

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2021.1.5-9

УДК 616.348-002-08

© Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А., 2021

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ю.С. ЭГАМОВ¹, А.Э. РУЗИЕВ², С.А. ХАЙДАРОВ¹

¹Кафедра общей хирургии АндГосМИ, 170127, г.Андижан, Узбекистан.

²Кафедра общей хирургии БухГосМИ, 200100, г.Бухара, Узбекистан.

Резюме

Цель работы: изучить и оценить результаты консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита в условиях стационара.

Материал и методы: нами проведен ретроспективный анализ результатов консервативного и оперативного методов лечения больных с язвенным колитом, находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2009 по 2020 годы. Все пациенты были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, получавшие консервативное лечение (n=822), а во вторую — пациенты (n=165), которым была произведена операция.

Результаты: оценочный ретроспективный анализ консервативного и хирургического методов лечения язвенного колита в условиях стационара показывает, что в 46,6 % случаев пик этой заболеваемости приходится на возрастную группу от 20 до 40 лет. Консервативная терапия в данном исследовании составляла 83,3 % случаев, а оперативные вмешательства применялись в 16,7 % случаев. Кроме того, более 10 лет существующий язвенный колит часто перерождается в онкологический процесс. И это подтвердилось анализами у 8 наших пациентов, которые в анамнезе страдали язвенным колитом около 10 лет и более.

Ключевые слова: язвенный колит, методы лечения, лимфотропная терапия.

EVALUATION OF THE RESULTS OF ANALYSIS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT METHODS OF NON-SPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

YU.S. EGAMOV¹, A.E. RUZIEV², S.A. KHAIDAROV¹

¹Department of General Surgery AndGosMI, 170127, Andijan, Uzbekistan.

²Department of General Surgery BukhGosMI, 200100, Bukhara, Uzbekistan.

Abstract

Purpose of the work: to study and evaluate the results of conservative and surgical methods of treatment of ulcerative colitis in a hospital setting.

Material and methods: we carried out a retrospective analysis of the results of conservative and surgical methods of treatment of patients with ulcerative colitis who were hospitalized in the coloproctology department of the ASMI clinic for the period from 2009 to 2020. All patients were divided by us into two groups. The first group included patients who received conservative treatment (n = 822), and the second group included patients (n = 165), who underwent surgery.

Results: an evaluative retrospective analysis of conservative and surgical methods for the treatment of ulcerative colitis in a hospital setting shows that in 46.6 % of cases, the peak of this incidence occurs in the age group from 20 to 40 years. Conservative therapy in this study accounted for 83.3 % of cases, and surgical interventions were used in 16.7 % of cases. In addition, for more than 10 years, the existing ulcerative colitis is often malignant in the oncological process. And this was confirmed by analyzes in 8 of our patients, who had a history of ulcerative colitis for about 10 years or more.

Key words: ulcerative colitis, treatment methods, lymphotropic therapy.

Введение

Язвенный колит — одна из самых значимых проблем современной гастроэнтерологии. Постоянный рост заболеваемости, инвалидизация населения, а также большая распространенность

подавляющего числа случаев среди трудоспособного населения в возрасте 20–40 лет, делает данную патологию социально значимой [8, 9, 10]. Язвенный колит является хроническим заболеванием воспалительной природы аутоиммунной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки

прямой и ободочной кишки, которое протекает с различными осложнениями, такими как: сужение, перфорация, кровотечение, псевдополипоз, дистрофия, кахексия и др. [13].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, заболеваемость язвенным колитом составляет 50–80 человек на 100 тыс. населения [5]. Наивысшие показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и через 10 лет после его начала из-за развития колоректального рака [7]. В начальных фазах заболевания лечение проводится с преобладанием медикаментозной терапии [11]. Несмотря на то, что этиология и патогенез НЯК остаются до конца неясными, все же намечился определённый прогресс в данных вопросах, что позволяет создавать новые средства для лечения. Новые терапевтические стратегии исходят из установленных принципов доказательной медицины [15]. 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, 14].

Ретроспективный анализ консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара показывает, что в 46,6 % случаев пик 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, в данном исследовании она применялась в 83,3 % случаев, а оперативные вмешательства выполняются только в случаях ее неэффективности или развитии осложнений, по данным мировой литературы, это у 10–20 % пациентов, у наших пациентов этот показатель составляет 16,7 %. Полученные данные указывают, что все-таки с удлинением сроков заболевания хронически продолжающийся процесс усугубляет состояние больных и в большинстве случаев приводит к осложнениям вплоть до угрозы жизни больного.

Кроме того, более 10 лет существующий язвенный колит часто перерождается в онкологический процесс. И это подтвердилось анализами у 8 наших пациентов, которые в анамнезе страдали язвенным колитом около 10 лет и более.

Всех оперированных больных, кроме прочих операций (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы), при изучении историй болезни разделили так же на две группы: в основную группу вошли пациенты (n=64), которым в послеоперационном периоде в комплексе лечения добавлена эндемезентериальная лимфатическая терапия, а контрольную группу составили (n=55) пациенты, получавшие в послеоперационном периоде только традиционную терапию. Результаты этих методов лечения в послеоперационном периоде также изучали в процессе анализа.

Среди оперированных больных в 2 случаях наблюдался летальный исход, причиной тому было тяжелое состояние, обусловленное соматическими сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы тяжелой степени и тяжелой степенью язвенного кровотечения с кахексией.

Результаты комплексного лечения в послеоперационном периоде с применением эндемезентериальной лимфотропной терапии у оперированных больных основной группы показали достоверное снижение кишечных осложнений — 7,8 %, по отношению к больным контрольной группы — 19,9 % (табл. 1).

Таблица 1

Анализ историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике АГМИ с диагнозом НЯК в период с 2009 по 2020 гг. (n = 987)

№	Метод лечения		Количество больных	% соотношение от абсолютного количества больных
1	Консервативное лечение		822	83,3
2	Оперативное лечение	Первичные операции (гемиколэктомии, колэктомии)	119	12,1
		Прочие операции (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы)	46	4,6
3	Всего:		987	100

Все пациенты, находившиеся на стационарном лечении, распределены по полу и возрасту (табл. 2). Этот анализ показывает, что наибольшее количество больных было трудоспособного возраста и с незначительным процентом преобладали женщины.

Таблица 2

Распределение больных по полу и возрасту (n=987)

Возраст	Количество больных		Всего больных	
	мужчины	женщины	абсолютное	%
16–20	77	79	156	15,8
21–30	104	109	213	21,6
31–40	121	126	247	25,0
41–50	90	95	185	18,7
51–60	40	57	97	9,8
61–70	37	43	80	8,1
> 70	4	5	9	1,0
Итого:	473	514	987	100

При поступлении в стационар и выписке все больные обследовались по единой программе, включающей клинко-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 ректороманоскопию. У 27 больных с тяжелой формой НЯК эндоскопическое исследование ограничивали ректороманоскопией 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 обращали внимание на их характерные черты: округлость и звездчатость. В тяжелых формах слизистая толстой кишки разрушалась на всем протяжении, и поверхность кишки приобретала вид обширной кровоточащей язвы. Дно язв чаще всего располагалось в слизистой оболочке, реже в подслизистом слое, в единичных тяжелых формах она проникала 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 продольные и грубые поперечные складки, язвы и воспалительные полипы с отсутствием гаустр.

У больных с выраженным обострением язвенного колита, а также для диагностики возможных осложнений, таких как выявление свободного газа в брюшной полости, для диагностики токсической дилатации и кишечной непроходимости выполняли обзорное рентгеновское исследование брюшной полости.

Для подбора консервативного лечения применяли определение тяжести течения язвенного колита по адаптированным критериям Truelove–Witts (табл. 3).

После установления диагноза и общего состояния, все пациенты, включенные в первую группу (n=822), получали консервативное лечение, направленное на купирование активности процесса, предупреждение рецидива и прогрессирования заболевания, а также профилактику осложнений, которая состояла в основном из следующих групп препаратов: препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин (5-АСК)), кортикостероиды, иммуносупрессоры, фолиевая кислота, витамины группы В, а также симптоматические средства (спазмолитики:

папаверин, дротаверин, платифиллин; лоперамид; метоклопрамид; витамин К, этамзилат, транексам) и пробиотики (линекс, хилак-форте).

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, 0С	< 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

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

Бесперспективность консервативного лечения являлась показанием к оперативному лечению больных, которых мы включали во вторую группу (n=165). Этим больным были произведены операции. Существуют разные взгляды на показания к оперативному лечению: одни считают показанием отсутствие положительной динамики клинко-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 клинко-морфологических исследований, а также топической локализации язв и эрозий на участках слизистой оболочки толстого кишечника (табл. 4).

Таблица 4

Анализ историй болезней пациентов, оперированных по поводу НЯК в период с 2009 по 2020 гг. в колопроктологическом отделении клиники АГМИ (n = 165)

№	Вид операции	Количество больных	% соотношение от абсолютного количества больных
1	Левосторонняя гемиколэктомия	58	35,2
2	Правосторонняя гемиколэктомия	5	3,0
3	Субтотальная колэктомия	37	22,4
4	Тотальная колэктомия	19	11,5
5	Прочие (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы)	46	27,9
6	Всего больных:	165	100

Результаты и обсуждение

Ретроспективный анализ консервативного и хирургического методов лечения НЯК в условиях стационара показывает, что в 46,6 % 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, в данном исследовании она составила 83,3 % случаев, а оперативные вмешательства выполняются только в случаях ее неэффективности или развитии осложнений — у 10–20 % пациентов, по данным мировой литературы, у наших пациентов этот показатель составляет 16,7 %. Полученные данные указывают, что все-таки с удлинением сроков заболевания хронически продолжающийся процесс усугубляет состояние больных и большинстве случаев приводит к осложнениям, вплоть до угрозы жизни больного.

Кроме того, более 10 лет существующий язвенный колит часто перерождается в онкологический процесс. И это подтвердилось анализами у 8 наших пациентов, которые в анамнезе страдали язвенным колитом около 10 лет и более.

Всех оперированных больных, кроме прочих операций (ликвидация колостомы, илеостомы, цекостомы), при изучении историй болезни разделили так же на две группы: в основную группу вошли пациенты (n=64), которым в послеоперационном периоде в комплексе лечения добавлена эндемезентериальная лимфатическая терапия, а контрольную группу составили (n=55) пациенты, получавшие в послеоперационном периоде только традиционную терапию. Результаты этих методов лечения в послеоперационном периоде также изучали в процессе анализа.

Среди оперированных больных в 2 случаях наблюдался летальный исход, причиной тому было тяжелое состояние, обусловленное 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 эндемезентериальной лимфотропной терапии у оперированных больных основной группы показали достоверное снижение кишечных осложнений 7,8 % по отношению больных контрольной группы 19,9 %.

Выводы

1. Основываясь на результатах ретроспективного анализа консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита, можно констатировать, что это заболевание часто встречается в молодом трудоспособном возрасте, являющимся максимально активным в социальном отношении, особенно у женщин.

2. Показаниями к плановым оперативным вмешательствам при НЯК являются: наблюдаемые частые рецидивы заболевания, несмотря на комплексное консервативное лечение, местное и общее осложнение заболевания, гормонорезистентность, высокая и средняя степень дисплазии кишечного эпителия при длительности заболевания.

3. Мы предлагаем и поддерживаем индивидуальный подход к каждому пациенту по отношению к оперативному лечению НЯК. Своевременно выполненные оперативные вмешательства позволяют снизить летальность, улучшить результаты лечения, прогноз и качество жизни больного.

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

Список литературы

1. Адлер Г. *Болезнь Крона и язвенный колит*. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 500 с.
2. Асанян Ю.Ю. и др. Индекс Масеевича: Новый подход к оценке клинко-эндоскопической активности язвенного колита. *Гастроэнтерология*, 2004. № 1. С. 14–16.
3. Белоусова Е.А. *Язвенный колит и болезнь Крона*. Тверь: Триада, 2002. 128 с.
4. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2003. Т. 13, № 1. С. 73–80.
5. Ивашкин В.Т. *Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: рук. для практ. врачей*. М.: Литтерра, 2007. 1056 с.
6. Каншина О.А. *Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых)*. М.: Биоинформсервис, 2002. 212 с.

7. Осиков М.В., Симонян Е.В., Бакеева А.Е., Костина А.А. Экспериментальное моделирование болезни крона и язвенного колита. *Современные проблемы науки и образования*, 2016. № 4.

8. Совадкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2010. № 3. С. 83–84.

9. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. *Журнал Проблемы биологии и медицины*, 2019. № 3 (111). С. 163–167.

10. Циммерман Я.С. *Классификация основных гастроэнтерологических заболеваний и синдромов*. Пермь: ПГМА, 2012. 416 с.

11. Aratari A., Papi C., Clemente V., Moretti A., Luchetti R., Koch M., Capurso L., Caprilli R. Colektomi rate in acute severe ulcerative colitis in the infliximab era. *Dig. Liver Dis.*, 2008, No. 40, pp. 821–826.

12. Gassull M., Esteve M. Steroid unresponsiveness in inflammatory bowel disease. Advanced therapy of inflammatory bowel disease (ed. by Bayless T.M., Hanauer S.B.). London: B.C. Decker, 2001, pp. 133–137.

13. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. *Am. Fam. Physician*, 2007, No. 76 (9), pp. 1323–1330.

14. Sanborn W.J. *Inflamm. Bowel Dis*, 2005, No. 5, (1), pp. 48–63.

References

1. Adler G. *Bolezni' Krona i yazvennyj kolit [Crohn's disease and ulcerative colitis]*. M.: GEOTAR-MED M., 2001, 500 p. (In Russ.)

2. Asanin Yu. Yu. et al. Indeks Maseevicha: Novyj podhod k ocenke kliniko-endoskopicheskoj aktivnosti yazvennogo kolita [Maseevich Index: A new approach to assessing the clinical and endoscopic activity of ulcerative colitis]. *Gastroenterology*, 2004, No. 1, pp. 14–16. (In Russ.)

3. Belousova E.A. *Yazvennyj kolit i bolezni' Krona. [Ulcerative colitis and Crohn's disease]*. Tver': Triada, 2002, 128 p. (In Russ.)

4. Vorobiev G.I. Hirurgicheskoe lechenie oslozhnenij nespecificheskogo yazvennogo kolita [Surgical treatment of complications of ulcerative colitis]. *Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology*, 2003, V. 13, No. 1, pp. 73–80. (In Russ.)

5. Ivashkin V.T. *Racional'naya farmakoterapiya zabolevanij organov pishchevareniya: ruk.dlya prakt.vrachej [Rational pharmacotherapy of diseases of the digestive system: hands for practitioners]*. M.: Litterra, 2007, 1056 p. (In Russ.)

6. Kanchina O.A. Nespecificheskij yazvennyj kolit u detej i vzroslyh [Ulcerative colitis in children (and adults)]. M.: Bioinformservice, 2002, 212 p. (In Russ.)

7. Osikov M.V., Simonyan E.V., Bakeeva A.E., Kostina A.A. Eksperimental'noe modelirovanie bolezni krona i yazvennogo kolita [Experimental modeling of Crohn's disease and ulcerative colitis]. *Modern problems of science and education*, 2016, No. 4. (In Russ.)

8. Sovalkin V.I. Biologicheskaya terapiya vospalitel'nyh zabolevanij kishechnika [Biological therapy of inflammatory bowel diseases]. *Experimental and clinical gastroenterology*, 2010, No. 3, pp. 83–84. (In Russ.)

9. Egamov Yu.S., Ruziev A.E. Znachenie endomezenterial'noj limfaticheskoj terapii v kompleksnom lechenii nespecificheskogo yazvennogo kolita v posleoperacionnom period [The value of endomesenteric lymphatic therapy in the complex treatment of ulcerative colitis in the postoperative period]. *Journal of Problems of Biology and Medicine*, 2019, No. 3 (111), pp. 163–167. (In Russ.)

10. Zimmerman Y.S. Klassifikaciya osnovnyh gastroenterologicheskikh zabolevanij i sindromov [Classification of the main gastroenterological diseases and syndromes]. Perm: PGMA, 2012, 416 p. (In Russ.)

11. Aratari A., Papi C., Clemente V., Moretti A., Luchetti R., Koch M., Capurso L., Caprilli R. Colektomi rate in acute severe ulcerative colitis in the infliximab era. *Dig. Liver Dis.*, 2008, 40, pp. 821–826.

12. Gassull M., Esteve M. Steroid unresponsiveness in inflammatory bowel disease. Advanced therapy of inflammatory bowel disease (ed. by Bayless T.M., Hanauer S.B.). London: B.C. Decker, 2001, pp. 133–137.

13. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. *Am. Fam. Physician*, 2007, 76 (9), pp. 1323–1330.

14. Sanborn W.J. *Inflamm. Bowel Dis.*, 2005, 5, (1), pp. 48–63.

Сведения об авторах

Эгамов Юлдашали Сулайманович — д.м.н., профессор Андижанского Государственного медицинского института. 170127, Узбекистан, г. Андижан, ул. Атабекова, 1, email: egamovlar@mail.ru

Рузиев Ахтам Эргашович — соискатель Бухарского Государственного медицинского института. 200100, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Наваи, 1, email: ruzievahtam@gmail.com

Хайдаров Сарвар Адхамович — докторант кафедры общей хирургии. Андижанского Государственного медицинского института. 170127, г. Андижан, ул. Атабекова, 1, email: egamovlar@mail.ru

Authors

Egamov Yuldashali Sulaymanovich — Doctor of Medical Sciences, Professor of Andijan State Medical Institute. 170127, Uzbekistan, Andijan city, Atabekov street 1, email: egamovlar@mail.ru

Ruziev Akhtam Ergashovich — applicant for the Bukhara State Medical Institute. 200100, Uzbekistan, Bukhara, A. Navai str., 1, email: ruzievahtam@gmail.com

Khaidarov Sarvar Adkhamovich — doctoral student of the Department of General Surgery. Andijan State Medical Institute. 170125, Andijan. Atabekov street 1, email: egamovlar@mail.ru