

по некоторым вопросам снизилось количество положительных ответов.

Наблюдаемые изменения в характере адаптации позволяют утверждать, что на втором году обучения возникает достаточно высокое напряжение адаптационного потенциала студентов, способствующее качественной и эффективной адаптации одних студентов, и в то же время при низком адаптивном резерве стрессовые факторы могут приводить к затруднению адаптации других студентов, что выражается в снижении успеваемости, самооценке успеваемости и проявлении негативного эмоционального фона в коллективе.

Литература

1. Тарасова, Т. В. Динамика психологических показателей адаптации студентов в вузе / Т. В. Тарасова, М. С. Ионова, Я. Г. Ганюхина // Мир науки. Педагогика и психология. – 2021. – № 3. – С. 29.
2. Тимошко, А. Н. Динамика психофизиологических параметров студентов-медиков в процессе адаптации к обучению / А. Н. Тимошко, С. В. Кожемякин, Т. Л. Степура // Павловские чтения – 2025 : сб. тез. докл. XI междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 130-летию со дня рождения проф. М. П. Деревягина и П. А. Некрасова, 90-летию Курск. гос. мед. ун-та, 25 сент. 2025 г. – Курск : КГМУ, 2025. – С. 81.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Козакова В.К.

Научный руководитель: Якубчик А.А., Смирнова Г.Д.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Синдром раздраженного кишечника (СРК) представляет собой функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта, которым страдают не менее 15% населения планеты [1]. Заболевание проявляется болью в животе, уменьшающейся после дефекации и сопровождающейся изменением частоты и консистенции стула, что существенно снижает качество жизни пациентов [2, 3]. В общей структуре гастроэнтерологической патологии СРК занимает первое место и составляет около 30% всех случаев обращения к гастроэнтерологам. Высокая частота заболевания, развивающегося у лиц наиболее трудоспособного возраста, рецидивирующий характер течения, сложности дифференциальной диагностики и лечения определяют существенную клиническую и социальную значимость данного синдрома. Это состояние затрагивает значительное количество людей по всему миру и может значительно ухудшать качество жизни. Согласно статистическим данным всего СРК в мире страдает около пятой части взрослого населения и чаще данным заболеванием болеют женщины [1].

Диагноз СРК ставится на основании многократно пересматриваемых Римских критериев IV пересмотра, которые нацелены на поиск более специфичных симптомов для постановки диагноза и минимизацию числа исследований, включающих лабораторную, эндоскопическую и лучевую

диагностику [4]. Возможности лучевых методов при СРК изучены недостаточно. Считается, что это диагноз «исключения», так как отсутствует какой-либо специфический и чувствительный маркер заболевания. Однако есть исследования, в которых рассматривается возможность диагностики СРК с помощью лучевых методов, например, МР-энтерографии. Ограничения фиброколоноскопии (ФКС) в оценке тонкой кишки делают МР-энтерографию (МРЭ) единственным доступным методом для исключения болезни Крона, других видов энтеропатий и новообразований [5]. Использование капсульной эндоскопии у пациентов с клиникой СРК в рутинной практике не распространено в силу высокой стоимости и малой доступности [4]. Применение КТ и МРТ брюшной полости без пероральных контрастных агентов может исключить только выраженное активное воспаление кишечника, сопровождаемое утолщением и отеком стенок, но не может исключить минимальные воспалительные изменения [5]. Поэтому для детальной оценки тонкой кишки МРЭ является незаменимым инструментом.

Для диагностики кишечника при СРК применяют эндоскопические исследования (колоноскопию, ректороманоскопию) и рентгеноконтрастное исследование — ирригоскопию. Решение о проведении инструментального обследования обычно принимаются индивидуально с учётом анамнеза и наследственности. При отсутствии «симптомов тревоги» (примеси крови в кале, лихорадки, анемии, немотивированного похудения и других) диагноз СРК может быть подтверждён или установлен [4]. В отечественной и зарубежной литературе возможности лучевых методов при СРК мало изучены, так как считается, что это диагноз «исключения» [5].

Цель. Оценить возможности и особенности рентгенодиагностики СРК, определить спектр и частоту встречаемости заболевания среди населения.

Материалы и методы. По данным историй болезни проведена оценка использованных методов лучевой диагностики у 76 пациентов УЗ «Гродненская университетская клиника» за промежуток времени с 2023 по 2024 года (из них лиц мужского пола было 32,89% человек, женского — 67,11%). Возраст пациентов от 20 до 83 лет. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Excel и Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты исследования чаще всего (46,05%) встречалась форма заболевания K58.9 (СРК без диареи), в анамнезе отличительной чертой был запор (редкий, твердый) и вздутие живота. Далее значимой по распространённости была форма K58 (СРК без уточнения) и это можно аргументировать наличием у пациентов дополнительных заболеваний, которые косвенно или на прямую действуют на кишечник. Встречаемость таких заболеваний у пациентов: сердечно-сосудистые заболевания — 13,6%, заболевания ЖКТ — 5,26%, мочеполовой системы — 3,95%, эндокринные заболевания — 2,63% и заболевания опорно-двигательного аппарата — 2,63%. Менее распространённой форме была K58.0 (СРК с диареей) — 35,53%. Среднее количество дней, проведенных в больнице, составляло 5 дней, с преобладанием продолжительности от 1 до 2 дней (43,9%). В анамнезе среди жалоб у пациентов с СРК реже встречались диарея, обстипация и лихорадка,

чаще встречались боли в животе и другие жалобы (снижение веса, вздутие, урчание, слабость и др.). Физикальное, клинико-лабораторное и колоноскопическое исследование выполнялось у 87,9% пациентов. Лабораторная диагностика включала: клинический и биохимический анализ крови, С-реактивный белок (СРБ), фекальный кальпротектин. Инструментальная диагностика состояла в ФКС с обязательной биопсией и МРЭ.

Положительным диагноз СРК считался при наличии следующих Римских критериев (IV пересмотр): рецидивирующая абдоминальная боль один день в неделю за последние три месяца, связанная с дефекацией, изменением частоты и формы стула. На основании комплексного клинического, лабораторного и эндоскопического обследования у 29,5% пациентов была выявлена болезнь Крона с локализацией в толстой кишке. В дополнение к этому при МРЭ у 16,5% пациентов, в том числе у 9,8% пациентов с предположительным клиническим диагнозом СРК, выявлено поражение тонкой кишки, характерное для болезни Крона. Новообразования тонкой кишки выявлены у 3% пациентов, другие виды энтеропатий зарегистрированы у 9% пациентов. Диагноз СРК на основании Римских критериев IV был подтвержден у 31,7% пациентов. При оценке МР-изображений у пациентов с СРК изучалось наполнение петель тонкой и толстой кишки пероральным контрастным агентом, предполагая, что у них могут чаще встречаться спазмы и нарушение перистальтики. При стандартной подготовке (1 час) у 56,7% пациентов заполнялись все отделы тонкой и толстой кишки независимо от диагноза, в 10,6% случаях толстая кишка была резецирована и оценить ее заполнение было невозможно. В 45,8% случаях не заполнялись сигмовидная и ободочная кишка, контрастный препарат заполнял лишь тонкую кишку, слепую и начальные отделы восходящей ободочной кишки. Отсутствие наполнения терминального отдела подвздошной кишки на фоне заполненных отделов толстой кишки считалось признаком снижения перистальтики. Снижение перистальтики в терминальном отделе подвздошной кишки на фоне спазма было выявлено у 66,7% пациентов, из них у 25,8% пациентов был СРК.

Выводы. Синдром раздраженного кишечника (СРК) остается распространенным функциональным заболеванием, существенно снижающим качество жизни пациентов. Диагностика СРК основывается на применении современных международных критериев. Рентгенография остается эффективным, доступным и быстрым методом для первичной диагностики, оценки динамики и контроля лечения. Наиболее частым вариантом течения в исследуемой группе был СРК с преобладанием K58.9 (СРК без диареи), что определяет особенности терапевтической тактики.

Литература

1. Клиника высоких технологий имени Н. И. Пирогова. – URL: <https://www.gosmed.ru/lechebnaya-deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/gastroenterologiya-bolezny/sindrom-razdrazhennogo-kishechnika/> (дата обращения: 03.11.2025).
2. Милевский, И. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – причины, признаки, лечение / И. Милевский. – URL: https://meduniver.com/Medical/Xirurgia/sindrom_razdragennogo_kishechnika.html/ (дата обращения: 03.11.2025).
3. ООО «Клиника «Мерси». – URL: https://mercimed.by/blog/sindrom_razdrazhennogo

kishechnika_srk/ (дата обращения: 03.11.2025).

4. Рустамов, М. Н. Заболевания кишечника. Дифференциальная диагностика и неотложная помощь/М. Н. Рустамов. – URL: https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k_3_vbol/2022-1/intern/gastro/zab.pdf (дата обращения: 03.11.2025).

5. Горнастолев, Д. И. Синдром раздраженного кишечника / Д. И. Горнастолев. – URL: <https://www.hadassah.moscow/gastroenterologia-gepatologia/sindrom-razdrazhennogo-kishechnika/> (дата обращения: 03.11.2025).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Колесникович К.Н.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. **Заборовский Г.И.**

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Сахарный диабет – это эндокринная патология, связанная с нарушением нормального всасывания глюкозы из-за недостаточности инсулина. Инсулин образуется β -клетками островков Лангерганса поджелудочной железы, и необходим для активации переработки глюкозы в клетках. Непереработанная глюкоза депонируется в клетках печени и мышц в виде гликогена, который может обратно превращаться в глюкозу. Однако для этого процесса необходим инсулин. При недостаточном количестве инсулина или инсулинорезистентности повышается содержание непереработанной глюкозы в крови — гипергликемия.

Для эффективного лечения сахарного диабета необходимы инновационные подходы. Перспективным методом является трансплантация стволовых клеток, полученных из пуповины. Эти клетки отличаются доступностью, минимальной инвазивностью забора и возможностью долгосрочного хранения. Терапия стволовыми клетками способна существенно уменьшить проявления болезни, привести к ремиссии, а также предупредить осложнения и скорректировать уже существующие нарушения, обусловленные сахарным диабетом.

Цель. Систематический обзор и мета-анализ клинических исследований, направленных на оценку терапевтической эффективности и безопасности трансплантации мезенхимальных стволовых клеток, полученных из пуповины (вартонова студня и пуповинной крови), при лечении сахарного диабета 1 и 2 типов.

Материалы и методы. Анализ базы данных PubMed за последние 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Лечение с применением мультипотентных стволовых клеток, выделенных из пуповинной крови, представляется весьма привлекательным вариантом. Такой метод считается сравнительно безопасным, поскольку введение самих клеток пациенту не осуществляется, что потенциально устраняет риск тератогенеза. Кроме того, данная методика не предполагает использование иммуносупрессоров, обладает