

**ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И
БОЛЕЗНИ КРОНА**

Варламова А.С., Джаметова И.Л., Салимзянова Р.М.
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская
академия», Ижевск, Россия, varlamova.vas-95@mail.ru

Цель работы: выявить основные внекишечные проявления неспецифического язвенного колита и болезни Крона и эффективность хирургического лечения в колопроктологическом отделении на базе 1 РКБ города Ижевска.

Задачи: 1. Провести отбор историй болезни из архивных данных колопроктологического отделения с 2010г по 2016 г.

2. Статистическая обработка выбранных историй болезни методом математического анализа.

3. Сделать выводы по полученным результатам.

Материалы и методы. Всего было проанализировано 54 истории болезней. Распределение по полу: НЯК - женщины 62,5%, мужчины – 37,5%; болезнь Крона – женщины 86%, мужчины – 14%. Средний возраст исследуемых 20-40 лет. Давность заболевания составляет от года до 25 лет. Частота обострений 1-2 раза в год.

Результаты. Неспецифический язвенный колит был выявлен у 44 (81%) пациентов, болезни Крона - у 10 (19%) больных.

Внекишечные проявления НЯК встречались у 6 больных из 8 (87%), среди которых со стороны:

- костно-мышечной системы у 37 больных (95%) – миалгии, артралгии.
- кожи и слизистых у 33 больных (85%) – дерматиты, стоматиты, эритема, псориаз.
- глаз у 10 больных (26%) – конъюнктивит.
- системы крови у 36 больных (92%) – железодефицитная анемия.

Внекишечные проявления болезни Крона - у 8 больных из 10 (80%), среди которых со стороны:

- костно-мышечной системы у 7 больных (87,5%) – артралгии.
- кожи и слизистых у 5 больных (62,5%) – эрозивные процессы в желудке, кандидоз пищевода, эритема, псориаз.
- глаз у 3 больных (37,5%) – увеит.
- системы крови 5 больных (62,5%) – железодефицитная анемия.

Наиболее часто встречаются поражения кожи, суставов, слизистой полости рта, глаз.

Наиболее частым кожным проявлением при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона является узловатая эритема (УЭ). Она представляет собой горячий на ощупь, слегка возвышающийся пораженный участок кожи красного цвета, локализующийся преимущественно на претибиальной поверхности голени. УЭ представляет собой неспецифический аллергический ответ организма на различные инфекции (стрептококки, туберкулез, грибковые и вирусные инфекции) и гранулематозные заболевания. Появление УЭ соответствует в большинстве случаев отчетливой активности болезни Крона и неспецифического язвенного колита, но может наблюдаться и незадолго до возникновения его обострения. На фоне лечения основного заболевания УЭ исчезает, оставляя иногда после себя участки гиперпигментации.

Моно- и олиартриты относятся к наиболее частым внекишечным проявлениям воспалительных заболеваний кишечника. Характерно их сочетание с изменениями кожи. При выраженной воспалительной активности основного заболевания и при поражении толстой кишки артриты встречаются чаще.

Однако иногда они могут наблюдаться и задолго до появления первых клинических симптомов воспаления в кишечнике, а также в фазу ремиссии. Чаще страдают коленные и голеностопные суставы. Далее следуют локтевые, тазобедренные, межфаланговые и плюсовые суставы. Артриты носят асимметричный характер, воспалительный процесс может переходить с одного сустава на другой и сочетаться с поражением сухожилий в местах их прикрепления к кости. У большинства больных артриты не приводят к деформации или деструкции суставов.

Воспалительные заболевания глаз у больных НЯК и болезнью Крона часто сочетаются с другими внекишечными проявлениями. Чаще других встречаются эписклерит и передний увеит (ирит, иридоциклит). Склерит и эписклерит характеризуются изменениями в виде гиперемии склер и конъюнктивы, а также инъекции склер, которые сопровождаются умеренным жжением и раздражением. Обычно существует корреляция между выраженностью эписклерита и активностью основного заболевания. При иридоциклите появляются боли в глазах, пелена перед глазами и головные боли. Следствием иридоциклита может быть образование спаек между радужной оболочкой и передней поверхностью хрусталика с нарушением формы зрачка и расстройствами его функции.

В комплекс лечебных мероприятий, получаемыми пациентами, были включены медикаментозные и оперативные методы лечения. При консервативном лечении назначали: глюкокортикоиды (метипред, преднизолон, солу-медрол и др.), сульфасалазин, саллофальк, азатиоприн, антибактериальная и антимикотическая терапия, витаминотерапия. По показаниям назначались препараты, улучшающие реологические свойства крови (курантил, пентоксифиллин); метаболическая терапия (салькосерил, актовегин); ферменты (мезим-форте). 11 (20 %) пациентам из 54 сделана операция. Возраст оперированных от 30 до 65 лет. Среди них женщин 5 (45 %), мужчин 6 (55%). Давность заболевания составляет от года до 25 лет. Частота обострений 1-2 раза в год.

Проводимое хирургическое и консервативное лечение привело к нивелированию симптомов поражения кожи, суставов, глаз, миалгий (у 80,5%).

Выводы. На основе полученных результатов у исследуемой группы больных основными внекишечными проявлениями являются миалгии, артралгии, дерматиты, эритема, псориаз, железодефицитная анемия.

На фоне проводимого консервативного и хирургического лечения удалось нивелировать внекишечные симптомы болезни Крона и неспецифического язвенного колита.

**ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР
СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ**

Веселов Г.В.

Тюменский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Тюмень, Россия, student_german@mail.ru

Актуальность. Согласно данным РАМН ухудшение состояния здоровья и снижение функциональных возможностей подростков в последние годы связано с вполне конкретными и четко выявленными причинами [3]. В комплексе с увеличением объема образовательных нагрузок, интенсификацией процесса обучения, причиной менее адекватного реагирования и более выраженного утомления школьников на образовательные нагрузки является нарушение питания. Вопрос рационального питания подростков требует особого внимания, потому как именно в период ак-

тивного роста и развития все физиологические процессы напряжены, закладываются основы обмена веществ, которые остаются на всю жизнь.

Целью настоящей работы являлся анализ соответствия энергетической ценности и химического состава рациона школьников-подростков физиологическим потребностям их организма и особенностям состояния здоровья на текущий период.

Материал и методы. Исследование проводили на базе МАОУ СОШ №22, г. Тюмень. Была набрана фокус-группа, составлены и проведены опросы подростков о системе и структуре питания. В анкетировании принимали участие 77 респондентов возраста 13-14 лет. Проведена статистическая обработка полученных данных. Сделан анализ энергетической ценности и химического состава готовых блюд школьной и домашней кухни подростков. Самые употребляемые продукты питания были проверены на полноценность. Состав и калорийность продуктов, покупаемых в упаковке, определяли соответственно данным на этикетке. Для продуктов, которые продаются на развес, калорийность считали по специальным таблицам [4].

Результаты и обсуждение. Потребность энергии школьника-подростка от 13 до 15 лет составляет 2300-2700 ккал в сутки. При тяжелой физической работе, например, тренировках школьнику требуется 3600 ккал [2]. На основе проведенного подростками самообследования пищевого рациона выявлено, что 25% школьников расходуют от 1200 до 2000 ккал в сутки, 64% учащихся требуется от 2000 до 3000 ккал, а потребности 11% превышают 3000 ккал (макс. показатель 3590 ккал). Основные виды деятельности, требующие больших затрат энергии: учебная нагрузка и регулярные занятия спортом. Следует отметить, что среди участников фокус-группы регулярно имеют физическую нагрузку 59%, при этом самые большие энергозатраты у тех ребят, чьи учебные и спортивные достижения наиболее заметны. Однако выяснилось, что энерготраты 67% респондентов имеют физически установленные для данной категории. Это означает, что у ребят значительно снижена двигательная активность (гиподинамия), а большую часть времени занимает сидение за компьютером, просмотр телепередач и сон. Кроме того, подавляющее большинство подростков (77%) получают в сутки с пищей энергии значительно меньше возрастной нормы (до 2500 ккал). Низкая энергетическая ценность пищи при высоких энергозатратах школьников, несомненно, ведет к нарушению обмена веществ (белково-жирового обмена), заболеваниям ЖКТ, замедлению роста и развития, снижению умственной и физической работоспособности, повышению утомляемости и неспособности концентрировать внимание, переключаться с одного вида деятельности на другой – всё это может являться главной причиной школьной неуспешности.

Показателем неправильной организации питания школьников так же является дисбаланс между пластическим и энергетическим обменом. Только у 56% обследованных пластический обмен превышает энергетический, что является важнейшим условием роста и развития организма, обновления клеток и тканей, сохранения и укрепления иммунитета, восстановления организма после повышенных нагрузок. У 44% подростков жизненные процессы происходят за счет окисления собственных веществ клетки, а это означает существенное ухудшение психофизического состояния организма, при котором возможностей для роста и развития, формирования иммуно- и стрессоустойчивости просто нет.

По результатам анализа состава пищевого рациона подростков, выявили преобладание углеводов в суточном меню. Можно отметить, что у 13% респондентов основным источником энергии являются жиры, что свидетельствует об избыточном потреблении жиродержащих продуктов. Согласно анкетным данным около 38% ребят этого возраста ежедневно едят жирную и жареную пищу, злоупотребляют сладким – 68,8% (каждый день). У обследованных школьников снижено поступление с пищей белков (особенно животного происхождения), и жиров, которые являются главным строительным материалом организма, но превышено количество углеводов, причем сложных, способствующих повышению сахара в крови и увеличению веса. Оптимальный баланс белков, жиров и углеводов при рациональном питании 1:1:4 [1] не соблюдается ни в школе, ни дома.

Анкетирование фокус-группы о системе домашнего и школьного питания, проведенное в феврале 2014 года, позволяет составить представление о характере питания современного школьника. Из анализа анкет следует отметить несколько важных заключений.

1. Придерживаются 3-разового питания 48% подростков, 4-разовый прием пищи – у 36%, но при этом завтракают ежедневно только 57% опрошенных школьников. Ужинают своевременно (за 2 часа до сна) около только 75% учащихся, 22% делают это перед сном, что наряду с нерегулярным завтраком является нарушением режима питания.

2. Ежедневно едят каши на завтрак 19,4% ребят, около 50% делают это крайне редко, а 42% завтракают бутербродом. 37,7% 8-классников каждый день употребляют жареную и жирную пищу, 78% - регулярно едят белый хлеб, булочки и печенье, а фрукты – только 60%. Почти 30% опрошенных школьников раз в неделю обедают фаст-фудом, около 60% изредка позволяют себе такую еду и еще газировку, что, несомненно, вредит здоровью. Возможно, поэтому только 62,3% респондентов считают себя здоровыми, а 31,2% учащихся затрудняются оценить свое здоровье как хорошее.

3. Включают в свой ежедневный домашний рацион молоко и кисломолочные продукты 67,6% подростков, только 6,5% ежедневно едят соленья и маринады, что положительно.

В организации питания подростков есть свои особенности, связанные с происходящими в организме изменениями, характерными для этого возраста: интенсивный рост и развитие, радикальная гормональная перестройка, повышение нагрузки в психоэмоциональной сфере. Часто жизнь современного подростка отклоняется от «обычных условий», и у него возникают дополнительные задачи и нагрузки, в частности, спортивные или учебные. Сбалансированный рацион является основой здорового функционирования организма. А организация питания школьника-подростка, таким образом, требует индивидуального подхода, который должен учитывать массу тела, образ жизни и состояние здоровья.

Список литературы

1. Влияние питания на здоровье [электронный ресурс] – режим доступа: <http://biofile.ru>
2. Определение потребности в энергии для организма человека [электронный ресурс] – режим доступа: <http://doktorland.ru>
3. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N189 г. Москва "Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях" [электронный ресурс] - <http://rg.ru/2011/03/16/sanpin-dok.html>
4. Таблица калорийности продуктов и готовых блюд [электронный ресурс] – режим доступа: <http://dieta-kremlin.ru/info/calory-table>

**ВЕРТЕБРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Гехаев И.Н., Вышлова И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, tixattmad.gexaev@bk.ru

Актуальность темы: проблема лечения и реабилитации вертеброгенной патологии является актуальной, так как согласно статистическим данным, только на долю неврологических синдромов, обусловленных изменениями в позвоночнике, приходится 75-85% всех заболеваний периферической нервной системы.

Цель исследования: научное обоснование и разработка предложений по оптимизации помощи населению с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы на региональном уровне.

Факторы возникновения дегенеративно-дистрофической патологии позвоночного столба разнообразны.

Под воздействием этиологических факторов развивается ряд патогенетических конфликтов (диско-радикулярный, диско-васкулярный, диско-медулярный, диско-венозный, диско-ликворный, диско-вегетативный), приводящих к возникновению неврологических проявлений деструктивно-дистрофических патологий позвоночного столба.

Основным источником боли в спине может быть болевая импульсация, идущая из капсул суставов, связок, фасций, мышц, нервных корешков, межпозвоночных дисков, позвонков, твердой мозговой оболочки, спинномозговых узлов, периневральной соединительной ткани. Более редкими причинами болей в спине являются: врожденная патология, постламинэктомический синдром, опухоли позвонков, туберкулезный спондилит, сирингомиелия, отраженные боли при заболеваниях внутренних органов, спондилоартрит. Вся ноцицептивная (специфическая болевая) импульсация поступает через задние корешки в нейроны задних рогов спинного мозга, откуда она по ноцицептивным путям достигает центральной нервной системы. Одновременно болевые импульсы активируют альфа-и гамма-мотонейроны передних рогов спинного мозга. Сенсомоторный рефлекс работает как в автономном режиме, так и под контролем ЦНС. Активизация передних мотонейронов приводит к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. При мышечном спазме происходит стимуляция ноцицепторов самой мышцы. В спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, что вызывает вазомоторные и нейродистрофические изменения в тканях и еще больше усиливает активацию ноцицепторов мышечного волокна. Таким образом, спазмированная мышца становится источником дополнительной импульсации, которая поступает в клетки задних рогов того же сегмента спинного мозга, что ведет к еще большему спазму мышц. Замыкается порочный круг: боль — спазмированные мышцы — боль. Все это осложняет диагностику и лечение боли в спине. [5. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004. 144 с.] Различают рефлекторные и компрессионные корешковые болевые синдромы.

Наиболее распространенной дегенеративно-дистрофической патологией позвоночного столба, сопровождающейся болевым синдромом, является остеохондроз позвоночника — заболевание при котором происходит поражение пульпозного ядра межпозвоночных дисков, вследствие чего возникает их деформация, уменьшение высоты, расслоение, утрата амортизационных функций и постепенное разрушение.

Диагностика вертеброгенного болевого синдрома:

1. Детальное клинико-вертеброневрологическое обследование.

2. Рентгенография позвоночника с функциональными пробами.

3. Контрастная миелография (при заинтересованности спинальных структур).

4. Компьютерная томография позвоночника и спинномозговых структур.

5. Магнитно-резонансная томография позвоночника и спинномозговых структур.

6. Ангиография с исследованием позвоночных и спинномозговых артерий.

7. Электромиография и электронейромиография (с исследованием СПИ, М-ответа, Н/Ф-рефлекса и др.).

8. Проведение полного параклинического лабораторного исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости (при необходимости) и др. для исключения невертеброгенного (дискогенного) происхождения выявленных расстройств (опухоли, воспалительные заболевания спинного мозга, оболочек и позвоночника, системные поражения соединительной ткани и костно-суставного аппарата и др.).

Принципы лечения больных с вертеброгенным болевым синдромом:

1. Необходима патогенетическая обоснованность лечебных мероприятий.

2. Комплексность лечения: использование различных методов и способов воздействия на вертебральные структуры, периферические паретические нарушения, экстравертебральные очаги и на весь организм в целом. [2. Вышлова И.А. Комплексное лечение больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 2. С. 47-49.]

3. Этапность и последовательность лечебных мероприятий в зависимости от выраженности клинических проявлений (степень выраженности болевого синдрома, нарушение вертебродинамики и периферического пареза) и общего самочувствия больного, вплоть до стойкого улучшения состояния и устранения вертебро-неврологических расстройств.

4. Превалирование в лечебно-реабилитационных комплексах немедикаментозных способов лечения: электростимуляции паретичных мышц, массажа, ЛФК, кинезотерапии, тракционного лечения, физиобальнеолечения, рефлексотерапии, йоги и др. [1. Вышлова И.А., Стародубцев А.И. Применение чжень-цзю терапии в комплексе лечения больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 5. С. 22-25., 3. Вышлова И.А., Карпов С.М., Шевченко П.П., Чигрина Н.В. Применение акупунктуры в терапии хронического болевого синдрома в нижней части спины Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 322.,

4. Вышлова И.А., Карпов С.М., Головкова О.Э. Применение йоги в терапии хронического вертеброгенного болевого синдрома в нижней части спины Медицинский вестник Северного Кавказа. 2015. Т. 10. № 3. С. 232-235.]

5. Индивидуальность применяемых лечебных комплексов с учетом психовегетативного статуса пациента, особенностей течения заболевания, наличия соматической патологии и состояния всего организма.

Таким образом, на основании всего вышперечисленного можно сделать следующие выводы:

Использование в комплексном лечении вертеброгенных болевых синдромов нестероидного анальгетика Ксефокама и витаминов группы В (Нейробион) способствует более быстрому регрессу болевых проявлений и восстановлению вертебродинамики, а в комбинации с Актовегином и Келтиканом — улучшение