

**Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации**



Научно-исследовательская работа:

**Колиты. Неспецифический язвенный колит. Этиология,
патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Принципы
лечения**

Выполнила:
студентка 4 курса 3 группы
педиатрического ф-та
Сидоренко А.Н.

3

Волгоград, 2018

Содержание работы:

1. Введение
2. Эпидемиология
3. Определение и классификация
4. Этиология и патогенез
5. Диагностика
6. Лечение
7. Список используемой литературы

Введение

Неспецифический язвенный колит (НЯК) является одной из наиболее сложных проблем современной гастроэнтерологии. В его основе лежит диффузное язвенно-воспалительное поражение толстой кишки, что клинически проявляется кишечными кровотечениями, частым жидким стулом с примесью гноя и крови, болями в животе, тензмами и запорами.

Вместе с тем, заболевание нередко дебютирует различными внекишечными проявлениями, которые встречаются практически у половины пациентов. При этом могут наблюдаться: остеопороз (15%), изъязвления полости рта (10%), артрит (5-10%), склерозирующий холангит (3%), увеит (0,5-3%), пустулезно-язвенный токсико-аллергический дерматит (0,5-2%), гангренозная пиодермия (0,6%), тромбоз глубоких вен (0,3%), и эмболия легочной артерии (0,2%). Все это подчеркивает необходимость повышения знаний врачей общей практики и специалистов узкого профиля в области диагностики этого заболевания.

Эпидемиология

Распространенность в мире – 50-230 случаев на 100 тыс. населения. Эпидемиология НЯК в целом по России неизвестна; распространенность в Московской области составляет 22,3 случая на 100 тыс. населения. Ежегодный прирост больных НЯК в мире – 5-20 случаев на 100 тыс. населения. Эпидемиологические исследования в США показали, что у белого населения НЯК встречается в 3-5 раз чаще, чем у афроамериканцев, а у евреев – в 3,5 раза чаще, чем у лиц нееврейской национальности. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но основной пик заболеваемости приходится на 20-40 лет. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой. У курящих НЯК встречается в 2 раза реже, чем у некурящих. Смертность от воспалительных заболеваний кишечника, в том числе от НЯК, составляет в мире 6 случаев на 1 млн населения, в России -17 случаев на 1 млн населения. В России в большинстве случаев диагноз ставится через несколько лет от момента появления первых клинических симптомов заболевания.

Определение и классификация

Язвенный колит – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.

По характеру течения выделяют:

- Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания):
- Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии).
- Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии).

Тяжесть заболевания в целом определяется: тяжестью текущей атаки, наличием внекишечных проявлений и осложнений, рефрактерностью к лечению, для чего используются простые критерии Truelove-Witts и индекс активности ЯК (индекс Мейо; DAI).

Таблица 1. Тяжесть атаки ЯК согласно критериям Truelove-Witts

	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Частота дефекаций с кровью	<4	≥4, если:	≥6, если:
Пульс	Нормальные значения	≤90 уд/мин	>90 уд/мин или
Температура		≤37,5° С	>37,5° С
Гемоглобин		≥105 г/л	<105 г/л или
СОЭ		≤30 мм/ч	>30 мм/ч
Контактная ранимость слизистой оболочки толстой кишки	Нет	Есть	Есть

Таблица 2. Тяжесть атаки согласно индексу активности ЯК (индекс Мейо).

Значение индекса	0	1	2	3
Частота стула	Обычная	На 1–2/день больше обычной	На 3–4/день больше обычной	На 5/день больше обычной
Примесь крови в стуле	Нет	Прожилки	Видимая кровь	Преимущественно кровь
Состояние слизистой оболочки	Норма	Минимальная активность (1 балл по шкале Schroeder)	Умеренная активность (2 балла по шкале Schroeder)	Выраженная активность (3 балла по шкале Schroeder)
Общая оценка состояния врачом	Норма	Удовлетворительное состояние	Состояние средней тяжести	Тяжелое состояние
Среднетяжелая и тяжелая атака констатируются при значении индекса (сумма оценок по 4 параметрам) от 6 и выше				

Используемая в индексе Мейо шкала оценки состояния слизистой оболочки по Schroeder приведена в таблице 3. и применяется для оценки эндоскопической активности ЯК.

Таблица 3. Классификация ЯК в зависимости от эндоскопической активности (по Schroeder).

0	1 (минимальная активность)	2 (умеренная активность)	3 (выраженная активность)
Норма или неактивное заболевание	Легкая гиперемия, смазанный сосудистый рисунок. Легкая контактная ранимость.	Выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, умеренная контактная ранимость, эрозии).	Спонтанная ранимость, изъязвления.

Для описания протяженности поражения применяется Монреальская классификация, оценивающая протяженность макроскопических изменений при эндоскопическом исследовании толстой кишки.

Таблица 4. Монреальская классификация ЯК по протяженности поражения

Проктит	Поражение ограничено прямой кишкой
Левосторонний колит	Поражение распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит)
Тотальный колит	Поражение распространяется проксимальнее левого изгиба толстой кишки (включая субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом)

Классификация ЯК в зависимости от ответа на гормональную терапию облегчает выбор рациональной лечебной тактики, поскольку целью консервативного лечения является достижение стойкой ремиссии с прекращением терапии ГКС. Для этих целей выделяются:

1. Гормональная резистентность:

- В случае тяжелой атаки – отсутствие положительной динамики со стороны клинических и лабораторных показателей, несмотря на применение системных ГКС в дозе, эквивалентной 75 мг преднизолона или 60 мг метилпреднизолона в сутки, в течение более чем 7 дней; или
- В случае среднетяжелой атаки – сохранение активности заболевания при пероральном приеме ГКС в дозе, эквивалентной 60 мг преднизолона, в течение 2 недель.

2. Гормональная зависимость:

- Увеличение активности болезни, возникшее при уменьшении дозы ГКС после достижения исходного улучшения в течение 3 месяцев от начала лечения; или
- Возникновение рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения ГКС.

Этиология и патогенез

Этиология ЯК, не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды. Описано около 100 однонуклеотидных полиморфизмов, ассоциированных с ЯК. Данный генетический фон предрасполагает к изменениям врожденного иммунного ответа, аутофагии, механизмов распознавания микроорганизмов, эндоплазматического ретикулоцитарного стресса, функций эпителиального барьера и адаптивного иммунного ответа. Ключевым дефектом иммунитета, предрасполагающим к развитию ВЗК является нарушения распознавания бактериальных молекулярных маркеров дендритными клетками, что приводит к гиперактивации сигнальных провоспалительных путей. Также при ВЗК отмечается снижение разнообразия кишечной микрофлоры за счет снижения доли анаэробных бактерий, преимущественно *Bacteroidetes* и *Firmicutes*. При наличии указанных микробиологических и иммунологических изменений, ВЗК развивается под действием пусковых факторов, к которым относят курение, нервный стресс, дефицит витамина D, питание с пониженным содержанием пищевых волокон и повышенным содержанием животного белка, кишечные инфекции, особенно инфекцию *C.difficile*. Результатом взаимного влияния данных факторов риска является активация Th2-клеток, гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов, в первую очередь, фактора некроза опухоли альфа и молекул клеточной адгезии. Результатом этих реакций становится лимфоплазмоцитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки с развитием характерных макроскопических изменений и симптомов ЯК. При ЯК поражается только толстая кишка (за исключением ретроградного илеита), в процесс обязательно вовлекается прямая кишка, воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой (за исключением острого тяжелого колита) и носит диффузный характер.

Клиническая картина

К основным клиническим симптомам язвенного колита относятся диарея и/или ложные позывы с кровью, тенезмы и императивные позывы на дефекацию, а также ночная дефекация. При тяжелой атаке ЯК возможно появление общих симптомов, таких как снижение массы тела, общая слабость, анорексия и лихорадка. Основные симптомы перечислены в таблице 5.

Таблица 5. Основные симптомы язвенного колита

Возможные симптомы болезни в анамнезе	Типичные клинические симптомы в момент осмотра	
<ul style="list-style-type: none">• Эпизоды диареи• Примесь крови в кале• Тенезмы• Внекишечные симптомы (поражение кожи, слизистых оболочек, суставов, глаз и др.)	<ul style="list-style-type: none">• Диарея• Кровь в кале• Ночная дефекация (чаще при выраженной активности процесса)	<ul style="list-style-type: none">• Тенезмы (чаще при проктитах и проктосигмоидитах)• Потеря массы тела• Лихорадка• Анемия• Внекишечные симптомы

Для ЯК, в отличие от болезни Крона, боль в животе менее характерна и носит умеренный (спастический) характер, чаще перед стулом; при проктитах и проктосигмоидитах диарея отсутствует, а частые ложные позывы могут сочетаться с запорами или оформленным стулом. У значительной доли больных могут обнаруживаться внекишечные проявления заболевания (Табл. 6).

Таблица 6. Внекишечные (системные) проявления язвенного колита

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями:
<p>Атропатии (артралгии, артриты)</p> <p>Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)</p> <p>Поражение слизистых (афтозный стоматит)</p> <p>Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)</p>	<p>Анкилозирующий спондилит (сакроилеит)</p> <p>Первичный склерозирующий холангит</p> <p>Остеопороз, остеомаляция</p> <p>Псориаз</p>	<p>Холелитиаз</p> <p>Стеатоз печени, стеатогепатит</p> <p>Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии</p> <p>Амилоидоз</p>

Диагностика

1. Лабораторная диагностика:

- Исследование крови (общий анализ крови, гематокрит, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок, гемокоагулограмма, общий белок, альбумины, печеночные пробы, электролиты).
- При остром течении ЯК (первой атаке заболевания) необходимо выполнить бактериологическое и микроскопическое исследование кала для исключения острой кишечной инфекции.
- Исследование токсинов А и В *C. difficile* (особенно, при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре).
- При первичной дифференциальной диагностике язвенного колита с функциональными заболеваниями кишечника, а также для неинвазивной оценки активности воспалительного процесса в кишечнике на фоне лечения возможно исследование уровня фекального кальпротектина.

Лабораторные проявления ЯК носят неспецифический характер. При клиническом анализе крови могут быть диагностированы анемия (железодефицитная, анемии хронического заболевания), лейкоцитоз (на фоне хронического воспаления или на фоне стероидной терапии), тромбоцитоз. Биохимическое исследование позволяет выявить электролитные нарушения, гипопроотеинемию (в частности, гипоальбуминемию), а также повышение щелочной фосфатазы, что является возможным проявлением ассоциированного с ЯК первичного склерозирующего холангита.

2. Инструментальная диагностика

Для подтверждения диагноза необходимы следующие мероприятия:

- Осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия;
- Обзорная рентгенография брюшной полости (при тяжелой атаке) для исключения токсической дилатации и перфорации толстой кишки;
- Колоноскопия с илеоскопией: Это обязательная процедура для установления диагноза ЯК, а также для решения вопроса о колэктомии;
- *Биопсия слизистой оболочки толстой кишки:*
 - a) при первичной постановке диагноза;
 - b) при сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза;
 - c) при длительном анамнезе ЯК (более 7-10 лет) – хромоэндоскопия с прицельной биопсией или ступенчатая биопсия (из каждого отдела толстой кишки) для исключения дисплазии эпителия.

Рекомендуемым стандартом биопсии при постановке диагноза является взятие биоптатов слизистой оболочки прямой кишки и не менее чем из 4 других участков толстой кишки, а также слизистой оболочки подвздошной кишки.

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза;
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием кишечника;
- Компьютерная томография (КТ) с контрастированием кишечника;
- Дополнительные исследования при показаниях:
 - a) трансабдоминальное ультразвуковое сканирование тонкой и ободочной кишки;
 - b) трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки и анального канала;

- с) фиброгастродуоденоскопия;
- d) видеокапсульная эндоскопия;
- e) одно- или двухбаллонная энтероскопия.

Эндоскопическое исследование толстой кишки является основным методом диагностики ЯК, однако, специфичные эндоскопические признаки отсутствуют. Наиболее характерными являются непрерывное воспаление, ограниченное слизистой оболочкой, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся проксимальнее, с четкой границей воспаления. Эндоскопическую активность ЯК наилучшим образом отражают контактная ранимость (выделение крови при контакте с эндоскопом), отсутствие сосудистого рисунка и наличие или отсутствие эрозий и изъязвлений. К микроскопическими признакам ЯК относятся деформация крипт (разветвленность, разнонаправленность, появление крипт разного диаметра, уменьшение плотности крипт, «укорочение крипт», крипты не достигают подлежащего слоя мышечной пластинки слизистой оболочки), «неровная» поверхность слизистой в биоптате слизистой оболочки, уменьшение числа бокаловидных клеток, базальный плазмоцитоз, инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, наличие крипт-абсцессов и базальных лимфоидных скоплений. Степень воспалительной инфильтрации обычно уменьшается по мере удаления от прямой кишки.

Лечение

Назначаются различные варианты диеты, замедляющей кишечный транзит (4, 4а, 4б), богатой белком, с ограничением жиров.

Лечебные мероприятия при ЯК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое лечение, психосоциальную поддержку и диетические рекомендации. Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений ЯК. Целью терапии является достижение и поддержание бесстероидной ремиссии (прекращение приема ГКС в течение 12 недель после начала терапии), профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса, а также развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения. Поскольку полное излечение больных ЯК достигается только путем удаления субстрата заболевания (колпроктэктомии), при достижении ремиссии неоперированный больной должен оставаться на постоянной поддерживающей (противорецидивной) терапии. Следует особо отметить, что ГКС не могут применяться в качестве поддерживающей терапии.

Ниже представлены рекомендации по выбору препаратов для индукции и поддержания ремиссии в зависимости от протяженности поражения и тяжести атаки.

Дистальный НЯК

Легкая форма – месалазин 1-2 г/сут ректально в виде свечей или клизм.

Среднетяжелая форма – месалазин ректально (2-4 г/сут в виде клизм или свечей) или кортикостероиды (преднизолон 20-30 мг/сут или гидрокортизон 125 мг/сут) в виде клизм.

При проктите показано введение стероидов в свечах.

При неэффективности местной терапии – комбинация аminosалицилатов (сульфасалазин, месалазин) 2-3 г/сут внутрь с ректальным их введением или кортикостероидами в виде клизм.

Тяжелая форма – преднизолон внутрь 0,5-1 мг/кг массы тела в сутки в сочетании с ректальным введением кортикостероидов (преднизолон 20-30 мг/сут или гидрокортизон 125 мг/сут)

Левосторонний НЯК

Легкая форма – аminosалицилаты (сульфасалазин 3-4 г/сут, месалазин 2-3 г/сут) внутрь и месалазин 2-4 г/сут ректально.

Среднетяжелая форма - аminosалицилаты (сульфасалазин 4-6 г/сут, месалазин 3-4,8 г/сут) внутрь и месалазин 2-4 г/сут ректально или кортикостероиды (преднизолон 20-30 мг/сут или гидрокортизон 125-250 мг/сут) в виде клизм.

При отсутствии клинического эффекта – преднизолон 1 мг/кг массы тела в сутки внутрь в сочетании с ректальным введением кортикостероидов и месалазина (преднизолон 20-30 мг/сут или гидрокортизон 125-250 мг/сут, или месалазин 2-4 г/сут).

Тяжелая форма – преднизолон 1-1,5 мг/кг массы тела в сутки в/в и месалазин 2-4 г/сут ректально или кортикостероиды (преднизолон 20-30 мг/сут или гидрокортизон 125-250 мг/сут) в виде клизм.

Тотальный НЯК

Легкая форма - аminosалицилаты (сульфасалазин 3-4 г/сут, месалазин 2-3 г/сут) внутрь и месалазин 2-4 г/сут ректально или кортикостероиды (преднизолон 20-30 мг/сут или гидрокортизон 125-250 мг/сут) в виде клизм.

Среднетяжелая– преднизолон 1-1,5 мг/кг массы тела в сутки.

Тяжелая форма - преднизолон в/в 160 мг/сут или метипред 500 мг или гидрокортизон в/м 500 мг/сут (по 125 мг 4 раза) 5-7 дней, далее преднизолон 1,5-2 мг/кг массы тела в сутки внутрь (но не более 100 мг в сут).

Показания к хирургическому лечению ЯК:

- Обоснованное клиническими признаками подозрение на перфорацию кишки;
- Не поддающаяся целенаправленной комплексной терапии токсическая дилатация толстой кишки;
- Редкие случаи профузного кишечного кровотечения;
- Отсутствие эффекта адекватного консервативного лечения:
 - а) Гормональная резистентность и гормональная зависимость;
 - б) Неэффективность либо выраженные побочные эффекты при приеме иммуносупрессоров (азатиоприн, метотрексат, циклоспорин);
 - в) Постоянная угроза развития осложнений гормональной терапии (остеопороз, стероидный диабет, артериальная гипертензия, инфекционные осложнения);
- Развитие стойких стриктур с явлениями частичной непроходимости кишечника;
- Рак на фоне хронического воспалительного процесса.

Виды хирургических вмешательств.

За последние 20 лет новым золотым стандартом стала восстановительно-пластическая операция – колпроктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом (ИАРА). При успешном выполнении данная операция обеспечивает возможность контролируемой дефекации через задний проход с удовлетворительным качеством жизни.

Таблица 7. Методы хирургического лечения ЯК

<p>С формированием постоянной илеостомы</p>	<p>С восстановлением дефекации через задний проход</p>		
<p>Колпроктэктомия с формированием постоянной илеостомы по Бруку</p>	<p>С формированием ИАРА, в 2 этапа:</p>	<p>С формированием ИАРА, в 3 этапа:</p>	<p>*Субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеоректального анастомоза (в исключительных случаях)</p>
	<p>1. Колпроктэктомия, формирование ИАРА, петлевая илеостомия по Торболлу 2. Закрытие илеостомы</p>	<p>1. Субтотальная резекция ободочной кишки (субтотальная колэктомия), илеостомия по Торболлу; 2. Проктэктомия, формирование ИАРА 3. Закрытие илеостомы</p>	

Профилактика и диспансерное наблюдение

Язвенный колит характеризуется хроническим рецидивирующим течением. Диспансерное наблюдение при ЯК проводится пожизненно и может быть прервано только при удалении толстой кишки. Целью диспансерного наблюдения является, в первую очередь, профилактика колоректального рака. У большинства пациентов в стадии клинической ремиссии колоноскопия должна выполняться не реже, чем каждые 3 года. У части пациентов периодичность диспансерного наблюдения с проведением колоноскопии может быть иной. Больному следует разъяснить необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, поскольку соблюдение предписаний по терапии существенно (в 2-2,5) раза снижает частоту обострений, а сама терапия является методом химиопрофилактики колоректального рака. С точки зрения долгосрочного прогноза течения ЯК целесообразно регулярно оценивать наличие эндоскопической ремиссии (заживления слизистой оболочки). Для этих целей рекомендуется каждые 6 месяцев выполнять исследование кала на уровень фекального кальпротектина и/или ректороманоскопию.

Прогноз

Прогноз при НЯК определяется тяжестью самого заболевания, наличия осложнений, требующих хирургического вмешательства, а также высоким риском развития рак толстой кишки.

Риск малигнизации при НЯК определяется 4 основными факторами:

- длительность заболевания (более 8 лет при тотальном колите, более 5 лет при левостороннем колите);
- распространенность воспалительного процесса (тотальный колит) и тяжесть заболевания;
- возраст первого обострения (моложе 30 лет),
- сочетание с первичным склерозирующим холангитом.

•Риск образования карциномы при НЯК

Продолжительность заболевания (вероятность развития карциномы)	10 лет	2%
	20 лет	9%
	30 лет	19%
Распространенность процесса (повышение риска по сравнению с популяцией)	Проктит	x 1,7
	Левосторонний колит	x 2,8
	Тотальный колит	x 14,8

Рак при НЯК может развиваться в любом участке толстой кишки; в большинстве своем они одиночные и локализируются в дистальных отделах. Однако у 10-25% больных могут обнаруживаться одновременно две карциномы и более.

У неоперированных больных с панколитом через 20 лет в 12-15% случаев развивается карцинома толстой кишки. Гистологически карциномы на фоне НЯК чаще всего бывают представлены аденокарциномами.

При длительности заболевания НЯК 10 лет и более в случае левостороннего колита и 8 лет и более при тотальном поражении для профилактики рака толстой кишки рекомендуется ежегодное или 1 раз в 2 года проведение колоноскопии (с взятием 3-4 биопсий через каждые 10-15 см кишки, а также из всех макроскопически подозрительных участков).

Наличие признаков тяжелой дисплазии является показанием для превентивной колэктомии. При обнаружении дисплазии легкой степени рекомендуется контрольное исследование через 3 мес с гистологической верификацией. В случае подтверждения дисплазии низкой степени рекомендована колэктомия, при отсутствии – колоноскопия через год. В случае гистологических изменений, когда наличие дисплазии представляется сомнительным, рекомендуется проведение повторной колоноскопии через год, при отсутствии диспластических изменений – через 1-2 года.

Доказана возможность химиопрофилактики колоректального рака больных с НЯК: длительный (на протяжении 5-10 лет) прием месалазина в дозе не менее 1,2 г/сут приводит к снижению риска развития рака на 81% (по сравнению с пациентами, не принимавшими месалазин). При меньших дозах, а также при приеме 2г сульфасалазина в сутки, эффект был значительно ниже. У лиц с НЯК и первичным склерозирующим холангитом риск развития колоректального рака выше по сравнению с пациентами НЯК без холангита. Назначение препаратов урсодеооксиголевой кислоты в дозе 13-15 мг/кг в сут приводит к значительному снижению риска развития карцином у таких пациентов.

Вывод

Клиническое значение проблемы НЯК обуславливается большой частотой ошибок, допускаемых при его диагностике. Имеются наблюдения, что с момента возникновения первых его симптомов до установления диагноза иногда проходит несколько месяцев и даже лет. К патогномичным проявлениям этого заболевания относят кишечные кровотечения, частый жидкий стул с примесью гноя и крови, боли в животе, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, запоры. Вместе с тем, заболевание нередко дебютирует различными внекишечными проявлениями, которые встречаются практически у половины пациентов. При этом могут наблюдаться: остеопороз (15%), изъязвления полости рта (10%), артрит (5-10%), склерозирующий холангит (3%), увеит (0,5-3%), пустулезно-язвенный токсико-аллергический дерматит (0,5-2%), гангренозная пиодермия (0,6%), тромбоз глубоких вен (0,3%), и эмболия легочной артерии (0,2%). Все это подчеркивает необходимость повышения знаний врачей общей практики и специалистов узкого профиля в области диагностики этого заболевания.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита/ 2017 г.
2. Ватутин Н.Т., Шевелек А.Н., Карапыш В.А., Василенко И.В./ Неспецифический язвенный колит // Разбор клинических случаев/ Медицинский журнал «Архивъ внутренней медицины» № 4(24)/, 2015 г.
3. Каншина О.А./ Неспецифический язвенный колит у детей и взрослых/ 2014 г.
4. Халиф И.Л., Лоранская И.Д./Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение/2013 г.
5. Абдулхаков С.Р., Абдулхаков Р.А./Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению/ ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», 2013 г.
6. Ивашкин.В.Т./Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол №5 // Выбор лекарственной терапии воспалительных заболеваний кишечника/ 2013 г.
7. Рахимова О.Ю., Юрков М.Ю., Митрофанова И.П., Пайзуллаева З.К. Язвенный колит // Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Комарова Ф.И., Рапопорта С.И, 2012 г.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 3 группы

Сидоренко Алина Николаевна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа частично соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Студентом недостаточно полно сформулирована актуальность исследуемой проблемы, не отражена теоретическая и практическая значимость. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отсутствует четкая структура и логика изложения материала. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В списке литературы нарушен стандарт научно-библиографического оформления. Кроме того, имеется заимствование материала из интернет-банков готовых работ.

Работа заслуживает оценки «удовлетворительно» (3).



(подпись)