

УДК 616.34-002-072.1

## КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

М.А. Визе-Хрипунова, А.Н. Каширина, Д.К. Муканеева,  
Е.В. Гноевых, А.Н. Гаранина

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

В статье проанализированы данные, полученные в ходе ретроспективного анализа и динамического наблюдения больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в условиях гастроэнтерологического отделения ГУЗ УОКБ. Выявлены распространенность, которая составила 5,9 %, гендерные и возрастные аспекты, клинико-эндоскопические особенности течения язвенного колита и болезни Крона, проведен анализ патогенетического лечения больных. Полученные результаты сопоставлены с литературными данными.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК).

**Введение.** Актуальность проблемы язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК), объединяемых сегодня термином «воспалительные заболевания кишечника» (ВЗК), обусловлена продолжающимся ростом частоты и распространенности этой патологии, прогрессирующим течением и тяжестью осложнений. Для России типично преобладание тяжелых осложненных форм с высокой летальностью.

Развитие язвенного колита и болезни Крона в основном в молодом возрасте делает эту проблему не только медицинской, но и социальной. Постоянный интерес к ВЗК обусловлен также тем, что, несмотря на многолетнюю историю изучения, их этиология остается неизвестной, а патогенез раскрыт недостаточно [3, 4, 9].

Язвенный колит – хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки, характеризующееся негранулематозным воспалением слизистой оболочки, поражающее прямую кишку и различные по протяженности непрерывные участки толстой кишки [6, 8, 10].

Первое сообщение о язвенном колите принадлежит К. Рокитянскому, описавшему в 1842 г. морфологическую картину заболевания. В 1975 г. появилось подробное исследование Wilks и Мохон, которые впервые отделили идиопатические колиты от бактериальных [8].

В самостоятельную нозологическую форму язвенный колит выделен в 1888 г. Уайтом. В 1913 г. А.С. Казаченко на XIII Российском съезде хирургов предложил термин «неспецифический язвенный колит». В литературе при описании данного заболевания используют также термины «геморрагический ректоколит», «слизисто-геморрагический ректоколит», «идиопатический язвенный колит». В настоящее время принято использовать термин «язвенный колит».

Распространенность ЯК составляет 21–268 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 5–20 случаев на 100 тыс. населения, и этот показатель продолжает увеличиваться (приблизительно в 6 раз за последние 40 лет) [13].

Социальную значимость ЯК определяет преобладание заболевания среди лиц молодого трудоспособного возраста, а также ухудшение качества жизни из-за хронизации процесса, а следовательно, необходимости повторных госпитализаций [5, 12].

Болезнь Крона – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [2]. БК названа в честь американского гастроэнтеролога В.В. Crohn, который вместе со своими колле-

гами I. Ginzburg и G.D. Oppenheimer в 1932 г. описал 14 случаев этого заболевания с локализацией в терминальном отделе подвздошной кишки.

Распространенность БК составляет 26–199 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость – 3,7–7,0 случая на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости приходится на 20–30 лет.

При БК могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта – от полости рта до ануса. Тем не менее в подавляющем большинстве случаев БК поражает илеоцекальный отдел, поэтому клиническая картина в острых случаях имеет сходство с острым аппендицитом. БК, в отличие от язвенного колита, не может быть излечена ни терапевтическими, ни хирургическими методами лечения [8, 9].

В настоящее время для лечения больных ВЗК используются базисные препараты: 5-АСК, топические и системные глюкокортикостероиды, цитостатики, в клиническую практику внедряется антицитокиновая терапия [7, 11, 14].

Первые эпидемиологические исследования ВЗК в России были проведены в Московской области. Из них следует, что распространенность ВЗК в европейской части России соответствует 20,4 случаев на 100 тыс. населения для ЯК и 3,7 на 100 тыс. населения для БК [1]. Проведенные эпидемиологические исследования в отдельных регионах (Москва, Новосибирск, Ростов) показали вариабельность распространенности, частоты различных форм, возрастного и полового состава больных с данными заболеваниями [1, 2].

В Ульяновской области подобных исследований не проводилось, что затрудняет общую оценку проблемы в регионе. Все это и побудило к проведению данного исследования.

**Цель исследования.** Оценить частоту, структуру, гендерно-возрастные особенности воспалительных заболеваний кишечника у пациентов гастроэнтерологического стационара, а также распространенность и характер патоморфологических изменений толстой кишки, клиническое течение и эффективность лечения у больных язвенным колитом.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 303 историй болезни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, проходивших обследование и лечение в гастроэнтерологическом отделении Областной клинической больницы в 2009–2011 гг., а также динамическое наблюдение за 118 больными язвенным колитом в 2012–2013 гг. Диагноз был верифицирован при колоноскопии, а в 2/3 случаев и последующим гистологическим исследованием слизистой толстой кишки.

**Результаты и обсуждение.** Воспалительные заболевания кишечника составили 5,9 % от всех госпитализаций (303 из 5120 пациентов). Обращает на себя внимание преобладание зарегистрированных случаев ВЗК у женщин – 60,1 %. При этом наибольшее количество составили пациенты с язвенным колитом – 84,9 %. Реже выявлена болезнь Крона – 12,4 %, а 2,7 % больных страдали недифференцированным колитом (рис. 1).

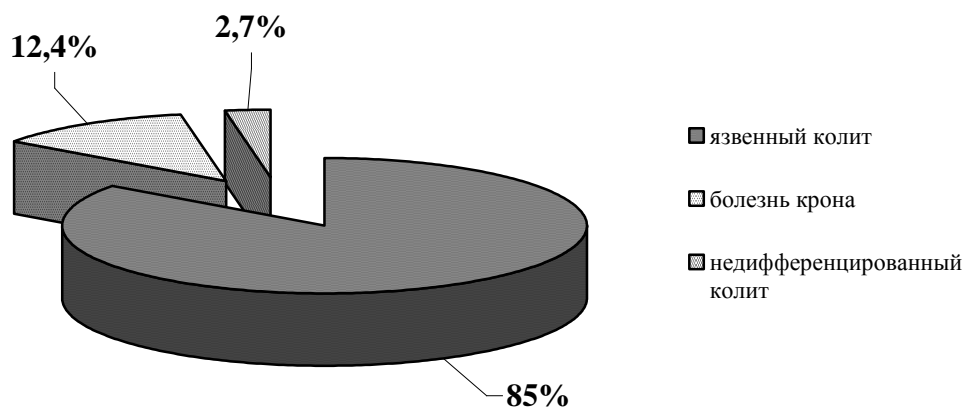


Рис. 1. Структура воспалительных заболеваний кишечника

Дебют язвенного колита и болезни Крона состоялся в разные возрастные периоды (рис. 2) и зависел от пола. Так, ЯК дебютировал в возрасте 38,5 года, БК – в 26,8 года, не-

дифференцированный колит – в 47,3 года. Женщины заболели язвенным колитом на 2 года раньше мужчин (в 36,9 года), а болезнью Крона – на 4 года позднее (в 28,4 года).

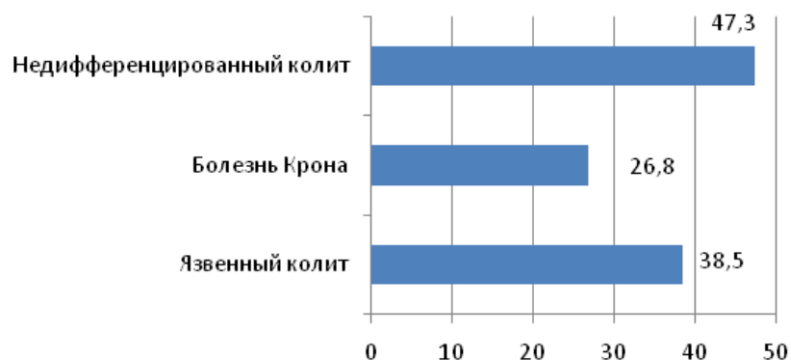


Рис. 2. Возраст дебюта ВЗК, годы

Для оценки эндоскопической картины нами были проанализированы данные колонофиброскопии. Рассмотрены 194 протокола эндоскопического исследования толстой кишки у больных язвенным колитом, проходивших стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении Ульяновской областной

клинической больницы в 2009–2012 гг.

Наиболее часто, у 107 больных (55,2 %), наблюдались изменения в дистальных отделах толстой кишки (проктосигмоидит). Левостороннее или тотальное поражение отмечались примерно с одинаковой частотой (23,7 и 21,1 % соответственно) (рис. 3).

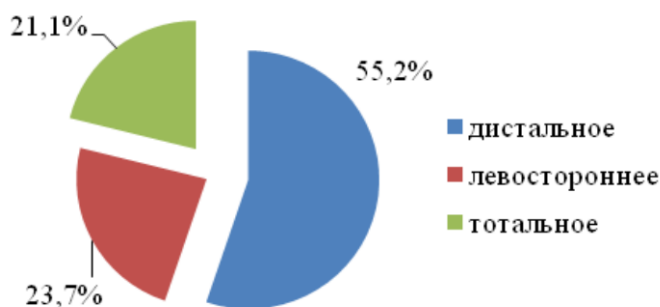


Рис. 3. Протяженность поражения толстой кишки при ЯК

Изменения слизистой чаще всего были представлены гиперемией – 64,4 %, эрозиями – 46,9 %, геморрагиями – 35,6 %, контактной кровоточивостью – 52,6 %. У 42,8 % пациентов сосудистый рисунок не определялся, а у 26,3 % был смазан. Реже наблюдались язвы – 20,6 %, псевдополипы – 18,0 %, микроабсцессы – 8,8 %, зернистость слизистой – 5,2 %. У 6,2 % больных просвет толстой кишки был сужен.

Нами проанализированы данные 71 биопсии слизистой толстой кишки у больных язвенным колитом. Наиболее часто в слизистой оболочке толстой кишки отмечалось наличие воспалительной инфильтрации – в 38 (53,5 %) случаях, которая в 36,6 % наблюдений имела лимфолейкоцитарный, в 31 % – эозинофильный характер. Значительно реже в инфильтрате обнаруживались нейтрофилы и макрофаги – в 2,8 и в 1,4 % случаев соответственно.

Поражение слизистой характеризовалось воспалительно-деструктивными изменениями, которые наблюдались с разной частотой: изъязвления – 20 (28,2 %) случаев, крипт-абсцессы – 9 (12,7 %), эрозии – 4 (5,6 %), кровоизлияния – 4 (5,6 %) случая. В 8,5 % случаев описано наличие лимфоидных фолликулов, в 15,5 % – поверхностного детрита. Изменения выявлены и в железистом аппарате толстой кишки: в 7 % случаев обнаружена дисплазия эпителия желез, в отдельных случаях (1,4 %) – гиперплазия желез, а также кистозно-расширенные железы с мукоидизацией (1,4 %). Дистрофические изменения слизистой наблюдались редко: атрофия

слизистой – в 5,6 %, очаговый фиброз – в 1,4 % случаев.

Нами проанализированы клинические и эндоскопические проявления ЯК у всех больных, дебют заболевания которых приходился на текущую госпитализацию, а поэтому имелись наиболее полные данные о их состоянии.

В период 2009–2012 гг. таких больных было выявлено 57 чел., из них 30 мужчин (52,6 %) и 27 женщин (47,4 %). Наиболее часто дебют заболевания отмечен в возрастных группах 21–30 лет – 11 чел. (19,3 %), 41–50 и 51–60 лет – по 13 чел. (22,8 %), реже заболевание начиналось в период до 20 лет – 4 чел. (7 %) (рис. 4).

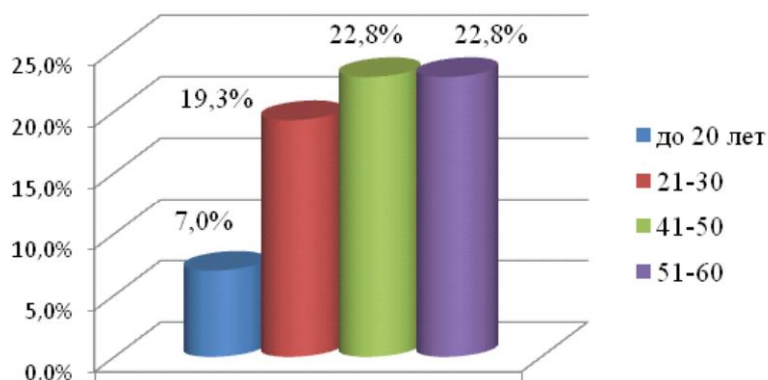


Рис. 4. Возраст дебюта ЯК

В клинической картине преобладали: жидкий стул – 49 случаев (85,9 %), патологические примеси в виде крови и слизи – 39 (68,4 %), боли в животе – 23 (40,4 %), вздутие – 14 случаев (25,5 %). Другие проявления ЯК встречались в дебюте заболевания значительно реже: ложные позывы – 7 (12,3 %),

слабость – 9 (15,8 %), снижение веса – 2 (3,5 %), повышение температуры тела – 4 (7 %) случая (рис. 5). Частота стула при поступлении у этой категории больных составила: до 5 раз в сут – 31 (59,6 %), 6–10 раз в сут – 18 (34,6 %), более 11 раз в сут – 3 случая (5,8 %).

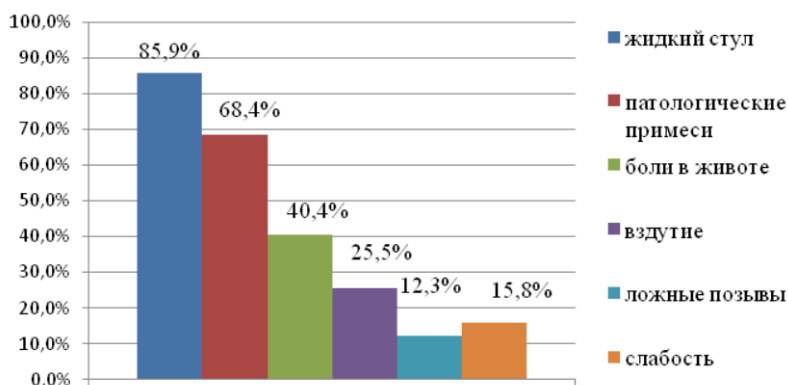


Рис. 5. Клинические проявления в дебюте ЯК

При эндоскопическом исследовании наиболее часто выявлялась дистальная форма заболевания – 32 случая (61,5 %), реже – левосторонний колит – 13 (25 %), субтотальное поражение – 2 (3,8 %), тотальное – 5 (9,6 %). При оценке степени эндоскопической активности (была произведена у 38 пациентов) чаще наблюдалась умеренная – 23 (60,6 %), реже минимальная – 4 случая (10,5 %). Эндоскопические изменения были в основном

представлены гиперемией слизистой – 34 (65,4 %), контактной кровоточивостью – 27 (51,9 %), эрозиями – 26 (50 %), множественными геморрагиями – 19 (36,5 %) случаев. Интересно, что язвы слизистой толстой кишки выявлялись лишь в 21,1 % случаев, микроабсцессы – у 8 пациентов (15,4 %). У ряда больных впервые были диагностированы долихосигма – 7 чел. (13,5 %), дивертикулы – 2 (3,8 %), полипы – 7 (13,5 %) (рис. 6).

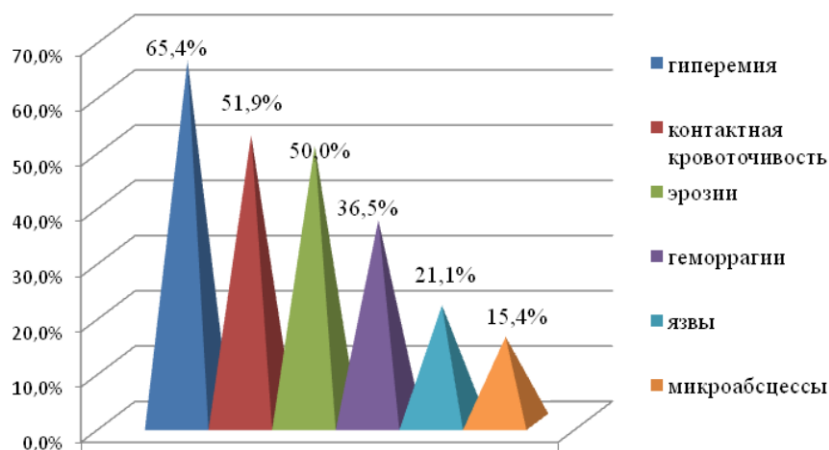


Рис. 6. Эндоскопические изменения слизистой толстой кишки при ЯК

В процессе дальнейшего наблюдения за больными язвенным колитом мы проанализировали все варианты проведения базисной патогенетической терапии. Анализу подвергались все пациенты, проходившие лечение в гастроэнтерологическом отделении УОКБ в 2012–2013 гг. Всего проанализировано 118 случаев язвенного колита.

Монотерапию сульфасалазином/салофальком получали 24 пациента (20,3 %) в дозе, соответствующей тяжести течения заболевания. Сочетание сульфасалазина и глюкокортикостероидов (ГКС) получало подавляющее большинство больных – 51 (43,2 %) чел. Все они имели среднетяжелое течение заболевания. При этом способы введения ГКС были различными: 23,5 % – внутривенное введение, 39,2 % – местно, 37,3 % – сочетание внутривенного введения и ректального. 37 (31,4 %) больных язвенным колитом сред-

нетяжелой и тяжелой степенью получали лечение тремя базисными препаратами: сульфасалазином, азатиоприном и ГКС. В этой группе в равных долях способы введения ГКС были представлены внутривенным, ректальным или сочетанным вариантами. Два пациента получали ГКС системные и топические.

Небольшая часть пациентов (5 больных (4,2 %)), имеющих эрозивно-язвенные поражения желудка или двенадцатиперстной кишки, получала лечение сульфасалазином и азатиоприном. Одна пациентка получила лечение сочетанной терапией сульфасалазина, ГКС и циклоспорина А. Несмотря на разный объем базисной патогенетической терапии, а она определялась тяжестью течения, распространенностью патологического процесса, наличием осложнений, все больные язвенным колитом выписаны с улучшением (рис. 7).

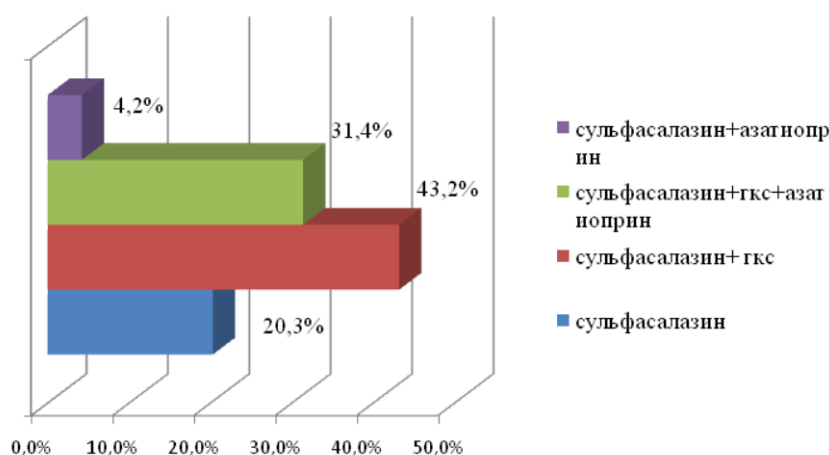


Рис. 7. Варианты лечения ЯК

**Выводы:**

1. Больные с воспалительными заболеваниями кишечника составляют в среднем 6 % всех пациентов, проходящих лечение в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ УОКБ.

2. Среди больных язвенным колитом преобладают женщины (60,1 %), с дистальной формой поражения.

3. Наиболее рано дебютирует болезнь Крона (26,8 года), несколько позднее – язвенный колит (38,5 года), еще позднее – недифференцированный колит (47,3 года).

4. Отмечены гендерные отличия в возрасте дебюта: при болезни Крона мужчины заболевали значительно раньше женщин, при язвенном колите отмечено обратное соотношение.

5. Наиболее часто у больных язвенным колитом встречается дистальная форма поражения толстой кишки (55,2 %).

6. Эндоскопически язвенный колит чаще всего проявляется гиперемией слизистой – 64,4 %, эрозиями – 46,9 %, геморрагиями – 35,6 %, выраженной контактной кровоточивостью – 52,6 % случаев. Относительно редко выявляются такие классические эндоскопические изменения, как псевдополипы – 18,0 % и микроабсцессы – 8,8 % случаев.

7. Дебют язвенного колита приходится чаще на возраст от 41 до 60 лет (45,6 %), проявляется жидким стулом (85,9 %) с патологическими примесями (68,4 %) и болевым синдромом (40,4 %). Частота стула в 59,6 % случаев не превышает 5 раз в сут. Эндоскопиче-

ски выявляется дистальная форма поражения (61,5 %) с умеренной степенью эндоскопической активности (60,6 %), которая в основном представлена гиперемией слизистой (65,4 %), контактной кровоточивостью (51,9 %), эрозиями (50 %) и множественными геморрагиями (36,5 %).

8. Гистологические изменения слизистой характеризуются в основном воспалительными и деструктивными процессами: лимфолейкоцитарной и эозинофильной инфильтрацией, изъязвлениями (28,2 %). Дистрофические изменения слизистой наблюдались редко (7 %).

9. Проводимые в отделении схемы патогенетической терапии соответствуют стандартам оказания медицинской помощи больным язвенным колитом и позволяют улучшить течение заболевания.

1. Белоусова Е. А. Лечение язвенного колита легкого и среднетяжелого течения / Е. А. Белоусова, Н. В. Никитина, О. М. Цодикова // Фарматека. – 2013. – № 2. – С. 42–46.

2. Воробьев Г. И. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Г. И. Воробьев, И. Л. Халиф. – М. : Миклош, 2008. – 125 с.

3. Воспалительные заболевания толстой кишки – аспекты диагностики / Е. Ю. Чашкова [и др.] // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2011. – № 4–2. – С. 209–221.

4. Григорьева Г. А. Метод гипербарической оксигенации в комплексном лечении язвенного колита и болезни Крона : практ. рук. для врачей / Г. А. Григорьева ; Московская мед. акад. им. И.М. Сеченова. – М. : 4 ТЕ АРТ, 2010. – С. 3.

5. Григорьева Г. А. О проблеме системных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Г. А. Григорьева, Н. Ю. Мешалкина // Фармака. – 2011. – № 15. – С. 44–49.

6. Микроскопический колит: клинические формы, диагностика, лечение / В.Т. Ивашкин [и др.] // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 6. – С. 56–60.

7. Прединдикторы эффективности инфликсимаба у больных с тяжелой атакой язвенного колита / А. О. Головенко [и др.] // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – № 3. – С. 22–23.

8. Современные подходы к лечению хронических воспалительных заболеваний кишечника : национальное руководство / В. Т. Ивашкин [и др.] ; под ред. В. Т. Ивашкина // Рос. мед. вести. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 29–37.

9. Справочник по колопроктологии / под ред. проф. Ю. А. Шельгина, проф. Л. А. Благодарного. – М. : Литтерра, 2012. – С. 460–522.

10. Тертычный А. С. Современные подходы к

морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника на материале эндоскопических биопсий / А. С. Тертычный, А. И. Андреев, К. Гебоэс // Архив патологии. – 2011. – Т. 73, № 1. – С. 40–47.

11. Халиф И. Л. Лечебная тактика при язвенном колите / И. Л. Халиф // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 58–62.

12. Irvine E. J. Z critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease / E. J. Irvine, F. Farrokhyar, E. T. Swarbrick // Scand. J. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 36, № 1. – P. 2–15.

13. Marchal J. Environment and epidemiology of inflammatory bowel disease / J. Marchal, R. Hilsden // Inflammatory Bowel Disease / Ed. J. Satsangi, L. Sutherland. – Churchill-Livingstone, 2003. – P. 17–28.

14. Travis S. P. Remission in trials of ulcerative colitis: what does it mean? / S. P. Travis, L. Dinesen // Pract. Gastroenterol. – 2010. – № 30. – P. 17–20.

## CLINICAL- ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

M.A. Vise-Khripunova, A.N. Kashirina, D.K. Mukaneeva,  
E.V. Gnoevykh, A.N. Garanina

*Ulyanovsk State University*

The article analyzes the data, obtained in the retrospective analysis and follow-up of patients with inflammatory bowel disease, in a gastroenterology department. Revealed the prevalence of which amounted to 5,9 %, gender and age aspects, clinical and endoscopic features of the course of ulcerative colitis and Crohn's disease, analysis of pathogenetic treatment of patients. The results obtained were compared with published data.

**Keywords:** Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease.