

УДК 616.34

## КОМОРБИДНОСТЬ С БОЛЕЗНЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

О.Л. Арямкина<sup>1</sup>, Л.Н. Савоненкова<sup>1</sup>, А.А. Демьяненко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия;

<sup>2</sup>ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войны», г. Ульяновск, Россия

e-mail: aol56@ya.ru

*Полиморбидность требует расширения лечебно-диагностических протоколов ведения больных, влияет на прогноз и исход заболевания. Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК), особенно при их коморбидном течении с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), гастродуоденитами и язвенной болезнью, трудны для диагностики, так как характеризуются сходными клиническими проявлениями, полисистемностью поражений, а иногда и вовлечением в процесс верхних отделов желудочно-кишечного тракта.*

*Отобраны медицинские карты больных с полиморбидностью из всех пролеченных в гастроэнтерологическом стационаре за трехлетний период, в т.ч. страдающих ХВЗК (язвенным колитом и болезнью Крона) в сочетании с болезнями верхних отделов пищеварительного тракта.*

*Полиморбидность диагностирована в 54,3 % случаев, среди больных ХВЗК – в 78,6 % случаев с одинаковой частотой при язвенном колите и болезни Крона. Возраст больных с ХВЗК, протекающими в полиморбидности, составил  $39,5 \pm 1,7$  года, соотношение мужчин и женщин – 8:1, ИКЧ –  $2,17 \pm 0,29$  (95 % ДИ (1,53; 2,74)). Соотношение мужчин и женщин при коморбидном течении язвенного колита и болезни Крона был одинаковым. Пациенты с болезнью Крона имели более молодой возраст, но более высокий ИКЧ, что свидетельствует о более тяжелом течении у них основной и сопутствующего заболеваний. Коморбидность с гастроэнтерологической патологией у больных с ХВЗК встретилась в 63,3 % случаев, без значимых различий при язвенном колите и болезни Крона. Болезни верхних отделов пищеварительного тракта диагностировались в 46,9 % наблюдений, также без значимых различий при язвенном колите и болезни Крона. ГЭРБ встретилась в 6,1 % случаев, хронический гастрит – 6,1 %. Сопутствующая патология двенадцатиперстной кишки наблюдалась чаще – 34,7% наблюдений. Различий в структуре сопутствующих заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона не выявлено.*

*Таким образом, особенностями коморбидности ХВЗК с патологией верхних отделов пищеварительного тракта являются: более частое вовлечение двенадцатиперстной кишки в сравнении с пищеводом и желудком; более старший возраст у больных язвенным колитом в сравнении с болезнью Крона; более тяжелое течение основной и сопутствующей патологии у пациентов с болезнью Крона.*

**Ключевые слова:** хронические воспалительные заболевания кишечника, коморбидность.

**Введение.** В клинике внутренних болезней часто имеет место полиморбидное течение заболеваний, что создает ряд проблем: определение этиопатогенетической сути заболеваний, оценка их вклада в клинику, течение, исходы и прогноз основной патологии, коррекция лечения и ведения пациентов, в первую очередь расширение лечебно-диагностических протоколов ведения больных, что чрезвычайно важно в условиях реформирования системы здравоохранения на совре-

менном этапе [1–3]. Вышесказанное определяет актуальность проблемы полиморбидности.

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) сложны для диагностики, поскольку проявляются лихорадкой, признаками интоксикации, воспаления, многосистемностью поражений [4]. В связи с этим данные заболевания требуют дифференциальной диагностики с инфекционными, паразитарными болезнями, опухолевыми

процессами [5–7]. Зачастую для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника необходимо прибегать к инвазивным инструментальным исследованиям с биопсией. Затрудняет дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний кишечника и сопутствующая патология органов пищеварения [8].

**Цель исследования.** Выявление особенностей коморбидности с патологией верхних отделов пищеварительного тракта при хронических воспалительных заболеваниях кишечника.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту коморбидного течения ХВЗК.
2. Проанализировать гендерно-возрастные характеристики пациентов с коморбидным течением ХВЗК.
3. Оценить частоту коморбидности с гастроэнтерологической патологией при ХВЗК.
4. Изучить частоту и структуру сопутствующих заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у больных с ХВЗК.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились пациенты гастроэнтерологического отделения Ульяновской областной клинической больницы, выписанные за трехлетний период ( $n=2894$ ). Методом сплошной выборки были отобраны медицинские карты больных с полиморбидностью, из них – медицинские карты пациентов, имеющих хронические воспалительные заболевания кишечника, сочетающиеся с болезнями верхних отделов пищеварительного тракта. Эти пациенты были подразделены на 2 подгруппы: с язвенным колитом и болезнью Крона.

Обследование гастроэнтерологических больных и их лечение проводилось в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, формулировка диагноза – в соответствии с МКБ-10.

Обработку данных выполняли с использованием программы Statistica for Windows 8.0. Вычисляли значения средней арифметической ( $M$ ) и стандартной ошибки ( $m$ ). Достоверность различий между показателями

оценивали  $t$ -критерием Фишера–Стьюдента. Проводили частотный анализ с оценкой различий признаков методом  $\chi^2$ -квadrat  $2 \times 2$ . Вычисляли 95 % доверительный интервал (ДИ). Рассчитывали индекс коморбидности Чарлсона (ИКЧ).

**Результаты и обсуждение.** Полиморбидность была диагностирована в половине госпитальных гастроэнтерологических случаев (1571 из 2894, или 54,3 %).

Из 98 больных ХВЗК полиморбидность имела место у 77 (78,6 %) чел. Средний возраст больных ХВЗК, протекающими в коморбидности, составил  $39,5 \pm 1,7$  года, соотношение мужчин (87 чел.) и женщин (11 чел.) – 8:1, индекс коморбидности Чарлсона –  $2,17 \pm 0,29$  (95 % ДИ (1,53; 2,74)).

Коморбидность с гастроэнтерологическими заболеваниями выявлена в 2/3 случаев (63,3 %), из них с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта – почти в половине наблюдений (46,9 %) (табл. 1). Различий по частоте полиморбидного течения язвенного колита и болезни Крона не установлено.

При сравнении гендерно-возрастных характеристик больных язвенным колитом и болезнью Крона было выявлено, что при одинаковом соотношении мужчин и женщин, а также при одинаковой частоте встречаемости полиморбидности больные язвенным колитом оказались достоверно старше.

Однако, несмотря на более молодой возраст пациентов с болезнью Крона, индекс коморбидности Чарлсона у них оказался достоверно выше. Это свидетельствует о более тяжелом течении основного заболевания и наличии более тяжелой сопутствующей патологии у пациентов с болезнью Крона в сравнении с больными язвенным колитом.

Коморбидность с гастроэнтерологическими заболеваниями в целом при ХВЗК диагностировали в 63,3 % случаев, при язвенном колите – в 70 %, при болезни Крона – в 26,7 % наблюдений ( $\chi^2=2,85$ ;  $p=0,09$ ). Таким образом, достоверных различий по частоте встречаемости коморбидности с гастроэнтерологическими заболеваниями у больных с язвенным колитом и болезнью Крона не установлено.

Таблица 1

## Основные параметры коморбидности при ХВЗК

Показатель	Всего (n=98)	Язвенный колит (n=83)	Болезнь Крона (n=15)	p*
Коморбидность в целом, n (%)	77 (78,6)	65 (78,3)	12 (80)	н/д
Соотношение мужчин и женщин	0,8:1	0,8:1	0,7:1	н/д
Возраст, лет	39,50±1,70	42,6±1,39	36,3±4,03	<0,05
ИКЧ	2,17±0,29 (95 % ДИ (1,53; 2,74))	2,09±0,27 (95 % ДИ (1,55; 2,63))	2,25±0,31 (95 % ДИ (1,51; 2,99))	<0,05
Коморбидность с гастроэнтерологическими заболеваниями, n (%)	62 (63,3)	58 (70,0)	4 (26,7)	н/д
Коморбидность с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, n (%), в т.ч.:	46 (46,9)	42 (50,6)	4 (26,7)	н/д
ГЭРБ	6 (6,1)	5 (6,0)	1 (6,7)	н/д
хроническим гастритом	6 (6,1)	5 (6,0)	1 (6,7)	н/д
хроническим гастродуоденитом	18 (18,4)	17 (20,5)	1 (6,7)	н/д
язвенной болезнью	16 (16,3)	15 (18,1)	1 (6,7)	н/д

**Примечание.** \* – сравнение показателей при язвенной болезни и болезни Крона; н/д – различия недостоверны.

Заболевания верхних отделов пищеварительного тракта выявляли у каждого второго (46,9 %) больного ХВЗК. Достоверных различий в частоте встречаемости сопутствующих заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных язвенным колитом и болезнью Крона также не установлено ( $\chi^2=1,19$ ;  $p=0,27$ ).

Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и хронический гастрит у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона диагностировали одинаково часто (в 6,0 и 6,7 % случаев соответственно). Хронический гастродуоденит и язвенная болезнь наблюдались чаще у больных язвенным колитом, однако различия не достигали статистической значимости ( $\chi^2=2,2$ ;  $p=0,38$ ). Таким образом, различий в структуре сопутствующей патологии верхних отделов пищеварительного тракта у больных язвенным колитом и болезнью Крона не выявлено.

Следует отметить, из всех случаев коморбидности с болезнями верхних отделов пищеварительного тракта хроническим воспалительным заболеваниям кишечника наиболее часто сопутствуют хронический гастродуоденит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Это свидетельствует о более частом вовлечении в неспецифический воспалительный процесс двенадцатиперстной кишки в сравнении с желудком у больных ХВЗК.

Известно, что при болезни Крона, кроме кишечника, могут поражаться другие отделы желудочно-кишечного тракта. У наблюдаемых нами пациентов с болезнью Крона в двух случаях выявлена ее локализация в пищеводе и двенадцатиперстной кишке.

Таким образом, особенностями коморбидности с неспецифической патологией верхних отделов пищеварительного тракта у больных ХВЗК являются более частое вовлечение двенадцатиперстной кишки в сравне-

нии с пищеводом и желудком, более старший возраст у больных с язвенным колитом в сравнении с болезнью Крона, более тяжелое течение основной и сопутствующей патологии у пациентов с болезнью Крона.

#### **Выводы:**

1. Среди больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника коморбидность диагностируется в 78,6 % случаев.
2. Соотношение мужчин и женщин при коморбидном течении язвенного колита и болезни Крона не отличается и составляет 8:1, при этом больные с болезнью Крона имеют более молодой возраст.
3. Индекс коморбидности Чарлсона у больных с болезнью Крона выше, чем у пациентов с язвенным колитом.
4. Коморбидность с гастроэнтерологической патологией у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишеч-

ника встречается в 63,3 % случаев без статистически значимых различий при язвенном колите и болезни Крона.

5. Болезни верхних отделов пищеварительного тракта диагностируются у больных ХВЗК в 46,9 % наблюдений также без статистически значимых различий при язвенном колите и болезни Крона.

6. В структуре сопутствующей хроническим воспалительным заболеваниям кишечника патологии верхних отделов гастроинтестинального тракта встречаются: ГЭРБ – в 6,1 % случаев, хронический гастрит – 6,1 %, хронический гастродуоденит – 18,4 %, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 16,3 % случаев. Достоверных различий в структуре заболеваний верхних отделов гастроинтестинального тракта у пациентов язвенным колитом и болезнью Крона также не выявлено.

#### **Литература**

1. *Авалуева Е.Б.* Кандидоз кишечника у пациентов с гастроинтестинальной патологией (особенности патогенеза, диагностика, лечение, профилактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург; 2010. 49.
2. *Васильев Ю.В.* ГЭРБ, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Гастроэнтерология. 2012; 2: 52–54.
3. *Визе-Хрипунова М.А.* Распространенность болезней органов пищеварения в Ульяновской области. Медлайн-Экспресс. 2012; 2 (209): 55–57.
4. *Воробьев Г.И., Халиф И.Л.* Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. М.: Миклош; 2008. 400.
5. *Ермина Е.Ю., Ткаченко Е.И.* Основные клинические синдромы поражения кишечника. Саранск: Красный Октябрь; 2005. 166.
6. *Маев И.В., Самсонов А.А.* Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции Нр (по материалам консенсуса Маастрих IV, Флоренция, 2010). Вестник практикующего врача. 2012; спецвыпуск 1: 23–30.
7. *Ривкин В.Л., Щербенков И.М.* Нр у больных с воспалительными заболеваниями пищевода, желудка и сопутствующим СРК. Приложение Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2012. 2: 52–54.
8. *Дроздов В.Н., Лищинская А.А., Парфенов А.И.* Клинико-патогенетические варианты анемии у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Терапевтический архив. 2012; 2: 36–41.

## COMORBIDITY WITH UPPER GASTROINTESTINAL DISEASES AT CHRONIC INFLAMMATORY ENTEROPATHY

O.L. Aryamkina<sup>1</sup>, L.N. Savonenkova<sup>1</sup>, A.A. Dem'yanenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia;

<sup>2</sup>Ulyanovsk Regional Clinical Hospital for War Veterans, Ulyanovsk, Russia

e-mail: aol56@ya.ru

*Polymorbidity requires enhanced diagnostic and treatment protocols for patients and affects the disease prognosis and outcome. Chronic inflammatory bowel diseases (CIBD), especially comorbid conditions including gastroesophageal reflux disease (GERD), gastroduodenitis and peptic ulcer disease are difficult to diagnose, as they are characterized by similar clinical manifestations, polysystemic lesions and sometimes even invasion of the upper gastrointestinal tract.*

*Medical records of patients with polymorbidity were selected from records of all the patients treated in hospital division of gastroenterology over a three-year period, including those suffering from CIBD (ulcerative colitis and Crohn's disease) together with upper gastrointestinal diseases.*

*Polymorbidity was diagnosed in 54,3 %. It was observed in 78,6 % in patients with CIBD. Its frequency was the same in ulcerative colitis and Crohn's disease. Age of polymorbid patients with CIBD was 39,5±1,7; the male to female ratio was 8:1, CCI – 2,17±0,29 (95 %, CI (1,53; 2,74)). The male to female ratio with comorbid occurrence of ulcerative colitis and Crohn's disease was the same. Patients with Crohn's disease were younger, but they had a higher Charlson Comorbidity Index (CCI), which indicated a more severe course of their underlying and concomitant diseases. Comorbidity with gastroenterological pathology in patients with CIBD was diagnosed in 63,3 %; there was no considerable difference between patient with ulcerative colitis and Crohn's disease. Upper gastrointestinal diseases together with CIBD were detected in 46,9 %; again there was no significant difference between patient with ulcerative colitis and Crohn's disease. GERD was revealed in 6,1 %, and chronic gastritis – in 6,1 %. Comorbid conditions including duodenum were diagnosed more often (34,7 % of patients). No difference was found in comorbid upper gastrointestinal diseases in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. Thus, peculiarities of comorbidity with upper gastrointestinal diseases in patients with CIBD: duodenum was involved more often than esophagus and stomach; patients with ulcerative colitis were older than patients with Crohn's disease; patients with Crohn's disease had a more severe course of the underlying and concomitant pathology.*

**Keywords:** chronic inflammatory bowel disease (CIBD), comorbidity.

### References

1. Avalueva E.B. *Kandidoz kishhechnika u patsientov s gastrointestinal'noy patologiyey (osobennosti patogeneza, diagnostika, lechenie, profilaktika)* [Intestinal candidiasis in patients with gastrointestinal disorders (peculiarities of pathogenesis, diagnostics, treatment, prevention)]: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. St. Petersburg; 2010. 49 (in Russian).
2. Vasil'ev Yu.V. GERB, sochetayushchayasya s yazvennoy bolezn'yu dvenadtsatiperstnoy kishki [GERD combined with duodenal ulcer]. *Gastroenterologiya*. 2012; 2: 52–54 (in Russian).
3. Vize-Khripunova M.A. Rasprostranennost' bolezney organov pishchevareniya v Ulyanovskoy oblasti [Morbidity rate of digestive system diseases in Ulyanovsk region]. *Medlayn-Ekspress*. 2012; 2 (209): 55–57 (in Russian).
4. Vorob'ev G.I., Khalif I.L. *Nespetsificheskie vospalitel'nye zabolevaniya kishhechnika* [Non-specific inflammatory bowel diseases]. M.: Miklosh; 2008. 400 (in Russian).
5. Eremina E.Ju., E.Yu., Tkachenko E.I. *Osnovnye klinicheskie sindromy porazheniya kishhechnika* [Basic clinical syndromes of intestinal lesions]. Saransk: Krasnyy Oktyabr'; 2005. 166 (in Russian).
6. Maev I.V., Samsonov A.A. Evolyutsiya predstavleniy o diagnostike i lechenii infektsii Hp (po materialam konsensusa Maastrikh IV, Florentsiya, 2010) [Evolution of Helicobacter pylori infection diagnosis and treatment (Proceedings of Maastricht-IV consensus, Florence, 2010)]. *Vestnik praktikuyushchego vracha*. 2012; spetsvypusk 1: 23–30 (in Russian).
7. Rivkin V.L., Shcherbenkov I.M. Nr u bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevaniyami pishchevoda, zheludka i soputstvuyushchim SRK [Helicobacter pylori infection in patients with inflammatory diseases of esophagus, stomach and concomitant IBS]. *Prilozhenie Consilium Medicum. Gastroenterologiya*. 2012. 2: 52–54 (in Russian).
8. Drozdov V.N., Lishchinskaya A.A., Parfenov A.I. Kliniko-patogeneticheskie varianty anemii u bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevaniyami kishhechnika [Clinical and pathogenic peculiarities of anemia