

IV РАЗДЕЛ. ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

УДК 616.34-002-07-08-03(470.341)

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005–2010 ГОДЫ**О.П. Алексеева, Е.Н. Колодей, Н.Н. Миронов,**

ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Алексеева Ольга Поликарповна – e-mail: al_op@mail.ru

Проведен сравнительный анализ некоторых эпидемиологических показателей, особенностей клинического течения и лечения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в Нижегородской области за периоды 2004–2005 и 2009–2010 годы. Установлено, что возросло количество острых форм ВЗК в 1,9 раза при язвенном колите (ЯК) и в 1,5 раза при болезни Крона (БК) в основном за счет улучшения диагностики и применения современных методов исследования. Значительно меньше зарегистрировано тяжелых и осложненных форм течения болезни, особенно при болезни Крона. В лечении чаще, но еще не достаточно, применялись более современные препараты 5-АСК, топические кортикостероиды, биологическая терапия. В Нижегородской области часто продолжает регистрироваться анемия – у 30% больных ЯК и трофологическая недостаточность различной степени у 20% пациентов ЯК и у 45% больных БК.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, сравнение клинического течения, диагностики и лечения в 2004–2005 и 2009–2010 годах в Нижегородской области.

The comparative analysis of some epidemiological indicators, peculiarities of clinical course and treatment of inflammatory bowel diseases (IBD) in the Nizhny Novgorod region for the years 2004–2005 and 2009–2010 years. It is established, that increased the number of acute forms of IBD in 1.9 times with ulcerative colitis (UC) and 1.5 times in Crohn's disease (CD), mainly due to the improvement of diagnostics and application of modern methods of research. Significantly less than the reported severe and complicated forms of the disease, especially in Crohn's disease. In the treatment more often, but still not enough, used more modern preparations of 5-Asa, topical corticosteroids, and biological therapy. In the Nizhny Novgorod region often registered anemia – in 30% of patients with UC and trophic insufficiency of the different degree in 20% of patients YAK and in 45% of patients with BC.

Key words: ulcerative colitis, Crohn's disease, clinical, diagnostical, treatment particulars, Nizhny Novgorod region, 2004–2005 and 2009–2010 years.

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), представляют одну из самых серьезных и нерешенных проблем современной гастроэнтерологии. Количество таких больных продолжает увеличиваться во всем мире, в том числе и в России [1, 2, 3]. Несмотря на достигнутые успехи в изучении патогенеза, диагностики и лечения ВЗК, эта проблема далека до своего завершения. Эпидемиологических исследований, посвященных этим заболеваниям, проводится недостаточно. Распространенность ВЗК в целом в России не известна. Проведены исследования в отдельных регионах России с выявлением эпидемиологических тенденций и особенностей клинического течения и лечения язвенного колита и болезни Крона [4, 5]. Инициатором исследований в 2009–2010 гг. выступала Российская рабочая группа по изучению ВЗК, профессор И.Л. Халиф, профессор Е.А. Белоусова. Отдельные показатели по Нижегородской области представлены в данной работе.

Цель работы –

провести сравнительный анализ отдельных эпидемиологических показателей, особенностей клинического течения и лечения ВЗК в Нижегородской области, полученных в результате исследований, проведенных в 2005–2006 и

2009–2010 гг. на основе изучения амбулаторных карт и историй болезни пациентов, обратившихся в Нижегородскую областную клиническую больницу им. Н.А. Семашко в течение одного календарного года.

Результаты работы

В 2004–2005 годах нами впервые была предпринята попытка изучения распространенности, особенностей диагностики, течения и лечения ЯК и БК в Нижегородской области на основе изучения амбулаторных карт и историй болезни больных, обратившихся за медицинской помощью в Нижегородскую областную клиническую больницу им. Н.А. Семашко в течение одного календарного года, как с впервые установленным диагнозом, так и при повторном посещении специалиста. Все процедуры для диагностики и лечения носили общепринятый характер. В 2009–2010 году такая же попытка была предпринята в рамках исследования ESCApe, проводившегося в России, Украине и Сербии. Сравнительный анализ некоторых показателей этих исследований представлен в настоящей работе. В таблице 1 представлены некоторые демографические показатели. В 2009–2010 г. обратились за медицинской помощью 125 больных ВЗК (98 – ЯК и 27 – БК), что на одну треть больше, чем в 2004–2005 г. (76 – ЯК и 19 – БК). Пациенты в 2010 году стали несколько старше: средний возраст больных ЯК составил 39

лет, БК – 36 лет; в 2005 году – 37 и 35 лет. Сократилась длительность симптомов от начала заболевания до установления правильного диагноза как при ЯК с 12 мес. в 2005 году до 6 мес. в 2010 году, особенно при болезни Крона – с 48 мес. до 18 мес. На инвалидности в 2010 г. находилось 19,5% больных ЯК и 30% БК.

Возросло количество первичных больных ВЗК: число больных острой формой ЯК увеличилось в 1,9 раз, составив 33,6%, и в 1,5 раза при БК, составив 26,9% от общего количества больных.

Улучшилась диагностика этих заболеваний. Диагноз ЯК у больных, обратившихся за помощью в 2009–2010 годах, в 100% случаев подтвержден эндоскопическим исследованием с морфологической верификацией (в 2004–2005 годах этот показатель составил 83%). В диагностике БК в 2009–2010 годах использованы такие современные методы исследования, как фиброколоноскопия с биопсией у 85,2% больных, капсульная эндоскопия – у 7,4% обследованных лиц, магнитно-резонансная томография для диагностики осложнений и только в 7,4% диагноз был поставлен при диагностической лапаротомии. В 2004–2005 годах диагноз БК в 60,6% случаев был поставлен при хирургическом вмешательстве по поводу болей в животе.

Тяжесть больных болезнью Крона оценивали по индексу активности болезни Крона (ИАБК) в соответствии с международными рекомендациями [6], тяжесть больных язвенным колитом – по индексу активности ЯК (индекс Мэйо) [7]. На рисунке 1 представлена динамика тяжести пациентов БК в 2004–2005 годах. Среди больных болезнью Крона в 2009–2010 гг. преобладали пациенты легкой и средней степени (44% и 48% соответственно) и только 8% больных были тяжелыми, в 2004–2005 гг. более половины больных (54%) имели тяжелое течение болезни. На рисунке 2 представлена динамика тяжести пациентов язвенным колитом в 2004–2005 и 2009–2010 годах. Оценивая тяжесть состояния больных ЯК необходимо отметить, что в 2009–2010 годах преобладали больные легкой (27%) и средней (67%) тяжести, только 6% больных были тяжелыми, в 2004–2005 гг. наблюдалось 25% тяжелых пациентов.

На рисунках 3 и 4 представлены основные осложнения ЯК и БК. Среди осложнений в 2009–2010 гг. (анамнестически по выпискам из истории болезни и амбулаторным картам) у больных ЯК наиболее часто было кишечное кровотечение (18%); такие осложнения, как перфорация и токсическая дилатация толстой кишки, развитие рака, регистрировались в единичных случаях, у пациентов БК наиболее частым осложнением были свищи различной локализации (30%) и по 12% регистрировались такие осложнения, как кишечная непроходимость, инфильтраты брюшной полости, стриктуры кишечника. Следует отметить высокую степень регистрации железодефицитной анемии (30% пациентов ЯК и 18% БК) и наличия трофологической недостаточности у 20% больных ЯК и у 45% больных БК, что отягощало течение заболевания и лечения этих пациентов. Эти показатели свидетельствуют о поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью при обострении заболевания.

В лечении больных ВЗК в период обострения в 2009–2010 гг. наиболее часто использовались препараты 5-АСК, которые получали 90% больных ЯК и БК. Следует отметить высокую частоту назначения системных глюкокортикостероидов

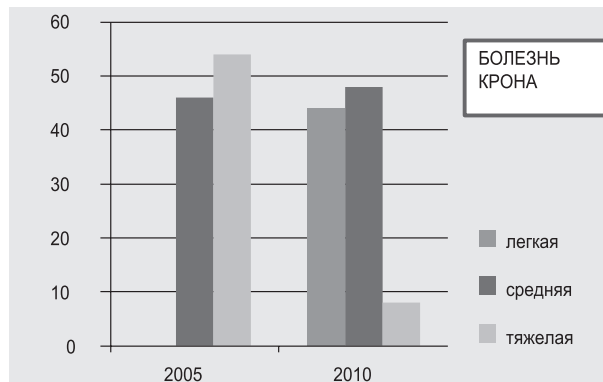


РИС. 1.
Динамика тяжести болезни Крона в Нижегородской области в 2004–2005 и 2009–2010 гг. (результаты представлены в %)

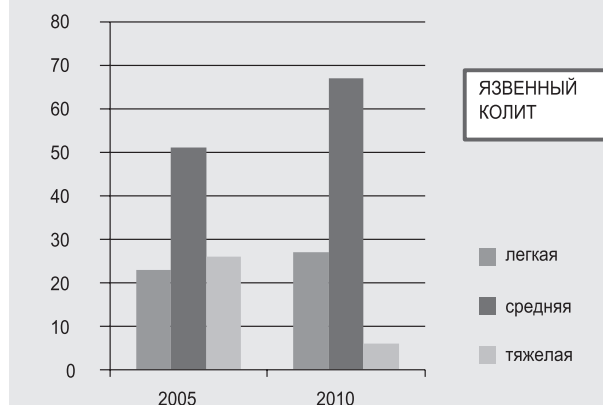


РИС. 2.
Динамика тяжести язвенного колита в Нижегородской области в 2004–2005 и 2009–2010 гг. (результаты представлены в %)

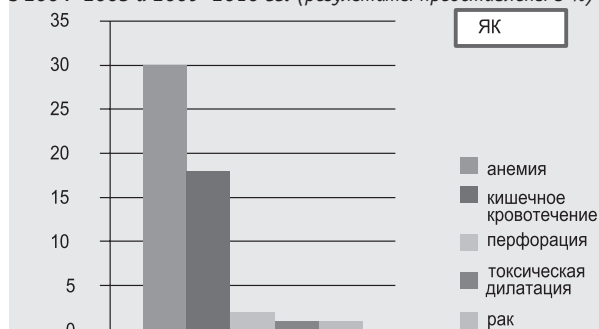


РИС. 3.
Осложнения язвенного колита в Нижегородской области в 2009–2010 гг. (результаты представлены в %)

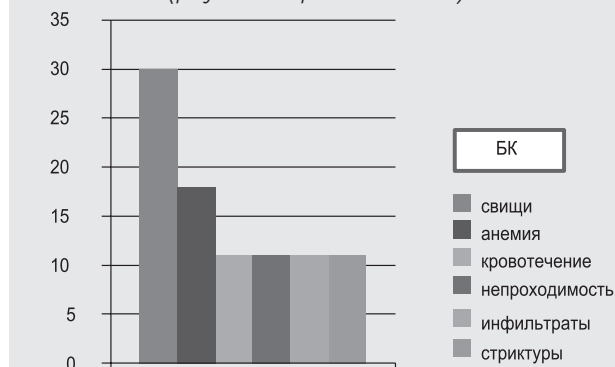


РИС. 4.
Осложнения болезни Крона в Нижегородской области в 2009–2010 гг. (результаты представлены в %)

(ГКС): 68% при ЯК и 48% при БК. Топические ГКС (будесонид) назначались реже, их получали 23% больных ЯК и 25% пациентов БК. Антибиотики (метронидазол и фторхинолоны) получали 62% больных ЯК и 73% пациентов БК. Следует отметить редкое назначение иммуносупрессантов – только 7% больных ЯК и БК, и нечастое назначение биологической терапии, ее получали 12% пациентов ЯК и 25% больных БК. Для поддержания клинической ремиссии использовались, в основном, препараты 5-АСК. Гормонозависимых и гормонорезистентных форм зарегистрировано 15% среди пациентов ЯК и 18% – среди БК. Сравнение лекарственной терапии в 2005–2006 и 2009–2010 гг. показало, что в последние годы значительно чаще используются более современные препараты: месалазин вместо сульфасалазина, не только системные (преднизолон), но и топические кортикостероиды (будесонид), появились пациенты, получающие биологическую терапию.

ТАБЛИЦА.

Демографические показатели больных язвенным колитом и болезнью Крона в 2002–2005 и 2009–2010 гг.

Параметры	Язвенный колит	Болезнь Крона
Число обследованных, пол (м/ж)		
2009–2010	98 (55/43)	27 (18/9)
2004–2005	76 40/36)	19 (11/8)
Средний возраст, годы		
2009–2010	39	36
2004–2005	37	35
Длительность симптомов до установления диагноза (мес.)		
2009–2010	6	18
2004–2005	12	48
Больные, имеющие инвалидность %	19,5	30

Заключение

Динамическая оценка некоторых эпидемиологических показателей, клинического течения и лечения ВЗК (ЯК и БК) в Нижегородской области показала следующее:

1. в 2009–2010 гг. по сравнению с 2004–2005 гг. в течение календарного года за медицинской помощью обратилось на одну треть больше пациентов (125 против 95), возросло количество острых форм как ЯК (в 1,9 раза), так и БК (в 1,5 раза);

2. улучшилась диагностика ВЗК: сократились средние сроки от начала клинических симптомов болезни до установления диагноза ЯК с 12 до 6 мес., БК с 48 мес. до 18 мес.

Для диагностики стала доступна фиброколоноскопия с биопсией для всех пациентов, шире стали применяться такие современные методы исследования, как капсульная эндоскопия для диагностики тонкокишечной локализации БК, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография для диагностики осложнений болезни;

3. продолжает часто регистрироваться железодефицитная анемия – у 30% больных ЯК и у 18% лиц БК, трофологическая недостаточность различной степени тяжести – у 20% больных ЯК и у 45% больных БК;

4. наиболее часто в лечении обострения болезни по-прежнему используются препараты 5-АСК, системные ГКС, антибиотики, реже применяются топические ГКС. Не оправдано редко назначались иммуносупрессоры и не так часто, как было необходимо, применялась биологическая терапия;

5. гормонозависимость и гормонорезистентность зарегистрированы у 15% больных ЯК и у 18% больных БК.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. М.: Медицина, 2008. С. 3–10.
2. Алексеева О.П., Криштопенко С.В., Миронов Н.Н. Эпидемиологические показатели и особенности диагностики воспалительных заболеваний кишечника в Нижегородской области. Материалы 8-й Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции «Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения». Красноярск. 2008. С. 388–399.
3. Никулина И.В., Златкина А.Р., Белоусова Е.А. и др. Оценка эпидемиологических показателей воспалительных заболеваний кишечника в Московской области. Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997. № 2. С. 67–70.
4. Белоусова Е.А. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника в России. Международный Falk Workshop, М. 2006. С. 11.
5. Белоусова Е.А. Заболеваемость, эпидемиологические тенденции и особенности клинического течения воспалительных заболеваний кишечника в мире и в России. I Евразийская конференция по редким заболеваниям и редким лекарствам 21–23 июня 2012. Москва, Россия. Available from: <http://www.rareconf2012.org>
6. Best W.R., Beckett J.M., Singleton J. W. et al. Development of Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's disease Study. Gastro-enterology. 1976. V. 70. P. 439–444.
7. Kornbluth A., Sachar D. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults: American College of Gastroenterology. Am. J. Gastroenterology. 2010. № 105. С. 501–523.