

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА



Джаббаров Шерзод Рахимбердиевич¹, Хурсанов Ёкубжон Эркин угли²

1 - Управление здравоохранения Самаркандской области, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

АСОРАТЛАНГАН НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ИНДИВИДУАЛЛАШТИРИШ

Джаббаров Шерзод Рахимбердиевич¹, Хурсанов Ёкубжон Эркин ўгли²

1 - Самарқанд вилояти соғлиқни сақлаш бошқармаси, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

INDIVIDUALIZATION OF SURGICAL STRATEGY IN COMPLICATED ULCERATIVE COLITIS

Jabbarov Sherzod Rakhimberdievich¹, Khursanov Yokubjon Erkin ugli²

1 - Samarkand Regional Health Department, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада асоратланган носпецифик ярали колит билан касалланган 144 нафар беморни жарроҳлик даволаш натижалари кенгайтирилган илмий жиҳатдан таҳлил қилинган. Таққослаш гуруҳига 68 нафар бемор киритилган бўлиб, уларда жарроҳлик тактикаси асосан анъанавий клиник-лаборатор мезонлар асосида белгиланган. Асосий гуруҳни 76 нафар бемор ташкил этган ва уларда операция турини танлашда терапевтик резистентлик белгилари, яллигланишининг морфологик фаоллиги, метаболлик бузилишларни коррекция қилиш ва кам инвазив технологиялардан кенг фойдаланишга асосланган индивидуаллаштирилган алгоритм қўлланилган. Тактикани оптималлаштириши умумий операциядан кейинги асоратларни 32,4% дан 15,8% гача, септик асоратларни 13,2% дан 5,3% гача ва қайта операциялар сонини 8,8% дан 2,6% гача камайтириши имконини берган. Хулоса қилиб айтганда, асоратланган НЯКда жарроҳлик даволаш хавфни эрта стратификация қилиши, ургент ҳолатларда ўз вақтида субтотал колэктомия ўтказиши ва операциядан кейинги даврни комплекс бошқаришга асосланиши лозим.

Калит сўзлар: носпецифик ярали колит, асоратланган колит, жарроҳлик тактикаси, субтотал колэктомия, илеоанал резервуар, лапароскопия, HALS, стероидга резистентлик, энтераль етишимовчилик.

Abstract. This article presents an expanded scientific analysis of surgical treatment outcomes in 144 patients with complicated ulcerative colitis. The comparison group included 68 patients managed mainly according to traditional clinical and laboratory criteria using standard open or staged procedures. The main group consisted of 76 patients treated according to an individualized surgical algorithm based on early detection of therapeutic resistance, assessment of morphological inflammatory activity, correction of metabolic disorders and wider use of minimally invasive technologies. Optimization of surgical strategy reduced overall postoperative complications from 32.4% to 15.8%, septic complications from 13.2% to 5.3%, reoperations from 8.8% to 2.6% and shortened hospital stay. It is concluded that surgical treatment of complicated UC should be based on early risk stratification, timely subtotal colectomy in urgent conditions, individualized reconstruction and comprehensive postoperative management.

Keywords: ulcerative colitis, complicated colitis, surgical strategy, subtotal colectomy, ileal pouch-anal anastomosis, laparoscopy, HALS, steroid resistance, enteral insufficiency.

Актуальность. Неспецифический язвенный колит является хроническим иммуновоспалительным заболеванием толстой кишки, характеризующимся рецидивирующим течением, диффузным поражением слизистой оболочки, риском кишеч-

ных и внекишечных осложнений, а также выраженным влиянием на качество жизни больных. Несмотря на расширение возможностей медикаментозной терапии, включающей глюкокортикостероиды, иммуномодуляторы, антицитокиновые

препараты и ингибиторы внутриклеточных сигнальных путей, значительная часть пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами заболевания в течение жизни нуждается в хирургическом лечении [7, 8, 12, 14].

В отечественной клинической практике проблема осложнённого НЯК имеет особое значение, поскольку пациенты нередко поступают в хирургические стационары уже на фоне выраженной анемии, гипопроотеинемии, электролитных нарушений, длительного применения стероидов и признаков системной интоксикации. В работах узбекских авторов подчёркивается, что позднее определение показаний к операции приводит к увеличению частоты септических осложнений, ухудшению нутритивного статуса и снижению функциональных результатов реконструктивных вмешательств [1, 2, 3, 4, 5, 6, 10].

Особую клиническую сложность представляет определение момента перехода от консервативного лечения к операции. При отсутствии клинического улучшения в течение 5–7 суток интенсивной терапии глюкокортикостероидами, сохранении тахикардии, лихорадки, диареи, кровотечения, лейкоцитоза, высокого уровня С-реактивного белка и гипоальбуминемии дальнейшее ожидание может быть опасным. Современные рекомендации подчёркивают, что хирург должен участвовать в ведении пациента с тяжёлой атакой НЯК уже на раннем этапе госпитализации, а не только после развития перфорации, токсической дилатации или сепсиса [8, 12, 14].

Развитие малоинвазивных технологий существенно расширило возможности хирургии язвенного колита. Лапароскопическая колэктомия, ручно-ассистированная лапароскопия, трансанальные доступы и робот-ассистированные вмешательства позволяют уменьшить операционную травму, снизить риск раневых осложнений, улучшить косметический результат и ускорить реабилитацию. Однако технологический прогресс не отменяет необходимости строгого отбора больных, поскольку при токсической дилатации, перитоните и гемодинамической нестабильности открытая операция остаётся более безопасной [9, 11, 13, 15].

Таким образом, актуальность настоящей работы определяется необходимостью научного обоснования индивидуализированного подхода к выбору хирургической тактики при осложнённом НЯК с учётом клинической тяжести, признаков терапевтической резистентности, морфологической активности воспаления, нутритивного статуса пациента и технических возможностей реконструктивной хирургии.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения осложнённых

форм неспецифического язвенного колита путём индивидуализации выбора оперативной тактики, раннего определения показаний к вмешательству и оптимизации послеоперационного ведения.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 144 больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита, находившихся на обследовании и лечении в хирургическом стационаре. Все пациенты имели клинические признаки тяжёлого или осложнённого течения заболевания, включая стероидорезистентность, токсическую дилатацию толстой кишки, профузное кишечное кровотечение, угрозу перфорации, выраженную гипопроотеинемии, анемию, энтеральную недостаточность или системную интоксикацию.

Группа сравнения включала 68 больных, которым хирургическая тактика определялась преимущественно по традиционным клинко-лабораторным критериям. В этой группе чаще применялись открытые вмешательства, а решение о реконструктивном этапе принималось после стабилизации состояния с учётом общего риска. Основная группа включала 76 больных, у которых использован оптимизированный алгоритм: ранняя хирургическая консультация, оценка признаков стероидорезистентности, обязательный мониторинг белково-электролитного обмена, эндоскопическая и морфологическая оценка активности воспаления, а также приоритет малоинвазивного доступа при отсутствии противопоказаний.

Обследование включало анализ жалоб и анамнеза, оценку частоты стула, выраженности кровотечения, боли, температуры тела, частоты сердечных сокращений, показателей интоксикации, степени обезвоживания и нутритивного дефицита. Лабораторные методы включали общий анализ крови, уровень С-реактивного белка, общий белок, альбумин, электролиты, креатинин, коагулограмму и показатели системного воспалительного ответа. Инструментальная диагностика включала колоноскопию или ректороманоскопию по показаниям, ультразвуковое исследование, обзорную рентгенографию брюшной полости, компьютерную томографию при подозрении на токсическую дилатацию, перфорацию или внутрибрюшные осложнения.

Морфологическое исследование биоптатов и операционных препаратов проводилось с оценкой нейтрофильной инфильтрации, крипт-абсцессов, глубины язвенных дефектов, нарушения архитектоники крипт, выраженности хронического воспаления и признаков дисплазии эпителия.

Таблица 1. Клинико-тактическая характеристика больных и результаты лечения

Показатель	Группа сравнения n=68	Основная группа n=76
Количество больных	68	76
Средний возраст, лет	39,2±2,7	38,7±2,5
Мужчины	38 (55,9%)	43 (56,6%)
Женщины	30 (44,1%)	33 (43,4%)
Тяжёлая атака НЯК	68 (100%)	76 (100%)
Стероидорезистентность	45 (66,2%)	50 (65,8%)
Токсическая дилатация толстой кишки	14 (20,6%)	16 (21,1%)
Профузное кишечное кровотечение	9 (13,2%)	10 (13,2%)
Гипоальбуминемия менее 28 г/л	31 (45,6%)	35 (46,1%)
Использование малоинвазивных технологий	12 (17,6%)	39 (51,3%)
Общие послеоперационные осложнения	22 (32,4%)	12 (15,8%)
Септические осложнения	9 (13,2%)	4 (5,3%)
Средний срок госпитализации, койко-дней	14,8±1,3	11,2±0,9

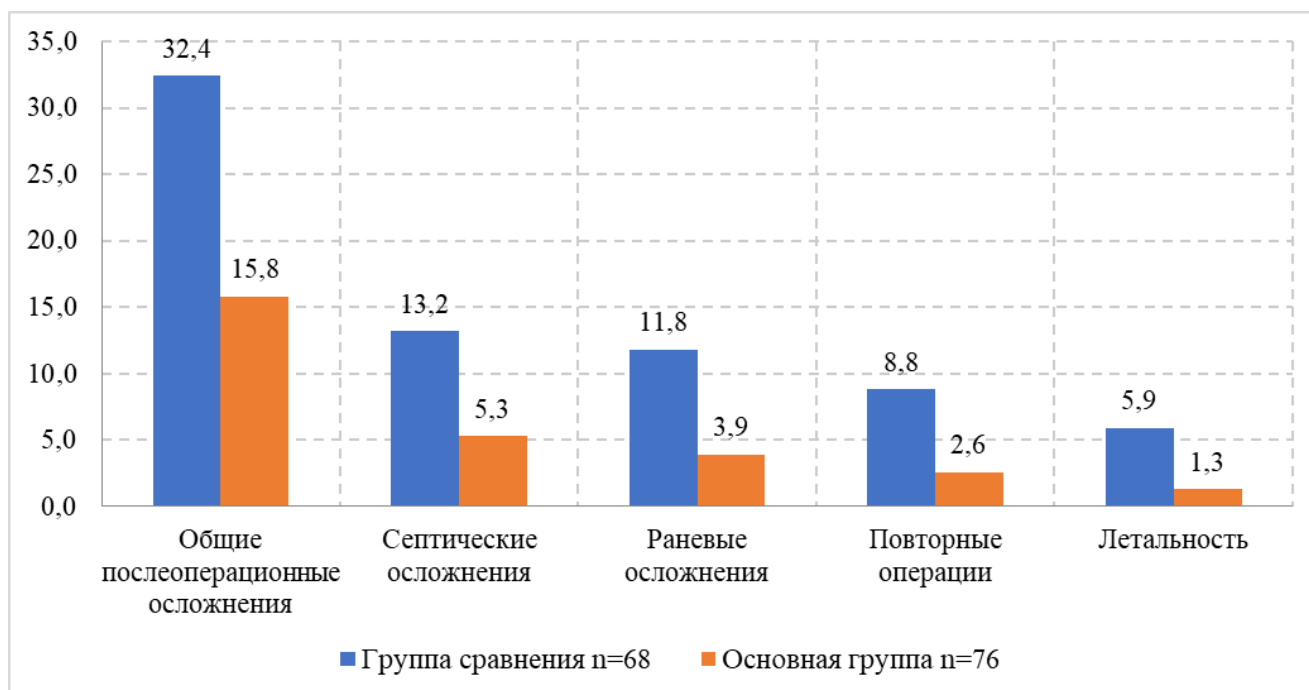


Рис. 1. Частота послеоперационных осложнений в группах исследования

Оперативная тактика включала открытую и лапароскопическую субтотальную колэктомия, вмешательства с ручной ассистенцией, формирование илеостомы, а также отсроченные реконструктивные операции с илеоректальным или илеоанальным резервуарным анастомозом.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и частоте основных осложнений. В группе сравнения было 68 пациентов, в основной группе - 76 пациентов. Средний возраст составил соответственно 39,2±2,7 и 38,7±2,5 года. Тяжёлая атака НЯК диагностирована у всех больных, стероидорезистентность отмечена у 45 (66,2%) пациентов группы сравнения и у 50 (65,8%) пациентов основной группы. Токсическая дилатация толстой кишки наблюдалась у 14 (20,6%) и 16 (21,1%) больных

соответственно, что подтверждает сопоставимость исходной тяжести.

В основной группе более часто применялись малоинвазивные технологии: лапароскопическая субтотальная колэктомия, HALS и этапные реконструктивные вмешательства после стабилизации состояния. Доля таких вмешательств составила 39 (51,3%) против 12 (17,6%) в группе сравнения. Это стало возможным благодаря ранней стратификации риска, предоперационной коррекции гипопроteinемии и своевременному определению показаний к хирургическому этапу до развития терминальной декомпенсации.

Общая частота послеоперационных осложнений в группе сравнения составила 22 случая (32,4%), тогда как в основной группе она снизилась до 12 случаев (15,8%).

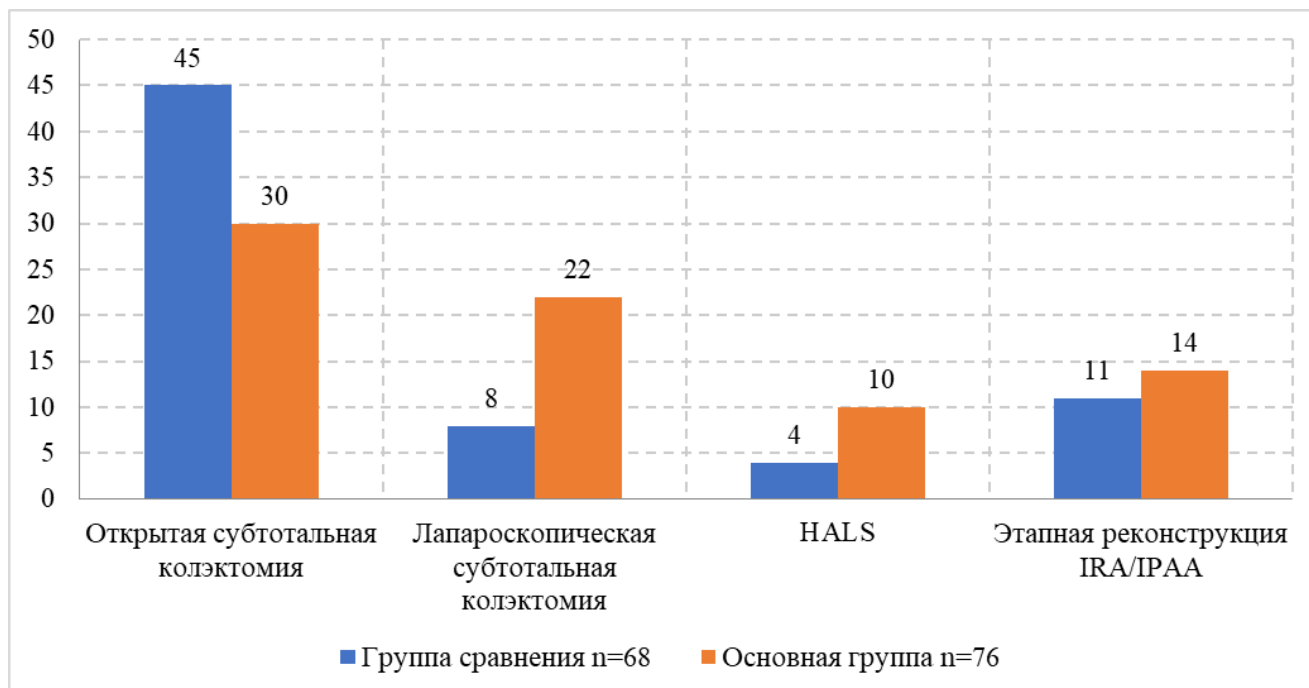


Рис. 2. Структура применённых хирургических подходов

Септические осложнения отмечены у 9 (13,2%) больных группы сравнения и у 4 (5,3%) пациентов основной группы. Частота раневых осложнений уменьшилась с 11,8% до 3,9%, а повторных операций - с 8,8% до 2,6%. Летальность в группе сравнения составила 5,9%, в основной группе - 1,3%. Полученные различия отражают клиническую значимость раннего выбора оптимальной тактики и комплексного послеоперационного ведения.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что хирургическая тактика при осложнённом НЯК должна рассматриваться не как единичное решение о выполнении операции, а как динамический процесс, включающий оценку тяжести заболевания, прогнозирование неэффективности медикаментозной терапии, выбор безопасного объёма вмешательства и планирование реконструктивного этапа. В группе сравнения большая частота осложнений была связана прежде всего с поздним переходом к хирургическому лечению, выраженной гипопроотеинемией, системной интоксикацией и более частым применением открытых вмешательств в неблагоприятных клинических условиях.

В основной группе раннее выявление стероидрезистентности позволяло своевременно отказаться от неоправданного продления консервативной терапии. Это особенно важно, поскольку длительное применение глюкокортикостероидов на фоне активного воспаления увеличивает риск несостоятельности анастомоза, инфекционных осложнений, нарушения заживления тканей и послеоперационной септической дисфункции. Поэтому операция, выполненная до развития тяжёлого катаболического состояния, является менее

рискованной, чем вмешательство после формирования полиорганного нарушения.

Субтотальная колэктомия с илеостомией сохранила значение наиболее безопасной операции при токсической дилатации, профузном кровотечении, угрозе перфорации и септических проявлениях. Её преимущество заключается в быстром удалении основного воспалительного субстрата при меньшей продолжительности вмешательства и возможности отсрочить реконструкцию до стабилизации пациента. Такая этапная стратегия особенно оправдана при гипоальбуминемии, анемии, выраженной иммуносупрессии и тяжёлой системной воспалительной реакции.

Реконструктивные операции требуют более строгого отбора. Илеоректальный анастомоз может быть применён только при минимальном поражении прямой кишки и отсутствии дисплазии, поскольку сохранённый ректальный сегмент остаётся потенциальным источником рецидива воспаления. Илеоанальный резервуарный анастомоз является наиболее физиологичным вариантом восстановления кишечной непрерывности, однако его выполнение должно осуществляться после коррекции нутритивных нарушений и при удовлетворительном состоянии сфинктерного аппарата. Неблагоприятный выбор времени для IPAA повышает риск несостоятельности, pouchitis и неудовлетворительных функциональных результатов.

Малоинвазивные технологии показали очевидное преимущество у стабильных пациентов. Лапароскопия и HALS способствовали снижению операционной травмы, уменьшению кровопотери, сокращению сроков восстановления функции кишечника и снижению частоты раневых осложне-

ний. HALS был особенно полезен при выраженном спаечном процессе, воспалительных инфильтратах и ожирении, поскольку сохранял преимущества лапароскопии и одновременно обеспечивал тактильный контроль. Однако при перфорации, перитоните и нестабильной гемодинамике открытая операция остаётся оправданной.

Послеоперационное ведение является самостоятельным фактором исхода. У пациентов с осложнённым НЯК необходимы ранняя нутритивная поддержка, коррекция водно-электролитных нарушений, профилактика тромбозомболических осложнений, рациональная антибактериальная терапия и динамическое наблюдение за признаками сепсиса. При формировании илеостомы требуется контроль потерь жидкости и электролитов, уровня креатинина, натрия, калия, альбумина и общего белка. Комплексная реабилитация улучшает адаптацию больного и повышает вероятность успешного реконструктивного этапа.

Заключение. Индивидуализация хирургической тактики при осложнённых формах неспецифического язвенного колита является эффективным направлением улучшения непосредственных и отдалённых результатов лечения. В исследовании, включившем 144 больных, основная группа из 76 пациентов, леченных с применением оптимизированного алгоритма, имела более благоприятные показатели по сравнению с группой сравнения из 68 больных. Снижение общей частоты послеоперационных осложнений с 32,4% до 15,8%, септических осложнений с 13,2% до 5,3%, повторных операций с 8,8% до 2,6% и летальности с 5,9% до 1,3% подтверждает клиническую значимость ранней стратификации риска и своевременного выбора операции.

При ургентных осложнениях, таких как токсическая дилатация толстой кишки, перфорация, профузное кровотечение, сепсис и прогрессирующая органная дисфункция, субтотальная колэктомия с илеостомией остаётся наиболее безопасным и патогенетически обоснованным вмешательством. Реконструктивные операции целесообразно выполнять этапно и индивидуально, после стабилизации состояния, коррекции белково-электролитных нарушений и оценки морфологического состояния прямой кишки.

Лапароскопические, ручно-ассистированные, трансанальные и роботические технологии расширяют возможности современной хирургии язвенного колита, однако их применение должно определяться клиническим состоянием больного и опытом хирургической команды. Наилучшие результаты достигаются при сочетании ранней хирургической консультации, объективной диагностики терапевтической резистентности, активной предоперационной подготовки,

рационального выбора объёма вмешательства и полноценного послеоперационного наблюдения.

Выводы:

1. У больных с осложнённым НЯК раннее выявление стероидорезистентности и признаков системной декомпенсации является ключевым условием своевременного перехода к хирургическому лечению.

2. Основная группа, включавшая 76 больных, имела достоверно лучшие клинические результаты по сравнению с группой сравнения из 68 больных за счёт индивидуализации хирургической тактики и более широкого применения малоинвазивных технологий.

3. Субтотальная колэктомия с илеостомией является методом выбора при ургентных осложнениях, тогда как IRA и IPAA должны выполняться у строго отобранных пациентов после стабилизации общего состояния.

4. Комплексное послеоперационное ведение с коррекцией нутритивных, электролитных и инфекционно-септических нарушений существенно влияет на частоту осложнений и качество восстановления пациентов.

Литература:

1. Джаббаров Ш.Р., Хурсанов Ё.Э. Оптимизация хирургической тактики при осложнениях неспецифического язвенного колита // Медицинский вестник Узбекистана. - 2026. - № 2. - С. 46–49.
2. Джаббаров Ш.Р., Хурсанов Ё.Э. Хирургическое лечение язвенного колита // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2025. - № 6(166). - С. 391–396.
3. Дусанов А.Д., Окбоев Т.А., Исмаилов Ж.А., Сафарова М.П. Клинико-иммунологические особенности неспецифического язвенного колита // Журнал биомедицины и практики. - 2022. - № 5. - С. 90–96.
4. Максудов О.М., Мусашайхова Ш.М., Мусашайхов У.Х., Тешабаев М.Г. Язвенный колит: современный взгляд на этиологию и патогенез // Экономика и социум. - 2021. - № 10(89). - С. 891–900.
5. Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А. Интерактивные методы обучения стоматологии в последипломном образовании как условие стимуляции познавательной деятельности // Российский стоматологический журнал. - 2020. - Т. 24, № 5. - С. 306–311. DOI: 10.17816/1728-2802-2020-24-5-306-311.
6. Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. Клинико-функциональная характеристика пациентов с глоссалгией // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - 2022. - Т. 1, № 1. - С. 213–215. DOI: 10.71337/inlibrary.uz.problems-dentistry.15391.
7. Ризаев Ж.А., Ахтамов Ш.Д., Хазратов А.И., Камариддинзода М.К. Психологические расстройства детей перед стоматологическим вмеша-

- тельством // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - 2021. - С. 146–148.
8. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Кубаев А.С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // Вестник науки и образования. - 2020. - № 21-1(99). - С. 79–82.
9. Рустамов А.Э., Исмаилов Ф.М., Эшмуродова Д.Б., Якубов Д.Р., Эшмуродов Ш.А. Хирургическое лечение язвенного колита формированием тонкокишечного резервуара у педиатрического пациента // Хирургия Узбекистана. - 2021. - № 4(92). - С. 84–87.
10. Рустамова Д.А., Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Олимжонов К.Ж. Влияние системных васкулитов на состояние пародонта // Проблемы биологии и медицины. - 2022. - № 2(136). - С. 85–90.
11. Akhmedov M.A., Mirzakhmedov M.M. Indications for surgical treatment of inflammatory and ulcerative diseases of the colon // Coloproctology and Endoscopic Surgery in Uzbekistan. - 2023. - No. 1. - P. 4–8. DOI: 10.56121/2181-4260-2023-1-04-08.
12. Browning C., Ward J.P. A review of minimally invasive surgery in ulcerative colitis // Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery. - 2023. - Vol. 8. - Article 15.
13. Eshniyazova G.Sh. Modern methods of treatment of non-specific ulcerative colitis // International Journal of Integrative and Modern Medicine. - 2024. - Vol. 2, No. 6. - P. 45–50.
14. Flynn J., Larach J.T., Kong J.C.H. et al. Robotic versus laparoscopic ileal pouch-anal anastomosis: a systematic review and meta-analysis // International Journal of Colorectal Disease. - 2021. - Vol. 36. - P. 1345–1356.
15. Holubar S.D., Lightner S.R., Poylin B.G. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the surgical management of ulcerative colitis // Diseases of the Colon & Rectum. - 2021. - Vol. 64, No. 7. - P. 783–804.
16. Lee G.C., Marcello P.W. Minimally invasive and robotic surgery for ulcerative colitis // Clinics in Colon and Rectal Surgery. - 2022. - Vol. 35, No. 6. - P. 407–414.
17. Rizaev J.A., Ahrorova M.Sh., Kubaeв A.S., Khazratov A.I. Morphological changes in the oral mucous membrane in patients with COVID-19 // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2022. - Vol. 12, No. 5. - P. 466–470. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221205.04.
18. Rizaev J.A., Ahrorova M.Sh., Kubaeв A.S., Khazratov A.I. Clinical and immunological aspects of the relationship of the oral cavity and COVID-19 // Thematics Journal of Education. - 2022. - Vol. 7, No. 2.
19. Rizaev J.A., Khusanbaeva F.A., Khazratov A.I. Relationship between chronic kidney disease and oral health // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2022. - Vol. 12, No. 5. - P. 455–462. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221205.02.
20. Rizaev J.A., Maeda H., Khramova N.V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. - 2019. - Vol. 27, No. 1. - P. 22–23.
21. Rizaev J.A., Rustamova D.A., Khazratov A.I., Olimjonov K.J., Olimjonova F.J., Rajabiy M.A. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases // Journal of Biomedicine and Practice. - 2022. - No. 6.
22. Spinelli A., Gionchetti P., Maaser C.M. et al. ECCO guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: surgical treatment // Journal of Crohn's and Colitis. - 2022. - Vol. 16, No. 2. - P. 179–189.
23. Vignali A., Bianchi M., Sampietro G. Pouch surgery for ulcerative colitis in 2025: a narrative review // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. - 2025. - Vol. 72. - Article 101987.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Джаббаров Ш.Р., Хурсанов Ё.Э.

Резюме. В статье представлен расширенный научный анализ результатов хирургического лечения 144 больных с осложнёнными формами неспецифического язвенного колита. Группа сравнения включала 68 пациентов, которым хирургическая тактика определялась преимущественно на основании традиционных клинико-лабораторных критериев и применялись стандартные открытые или этапные вмешательства. Основную группу составили 76 больных, у которых использован индивидуализированный алгоритм выбора операции с ранним определением признаков терапевтической резистентности, оценкой морфологической активности воспаления, активной предоперационной коррекцией метаболических нарушений и более широким применением малоинвазивных технологий. Показано, что оптимизация тактики позволяет снизить частоту общих послеоперационных осложнений с 32,4% до 15,8%, септических осложнений с 13,2% до 5,3%, повторных операций с 8,8% до 2,6% и сократить сроки госпитализации. Сделан вывод, что хирургическое лечение осложнённого НЯК должно основываться на ранней стратификации риска, своевременной субтотальной колэктомии при urgentных состояниях, индивидуальном выборе реконструктивного этапа и комплексном послеоперационном ведении.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, осложнённый колит, хирургическая тактика, субтотальная колэктомия, илеоанальный резервуар, лапароскопия, HALS, стероидорезистентность, энтеральная недостаточность.