

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

¹Эгамов Ю.С., ²Рузиев А.Э.,

¹Андижанский Государственный медицинский институт,

²Бухарский Государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

На сегодняшний день проблема лечения неспецифического язвенного колита (НЯК) является актуальной. Так как, в последние годы НЯК имеет тенденцию к неуклонному росту во всех странах, приобретая важное медико-социальное значение.

В настоящее время консервативная терапия является основой лечения НЯК, а оперативные вмешательства выполняются только в случаях ее неэффективности или развитии осложнений у 10-20% пациентов. Однако, до сих пор недостаточно разработаны морфологические критерии, достоверные с позиций доказательной медицины. Переносности этих вопросов делает НЯК актуальной по отношению его лечения.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов 876 пациентов лечившихся консервативно и 133 пациентов хирургическими методами в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2009 по 2019 год в условиях стационара и даны соответствующие выводы.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, воспалительные заболевания кишечника.

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТНИ КОНСЕРВАТИВ ВА ЖАРРОҲЛИК УСУЛЛАРДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

¹Эгамов Ю.С., ²Рузиев А.Э.,

¹Андижон давлат тиббиёт институти, ²Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Носпецифик ярали колит (НЯК) билан касалланишининг бутун дунё мамлакатларида йил сайин ўсиб бориши ва тиббий-ижтимоий аҳамият касб этиши, бугунги кунда ушбу касалликнинг долзарблиги ва исботловчи тиббиёт нуқтаи назаридан касалликнинг морфологик мезонлари етарли даражада ишлаб чиқарилмаганлиги сабабли уни даволашда катта муаммолар мавжудлиги айтилмоқда.

Ҳозирги вақтда НЯКни дори воситалари билан, яъни консерватив даволаш асосий усул ҳисобланади. Аммо бу усул ижобий натижа бермаганида ва ёки асоратланишлар кузатилганда, 10-20% ҳолатларда, бу касаллик жарроҳлик амалиёти ёрдамида бартараф этилади.

Биз томонидан 2009 - 2019 йиллар давомида АДТИ клиникасининг колопроктология бўлимида, стационар шароитда, консерватив даволанган 876 бемор ва жарроҳлик амалиёти билан даволанган 133 беморнинг касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилиниб, маълум хулосалар берилди.

Калит сўзлар: носпецифик ярали колит, ичакнинг яллиғланиш касалликлари.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF NON-SPECIFIC ULCER COLITIS

¹Egamon Yu.S., ²Ruziev A.E.,

¹Andijan State Medical Institute, 110000 Uzbekistan, Andijan Navoiy avenyu 126 <http://adti.uz>

² Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>.

✓ Resume,

To date, the problem of treatment of ulcerative colitis (ULC) is relevant. Since, in recent years, NNC has a tendency to steady growth in all countries, acquiring important medical and social significance.

Currently, conservative therapy is the basis for the treatment of UC, and surgical interventions are performed only in cases of its inefficiency or the development of complications in 10-20% of patients. However, morphological criteria that are reliable from the standpoint of evidence-based medicine are still not well developed. The unresolved nature of these issues makes UC relevant to its treatment.

We carried out a retrospective analysis of the results of 876 patients treated conservatively and 133 patients with surgical methods in the coloproctology department of the ASMI clinic for the period from 2009 to 2019 in a hospital and the corresponding conclusions are given

Key words: ulcerative colitis, inflammatory bowel disease.

Актуальность

На сегодняшний день проблема лечения воспалительных заболеваний кишечника, в том числе и неспецифического язвенного колита (НЯК) является

актуальной, так как по данным международного комитета исследований, заболеваемость НЯК и болезни Крона в последние годы имеет тенденцию к неуклонному росту во всех странах. Эти болезни в силу своей распространённости, хронического и подчас тяжело-

го течения приобрели важное медико-социальное значение. В течение последних десятилетий изучение данных состояний приобретает бурный прогресс [2].

Важно отметить, что пик заболеваемости НЯК приходится на возрастную группу от 20 до 40 лет, являющуюся максимально активной в социальном отношении. Второй пик приходится на возраст 50-70 лет [10].

Несмотря на то, что этиология и патогенез НЯК остаются до конца не ясными, все же намечился определённый прогресс в данных вопросах, что позволяет создавать новые средства для лечения. Новые терапевтические стратегии исходят из установленных принципов доказательной медицины [9].

Повышение эффективности терапии НЯК и увеличение продолжительности фазы его ремиссии являются одной из актуальных задач современной гастроэнтерологии. Традиционная базисная терапия не позволяет полностью решить поставленные задачи. Кроме того, применение средств, направленных на подавление различных звеньев иммунитета, обладает рядом хорошо известных побочных эффектов [1,3,8].

В настоящее время консервативная терапия является основой лечения НЯК, а оперативные вмешательства выполняются только в случаях ее неэффективности или развитии осложнений у 10-20% пациен-

тов [5, 11]. Частота ранних послеоперационных осложнений до настоящего времени составляет при плановых вмешательствах около 10%, экстренных до 40-45%, а летальность от 12 % до 35 % [4,7].

Однако, до сих пор недостаточно разработаны морфологические критерии, достоверные с позиций доказательной медицины [6], которые могли бы объективно оценивать динамику воспалительного процесса, исходя из этого, так и результаты различных методов лечения, и в том числе после операций. Нерешенности этих вопросов делает неспецифического язвенного колита актуальной по отношению его лечения.

Целью исследования является ретроспективно оценить результатов консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ результатов консервативного и оперативного методов лечения больных с НЯК находившихся в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2009 по 2019 год. Все пациенты были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты получавшие консервативное лечение, а во второй - пациенты которым произведена операция (табл.1).

Таблица № 1.

Анализ истории болезней больных, получавших стационарное лечение в клинике АГМИ с диагнозом НЯК в период с 2009 по 2019гг. (количество больных n = 876)

№	Метод лечения		Количество больных	% соотношение от абсолютного количества больных
1	Консервативное лечение		743	84,8
2	Оперативное лечение	Первичные операции (гемиколэктомии, колэктомии)	102	11,7
		Прочие операции (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы)	31	3,5
3	Всего больных:		876	100

Все пациенты находившихся в стационарном лечении распределены по полу и возрасту. Этот анализ показывает, что наибольшее количество больных было

трудоспособного возраста и с незначительным процентом преобладали женщины (табл. 2).

Таблица № 2.

Распределение больных по полу и возраста (n=876)

Возраст	Количество больных		Всего больных	
	мужчины	женщины	абсолютное	%
15 – 20	55	61	116	13,2
21 – 30	107	113	220	25,1
31 – 40	99	105	204	23,3
41 – 50	38	37	75	8,6
51 – 60	36	32	68	7,7
61 – 70	90	95	185	21,2
> 70	4	4	8	0,9
Итого:	429	447	876	100



При поступлении в стационар и выписке все больные обследовались по единой программе, включающей клиничко-эндоскопические, рентгенологические, морфологические, микробиологические и лабораторные исследования в стационарном общеклиническом объеме. После предварительной подготовки эндоскопические исследования выполняли фиброколоноскопом АОНУА VLS 150-1 (Китай). Этот метод является одним из ведущих для постановки диагноза и определения тактики ведения больного с НЯК. У всех пациентов применяли фиброколоноскопию и ректоромonosкопию. Однако при тяжелой форме НЯК эндоскопическое исследование ограничивали ректоромonosкопией, из-за опасности перфорации глубоких язв толстой кишки. Обращали внимание на выявление симптомов проявления НЯК: отёк слизистой оболочки, гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, контактная кровоточивость, наличие эрозий, язв, фибринового налета на слизистой, а также псевдополипов и кровоточащих грануляций.

При оценке язвенных дефектов обратили внимание, что для НЯК характерны округлые и звездчатые язвы, язвы-отпечатки. В тяжелых случаях слизистая толстой кишки разрушалась на всем протяжении и повер-

хность кишки приобретала вид обширной кровоточащей язвы. Дно язв чаще всего располагалось в слизистой оболочке, реже в подслизистом слое, в единичных-тяжелых случаях язвы проникали в мышечный слой и серозную оболочку.

При ирригоскопии (графии) обращали внимание на характерное отсутствие гаустр, сглаженность контуров, изъязвления, отек, зубчатость, двойной контур, псевдополипоз, перестройку по продольному типу складок слизистой оболочки, наличие свободной слизи. После опорожнения толстой кишки от суспензии сернокислого бария выявляются отсутствие гаустр, преимущественно продольные и грубые поперечные складки, язвы и воспалительные полипы.

При выраженном обострении НЯК, а также диагностики возможных осложнений выполняли обзорное исследование брюшной полости. Обзорное исследование применяли для выявления свободного газа в брюшной полости, диагностики токсической дилатации и кишечной непроходимости.

Для подбора консервативного лечения применялись определения тяжести течения язвенного колита по адаптированным критериям Truelove-Witts (табл.3).

Таблица № 3.

Классификация язвенного колита по активности заболевания (адаптированные критерии Truelove-Witts)

Показатели	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Кровавый стул, сут	< 4	≥ 4	≥ 6
Пульс, уд/мин	< 90	< 90	> 90
Температура, °С	< 37,5	< 37,8	> 37,8
Гемоглобин, г/л	> 11,5	> 10,5	< 10,5
СОЭ, мм/ч	< 20	< 30	> 30
СРБ, мг/л	Норма	<30	> 30

После установления диагноза и общего состояния, все пациенты подключенные в первую группу (n=743) получали консервативное лечение, направленное на купирование активности процесса, предупреждение рецидива и прогрессирования заболевания, а также профилактику осложнений, которые состояла в основном из следующих групп препаратов: препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин(5-АСК)), кортикостероиды, иммуносупрессоры, фолиевую кислоту, витамины группы В, а также симптоматические средства (спазмолитики - папаверин, дротаверин, платифиллин; лоперамид; метоклопрамид; витамин К, этамзилат, транексам) и пробиотики (линекс, хилак-форте).

Лечение проводилось на фоне диетотерапии с исключением молочных продуктов, свежих фруктов, овощей, консервов и сбалансированного в рационе содержания белков, жиров, углеводов и витаминов. Питание больных было дробным, до 4-5 раз в сутки, а пища - механически и химически щадящей.

При тяжелой форме НЯК на фоне комплексного лечения проводился постоянный мониторинг всех основных симптомов заболевания. Если на фоне лечения наблюдалась даже некоторая стабилизация кишечной симптоматики (не увеличивалась частота стула, не ухудшались показатели гемоглобина и эритроцитов), но признаки интоксикации и метаболических нарушений не имели положительной динамики (сохранялись тахикардия, лейкоцитоз, высокая СОЭ, гипоальбуми-

немия), то все указанное расценивалось как гормональная резистентность и свидетельствовало о бесперспективности консервативного лечения.

Бесперспективность консервативного лечения больных являлась показанием к оперативному лечению, которых мы включали во вторую группу (n=133). Этим больным произведены операции (табл. 4).

Существуют разные взгляды к показаниям оперативного лечения: одни считают показанием отсутствия положительной динамики клиничко-лабораторных данных в течение не более 2-3 недель на фоне комплексной терапии. Другие считают, что эти сроки в некоторых ситуациях являются условными и иногда больных нужно оперировать раньше, если тенденция к улучшению отсутствует, то есть необходим индивидуальный подход к каждому пациенту.

У наших пациентов вид операции был подобран исходя из клиничко-морфологических исследований, а также топической локализации язв и эрозий на участках слизистой оболочки толстого кишечника (табл.5).

Всех оперированных больных, кроме прочих операций (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы), при изучении истории болезни разделили на две группы: в основную группу вошли больные (n=54) которым в послеоперационном периоде в комплексную лечение добавлена эндомезентериальная лимфатическая терапия. Контрольную группу составили больные (n=43) лечившихся в послеоперационном периоде традиционным методом.

Анализ истории болезней больных оперированных по поводу НЯК в период с 2009 по 2019гг. в колопроктологическом отделении клиники АГМИ (n = 133)

№	Виды операции	Количество больных	% соотношение от абсолютного количества больных
1	Левосторонняя гемиколэктомия	48	36,1
2	Правосторонняя гемиколэктомия	4	3,0
3	Субтотальная колэктомия	25	18,8
4	Тотальная колэктомия	19	14,3
5	Прочие (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы)	37	27,8
6	Всего:	133	100

Таблица № 5.

Виды операции по локализации НЯК (n=133)

№	Виды операции	Количество больных	% соотношение от абсолютного количества больных
1	Левосторонняя гемиколэктомия	48	36,1
2	Правосторонняя гемиколэктомия	4	3,0
3	Субтотальная колэктомия	25	18,8
4	Тотальная колэктомия	19	14,3
5	Прочие (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы)	37	27,8
6	Всего:	133	100

Результат и обсуждение

Ретроспективный анализ консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара показывает, что в 24,9% случаев пик этой заболеваемости приходится на возрастную группу от 20 до 40 лет, являющуюся максимально активной в социальном отношении. Эти, наши данные почти не отклоняются от литературных данных многих мировых авторов. Хотя, консервативная терапия является основой лечения НЯК, а оперативные вмешательства выполняются только в случаях ее неэффективности или развитии осложнений у 10-20% пациентов, все таки с удлинением хронически продолжающийся процесс усугубляет состояние больных, и в итоге в большинстве случаев приводит к осложнениям вплоть до угрозы жизни больного.

Кроме того, более 10 лет существующий язвенный колит часто малигнизируется в онкологический процесс. И это подтвердилось анализами у 5 больных, которые в анамнезе страдали НЯК около 10 лет и более.

В среди оперированных больных в 2 случаях наблюдался летальный исход, причиной тому было тяжелое состояние больных, обусловленные соматическими сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы тяжелой степени и на фоне тяжелой степени язвенного кровотечения с кахексией.

Результаты комплексного лечения в послеоперационном периоде с применением эндомезентериальной лимфотропной терапии у больных основной группы показали достоверные снижение кишечных осложнений по отношению больных контрольной группы (табл.6).

Таблица № 6.

Оценка структуры кишечных осложнений наблюдавшихся в послеоперационном периоде в группах исследования (основная n=54; контрольная n=43)

№	Послеоперационные осложнения	Основная группа		Контрольная группа	
		Количество больных	%	Количество больных	%
1	Несостоятельность швов анастомоза	1	1,9	2	4,6
2	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	1,9	1	2,3
3	Отхождение стомы	0	0	1	2,3
4	Кишечные свищи	0	0	1	2,3
5	Функциональная кишечная недостаточность	2	3,7	3	6,9
6	Абсцессы брюшной полости	0	0	1	2,3
7	Нагноение послеоперационной раны	1	1,9	2	4,6
	Всего:	5	9,2	11	25,6

Выводы

1. Основываясь на результаты ретроспективного анализа консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита, это заболевание часто встречается в молодом трудоспособном возрасте, являющуюся максимально активной в социальном отношении и особенно у женщин.

2. Показаниями к плановым радикальным оперативным вмешательствам при НЯК являются: гармонорезистентность, высокая и средняя степень дисплазии кишечного эпителия при длительности заболевания.

3. Длительное, часто повторяющиеся консервативное лечение может способствовать осложняющуюся формы НЯК угрожающей жизни больного. По этому необходимо широко ставить вопрос о ранней показании к оперативному лечению.

4. Мы предлагаем и поддерживаем индивидуальный подход к каждому пациенту по отношению оперативного лечения НЯК. Своевременно выполненные оперативные вмешательства позволить снизить летальность, улучшить результаты лечения, прогноз и качество жизни больного.

5. При применении лимфатической терапии в комплексном лечении в послеоперационном периоде отмечено достоверное улучшение общего состояния больных и уменьшение кишечных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенного колита / Пер. с нем. А.А.Шептулина. М., 2001. 500 с.
2. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенного колита / Г.Адлер - М.ГЕ-ОТАР. Медицина 2001 - С.527.
3. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Тверь, 2002. 128 с.
4. Воробьев, Г.И. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Воробьев Г.И., Халиф И.Л. -М: Миклош, 2008. - 400 с.
5. Dorofeev A.?, Shvets O.V. Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases. Lik Sprava. 2014; (11):22-9.
6. Индекс Массевича: Новый подход к оценке клинко-эндоскопической активности язвенного колита // Асанин Ю.Ю. и др. Гастроэнтерология. С. Петербург. 2004. № 1. С. 14-16.
7. Комаров Ф.И. и др. Неспецифический язвенный колит // -М.: ООО "Мед. Информ. Агентство", 2008. С 256.
8. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2007; 76 (9): 1323-30.
9. Sanbom W.J. // Inflamm Bowel Dis/- 2005/- Vol. 5. № 1. - P.48-63.
10. Секачева М.И. Современные аспекты лечения неспецифического язвенного колита: результаты медицины, основанной на доказательствах / М.И.Секачева //Consilium Medicum [Электронный ресурс]. - 2003. - Т. 5, № 10. - Режим доступа http://www.consiliummedicum.com/media/consilium/03_10c/18shtmi - Дата доступа: 30.07.2009.
11. Халиф И.Л. Лечебная тактика при язвенном колите // Халиф И.Л. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2006., №3., С. 58-61.

Поступила 09.03. 2020