



О'ЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

ISSN
2187-7359



Академик
Вахидов В.В.



www.pubsurgery.uz

№4 (92)

2021

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Исмаилов С.И., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И.
**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ
 ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**5

Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Абдусаломов С.А., Шодиев М.Р., Исмаилов Д.Т.
**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ НА Т-ОБРАЗНОМ
 СТЕНТЕ**.....12

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Максудов М.Ф., Икрамов А.И., Тураев Ф.Ф., Джураева Н.М., Абдухалимова Х.В., Турсунова Л.Н.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА21

Юлдашев Р.З., Алиев М.М.
**ФЛЕБОТРОМБОЗ СИСТЕМЫ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ – ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ
 ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ**32

Тураев Ф.Ф., Пулатов О.К.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРИОМЕГАЛИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ КЛАПАННЫХ ПОРОКАХ
39

Каюмов А.Р., Алиев Ш.М., Пулатов Л.А., Султонов Н.Х.
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ С ПОРОКАМИ
 АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА**48

Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.
**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН
 НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**54

Мансуров А.А., Илхомов О.Э., Халикулов Х.Г.
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ
 КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ**.....58

ОБМЕН ОПЫТОМ

Хашимов Ш.Х., Садиков Н.С., Лигаи Р.Е., Цой А.О., Ташкенбаев Ф.Р., Зарипов А.А.
**ПРОТЕЗНАЯ ХИАТОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ
 ДИАФРАГМЫ**65

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Душамов И.Т., Рузметов Н.А.
**РОЛЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
 ГАНГРЕНЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**72

Низамходжаев З.М., Джуманиязов Д.А., Лигаи Р.Е., Бабажанов А.С., Омонов Р.Р., Цой А.О., Нигматуллин
 Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д.
СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА77

Рустамов А.Э., Исмаилов Ф.М., Эшмуродова Д.Б., Якубов Д.Р., Эшмуродов Ш.А.
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО
 РЕЗЕРВУАРА У ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**84

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Бабаджанов Ж.К., Рузимурадов Н., Ниязметов Б.Р., Муминов А.А.
**ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ
 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЖЕЛЧИ**.....88

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Алиев Ш.М., Косимов А.Л., Тургунов А.И., Салиев Г.З.
**ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ АОРТЫ ОПЕРАЦИЕЙ БЕНТАЛЛА
 ДЕ БОНО**97

Эргашев Б.Б., Назаров Н.Н., Ихтиёров Т. В.
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТОРОКОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ
 В РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**101

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА*Рустамов А.Э., Исмаилов Ф.М.², Эшмуродова Д.Б.³, Якубов Д.Р.¹, Эшмуродов Ш.А.¹*¹ - Ташкентская медицинская академия² - Ташкентский педиатрический медицинский институт³ - ЧП ООО "Sog'lom umr"**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА***Рустамов А.Э., Исмаилов Ф.М., Эшмуродова Д.Б., Якубов Д.Р., Эшмуродов Ш.А.*

Приведено клиническое наблюдение и хирургическое лечение язвенного колита в детском возрасте. Отражены сложности на ранней стадии заболевания, а также роль своевременной консервативной терапии и хирургической тактики при лечении язвенного колита у детей.

Ключевые слова: язвенный колит у детей, тонкокишечный резервуар, илеоанальный пауч анастомоз

ПЕДИАТРИК БЕМОРАДА ЯРАЛИ КОЛИТ КАСАЛЛИГИНИ ИНГИЧКА ИЧАК РЕЗЕРВУАРИ ҲОСИЛ ҚИЛИШ БИЛАН ХИРУРГИК ДАВОЛАШ*Рустамов А.Э., Исмаилов Ф.М., Эшмуродова Д.Б., Якубов Д.Р., Эшмуродов Ш.А.*

Мақолада болаларда ярали колит касаллиги клиник кечиши ва хирургик даволаш усули ёритилмоқда. Шунингдек, касалликни эрта босқичларида аниқлаш ва ингичка ичак резервуари ҳосил қилиш жарроҳлик амалиёти турини танлаш масалалари кўрсатилган.

Калит сўзлар: болаларда ярали колит касаллиги, ингичка ичак резервуари ҳосил қилиш, илеоанал пауч анастомоз

SURGICAL TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS WITH THE FORMATION OF AN INTESTINAL RESERVOIR IN A PEDIATRIC PATIENT*Rustamov A.E., Ismailov F.M., Eshmurodova D.B., Yakubov D.R., Eshmurodov Sh.A.*

Clinical observation and surgical treatment of ulcerative colitis in childhood are presented. Difficulties at an early stage of the disease are reflected, as well as the role of timely conservative therapy and surgical tactics in the treatment of ulcerative colitis in children.

Key words: ulcerative colitis in children, ileoanal pouch anastomosis

Актуальность

Язвенный колит - это воспалительное заболевание кишечника (ВЗК), при котором воспаляется слизистая оболочка толстой (ободочной или кишечной) и прямой кишки. Воспаление обычно начинается в прямой кишке и нижнем (сигмовидном) кишечнике и распространяется вверх на всю толстую кишку [1].

Воспаление вызывает диарею или частое опорожнение толстой кишки. Поскольку клетки на поверхности слизистой оболочки толстой кишки отмирают и отслаиваются, образуются язвы (открытые язвы), вызывающие гной, слизь и кровотечение. Анастомоз подвздошной кишки и анального канала (илеоанальный пауч анастомоз- Ileoanal pouch anastomosis)- это процедура, предлагаемая пациентам с язвенным колитом, которые предпочитают восстановление непрерывности кишечника. С момента первого описания Парксом в 1978 году тотальная проктоколэктомия с подвздошно-анальным анастомозом (ПРАА) стала хирургической процедурой выбора как при язвенном колите (ЯК), так и при семейном аденоматозном полипозе (САП) [2]. В эпоху передовых методов лечения что касается ЯК, около 30% пациентов с ЯК по-прежнему будут подвергаться колэктомии и ПРАА по поводу запущенного заболевания или неоплазии, связанной с колитом. ПРАА может обеспечить пациентам с ЯК и САП улучшенное качество жизни, целостность кишечника, избежание стомы, и снижение риска колоректальной неоплазии.

В настоящее время известно, что факторы причины, вызывающие язвенный колит не имеют четкой определенности. Большинство исследований в качестве наиболее возможных факторов, которые приводят к развитию этого заболевания, называют, во-первых, эмоциональные нагрузки, психологические стрессы, во-вторых, вирусно-бактериальные инфекции [3]. Также имеют место данные научных исследований, свидетельствующие о выявленных у больных язвенным колитом изменения в хромосомах 6 и 12, и ассоциация с геном ИЛ-1га [4]. Другие исследования говорят о том, что неспецифический язвенный колит могут быть спровоцирован специфическими аллергическими состояниями в слизистых оболочках кишечника. Также существуют мнения о генетической предрасположенности и о нарушении в системе иммунологического гемостаза. Но на данный момент нельзя утверждать, что перечисленные факторы и причины возникновения и развития неспецифического язвенного колита являются полными [5]. Исследователи доказывают, что воспалительные заболевания кишечника имеют угрожающие цифры для всего современного общества. По данным исследований, язвенный колит и болезнь Крона являются аутоиммунными и хроническими заболеваниями. Как правило, собственная система иммунитета поражает следующие отделы пищеварительной системы. Язвенный колит поражает нижние отделы кишечника - толстую и прямую кишку, болезнь Крона же может затрагивать все отделы кишечника.

Процесс заболевания имеет рецидивирующий характер, яркую клиническую картину, местные и системные осложнения, иногда неблагоприятный прогноз [6]. Принято полагать, что болезнь Крона и неспецифический язвенный колит имеют схожие иммунологические механизмы развития и одинаковый терапевтический алгоритм. Эти свойства позволяют их рассматривать как единую группу заболеваний [7]. При анализе клинических исследований для тактики определения активности неспецифического язвенного колита используется индекс Мейо по следующим параметрам: частота стула ректальное кровотечение, состояние слизистой оболочки кишечника, оценка общего самочувствия пациента по баллам. Приводится интерпретация индекса Мейо: 0-2 балла— ремиссия/минимальная активность заболевания; 3-5 баллов легкая форма колита; 6-10 баллов- среднетяжелая форма колита; 11-12 баллов-тяжелая форма колита. Базовыми препаратами фармакотерапии неспецифического язвенного колита являются три группы лекарственных средств: препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), кортикостероиды, иммуносупрессоры. При неэффективности консервативной терапии применяется хирургическое лечение по экстренным показаниям или в плановом порядке в профильном отделении [8]. В современное время для лечения заболевания применяются биотехнологические лекарственные препараты, которые воздействуют на подавление продукции провоспалительных цитокинов и имеют весьма эффективные результаты терапии [9].

Цель работы - поделиться клиническим опытом и представить случай из практики, когда язвенный колит был диагностирован у 12-летней девочки.

Материал и методы: Проанализирована история болезни девочки 12 лет, которая находилась в частной клинике ``Sog'lom umg`` 12 дней (с 22.12.2020г по 02.01.2021г) с клиническим диагнозом: Язвенный колит неуточненный. В данной работе представлена выписка из истории болезни ребенка. Ребенок поступает в клинику по экстренным показаниям с диагнозом: Язвенный колит неуточненный.

Жалобы: на слизь, гной в стуле и жидкий стул 14-16 раз в сутки, ложные позывы с кровью, боли в животе, потерю в весе.

Анамнез заболевания: со слов матери первые жалобы появились в сентябре 2019 года, когда появилась кровь в стуле алого цвета. Отмечался ночной стул, боли в левой подвздошной области, облегчающиеся после акта дефекации. С 27.04.20 г. по 07.05.2020 г находилась в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ с клиническим диагнозом: Язвенный колит. Активное течение Выписка из истории болезни не имеется. Амбулаторное лечение ребенок получал, но без положительного результата. В последнее время стул приобрел жидкую консистенцию, был до 12-15 раз в день, с примесью слизи и крови алого цвета. За время болезни девочка потеряла 18 кг. Обратились в нашу клинику, где был выставлен диагноз на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины используя критерии Truelove - Witts, эндоскопических изменений Schroeder Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение, тяжелая атака. Осложнение: Псевдополипоз. Стриктура. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия 3 степени. Кахексия 3 степени.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-й беременности, 2-х родов. Вес при рождении- 3050г, рост 50см. Беременность протекала без особенностей. На диспансерном учете не состоит. Профилактическая вакцинация по календарному плану- без реакций. Инфекционные заболевания – частые ОРЗ.

Аллергоанамнез: пищевые и лекарственные аллергические реакции отрицает. Наследственность отягощена: родители близкие родственники (дети двух братьев). Туберкулез в семье отрицают. Проживают в благоустроенной квартире, жилищно-бытовые условия со слов мамы удовлетворительные. Трансфузионный анамнез: переливаний препаратов крови не было. Контакт с инфекционными больными за последнее 21 дней отрицает. Родители здоровы, вредных привычек не имеют.

Данные объективного осмотра при поступлении: Состояние девочки тяжелое. Сознание ясное. Сон сохранен. Appetit избирательный. Вес – 27 кг, рост -153 см. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно-жировая клетчатка неразвита соответственно возрасту. Язык чистый, слегка обложен беловатым налетом. В ротовой полости без патологических изменений. Отмечается гипертрофия миндалин 1-2степени. Пальпируются единичные подчелюстные лимфоузлы, над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезнен при глубокой пальпации в проекции поперечной и нисходящей ободочной кишки. Мочиспускание не нарушено. Стула на момент осмотра нет. Лабораторно-диагностические исследования, проведенные в стационаре:

ОАК от 22.12.2020 г. эрит.- $2,52 \times 10^{12}/л$, Hb -50г/л, Ht- 19,2%, лейкоц.- $12,3 \times 10^9/л$, нейт- 71 %, лимф- 21,1%, эоз- 8,7%, тромбоц- $370 \times 10^9/л$, СОЭ- 20 мм/ч.

ОАК после гемо- плазматрансфузии 25.12.2020 г.: эрит.- $4,06 \times 10^{12}/л$, Hb- 85 г/л, Ht -30,5 %, лейкоц.- $12,4 \times 10^9/л$, нейт.- 58,4%, лимф.- 33,9%, эоз.- 7,2 %, тромбоц.- $169 \times 10^9/л$, СОЭ -15 мм/ч.

ОАМ от 22.12.2020 г.: кол-во- 50,0 мл, уд.вес- 1010, лейкоц-ед., белок-тр., билир.-отр., глюкоз.-отр.

Копрограмма от 22.12.2020: форма- гелеобр., мыш.волокна (пер+, непер+), бактерии +, лейкоц.- 2-3 в п/

зр.

Биохимия крови от 22.12.2020 г.: АЛТ- 27,2 Ед/л, АСТ- 39,7 Ед/л, белок -52,2г/л, ЩФ- 192 Ед/л, амилаза -41,8 Ед/л, креатинин -36,0 мкМ/л, мочевины -1,06 мм/л, альбумин 21,3 г/л.

Инструментальные исследования: 24.12.2020 г. проведена фиброколоноскопия. Было дано следующее заключение: Эндоскопическая картина эрозивно-язвенного колита, тотальное поражение, выраженной активности. Псевдополипоз толстой кишки. На всем протяжении в просвете отмечается кровь, слизистая резко гиперемирована, диффузно эрозирована, утолщена. Начиная с дистальной части ампулы прямой кишки имеются эрозии ярко красного цвета до 2 мм и редкие язвы (3-4 см выше от анального жома) полигональной формы до 5-6 мм/с умеренными перифокальным валом, относительно плоским плоским дном. На ряду с эрозивно-язвенным поражением имеются множественные разнокалиберные псевдополипы размерами от 2-3 мм до 5-6 мм, местами на ножках и плоские, с контактной кровоточивостью. Эндоскопическая характеристика активности ЯК по Schroeder равна 2 баллам.

ЭКГ от 22.12.2020 г.: ритм синусовый, ЧСС 94 в мин. Вертикальное положение ЭОС.

УЗИ органов брюшной полости от 21.12.2020 г.: стенка толстого кишечника утолщена до 4-9 мм на всем протяжении. ЯК. застойный желчный пузырь.

В результате индекс активности ЯК по шкале Мейо составил 8 баллов. С первого дня пребывания в отделении ребенку проводилась необходимая комплексная терапия: диетотерапия, гемоплазматрансфузия, гепатопротекторы, ферментные препараты, симптоматическая терапия. После проведенного лечения, включающего в себя симптоматическую терапию состояние больной улучшилось, что позволило произвести операцию. Из за тотального поражения толстой кишки после 26.12.2020 была произведена операция: Тотальная колпроктоэктомия, создание тонкокишечного J образного резервуара и наложение илеоанального пауч анастомоза по типу конец-конец с помощью циркулярного сшивающего аппарата

Патологоанатомическое описание макропрепарата: Макроописание –толстая кишка, размером 60,0 x 6,0 см, при разрезе стенка утолщена, просвет сужено, мягкая. Стенка розово- красного цвета. На слизистом слое толстой кишки язвенные дефекты, эрозии;

микроописание – в операционном материале слизистая толстой кишки с выраженной лимфоплазмозитарной инфильтрацией и очаги эрозии, очагами поверхностного некроза и множественными кровоизлияниями. Отмечается гиперплазия крипт. Также железистые структуры местами разрушены интраэпителиальным воспалительным поражением. Мышечный слой с участками фиброза, ангиоматоза и лимфоцитарной инфильтрацией. Заключение: Язвенный колит.

Результаты

Динамическое наблюдение проводилось в различные сроки после операции на 1 и 7 день и через 1, 3, 6 месяцев. В ходе операции и в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений. СОЭ в динамике снизилось. Ребенок активный, сон и аппетит не нарушены. Пациент с улучшением выписан на 8 день после операции на амбулаторное наблюдение врача-педиатра, гастроэнтеролога по месту проживания. У больной в отдаленном периоде рецидивы заболевания не наблюдались, отсутствовали боли в животе, наличие жидкого стула 5 - 6 раз в сутки , которое корректировались консервативно , путем назначения пробиотиков и антидиарейных лекарств. Пациентка начала ходить в школу, усвоила материал за 6 класс которую пропустила из-за болезни, так как не была в состоянии посещать СОУ.

Выводы: Ранняя диагностика язвенной болезни в детском возрасте является неотъемлемой частью дальнейшего консервативного или оперативного лечения, так как больные в ранних стадиях имеют резерв к скорейшей реабилитации, а это способствует к выздоровлению без сопутствующих осложнений. Также нужно учитывать возвращения детей в социум, чтобы неотставать в духовном и умственном развитии.

Заключение:

1. Пример описанного клинического случая свидетельствует о возможности формирования тонкокишечного резервуара с целью хирургической реабилитации пациента с тяжелом течением язвенного колита, позволяющей получить высокий клинико-функциональный результат
2. Примененная хирургическая тактика позволила сохранить
3. У пациентов детского возраста с тяжелом течением язвенного колита не поддающемся к консервативной лечению рекомендуется проведение своевременной хирургической лечения

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует особенности течения неспецифического язвенного колита у ребенка, важность ранней диагностики и назначения своевременной специализированной медицинской помощи. Восстановительные операции после хирургического лечения ЯК относятся к числу сложных и по своему плану и технике выполнения

часто имеют индивидуальный характер. Предоперационная подготовка имеет ряд особенностей, от которых во многом зависит исход хирургического лечения. Как известно, основные расстройства обменных процессов в организме больного ЯК происходят вследствие мальабсорбции, интоксикации и потери жидкости, белков, электролитов и витаминов. Поэтому в предоперационной подготовке мы предусматривали мероприятия по: коррекции диспротеинемии; устранение метаболических расстройств; гемо концентрации; коррекции водно-электролитного баланса; проведение адекватной антибиотикотерапии. Настораживает о проведении качественной дифференциальной диагностики. Своевременно назначенная терапия способна значительно облегчить периоды обострения и продлить период ремиссии. Клинический анализ показывает необходимость наблюдения детей с неспецифическим язвенным колитом у специалистов разных профилей

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоус Т.А. Патоморфология предраковых состояний толстой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2016. - №3., Т.12. - С. 95-96.
2. Белоусов Ю. В. Дисбактериоз кишечника. В кн.: Гастроэнтерология детского возраста. - Харьков: Консум, 2015. - С.436-438.
3. Златкина А.Р. Современная терапевтическая тактика воспалительных заболеваний кишечника // Consilium medicum. - 2013. - Т1., №2. - С. 30-35.
4. Никитина Н.В., Белоусова Е.А. Язвенный колит и рак толстой кишки: формирование групп риска, скрининг и профилактика // Фармате-ка. - 2016. - Т.90., №13. - С. 12-19.
5. Итоги II Национального форума по ВЗК // Казахстанский фармацевтический вестник. – 2018. - №11(541). – Р. 52-58.
6. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafcz yk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment // Am Fam Physician. – 2007. - №76(9). – Р. 1323–1330.
7. Menachem Y., Gotsman I. Clinical manifestations of pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease // Isr Med Assoc J. – 2016. - №6(2). – Р. 88–90.
8. Ulcerative colitis. Overview, Mayo Clinic URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases/ulcerativecolitis/basics/definition/con-20043763>
9. Azad Khan A.K. Optimun dose of sulphasalazine for maintenance treatment in ulcerative colitis // Gut. - 2018. - №21.