

КИЛОВАТАЯ О. А., МОСИНА Л. М., ТРОХИНА И. Е.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ

Аннотация. Воспалительные заболевания кишечника занимают одно из ведущих положений в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта по тяжести течения, частоте осложнений и летальности во всем мире. Поздняя несвоевременная диагностика приводит к увеличению количества рецидивов, тяжелых и осложненных форм заболевания, что повышает частоту обширных оперативных вмешательств и инвалидизации больных молодого трудоспособного возраста. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о постоянном росте заболеваемости этой патологией в мире, в том числе в России.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, фиброколоноскопия.

KILOVATAYA O. A., MOSINA L. M., TROKHINA I. E.

CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE INTESTINE IN OUTPATIENT PRACTICE

Abstract. Inflammatory bowel disease occupies one of the leading positions in the structure of diseases of the gastrointestinal tract in terms of the severity of the course, the frequency of complications and mortality throughout the world. Late untimely diagnosis leads to an increase in the number of relapses, severe and complicated forms of the disease, which increases the frequency of major surgical interventions and disability in young patients of working age. The results of epidemiological studies indicate a constant increase in the incidence of this pathology in the world, including Russia.

Keywords: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, fibrocolonoscopy.

Введение. На протяжении последних десятилетий в нашей стране так же, как и во всем мире, отмечается неуклонный рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Заболеваемость составляет от 0,6 до 24,3 на 100 тысяч населения для язвенного колита (ЯК) и от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек для болезни Крона (БК). Прирост заболеваемости составляет от 5 до 20 случаев на 100 тысяч населения ежегодно, и этот показатель продолжает расти (приблизительно в 6 раз за последние 40 лет) [1–3]. Важная эпидемиологическая особенность заключается в том, что частота ЯК всегда превышает частоту БК. Это отчетливо прослеживалось в ранних исследованиях, где соотношение ЯК : БК

составляло 8–10 : 1. За последние 20 лет заболеваемость ЯК несколько стабилизировалась, хотя продолжает увеличиваться, тем не менее, рост заболеваемости БК опережает рост ЯК [4].

Цель работы: провести ретроспективный анализ заболеваемости и клинико-эндоскопической картины у амбулаторных пациентов с ВЗК.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ВЗК, обратившихся за амбулаторной помощью к врачам-гастроэнтерологам города Саранск в период с ноября 2022 г. по апрель 2023 г. Исследовали следующие данные: пол, возраст на момент появления первых признаков заболевания, характер предъявляемых жалоб. Так же учитывались особенности клинической картины, наличие или отсутствие осложнений. Оценены данные фиброколоноскопии, эзофагогастродуоденоскопии, гистологического исследования биоптата.

Результаты. Обращает на себя внимание равное число зарегистрированных случаев ВЗК у мужчин и женщин – по 30 пациентов соответственно.

В ходе нашей работы было выявлено, что в структуре ВЗК превалирует язвенный колит (71,7%), удельный вес болезни Крона составил – 28,3% (рис. 1).

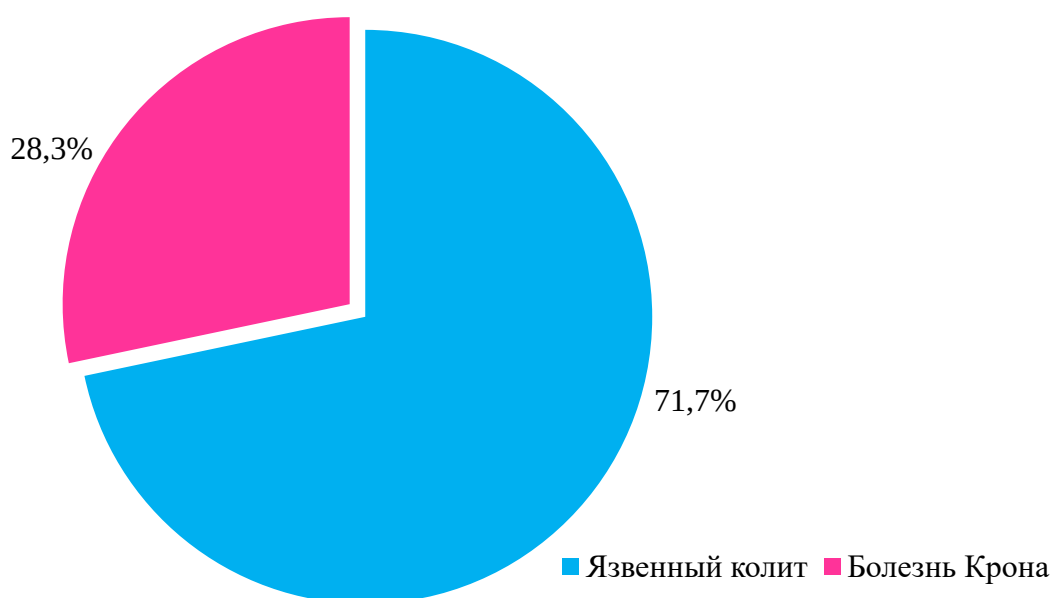


Рис. 1. Структура воспалительных заболеваний кишечника.

Дебют язвенного колита и болезни Крона состоялся в разные возрастные периоды (рис. 2) и зависел от пола. Так, ЯК манифестировал в возрасте 38,4 года, БК – в 35,4 года. Возрастные группы были представлены следующим образом: в возрасте 10–30 лет – 19 (31,7%), 31–50 – 28 (46,6%), 51–70 – 13 (21,7%). Женщины заболели язвенным колитом – на 1 год позднее мужчин (в 38,1 лет), а болезнью Крона на 7 лет раньше (в 30 лет).

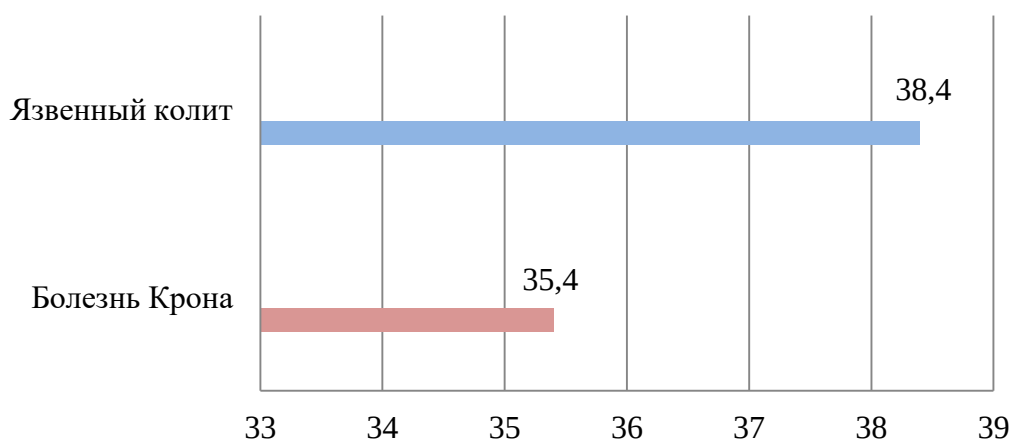


Рис. 2. Средний возраст дебюта воспалительных заболеваний кишечника, годы.

В клинической картине язвенного колита преобладали: жидкий стул – 28 (65,1%) случаев, боли в животе – 18 (41,8%) случаев, патологические примеси в виде слизи и крови – 15 (34,9%) случаев, вздутие – 5 (11,6%) случаев. Следующие клинические проявления ЯК встречались в дебюте заболевания значительно реже: слабость – 3 (6,9%) случая, ложные позывы на дефекацию – 2 (4,6%) случая, недостаток массы тела – 2 (4,6%) случая, боли в суставах – 2 (4,6%) случая, повышение температуры тела – 2 (4,6%) случая (рис. 3). Частота стула при обращении за амбулаторной помощью у данных больных составила: до 5 раз в сутки – 15 (53,6%) случаев, 6–10 раз в сутки – 10 (35,7%) случаев, более 11 раз в сутки – 3 случая (10,7%).

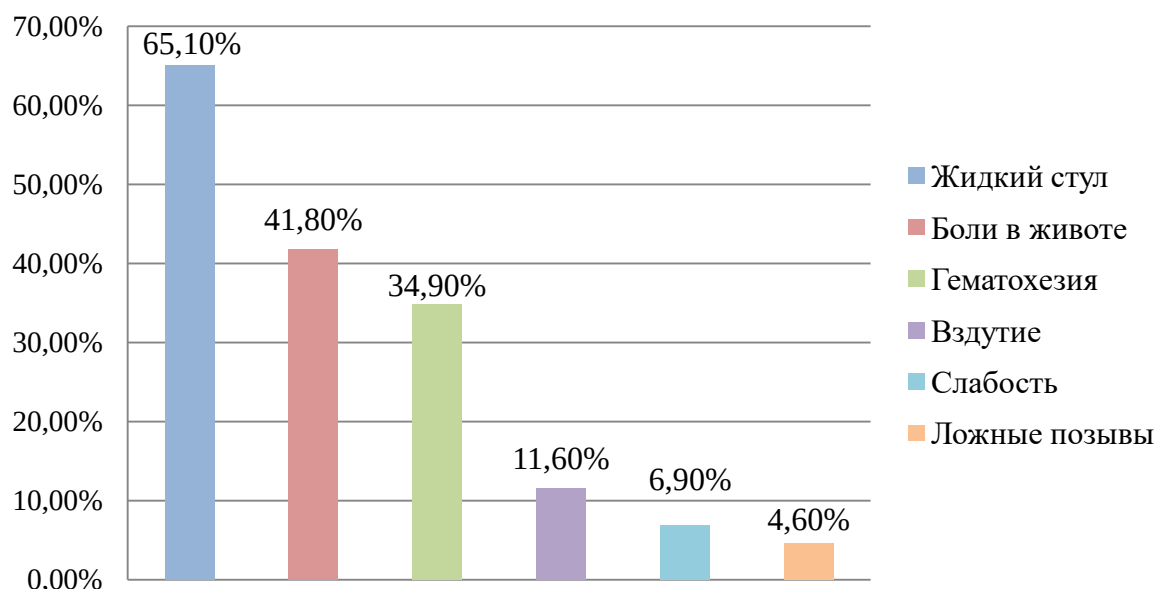


Рис. 3. Клинические проявления в дебюте язвенного колита.

В клинической картине болезни Крона преобладали: боли в животе – 11 (64,7%) случаев, слабость – 7 (47,1%) случаев, жидкий стул – 6 (35,3%) случаев, сухость во рту – 5

(29,4%) случаев. Следующие проявления БК встречались в дебюте заболевания значительно реже: повышение температуры тела – 4 (23,5%) случая, недостаток массы тела – 2 (11,8%) случая (рис. 4).

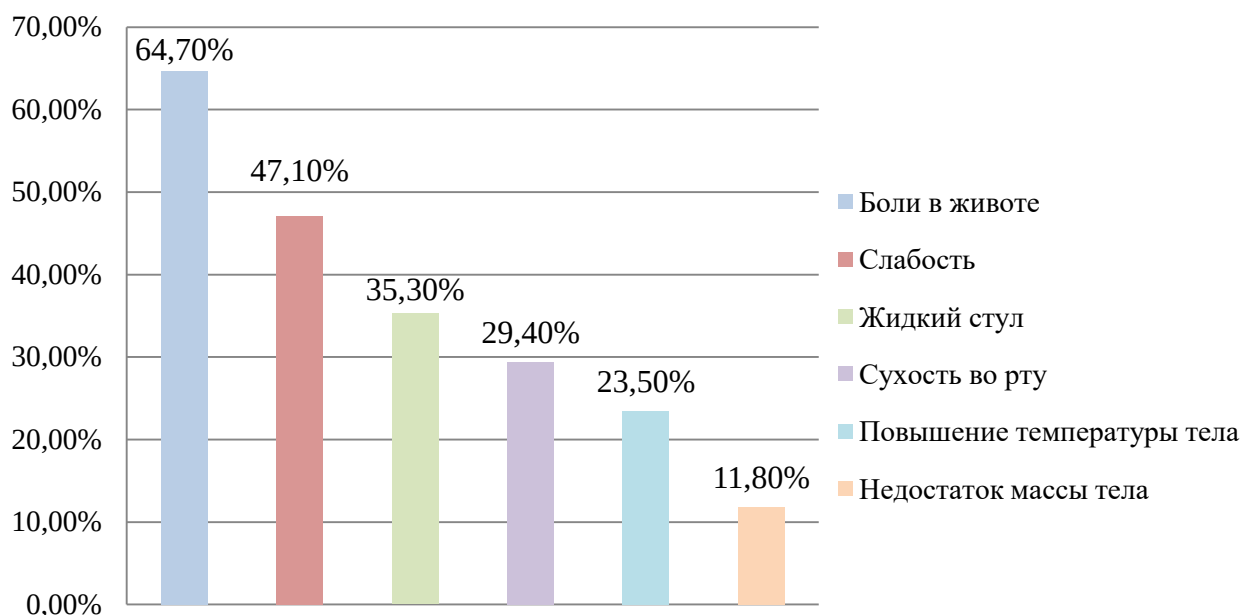


Рис. 4. Клинические проявления в дебюте болезни Крона.

Фиброколоноскопия при первом обращении к врачу была проведена только 16 больным язвенным колитом (37%) и 9 пациентам с болезнью Крона (53%). Во всех случаях она позволила заподозрить, а затем подтвердить наличие ВЗК после гистологического исследования биоптатов. На момент исследования за амбулаторной помощью колоноскопия проведена всем 60 пациентам.

При эндоскопическом обследовании пациентов с болезнью Крона наиболее часто выявлялся илеоколит – 8 (47%) случаев, реже илеит – 6 (35%) случаев, колит – 3 (18%) случаев. При эндоскопическом исследовании пациентов с язвенным колитом наиболее часто выявлялась тотальная форма заболевания – 19 (44,2%) случаев, реже – левосторонний колит – 16 (37,2%) случаев, субтотальное поражение – 4 (9,3%) случая, тотальное – 4 (9,3%) случая.

Точный диагноз в дебюте заболевания после дополнительного обследования был выставлен 24 пациентам (40%). В остальных случаях ВЗК развивались под маской других патологий, что привело к увеличению времени диагностики.

В процессе дальнейшего наблюдения за данными пациентами мы проанализировали варианты проведения терапии. При язвенном колите монотерапию салофальком/сульфасалазином получали 29 (67,5%) пациентов. Комбинацию препаратов (сульфасалазин + глюкокортикостероид (ГКС)) использовали 3 (6,9%) человека. Пациенты с язвенным колитом среднетяжелой и тяжелой степеней получали терапию комбинацией из трех базисных препаратов: сульфасалазин, азатиоприн (АЗА) и ГКС. Данных больных выявлено

3(6,9%) человека. Биологическую терапию по жизненным показаниям получали 8 (18,7%) пациентов (рис. 5).

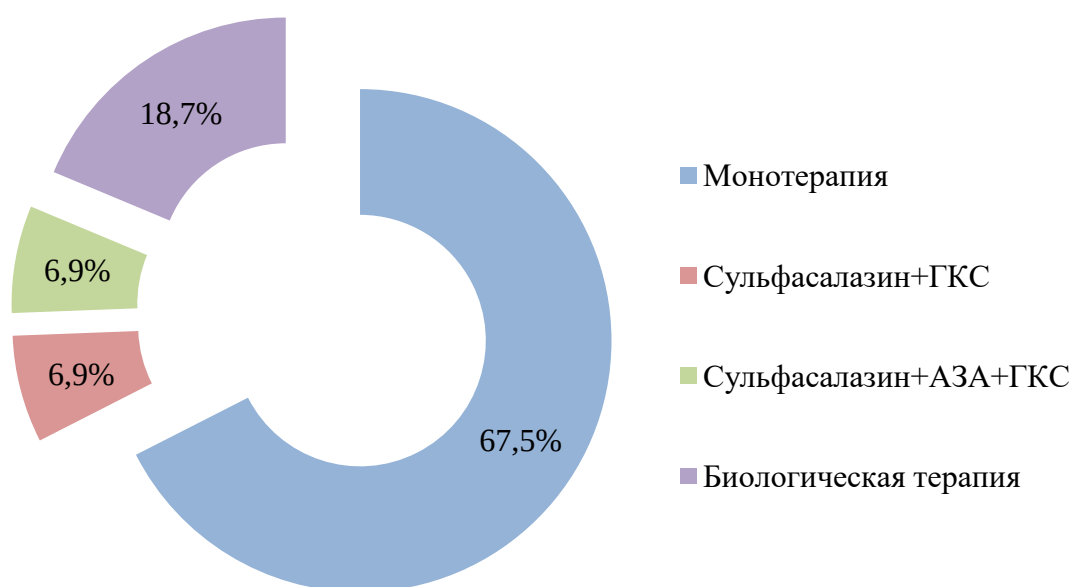


Рис. 5. Варианты лечения язвенного колита.

При болезни Крона монотерапию агатиоприном/преднизолоном получали 5 (29,4%) пациентов. Комбинацию препаратов (АЗА + ГКС) получал 1 (5,9%) человек. Биологическую терапию по жизненным показаниям получали 11 (64,7%) пациентов (рис. 6).

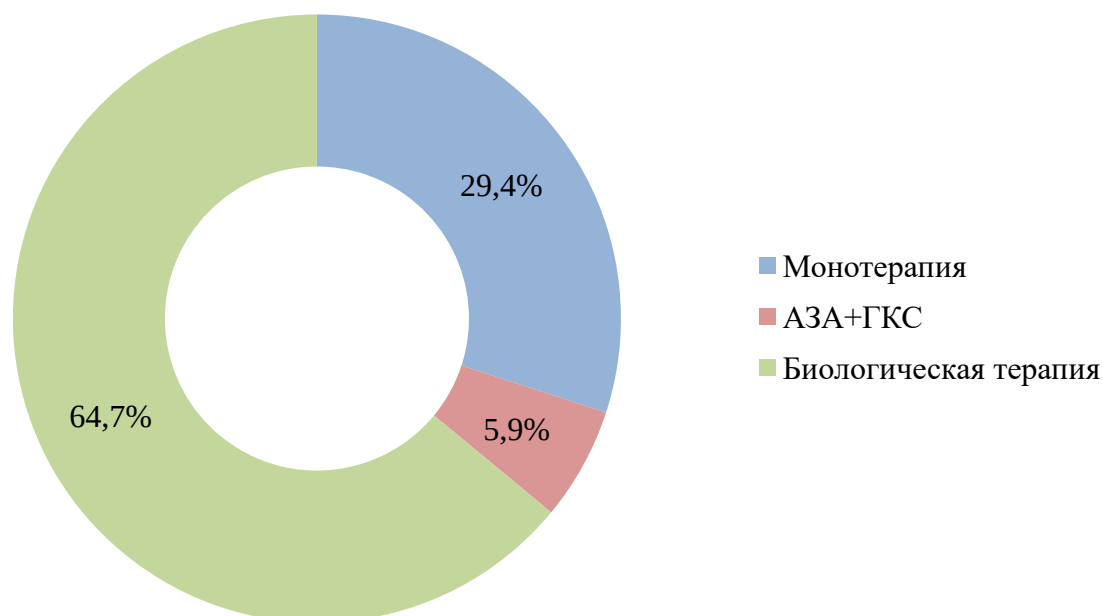


Рис.6. Варианты лечения болезни Крона.

Заключение. Согласно нашим исследованиям, в структуре ВЗК преобладает язвенный колит над болезнью Крона и прослеживается четкая связь с возрастом. Следует отметить, что БК дебютирует в более раннем возрасте (до 30 лет), а ЯК развивается чаще у лиц средней

возрастной группы. При анализе клинической картины ВЗК преобладали такие симптомы как жидкий стул при ЯК и боли в животе при БК. При эндоскопическом исследовании пациентов с БК наиболее часто выявлялся илеоколит, при ЯК – тотальная форма заболевания. Точный диагноз в дебюте заболевания после дополнительного обследования был выставлен 24 пациентам (40%). В остальных случаях ВЗК развивались под маской других патологий, что привело к увеличению времени диагностики. При лечении ЯК в большинстве случаев применяется монотерапия, при болезни Крона основным методом лечения является биологическая терапия. Таким образом, клинико-эндоскопическая картина ВЗК является основным диагностическим критерием для постановки диагноза и учитывается при выборе лекарственной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезнь Крона. Клинические рекомендации Минздрава РФ. – М., 2020. – 66 с.
2. Язвенный колит. Клинические рекомендации Минздрава РФ. – М., 2020. – 55 с.
3. Князев О. В., Шкурко Т. В., Фадеева Н. А., Бакулин И. Г., Бордин Д. С. Эпидемиология хронических воспалительных заболеваний кишечника. Вчера, сегодня, завтра // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – № 139 (3). – С. 4–12.
4. Ng S. C., Shi H. Y., Hamidi N., Underwood F. E., Tang W., Benchimol E. I., Panaccione R., Ghosh S., Yu J. C., Chan F., Sung J. J., Kaplan G. G. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies // Lancet. – 2018. – Vol. 390 (10114). – P. 2769–2778.