

УДК 616.348-002.44-092

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Т.Е. Чернышова¹, О.А. Неганова², С.Н. Стяжкина¹, А.А. Валинуров¹

¹ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск

² БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики», Ижевск

Резюме. В работе рассмотрен анализ роли и влияния психологических аспектов качества жизни пациентов с язвенным колитом (ЯК) в особенности течения заболевания.

С учетом соблюдения требований Хельсинской декларации 1975 года сформирована группа из 61 пациента (39 женщин и 22 мужчины в возрасте 18–60 лет) с доказанным диагнозом ЯК. Сформировано две группы: в 1-ю группу вошло 32 пациента с медленно прогрессирующим заболеванием, во 2-ю группу – 29 больных с частыми рецидивами ЯК и быстрым формированием осложнений. Анализировались данные опросника MOS SF-36, показатели уровня личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности по шкале Спилберга-Ханина, стрессоустойчивости и социальной адаптации по Холмсу и Раге.

Рассмотрены частота и основные клинические проявления тревоги и депрессии пациентов ЯК, влияющих на качество жизни больных, состояние психосоматики психического здоровья. Для пациентов ЯК характерно достоверное снижение показателей физического и эмоционального функционирования. Анализ личностной и ситуационной тревожности по Спилбергу-Ханину выявил взаимосвязь с показателями психологического здоровья и социального функционирования. Реактивная тревожность имела отрицательную корреляцию с психологическим здоровьем, а личностная тревожность оказалась в прямой зависимости от болевого синдрома, в обратной зависимости от социального функционирования ($r = -0,48$) и психологического здоровья ($r = -0,34$). С увеличением возраста пациентов повышается уровень депрессии ($r = 0,49$, $p < 0,0001$). Ситуационная тревожность повышалась при неблагополучии в семье ($r = 0,33$, $p = 0,04$) и на работе ($r = 0,49$, $p = 0,008$), негативной информации, полученной в средствах массовой коммуникации ($r = 0,57$, $p = 0,003$).

Психоземotionalное состояние и качество жизни пациентов напрямую зависят от степени компенсации и психосоциальной адаптации больного, а также от 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.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, качество жизни; психологические аспекты, хронические воспалительные заболевания кишечника, тревога и депрессия, прогноз реабилитации.

Для цитирования: Чернышова Т.Е., Неганова О.А., Стяжкина С.Н., Валинуров А.А. Психологические аспекты качества жизни и прогноз реабилитации больных с язвенным колитом // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 2. – С. 90–97.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF QUALITY OF LIFE AND PROGNOSIS OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

T.E. Chernyshova¹, O.A. Neganova², S.N. Styazhkina¹, A.A. Valinurov¹

¹ Federal State Budgetary Institution of Higher Education 'Izhevsk State Medical Academy,' Ministry of Health of the Russian Federation, Izhevsk

² Budgetary Healthcare Institution 'City clinical hospital No. 9,' Ministry of Health of the Udmurt Republic, Izhevsk

Abstract. This study aims to analyze the role and impact of psychological aspects of quality of life in patients with ulcerative colitis (UC) on the disease course.

We have recruited 61 patients (39 women and 22 men aged 18–60 years) diagnosed with UC (according to the requirements of the Helsinki Declaration of 1975). Study participants were divided into two groups. Group 1 included 32 patients with a slowly progressing disease. Group 2 comprised 29 patients with frequent UC relapses and rapid development of complications. We analyzed the data from the MOS SF-36 questionnaire, levels of and personal and reactive anxiety (PA and RA respectively) assessed using the Spielberger-Khanin's test, stress tolerance, and social adaptation evaluated using the Holmes and Rahe scale.

We also analyzed the frequency and main clinical manifestations of anxiety and depression in UC patients that affected their quality of life, as well as the state of psychosomatic mental health. UC patients are characterized by a significant decrease in physical and emotional functioning. The analysis of personal and situational anxiety demonstrated an association between psychological health and social functioning. Reactive anxiety was negatively correlated with psychological health, while personal anxiety was positively correlated pain syndrome and negatively correlated with social functioning ($r = -0.48$) and psychological health ($r = -0.34$). The level of depression increased with patient age ($r = 0.49$, $p < 0.0001$). Situational anxiety increased when patients had troubles in their family ($r = 0.33$, $p = 0.04$) and at work ($r = 0.49$, $p = 0.008$) or received negative information from the media ($r = 0.57$, $p = 0.003$).

The psychoemotional state and quality of life directly depend on the degree of compensation and psychosocial adaptation of the patient, as well as on the compliance of the doctor, patient, and family members. Assessment of quality of life in UC patients is necessary to develop individual treatment strategies that will improve the disease control and increase compliance.

Key words: ulcerative colitis, quality of life; psychological aspects of chronic inflammatory bowel diseases, anxiety and depression, prognosis of rehabilitation.

For citation: Chernyshova T.E., Neganova O.A., Styazhkina S.N., Valinurov A.A. Psychological aspects of quality of life and prognosis of rehabilitation in patients with ulcerative colitis // Bulletin of Medical Institute Reaviz. – 2020. – № 2. – P. 90–97.

Важнейшей задачей качества жизни пациентов с хронической патологией является достижение стойкой компенсации заболевания. Среди наиболее частых причин неудовлетворительной компенсации любого заболевания, в том числе язвенного колита (ЯК) в литературе обсуждается низкая комплаентность, несоблюдение рекомендаций специалистов, особенности психологического состояния пациентов [1]. В то же время само хроническое заболевание снижает качество жизни пациента. Особую роль в эффективности лечения и реабилитации больных играет психологическое состояние больного. Известно, что пациенты в состоянии депрессии менее склонны регулярно и правильно принимать препараты. (Sevinc A., Savli T., 2004). Депрессивные состояния у пациентов ЯК регистрируются чаще, чем в общей популяции и незначительно зависят от качества и/или длительности компенсации заболевания [2, 4, 6].

Цель работы: анализ роли и влияния психологической составляющей качества

жизни пациентов язвенным колитом (ЯК) на особенности течения заболевания.

Материал и методы

С учетом соблюдения требований Хельсинской декларации 1975 года сформирована группа из 61 пациента (39 женщин и 22 мужчины в возрасте 18–60 лет) с доказанным диагнозом ЯК. В зависимости от скорости прогрессирования ЯК сформировано две группы: в 1-ю группу вошло 32 пациента с частыми рецидивами ЯК и быстрым формированием осложнений, во 2-ю группу – 29 больных с медленно прогрессирующим заболеванием.

Всем больным проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное исследование. Для ответа на вопрос: «Какое влияние оказывает язвенный колит (ЯК) на показатели качества жизни (КЖ) использована русская версия опросника MOS SF-36 (Medical Out comes Study Short Form 36), которая в настоящее время рассматривается как «золотой» стандарт оценки качества жизни. Для детализации психологического

статуса пациентов, полученной при оценке качества жизни по методике SF-36, проведен анализ показателей уровня личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности по шкале Спилберга-Ханина. Дополнительно оценивалась стрессоустойчивость и социальная адаптация пациентов по методу Холмса и Раге (психометрическая шкала самооценки актуального уровня стресса в течение последнего года) [3, 5, 7].

Важно подчеркнуть, что все пациенты обследовались на амбулаторном уровне вне обострения заболевания.

Статистические методы

Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась аналитическим методом, аналитико-графическим, методом экспертных оценок, статистическим. Математическая обработка материала проводилась на персональной ЭВМ, а также с помощью пакета программ STATISTICA 6,0 (Matematica®, Matlab®, HarvardGraphics®), StatSoft (США 1995 г.). Для установления достоверности различий применялся непараметрический метод с использованием двухстороннего точного критерия Фишера. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$. Анализ корреляции переменных производился для установления взаимодействия клинико-лабораторных и психоэмоциональных показателей по методу Пирсона при нормальных распределениях и по методу Спирмена при других типах распределения.

Результаты исследования

При сопоставлении характеристик КЖ пациентов 1 и 2 групп наиболее значимым было снижение у пациентов 1 группы ролевого физического функционирования (РФФ) и ролевого эмоционального функционирования (РЭФ). Снижение РФФ отражало роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, прежде всего, в выполнении повседневной работы и это не толь-

ко касалось уборки дома/квартиры, работы в саду и на огороде, но и ухода за собой. Каждый второй пациент (мужчина или женщина) отметил, что в воскресные дни предпочитает находиться дома в халате, пижаме, трусах и майке, а в отсутствие семьи – не готовить пищу, например, питаться молоком/чаем с хлебом и др. Проблемы снижения РЭФ более ярко проявлялось на работе, когда пациенты отмечали увеличение времени на ее выполнение. Снижение жизнеспособности характеризовалось респондентами как ощущение бессилия, интереса/желания посещать театры, концерты, в том числе представления на которых выступали их дети и внуки. Характерна была жалоба: «Совсем нет сил». Пациенты, которые приходили домой в 14–16 часов, как правило, отказывались от полдника/ужина и ложились спать. Каждый второй из них даже вне обострения заболевания отмечал плохое настроение, нарушение сна, неудовлетворенность состоянием своего здоровья.

Снижение показателей ФФ ($T = 35,0$; $p_{1-2} = 0,002$), ОЗ ($T = 48,5$; $p_{1-2} = 0,012$) и РЭФ ($T = 37,0$; $p_{1-2} = 0,003$) у пациентов 1-й группы отражало неудовлетворенность состоянием своего здоровья в зависимости от эмоционального состояния организма (рис. 1).

При сопоставлении показателей качества жизни в группах с различным течением заболевания наиболее низкие показатели качества жизни в обеих группах были получены при обострении заболевания также по шкалам ФФ (в 3,56 раза) и РФФ (в 1,57 раза).

Значимые клинические различия в группах наблюдения зарегистрированы по шкалам: ролевое физическое и ролевое эмоциональное функционирование, что составило по средним значениями 133,6 % и 64,3 %, соответственно. Пациенты 1-й группы достоверно реже акцентировали внимание на болевом синдроме ($p < 0,01$) при более высоких, чем во 2-й группе показателях жизнеспособности ($p < 0,001$).

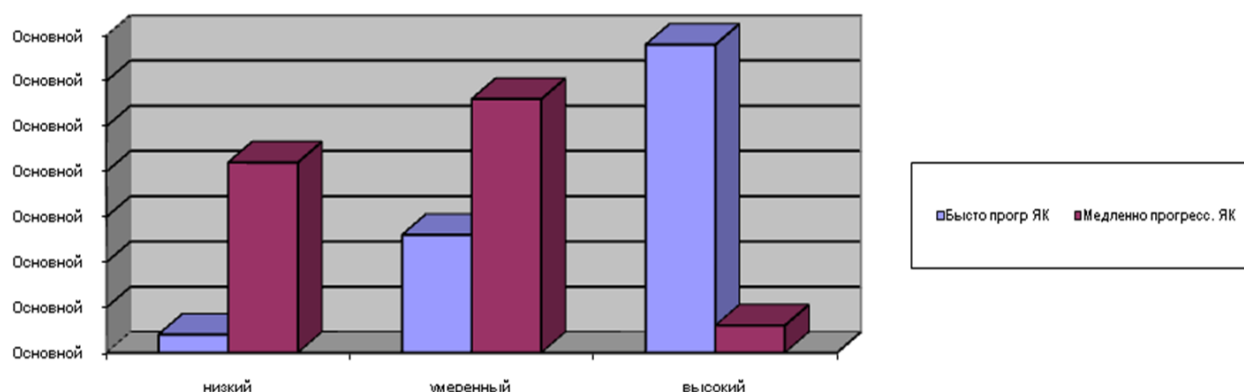


Рис. 1. Итоговый показатель частоты вариантов РТ и ЛТ пациентов с ЯК. До 30 баллов итоговый показатель расценивался как низкий, 31–44 балла – умеренный, 45 и более – высокий

Для пациентов 2-й группы были характерны спастические боли, которые практически во всех случаях сопровождалась иррадиацией в спину, поясницу, лопатку, беспокойным/возбужденным состоянием с сопутствующими явлениями в виде рвоты, метеоризма, кардиоаритмии.

Что играло ведущую роль в ухудшении показателей качества жизни? По показателям физического и ролевого функционирования ведущая роль принадлежала качеству компенсации заболевания ($r = -0,51$; $p < 0,0001$) и длительности поддержания ремиссии ($r = -0,33$; $p = 0,003$). Возраст больных был более связан с физическим ($r = -0,51$; $p = 0,0001$) и ролевым функционированием ($r = -0,54$; $p = 0,0001$), как и жизнедееспособность ($r = -0,57$; $p = 0,001$).

Продолжительность заболевания ($r = -0,61$; $p = 0,0003$) была отрицательно взаимосвязана с физическим функционированием, что представлено в таблице 1.

Такие показатели, как общее здоровье, жизнедееспособность зависели в первую очередь от взаимоотношений в семье. Физическое функционирование было тесно связано с наличием осложнений, связанных с продолжительной терапией глюкокортикостероидами: стероидный диабет, энцефалопатия, различные остеоартропатии, артериальная гипертензия.

Представила интерес оценка отдаленных показателей качества жизни у 9 пациентов язвенным колитом после тотальной колонэктомии (табл. 2).

Таблица 1

Корреляционные взаимосвязи показателей качества жизни с возрастом пациентов и продолжительностью заболевания

Показатели КЖ	Корреляционная взаимосвязь КЖ	
	Возраст	Продолжительность ЯК
Физическое функционирование	$r = -0,51$; $p < 0,0001^*$	$r = -0,54$; $p = 0,0003^*$
Ролевое физическое функционирование	$r = -0,54$; $p = 0,0001^*$	$r = -0,20$; $p = 0,08$
Боль	$r = -0,42$; $p = 0,0001^*$	$r = -0,25$; $p = 0,02^*$
Общее здоровье	$r = -0,27$; $p = 0,01^*$	$r = -0,20$; $p = 0,08$
Жизнедееспособность	$r = -0,57$; $p = 0,001^*$	$r = -0,25$; $p = 0,03^*$
Социальная активность	$r = -0,33$; $p = 0,004^*$	$r = -0,15$; $p = 0,2$
Ролевое эмоциональное функционирование	$r = -0,30$; $p = 0,009^*$	$r = -0,24$; $p = 0,04^*$
Психическое здоровье	$r = -0,27$; $p = 0,01^*$	$r = -0,15$; $p = 0,21$

Примечание: * $p < 0,05$.

Таблица 2

Оценка качества жизни больных ЯК: послеоперационном периоде

Показатель	Группы больных	
	До операции n = 12	Через 12 месяцев n = 9
Индекс массы тела (кг/м ²)	17,0 ± 2,0	19,7 ± 0,3
Физическое функционирование	15,5 ± 5,8	24,6 ± 3,6**
Роловое физическое функционирование	14,0 ± 8,4	21,1 ± 12,5
Боль	18,9 ± 9,8	3,7 ± 7,2**
Общее здоровье	18,3 ± 9,32	20,6 ± 7,5
Жизнеспособность	25,0 ± 12,53	38,6 ± 18,07**
Социальная активность	16,67 ± 8,33	32,7 ± 11,9**
Роловое эмоциональное функционирование	14,81 ± 11,3	21,1 ± 13,7*
Психическое здоровье	21,67 ± 9,3	20,0 ± 12,34

Примечание: * p < 0,05.

В послеоперационный период у пациентов регистрировалось тенденция к повышению индекса массы тела. Особенно, качеством жизни больных ЯК после операции было повышение показателей ролевого эмоционального функционирования, жизнеспособности, физического функционирования (p < 0,05), которые были тесно взаимосвязаны.

Позднее регистрировалось повышение социальной активности и улучшение психологического функционирования. Однако каждый второй пациент в послеоперационном периоде терял собственную позицию в обществе, нуждался в руководстве, становился зависимым от медицинских работников, часто посещая их, а в 2 случаях – посещая еженедельно или вызывая врача на дом «посоветоваться».

Таким образом, при анализе качества жизни больных с ЯК зарегистрировано достоверное снижение прежде всего показателей по шкалам ФФ (p₂₋₁ < 0,01), ОЗ (p₂₋₁ < 0,05) и РЭФ (p₃₋₁ < 0,01). Зарегистрированы значимые различия показателей качества жизни в до и послеоперационный период.

Для детализации психологического статуса пациентов, полученной при оценке качества жизни по методике SF-36, проведен анализ личностной и ситуационной тревожности по Спилбергу-Ханину. Опрос-

ник Спилберга, адаптированный Ю.Х. Ханиным, позволяет оценить личностную и ситуативную тревожность. Он содержит 40 вопросов-суждений, из которых 20 предназначены для оценки уровня тревожности в данный момент – реактивная тревожность (РТ) и 20 – для оценки личностной тревожности, как устойчивой характеристики человека (ЛТ). При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале.

Реактивная тревожность (РТ) характеризует напряжение, беспокойство, нервозность, нарушение внимания. Личностная тревожность (ЛТ) характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокая ЛТ прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с расчетом достоверности различий (табл. 3).

Не установлена связь между качеством жизни и показателями реактивной (ТС), личностной тревожности (ЛТ). Полученные данные подтверждают значение показателей КЖ как показателей только базовой составляющей перспектив реабилитации па-

циентов, не отражающей уровень психологической составляющей. Однако РТ и ЛТ тесно коррелировали с показателями психологического здоровья (МН) и социального функционирования (SF). Показатель реактивной тревожности ЛТ имел отрицательную корреляцию с психологическим здоровьем, а личностная тревожность оказалась в прямой зависимости от болевых проявлений (Р) $r = 0,32$ и в обратной зависимости от социального функционирования ($r = -0,48$) и психологического здоровья ($r = -0,34$).

Корреляционный анализ показал, что как при увеличении возраста пациентов повышается уровень депрессии ($r = 0,49$, $p < 0,0001$), как и при увеличении давности заболевания с нарастанием случаев и степени выраженности депрессии ($r = 0,58$, $p = 0,01$). Ситуативная тревожность значительно возрастала в связи с неблагополучием в семье ($r = 0,33$, $p = 0,004$). Личностная тревожность возрастала при проблемах социального плана ($r = 0,30$, $p = 0,005$) (табл. 4).

Таблица 3

Взаимосвязь КЖ (SF-36) и уровня тревожности по шкале Спилберга-Ханина

Показатель	Коэффициент корреляции (r) (n = 29)	Коэффициент корреляции (r) (n = 49)
Физическое функционирование	-0,27	-0,5
Роловое физическое функционирование	0,06	0,01
Боль	-0,08	-0,06
Общее здоровье	0,1	0,42
Жизнеспособность	0,05	0,26
Социальная активность	-0,04	-0,02
Роловое эмоциональное функционирование	0,00	0,11
Психическое здоровье	-0,04	0,02
ТС	0,09	0,07
ЛТ	-0,11	-0,24

Таблица 4

Взаимосвязь основных показателей качества жизни (SF-36), уровня тревожности (шкала Спилберга-Ханина)

Показатель	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СА	РЭФ	ПЗ
РТ r	-0,25	-0,06	0,26	-0,02	-0,09	-0,16	-0,24	-0,44
Р	0,11	0,70	0,10	0,91	0,56	0,30	0,14	-0,04
ЛТ r	-0,15	0,19	0,32	-0,14	0,12	-0,48	-0,16	-0,52
Р	0,35	0,23	0,04	0,39	0,45	0,001	0,33	0,003

Примечание: ФФ – физическое функционирование; РФФ – роловое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СА – социальная активность; РЭФ – роловое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

Степень тревожного синдрома напрямую не связан с проведенными оперативным вмешательством, в т.ч. и с тотальной колонэктомией. Однако проблемы, связанные с калоприемником, резко ухудшают качество жизни пациента, т.к. значительно затрудняют нормализацию функций, управляющих поведением.

Относительно стабильное течение ЯК у пациентов 1-й группы сопровождалось неспецифическими жалобами (слабость, снижение работоспособности, сонливость, изменение настроения). Такие симптомы могут быть обусловлены, как и у лиц без НЯК, причинами эмоционально-личностного характера, не говоря уже о возможности раз-

вития соматической, психической патологии, сопутствующей ЯК.

Наличие потенциала агрессии или подавления личности, а также показателей депрессии и личностной тревожности не зависели от длительности заболевания, но были взаимосвязаны, прежде всего, с низкой физической активностью пациентов ($p = 0,009$), эмоциональным состоянием ($p = 0,03$) и показателем ролевого функционирования ($p = 0,049$). Ситуационная тревожность повышалась при неблагополучии в семье ($r = 0,33$, $p = 0,04$) и на работе ($r = 0,49$, $p = 0,008$), а также объема и характера негативной информации средств массовой коммуникации ($r = 0,57$, $p = 0,003$).

Это послужило обоснованием оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации пациентов по методике Холмса и Раге (США), которые изучали зависимость заболеваний от различных стрессогенных жизненных событий и пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека [6]. Ретроспективный анализ жизни больных и ситуации, непосредственно связанной с обострением ЯК, только 3 больных 1-й группы зарегистрировали пороговую степень сопротивляемости стрессу. В остальных 29 случаях сопротивляемость стрессу была высокая, составив $162,3 \pm 41,9$ баллов.

При быстрой прогрессии ЯК сопротивляемость стрессу была низкая, составив $332,6 \pm 29,8$ балла. Наиболее значимыми отрицательными факторами факторами были: смерть супруга/супруги/близкого члена семьи ($p = 0,008$), развод ($p = 0,004$), увольнение и выход на пенсию ($p = 0,004$), недостаточное внимание со стороны участкового терапевта ($p = 0,01$) и проблемы получить консультации у гастроэнтеролога и колопроктолога ($p = 0,04$), выплата ссуды

или займа, растущие долги ($p = 0,04$). Лишь в единичных случаях пациентов беспокоили международные проблемы и ситуация внутри страны.

Заключение

Цель улучшения качества жизни пациентов ЯК – достижение стойкой компенсации заболевания. Среди наиболее частых причин декомпенсации подтверждена роль низкой комплаентности и особенностей психологического состояния пациентов. Принято считать, что на формирование алгоритмов качества жизни влияет генетическая предрасположенность, привычки, предыдущий опыт, мотивация пациента. Большую роль в формировании патологических адаптационных алгоритмов играют изменения когнитивной сферы, которые сопровождаются нарушениями памяти и психомоторной интеграции. Этот процесс напрямую не связан с самим заболеванием или проведенными оперативными вмешательствами. Наличие потенциала агрессии или подавления личности, а также уровни агрессии, враждебности или условно агрессивной мотивации, депрессии и личностной тревожности по показателям теста SF-36 не зависели от длительности заболевания, но были взаимосвязаны с физической активностью, социальной (работа) и внутрисемейной поддержкой.

Таким образом, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов напрямую зависят от психосоциальной адаптации, комплаентности врача – пациента – семьи больного. Оценка качества жизни пациентов ЯК и детализация необходима для разработки индивидуальной лечебной тактики, что позволит улучшить компенсацию заболевания и повысить комплаентность.

Список литературы // References

- 1 Belyalov F.I. Lechenie boleznej v usloviyah komorbidnosti. – М.: GEOTAR-Media, 2016. – 544 s.
- 2 Klimentov M. N., Styazhkina S. N., Chernyshova T. E. Blizhajshie i otдалennye rezul'taty kompleksnogo i hirur-gicheskogo lecheniya vospalitel'nyh zabolevanij tolstoj kishki: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Perm', 2013. – 23 s.
- 3 Kurnikova I.A., Chernyshova T.E., Trusov V.V. i dr. Effektivnost' reabilitacii bol'nyh na etape vos-stanovitel'nogo lecheniya // Medicinskij al'manah. – 2010. – № 2.
- 4 Peres M.I., Grandilevskaya I.V. Neobhodimost' vyyavleniya psihoterapevticheskikh mishenej u bol'nyh vospalitel'nymi zabolevanijami kishechnika // Psihologiya XXI veka: psihologiya kak nauka, iskusstvo i prizvanie: sbornik nauchnyh trudov uchastnikov mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii molodyh uchenyh: v dvuh tomah / red. A. V. Shaboltas, S. D. Gurievoj. – SPb., 2018. – S. 517–523.
- 5 Rajgorodskij D.Ya. Prakticheskaya psihodiagnostika: metodiki i testy. – М.: Bahrah-M, 2011. – 120 s.
- 6 Stepanov Yu.M., Psareva I.V. Kliniko-endoskopicheskie paralleli pri nespecificheskom yazvennom ko-lite // Gastroenterologiya. – 2019. – № 3.
- 7 Suvorova G.N., Myakisheva Yu.V., Katorkin S.E. i dr. Gistologicheskaya kartina i mikrobnij pejzazh pri yazven-nom kolite // VNMT. – 2018. – № 4.

Авторская справка

Чернышова Татьяна Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Неганова Ольга Андреевна, врач – организатор, главный врач высшей квалификационной категории, травматолог – ортопед, БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», Ижевск, Россия

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Валинуров Артур Азатович, факультет повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов, кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Рукопись получена: 12 марта 2020 г.

Принята к публикации: 25 марта 2020 г.