

Д.С. Пургина¹, М.В. Соловьев²,
Л.В. Лялина^{1,3}, В.В. Рассохин^{1,4}

Эпидемиологические особенности и клинические варианты воспалительных заболеваний кишечника в Санкт-Петербурге в условиях амбулаторной практики

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

⁴Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматриваются эпидемиологические особенности и клинические варианты воспалительных заболеваний кишечника в Санкт-Петербурге в условиях амбулаторной практики. Установлено, что среди пациентов, страдающих язвенным колитом, в Выборгском и Фрунзенском районах преобладают женщины в соотношении 1:2. При этом более 50% случаев язвенного колита и болезни Крона приходится на возраст 20–49 лет. У подавляющего большинства обследованных пациентов, страдающих язвенным колитом, наблюдалась атака средней степени тяжести. В более чем половине случаев отмечена левосторонняя локализация с эндоскопической активностью в 2–3 балла по шкале Schroeder, поражение прямой кишки наблюдалось в 22% случаев, тотальный колит выявлен лишь у 14%. В целом заболеваемость и распространенность язвенного колита в Выборгском и Фрунзенском районах выше, чем болезни Крона. Вместе с тем необходимы более масштабные и длительные исследования данной проблемы, однако существуют определенные трудности, связанные с отсутствием единой базы регистрации пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника. С учетом того, что заболеваемость язвенным колитом и болезнью Крона выше среди женщин и более 50% пациентов находится в наиболее трудоспособном возрасте (20–49 лет), воспалительные заболевания кишечника представляют собой группу высокоактуальных и социально значимых заболеваний. Более низкие цифры по заболеваемости и распространенности воспалительных заболеваний кишечника, в сравнении с показателями развитых стран свидетельствуют о недостаточной выявляемости, о диагностических и клинических особенностях данных заболеваний, а также о необходимости оптимизации специализированной медицинской помощи в местах проживания пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника. Тем не менее, в настоящее время в Санкт-Петербурге и Ленинградской области создана достаточно эффективная система раннего выявления и динамического наблюдения за пациентами, страдающими язвенным колитом, в которую включена деятельность терапевтов и гастроэнтерологов поликлиник, эндоскопистов и специалистов центров лечения воспалительных заболеваний кишечника академических и университетских клиник.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, тотальный колит, эпидемиологические особенности, динамическое наблюдение, система раннего выявления, социально значимые заболевания.

Введение. Несмотря на повышенный интерес исследователей к проблеме воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), их патогенез до конца остается неизвестным. Пик заболеваемости язвенным колитом (ЯК) приходится на 30–40 лет, со вторым пиком в 60–70 лет, для болезни Крона (БК) пик заболеваемости приходится на 20–30 лет. У лиц старше 60 лет заболеваемость ЯК выше (от 1,8 до 20 случаев на 100000 населения), чем БК (от 1 до 10 случаев на 100000 населения) [10, 15, 18, 19, 24].

Согласно многоцентровому проспективному когортному исследованию, посвященному половым различиям при заболеваемости ЯК и БК, установлено, что в подростковом возрасте у женщин заболеваемость БК на 30% ниже, после 25 лет заболеваемость у женщин выше, чем у мужчин. Показатели по заболеваемости ЯК одинаковы для мужчин и женщин, после 45 лет у женщин

заболеваемость ЯК ниже, чем у мужчин [22]. Самые высокие цифры по распространенности наблюдаются в Европе (распространенность ЯК составляет 505 человек на 100000 населения в Норвегии и 322 человека, страдающих БК, на 100000 населения в Германии) и Северной Америке (286 человек, страдающих ЯК, на 100000 населения в США и 319 человек на 100000 населения, страдающих БК, в Канаде). С 1990 г. наблюдается неуклонный рост ВЗК в индустриально развивающихся странах Азии, Африки и Южной Америки [20].

Имеются данные о наличии 2,5–3 млн пациентов, страдающих ВЗК, в Европе. Самые высокие показатели отмечены в Скандинавии и в Соединенном Королевстве. В Восточной Европе заболеваемость и распространенность ниже [14].

По данным исследования, проведенного в Каталонии в 2011 – 2016 гг., распространенность ЯК в этом

регионе составляет 353,9 человека на 100000 населения, а БК – 191,4 человека на 100000 населения. Отмечен рост количества новых случаев ВЗК: в 2011 г. пациентов, страдающих ВЗК, было 29543 человека, к 2016 г. их количество увеличилось до 40614 человек [13].

В Мексике, по результатам многоцентрового когортного исследования, заболеваемость ЯК составляет 0,16 случая на 100000 населения, а БК – 0,04 случая на 100000 населения. Распространенность ЯК составляет 1,45 случая, а БК – 0,34 случая на 100000 населения. Анализ распространенности и заболеваемости в течение 15 лет показал рост ВЗК в этом регионе [25].

В Тасмании (Австралия) в 2013–2014 гг. распространенность ЯК составила 131,4 человека на 100000 населения, БК – 165,5 человек на 100000 населения. Число новых случаев составило 12,4 случая ЯК на 100000 населения и 15,4 случая БК на 100000 населения. Цифры достаточно высокие и сопоставимы с данными по Северной Европе и Северной Америке [12].

В странах Азии распространенность ВЗК ниже, чем на Западе. В Китае распространенность ЯК составляет до 11,6 случая на 100000 населения, а БК – 1,4 случая на 100000 населения [26]. Вместе с тем в Китае наблюдается рост новых случаев ВЗК, хотя показатели остаются более низкими, чем в Европе и Северной Америке. Заболеваемость ЯК с 1998 по 2013 г. выросла с 0,241 до 7,035 человека на 100000 населения, БК – с 0,005 до 0,418 человека на 100000 населения. Более высокие цифры были отмечены в наиболее развивающихся регионах [16].

Популяционные исследования, проведенные в Корее, продемонстрировали рост заболеваемости как БК, так и ЯК с 1986 по 2008 г. с 0,05 до 5,1 случая в год для БК и с 0,34 до 4,4 случая для ЯК. Сообщается о росте распространенности ЯК в Японии в период между 1984 и 2005 г. – с 7,85 до 63,6 случая на 100000 населения, распространенность БК составляла 21,2 случая на 100000 населения [21].

Распространенность ВЗК на территории России является малоизученной проблемой, имеются лишь единичные исследования. Одним из первых было исследование, проведенное в 1997 г., которое показало, что распространенность ЯК в Московской области составляет 19,3 случая на 100000 населения, а БК – 3 случая на 100000 населения [3].

Опубликованы эпидемиологические данные о ВЗК в Рязанской области: заболеваемость ЯК составляет 1,8 – 2,1 человека на 100000 населения, БК – 0,3–0,5 человека на 100000 населения. Распространенность ЯК – 29,8 случая на 100000 населения, БК – 4,5 случая на 100000 населения [6].

Систематизированный учет больных ВЗК в Новосибирске ведется с 2003 г. в форме реестра. Согласно данным регистра [7], за период с 2006 по 2016 г. в регионе наблюдается увеличение числа лиц, страдающих дистальными формами ЯК, и уменьшение количества больных БК с непрерывно рецидивирующим

вариантом течения, рост числа лиц, страдающих БК с поражением тонкой кишки.

В Санкт-Петербурге с 2017 г. было начато ведение Федерального регистра пациентов, страдающих ВЗК [2]. Анализ результатов систематизации сведений о ВЗК за это время показал, что чаще стал выявляться ЯК, а соотношение ЯК к БК у взрослых пациентов составляет 1:4,2 [4]. Возраст пациентов самый разнообразный, может колебаться при ЯК от 17 до 76 лет, при БК – от 16 до 74 лет, а дебют ВЗК приходится преимущественно на молодой возраст.

В регистре пациентов с ВЗК клиники госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) по состоянию на 01.03.2020 г. имеется комплексная информация о клиническом состоянии, результатах лабораторного и инструментального обследования 246 пациентов, страдающих ЯК. Необходимость формирования регистра и его особенности были обусловлены изменением основного направления деятельности клиники с 2008 г. Терапевтами, гастроэнтерологами и эндоскопистами из ряда медицинских учреждений Санкт-Петербурга и Ленинградской области сюда стали целенаправленно направляться амбулаторные пациенты для консультирования, определения объема дополнительного обследования в случаях необходимости дифференциальной диагностики ВЗК, выбора оптимальной тактики дальнейшего ведения на этапах оказания помощи.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические особенности ВЗК на различных территориях проживания пациентов, а также клинические варианты течения В+вом населения, на их территории отсутствуют крупные промышленные предприятия и заводы, и данные районы можно охарактеризовать как типичные «спальные». Суммарная численность взрослого населения в этих районах на 2017 г. составляла 771578 человек, 459 из которых страдали ВЗК. Были проанализированы данные, представленные в форме регистрации № 025-2/у в амбулаторных учреждениях этих районов.

Клиническая составляющая ВЗК изучена по результатам сведений из регистра больных ВЗК клиники госпитальной терапии ВМА. Учтены клинико-anamnestические особенности и результаты эндоскопических исследований лиц, обратившихся за медицинской помощью с диагнозом ЯК в 2017 г.

У больных ЯК проводился сбор жалоб с учетом частоты стула (индексированной к таковой в период ремиссии заболевания) и степени выраженности гематохезии, усредненных за последние 3 дня перед визитом к врачу, физикальное обследование, включавшее общий и местный осмотр, глубокую, скользящую, топографическую методическую пальпацию органов брюшной полости по В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско. Выполнялись (либо оценивались имеющиеся результаты) общеклинический анализ крови, биохимическое исследование крови с определением маркеров поражения паренхимы печени,

липидограммы, острофазовых реакций, серологических маркеров ВЗК, копрологическое исследование. Посредством исследования биообразцов кала пациента исключалось наличие возбудителей острых кишечных инфекций (шигелл, иерсиний, сальмонелл, патогенных эшерихий) и псевдомембранозного колита (токсина А и В *Cl. difficile*). Под внутривенным наркозом проводилась видеоилеколоноскопия с множественной биопсией слизистой оболочки толстой кишки. На основании полученных данных производилось определение клинико-эндоскопической активности заболевания по шкале Мейо с расчетом соответствующего индекса активности заболевания по модифицированной шкале клиники Мейо (Modified Mayo Disease Activity Index – MMDAI) [1]. Наличие обострения заболевания устанавливали при величине MMDAI не менее 3 баллов, при этом обострение легкой степени соответствовало 5 баллам, средней – 6–9 баллам, тяжелой – 10 баллам и выше. Оценка результата терапевтического воздействия проводилась по сопоставлению достигнутого состояния пациента с критериями клинического ответа и ремиссии заболевания. Под клинической ремиссией понимали состояние пациента, характеризующееся совокупным MMDAI не более 2 баллов при отсутствии увеличения показателя более 1 балла по любой из подшкал. Клиническая картина после терапии обострения заболевания проявлялась снижением величины MMDAI не менее, чем на 3 балла, и 30% от исходного уровня при уменьшении выраженности гематохезии не менее чем на 1 балл и абсолютном показателе ректального кровотечения не выше 1 балла.

Реализация эпидемиологического подхода достигнута систематическим наблюдением, комплексным обследованием пациентов, сравнительным описанием географических (в пределах ряда районов Санкт-Петербурга) особенностей ВЗК, сопоставлением и статистическим анализом полученных данных. Накопление, систематизация и построение диаграмм осуществлялось в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что заболеваемость ЯК и БК выше в Выборгском районе, чем во Фрунзенском ($p < 0,05$), рисунок 1, в то время как распространенность была практически одинаковой в обоих районах ($p < 0,05$).

Во Фрунзенском районе заболеваемость ЯК за 2017 г. составила 9,05 случая на 100 тыс. населения, в Выборгском – 12,58 случая на 100 тыс. населения; заболеваемость БК во Фрунзенском районе составила 3,21 случая на 100 тыс. населения, в Выборгском – 6,29 случая на 100 тыс. населения. Распространенность ЯК за 2017 г. во Фрунзенском районе составила 40,6 человека на 100 тыс. населения, в Выборгском – 38,9 человека на 100 тыс. населения; распространенность БК во Фрунзенском районе составила 20,4 человека на 100 тыс. населения, в Выборгском – 23,9 человека на 100 тыс. населения (рис. 2).

Среди пациентов, страдающих ЯК, преобладали женщины, при этом соотношение мужчин и женщин составило 1:2 ($p < 0,05$). БК встречалась практически с одинаковой частотой среди мужчин и женщин ($p > 0,05$), таблица 1).

Таблица 1

Встречаемость ЯК и БК среди мужчин и женщин Выборгского и Фрунзенского районов Санкт-Петербурга, %

Показатель	Выборгский район		Фрунзенский район	
	ЯК	БК	ЯК	БК
Мужчины	36	40,70	32,37	47
Женщины	64	59,30	67,63	53
p	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05

Совокупная оценка заболеваемости ВЗК обследуемых пациентов свидетельствует о более высоком уровне среди женщин, чем среди мужчин ($p < 0,05$), при этом заболеваемость ЯК достоверно преобладала над аналогичным показателем БК ($p < 0,05$), рисунок 3.

Выявлено, что около 50% случаев ЯК приходится на возраст 20–49 лет, около 40% пациентов в этой возрастной группе старше 60 лет, не более 10% случаев – в возрастных группах 18–19 лет и 50–59 лет. Более 60% пациентов, страдающих БК, имели возраст от 20 до 49 лет, примерно 1/4 случаев БК приходилась на пациентов старше 60 лет, около 15% – на группу 50–59 лет, 5% пациентов относились к возрастной группе 18–19 лет (табл. 2).

Таблица 2

Возрастные группы пациентов, страдающих ЯК и БК, среди населения Выборгского и Фрунзенского районов Санкт-Петербурга

Возрастная группа, лет	Встречаемость заболевания, %		p
	ЯК	БК	
18–19	0,72	1,91	>0,05
20–29	17,37	21,93	>0,05
30–39	19,6	30,32	<0,05
40–49	13,37	11,44	>0,05
50–59	10,78	19,7	<0,05
60–69	21,20	21,16	>0,05
70+	17,01	29,4	<0,05

Такое распределение пациентов по возрастным группам в целом не противоречит данным зарубежных авторов, хотя различия по заболеваемости в различных возрастных группах имеются [23].

Согласно данным когортных исследований, первый пик заболеваемости ЯК отмечается между 20–30 годами, второй пик – в возрасте 60–70 лет [10]. По данным, полученным нами, первый пик заболеваемости ЯК приходится на возраст 20–49 лет, второй – после 60 лет. Сравнительный анализ заболеваемости ЯК и БК в исследуемых районах показал, что в возрасте 20–29 лет заболеваемость ЯК во Фрунзенском районе в 2,5 раза выше, чем в Выборгском ($p < 0,05$), в возрасте

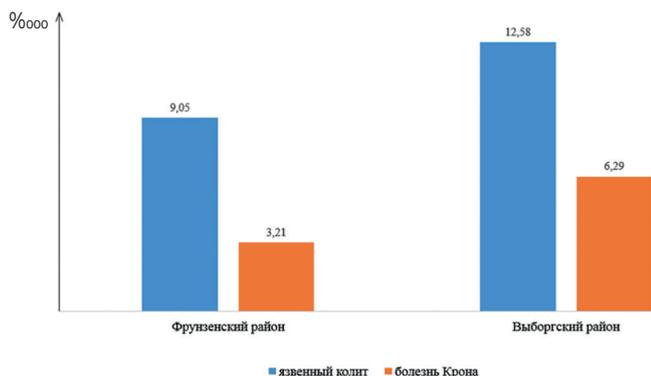


Рис. 1. Заболеваемость ЯК и БК среди взрослого населения Фрунзенского и Выборгского районов Санкт-Петербурга в 2017 г. на 100 тыс. населения

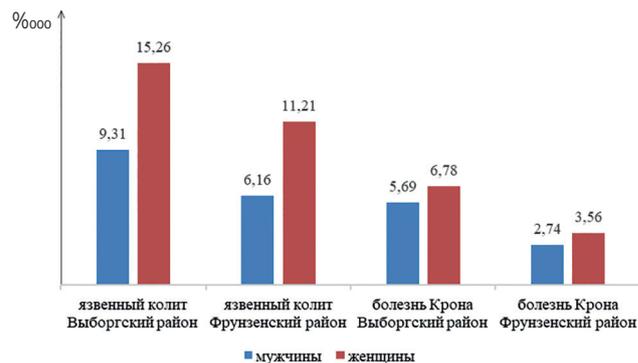


Рис. 3. Заболеваемость среди мужчин и женщин Выборгского и Фрунзенского районов Санкт-Петербурга за 2017 г.

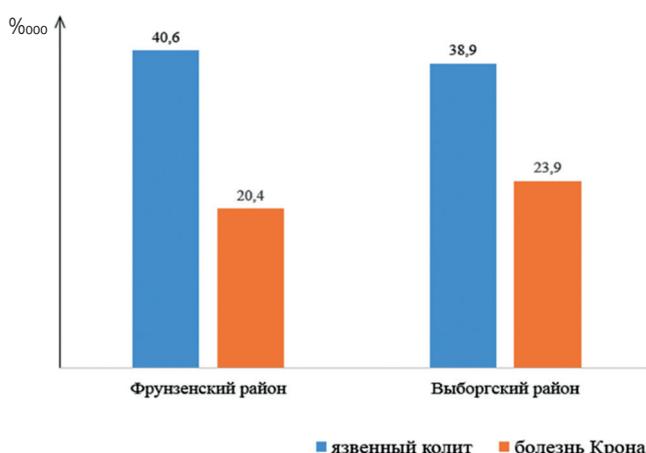


Рис. 2. Распространенность ЯК и БК среди взрослого населения Фрунзенского и Выборгского районов Санкт-Петербурга в 2017 г. на 100 тыс. населения

30–39 лет – примерно одинаковая в обоих районах ($p < 0,05$). Заболеваемость ЯК в Выборгском районе в 2,5 раза выше среди людей в возрасте 40–49 лет ($p < 0,05$). В возрастной группе 50–59 лет заболеваемость практически равная в обоих районах ($p < 0,05$). Заболеваемость ЯК в Выборгском районе была почти в 3 раза выше у пациентов старше 60 лет и в 1,5 раза выше в возрасте старше 70 лет ($p < 0,05$).

Заболеваемость ЯК в целом выше, чем БК, за исключением пациентов в возрастной группе 18–19 лет, проживающих на территории Выборгского района, где заболеваемость БК составляет 20,52 на 100 тыс. населения ($p < 0,05$). Заболеваемость БК на территории Выборгского района преобладает над Фрунзенским в 2 раза в возрастной группе 20–39 лет ($p < 0,05$). В возрасте 40–49 лет заболеваемость БК выше в Выборгском районе, а в возрасте 50–59 лет во Фрунзенском районе ($p < 0,05$). В 60–69 лет заболеваемость примерно одинаковая по обоим районам ($p < 0,05$). У пациентов старше 70 лет заболеваемость БК преобладает в Выборгском районе ($p < 0,05$), рисунок 4.

Распространенность ЯК среди пациентов в возрасте 18–29 лет преобладает на территории Фрунзенско-

го района ($p < 0,05$). Показатели распространенности незначительно различаются между собой в обоих районах в возрастном диапазоне 30–69 лет ($p < 0,05$). Среди пациентов старше 60 лет распространенность по обоим районам выше, чем среди пациентов более молодого возраста ($p < 0,05$). Распространенность ЯК среди пациентов старше 70 лет в 1,5 раза выше в Выборгском районе ($p < 0,05$). Распространенность БК среди пациентов в возрасте 18–19 лет в 2,5 раза выше во Фрунзенском районе ($p < 0,05$). Среди пациентов 20–29 лет, проживающих на территории Выборгского района, распространенность БК почти в 2 раза выше, чем во Фрунзенском районе ($p < 0,05$). В возрастных группах от 30 до 69 лет различий в показателях распространенности ЯК и БК по районам нет ($p > 0,05$). Среди пациентов старше 70 лет распространенность БК преобладает более чем в 2 раза на территории Выборгского района ($p < 0,05$), рисунок 5.

Рассматривая клинические особенности течения ЯК, заметим, что в клинику госпитальной терапии ВМА в 2017 г. за амбулаторной помощью обратились 58 пациентов, страдающих ЯК (35 женщин, 23 мужчины) в возрасте 19–65 лет, средний возраст пациентов составил $42,3 \pm 6,1$ года. Самостоятельно, инициативно прибыли на консультацию 26 больных, остальные – по направлению специалистов медицинских учреждений либо по приглашению сотрудников ВМА.

В 22 случаях пациенты обращались впервые, в то время как 36 пациентов прибыли для осмотра гастроэнтерологом повторно. Возраст начала заболевания у пациентов составлял от 16 до 56 лет. Длительность периода от момента появления первых симптомов до момента эндоскопического и гистологического подтверждения диагноза ЯК составила $1,3 \pm 0,4$ года, (аналогична таковым в Татарстане – 1,3 года, вдвое короче, чем в Новосибирске – 2,7 лет, однако продолжительнее, нежели в специализированном Федеральном центре в Санкт-Петербурге – 0,92 года [2]), при этом у 14 пациентов, обратившихся впервые, этот срок составил менее 9 месяцев. Такая продолжительность диагностического этапа была обусловлена наличием существенных затруднений при идентификации ин-

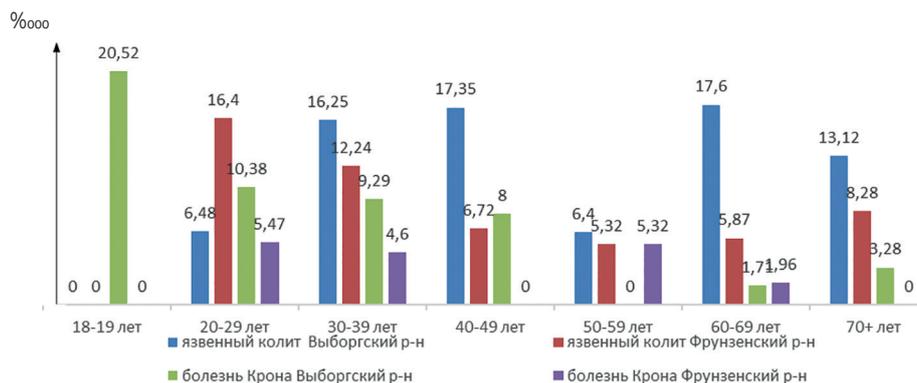


Рис. 4. Заболеваемость ЯК и БК по возрастам в Выборгском и Фрунзенском районах Санкт-Петербурга в 2017 г.

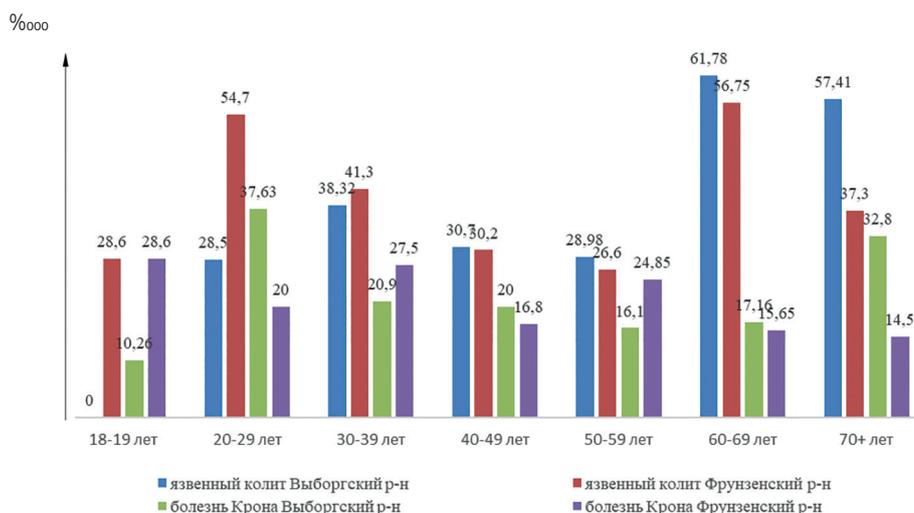


Рис. 5. Распространенность ЯК и БК по возрастам в Выборгском и Фрунзенском районах Санкт-Петербурга в 2017 г.

дексного эпизода дебюта заболевания, отсутствием патогномичных симптомов и значительной вариабельностью клинической картины. К различным наиболее частым сочетаниям симптомов можно отнести гематохезию (49 пациентов, 85%), диарею (45 больных, 78%), абдоминальные боли либо дискомфорт (29 человек, 50%), запоры (16 пациентов, 28%), метеоризм (12 больных, 21%). Повышение температуры тела, снижение массы тела, стойкая либо выраженная астенизация, ассоциированная с общей интоксикацией или анемией, тенезмы, внекишечные проявления в дебюте ЯК наблюдались в единичных случаях (у 8, 5, 4, 4 и 3 пациентов соответственно). Тяжесть атаки на настоящем этапе у 41 (71%) пациента охарактеризована как средняя (MMDAI $6,8 \pm 0,4$ балла), у 13 (22%) пациентов – как малая (MMDAI $3,4 \pm 0,2$ балла), у 4 (7%) пациентов активность колита была высокой (MMDAI 11 баллов). Случаев сверхтяжелого колита среди обратившихся за амбулаторной медицинской помощью в 2017 г. не было. Также у пациентов данной выборки не наблюдалось urgentных хирургических осложнений заболевания (профузное кишечное кровотечение, токсический мегаколон и пр.).

По результатам фиброколоноскопии у 33 (57%) больных выявлен левосторонний колит с эндоскопи-

ческой активностью в 2–3 балла по шкале Schroeder [4], тотальный колит в 2–3 балла по шкале Schroeder визуализирован эндоскопически у 8 (14%) больных, проктит в 1–2 балла по шкале Schroeder – в 13 (22%) случаях. Злокачественных новообразований по результатам колоноскопии не выявлено, тем не менее у 7 (12%) пациентов обнаружены признаки неоплазии слизистой кишечника 0-Ia и 0-Ib типа. При гистологических исследованиях биоптатов в 5 (9%) случаях были верифицированы эрозированные гиперпластические полипы, у двух пациентов – тубулярная и тубулярно-ворсинчатая аденомы, подлежащие диссекции. У 4 (7%) пациентов эндоскопическая активность аутоиммунного заболевания кишечника не была подтверждена, источником гематохезии были признаны сфинктерит, анальная трещина, внутренний геморрой либо их сочетания.

Стартовая терапия у пациентов, страдающих ЯК, была представлена у 47 (81%) пациентов месалазином в различных лекарственных формах (таблетки, гранулы, клизмы, ректальная пена). Клиническая картина и состояние у 17 (29%) пациентов потребовало дополнительного или изолированного применения различных препаратов из группы глюкокортикостероидов (ГКС): гидрокортизон, преднизолон, метил-

преднизолон, будесонид (микроклизмы, таблетки, капсулы, мультиматричные капсулы, ректальная пена) в целевых стандартных дозах. С учетом стероидорезистентности и отказа от проведения терапии тиопуринами двум пациентам была рекомендована терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) в виде инфузии моноклональных антител к фактору некроза опухоли- α (инфликсимаб).

На фоне проводимой терапии к концу 4-й недели клиническая ремиссия была достигнута у 26 (45%) пациентов, улучшение самочувствия – у 17 (29%) пациентов. Состояние 6 (10%) пациентов по результатам амбулаторного лечения существенно не изменилось либо ухудшилось, в связи с чем они были направлены на госпитализацию с перспективой дальнейшего назначения и подбора эффективной дозы парентеральных ГКС либо ГИБП.

Результат лечения 9 (16%) пациентов был неизвестен, поскольку на контрольный осмотр они не были, телефонному контакту недоступны.

В целом более высокие цифры по заболеваемости и распространенности в Выборгском районе, по сравнению с Фрунзенским районом, объясняются рядом причин: в Выборгском районе проживает большее количество людей, разница в численности населения между районами на 2017 г. составляет 86 783 человека. Кроме того, в Выборгском районе более доступна медицинская помощь: имеется большее количество профильных специалистов, большее количество стационаров и амбулаторных учреждений, диагностический центр, гастроэнтерологический центр с врачами-гастроэнтерологами и эндоскопистами, что улучшает качество оказания помощи и сокращает время постановки диагноза.

Среди пациентов, страдающих ВЗК, преобладали женщины, причем при ЯК соотношение мужчин и женщин составляло 1:2, а при БК преобладание было незначительным – 1:1,25. Это может быть связано с большей обращаемостью за медицинской помощью среди женщин и более высоким уровнем обеспокоенности своим здоровьем среди женской части населения.

Оценка возрастной структуры позволила выделить возрастную группу 20–49 лет, в которой наблюдается наибольшая заболеваемость и распространенность ВЗК. Второй пик заболеваемости ЯК был отмечен в возрастной группе пациентов старше 60 лет. Более высокая заболеваемость и распространенность среди лиц молодого возраста предположительно может быть связана с высоким уровнем стресса различного происхождения, недиагностированными фоновыми органическими и функциональными инфекционными и неинфекционными заболеваниями, которые могут служить пусковыми факторами в развитии ВЗК.

Обращает на себя внимание увеличение заболеваемости ВЗК у людей в возрасте старше 70 лет, что свидетельствует о низком охвате диспансерным наблюдением пациентов, поздней диагностикой, вероятно, при наличии форм заболевания со стер-

тыми или легкими клиническими вариантами, низкой приверженностью пожилых пациентов к регулярной медицинской помощи. Среди пациентов старшей возрастной группы выше риск колоректального рака, что, возможно, заставляет врачей более внимательно относиться к жалобам пожилых пациентов на изменение консистенции стула и другие симптомы тревоги. Также объем диспансерных исследований пациентов старшей возрастной группы включает в себя кал на скрытую кровь и проведение колоноскопии при положительном результате теста, чего нет в диспансеризации пациентов молодого возраста.

К особенностям клинического течения ЯК у пациентов, обратившихся за амбулаторной консультативной гастроэнтерологической помощью в 2017 г., следует отнести достаточно раннюю верификацию заболевания, преобладание форм с умеренной клинико-эндоскопической активностью, как правило, с проведенной на предшествующем этапе дифференциальной диагностикой с частью синдромосходных заболеваний, в первую очередь с инфекционными колитами. Считается, что около 60% пациентов имеют легкую форму заболевания, 25% переносят обострение заболевания в среднетяжелой форме, и лишь у 15% заболевание характеризуется тяжелым течением. Результаты отечественных исследований демонстрируют аналогичный порядок распределения (47,1, 41,7 и 11,2% соответственно) [2] с тенденцией увеличения доли среднетяжелых форм ЯК при уменьшении частоты случаев малой активности. Наши данные, характеризующиеся преобладанием среднетяжелых форм ЯК, обусловлены, вероятно, спецификой формирования выборки с изначально недостаточным эффектом стартовой терапии, инициированной врачом первого контакта до визита пациента в клинику госпитальной терапии ВМА.

Вероятность достижения ремиссии заболевания находится в сложной взаимосвязи с индивидуальными особенностями (генетическими, иммунологическими, микробиотическими и пр.) организма пациента, значимыми факторами внешней среды и системы здравоохранения. Частота успешного достижения благоприятных результатов терапии (ремиссии либо клинического ответа) пациентами, страдающими ЯК, оказалась достаточно высока (74%). Это во многом обусловлено особенностями контингента и условий его пребывания (преобладание нетяжелых форм, достаточный доступ к медицинским ресурсам, высокая комплаентность больных), что способствовало достижению итогов лечения, сопоставимых с таковыми в странах Западной Европы [17], но несколько более благоприятных по сравнению с другими медицинскими учреждениями Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона России [2, 9] и Содружества Независимых Государств [8]. Заметим, что в клинике госпитальной терапии ВМА налажен мониторинг состояния находящихся под динамическим наблюдением лиц. Ежегодно специалистами учреждения осуществляется телефонный контакт с пациентами для выясне-

ния их самочувствия, состояния, наличия признаков обострения ВЗК (качественные и количественные нарушения опорожнения кишечника, абдоминальные боли, гематохезия, гипертермия, похудание, выраженная астения), факта обращения за медицинской помощью, в том числе по профилю ВЗК, результатов лабораторно-инструментальных исследований. При наличии показаний пациентам рекомендуется выполнение диагностического минимума лабораторно-инструментальных исследований с последующей очной консультацией специалиста-гастроэнтеролога. В большинстве учреждений амбулаторного звена системы здравоохранения Санкт-Петербурга по объективным причинам подобная возможность отсутствует, существующие же центры по лечению ВЗК работают с существенной перегрузкой, зачастую концентрируясь на наиболее тяжелых пациентах, и обладают недостаточными возможностями по активному выявлению пациентов вне фазы ремиссии, что не способствует профилактике «утяжеления» больных ЯК из групп с меньшей активностью.

Заключение. Заболеваемость и распространенность ЯК, изученные в Выборгском и Фрунзенском районах, выше, чем БК, что в целом соответствует международным данным. Необходимы более масштабные и длительные исследования данной проблемы, однако существуют определенные трудности, связанные с отсутствием единой базы регистрации пациентов, страдающих ВЗК. С учетом того, что заболеваемость ЯК и БК выше среди женщин и более 50% пациентов находится в наиболее трудоспособном возрасте 20–49 лет, ВЗК представляет собой группу высокоактуальных и социально значимых заболеваний. Более низкие цифры по заболеваемости и распространенности ВЗК в сравнении с показателями развитых стран свидетельствуют о недостаточной выявляемости, о диагностических, клинических особенностях данных заболеваний, необходимости оптимизации специализированной медицинской помощи в местах проживания пациентов, страдающих ВЗК.

Тем не менее, в настоящее время в Санкт-Петербурге и Ленинградской области создана достаточно эффективная система раннего выявления и динамического наблюдения за пациентами, страдающими ЯК, в которую включена деятельность терапевтов и гастроэнтерологов поликлиник, эндоскопистов и специалистов центров лечения ВЗК академических и университетских клиник. Опыт амбулаторной помощи пациентам, страдающим ЯК, показывает, что адекватно организованная система активного динамического наблюдения за состоянием пациентов способна обеспечить своевременное обнаружение клинических, эндоскопических и морфологических признаков активности ВЗК, удаление пренеопластических образований слизистой оболочки толстой кишки. Строгое следование положениям действующих международных [17] и отечественных клинических рекомендаций [4] обеспечивает адекватный лечебный эффект.

Существенный вклад в повышение качества помощи и результатов лечения вносит персонифицированный подход к пациентам, основанный на мировом и отечественном опыте, что определяет в большинстве случаев должную приверженность пациентов к лечению, при необходимости – своевременную коррекцию терапии и, как следствие, контроль активности и неосложненное течение заболевания.

Литература

1. Абдулхаков, С.Р. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению / С.Р. Абдулхаков, Р.А. Абдулхаков // Вестн. совр. клин. мед. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 32–41.
2. Бакулин, И.Г. Опыт внедрения федерального регистра пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в Санкт-Петербурге / И.Г. Бакулин [и др.] // Фарматека. – 2017. – S 5. – С. 56.
3. Златкина, А.Р. Эпидемиологические аспекты воспалительных заболеваний кишечника в Московской области / А.Р. Златкина, Е.А. Белоусова, И.В. Никулина // Альманах клин. мед. – 1999. – № 2. – С. 41–50.
4. Ивашкин, В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом / В.Т. Ивашкин [и др.] // Росс. журн. гастроэнт., гепатол., колопр. – 2015. – № 1. – С. 48–65.
5. Маев, И.В. Патоморфоз воспалительных заболеваний кишечника / И.В. Маев [и др.] // Вестн. РАМН. – 2020. – Т. 75, № 1. – С. 27–35.
6. Низов, А.А. Эпидемиологическая характеристика воспалительных заболеваний кишечника и реальная клиническая практика ведения больных в Рязанской области / А.А. Низов, А.Г. Якубовская // Вестн. Сев.-Зап. гос. мед. ун. им. И.И. Мечникова. – 2013. – Т. 5, № 1. – С. 88–92.
7. Осипенко, М.Ф. Регистр воспалительных заболеваний кишечника в г. Новосибирске: итоги – 2016 / М.Ф. Осипенко [и др.] // Сиб. научн. мед. журн. – 2017. – Т. 37, № 1. – С. 61–67.
8. Плахотников, И.А. Патогенетические механизмы формирования осложненных и резистентных форм язвенного колита и методы их коррекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.А. Плахотников. – Донецк, 2020. – 40 с.
9. Харитонов, А.Г. Клинико-генетические и иммунологические характеристики различных вариантов течения язвенного колита: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Харитонов. – СПб., 2013. – 22 с.
10. Ananthakrishnan, A.N. Treatment of Ulcerative Colitis in the Elderly / A.N. Ananthakrishnan, D.G. Binion // Dig Dis. – 2009. – № 27. – P. 327–334.
11. Arnott, I. The Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly: Current Evidence and Future Perspectives / I. Arnott, G. Rogler, J. Halfvarson // Inflamm Intest Dis. – 2018. – Vol. 2, № 4. – P. 189–199.
12. Bhatia, R. Inflammatory bowel disease incidence, prevalence and 12-month initial disease course in Tasmania, Australia / R. Bhatia [et al.] // Intern Med. J. – 2019. – Vol. 49, № 5. – P. 622–630.
13. Brunet, E. Prevalence, incidence and mortality of inflammatory bowel disease in Catalonia. A population-based analysis / E. Brunet [et al.] // Annals of Medicine. – 2018. – Vol. 50, № 7. – P. 613–619.
14. Burisc, J. The burden of inflammatory bowel disease in Europe / J. Burisch [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis. – 2013. – Vol. 7, № 4. – P. 322–337.
15. Cosnes, J. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases / J. Cosnes [et al.] // Gastroenterology. – 2011. – Vol. 140, № 6. – P. 1785–1794.

16. Cui, G. A Systematic Review of Epidemiology and Risk Factors Associated With Chinese Inflammatory Bowel Disease / G. Cui [et al.] // Front Med. (Lausanne). – 2018. – Vol. 19, № 5. – P. 183.
17. Harbord, M. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management / M. Harbord [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis. – 2017. – P. 769–784.
18. Misra, R. Epidemiology of inflammatory bowel disease in racial and ethnic migrant groups / R. Misra [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 24, № 3. – P. 424–437.
19. Molodecky, N.A. Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review / N.A. Molodecky [et al.] // Gastroenterology. – 2012. – Vol. 142, № 1. – P. 46–54.
20. Ng, S.C. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies / S.C. Ng [et al.] // Lancet. – 2018. – Vol. 390, Issue 10114. – P. 2769–2778.
21. Prideaux, L. Inflammatory bowel disease in Asia: A systematic review / L. Prideaux [et al.] // Journal of Gastroenterology and Hepatology. – 2012. – № 27. – P. 1266–1280.
22. Severs, M. Sex-Related Differences in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Results of 2 Prospective Cohort Studies / M. Severs [et al.] // Inflamm Bowel Dis. – 2018. – Vol. 24, № 6. – P. 1298–1306.
23. Shailja, S.C. Sex-Based Differences in Incidence of Inflammatory Bowel Diseases – Pooled Analysis of Population-Based Studies From Western Countries / S.C. Shailja [et al.] // Gastroenterology. – 2018. – Vol. 155, № 4. – P. 1079–1089.
24. Sturm, A. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on IBD in the Elderly / A. Sturm [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis. – 2017. – Vol. 11, № 3. – P. 263–273.
25. Yamamoto-Furusho, J.K. Incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Mexico from a nationwide cohort study in a period of 15 years (2000–2017) / J.K. Yamamoto-Furusho [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2019. – Vol. 98, № 27. – e. 16291.
26. Ye, L. Review of Inflammatory Bowel Disease in China / L. Ye [et al.] // The Scientific World Journal. – 2013. – Vol. 2013. – P. 6.

D.S. Purgina, M.V. Solovyev, L.V. Lyalina, V.V. Rassokhin

Epidemiological features and clinical variants of inflammatory bowel diseases in St. Petersburg in the setting of outpatient practice

Abstract. *Epidemiological features and clinical variants of inflammatory bowel diseases in St. Petersburg in conditions of outpatient practice are considered. It was established that among patients suffering from ulcerative colitis in the Vyborg and Frunze regions, women predominate in a ratio of 1:2. At the same time, more than 50% of cases of ulcerative colitis and Crohn's disease come from the age of 20–49 years. The vast majority of patients examined with ulcerative colitis experienced a moderate attack. In more than half of cases, left-sided localization was noted with endoscopic activity of 2–3 points on the Schroeder scale, rectal lesion was observed in 22% of cases, total colitis was detected in only 14%. In general, the incidence and prevalence of ulcerative colitis in the Vyborg and Frunze regions is higher than Crohn's disease. However, more extensive and lengthy studies of the problem are needed, but there are some difficulties associated with the lack of a unified registration base for patients suffering from inflammatory bowel diseases. Given that the incidence of ulcerative colitis and Crohn's disease is higher among women and more than 50% of patients are of the most able-bodied age (20–49 years), inflammatory bowel disease is a group of highly relevant and socially significant diseases. Lower figures for the incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases compared with those of developed countries indicate insufficient detection, diagnostic and clinical features of these diseases, as well as the need to optimize specialized medical care in places of residence of patients suffering from inflammatory bowel diseases. Nevertheless, currently in St. Petersburg and the Leningrad Region a fairly effective system of early detection and dynamic observation of patients suffering from ulcerative colitis has been created, which includes the activities of therapists and gastroenterologists of polyclinics, endoscopists and specialists of centers for the treatment of inflammatory bowel diseases of academic and university clinics.*

Key words: *inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease, total colitis, epidemiological features, dynamic observation, early detection system, socially significant diseases.*

Контактный телефон: 8-950-002-71-17; e-mail: doctor_purgina@bk.ru