

O. V. Ponochevna

Prognostic factors in juvenile rheumatoid arthritis

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. There is given the information about genetic predisposition as the most common evidence of juvenile rheumatoid arthritis (JRA). Major histocompatibility complex is a single genetic site consistently associated with JRA. The disease pathway in each individual is likely to depend on the complex of genetically determined factors associated with progression of autoimmune responses.

Aim. To study the relationship between HLA-B27 antigen and age, sex of the patient as well as the development of sacroileitis and enthesit- related arthritis.

Materials and methods. 32 children with newly diagnosed JRA were investigated. The investigation included HLA-B27 antigen carrier testing.

Results. 21.8 % of patients were HLA-B27- positive at the onset of the disease; a high proportion of HLA-B27 - positive older boys (15-17 year old) should be noted. Furthermore, HLA-B27 antigen was associated with enthesitis in male teenagers. HLA-B27 was revealed to impact the long-term remission negatively; however, the results of long-term observations depended on the type of therapy.

Conclusions. Meaning of HLA-B27 antigen increases with age in boys - teenagers with newly diagnosed juvenile idiopathic arthritis. If this marker is associated with more severe variants of the disease.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, children, prognostic factors, HLA-B27 antigen.

Відомості про автора:

Поночевна Олена Вікторівна – к.мед.н., доцент кафедри педіатрії №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Чорновола, 28/1, тел.: (044) 238-77-11.

УДК 616.348-002.44-089

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

***М.М. Милиця, М.Д. Постоленко, К.М. Милиця,
І.М. Ангеловський, В.В. Солдусова***

**ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ
НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ
ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»**

Вступ. В роботі представлено результати хірургічного лікування хворих на неспецифічний виразковий коліт за останні 13 років в клініці хірургії і проктології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

Результати. Обґрунтовано необхідність розширення показань до хірургічного лікування таких хворих за відносними показаннями, як основного резерву поліпшення безпосередніх і віддалених функціональних результатів оперованих пацієнтів з виразковим колітом. Післяопераційні ускладнення переважали у пацієнтів, оперованих за абсолютними показаннями (23,0%). У групі пацієнтів, оперованих за відносними показаннями, післяопераційні ускладнення зустрічалися в 15,3%. Серед оперованих хворих 39 (75,0%) пацієнтів склали гарні й задовільні результати.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, хірургічне лікування, колектомія.

ВСТУП

Питання хірургічного лікування хворих на важкі форми неспецифічного виразкового коліту (НВК) в даний час привертає увагу хірургів різних країн. Це пояснюється не тільки збільшенням кількості випадків захворювань, а й відсутністю єдиної думки в питаннях хірургічної тактики [1,3,4].

Швидке прогресування захворювання, переоцінка можливостей консервативної терапії, неуточненість показань до операції часто ведуть до затягування термінів виконання хірургічного втручання. Водночас, обширна резекція товстої кишки (ТК) у хворого в термінальній фазі інтоксикації і метаболічних порушень супроводжується незадовільними результатами хірургічного лікування - післяопераційні ускладнення досягають 50-80 %, а летальність - 15,5-60% [2,3,4].

В даний час хірургія НВК з «екстреної» поступово переходить в розряд «термінової», коли збільшується група хворих, яким показання до операції встановлюють ще до розвитку ускладнень, одночасно з констатацією неефективності консервативної терапії [1,4,6].

Зволікання з переходом від консервативного до хірургічного лікування, недооцінка важкості стану хворих і безперспективність подальшої медикаментозної терапії при виразковому коліті погіршує безпосередні результати лікування [1,3]. Розвиток кишкової кровотечі на тлі НВК збільшує летальність до 12 % [1,4], токсичної дилатації до 25 % і перфорації товстої кишки до 50-60% [3,6].

Ризик розвитку раку ТК при виразковому коліті в 7-8 разів вищий, ніж у загальній популяції [2,5,6]. Частота колоректального раку при 5-річному анамнезі захворювання складає 2-3%, при 10-річному - 12 %, при 20-річному - 23 %, а при тривалості хвороби більше 25 років - 42 % [5,6,8].

Всі перераховані проблеми диктують необхідність розробки суворої лікувальної тактики, яка поєднує своєчасне застосування консервативних і хірургічних методів лікування в залежності від індивідуальних особливостей конкретного пацієнта [4,7].

Метою дослідження було вивчення та оцінка результатів хірургічного лікування хворих з неспецифічним виразковим колітом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

За останні 13 років в клініці хірургії і проктології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» під спостереженням перебувало 312 хворих на НВК.

Чоловіків було 148 (47,4%), жінок 164 (52,6 %).

Важкий перебіг захворювання виявлено у 96 (30,7 %) пацієнтів, середнього ступеня тяжкості НВК було діагностовано у 124 (39,8 %), легкий перебіг виявлено у 92 (29,5%) хворих.

Тотальне ураження ТК встановлено у 74 (23,8 %) хворих, субтотальне - у 46 (14,7 %) пацієнтів, лівостороннє ураження ТК виявлено у 90 (28,8 %) хворих, а запальні зміни дистальних відділів ТК були у 102 (32,7 %) пацієнтів.

Позакишкові прояви спостерігали у 164 (52,6 %) пацієнтів.

Показання до операції при НВК можуть бути як абсолютними, так і відносними. Такі ускладнення захворювання, як перфорація, профузна кишкова кровотеча, гостра токсична дилатація ТК вважаються абсолютними показаннями.

Відносні показання до оперативного лікування досить повно сформульовано в роботі М.П. Захараша і співавторів [2,3], які до них відносять:

- хронічні безперервні форми ВК, з тотальним ураженням товстої кишки (панколіт), тривалістю захворювання більше 10 років, без тенденції до нормалізації морфологічного стану слизової оболонки ТК, з наявністю безлічі псевдополіпів;

- хронічні часто рецидивуючі форми ВК при тотальному ураженні ТК, рефрактерністю до консервативної терапії;

- важкі стероїдозалежні, стероїдорезистентні форми ВК;

- наявність дисплазії слизової оболонки ТК;

- значне відставання дітей у рості, фізичному і психічному розвитку;

- наявність важких позакишкових проявів ВК (склерозуючий холангіт, цироз печінки, гангренозна піодермія та ін.).

Після поглибленого обстеження та встановлення остаточного діагнозу було прооперовано 52 хворих (16,6 %). За абсолютними показаннями (кровотеча, перитоніт, токсична дилатація ТК, прогресування синдрому поліорганної недостатності) операції проведені 28 (53,8 %) хворим. За відносними - 24 (46,2 %).

Найбільш радикальним методом хірургічного лікування, що дозволяє домогтися повного лікування хворих, є колпроктектомія [2,5,7]. Але при важкому стані хворих в першу чергу доводиться думати про порятунок життя пацієнта. Дане оперативне втручання хворі з важким перебігом захворювання не завжди можуть перенести. Переконлива в цьому відношенні точка зору, згідно з якою при вирішенні питання про хірургічну тактику, необхідно брати до уваги не тільки тяжкість загального стану, але й можливість подальшої соціальної та медичної реабілітації.

Залежно від тяжкості стану хворого, наявності ускладнень і показань до операції хворим виконували такі оперативні втручання:

- колектомія, передня резекція прямої кишки з накладенням ілеостоми - 12 (23,0 %);

- колектомія з виведенням ілеостоми - 6 (11,5 %);

- колонпроктектомія з довічною ілеостомою - 2 (3,8 %);

- колектомія, низька передня резекція, з накладенням резервуарних ілеоанальних анастомозів - 22 (42,3 %);

- колектомія, передня резекція, з накладенням ілеоректальних анастомозів - 10 (19,4 %).

У хворих, оперованих за абсолютними показаннями, в 12 (23,0 %) випадках була виконана колектомія, передня резекція прямої кишки з накладенням ілеостоми, у 4 (7,6 %) пацієнтів через тяжкість загального стану була виконана операція колектомія з виведенням ілеостоми.

У 19 (30,0 %) хворих вдалося провести повторну реконструктивно-відновну операцію. У 3 (5,7 %) пацієнтів через виражені морфологічні зміни в прямій кишці була виконана колонпроктектомія з довічною ілеостомою.

У групі хворих, оперованих за відносними показаннями, пріоритетним було виконання первинних відновних операцій, а саме - колектомія, низька передня резекція, з накладенням резервуарних ілеоанальних анастомозів. Таке оперативне втручання було виконано у 22 (42,3 %) хворих. У більшості випадків 77,3 % дану операцію завершували формуванням превентивної ілеостоми, у зв'язку з високим ризиком розвитку неспроможності анастомозу. У 10 (19,4 %) хворих була проведена колектомія, передня резекція, з накладенням ілеоректальних анастомозів.

У 2 (3,8 %) пацієнтів зважаючи на виражені зміни в прямій кишці була проведена колектомія, ілеостомія, що дозволило в майбутньому виконати вторинні реконструктивно-відновні операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Післяопераційні ускладнення переважали в групі пацієнтів оперованих за абсолютними показаннями 23,0 % (12 хворих). Серед них гнійно-септичні ускладнення: нагноєння ран, абсцеси малого таза, післяопераційний перитоніт, які спостерігалися у 9 (17,3 %) хворих. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) була в 2 (3,8 %) випадках, один з яких привів до летального результату.

У групі пацієнтів, оперованих за відносними показаннями, післяопераційні ускладнення зустрічалися в 15,3 % (8 пацієнтів).

Неспроможність резервуарного ілеоанального анастомозу була у 3 (5,7 %) хворих, що потребувало накладення превентивної ілеостоми, яку вдалося закрити через 2 місяці. Нагноєння післяопераційної рани і абсцеси малого таза склали 7,6 % (4 пацієнта). Тромбогенних ускладнень у цій групі пацієнтів вдалося уникнути.

Летальність відзначена у 4 пацієнта (7,6 %). Летальні результати наступали у хворих з важким перебігом захворювань, із зміненою імунною реактивністю і наявністю ускладнень.

При проведенні оперативного втручання з приводу важкої форми НВК враховували такі особливості, як розвиток коагулопатії на тлі геморагічного синдрому, зниження еластичності кишкової стінки і небезпека її травматичного пошкодження при інтраопераційних маніпуляціях, зниження регенеративних здатностей тканин.

Нормалізація гомеостазу в післяопераційному періоді у хворих на важку форму виразкового коліту потребувала проведення інтенсивної терапії не

менше 7-10 днів, а специфічне лікування в амбулаторних умовах триває не менше 3-5 місяців.

Функціональні результати у хворих, що перенесли реконструктивно-відновні операції, вважали хорошими, якщо після відновної операції повністю нормалізувалася функція сфінктера (хворі самостійно утримували газу і кал). Частота стільця 1-2 рази на день. Стілець оформлений або напіврідкий. Скарги проходили протягом перших 2-3 тижнів після операції. Працездатність збережена.

Задовільні - частота стільця не перевищувала 4-6 разів на добу через 3-6 місяців. Стілець оформлений або напіврідкий. Деякі обмеження працездатності.

Серед оперованих хворих 39 (75,0 %) пацієнтів склали гарні й задовільні результати.

ВИСНОВКИ

1. Застосування розробленої лікувальної тактики дозволило більш чітко і своєчасно визначати показання до оперативних втручань, що позначилось на результатах хірургічного лікування.

2. Своєчасне визначення показань до операції, оптимальний вибір обсягу і техніки виконання втручання, комплексна терапія в післяопераційному періоді, індивідуальне застосування різних методів хірургічної реабілітації в даний час допомагають вирішити проблему досягнення хороших і задовільних результатів хірургічного лікування НВК.

Література

1. Хирургическое лечение осложненных неспецифического язвенного колита / Воробьев Г.И., Костенко Н.В., Михайлова Т.Л. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2003.-Т.1.- С. 73 - 80.

2. Захараш М.П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы / М.П.Захараш, А.И.Пойда, В.М.Мельник // Матеріали II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю. - К.: Медицина, 2006. - С. 21-34.

3. Захараш М.П. Современная хирургическая тактика при неспецифическом язвенным колите/ М.П.Захараш // Харківська хірургічна школа. - 2009.- № 2. - С. 31-34.

4. Неспецифический язвенный колит / Комаров Ф.И., Осадчук А.М., Осадчук М.А. [и др.]. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008.- 256 с.

5. Пойда А.И. Новые методы хирургической реабилитации после колэктомии, колэктомии и резекции прямой кишки, колэктомии и экстирпации прямой кишки / А.И.Пойда, В.М. Мельник // Харківська хірургічна школа. - 2009. - № 2. - С. 73-76.

7. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И.Л.Халиф, И.Д.Лоранская. - М.: Миклош, 2004. - 88 с.

8. Dozois R.R. The surgical management of ulcerative colitis / R.R.Dozois, K.A.Kelly// InInflammatory bowel disease (ed. by J.B. Kirshner) Fifth edition.- Saunders, 2000.-P.411 - 445.

*Н.Н. Милица, Н.Д. Постоленко, К.Н. Милица,
И.Н. Ангеловский, В.В. Солдусова*
**Хирургические аспекты лечения неспецифического
язвенного колита
ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины»**

Введение. В работе представлены результаты хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом за последние 13 лет в клинике хирургии и проктологии ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины».

Результаты. Обоснована необходимость расширения показаний к хирургическому лечению больных по относительным показаниям, как основного резерва улучшения непосредственных и отдаленных функциональных результатов оперированных пациентов с язвенным колитом. Послеоперационные осложнения преобладали у пациентов, оперированных по абсолютным показаниям 23,0%. В группе пациентов, оперированных по относительным показаниям, послеоперационные осложнения встречались в 15,3%. Среди оперированных больных 39 (75,0%) пациентов составили хорошие и удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, хирургическое лечение, колэктомия.

N.N.Militsa, N.D.Postolenko, I.N.Angelovskij, K.N.Militsa, V.V.Soldusova

**Surgical aspects treatment ulcerative colitis
State Institute "Zaporizhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine"**

Introduction. In papers presents the results of treatment of patients with ulcerative colitis for the latest 13 years in clinical surgery and proktology State Institute "Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine".

Results. The necessity of expanding the indications for surgical treatment of such patients on a strictly defined relative indications, as the main reserve of immediate improvement, long-term, functional results and quality of life of operated patients with ulcerative colitis. Postoperative complications were greater in patients operated on absolute indications – 23%. In the group of patients operated on relative indications postoperative complications occurred in 15.3%. Among the 39 operated patients (75.0%) were enrolled in a good and satisfactory results.

Key words: ulcerative colitis, surgical treatment, colectomy.

Відомості про авторів:

Милиця Микола Миколайович – д.мед.н., професор, зав. кафедри хірургії і проктології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Адреса: 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 224-37-25.

Постоленко Микола Дмитрович - доцент кафедри хірургії і проктології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Адреса: 69096, м. За-

поріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 224-37-25.

Ангеловский Ігор Миколайович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії і проктології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Адреса: 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 224-37-25.

Милиця Костянтин Миколайович - к.мед.н., докторант кафедри хірургії і проктології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Адреса: 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 224-37-25.

Солдусова Вікторія Вікторівна - к.мед.н., асистент кафедри хірургії і проктології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Адреса: 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 224-37-25.