



УДК 616.344-002-031.84-036.1

Д.И. АБДУЛГАНИЕВА¹, А.Х. ОДИНЦОВА², Д.Д. МУХАМЕТОВА¹, Е.С. БОДРЯГИНА¹, А.Х. РАМАЗАНОВА^{1,2}, Н.А. ЧЕРЕМИНА², Т.Ю. АФАНАСЬЕВА¹¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

Региональный регистр по болезни Крона как инструмент проспективного наблюдения за пациентами

Абдулганиева Диана Ильдаровна — доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой госпитальной терапии, тел. +7-987-296-27-68, e-mail: diana_s@mail.ru¹**Одинцова Альфия Харисовна** — кандидат медицинских наук, заведующая отделением гастроэнтерологии, тел. +7-987-290-53-44, e-mail: odincovaa@yandex.ru²**Мухаметова Диляра Дамировна** — аспирант кафедры госпитальной терапии, тел. +7-904-763-40-11, e-mail: muhdilyara@gmail.com¹**Бодрягина Евгения Сергеевна** — аспирант кафедры госпитальной терапии, тел. +7-917-395-34-55, e-mail: snezenka@rambler.ru¹**Рамазанова Алсу Харисовна** — врач отделения гастроэнтерологии, аспирант кафедры биохимии, тел. +7-927-404-74-40, e-mail: alsuramazan@mail.ru^{1,2}**Черемина Наталья Александровна** — врач отделения гастроэнтерологии, тел. +7-917-269-69-08, e-mail: doctornat@mail.ru²**Афанасьева Татьяна Юрьевна** — интерн кафедры госпитальной терапии, тел. +7-937-526-29-41, e-mail: tyafanaseva@gmail.com¹

В статье представлены результаты длительного наблюдения пациентов с болезнью Крона (БК). Проанализированы данные регистра пациентов с БК, сравнена лечебная тактика за период с 2006 по 2013 гг. Определены региональные особенности течения болезни Крона. Проведен анализ изменения лечебной тактики данных пациентов на протяжении 8 лет.

Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, иммуносупрессивная терапия, биологическая терапия.

D.I. ABDULGANIEVA¹, A.Kh. ODINTSOVA², D.D. MUKHAMETOVA¹, E.S. BODRYAGINA¹, A.Kh. RAMAZANOVA^{1,2}, N.A. CHEREMINA², T.Yu. AFANASIEVA¹¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064

Regional register of Crohn's disease as a tool for prospective monitoring of patients

Abdulganieva D.I. — D. Med. Sc., Associate Professor, Head of the Department of Hospital Therapy, tel. +7-987-296-27-68, e-mail: diana_s@mail.ru¹**Odintsova A.Kh.** — Cand. Med. Sc., Head of the Department of Gastroenterology, tel. +7-987-290-53-44, e-mail: odincovaa@yandex.ru²**Mukhametova D.D.** — postgraduate student of the Department of Hospital Therapy, tel. +7-904-763-40-11, e-mail: muhdilyara@gmail.com¹**Bodryagina E.S.** — postgraduate student of the Department of Hospital Therapy, tel. +7-917-395-34-55, e-mail: snezenka@rambler.ru¹**Ramazanova A.Kh.** — physician of the Department of Gastroenterology, postgraduate student of the Department of Biochemistry, tel. +7-927-404-74-40, e-mail: alsuramazan@mail.ru^{1,2}**Cheremina N.A.** — physician of the Department of Gastroenterology, tel. +7-917-269-69-08, e-mail: doctornat@mail.ru²**Afanasieva T.Yu.** — intern of the Department of Hospital Therapy, tel. +7-937-526-29-41, e-mail: tyafanaseva@gmail.com¹

The article presents the results of the long-term observation of patients with Crohn's disease, the data of patients with Crohn's disease register are analyzed, the treatment practice from 2006 to 2013 is compared. The regional features of a course of Crohn's disease had been determined. The changing in treatment tactics of these patients within 8 years is analyzed.

Key words: Crohn's disease, inflammatory bowel disease, immunosuppressive therapy, biological therapy.

Болезнь Крона (БК) относится к воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) и характеризуется поражением всего желудочно-кишечного тракта. Несмотря на то, что впервые это заболевание описано в 1932 году Crohn В.В., в честь которого и названа сама болезнь, этиология и патогенез остаются до сих пор до конца неизученными [1].

Для определения этих неизвестных аспектов ВЗК и для эпидемиологической и экономической оценки как в европейских [2], так и в азиатских странах [3] активно проводятся эпидемиологические популяционные исследования. Все они указывают на увеличение частоты БК, что, возможно, связано с улучшением диагностики — эндоскопических методов визуализации кишечника и осведомленности врачей и пациентов о проявлениях ВЗК.

Ведение регистра БК позволяет анализировать структуру больных, вести учет пациентов, проводить ретроспективную оценку эффективности проведенного лечения, корректировать тактику ведения пациентов и вести непрерывное наблюдение за данными пациентами.

Проведен анализ регистра пациентов с ВЗК, начиная с 2006 г., куда включены пациенты, обратившиеся в РКБ МЗ РТ. Сбор данных был стандартизирован на основании опросника, разработанного российской группой по изучению ВЗК [4]. В настоящее время в базе данных имеется 977 пациентов с ВЗК, из них с язвенным колитом — 657 пациентов, БК — 320 пациентов. Классификация больных по локализации поражения, тяжести заболевания, развившимся осложнениям проводилась согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона [1]. Математическая и статистическая обработка результатов исследований и их наглядное отображение проводилось с помощью программ Statistica 6, Microsoft Excel, Microsoft Word.

Результаты и обсуждение

За период наблюдения выявился тот факт, что заболеваемость БК остается примерно на одном уровне. В 2006 году был включен в регистр 31 пациент, 2007 — 35, 2008 — 60, 2009 — 27, 2010 — 29, 2011 — 45, 2012 — 48, 2013 — 45 человек. Среди 320 больных, находящихся в регистре на 2013 год, мужчин — 160 (50%), женщин — 160 (50%), частота БК была одинакова как у мужчин, так и у женщин.

Согласно нашему регистру, БК чаще болели городские жители, чем сельские: соответственно 221 (69%) и 99 (31%) человек. Данный факт соответствует литературным данным, указывающим на преобладание пациентов ВЗК среди жителей индустриально развитых населенных пунктов [6]. Пик заболевания приходился на молодой возраст. Средний возраст начала БК составил $30,1 \pm 1,8$ лет. Возраст дебюта БК приходился чаще на возраст от 20 по 29 лет — 63 (37%) пациентов, реже — от 30 по 39 лет — 41 (24%) и возраст менее 20 лет — 33 (19,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, Д.И. Абдулганиева и др. // Колопроктология. — 2013. — № 3 (45). — С. 22-38.
2. Burisch J. Crohn's disease and ulcerative colitis. Occurrence, course and prognosis during the first year of disease in a European population-based inception cohort / J. Burisch // Dan. Med. J. — 2014. — № 61 (1). — B4778.

Локализация БК характеризовалась более частым сочетанным поражением толстой и тонкой кишки — 72 (42%), изолированное поражение толстой и тонкой кишки (подвздошной) встречались с одинаковой частотой — по 49 (29%) больных. Из более редких локализаций выявлено поражение желудка у 1 и двенадцатиперстной кишки — у 3 больных.

При анализе регистра больных БК выявилось изменение структуры больных по тяжести заболевания: если за период 2006-2009 гг. на долю средней и тяжелой степени приходилось 99 пациентов из 155 (64%), то на 2013 год эта группа больных составляет 234 больных из 320 (74%).

Течение болезни характеризовалось частым развитием осложнений. Так, среди пациентов, обратившихся в 2013 г., осложнения развились у трети пациентов — 25 (31%). Наиболее часто встречались свищи различной локализации — 12 (36%) случаев, стриктуры — 11 (33%), стеноз — 4 (12%), абсцесс — 3 (10%), кишечная непроходимость — 1 (3%), перитонит — 1 (3%), малигнизация — 1 (3%). Осложнения БК обуславливают необходимость оперативного лечения, а также служат причиной инвалидизации пациентов.

Сохранялась высокая доля инвалидности при БК. Инвалидность на 2013 г. имела у 87 пациентов (41,6%). По тяжести инвалидность распределилась следующим образом: I группа — 1 (1,2%), II группа — 39 (44,8%) и III группа — 47 (54%) пациентов.

Анализ терапии пациентов БК в период обострения показал изменение тактики ведения пациентов. Отмечалось увеличение доли пациентов, находящихся на иммуносупрессивной терапии (азатиоприн и метотрексат), а также получающих биологическую терапию — ингибиторы ФНО- α (инфликсимаб). Если в 2009 году на долю пациентов, получавших азатиоприн, приходилось 8%, а биологическая терапия применялась у 4% больных, то среди пациентов, получавших стационарное лечение в 2013 году, доля пациентов на азатиоприне составила 51%, а биологическую терапию получили 13% пациентов БК. Таким образом, иммуносупрессивная терапия назначалась более часто, что, возможно, связано с преобладанием среднетяжелых и тяжелых по степени тяжести пациентов, а также с изменением тактики лечения.

Более частое назначение иммуносупрессивной терапии наблюдалось и в группе впервые выявленных пациентов БК. Таким образом, отмечалось более раннее назначение азатиоприна пациентам БК с момента постановки диагноза, что соответствует данным литературы [2].

Ведение регистра отражает структуру и состояние пациентов, исходы заболевания, позволяет оценить характер и эффективность лекарственной терапии и отдаленные результаты. Систематизированное проспективное наблюдение за больными позволяет оптимизировать тактику ведения.

3. Safarpour A.R. Epidemiology of Inflammatory Bowel Diseases in Iran and Asia / A.R. Safarpour, S.V. Hosseini, D. Mehrabani // Iran J. Med. Sci. — 2013. — № 38 (2). — P. 140-149.

4. Абдулганиева Д.И. Региональные особенности хронических воспалительных заболеваний кишечника / Д.И. Абдулганиева, А.Х. Одинцова, Е.С. Бодрягина и др. // Практическая медицина. — 2010. — № 3 (42). — С. 69-71.

5. The relationship between urban environment and the inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis / I.S. Soon, N.A. Molodecky, D.M. Rabi et al. // BMC Gastroenterol. — 2012. — № 24. — P. 1-14.