**Варианты течения язвенного колита на современном этапе**

 ***Мацухова Д.Ф., Арамисова Р.М.****Студентка 6 курса, профессор кафедры госпитальной терапии

Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова, медицинский факультет, Нальчик, Россия

E-mail: darina2611@icloud.com*

Медико-социальная значимость проблемы неспецифического язвенного колита (НЯК) определяется широкой распространенностью заболевания среди лиц молодого трудоспособного возраста, тяжестью осложнений, ранней инвалидизацией и высокой стоимостью лечения [1,2,3]. В последние десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост заболеваемости НЯК [8,9]. На сегодняшний день отсутствуют точные данные о распространенности и заболеваемости данной патологией в РФ. Имеющиеся данные по отдельным регионам широко варьируют [1,2, 6, 9]. Высокими остаются и показатели смертности от осложнений НЯК, которые при тяжелых формах течения могут достигать до 3% [7,  8,10,11].
Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение Городской клинической больницы № 1 г. Нальчик в 2019 г. с верифицированным диагнозом НЯК.
За исследуемый период в гастроэнтерологическое отделение было госпитализировано 47 больных с диагнозом НЯК. По гендерному признаку исследуемая популяция характеризовалась превалированием лиц женского пола (57%). В возрастной структуре больных преобладали больные в возрасте от 30-39 лет. По численности на втором месте были больные 50-59 лет, что соотносится с данными литературы (отмечаются два пика заболеваемости в возрасте 30–39 лет и 50–59 лет) [6,7,8].
Начало заболевания имело два возрастных пика: 20-29 лет (17%) и 30-39 лет (15%). Сроки от начала заболевания до верификации диагноза составили 1,5+- 0,6 года. Наиболее частыми причинами поздней диагностики НЯК явились: поздняя обращаемость, несвоевременное применение визуализирующих методов исследования. Наибольший удельный вес имел проктит -20%. Левосторонний и тотальный колит имели одинаковый удельный вес – по 17%. Достаточно высоким был и показатель неизвестной локализации (17%).
Внекишечные проявления при ВЗК имели место в 25,2% случаев и развивались в основном в возрастной группе от 31 до 50 лет (средний возраст 48,9 ± 10,7 лет). Наибольшая доля системных проявлений приходилась на тотальные формы НЯК (87,5%). Поражение суставов отмечалось в 1,6% случаев. Кожные проявления (узловатая эритема), поражение глаз (увеит, эписклерит и иридоциклит), наблюдавшиеся при высокой активности процесса, сочетались с поражениями суставов.
Частота обострений НЯК 1-2 раза в год наблюдалась у 78% больных. Возможно, это связано низкой комплаентностью больных при проведении базисной терапии.
Анализ степени потери трудоспособности больных показал: 1 гр. инвалидности была определена   у 1% больных, 2 гр. инвалидности – у 34%, 3 гр. инвалидности – у 65% больных.

**Литература**

1. Абдулхаков С. Р., Абдулхаков Р. А. Неспецифический язвенный колит: Современные подходы к диагностике и лечению. // Вестник современной клинической медицины №1, том 2. - 2009. - стр. 5-8.

2. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2001. — С.527.

3.Ватутин Н. Т., Шевелек А.Н., Карапыш В.А., Василенко И.В. Неспецифический язвенный колит. // Архив внутренней медицины №4. - 2015. - стр. 2-13.

4.Голованчикова В.М., Шифрин О. С., Ивашкин В. Т. Современные подходы к лечению хронических воспалительных заболеваний кишечника. Рос. мед. вести. 2009. Т. 14, № 3. С. 29–37.

5. Григорьева Г. А. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: диагностика и лечение осложненных форм / Г.А.Григорьева, Н.Ю.Мешалкина, И.Б.Репина // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. —2002.— № 5.—С.34—39.

6. Климентов М.Н., Кривоногова Ю.А., Корнеева С.Ю. и др. Сравнительная клинико-эпидемиологическая характеристика больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона, находившихся на лечении в РКБ в 2009 г. // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 8. – С. 108-108.

7. Клинические рекомендации Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита (2017).

8. Князев О. В., Шкурко Т. В., Фадеева Н. А. и др. Эпидемиология хронических воспалительных заболеваний кишечника. Вчера, сегодня, завтра. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 139 (3): 4–12.

 9.Халиф И.Л. Принципы лечения язвенного колита (рекомендации российской группы по изучению воспалительных заболеваний кишечника). Колопроктология, 2006(2): с.31-33.

10. Чашкова Е.Ю., Владимирова А.А., Неустроев В.Г. и др.. Воспалительные заболевания толстой кишки - аспекты диагностики. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2011. № 4-12. С. 209-221.

11. Шифрин, О.С. Современные подходы к лечению больных неспецифическим язвенным колитом / О.С.Шифрин // Consilium-medicum.—2002.—Т. 4, № 6.—С.24—29. 10.

12. Циммерман Я.С, Циммерман И.Я., Третьякова Ю. И. Язвенный колит и болезнь Крона: современные представления часть 1. дефиниция, терминология, распространенность, этиология и патогенез, клиник а, осложнения, классификация. // Журнал Клиническая медицина №11. - 2013. - с.31.