

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Низов, А.Г. Якубовская

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань,
Россия

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES AND REAL CLINICAL PRACTICE OF PATIENT MANAGEMENT IN RYAZAN REGION

A.A. Nizov, A.G. Yakubovskaya

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

© А.А. Низов, А.Г. Якубовская, 2013

В статье приведены результаты исследования эпидемиологии воспалительных заболеваний кишечника в Рязанской области. Получена подробная информация о 331 больном; 185 из них находились под динамическим наблюдением в течение 4-х лет. Установлена распространенность и заболеваемость язвенного колита – 29,8 и 1,8–2,1 на 100 тыс. взрослого населения; болезни Крона – 4,5 и 0,3–0,5 на 100 тысяч населения соответственно. Продемонстрирована региональная специфика проявлений, диагностики и ведения больных.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, эпидемиология,

This article presents the results of epidemiological study of inflammatory bowel diseases in Ryazan region. Detailed data about 331 patients are collected; 185 patients were under our surveillance during 4 years. We revealed that prevalence and incidence was 29.8 and 1,8–2,1 per 100,000 adult population for ulcerative colitis, 4,5 and 0,3–0,5/100,000 for Crohn's disease, respectively. Regional specificity of clinical signs, diagnostics and management of patients is shown.

Key words: inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease, epidemiology.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) – относят к редким болезням. В странах Западной Европы и Северной Америки распространенность ЯК колеблется от 121,2 до 243,0 случаев, а БК – от 34 до 146 на 100 000 населения при ежегодной заболеваемости 10,4 и 5,6 на 100 000 соответственно [1, 2]. В России эпидемиология ВЗК изучена лишь в отдельных регионах [3, 4]. В целом установлено, что распространенность ВЗК, и, особенно БК, в РФ значительно ниже, чем в Западной Европе и Северной Америке. Тем не менее, тяжелое течение болезни и высокая частота инвалидизации больных, значительные затраты на лечение определяют серьезную социально-медицинскую значимость этой важной проблемы. Внедрение высокотехнологичной помощи и дорогостоящих схем индукции и поддержания ремиссии ВЗК диктуют необходимость планирования лекарственного обеспечения на основе изучения эпидемиологии

указанных заболеваний в каждом конкретном регионе РФ и в стране в целом.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологии ЯК и БК, а также реальной клинической практики ведения больных в Рязанской области и ее соответствия существующим рекомендациям. Кроме того, исследование имело целью подготовку материала для создаваемого регистра больных ВЗК России.

Материалы и методы

На основании анализа амбулаторных карт пациентов, находящихся на диспансерном учете по поводу ЯК и БК во всех поликлиниках г. Рязани, а также историй болезни специализированных отделений (гастроэнтерологических и колопроктологического ГКБ № 4 и областной – за 1996–2012 гг.) нами выявлен 331 взрослый больной ВЗК, проживающий в Рязанской области. Данные о пациентах регистрировались в Унифицированной карте, разработанной специ-

ально для клинико-эпидемиологических исследований в МОНИКИ (Москва) профессорами Е.А. Белоусовой, А.Р. Златкиной и доцентом И.В. Никулиной и любезно предоставленной нам ее авторами. В рамках данного исследования 185 больных наблюдались авторами статьи в динамике на базе областной консультативной поликлиники (2008–2012 гг.), где проводилось их углубленное обследование, анализировались и корректировались ведение и лечение.

Диагноз ЯК и БК верифицировался с использованием фиброколоноскопии или ректороманоскопии (у всех пациентов) в сочетании с морфологическими (в 55,6% случаев) и лучевыми методами диагностики. Для оценки тяжести обострения болезни Крона использовался индекс активности по Бесту [5], а для ЯК –

критерии оценки тяжести по Трулав и Виттсу [6], модифицированные Российским обществом по изучению ВЗК.

При статистической обработке данных определялись критерии Фостера – Стюарта, Фишера, Хи-квадрат с поправкой Йетса.

Результаты и их обсуждение

По данным Статистического управления Рязанской области за 2008–2012 гг. в области проживают 992555 человек взрослого населения; из них горожане составляют 70,9% населения области; женщины – 55%.

Из 331 выявленных больных ВЗК 288 страдали ЯК и 43 – БК. Клинико-демографические показатели по всей когорте выявленных больных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные клинико-демографические показатели больных ВЗК в регионе

Группы наблюдения	Больные ВЗК		Больные ЯК		Больные БК	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
<i>По полу</i>						
Мужчины	149	45,0	121	41,9	28	65,1
Женщины	182	55,0	167	58,1	15	34,9
<i>По возрасту (в годах)</i>						
18–19	2	0,6	2	0,7	0	0
20–29	51	15,4	44	15,3	7	16,3
30–39	48	14,5	41	14,2	7	16,3
40–49	56	16,9	49	17,0	7	16,3
50–59	74	22,4	66	22,9	8	18,6
60–69	52	15,7	44	15,3	8	18,6
70 и старше	48	13,6	42	14,6	6	14,0
<i>По месту жительства</i>						
Рязань	217	65,6	187	65,0	30	69,8
Малые города области	42	12,7	39	13,5	3	7,0
Сельская местность	72	21,7	62	21,5	10	23,2
<i>Возраст начала заболевания</i>						
До 18 лет	14	4,3	8	2,8	6	14,0
18–19 лет	13	4,0	12	4,2	1	2,3
20–29 лет	87	26,7	78	27,6	9	20,9
30–39 лет	64	19,6	59	20,8	5	11,6
40–49 лет	62	19,0	53	18,7	9	20,9
50–59 лет	47	14,4	42	14,8	5	11,6
60–69 лет	30	9,2	24	8,5	6	14,0
70 лет и старше	9	2,8	7	2,5	2	4,7
<i>По форме болезни</i>						
Острая	47	14,2	39	13,6	8	18,6
Рецидивирующая	251	75,8	225	78,1	26	60,5
Непрерывная	33	10,0	24	8,3	9	20,9
<i>По тяжести обострения</i>						
Легкое	113	34,1	106	36,8	7	16,3
Средней тяжести	172	52,0	147	51,0	25	58,1
Тяжелое	46	13,9	35	12,2	11	25,6

Основную массу больных ВЗК составляют горожане (259 чел., 78%), преобладание жителей городов над сельчанами является достоверным ($p < 0,01$) и в абсолютных цифрах, и с учетом соотношений городского и сельского населения области. ЯК чаще регистрируется у женщин, однако данное различие является недостоверным из-за большего числа женщин в области ($p = 0,39$); БК достоверно чаще страдают мужчины ($p < 0,01$).

Более половины лиц исследуемой когорты заболели в подростковом и молодом возрасте – с 12 до 40 лет (178 пациентов, 54%). Средний возраст дебюта болезни примерно одинаков для обоих заболеваний (38,6±0,9 лет при ЯК и 40,4±2,7 лет при БК), но среди страдавших БК выше процент лиц, заболевших в детстве (14% при БК в сравнении с 2,8% при ЯК; $p < 0,01$).

В первый год болезни правильный диагноз был установлен 73,2% больным ЯК и 57,5% БК. Врачи в первый год заболевания испытывали явно больше затруднений в установлении БК, чем ЯК ($p < 0,05$). Среднее время верификации диагноза составило для ЯК 18,9±2,5 мес., а для БК 29,5±4,2 мес.

Нами выявлено, что при ВЗК наиболее часто встречался рецидивирующий характер течения болезни. Агрессивное течение, с обострениями 1 раз в год и чаще, регистрировалось при ЯК у 140 (62,2%) пациентов; 1 раз в 2 года – у 29 (12,8%), более редкие обострения отмечены у 56 (24,8%) больных.

Степень тяжести заболевания, как это принято, оценивалась по последнему обострению. Достоверно чаще ($p < 0,05$) тяжелое течение

встречалось при БК (11 чел., 25,6%), чем при ЯК (35 чел., 12,2% случаев).

Что касается распространенности процесса (табл. 2), то ЯК представлен преимущественно левосторонним поражением. В довольно высоком проценте случаев (18,7%) протяженность воспаления на основании имеющихся данных осталась неизвестной. Несколько иная картина наблюдалась у пациентов с БК. В отличие от установившихся представлений, наиболее часто наблюдалось изолированное поражение толстой кишки (25 чел., 58,1%).

Как известно, ВЗК могут сопровождаться внекишечными проявлениями. Системность поражения выявлена нами у 26% пациентов. Наиболее часто это были глаза (эписклерит или иридоциклит у 30 чел.; 9,1%) и суставы (артрит различных суставов и сакроилеит у 29 чел., 8,8%). Афтозный стоматит отмечался у 10 больных, а кожные изменения (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) – у 5. У 9 пациентов (3%) ВЗК осложнилось первичным склерозирующим холангитом или аутоиммунным гепатитом. В двух случаях диагностирован альвеолит, у трех пациентов выявлена цитопения.

У 39 больных ЯК (13,5%) имелись осложнения со стороны кишечника, преимущественно в форме кишечных кровотечений, отмеченные в 31 случае (10,8%). Существенно реже развивалась токсическая дилатация толстой кишки (у 3-х чел.); тромбоз флебит или тромбоз эмболии (3 случая), аденокарцинома толстой кишки (3 случая). Среди больных БК кишечные осложнения установлены у 30 (69,8%). Чаще наблюдались стриктуры кишки (10 чел.)

Таблица 2

Распространенность поражения желудочно-кишечного тракта при ВЗК

Распространенность поражения	Абс. кол-во	В процентах
<i>Язвенный колит</i>		
Проктит	16	6,8
Левосторонний колит	139	59,4
Распространенное поражение	79	33,8
<i>Болезнь Крона</i>		
Поражение подвздошной кишки ± аноректальное поражение	5	11,7
Поражение ободочной кишки	25	58,1
Илеоколит	10	23,3
Поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта + толстой кишки	2	4,7
Изолированное аноректальное поражение	1	2,3

и аноректальные поражения (9 чел.). Кишечное кровотечение развилось у 6 пациентов, свищи толстой или тонкой кишки – у 5. В 6 случаях имела место перфорация кишки или кишечная непроходимость, в одном – тромбоз вен нижних конечностей.

Умерли 2 больных ЯК: в одном случае причиной смерти стала полиорганный недостаточность после колэктомии по поводу фульминантного колита, во втором – аденокарцинома толстой кишки с множественными метастазами во внутренние органы.

Как установлено нами, распространенность и заболеваемость ВЗК в Рязанском регионе составляет для ЯК – 29,8 и 1,8–2,1 на 100 тысяч взрослого населения, а для БК – 4,5 и 0,3–0,5 соответственно. Эти показатели близки к данным других исследователей, полученным в таких регионах России, как Красноярский край [3], Ростовская [6] и Московская [4] области. В то же время они существенно ниже, особенно в отношении БК, чем в странах Западной Европы и Северной Америки [2,6].

Как видно из данных, приведенных выше, число больных ЯК значительно (в 6,7 раза) превышает количество страдающих БК. Подобное соотношение является отличительной особенностью нашего региона, т.к. в подавляющем большинстве стран распространенность и заболеваемость ЯК и БК или сопоставимы, или отличаются максимум в 2–3 раза [2, 7]. Как мы полагаем, отличия обусловлены совокупностью генетических, этнических, социально-географических и, в определенной степени, организационно-медицинских факторов.

Обращает на себя внимание более высокая частота обострений ВЗК наблюдавшихся пациентов, по сравнению с соответствующими показателями зарубежной практики [1]. Мы полагаем, что это связано с меньшей доступностью для наших пациентов дорогостоящих схем терапии, а также с недостаточной последовательностью и настойчивостью врачей в проведении базисного лечения и низкой приверженностью больных к проводимой терапии.

Анализ результатов исследования позволил установить различия в течении ЯК и БК. Установлено, что при БК чаще наблюдаются осложнения и тяжелые обострения ($p < 0,01$). Помимо этого, дебют БК чаще развивается в детстве, а верификация диагноза БК требует большего времени, чем при ЯК. Вполне очевидно, что практические врачи хуже знают клинику

и диагностику БК, а терапия болезни в реальной практике менее эффективна.

Анализ состояния диагностики ВЗК в Рязанском регионе показал недооценку гистологических критериев верификации диагноза. Запоздалость диагностики обусловлена недостаточной настороженностью врачей относительно ВЗК, ошибками трактовки эндоскопической картины, игнорированием гистологических методик исследований при ВЗК.

Как свидетельствует анализ документации, практические врачи гастроэнтерологи и проктологи не нацелены на установление развернутого диагноза с указанием распространенности процесса, не пользуются валидизированными методиками оценки состояния больных и результативности лечения. Врачи и пациенты не стремятся установить распространенность поражения толстой кишки, оправдывая бездействие как техническими сложностями при проведении фиброколоноскопии, так и нежеланием пациентов подвергаться этой неприятной процедуре. Между тем подобная тактика мешает назначению рациональной, в частности топической, терапии.

Исследование установило, что поражение тонкой кишки при БК встречается в Рязанском регионе в два с лишним раза реже, чем за рубежом [6]. Вероятно, подобное несоответствие объясняется недостаточным использованием энтероскопических методик обследования, поскольку указанные диагностические процедуры являются более сложными и дорогими, что оказывает несомненное влияние на частоту их назначения. В связи с этим воспалительный процесс тонкой кишки обычно обнаруживался уже на стадии развития осложнений, прежде всего, стриктур и свищей.

Выводы

1. Распространенность ЯК в Рязанском регионе составляет 29,8 на 100 000 взрослого населения, а БК – 4,5 на 100 000 населения; соотношение больных ЯК и БК равно 1:6,7.

2. Течение ВЗК в Рязанской области имеет региональные особенности: большие сроки от появления симптоматики до верификации диагноза, особенно БК; более частые обострения заболеваний, редкая встречаемость поражения тонкой кишки при БК, высокая инвалидизация больных. На качество ведения больных ВЗК в регионе оказывает влияние недостаточное внедрение в реальную практику современных стандартов обследования.

3. В соответствии с существующими рекомендациями всем больным ВЗК в Рязанском регионе необходимо рекомендовать проведение тотальной колоноскопии и обязательное морфологическое исследование биоптатов с целью верификации диагноза и контроля эффективности лечения.

Литература

1. *Румянцев, В.Г.* Язвенный колит : руководство для врачей / В.Г. Румянцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 424 с.

2. *Lakatos, P.L.* Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? // *P.L. Lakatos // World J Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 12(38). – P. 6102–6108.

3. *Николаева, Н.Н.* Эпидемиология язвенного колита и болезни Крона в Красноярском крае / Н.Н. Николаева, И.Д. Четкина, Л.В. Николаева, Н.Л. Гигилева // *Российский журнал*

гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т.14., № 5. – С.133

4. *Никулина, И.В.* Клинико-эпидемиологическая характеристика воспалительных заболеваний кишечника в Московской области : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И.В. Никулина. – М., 1997. – 17с.

5. *Адлер, Г.* Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. – М.: Гэотар-мед, 2001. – 500 с.

6. *Неспецифические* воспалительные заболевания кишечника / под ред. Воробьева Г.И., Халифа И.Л. – М. : Миклош, 2008. – 400 с.

7. *Хурцилава, О.Г.* Организационные вопросы оказания больным воспалительными заболеваниями кишечника специализированной гастроэнтерологической помощи в Санкт-Петербурге / О.Г. Хурцилава, А.М. Сегаль, О.Б. Щукина, Э.А. Кондрашина, А.Ю. Барановский // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.* – 2012. – Т. 4, № 1. – С. 84–91.

А.А. Низов

Тел.: +7-910-635-53-75

e-mail: nizov@post.rzn.ru