

- создание областного регистра больных хронической почечной недостаточностью;
- разработка совместно с ГУЗМО обобщающего документа, регламентирующего донорство почек в Московской области, в соответствии с принципами ВОЗ и Российским законодательством;
- открытие областной лаборатории тканевого типирования и иммунологического мониторинга послеоперационных больных;
- увеличение числа трансплантаций трупной почки за счет максимальной специализации на этой проблеме отделения хронического гемодиализа и пересадки почки МОНИКИ путем создания межрайонных диализных центров областного подчинения и расширения областной программы перитонеального диализа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лемер Н. // Современные аспекты заместительной терапии при почечной недостаточности. – Сб. материалов международного нефрологического симпозиума. – М., 1998. – С.68-74.
2. Трансплантология. Руководство / Под ред. акад. В.И.Шумакова. – Тула, 1995. – 391 с., ил.
3. Opelz G. // Transplant. Proc. – 1994. – V.8. – P.31-39.
4. Solez K., McGraw D.J., Beschoner W.E. // Transplant. Proc. – 1995. – V.17. – P.123-137.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Никулина И.В.
МОНИКИ

Распространенность язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) значительно варьирует в разных странах в зависимости от географической зоны, климатических условий, этнической принадлежности населения, уровня жизни и других факторов. Эпидемиологические исследования воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в большинстве развитых стран проводятся в течение нескольких десятилетий, что позволяет проследить динамику заболеваемости и распространенности, установить связь с факторами, которые определяют рост заболеваемости этой патологией. Общемировые эпидемиологические тенденции ВЗК заключаются в росте заболеваемости в северных регионах мира, преобладании ВЗК в промышленно развитых странах по сравнению с сельской местностью, в увеличении частоты генетически детерминированных и семейных случаев ЯК и БК [3, 5, 6, 9]. Новые тенденции заключаются в уменьшении соотношения ЯК : БК за счет увеличения заболеваемости (или выявляемости) БК в последние годы, в увеличении заболеваемости ЯК в старшей возрастной группе [2, 5, 7, 9, 10].

В России до последнего времени подобные систематические исследования не проводились, поэтому не представлялось воз-

возможным провести сравнительный анализ и выявить особенности эпидемиологии ВЗК в нашей стране по сравнению с мировыми или европейскими закономерностями.

Цель настоящей работы – проведение клинико-эпидемиологического анализа ЯК и БК в России на модели одного из регионов (Московская область), по уровню населения сравнимого со многими странами.

Для оценки эпидемиологической картины использовали принятые показатели: распространенность, т.е. число выявленных больных в расчете на 10^5 населения за весь период наблюдения, и заболеваемость, т.е. число вновь заболевших в год на 10^5 населения. Исследование проводили как по обращаемости больных ВЗК в МОНИКИ, так и методом активного их выявления во всех районах области и ретроспективно по изучению архивных документов в МОНИКИ и в других медицинских учреждениях (ГНЦ колопроктологии, Московский городской проктологический центр на базе ГКБ № 24, областная проктологическая больница) за 16-летний период с 1981 по 1997г.

Взрослое население Московской области на 1997 год составляет 5 136 361 человек. За 16-летний период зарегистрировано 1140 больных ВЗК, из них 987 больных ЯК и 153 больных БК. Соотношение ЯК и БК составляет 6,5:1, соотношение мужчин и женщин 1:1, что в среднем соответствует общемировым тенденциям [4, 8, 9, 10]. Распространенность ЯК в Московской области составляет $19,3/10^5$ взрослого населения, что соответствует среднеевропейским показателям (табл. 1), при этом показатель заболеваемости составляет $1,4/10^5/год$ и имеет тенденцию к увеличению за последние 6 лет, что отражает как истинный рост заболеваемости язвенного колита, так и улучшение диагностики и выявляемости этого заболевания.

Распространенность БК в Московской области значительно ниже, чем в других странах, и составляет 3,0 на 100000 взрослого населения с тенденцией к росту заболеваемости в последние 6 лет (табл. 2). С 1991 года ежегодно выявляется в Московской области 8-20 новых больных ЯК и 6-12 случаев БК. Мы полагаем, что эти цифры не окончательные и при дальнейшем проведении исследований будут изменяться в сторону увеличения.

Обращает на себя внимание неодинаковая распространенность язвенного колита и болезни Крона в разных районах Московской области. Наиболее высокие показатели выявлены в Подольском, Люберецком районах, городах Долгопрудный, Жуковский – от 40 до $66 / 10^5$ взрослого населения, в то время, как в остальных районах этот показатель колебался в пределах $2,4-35 / 10^5$ населения (рис.1). Причины такой неравномерной заболеваемости могут быть различны: более высокие показатели в промышленно развитых районах (Подольском и др.) соответствуют, с одной стороны, общемировым тенденциям, поскольку ВЗК считаются заболеваниями промышленно развитых регионов и преимущественно городского населения. С другой стороны, высокая заболеваемость в указан-

I. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

ных районах отражает, по-видимому, более высокий уровень медицинского оснащения, диагностических возможностей и, соответственно, выявляемости заболеваний.

Таблица 1

Сравнение распространенности и заболеваемости ЯК в разных регионах мира

Страна	Распространенность на 100.000 населения	Заболеваемость на 100.000 населения	Мужчины : женщины
Нидерланды, Лейден	58,4	6,8	-
Швеция, Эребру	234	13,1	1,59:1
Дания	117	9,5	1:1,3
США, Миннесота	225	16	1:1,3
Англия, Оксфорд	79,9	6,5	-
Израиль	73,5-150,0	1,5-5,6	1:1
Норвегия	42,4	12,4	1,1:1
Западная Германия, Марбург	48,8	5,1	-
Западная Германия, Западный Рур	24,8		1:1
Чехия и Словакия	11,3-46,7	1,5-5,6	1:1
Италия	13,8		1,33:1
Венгрия	69,3	3,1	-
Испания	13,5-27,0	5,7	1,5:1

Таблица 2

Сравнение показателей распространенности и заболеваемости БК в разных регионах мира

Страна	Распространенность на 100.000 населения	Заболеваемость на 100.000 населения
Англия, Оксфорд	9,0	0,8
Шотландия, Абердин	32,5	2,2
Швеция, Уппсала	50,0	5,0
Дания, Копенгаген	34,0	1,8
ФРГ, Западный Рур	36,8	4,2
Нидерланды, Лейден	48,0	3,9
Швеция, Эребру	146,0	6,1
США, Миннесота, Олмстед	90,5	4,0
Израиль	19,5	3,1

Эпидемиологические характеристики прослежены по всем основным клиническим параметрам язвенного колита и болезни Крона.



Рис.1. Распределение случаев ЯК по протяженности поражения.

По сравнению с другими регионами мира (табл. 3) в Московской области отмечен высокий процент тяжелых и среднетяжелых форм ЯК (73,3%), по протяженности воспалительного процесса в толстой кишке преобладают распространенные (тотальные, субтотальные и левосторонние колиты составляют 64,9%), ограниченные формы – 35,1% чаще встречаются у лиц старшей возрастной группы (рис.2).

Таблица 3

Распределение больных ЯК по тяжести течения в разных регионах мира

Страна	Течение		
	легкое (%)	среднее (%)	тяжелое (%)
Португалия	39,4	36,2	24,4
Венгрия	9,0	52,2	28,8
Греция	47,0	36,0	17,0
Италия	56,0	28,0	16,0
Сингапур	53,0	32,0	16,0
Эстония, Таллин	37,3	47,4	15,3
Узбекистан	20,0	33,2	46,8
Самарканд	57,8	26,7	15,5
Алтайский край	19,6	51,9	29,4
Донецк	21,3	61,3	17,3
Россия, Московская область	26,7	49,3	24,0

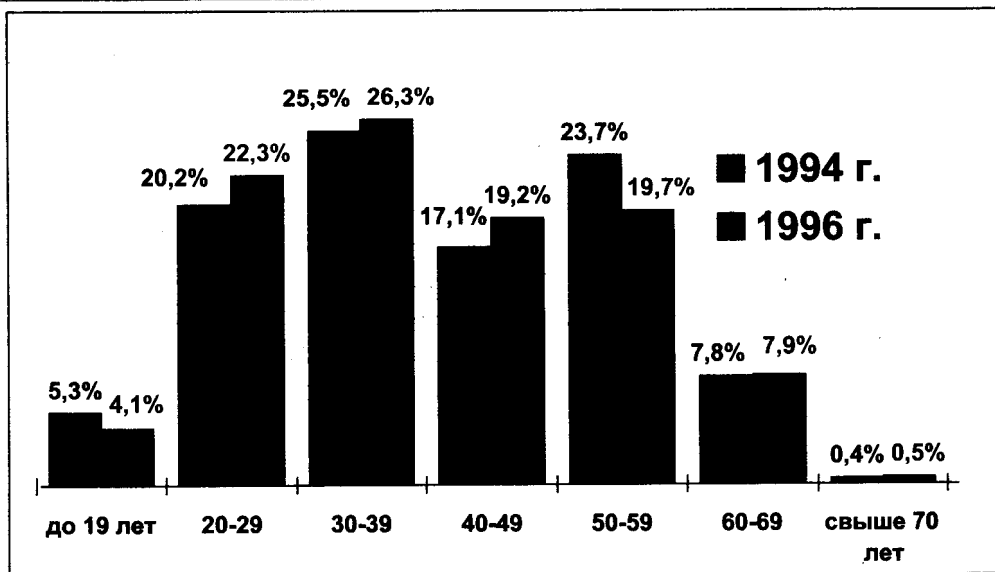


Рис.2. Распределение больных ЯК по возрасту начала заболевания в 1994 и 1996 г.г.

ЯК считается заболеванием молодых людей (средний возраст заболевших 20-40 лет), но в последние годы во многих странах отмечена тенденция к росту заболеваемости в старшей возрастной группе – после 60-65 лет [5]. Поэтому в наших исследованиях был проведен анализ по возрасту начала заболевания ЯК. Было установлено бимодальное распределение больных по этому показателю, т.е. выявлено два пика заболеваемости: 30-39 лет и 50-59 лет (рис.3), причем больные, заболевшие в старшем возрасте, имеют некоторые особенности клинической картины заболевания, что требует специальных лечебных подходов.

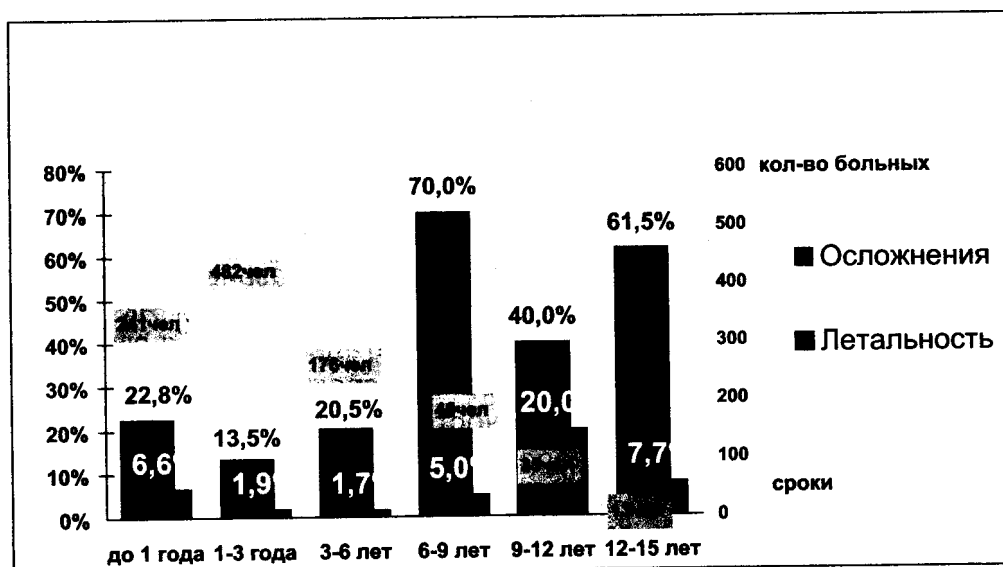


Рис.3. Показатели осложнений ЯК и летальности в зависимости от сроков диагностики.

В отличие от найденных двух пиков заболеваемости при ЯК, для БК эта тенденция, по нашим наблюдениям, не характерна. При распределении больных БК по возрасту начала заболевания выяв-

лялся один пик в возрастном интервале 20-29 лет – 29,4% больных. В старшей возрастной группе начало заболевания было отмечено лишь у 11,8% больных в 50-59 лет, у 8,9% – в 60-69 лет. При дальнейшем увеличении совокупности больных БК эти соотношения, возможно, изменятся.

Среди больных язвенным колитом и болезнью Крона в Московской области отмечено большое число тяжелых кишечных осложнений, таких, как токсическая дилатация толстой кишки, перфорация, профузные кровотечения, рак толстой кишки, межкишечные свищи, стриктуры и кишечная непроходимость. Частота осложнений ЯК и БК значительно превышает среднеевропейские показатели (табл. 4).

Таблица 4

Сравнение показателей осложнений, оперативных вмешательств и летальности при ЯК в разных регионах мира

Страна	Осложнения		Операция (%)	Летальность (%)
	внекишечные (%)	кишечные (%)		
Россия, Московская область	7,1	20,3	8,3	6,4
Греция	1,9	12,0	4,0	2,0
Италия	3,1	3,4	0,5	1,0
Португалия	49,0	7,9	-	3,2
Италия (Сицилия)	-	-	11,0	4,0

Важно отметить, что при анализе распределения больных по срокам установления диагноза ЯК, у большей части пациентов (49%) диагноз определяли в поздние сроки от начала заболевания – от 1 до 3 лет, свыше 3 лет – 26,5% больных. Эти данные мы использовали при изучении частоты осложнений, летальности и их зависимости от сроков установления диагноза (рис.4). При установлении диагноза ЯК в срок до 1 года от появления первых симптомов нами отмечен высокий процент тяжелых, опасных для жизни осложнений – 22,8%, которые развиваются в основном у больных с острыми, молниеносными формами ЯК. При этом варианте течения ЯК также высока летальность – 6,6% от числа больных, диагностированных в ранние сроки.

При поздней диагностике ЯК выделена многочисленная группа больных – 746 человек, у которых нарастает частота осложнений: от 13,5% при сроках 1-3 года до 70% в более поздние сроки установления диагноза. При этом увеличивается летальность от 1,9% до 20%.

Системные проявления ЯК у обследованных нами больных были обнаружены в 7,1% случаев, что соответствует данным литературы – 1,2-45% больных [2]. Поражения печени нами отмечены в 47% случаев среди всех системных осложнений. На втором месте

по частоте в наших наблюдениях были поражения суставов (21,4% случаев).

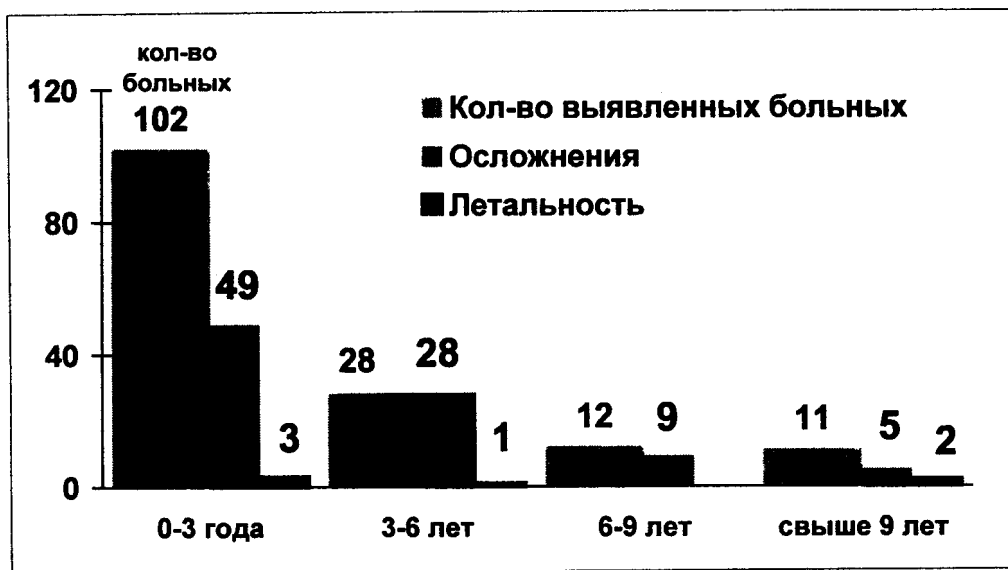


Рис.4. Зависимость осложнений и летальности при БК от сроков диагностики.

Поражения кожи отмечены нами в 22,8% случаев и проявляются чаще всего узловатой эритемой (17,1%). Гангренозную пиодермию диагностировали у 5,7% больных ЯК при тяжелых формах поражения толстой кишки.

Поражения глаз диагностировали у 4 больных ЯК (увеит, конъюнктивит) – 5,7% всех системных осложнений, что совпадает с данными Г.А. Григорьевой [1] о частоте поражения органов зрения – 5-10%.

Оперативное лечение было проведено в 8,3% случаев ЯК (у 82 больных из всех взятых на учет). При этом, по поводу возникших опасных для жизни осложнений ургентная хирургическая операция проведена у 42 больных (4,3% случаев), плановое оперативное вмешательство в связи с тяжестью атаки и неэффективностью настоящего комплексного консервативного лечения – у 40 больных (4,0%). Большинство больных были оперированы в ГНЦ колопроктологии.

За исследуемый период умерли 63 больных, из них 7 – после операций по поводу ЯК, 7 – от тяжелой атаки ЯК, 38 – от тяжелых осложнений без оперативного вмешательства, 11 – от сопутствующих заболеваний. В целом, летальность составила 6,4%±0,78% (на всех учтенных больных ЯК), что значительно превышает уровень летальности в других странах.

По нашим наблюдениям, БК с локализацией в толстой кишке встречается в 43,2% случаев, терминальный илеит отмечен у 34,4% больных, сочетанная локализация – у 7%. Преобладает тяжелое течение БК, которое наблюдается у 55% больных.

БК отличается не только тяжестью течения, но и серьезными осложнениями, которые в литературе принято подразделять на кишечные и внекишечные или системные. Выделение осложнений

весьма условно, так как далеко не всегда представляется возможным решить, имеем ли мы дело с осложнениями БК или одним из проявлений тяжелой формы этого заболевания.

К кишечным осложнениям относятся свищи, стриктуры кишки, перфорация, кровотечение, перианальные осложнения. Среди выявленных в Московской области больных БК был отмечен высокий процент кишечных осложнений – 54,9% (табл. 5). Свищи (наружные или внутренние) были выявлены в 28,1±3,6% случаев БК. Часто встречались множественные стриктуры кишечника с развитием частичной или реже полной кишечной непроходимости (21,6±3,3%). Перфорация и кишечное кровотечение были нечастыми осложнениями в наблюдаемой группе больных (соответственно, 2,6±1,3% и 2,0±1,1%).

Таблица 5

Кишечные осложнения болезни Крона

Осложнения	пп	%
Свищи (наружные и внутренние)	43	28,1±3,6
Стриктуры с развитием кишечной непроходимости	33	21,6±3,3
Перфорация	4	2,6±1,3
Кровотечение	3	2,0±1,1
Рак кишки	1	0,6±0,6
Всего:	84	54,9

Описанные в литературе единичные случаи развития злокачественной опухоли на фоне БК подтвердились нашим наблюдением. У 1 больного на фоне БК через 12 лет от начала заболевания в культе толстой кишки после операции была выявлена аденокарцинома.

По поводу тяжелых кишечных осложнений БК были оперированы 23 пациента (15%), тяжесть атаки привела к операции 25 больных (16,3%).

Характерна четкая зависимость частоты осложнений от сроков установления диагноза БК. В относительно ранние сроки осложнения развиваются почти у половины больных. При более поздней диагностике (после 3 лет) практически все выявленные больные имеют осложненное течение БК. Следует указать, что нами выделена группа больных со сроками диагностики до 3 лет, т.к. диагноз до 1 года от начала заболевания был поставлен или заподозрен только у отдельных больных.

Внекишечные проявления БК включают в себя поражения кожи, костей, суставов, глаз, печени, сосудов, поджелудочной железы. Многие из них могут развиваться задолго до появления кишечных симптомов.

В проведенном нами исследовании (табл. 6) установлена наибольшая частота поражения костно-суставной системы, которая составила 13%, афтозный стоматит был отмечен в 7,2%, поражения печени (хронический гепатит невирусной этиологии и склеро-

зирующий холангит) встречались в 4% случаев БК. Поражения кожи были отмечены при тяжелой форме БК в виде узловатой эритемы у 2 больных (1,3%), гангренозной пиодермии у 1 больного (0,6%). В целом внекишечные поражения при БК выявлялись в 26% случаев. Что касается системных проявлений, то они редко сами по себе являются причиной смерти или служат показаниями к операции. В то же время их всегда необходимо учитывать, так как они ухудшают прогноз болезни.

Таблица 6

Внекишечные проявления болезни Крона

Поражения суставов и костей	20	13 ± 2,7
Афтозный стоматит	11	7,2
Хронический гепатит	5	3,3 ± 1,4
Склерозирующий холангит	1	0,6 ± 0,6
Узловатая эритема	2	1,3 ± 0,9
Гангренозная пиодермия	1	0,6 ± 0,6
Анкилозирующий спондилит	1	0,6
ВСЕГО:		26,0

Уровень летальности при болезни Крона составил 7,2% (из расчета всех учтенных случаев ВЗК), что существенно превышает среднеевропейские показатели.

Эпидемиологический анализ позволил установить, что основной причиной тяжелых осложнений является поздняя диагностика заболеваний. Только у 20-25% больных ВЗК диагностируются в течение первого года заболевания, у большинства больных диагноз ставится через 3-5 лет от начала первых симптомов, у 10-12% больных диагноз ставится через 8 лет и более. При ЯК частота осложненных форм составляет 21%, при БК, в среднем, 54,9%, причем при БК в случаях установления диагноза позднее 6 лет от начала болезни осложнения встречаются у 100% больных.

Причины поздней диагностики воспалительных заболеваний кишечника в Московской области требуют специального изучения, но уже сейчас ясно, что важными причинами являются недостаточная осведомленность врачей в клинической картине и вариантах течения язвенного колита и болезни Крона, отсутствие специалистов, которые занимаются этой категорией больных. Пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в разных районах ведут проктологи-хирурги, инфекционисты, терапевты, в то время, как эти больные должны находиться под наблюдением специально подготовленных врачей-гастроэнтерологов. Кроме того, имеет значение низкая культура больных, которые не обращаются за медицинской помощью при первых симптомах заболевания. Одной из причин осложненных форм воспалительных заболеваний кишечника может быть отсутствие противорецидивного лечения из-за не-

удовлетворительного обеспечения районов Московской области базисными лекарственными средствами, необходимыми при лечении этой тяжелой категории больных.

Таким образом, проведенные эпидемиологические исследования воспалительных заболеваний кишечника в Московской области выявили следующие тенденции:

- преобладание распространенных, тяжелых и среднетяжелых форм язвенного колита и болезни Крона с большим числом опасных для жизни кишечных осложнений и высоким уровнем летальности обусловлено поздними сроками установления диагноза, поздним началом лечения;
- соответствие частоты развития осложненных форм ЯК и БК срокам установления диагноза;
- рост заболеваемости воспалительных заболеваний кишечника, связанный с поздней диагностикой, отсутствием специально подготовленных медицинских кадров в районах области и своевременного противорецидивного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гребенев А.Л., Мягкова Л.П. Болезни кишечника (современные достижения в диагностике и терапии). – М., 1994. – 400с.
2. Левитан М.Х., Федоров В.Д., Капуллер Л.Л. Неспецифические колиты. – М., 1980. – 280 с.
3. Фролькис А.В. Заболевания желудочно-кишечного тракта и наследственность. – СПб., 1995. – 288 с.
4. Binder V. // Res. Clin. Forums. – 1993. – V.15, N.5. – P. 11-16.
5. De Dombal F.T. // Inflammatory Bowel Diseases, 2nd ed. Oxford Medical Publications, 1993. – P.96-126.
6. Farmer R.G., Michener W.M., Mortimer E.A. // Clin.Gastroenterol. – 1980, N.9. – P.271-277.
7. Flocchi C. // Основы и принципы лечения воспалительных заболеваний кишечника: Тез. докл. Междунар. симпоз. – СПб., 1996. – С.9.
8. IV International Symposium on Inflammatory Bowel Diseases: Congress Short Report Falk Symposium 72. – Strasbourg, 1993. – 44p.
9. Mendeloff A.I. // Inflammatory Bowel Diseases / Eds. Jarnerot G., Lennard-Jones J., Truelove S. – 1995. – P. 17-33.
10. Shivananda S. // Gastroenterology. – 1987, N.5. – P.966-974.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ НА РУБЕЖЕ XXI ВЕКА

А.Р.Златкина
МОНИКИ

Становление гастроэнтерологии как самостоятельной дисциплины началось в конце XIX – начале XX века, в период бурного развития фундаментальных наук, а в клинической медицине – функционального (физиологического) направления, развитие которого в отечественной медицине проходило под влиянием идей И.М.Сеченова, И.П.Павлова, И.И.Мечникова, С.П. Боткина.

Исследования И.П.Павлова и его учеников по изучению физиологии пищеварения получили мировое признание и стали прочным