, табобат ва барқарорсозии он беҳтар карда шавад. Далелҳои гуногунрангии солимии равонӣ, муҳити иҷтимоӣ ва сифати зиндагии беморон бо суръати гуногуни авҷгирии беморӣ оварда шудаанд, ки имкон медиҳад хусусиятҳои ҷараёни он ва ислоҳи табобат пешбинӣ карда шавад.

Аҳамияти пешгӯии синнусоли беморон ҳангоми зухуроти колити захмдор ва робитаи он бо хусусиятҳои ҷараёни беморӣ тасдиқ карда шуд. Далелҳои пешниҳод карда шудаанд, ки беморони дорои сатҳи баланди изтироб ва рафтори хашмгин дар хатари зудавҷгирии босуръати беморӣ қарор доранд ва ба муоинаи мақсадноки диспансерӣ бо ислоҳи равонӣ ниёз доранд.

Дурнамои ворид намудани усулҳои нави иммунокоррекция – муолиҷаи ситокинӣ ба барномаҳои барқарорсозӣ асоснок карда шудааст, ки имкон медиҳад шумораи оризаҳо, муҳлати корношоямии муваққатӣ, хатари пайдоиши малигнизатсия ва хунравӣ кам карда шавад.

Бори аввал дар Удмуртистон барномаи Маркази барқарорсозии бемориҳои музмини илтиҳобии рӯда дар Ижевск таҳия ва дар ниғаҳдории амалии тандурустӣ татбиқ карда, дохил намудани муолиҷаи ситокинӣ ба речаи муолиҷаи беморони гирифтори бемории КЗ, ки коморбиднокии баланд доранд, аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок карда шуд.

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳод шаванда:**

1. Дар Удмуртистон дар давоми 7 сол 2,7 баробар зиёд шудани шумораи беморони КЗ асосан, дар деҳот ва ноҳияҳои, ки барномаҳои барҳам додани комплекси ҳарбию саноатӣ ба амал бароварда мешаванд, ба қайд гирифта шуд.

2. Бемориҳои асосии ҳамроҳшаванда ҳангоми КЗ инҳоянд: бемориҳои аз тарафи рӯдаю меъда (100%), бемориҳои системаи гепатобилиарӣ 44,2 муқобили 22,4%, бо арзёбии коэффисиенти 0,289 муқобили 0,793, ОР (таносуби имконпазирӣ) - 0,365. Бемории буғумҳо ва сутунмӯҳра дар гурӯҳҳо дар 75% ҳолатҳо муқобили 26,5% бо баҳодиҳии коэффисиенти 0,361 муқобили 3000, РР - 0,120 ба қайд гирифта шудааст. Бемориҳои низоми эндокринӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ 4,0% муқобили 40,4% бо ОШ 0,043 муқобили 0,677, ОР 0,063 буд. Бемориҳои низоми дилу рағҳо дар КЗ-и СА дар 16,3% беморон нисбат ба 21,2%, ОР - 0,195 ба қайд гирифта шудаанд. Ҳангоми БИР –и 3А, 25% бо оризаи хос - диабети стероидӣ ташхис карда шуд.

3. Пешгӯиҳои асосии суръати авҷгирии КЗ инҳоянд: ихтилоли психосоматикӣ (50-70%), ихтилоли ҳолати иммунӣ, мушкilotи муносибатҳои байнишахсӣ дар ҷои кор ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ) ва дар оила ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), ғизои номуназзами навъи маҳдудкардашуда (50-60%); амалиёти ҷарроҳии қаблӣ ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ), ки ба системаи масуният таъсири супрессивӣ доранд. Суръати авҷгирии КЗ ба синнусоли зухуроти беморӣ вобаста аст: КЗ-и зудавҷгиранда дар беморони синнашон 21-35 сола зухур пайдо мекунад, синну соли беморони КЗ-и суставҷгиранда бошад одатан аз 60 сола

боло аст.

4. Ҷузъи муҳими самаранокии барномаҳои барқарорсозии беморони КЗ ислоҳи ҳолати психосоматикии беморон, ислоҳи ғизо мебошад.

5. Дохил намудани муолиҷаи ситокинӣ (доруи Ронколейкин) ба барномаи офитбаҳшии беморони гирифтори КЗ аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок буда, имкон медиҳад, ки ремиссияи клиникаи дарозмуддати беморӣ ба даст оварда шавад.

#### **Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия**

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия бо эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои тадқиқот ва маводи нашршуда тасдиқ карда мешавад. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмии натиҷаҳои тадқиқот асос ёфтаанд.

#### **Мутобиқати рисола ба шиносномаи ихтисосҳои илмӣ**

Рисолаи диссертатсионӣ аз рӯи мақсади гузошташуда, вазифаҳои ҳалшуда ва натиҷаҳои бадастомада ба бандҳои 2, 3, 5-и шиносномаи ихтисоси 14.01.04 – бемориҳои дарунӣ мувофиқат мекунад.

Тибқи «Шиносномаи ихтисоси «Бемориҳои дарунӣ» дар рисолаи диссертатсионӣ омилҳои хавфи колитҳои захмдор бо назардошти омилҳои минтақавӣ, робита ва таъсири онҳо ба патогенези колитҳои захмдор ва ташаккули хусусиятҳои ҷараёни он таҳлил карда шудаанд: колитҳои зуд ва сустҷараёнбанда. Дар қори диссертатсионӣ усулҳои тадқиқоти клиникӣ, лабораторӣ, радиатсионӣ, иммунологӣ, эндоскопӣ, морфологӣ ва биохимиявӣ истифода шудаанд.

Далелҳо дар бораи самаранокӣ ва дурнамои ворид кардани профили иммунологӣ барои беҳтаркунонии табобати колитҳои захмдор оварда шудаанд. Дар беморони гирифтори колити захмдор такмил ва беҳтаркунонии тадбирҳои табобатӣ бо далелҳои дурнамои дохил кардани иммунокоррекция ба барномаҳои барқарорсозии беморон алоқаманд аст.

#### **Санҷиши қор ва маълумот дар бораи натиҷаҳои татбиқи онҳо.**

Натиҷаҳои қор дар Ҷамъиятҳои ҷумҳуриявии терапевтҳо, ҷарроҳон, проктологҳо (солҳои 2018-2020); дар конференси байниминтақавии «Духтур ва бемор», (2019, Ижевск); дар конференси байналхалқӣ бахшида ба 100-солагии рӯзи таваллуди академик Е. Вагнер (Перм, 2019); дар Конгресси II ҷарроҳони вилояти Поволже (Нижний Новгород, 2019); дар симпозиуми умумирусиягии «Хонишҳои Калининӣ» (Саранск, 2018); дар 73-умин конференси илмию амалии донишҷӯён ва олимони ҷавон бо иштироки байналмилалӣ дар мавзӯи «Мушкilotи мубрами тибби муосир» (Самарқанд, 2019); Ҷаласаи кушоди умумирусиягӣ бо иштироки байналмилалӣ дар мавзӯи «Рушди тибби барқарорсозӣ ва курортология дар вилояти Калининград: дурнамо ва афзалиятҳо» (Калининград, 2020); Конференси илмию амалии байниминтақавӣ оид ба таҷрибаи истехсолӣ (Ижевск, 2021) пешниҳод ва муҳокима гаштаанд.

Апробатсияи қор дар ҷаласаи комиссияи экспертии байникафедравӣ фанни терапияи Муассисаи давлатии бучавии таълимии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия гузашт (ш.Ижевск, 2 июли соли 2020) протоколи №5.

#### **Саҳми шахсии муаллиф дар тадқиқот барои дарёфти дараҷаи илмӣ:**

Саҳми муаллиф дар банақшагирӣ, ташкил ва гузаронидани тадқиқот, муоинаи клиникӣ ва мушоҳидаи беморон ифода меёбад. Муоина ва назорати беморон шахсан дар шӯъбаҳои клиникӣ, муолиҷавӣ ва ҷарроҳии беморхонаи клиникаи шахрии №9, шӯъбаи колопроктологияи беморхонаи клиникаи 1-уми ҷумҳуриявӣ гузаронида



шуд. Дар ин муассисаҳо машғулиятҳо дар назди «Мактаби беморони гирифтори колити захмдор ва бемории Крон» гузаронида шуданд. Коркарди омории натиҷаҳо, таҳияи нащрияҳо оид ба мавзӯи рисола мустақилона таҳия карда мешавад.

**Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯи натиҷаҳои мавзӯи диссертатсия 20 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 10 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст, як патент ба ихтироот №2021129808/14 (062318) ва 2 шаҳодатномаи пешниҳоди навоарӣ ба даст оварда шудааст.

#### **Ҳаҷм ва сохтори рисола:**

Рисола дастнависи русӣ дар ҳаҷми 167 саҳифаи мошини чопӣ буда, аз муқаддима, 6 боб, хулоса, тавсияҳои амалӣ, рӯйхати адабиёт иборат аст. Тадқиқот бо 28 расм, 12 сурат, 15 ҷадвал оро дода шудааст. Адабиёт 205 сарчашмаро дар бар мегирад, ки аз он 123-тоаш ватанӣ ва 82-тоаш муаллифони хориҷӣ мебошанд.

### **МУНДАРИҶАИ ТАДҚИҚОТ**

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Кори диссертатсионӣ тадқиқоти илмии бунёдиеро дар бар мегирад, ки натиҷаҳои он ба беҳтар кунонидан ташхис, табобат ва барқарорсозии беморони гирифтори КЗ имкон фароҳам оварданд. Дар тадқиқот усулҳои умумии тадқиқоти эмпирикӣ ва усулҳои махсус (анкетаҳои тасдиқшуда, лабораторӣ-инструменталӣ ва морфологӣ), усулҳои математикӣ (оморӣ) истифода бурда шуданд.

Тархрезии ин тадқиқот омӯзиши муқоисавӣ, ғайритасодуфӣ, тавсифии ду гурӯҳи беморон мебошад: бо курси суставҷиранда (КЗ- СА) ва зудавҷирандаи (КЗ-и ЗА) колитҳои захмдор.

Тадқиқот дар 3-марҳила гузаронида шуд.

Дар марҳилаи аввал омӯзиши якҷаҳзаинаи типӣ «ҳолат - назорат» бо таҳлили маводи бойгонӣ ва натиҷаҳои татбиқи ПНП «Тандурустӣ» дар Удмуртистон дар солҳои 2009-2019, арзёбии паҳншавии КЗ дар ҷумҳурӣ ва аниқ кардани ноҳияҳое, ки ин бемори дар онҳо бештар ташхис гаштааст, гузаронида шуд. Бо усули интихоби тасодуфӣ 2 гурӯҳи беморон ташкил карда шуданд: КЗ-и зудавҷиранда (51 нафар) ва суставҷиранда (50 нафар). Гурӯҳҳо аз рӯи вазъи оилавӣ ва иҷтимоӣ, табобат бо мавриди тиббӣ муқоиса карда шуданд.

Дар марҳилаи дуюм тадқиқоти муқоисавии клиникӣ назоратшаванда бо арзёбии клиника, сифати ҳаёт, бемориҳои ҳамроҳ ва хусусиятҳои ҷараёни КЗ, вазъи иммунологӣ ва равонӣ дар КЗ-и ЗА ва КЗ-и СА гузаронида шуд.

Дар марҳилаи сеюм, дурнамои дохил шудан ба барномаҳои барқарорсозии муолиҷаи ситокинӣ (доруи Ронколейкин) арзёбӣ карда шуд. Барномаи офиятбахшии беморони гирифтори колити захмдор таҳия ва санҷида шуд, ки он аз усулҳои ислоҳи вайроншавиҳои мутобикшавии биопсихосиалӣ, тарзи хӯрокхӯрӣ ва рафтори ба стресс алоқаманд иборат аст.

Ба барномаи омӯзиш арзёбии таърихи ҳаёт, хусусиятҳои иҷтимоӣ, таърихи беморӣ, муоинаи ҷисмонии беморони гирифтори КЗ; усулҳои ташхиси лабораторӣ ва инструменталӣ бо ташхиси ситологӣ ва гистологии маводи биопсияи луобпардаи меъда, рӯдаҳои борик ва ғафс ворид карда шуданд. Тадқиқот аз ҷониби Кумитаи этикаи Академияи давлатии тиббии Ижевски Вазорати тандурустии Федератсияи

Русия тасдиқ карда шуда буд. Ҳар як бемор варақаи розигии огоҳшударо барои иштирок дар таҳқиқот имзо кард.

**Марҳилаҳои тадқиқот.** Диссертатсия давра ба давра навишта шудааст. Дар марҳилаи аввал мо адабиётҳои ба ин проблема алоқамандро омӯхтем. Баъд мавзӯ ва мақсади рисола ба шакл дароварда шуд. Сипас омилҳои асосии хавфи пайдоиши колитҳои захмдор омӯхта, таҳлили муқоисавии аломатҳои асосии клиникӣ, ҳолати функционалии рӯдаи ғафс, параметрҳои иммунологии хун, КТ, СКТ, колоноскопия, натиҷаҳои тадқиқотҳои рентгенӣ, томографияи компютерӣ ва магнитӣ-резонансӣ, таҳқиқоти лабораторӣ, параметрҳои патоморфологӣ, иқтибосҳо аз таърихи бемориҳо ва варақаҳои амбулаторӣ омӯхта шуданд.

#### **Пойгоҳҳои асосии иттилоотӣ ва тадқиқотӣ**

Сарчашмаҳои асосии иттилоотӣ ва пойгоҳи тадқиқотӣ кафедраи табибони умумӣ ва бемориҳои дарунӣ бо курси ёрии таъҷилии тиббии ФТИ ва ТБ-и Муассисаи давлатии бучавии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия ба ҳисоб меравад. Дар тадқиқот маъхазҳои илмии 10 соли охири чи муаллифони ватанӣ ва чи хориҷӣ мавриди омӯзиш ва таҳлил қарор гирифтаанд.

**Меъёрҳои дохилшавӣ ба тадқиқот.** Меъёрҳои умумии дохилшавӣ ба тадқиқот: мавҷудияти ташҳиси собитшуда: Колитҳои захмдор дар беморони тахти назорати махсуси тиббӣ, розигии имзошудаи бемор.

**Меъёрҳои истисноӣ.** Меъёрҳои умумии истисноӣ: ҳомиладорӣ, истеъмоли маводи мухаддир, сӯйистеъмоли нӯшокии спиртӣ, сил, инчунин мавҷудияти бемориҳои шадиди вирусӣ, гепатити токсикӣ, ихтилоли шадиди дилу рағҳо (инфаркти шадиди миокард, ихтилоли шадиди хунгардиши мағзи сар) дар марҳилаи дохилшавӣ ба тадқиқот.

#### **Усулҳои оморӣ**

Коркарди омории маълумотҳои дар рафти тадқиқот гирифташуда дар компютери шахсӣ, инчунин бо истифода аз маҷмӯи нармафзори STATISTICA 6.0 (MATHEMATICA®, MATLAB®, HARVARDGRAPHICS®), STATSOFT (ИМА 1995) гузаронида шуд. Омори хаттии тавсифӣ бо ҳисоби таносуби воситаҳо, инхирофҳои стандартии санчиши Студент гузаронида шуд. Эътимоднокии фарқиятҳои клиникӣ, лабораторӣ ва психоэмотсионалӣ бо истифода аз меъёри дақиқи дучонибаи Фишер анҷом дода шуд. Дараҷаи моҳияти оморӣ  $p < 0,05$  гирифта шуд.

Ҳамагӣ 101 нафар беморон, аз ҷумла 69 зан ва 32 марди синнашон аз 18 то 80 сола бо ташҳиси собитшудаи КЗ муоина карда шуданд. Дар асоси хусусиятҳои ҷараёни беморӣ, суръати авҷгирии оризаҳо 2 гурӯҳ ташкил карда шуд: ба гурӯҳи асосӣ 50 бемор (41 зан ва 9 мард) бо бемории суставҷирандат, ба гурӯҳи муқоисавӣ 51 бемор (28 зан ва 23 мард) бо такрори зуд-зуд КЗ ва ташаккули босуръати оризаҳо дохил шуданд. Илова бар ин, 83 нафар беморон ба таври фосолавӣ барои возеҳ кардани омилҳои хавфи КЗ пурсиш карда шуданд.

Ҳисоб кардани миқдори зарурии мушоҳидаҳо мувофиқи формулаи зудпахншавии КЗ ва БК гузаронида шуд:

Шоҳиси полиморбиднокӣ бо истифода аз шоҳиси Чарлсон ва ҳисобкунаки CIRS-G (як варианти индекси муштараки ҳамроҳшавӣ) мутобиқи Миллер ва дигарон, 1992 (Pubmed id: 1594710) арзёбӣ карда шуд.

**Муоинаи умумии клиникӣ.** Таҳқиқотҳо тибқи тавсияҳои методи соли 2021 хадафмандона гузаронида шуданд. Таҳлили ирсият, инчунин тамоюл ба бемориҳои музмини илтиҳобии меъдаю рӯда, онкопатология гузаронида шуд. Мавҷудияти одатҳои бад, таърихи касбӣ, парҳез, речаи харрӯза арзёбӣ карда шуд.

Ташхиси лабораторӣ дар таҷҳизоти замонавии истеҳсоли ширкати Abbott (Олмон) гузаронида шуд.

Калпротектини фекалӣ (КПФ) тавассути таҳлили миқдории ферментҳои имуноферментӣ бо истифода аз антителоҳои поликлоналӣ муайян карда шуд. Намунаҳои наҷосат (1-2 г) ба лаборатория на дертар аз 4 соат пас аз дефекация дар як контейнери инфиродии стерилизатсияшуда оварда шуданд. Концентратсияи ФК бо микрограммҳо барои 1 г чен карда шуд; зиёда аз 100 мкг/г натиҷаи мусбати тадқиқот доништа шуд. Ҳангоми мавҷудияти нишонаҳои КЗ ва БК, концентратсияи ФК аз 60 то 1000 мкг / г фарқ мекунад.

Тадқиқотҳои иммунологӣ мувофиқи усулҳои стандартии Манчини гузаронида шуданд.

Ташхиси ултрасадои узвҳои ковокии шикам ва гурдаҳо дар дастгоҳи Esaote MyLab гузаронида шуд. Дар ҳамаи беморон сигмоидоскопия ва *колоноскопия* гузаронида шуд. Шарти ҳатмӣ чамбоварии намунаҳои биопсия аз ҳама қисмҳои рӯдаи ғафс (на камтар аз 2) ва рӯдаи тихигоҳ (ҳам зарардида ва ҳам солим) бо ташхиси минбаъдаи гистологии намунаҳои биопсия буд.

Сифати ғайримуқаррарии ҳаёт бо истифода аз саволномаи SF-36 арзёбӣ карда шуд. Вазъияти солимии равонӣ аз нуқтаи назари изтиробии вазъиятӣ ва шахсӣ - мувофиқи саволномаи Спилбергер-Ханин ва HAD (шкалаи изтиробии беморхона ва депрессия) муайян карда шуд. Аз хусуси сатҳи шиддатнокӣ аз рӯи нишондодҳои тести Басса-Дарки хулоса бароварда шуд. Шкалаи изтироб ва депрессияи HAD (Hospital anxiety and depression scale) – барои муайян кардани дараҷаи фишори эмотсионалӣ, ки бо зуҳури нобарорихҳои мавҷудаи соматикӣ алоқаманд аст, истифода бурда мешавад. Муқовимат ба стресс ва мутобиқшавии иҷтимоӣ бо усули Холмс ва Рахе - шкалаи психометрӣ арзёбӣ карда шуд (Holmes and Rahe, 1967).

Арзёбии речаи парҳез ва намудҳои ихтилоли тарзи хӯрокхӯрӣ - мувофиқи саволномаи "Арзёбии тарзи хӯрокхӯрӣ" - DQEB (Dutch Questionnaire of Eating Behavior - Dutch Eating Behavior Questionnaire).

Коркарди оморӣ бо истифода аз барномаи чадвали электронии Microsoft Excel сурат гирифт. Маълумотҳои, ки дар натиҷаи тадқиқот ба даст омаданд, бо усулҳои аз ҷумла қабулшудаи оморӣ вариатсия коркард карда шуданд. Бузургии миёнаи оморӣ (M), инҳирофоти стандартӣ (8) ва хатогии миёна (t) муайян карда шуд. Эътимоднокии фарқиятҳо дар бузургҳои миёна бо истифода аз усулҳои параметрии оморӣ (меъёри студент) арзёбӣ карда шуданд. Тафовут дар арзишҳои миёна дар  $p < 0,05$  (95% сатҳи моҳият) ва дар  $p < 0,01$  (99% сатҳи моҳият) эътимоднок ҳисобида шуд. Барои муайян кардани аҳамияти фарқиятҳо меъёри ғайрипараметрии Вилкоксон (T) барои маҷмӯҳои алоқаманд ва меъёри Вилкоксон-Манн-Уитни (U) барои маҷмӯи мустақил истифода шуд.

## НАТИҶАҲОИ ТАДҚИҚОТ

Дар сохтори эпидемиологии беморони гирифтори КЗ дар Удмуртистон афзоиши бемориҳо асосан дар шаҳрҳои саноатии чумхурӣ ва минтақаҳои, ки дар он ҷо барномаи нест кардани силоҳи химиявӣ амалӣ карда мешавад, ба қайд гирифта шудааст.

Тадқиқоти гузаронидашуда мавҷудияти ду қуллаи синнусолии бемориро тасдиқ кард: дар ҷавонони синни қобили меҳнат (18-40 сола) ва калонсолон (55 сола ва калонтар) бо хусусиятҳои хоси ҷараёни беморӣ. Зухури КЗ-ро дар синни ҷавонӣ ҷараёни зудавҷгиранда, бемории баланд, ихтилоли намоёни психоэмотсионалӣ ва иммунологӣ ҳамроҳӣ мекунад. Барои беморони бо зухури КЗ дар пиронсолӣ ҷараёни суставҷгиранда бо нишондиҳандаҳои мусоиди сифати ҳаёт, параметрҳои иммунологӣ ва психоэмотсионалӣ хос мебошад.

Нақши омилҳои ирсӣ дар патогенези КЗ бо алоқамандии бартаридоштаи ирсият тавассути риштаи модарӣ (зан) (беморони хати 1-3-и риштаи хешутаборӣ) тасдиқ карда шуд. Басомади баланди (зиёда аз 80%) вайрон кардани парҳез ва тарзи хӯрокхӯрӣ ошкор карда шуд, ки ин метавонад яке аз омилҳои рушди КЗ бошад. Нақши муносибатҳои байниҳамдигарӣ дар оила, дар ҷои кор, махсусан ҷараёни беморӣ ва сифати зиндагии беморон ба қайд гирифта шуд. Дарачаи стресс аҳамияти махсус дорад.

Ҳангоми омӯзиши таърихи беморӣ ва сабти амбулатории беморони гирифтори колити захмдор басомади равандҳои патологияи системаҳои гуногуни бадан (патологияҳои системавии берун аз рӯда) муайян карда шуд, ки аксар вақт колитҳои захмдорро ҳамроҳӣ мекунад ва авҷ гирифтани он сабаби авҷ гирифтани бемории колитӣ мебошад, ки ба суръати авҷгирии он таъсир мерасонад (Ҷадвали 1).

Чи хеле ки дар ҷадвали 1 нишон дода шудааст, дар беморони гирифтори колити захмдор бемориҳои ҳама системаҳои, ки дар тадқиқот таҳлил карда шудаанд, ҳамроҳӣ доштанд. Дар ин росто басомади бақайдгирии иштирок дар раванди патологияи бемориҳои ҳамроҳ дар колитҳои захмдори зудавҷгиранда намоёнтар ба назар мерасид.

Бемориҳои меъдаю рӯда дар ҳамаи беморон (100%) ба қайд гирифта шудаанд. Басомади бақайдгирии бемориҳои низоми гепатобилиарӣ 44,2 муқобили 22,4%, ҳангоми арзёбии шонси 0,289 муқобили 0,793, О R – таносуби шонсҳо - 0,365-ро ташкил дод. Бемории буғумҳо ва сутунмӯҳра дар гурӯҳҳо дар 75% ҳолатҳо муқобили 26,5% бо арзёбии шонси 0,361 муқобили 3000, О R - 0,120 ба қайд гирифта шудааст. Бемориҳои низоми эндокринӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ 4,0% муқобили 40,4% бо OR 0,043 муқобили 0,677, О R 0,063 буд. Бемориҳои низоми дилу рағҳо ҳангоми КЗ –и СА дар 16,3% беморон муқобили 21,2%, OR - 0,195 ба қайд гирифта шудаанд.

#### **Ҷадвали 1.-Зухуроти системавии колитҳои захмдор**

Беморӣ	КЗ-и СА n-49		КЗ-и ЗА n- 52	
	n	% n	n	% n
<b>Бемориҳои гематологӣ: камхунии постгеморрагӣ ва В<sub>12</sub> – филиеводефитситӣ</b>	1	2,0	12	23,1
<b>Бемориҳои пӯст ва луобпардаи ковокии даҳон:</b>	2	4.0	23	44,2

<ul style="list-style-type: none"> <li>• стоматит, аз ҷумла стоматити афтозӣ</li> <li>• эритемаи гирехӣ</li> <li>• пиодермия, фурункулҳо</li> <li>• дигар оризаҳои пӯст, аз ҷумла псориаз</li> </ul>				
<b>Бемориҳои чашм:</b> Илтиҳоби пардаи чашм (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)	1	2,0	2	3,8
<b>Бемориҳои музмини шуш ва бронхҳо:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пневмосклероз, фибрози шуш</li> <li>• эмфиземаи шушҳо</li> <li>• бронхити музмин</li> <li>• Илтиҳоби шуши гузаронидашуда</li> </ul>	4	8,1	11	21,2
<b>Бемориҳои гастроэнтерологӣ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гастрити музмин, дуоденит</li> <li>• Бемории захми меъдаи ва рӯдаи 12- ангушта</li> <li>• ГЭРБ</li> </ul>	49	100	52	100
<b>Бемориҳои низоми гепатобилиарӣ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стеатогепатоз, стеатогепатит</li> <li>• холесистит</li> <li>• холангити ибтидоии склерозивӣ</li> </ul>	11	22,4	23	44,2
<b>Бемориҳои буғумҳо ва сутунмуҳра:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• спондилитҳои анкилозкунанда (сакроилеит)</li> <li>• артрит; сакроилеит</li> <li>• бемории сутунмуҳра</li> </ul>	13	26,5	39	75,0
<b>Бемориҳои эндокринӣ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• тиреоидити аутоиммунӣ</li> <li>• гипотиреоз, тиреотоксикоз</li> <li>• ҷоғари гирехӣ</li> <li>• диабетиканд</li> <li>• диабети стероидӣ</li> </ul>	2	4,0	21	40,4
<b>Бемориҳои музмини гурда</b>	0	0	2	3,8
<b>Бемориҳои дилу рағҳо:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• гипотонияи артериалӣ</li> <li>• гипертонияи артериалӣ</li> <li>• Бемориҳои дил (миокардит, перикардит, эндокардити септикӣ)</li> <li>• БИД</li> <li>• Бемории варикозӣ</li> <li>• Тромбози варидҳои музофотӣ</li> <li>• ТЭЛА</li> </ul>	8	16,3	11	21,2

Басомади бақайдгирии зухуроти асосии берун аз рӯдаҳои колитҳои захмдор, ки дар «Дастурҳои клиникӣ оид ба таъхис ва табобати колитҳои захмдор» 2017, 2020 оварда шудаанд, мавриди таҳлил қарор гирифтанд (ҷадвали 2).

#### Ҷадвали 2.- Зухуроти системавии колитҳои захмдор

Аутоиммунӣ, ки ба фаъолнокии беморӣ алоқамандӣ надоранд n, %n	Аутоиммунӣ, ки ба фаъолнокии беморӣ алоқамандӣ надоранд n, %n n, %n	Дар натиҷаи илтиҳоби давомнок ва вайроншавиҳои метаболикӣ бавучудомада n, %n
Артропатии: (артралгии, артрити)	41 40,6%	Сакроилеит 11 10,9%
		Холелитиаз 18 17,8%

Иллатёбии пӯст: (эритемаи гирехӣ, пидермияи гангренавӣ)	17 16,8%	Холангити ибтидоии склерозкунанда	1 0,99%	Стеатози чигар	8 7,9%
				Стеатогепатит	12 11,9%
Нуксон ва луобдорҳо: стоматити афтозӣ	8 7,9%	Остеопороз	32 31,7%	Тромбози варидҳои музофотӣ	9 8,9%
		Остеомалятсия	0	ТЭЛА	4 3,9%
Нуксонёбии чашм: увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит	3 2,9%	Псориаз	4 3,9%	Амилоидоз	0
Дар маҷмӯъ:	69 68,3%		48 47,5%		42 41,6%

Ҳамин тариқ, дар гурӯҳҳои мушоҳидавӣ, беморҳои аутоиммунӣ ва ғайрифайёла бештар ба қайд гирифта шуданд, ки онҳо тавре ки дар «Дастурҳои клиникӣ оид ба таъхис ва табобати колитҳои захмдор» 2017, 2020 оварда шудаанд. "Одатан беморҳои ҳамроҳи аутоиммунӣ номида мешаванд, ки новобаста аз марҳилаҳои бемории асосӣ ба пешравӣ майл доранд.

Аз гурӯҳи патологияи аутоиммунӣ, ки бо фаъолнокии раванд алоқаманд нест, остеопороз дар ҳар як ҳолати сеюм ба қайд гирифта шудааст, ки хоси минтақаи миёнаи Округи Федералии Поволжеа мебошад ва метавонад бо бемории аутоиммунӣ алоқаманд бошад. Дар тадқиқот ягон ҳолати остеомалятсия ва амилоидоз ба қайд гирифта нашудааст. Аз ҷаҳр бемори тромбоемболияи артерияи шушро (ТЭАШ) гузаронида, ки натиҷаи оризаи тромбози музофотии варидҳои музофотӣ буд, се ҳолат бо COVID 19-и қаблан гузаронида алоқаманд буданд.

Ҳангоми арзёбии беморҳои ҳамроҳшаванда беморҳои меъда ва чигари бо синдроми малабсорбсия ва малдигестия таваҷҷӯҳи махсусро талаб мекунад. Ҳангоми арзёбии беморҳои ҳамроҳшаванда қайд карда шуд, ки беморони КЗ аз хурдӣ кӯдакони муҳлати дурудароз ва зуд-зуд бемор буданд, ки ин ба чараёни беморӣ таъсир расонидааст.

Табиати вайроншавии солимии равонӣ дар колитҳои захмдор метавонад ҳам бо ҳуди бемории музмин ва ҳам ҳамроҳ бо синдромҳои алоқаманд бошад. Нақши ошкоршудаи фаъолияти ҷисмонӣ моҳияти дохил кардани фаъолияти ҷисмониро ба барномаҳои барқарорсозии беморон муайян мекунад. Натиҷаҳо дар ҷадвали 3 нишон дода шудаанд.

Дар беморони гирифтори мушкilotи муносибатҳои оилавӣ эҳтимолияти зиёд шудани сатҳи изтиробии вазъиятӣ вучуд дошт. Муайян кардани вазъии психоэмотсионалӣ ва сифати зиндагӣ дар беморони КЗ барои арзёбии самаранокии муолиҷа бо мақсади таҳияи тактикаи табобати инфиродӣ, ки ҷуброни бемориро беҳтар ва мутобиқатро зиёд мекунад, зарур аст. Нақши манфӣ, балки мумкин аст асосии изтиробии шахсӣ дар ташаккули муносибатҳои манфӣ дар оила, аз ҷумла бо хешовандон, ҳамкорон, дӯстон ба қайд гирифта шуд.

### **Ҷадвали 3.-Ҳамбастагии нишондиҳандаҳои сифати зиндагӣ ба синнусоли беморони КЗ ва давомнокии беморӣ**

<b>Нишондиҳандаҳои СХ</b>	<b>Робитаи коррелятсионии СХ</b>
---------------------------	----------------------------------

	Синнусол	Давомнокии КЗ
<b>ФЧ (фаъолияти ҷисмонӣ)</b>	r=-0,51; p<0,0001*	r=-0,33 p=0,003*
<b>АН (амалкарди нақш)</b>	r=-0,44 p=0,0001*	r=-0,20 p=0,08
<b>Б (шиддатнокии дардҳо)</b>	r=-0,42 p=0,0001*	r=-0,25 p=0,02*
<b>ХУС (ҳолати умумии саломатӣ)</b>	r=-0,27 p=0,01*	r=-0,20 p=0,08
<b>Х (фаъолияти ҳаётӣ)</b>	r=-0,37 p=0,001*	r=-0,25 p=0,03*
<b>ФИ (Фаъолияти иҷтимоӣ)</b>	r=-0,33 p=0,004*	r=-0,15 p=0,2
<b>АН (Амалкарди нақш)РФ</b>	r=-0,30 p=0,009*	r=-0,24 p=0,04*
<b>СР (Солимии равонӣ)</b>	r=-0,27 p=0,01*	r=-0,15 p=0,21

\* p < 0,05

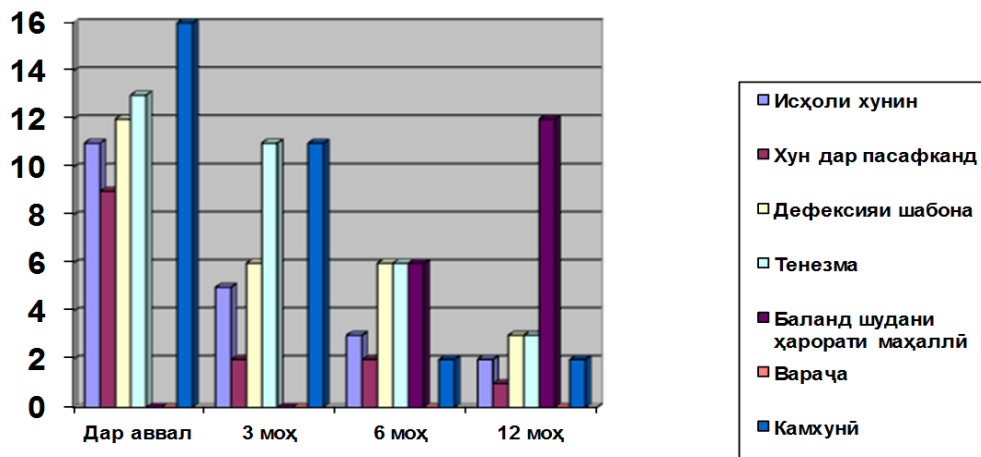
*ФЧ - фаъолияти ҷисмонӣ, АН - Амалкарди нақш аз рӯи ҳолати ҷисмонӣ, Б - шиддатнокии дард, ХУС – ҳолати умумии саломатӣ, Х - фаъолияти ҳаётӣ, ФИ - фаъолияти иҷтимоӣ, РФ - фаъолият аз руи ҳолати эмотсионалӣ, СР - солимии равонӣ.*

Арзёбии рафтори мубориза бо стресс бо истифода аз саволномаи Холмс-Раж нишон дод, ки қариб дар ҳама ҳолатҳо бо давомнокии бемории зиёда аз 5 сол стратегияи канорагирии иҷтимоӣ ва стратегияи мубориза бо эҳсосот нигаронидашуда мавҷуд набуданд (p<0.05). Барои беморони гирифтори КЗ-и ЗА ҳатто пас аз муддати тӯлонии зуҳури беморӣ мушкилоти нохуш хос мебошанд. Стратегияи мубориза бо стресс, ки ба канорагирӣ нигаронида шудааст, бештар барои беморони гирифтори КЗ-и СА хос аст.

Асоси ташаккули алгоритмҳои мутобиқшавӣ дар беморони гирифтори КЗ, тавре ки дар тадқиқот нишон дода шудааст, вайронкунии ҳамгирии психомоторӣ дар ҷомеа ва махсусан дар оила мебошад. Ҳамин тариқ, ҳолати равонӣ-эмотсионалӣ ва сифати зиндагии беморон на танҳо аз дараҷаи ҷуброн, балки аз мутобиқшавии психологию иҷтимоӣ ва мутобиқати духтур - бемор - аъзои оилаи ӯ вобаста аст.

Арзёбии сифати ҳаёт дар беморони гирифтори КЗ барои таҳияи тактикаи табобати инфиродӣ зарур аст, ки ҷуброни бемориро беҳтар ва мутобиқатро зиёд мекунад.

Чунон ки дар расми1 нишон дода шудааст, дар давоми 3 моҳи аввали барқарорсозӣ, беҳбудии назаррас дар аксари хусусиятҳои клиникалии КЗ ба қайд гирифта шуд: басомади ҳаракатҳои шабонарӯзии рӯда ва синдроми дарунравӣ ду маротиба коҳиш ёфт. Аз 9 бемор танҳо 2 нафар (22,2%) хунро дар наҷосат сабт кардаанд. Дар ҳама ҳолатҳо беморон табларза надоштанд. Тамоюли коҳиши синдроми камхунӣ қайд карда шуд. Динамикаи мусбии тасвири клиникалии КЗ дар оянда низ боқӣ монд.



**Расми 1.- Динамикаи аломатҳои хоси КЗ дар беморони ба барномаи барқарорсозии мукамал дохилшуда.**

Арзёбии самаранокии барномаи маърифатӣ, аз ҷумла ислоҳи рафтор ва рафтори мубориза бо стресс, беҳбудии назаррасии стратегияи канорагирии иҷтимоӣ ва стратегияҳои мубориза бо эҳсосотро нишон дод ( $p < 0,05$ ). Дар бораи самаранокии коррекцияи психоэмотсионалии беморони гирифтори БИР дар мактаб далелҳо ба даст оварда шудаанд.



**Расми 2.- Рӯйхати сифати зиндагии беморони КЗ, ки барномаи барқароркуниро гузаштаанд**

Дар як қатор беморон стресси музмин ва осеби раванӣ асосӣ гашта, яқбора паст шудани сифати зиндагии онҳоро муайян мекунад. Ин марҳила, дар асл, стресси барномарезишаванда аст, ки метавонад боиси вайроншавии рефлексии фаъолияти дилу рағҳо, роҳҳои нафас, нейроэндокринӣ ва дигар системаҳо шавад. Динамикаи сифати зиндагӣ дар расми 2 нишон дода шудааст.

Самти муҳими барномаи барқарорсозӣ барои беморон ворид кардани муолиҷаи ситокинӣ пас аз арзёбии самаранокии он буд. Ҷавоби нисбатан динамикӣ



ба истифодаи Ронколейкин нишондиҳандаҳои фагоситоз ва масунияти ҳуҷайравӣ буд.

Дар рафти кори мо маълум шуд, ки баҳодиҳии фоизи CD<sub>3</sub> равандҳои дар системаи масунӣ ба амал омадаро пурра инъикос намекунад. Нишондиҳандаҳои зуда-малкунанда барои амали иммуотропӣ CD<sub>4</sub> ва фаъолнокии функционалии нейтрофилҳо мебошанд.

Дар давоми як соли мушоҳидаи гурӯҳи бемороне, ки бо Ронколейкин муолиҷа шудаанд, шумораи миёнаи рӯзҳои маъюбшавӣ 19,8±3,9 буд, яъне. нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (56,7 рӯзи корношоямии муваққатӣ) ба ҳисоби миёна 3,5 баробар кам ба назар расид. Натиҷаҳои дохил намудани лейкинферони рекомбинантӣ ба барномаи табобатӣ дар чадвали 4 нишон дода шудаанд.

#### Чадвали 4. - Натиҷаҳои омӯзиши иммунитетии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар беморони КЗ-и гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ

Нишондод (меъёр)	Маълумотҳои аввала (то иммуотерапии)		Баъди 7-14 рӯзи муолиҷа		Баъди 14-20 рӯзи муолиҷа	
	БП ЯК	МП ЯК	БП ЯК	МП ЯК	БП ЯК	МП ЯК
CD3 (60-80%)	36,8 ± 1,2	35,9±0,9	40,1±1,3*	36,5±1,2	57,3±2,3*	39,8±2,6
CD4 (35-50%)	28,2±0,7	27,6±1,8	32,4±0,9	28,0±1,2	40,1±1,4*	29,3±2,2
CD8 (16-39%)	12,1±0,5	12,6±1,6	14,2±0,7	13,2±1,4	18,4±1,2*	13,9±1,7
CD19 (15-20%)	12,4±0,7	11,9±1,4	16,2±1,1*	13,1±0,6	20,8±0,9*	14,5±0,7*
Фаъолнокии фагоситари нейтрофилҳо (0,7-1,4 ед.)	0,5±0,05	0,6±0,03	0,6±0,08	0,6±0,05	1,1±0,09*	0,7±0,03
IgA (0.6-2.8 г/л)	1,3±0,5	1,6±0,08	1,5±0,6	1,7±0,4	2,4±0,5	1,7±0,6
IgM (0.6-2.0 г/л)	0,5±0,7	0,7±0,1	0,6±0,3	0,8±0,3	1,6±0,4	0,9±0,02
IgG (9.8-12.5 г/л)	7,2±2,2	8,1±1,9	8,4±3,1	8,9±1,6	10,1±0,8	9,1±0,9
Фаъолнокии макрофагалии нейтрофилҳо (60-80%)	49,5±2,3	50,1±2,1	55,4±2,1	51,1±2,3	66,1±3,1*	55,4±2,1

\* - динамикаи нишондод эътимодбахш аст ( $p < 0,05$ ).

Ҳамин тавр, зимни таҳлили самарайи барқарорсозии комплекси беморони колити захмдор дохил намудани усулҳои ислоҳи равонӣ, табобати парҳезӣ ва барқарорсозии ҷисмонӣ ва муолиҷаи ситокинӣ ба барнома аҳамият ва ояндадор будани худро нишон дод.

### Хулосаи

#### Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия:

1. Дар Удмуртистон афзоиши гирифтравӣ ба КЗ ба қайд гирифта шудааст, ки дар давоми 10 соли охир бо кам шудани шумораи беморони гирифтори шаклҳои вазнини КЗ, тамоюли афзоиши давомнокӣ ҳаёт 7-10 фоизро ташкил дод. Предикторҳои асосии КЗ муайян карда шуданд: ихтилоли психосоматикӣ - 50-70%, мушкилоти муносибатҳои байниҳамдигарӣ дар оила ва коллектив - 56%, ғизои номутаносиби маҳдуд - 50-60%, бемории рӯдаю меъда дар кӯдакӣ ва наврасӣ. [5-М, 6-М, 7-М, 9-М, 12-М, 14-М].

2. Ба беморони КЗ коморбиднокии баланд бо индекси CiRS хос аст: ҳангоми

БИР-и СА - 15, ҳангоми ЗА - 23. Бемориҳои ҳамроҳшаванда дар КЗ инҳоянд: бемориҳои рӯдаю меъда (100%). Бемориҳои низоми гепатобилиарӣ 44,2 муқобили 22,4%, бо арзёбии коэффисиенти 0,289 муқобили 0,793, ОР (таносуи шонсҳо) - 0,365. Бемориҳои буғумҳо ва сутунмӯҳра дар гурӯҳҳо дар 75% ҳолатҳо муқобили 26,5% бо баҳодиҳии коэффисиенти 0,361 муқобили 3000, ОР - 0,120 ба қайд гирифта шудааст. Бемориҳои низоми эндокринӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ 4,0% муқобили 40,4% бо ОШ 0,043 муқобили 0,677, ОР 0,063 буд. Бемориҳои низоми дилу рағҳо дар КЗ-и СА дар 16,3% беморон муқобили 21,2%, ОР - 0,195 ба қайд гирифта шудаанд. Ҳангоми БИР-и ЗА, 25% бо оризаи хос - диабети стероидӣ ташхис карда шуд. [1-М, 2-М, 3-М, 13-М, 17-М].

3. Дохил намудани арзёбии сатҳи калпротектин ба барномаи муоинаи беморони гирифтори КЗ барои арзёбии самаранокии табобат умедбахш аст. Калпротектин ба таври назаррас бо СРБ ( $r=0,67$ ,  $p<0,01$ ), ESR ( $r=0,42$ ;  $p<0,01$ ), фаъолнокии макрофағҳои нейтрофилҳо ( $r=0,25$ ;  $p<0,05$ ) алоқаманд аст. [4-М, 8-М, 10-М, 11-М, 20-М]

4. Омили муҳиме, ки сифати зиндагии беморони КЗ -ро паст мекунанд, изтиробҳои шахсӣ мебошад, ки бевосита ба зӯҳуроти дард ( $r=0,32$ ;  $p=0,04$ ) ва баръакс ба фаъолияти иҷтимоӣ ( $r=-0,48$ ;  $p=0,02$ ) ва солимии равонӣ ( $r=-0,33$ ;  $p=0,04$ ) вобастагӣ дорад. [13-А, 17-А]

5. Далелҳои дурнамодор будани дохилнамоии ситокинотерапия (лейкинферони рекомбинантӣ) ба табобати колити захмӣ оварда шудаанд. Муҳлати табобат 2-3 маротиба кам шуд, сифати ҳаёт 1,5—2 маротиба беҳтар гардид. Нишондод барои истифодаи лейкинферон норасоии дуюмдараҷаи иммунологӣ мебошад, ки бештар дар колитҳои захмии навъи БП зоҳир мешавад. [15-М, 16-М, 18-М, 19-М, 20-М, 21-М, 22-М, 23-М]

### **Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо**

1. Нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва клиникӣ аксуламали илтиҳобӣ ва норасоии иммунологӣ имкон медиҳанд, ки ҳолати беморон пешгӯӣ карда, дараҷаи вазнинӣ муайян карда шуда, табобати саривақтии иммунокорректорӣ барои пешгирии такрори беморӣ таъин карда шавад.

2. Истифодаи доруи Ронколейкин (лейкинферон) барои чараёни босуръати беморӣ, мавҷудияти муқовимати гормонҳо, рушди аксуламалҳои номатлуб аз муолиҷаи истифодашуда тавсия дода мешавад. Дар комплекси муолиҷаи гузаронидашуда самарайи лейкинферони рекомбинантӣ дар муолиҷаи БИР аз руи меъёрҳои тадқиқоти клиникӣ, лабораторӣ, иммунологӣ ва морфологӣ муайян карда шуд. Нишондод барои истифодаи лейкинферон норасоии дуюмдараҷаи иммунологӣ мебошад, ки бештар дар намуди БИР-и ЗА пайдо мешавад. Дар намуди яқум ва дуҷуми бемориҳои иммуноterapiaи «нарма» тавсия дода мешавад, ки он дар давраи ремиссия бо миқдори 250 воҳид бо курси 5 рӯз; гузаронида мешавад. Иммуноterapiaи "фаъол" дар давраи авҷ гирифтани беморӣ бо вояи 500 воҳид дар давоми 5 рӯз, бо мушкилии фасодӣ-септикӣ дар вояи 1 миллион адад, бо курси 5 рӯз гузаронида мешавад.

3. Барои беҳтар намудани натиҷаҳои дарозмуддат бояд ба Барномаҳои муоинаи тиббӣ ва офиятбахшии беморони гирифтори КЗ барномаҳои маърифатӣ бо усулҳои копинг-рафтор, ислоҳи намудҳо ва речаи ғизо, васеъ намудани фаъолияти ҷисмонӣ дохил карда шаванд. Бо дарназардошти дурии ҷойи истиқомати гурӯҳҳои алоҳидаи беморон ва вазъи пандемияи COVID алоқаманди солҳои 2019-2020, таъсиси "гурӯҳҳои тамос" ё "телеграмм-канал" ба мақсад мувофиқ мебошад.

## **ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ**

### **Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшаванда нашршуда**

- 1-М. Неганова О.А. Болезнь Крона у больного с цилиопатией (кистозная болезнь почек, печени, легких), анкилозирующим спондилитом и вторичным полиостеоартрозом, находящегося на программном гемодиализе / О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, Т.Е. Чернышова, Ф.Ф. Субаев, А.Е. Матусевич // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – № 9 (181). – С. 85-88. – SCOPUS.
- 2-М. Неганова О.А. Язвенный колит и болезнь Крона: ретроспективная оценка заболеваемости за 2016-2018 годы / О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, В.Н. Николаева, Д.М. Мурадова // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» – 2019. – Т. 21. – № 6. – С. 40-43. – ВАК.
- 3-М. Неганова О.А. Осложнения болезни Крона, требующие хирургической помощи / М.Н. Климентов, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, М.С. Любимцева, Е.В. Семибратова, О.Д. Турбин // Пермский медицинский журнал. – 2019. – Т. 36. – № 3. – С. 98-105. – ВАК.
- 4-М. Неганова О.А. Анализ психосоматических расстройств у больных с язвенным колитом и болезнью Крона / С.Н. Стяжкина, Л.Р. Калимуллина, И.И. Яруллин, О.А. Неганова // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской психологии и психиатрии». – Журнал «Проблемы биологии и медицины». – 2019. – Самарканд. – № 1 (114). – С. 46-47. – ВАК.
- 5-М. Неганова О.А. Психологические аспекты качества жизни и прогноз реабилитации больных с язвенным колитом / Т.Н. Чернышова, О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, А.А. Валинуров // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": Реабилитация, Врач и Здоровье. – 2020. – № 2 (44). – С. 90-97. – ВАК.
- 6-М. Неганова О.А. Эффективность комплексной реабилитации пациентов язвенным колитом / О.А. Неганова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки – 2022 – №7. – С. 166-175 – ВАК.
- 7-М. Неганова О.А. Проблема дифференциальной диагностики колоректального рака и болезни Крона с описанием клинического случая / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, О.А. Неганова, М.А. Полушкин, Г.А. Ситдииков, М.С. Медведев // Modern Science. – 2021. – №4-2. – С. 111-116.

### **Мақола ва тезисҳо дар маҷмуаҳои кофронҳо**

- 7-М. Неганова О.А. Риск злокачественных процессов в толстом кишечнике при язвенном колите / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, О.А. Неганова, П.Ф. Габдуллина, А.П. Ермолаева // Modern Science. – 2019. – № 5-2. – С. 52-55.
- 8-М. Неганова О.А. Течение беременности при язвенном колите / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, Ю.С. Мерзлякова, А.А. Хамадуллин // Colloquium-journal. – 2019. – № 10-3 (34). – С. 54-55.
- 9-М. Неганова О.А. Болезнь Крона: "яблоко раздора" врачей / О.А. Неганова, В.Н. Николаева, Д.М. Мурадова // Аллея науки. – 2019. – Т. 1. – № 4 (31). – С. 90-93.
- 10-М. Неганова О.А. Разбор клинического случая болезни Крона / Р.Р. Салихова, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Научный аспект. – 2019. – Т. 12. – № 2. – С. 1498-

1502.

11-М. Неганова О.А. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Их дифференциальная диагностика, морфологическая картина и анализ распространенности среди заболеваний кишечника / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов М.Н., О.А. Неганова, А.Д. Абасова, Л.Р. Бакирова, ДС. Ефремова // Столица науки. – 2020. – № 1 (18). – С. 28-39.

12-М. Неганова О.А. Особенности комплексного лечения язвенного колита в клинической практике / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, А.Ш. Назмиева, А.А. Кочурова // Терапевт. – 2020. – № 5. – С. 6-11.

13-М. Неганова О.А. Применение ронколейкина в комплексном лечении панкреонекроза на примере клинического случая / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, Ю.С. Русских, Р.Ф. Газимзянова // Терапевт. – 2020. – № 5. – С. 51-56.

14-М. Неганова О.А. Клинический случай диагностики болезни Крона / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, А.Э. Андреева, Л.А. Иванова // Modern Science. – 2020. – № 11-1. – С. 227-231.

15-М. Неганова О.А. Влияние комплексного лечения с включением иммуномодуляции на показатели иммунитета при язвенном колите и болезни Крона / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова, Е.А. Мельникова, А.С. Солодянкина // Дневник науки. – 2020. – № 12 (48). – С. 5.

16-М. Неганова О.А. Эпидемиология язвенного колита в Удмуртии: факторы риска, особенности рациона питания и пищевого поведения / О.А. Неганова, С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, А.А. Валинуров, Т.Е. Чернышова // Сборник научных статей «Труды Ижевской государственной медицинской академии». – Ижевск, 2020. – С. 37-40.

17-М. Неганова О.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Ведущие аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. Монография / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, Г.В. Медведев // LAP Lambert. Берлин. – Academic Publishing RU. – 2020. – с. 70.

18-М. Неганова О.А. Сложный клинический случай болезни Крона / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова. О.А. Неганова // Сборник «Трудные и нестандартные ситуации в хирургии». – 2020 – С. 146-150.

19-М. Неганова О.А. Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона в практике врача / С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Сборник «Труды межрегиональной научно-практической конференции по производственной практике». – Ижевск. – 2021. – С. 56-57.

20-М. Неганова О.А. Проблема дифференциальной диагностики колоректального рака и болезни Крона с описанием клинического случая / С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов, О.А. Неганова, М.А. Полушкин, Г.А. Ситдииков, М.С. Медведев // Modern Science. – 2021. – №4-2. – С. 111-116.

### **Патент ба ихтироот:**

21-М. Неганова О.А. Способ эндоскопической полипэктомии в дистальном отделе толстой кишки / А.А. Валинуров, С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова // Патент на изобретение №2021129808/14 (062318).

### **Пешниҳодҳои навоарӣ:**

22-М. Неганова О.А. Способ прогнозирования течения язвенного колита / А.А. Валинуров, Т.Е. Чернышова, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Рационализаторское предложение № 01.22 от 29 сентября 2021 год.

23-М. Неганова О.А. Алгоритм оценки клинических и эндоскопических критериев для диагностики язвенного колита / А.А. Валинуров, Т.Е. Чернышова, С.Н. Стяжкина, О.А. Неганова // Рационализаторское предложение № 02.22 от 29 сентября 2021 год.

## Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

АЛТ – аланинаминотрансфераза  
АСТ – аспартатаминотрансфераза  
МБТ – муассисаи бучавии тандурустӣ  
БК – бемории Крон  
КЗ-и ЗА – колити захмдори зудавҷгиранда  
ШВА – шкалаи визуалӣ-аналогӣ  
ТУТ – Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ  
КҲС – комплекси ҳарбӣ-ғасаноатӣ  
«Д» ғба ҳисобгирӣ – баҳисобгирии диспансерӣ  
ИВБ – индекси вазни бадан  
ТК – томографияи компютерӣ  
СҲ – сифати ҳаёт  
ЛПЗБ – липопротеидҳои зичиашон баланд  
ЛПЗП – липопротеидҳои зичиашон паст  
ИШ – изтиробии шахсӣ  
МТП – муассисаи табобатӣ- профилактикӣ  
КЗ-и СА – колити захмдори суставҷгиранда  
ИМТ – идораи мунитсипалии тандурустӣ  
ТМР – томографияи магнитӣ-резонансӣ  
ЭТИ – экспертизаи тиббӣ-иҷтимоӣ  
СШРВ – сирояти шадиди респиратории вирусӣ  
СсР – сафелаи с реактивӣ  
ТУС – ташҳиси ултрасадоӣ  
БФА – бунгоҳи фельдшерӣ-акушерӣ  
ФГС – фиброгастроскопия  
КПФ калпротектини фекалӣ  
БМИР – бемории музмини илтиҳобии рӯда  
ХС – холестерин  
ҚДМ – комплексҳои даврзанандаи масунӣ  
БМН – беморхонаи марказии ноҳия  
ФИ – фосфатазаи ишқорӣ  
КЗ – колити захмдор  
ФЧ – фаъолияти ҷисмонӣ  
ФНЧ – фаъолияти нақшии ҷисмонӣ  
Д – дард  
СУ – солимии умумӣ  
ҚҲ – қобилияти ҳаётӣ  
ФИ – фаъолнокии иҷтимоӣ  
ФНЭ – фаъолияти нақшии эҳсосотӣ  
СР – солимии равонӣ.  
ВР (Bodily pain) – шиддатнокии дард  
ГН (General Health) – ҳолати умумии саломатӣ  
МН (Mental Health) – солимии равонӣ  
РФ (physical functioning) – фаъолияти ҷисмонӣ

RE (Role-Emotional) – фаъолияти нақшӣ, ки ҳолати эҳсосӣ ба вучуд овардааст  
RP (Role-Physical Functioning) – фаъолияти нақшӣ, ки ҳолати ҷисмонӣ ба вучуд овардааст  
SF (Social Functioning) – фаъолияти иҷтимоӣ  
VT (Vitality) – фаъолнокии ҳаётӣ

**АННОТАЦИЯ**  
**НЕГАНОВА ОЛЬГА АНДРЕЕВНА**  
**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ**  
**И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**  
**В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Ключевые слова:** язвенный колит, течение, качество жизни, коморбидность, реабилитация

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики, лечения и реабилитации пациентов с язвенным колитом в Удмуртской Республике с учетом факторов риска и степени коморбидности.

**Методы исследования.** В работе использованы клинические, лабораторные, лучевые, иммунологические, эндоскопические, морфологические и биохимические методы исследования. Совершенствуются лабораторные методы исследования (кальпротектин) и иммунологические методы. В исследовании использованы общие методы эмпирического исследования и специальные, математические методы (статистические).

**Полученные результаты и их новизна.** Впервые изучены заболеваемость и особенности течения ЯК в Удмуртской Республике, что позволило выделить корригируемые и не корригируемые факторы риска развития заболевания. Определены предикторы неблагоприятного (быстро прогрессирующего) и прогностически более благоприятного (медленно прогрессирующего) течения заболевания. Выделены наиболее часто регистрируемые варианты коморбидной патологии, что позволило оценить связи внекишечной патологии с особенностями течения ЯК. Предложены новые методы оценки прогноза течения язвенного колита, которые можно легко внедрить в клиническую практику. Выявлена высокая частота (более 80%) нарушений режима питания и пищевого поведения. Зарегистрирована роль межличностных взаимоотношений в семье, на работе в особенности течения заболевания и качество жизни больных. Особое значение имеет уровень стресса. Обоснованы перспективы включения новых методов иммунокоррекции – цитокинотерапии в программы реабилитации, что позволяет снизить количество осложнений, сроки временной утраты трудоспособности, риск малигнизации и кровотечений. Впервые в Удмуртии разработана и внедрена в практическое здравоохранение программа «Центра реабилитации пациентов ХВЗК» в Ижевске и патогенетически обосновано включение цитокинотерапии в схемы лечения пациентов ЯК с высокой коморбидностью.

**Рекомендации по использованию.** Лабораторные и клинические маркеры воспалительной реакции и иммунологической недостаточности позволяют прогнозировать состояние пациентов, определить степень тяжести и назначить своевременную иммунокорректирующую терапию для профилактики рецидивов заболевания.

Использование препарата Ронколейкин (лейкинферон) показано при быстро прогрессирующем течении заболевания. Для совершенствования отдаленных результатов необходимо включение в Программы диспансеризации и реабилитации пациентов ЯК образовательных программ с методиками коррекции копинг-поведения, типов и режима питания, расширения физической активности. Учитывая отдаленность проживания определенных групп пациентов и ситуацию 2019-2020 года, связанную с пандемией COVID 19, перспективно создание «групп в контакте» или «телеграмм-канала» под кураторией специалистов колопроктологов.

**Область применения:** Терапия, хирургия, гастроэнтерология.



**АННОТАЦИЯ**  
**НЕГАНОВА ОЛГА АНДРЕЕВНА**  
**БЕХТАРКУНОНИИ ТАШХИС, ТАБОБАТ ВА БАРҚАРОРСОЗИИ**  
**КОМПЛЕКСИИ БЕМОРОНИ КОЛИТИ ЗАХМДОР ДАР**  
**ҶУМҲУРИИ УДМУРТИСТОН**

**Вожаҳои калидӣ:** колити захмдор, чараён, сифати ҳаёт, коморбиднокӣ, барқарорсозӣ

**Мақсади тадқиқот:** Беҳтаркунонии ташхис, табобат ва барқарорсозии комплекси беморони колити захмдор дар Ҷумҳурии Удмуртистон бо назардошти омилҳои хата рва дараҷаи коморбиднокӣ.

**Усулҳои тадқиқот:** Дар тадқиқот усулҳои клиническӣ, лабораторӣ, шуъой, иммунологӣ, эндоскопӣ, морфологӣ ва биохимиявии тадқиқои истифода бурда шудаанд. Усулҳои лабораторӣ (калпротектин) ва иммунологии тадқиқот такмил додҷа мешаванд. Дар тадқиқот усулҳои умумии таҷрибавӣ ва усулҳои махсуси математикӣ (оморӣ) истифода бурда шудаанд.

**Натиҷаҳои бадастомада ва нағнони онҳо.** Бори аввал беморшавӣ ва хусусиятҳои чараёни КЗ дар Ҷумҳурии Удмуртистон омӯхта шуданд, ки имкон дод омилҳои ислоҳшаванда ва ислоҳнашавандаи хатарӣ ва нқишофи беморӣ ҷудо карда шаванд. Предикторҳои чараёни номусоид (зудавҷиранда) ва чараёни нисбатан пешгӯишавандаи (суст авҷиранда) муайян карда шуданд. Намудҳои нисбатан зуд-зуд ба ба қайдгирифташудаи бемориҳои ҳамроҳ ҷудо карда шуданд, ки имкон дод алоқаи бемориҳои берун аз рӯда бо хусусиятҳои чараёни КЗ арзёбӣ карда шаванд. Усулҳои нави арзёбии пешгӯии колити захмдор пешниҳод карда шуданд, ки онҳоро ба осонӣ дар таҷрибаи клиникӣ ҷорӣ намудан мумкин аст. Зудии баланди (зиёда аз 80%) вайроншавии речаи ғизо ва тарзи хӯрокхӯрӣ маълум карда шуд. Нақши муносибатҳои байниҳамдигарӣ дар оила, ҷойи кор дар хусусиятҳои чараёни беморӣ ва сифати ҳаёти беморон ба қайд гирифта шуд. Сатҳи стресс аҳамияти махсус дорад. Дурнамои ворид намудани усулҳои нави иммунокоррекция– ситокинотерапия дар барномаҳои барқарорсозӣ асоснок карда шуданд, ки имкон медиҳад теъдоди оризаҳо, муҳлати аз даст додани қобилияти корӣ, хатарӣ млиғнизатсия ва хунрави қоҳиш дода шавад. Бори аввал дар Удмуртистон барномаи «Маркази барқарорсозии беморони БМИР» дар Ижевск таҳия гардида дар тандурустии амалӣ татбиқ карда шуд ва воридкунии ситокинотерапия ба нақшаи табобати беморони КЗ-и бо коморбиднокии баланд аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок карда шуд.

**Тавсияҳои барои истифодабарӣ.** Нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва клиникӣ аксуламали илтиҳобӣ ва норасоии иммунологӣ имкон медиҳанд, ки ҳолати беморон пешгӯӣ карда, дараҷаи вазнинӣ муайян карда шуда, табобати саривактӣ иммунокорректорӣ барои пешгирии такрори беморӣ таъин карда шавад.

Истифодаи доруи Ронколейкин (лейкинферон) барои чараёни босуръати беморӣ, мавҷудияти муқовимати гормонҳо, рушди аксуламалҳои номатлуб аз муолиҷаи истифодашуда тавсия дода мешавад. Дар комплекси муолиҷаи гузаронидашуда самараи лейкинферони рекомбинантӣ дар муолиҷаи БИР аз руи меъёрҳои тадқиқоти клиникӣ, лабораторӣ, иммунологӣ ва морфологӣ муайян карда шуд. Нишондод барои истифодаи лейкинферон норасоии дуҷумдараҷаи иммунологӣ мебошад, ки бештар дар намуди БИР-и ЗА пайдо мешавад. Барои беҳтар намудани натиҷаҳои дарозмуддат бояд ба Барномаҳои муоинаи тиббӣ ва офиятбахшии беморони гирифтори КЗ барномаҳои маърифатӣ бо усулҳои копинг-рафтор, ислоҳи намудҳо ва речаи ғизо, васеъ намудани фаъолияти ҷисмонӣ дохил карда шаванд. Бо дарназардошти дурии ҷойи истиқомати гурӯҳҳои алоҳидаи беморон ва вазъи пандемияи COVID алоқаманди солҳои 2019-2020, таъсиси “гурӯҳҳои тамос” ё “телеграмм-канал” ба мақсад мувофиқ мебошад.

**Соҳаи истифодабарӣ:** терапия, хирургия, гастроэнтерология.

**ANNOTATION**  
**NEGANOVA OLGA ANDREEVNA**  
**OPTIMIZATION OF COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND TREATMENT**  
**AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS**  
**IN THE UDMURT REPUBLIC**

**Keywords:** ulcerative colitis, course, quality of life, comorbidity, rehabilitation

**Purpose of the study.** Optimization of diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with ulcerative colitis in the Udmurt Republic, taking into account risk factors and the degree of comorbidity.

**Research methods.** The work used clinical, laboratory, radiation, immunological, endoscopic, morphological and biochemical research methods. Laboratory research methods (calprotectin) and immunological methods are being improved. The study used general methods of empirical research and special, mathematical methods (statistical).

**The results obtained and their novelty.** For the first time, the incidence and course of UC in the Udmurt Republic were studied, which made it possible to identify correctable and non-correctable risk factors for the development of the disease. The predictors of unfavorable (rapidly progressing) and prognostically more favorable (slowly progressing) course of the disease were determined. The most frequently registered variants of comorbid pathology were identified, which made it possible to assess the relationship between extraintestinal pathology and the course of UC. New methods for assessing the prognosis of the course of ulcerative colitis are proposed, which can be easily introduced into clinical practice. A high frequency (more than 80%) of violations of the diet and eating behavior was revealed. The role of interpersonal relationships in the family, at work, especially the course of the disease and the quality of life of patients, has been registered. Of particular importance is the level of stress. The prospects for the inclusion of new methods of immunocorrection - cytokine therapy in rehabilitation programs are substantiated, which allows to reduce the number of complications, the timing of temporary disability, the risk of malignancy and bleeding. For the first time in Udmurtia, the program of the Center for the Rehabilitation of CVD Patients in Izhevsk was developed and implemented in practical healthcare, and the inclusion of cytokine therapy in the treatment regimens for UC patients with high comorbidity was pathogenetically substantiated.

**Recommendations for use.** Laboratory and clinical markers of the inflammatory reaction and immunological insufficiency make it possible to predict the condition of patients, determine the severity and prescribe timely immunocorrective therapy to prevent recurrence of the disease. The use of the drug Roncoleukin (leukinferon) is indicated for a rapidly progressive course of the disease. To improve the long-term results, it is necessary to include educational programs with methods for correcting coping behavior, types and diet, and expanding physical activity in the Programs for medical examination and rehabilitation of patients with UC. Given the remoteness of residence of certain groups of patients and the situation in 2019-2020 associated with the COVID 19 pandemic, it is promising to create “groups in contact” or a “telegram channel” under the supervision of coloproctologists.

**Scope:** Therapy, surgery, gastroenterology.