



УДК 616.34-002:616-036.2

БОЙКО Т.Й.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА ЗА ДАНИМИ ДУ «ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ НАМНУ»

Резюме. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 843 пацієнтів із неспецифічним виразковим колітом та 222 — із хворобою Крона, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» із 2001 по 2011 р. Отримані дані свідчать про загальну тенденцію зростання числа запальних захворювань кишечника за останнє десятиріччя. Установлено вікові та гендерні особливості запальних захворювань кишечника в обстеженого контингенту хворих. Показано вплив урбанізації та соціального статусу на розвиток хвороби. Для визначення обсягу відповідної медичної допомоги цій категорії хворих та створення програми профілактики, ранньої діагностики, адекватної індукційної та підтримуючої терапії необхідне проведення повномасштабних епідеміологічних досліджень в усіх регіонах України.

Ключові слова: запальні захворювання кишечника, епідеміологія, демографічні особливості, перебіг.

Хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗК), до яких належать неспецифічний виразковий коліт (НВК) і хвороба Крона (ХК), становлять групу ідіопатичних мультисистемних захворювань, що характеризуються специфічними клінічними й патологічними ознаками, наявністю неспецифічного запалення в кишечнику та можливістю позакишкових проявів і ускладнень [1–4].

Безперервний, рецидивуючий перебіг цих захворювань із прогресуючим порушенням структури і функцій слизової оболонки кишечника супроводжується значним зниженням якості життя хворих, що ставить хронічні захворювання кишечника в ряд важливих медико-соціальних проблем і передбачає пошук нових напрямків вивчення етіології й патогенезу та удосконалення профілактики й лікування цієї патології [16].

Із невідомих причин захворюваність на НВК та ХК зростає в усьому світі. Частота НВК у різних географічних областях коливається від 0,5 до 24,5 випадку на 100 000 населення, ХК — від 0,1 до 16/100 000, а поширеність ЗЗК сягає 396/100 000 населення. Майже 1,5 млн осіб у США та понад 2 млн у Європі страждають від цих хвороб [9, 10].

Традиційно вважалося, що ЗЗК найбільш поширені на Заході, де їх частота різко зростала протягом другої половини ХХ століття. Так, у розвинутих країнах 1 людина з 1000 уражена ЗЗК [7]. Для порівняння: до останнього десятиріччя низькі показники поширеності та захворюваності були зареєстровані в інших частинах світу,

включаючи Східну Європу, Південну Америку, Азію й Тихоокеанський регіон. Однак останнім часом змінилася епідеміологія ЗЗК: у той час як у Західній Європі та Північній Америці картина стабілізувалася або спостерігається незначне збільшення показників, у регіонах, де раніше захворюваність була низькою, відзначається її прогресивний ріст [11–14]. Додаткові епідеміологічні дослідження необхідні для кращого розуміння причин виникнення ЗЗК, механізмів їх зв'язку з факторами навколишнього середовища. На жаль, даних щодо захворюваності та поширеності ХЗК в Україні немає.

Метою дослідження було вивчення епідеміологічних особливостей НВК та ХК за результатами ретроспективного аналізу історій хвороб хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ» за 11 років — із 01.01.01 по 31.12.11 р.

Під спостереженням знаходились 1065 хворих: 843 — із НВК та 222 — із ХК, тобто кількість хворих на НВК була майже в 4 рази більшою, ніж на ХК. Загальна кількість госпіталізацій із приводу загострення ЗЗК становила 2503, у тому числі з приводу НВК — 1968 та ХК — 535. При цьому один раз перебували на стаціонарному лікуванні 545 (51,2 %) хворих, із НВК — 443 (52,6 %),

© Бойко Т.Й., 2013

© «Гастроентерологія», 2013

Таблиця 1 — Кількість госпіталізацій хворих на ХЗК за 10 років

Кількість госпіталізацій	НВК (n = 843)		ХК (n = 222)	
	Абс.	%	Абс.	%
1	443	52,6	102	45,9
2–5	317	37,6	94	42,3
6–10	62	7,4	21	9,5
11–15	16	1,9	1	0,5
16–20	4	0,5	2	0,9
> 20	1	0,1	2	0,9

із ХК — 102 (45,9 %). Решта пацієнтів отримували стаціонарне лікування неодноразово (табл. 1).

Як видно з табл. 1, майже половина хворих потребувала стаціонарного лікування неодноразово, більша частина цих пацієнтів лікувалися в клініці від 2 до 5 разів, а невелика кількість знаходилася в стаціонарі більше 10 разів, що свідчить про майже безперервний тяжкий перебіг хвороби.

Розподіл хворих за віком і статтю наведений у табл. 2.

Серед госпіталізованих хворих співвідношення чоловіки/жінки для НВК було 1,1 : 1, а хворих на ХК жінок було в 1,5 раза більше, ніж чоловіків. Однак якщо з віком при НВК це співвідношення суттєво не змінювалося, то серед пацієнтів із ХК віком від 20 до 29 років кількість

чоловіків була майже вдвічі більшою за жінок, а у віковій категорії 30–59 років кількість жінок вдвічі перевищувала кількість чоловіків. Нещодавнє дослідження, проведене у Великій Британії, свідчить про повільне зростання захворюваності на ХК із переважанням серед жінок [8] та аналогічну тенденцію при обох нозологіях (НВК та ХК) серед юнаків у Шотландії [5].

Розподіл досліджених хворих за соціальною приналежністю показав, що захворювання в майже 1,6 раза частіше спостерігалось у службовців порівняно з робочими ($p < 0,05$) (табл. 3).

Серед учнівської молоді частота ХК була вдвічі більшою, ніж НВК ($p < 0,05$).

П'яту частину госпіталізованих хворих становила категорія «інші», тобто особи працездатного віку, які не працюють, можливо, через наявність хвороби. Серед обстеженого контингенту хворих значну частину становлять інваліди, як правило, через основне захворювання.

Аналіз кількості госпіталізацій із приводу ЗЗК за 10 років показав прогресивне зростання кількості хворих, які потребували стаціонарного лікування, як при НВК, так і при ХК ($p < 0,05$) (рис. 1).

Якщо у 2001 році у клініці інституту перебували 119 хворих на НВК та 19 — на ХК, то у 2011 р. хворих на НВК було 243, а на ХК — 92.

Таблиця 2 — Розподіл хворих за віком і статтю

Вікова група (роки)	НВК (n = 843)				ХК (n = 222)			
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20–29	40	4,7	37	4,4	21	9,5	12	5,4
30–39	108	12,8	90	10,7	13	5,9	27	12,2
40–49	98	11,6	84	10,0	16	7,2	32	14,4
50–59	103	12,2	99	11,7	18	8,1	37	16,7
60 та більше	95	11,3	89	10,6	19	8,6	27	12,2
Усього	444	52,7	399	47,3	87	39,2	135	60,8

Таблиця 3 — Розподіл досліджених хворих за соціальною приналежністю

Соціальна приналежність	НВК (n = 843)		ХК (n = 222)	
	Абс.	%	Абс.	%
Службовці	294**	34,9	70**	31,5
Робочі	187	22,2	44	19,8
Працівники сільського господарства	6	0,7	1	0,5
Інші	168	19,9	43	19,4
Учнівська молодь	38	4,5	24*	10,8
Пенсіонери	86	10,2	21	9,5
Інваліди	64	7,6	19	8,6

Примітки: * — $p < 0,05$ — вірогідність порівняння між НВК та ХК; ** — $p < 0,05$ — вірогідність порівняння між службовцями та робочими.

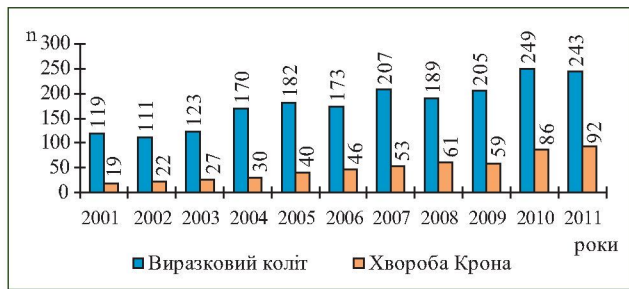


Рисунок 1 — Кількість госпіталізованих хворих по роках

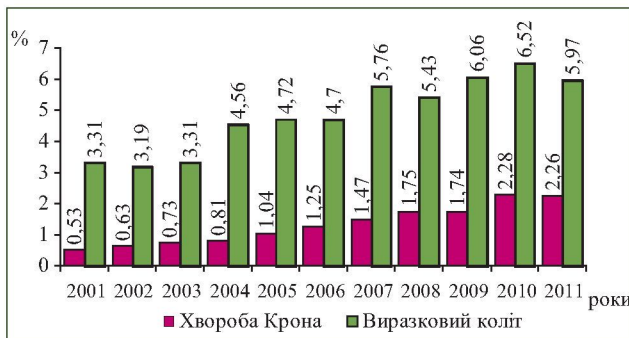


Рисунок 2 — Частка ЗЗК у структурі загальної кількості госпіталізованих хворих у ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ» за останні 11 років

Збільшення кількості пацієнтів із ХЗЗК підтверджувалося також зростанням їх частки у загальній структурі хворих, які отримували лікування в ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за обраний період (11 років) (рис. 2).

Аналіз хворих за місцем проживання показав перевагу мешканців Дніпропетровська та Дніпропетровської області (табл. 4): 73,0 % — при НВК та 81,1 % — при ХК. Такий розподіл можна пояснити територіальним фактором і концентрацією усіх хворих цього регіону в спеціалізованому центрі.

З інших регіонів України частіше отримували лікування в інституті мешканці Запорізької, Полтавської, Харківської та Донецької областей, серед яких була більшість хворих на НВК. У поодиноких випадках за допомогою зверталися хворі із Західних регіонів України.

Кількість міських мешканців значно переважала сільських — майже у 10 разів при НВК та в 11,7 раза — при ХК. Отримані дані збігаються з повідомленнями інших авторів про зв'язок захворювання з урбанізацією, забрудненням навколишнього середовища, соціальною приналежністю [13, 14]. Що стосується Дніпропе-

Таблиця 4 — Розподіл хворих за місцем проживання

Регіони України	НВК (n = 1968)			ХК (n = 535)		
	Місто	Селище міського типу	Село	Місто	Селище міського типу	Село
	Абс./%	Абс./%	Абс./%	Абс./%	Абс./%	Абс./%
Дніпропетровськ	806/41,0	–	–	276/51,6	–	–
Дніпропетровська область	456/43,0	60/3,0	114/5,7	120/22,4	8/1,5	30/5,6
Вінницька область	1/0,05	–	3/0,2	–	–	–
Волинська область	1/0,05	–	–	–	–	–
Донецька область	37/1,9	–	–	18/3,4	–	–
Житомирська область	1/0,05	1/0,05	–	1/0,2	–	–
Закарпатська область	5/0,3	–	–	–	–	–
Запорізька область	85/4,3	4/0,2	17/0,9	33/6,2	–	1/0,2
Івано-Франківська область	1/0,05	–	–	–	–	–
Київська область	1/0,05	–	–	–	–	–
Кіровоградська область	21/1,1	17/0,9	6/0,3	1/0,2	–	3/0,6
АР Крим	15/0,8	3/0,2	9/0,5	7/1,3	–	–
Луганська область	33/1,7	1/0,05	–	3/0,6	–	–
Миколаївська область	13/0,1	12/0,6	7/0,4	–	–	1/0,2
Одеська область	23/1,2	–	8/0,4	3/0,6	–	–
Полтавська область	76/3,9	–	4/0,2	2/0,4	–	–
Рівненська область	1/0,05	–	12/0,6	–	–	–
Сумська область	19/1,0	–	2/0,1	7/1,3	–	2/0,4
Тернопільська область	1/0,05	–	9/0,5	–	–	–
Харківська область	43/2,2	3/0,2	17/0,9	3/0,6	3/0,6	5/0,9
Херсонська область	2/0,1	1/0,05	1/0,05	1/0,2	–	–
Хмельницька область	2/0,1	–	3/0,2	–	–	–
Черкаська область	8/0,4	–	1/0,05	5/0,9	–	–
Чернівецька область	–	–	1/0,05	–	–	–
Чернігівська область	–	–	–	2/0,4	–	–
Усього	1652/83,9	102/5,2	214/10,8	482/90,1	11/2,1	42/7,9

тровська, то, за результатами останнього звіту ООН 2012 року про стан міст, Дніпропетровськ визнаний одним із міст із найбільш швидким зменшенням населення. Це підтверджується даними Головного управління статистики про прогресивне зменшення населення міста та значне переважає смертності над народжуваністю. Така загальна несприятлива ситуація відбивається і на стані захворюваності на ЗЗК.

Ступінь тяжкості НВК оцінюється з урахуванням критеріїв Trulove і Witts [15], хвороби Крона — індексу активності за Бестом [6]. Переважно причиною госпіталізації було захворювання середнього та важкого ступеня: при НВК — 1199 (60,9 %) та 710 (36,0 %) відповідно, при ХК — 270 (50,5 %) та 249 (46,5 %) відповідно.

За протяжністю ураження товстої кишки хворі на НВК розподілились так: проктит — 9,0 %, лівобічне ураження (переважно проктосигмоїдит) — 54,7 %, субтотальне — 28,9 %, тотальне — 9,0 %. При ХК ураження тонкої кишки спостерігалось у половині випадків, при цьому діагноз було встановлено рентгенологічно та при оперативному втручанні. Ураження товстої кишки при ХК (до 50,0 %) було виявлено при ендоскопічному дослідженні.

Ускладнення хвороби були в основному властиві ХК: нориці — 8,8 %, стриктури — 7,9 %, спайкова хвороба черевної порожнини — 23,4 %. При НВК у двох випадках на фоні блискавичного перебігу хвороби спостерігалася перфорація кишки, у 4 — токсична дилатація, у 6 — малігнізація.

Аналіз супутніх захворювань у хворих на ХЗЗК показав наявність патології шлунка і дванадцятипалої кишки, захворювань печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової

залози (табл. 5), що обтяжували перебіг основного захворювання та потребували додаткової терапії.

У структурі інших коморбідних станів у хворих на ХЗЗК переважала патологія нирок (хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба) та до 5,0 % становили пацієнти із захворюваннями серцево-судинної системи (табл. 6).

Таблиця 6 — Частота коморбідних станів у хворих на ХЗЗК

Нозологія	НВК (n = 1968)		ХК (n = 535)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хронічний бронхіт	15	0,8	2	0,4
Бронхіальна астма	15	0,8	1	0,19
Гіпертонічна хвороба	79	4,0	17	3,1
ІХС	100	5,1	28	5,2
Хронічний пієлонефрит	103	5,2	42	7,9
Сечокам'яна хвороба	27	1,4	15	2,8
Сечокислий діатез	157	8,0	15	2,8

Незважаючи на те що коморбідні захворювання, як правило, патофізіологічно не пов'язані між собою, вони мають взаємообтяжуючий ефект та погіршують якість життя пацієнтів, вимагають корекції терапії, що виходить за межі загальноприйнятих стандартів, отже, їм повинно приділятися більше уваги.

Таким чином, на підставі отриманих даних можна зробити висновки:

1. Кількість хворих на НВК та ХК, які зверталися до головної гастроентерологічної установи України за спеціалізованою допомогою та потребували стаціонарного обстеження й лікування, за останні 11 років збільшилася майже вдвічі, що дає змогу судити про загальну тенденцію про зростання захворюваності на ЗЗК в Україні.

2. Установлено вікові й гендерні особливості ЗЗК в обраного контингенту хворих.

3. НВК та ХК переважали серед службовців та мешканців міста, що свідчить про вплив урбанізації на виникнення ЗЗК.

4. Перевага серед обстежених хворих осіб молодого працездатного віку надає проблемі ЗЗК соціально-економічної значущості.

5. Для визначення об'єму відповідної медичної допомоги цій категорії хворих та створення програми профілактики, ранньої діагностики, адекватної індукційної та підтримуючої терапії необхідно проведення повномасштабних епідеміологічних досліджень в усіх регіонах України.

Список літератури

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер; пер. с нем. А.А. Шептулина. — М.: ГЭОТАР-мед, 2001. — 528 с.

Таблиця 5 — Частота поєднаної гастроентерологічної патології у хворих на ХЗЗК

Нозологія	НВК (n = 1968)		ХК (n = 535)	
	Абс.	%	Абс.	%
Виразкова хвороба	81	4,1	43	8,0
Хронічний гастрит	160	8,1	32	5,9
Хронічний гастродуоденіт	259	13,2	132	24,7
Ураження печінки (стеатоз, криптогенний гепатит, медикаментозно індуковані)	531	26,9	160	29,9
Калькульозний холецистит	15	0,8	8	1,5
Постхолецистектомічний синдром	22	1,1	19	3,6
Поліпоз жовчного міхура	70	3,6	19	3,6
Хронічний безкам'яний холецистит	1526	77,5	371	69,3
Хронічний панкреатит	1376	69,9	357	66,7

2. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона / Е.А. Белоусова. — Тверь: Триада, 2002. — 128 с.
3. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа. — М.: Миклош, 2008. — 400 с.
4. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение / И.Л. Халиф, И.Д. Лоранская. — М.: Миклош, 2004. — 88 с.
5. Increasing incidence of both juvenile-onset Crohn's disease and ulcerative colitis in Scotland / E. Armitage, E. Hazel, Wilson [et al.] // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2001. — V. 13. — P. 1439-1447.
6. Best W. Rederived values of eight coefficients of the Crohn's Disease Activity Index (CDAI) / W.R. Best, J.M. Beckett, J.W. Singleton // *Gastroenterol.* — 1979. — V. 77. — P. 843-846.
7. Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases / J.F. Colombel, G. Vernier-Massouille, A. Cortot [et al.] // *Bull. Acad. Nat. Med.* — 2007. — V. 191(6). — P. 1105-1118.
8. Gunesh S. The incidence of Crohn's disease in Cardiff over the last 75 years: an update for 1996–2005 / S. Gunesh // *Alim. Pharm. Ther.* — 2008. — V. 27. — P. 211-219.
9. Lakatos P.L. Is the epidemiology of inflammatory bowel disease changing in Eastern Europe? / P.L. Lakatos // *Scandinavian J. Gastroenterol.* — 2006. — V. 41(7). — P. 870-871.
10. Lakatos P.L. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? / P.L. Lakatos // *World J. Gastroenterol.* — 2006. — V. 12(38). — P. 6102-6108.
11. Loftus E.V. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences / E.V. Loftus // *Gastroenterol.* — 2004. — V. 126. — P. 1504-1517.
12. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review / N.A. Molodecky, I.S. Soon, D.M. Rabi [et al.] // *Gastroenterol.* — 2012. — V. 142. — P. 46-54.
13. Russel M.G. Changes in the incidence of inflammatory bowel disease: what does it mean? / M.G. Russel // *Eur. J. Intern. Med.* — 2000. — V. 11. — P. 191-196.
14. Shanahan F. The evolving epidemiology of inflammatory bowel disease / F. Shanahan, C.N. Bernstein // *Curr. Opin. Gastroenterol.* — 2009. — V. 25. — P. 301-305.
15. Truelove C.S. Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic trial / C.S. Truelove, L.J. Witts // *Br. Med. J.* — 1955. — P. 1041-1048.
16. Ulcerative colitis — epidemiology, pathogenesis and complications / Ed. by M.B. O'Connor. — InTech, Croatia, 2011. — 280 p.

Отримано 14.02.13 □

Бойко Т.И.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМНУ»,
г. Днепропетровск

Boyko T.Y.
State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy
of Medical Sciences of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
КИШЕЧНИКА ПО ДАННЫМ
ГУ «ИНСТИТУТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ НАМНУ»**

Резюме. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 843 пациентов с неспецифическим язвенным колитом и 222 — с болезнью Крона, которые находились на стационарном лечении в ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМНУ» с 2001 по 2011 г. Полученные данные свидетельствуют об общей тенденции роста числа больных воспалительными заболеваниями кишечника за последнее десятилетие. Установлены возрастные и гендерные особенности воспалительных заболеваний кишечника у обследованного контингента больных. Показано влияние урбанизации и социального статуса на развитие болезни. Для определения объема соответствующей медицинской помощи данной категории пациентов и создания программ профилактики, ранней диагностики, адекватной индукционной и поддерживающей терапии необходимо проведение полномасштабных эпидемиологических исследований во всех регионах Украины.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, эпидемиология, демографические особенности, течение болезни.

**THE EPIDEMIOLOGIC PECULIARITIES OF INFLAMMATORY
BOWEL DISEASES ACCORDING TO DATA FROM STATE
INSTITUTION «INSTITUTE OF GASTROENTEROLOGY OF
NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE»**

Summary. A retrospective analysis of case histories of 843 patients with ulcerative colitis and 222 — with Crohn's disease who were treated at the State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine» from 2001 to 2011. The data indicate a general trend to increase in the number of patients with inflammatory bowel disease during the last decade. Age and gender features of inflammatory bowel disease in the examined patients had been established. The impact of urbanization and social status on the disease progression has been shown. To determine the amount of appropriate medical care of these patients and the creation of programs for the prevention, early diagnosis, adequate induction and maintenance therapy is necessary to conduct full-scale epidemiological studies in all regions of Ukraine.

Key words: inflammatory bowel diseases, epidemiology, demographic peculiarities, course of disease.