

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Чернышова Т.Е., Вареник Е.Ю., Валинуров А.А., Стяжкина С.Н.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск

Резюме. Цель работы: оценить коморбидность у пациентов язвенным колитом (ЯК) и ее вклад в особенности течения заболевания. Обследован 61 пациент (39 женщин и 22 мужчины в возрасте 18–60 лет) с доказанным диагнозом язвенный колит (ЯК). В зависимости от скорости прогрессирования ЯК сформировано две группы: в основную группу вошло 32 пациента с частыми рецидивами ЯК и быстрым формированием осложнений, в группу сравнения – 29 больных с медленно прогрессирующим заболеванием. Коморбидность оценивалась по индексу Чарлсона, кумулятивной шкале рейтинга заболеваний (CIRS), кумулятивному индексу коморбидности CIRS-G. Оценка базовой (методом по морфофункциональному индексу [1]). Биологический возраст – по В.О. Войтенко (1991). Для оценки влияния ЯК на биологический возраст он сопоставлен с должным биологическим возрастом и паспортным возрастом. Математическая обработка материала проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. При анализе коморбидной патологии пациентов ЯК зарегистрирован высокий уровень анемии и наряду с незначительным уровнем детских инфекционных заболеваний в группе сравнения. В группе с быстро прогрессирующим течением ЯК чаще регистрировался хронический рецидивирующий бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких. Анализ оперативных вмешательств и частоты кардиальной патологии у больных ЯК в течение жизни зарегистрировал частые хирургические вмешательства без различий в группах наблюдения. При проведении медико-социальной экспертизы пациентам ЯК важно учитывать степень коморбидности, даже без серьезных функциональных отклонений при каждой нозологии. Перспективно использование калькулятора CIRS-G.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, хронические воспалительные заболевания кишечника, коморбидная патология.

Для цитирования: Чернышова Т.Е., Вареник Е.Ю., Валинуров А.А., Стяжкина С.Н. Коморбидная патология пациентов язвенным колитом // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 3. – С. 92–98.



COMORBIDITIES IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Chernyshova T.E., Varenik E.Yu., Valinurov A.A., Styazhkina S.N.

Federal State Budgetary Institution of Higher Education 'Izhevsk State Medical Academy,'
Ministry of Health of the Russian Federation, Izhevsk

Abstract. Objective: to assess comorbidities in patients with ulcerative colitis (UC) and their effect on the disease course. We examined 61 patients (39 women and 22 men aged between 18 and 60 years) with a confirmed diagnosis of UC. Study participants were divided into two groups depending on rate of UC progression: the experimental group included 32 patients with frequent UC relapses and rapid development of complications, while the control group comprised 29 patients with a slowly progressing disease. Comorbidities were evaluated using the Charlson Comorbidity Index, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), and Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). The assessment of the basic component was performed using the method of morphofunctional index [Kurnikova I. A., 2010]. Biological age was estimated using the method developed by V.O. Voytenko (1991). To evaluate the impact of UC on biological age, it was compared with the appropriate biological age and real age. Data analysis was performed using the STATISTICA 6.0 software. When analyzing comorbidities, we observed a high prevalence of anemia in UC patients and an insignificant proportion of childhood infectious diseases in the control group. Patients with rapidly progressing UC were more likely to have chronic recurrent bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease than controls. The analysis of surgical interventions and the frequency of heart diseases demonstrated that UC patients often undergo surgeries (with no significant difference between the groups). During medical and social examination of UC patients, it is important to take into account the degree of comorbidity, even without serious functional abnormalities. The use of the CIRS-g calculator is a promising approach.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. The authors received no external funding for this work.

Kew words: ulcerative colitis, chronic inflammatory bowel diseases, comorbidities.

To cite: Chernyshova T.E., Varenik E.Yu., Valinurov A.A., Styazhkina S.N. Comorbidities in patients with ulcerative colitis // Bulletin of Medical University Reaviz. – 2020. – № 3. – P. 92–98.

Одной из наиболее актуальных и социально значимых проблем клиники внутренних болезней является лечение больных с высокой степенью коморбидности: заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени, особенно, когда заболевание находится на перекрестке хирургических, терапевтических, гастроэнтерологических компетенций. В этом аспекте сложной междисциплинарной задачей для врачей различных специальностей является диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК), в том числе неспецифического язвенного колита. ХВЗК относится к системным заболеваниям, характеризующимся большим количеством осложнений и вовлечением в процесс раз-

личных органов и систем организма. Фармакотерапия ХВЗК усугубляется с возрастом пациентов. Коморбидность у пациентов в возрасте до 19 лет повышается на 10 % и достигает 80 % у лиц 80 лет и старше [VandenAkker M., Buntinx F., Metsemakers J.F. et al, 1998, Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2006].

В последние годы проведен ряд исследований коморбидной патологии у больных язвенным колитом (ЯК) [1–4]. Однако методы ее выявления различны (индекс Чарлсона, кумулятивная шкала рейтинга заболеваний (CIRS) индекс коморбидности Miller и др.), что затрудняет включение коморбидности, как важного критерия прогноза течения заболевания при проведении медико-социальной экспертизы.

Цель исследования: оценить коморбидность у пациентов ЯК, ее взаимосвязь с особенностями течения заболевания и перспективы включения коморбидности в экспертный диагноз при проведении медико-социальной экспертизы.

Материал и методы

С учетом соблюдения требований Хельсинской декларации 1975 года сформирована группа из 61 пациента (39 женщин и 22 мужчины в возрасте 18–60 лет) с доказанным диагнозом ЯК. В зависимости от скорости прогрессирования ЯК сформировано две группы: в основную группу вошло 29 больных с медленно прогрессирующим заболеванием, в группу сравнения – 32 пациента с частыми рецидивами ЯК и быстрым формированием осложнений. Коморбидность оценивалась по индексу Чарлсона и кумулятивной шкале рейтинга заболеваний (Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]) и кумулятивному индексу коморбидности по калькулятору CIRS-G по Miller с соавт., 1992 (Pubmedid: 1594710).

Оценка базовой (биологической) составляющей реабилитационного потенциала (РП) определялась автоматизированным методом по морфофункциональному индексу [1]. При МФИ ≤ 0 состояние больного оценивалось как хорошо адаптированное, несмотря на заболевание, РП – высокий. При МФИ в интервале от 0 до 1,0 – уровень функциональных возможностей организма оценивался как средний, при МФИ $\geq 1,0$ – биологическая составляющая РП расценивалась как низкая.

Статистические методы

Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась аналитическим и статистическим методом, методом экспертных оценок. Математическая обработка материала проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 6,0 (США 1995 г.). Базовыми методами статистического исследования были: линейная

описательная статистика с расчетом корреляции средних, стандартных отклонений, критерия Стьюдента. Достоверность различий показателей в группах определялась непараметрическим методом с использованием критерия Фишера. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$. Взаимодействие показателей оценивалось по методу Пирсона при нормальных распределениях и Спирмена при других типах распределения.

Результаты исследования

При изучении амбулаторных карт пациентов язвенным колитом анализировалась вся патология, зарегистрированная в «Листе уточненных диагнозов», оценивались данные, приведенные в историях болезни, а также результаты опроса больных: Anamnesis communis. Спектр коморбидной патологии представлен в таблице 1.

При анализе коморбидной патологии пациентов ЯК в зарегистрирован высокий уровень анемии в группе сравнения, соотношение частоты регистрации которой с основной группой составил 10/1. В группе сравнения 6 случаях диагностирована железодефицитная анемия, в 2 случаях – V_{12} дефицитная анемия, в 2 случаях – постгеморрагическая анемия. У 2 пациентов выявлена лейкопения с уровнем лейкоцитов $3,6$ и $3,9 \cdot 10^9$.

В группе с быстро прогрессирующим течением ЯК в 3 раза чаще регистрировался хронический рецидивирующий бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких. В 4 раза чаще патология желудочно-кишечного тракта. Клинико-инструментальный анализ заболеваний желудочно-кишечного тракта выявил у всех пациентов хронический гастрит. Хронический рефлюкс-эзофагит на фоне недостаточности кардии диагностирован у каждого четвертого пациента, синдром мальабсорбции, связанный с нарушениями функции тонкой кишки, у каждого третьего пациента.

Таблица 1. Коморбидная патология пациентов ЯК

Заболевание	Основная группа, n = 29		Группа сравнения n = 32	
	n	% n	n	% n
Гематологические заболевания: анемия, лейкопения	1	3,4 %	13	40,6 %
Кожные проявления и заболевания слизистой оболочки полости рта: стоматит, псориаз, фурункулез, экзема	2	6,9 %	23	71,9 %
Глазные болезни: эписклерит	–	–	2	6,25 %
Хроническая патология бронхов: ХОБЛ	4	13,8 %	11	34,4 %
Гастроэнтерологические заболевания: хронический гастрит, гастроудоденит, хронический панкреатит	12	41,4 %	52	162,5 %
Патология гепатобилиарной системы: стеатогепатоз, склерозирующий холангит, желчнокаменная болезнь холецистит	11	37,9 %	23	71,9 %
Патология суставов и позвоночника: артралгия, остеопатия; артриты; сакроилеит. патология позвоночника	12	41,4 %	49	153,1 %
Хронические нефроурологические заболевания	–	–	2	6,25 %
Эндокринные заболевания: АИТ, первичный гипотиреоз, стероидный диабет	8	27,6 %	29	90,6 %
Кардиальная патология: артериальная гипертония, заболевания сердца (ХИБС, миокардит, перикардит)	8	27,6 %	8	25 %

Полипоз кишечника зарегистрирован у 1 пациента основной группы и у 8 (25 %) пациентов группы сравнения. В 4 (12,5 %) случаях это было полиповидное образование фатерова соска, что способствовало частым и плохо поддающимся терапии обострениям хронического панкреатита, и можно связать с нарушением деления кишечника и системы желче-выделения с нарушением поступления ферментов в двенадцатиперстную кишку. У 6 больных группы сравнения выявлен синдром мальдигестии, который расценен как приобретенный, связанный с патологией тонкой кишки и поджелудочной железы, и приводил к вторичной ферментопатии, дефициту витаминов, микроэлементов, аминокислотному дисбалансу. Энтеральные нарушения способствовали быстрому прогрессированию ЯК, стойким метаболическим расстройствам.

В 8 случаях в группе сравнения регистрировалась язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, которая у 4 пациентов была осложнена рубцово-язвенной деформацией баугиниевой заслонки со стенозированием. Соотношение патологии гепатоби-

лиарной системы в основной группе и группе сравнения составило 1/2 и проявлялась стеатогепатозом. Для пациентов 2-й группы была характерна дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому, частая регистрация сладжа желчи, холестероза желчного пузыря. Частота регистрации желчно-каменной болезни в группах сравнения составила 1/13,3.

Не выявлено значимых различий частоты кардиальной патологии в группах наблюдения. Для пациентов ЯК была характерна высокая частота регистрации патологии суставов и позвоночника: артралгия, остеопатия; артриты, сакроилеит, патология позвоночника и др. Были прооперированы (эндопротезирование) в связи с сакроилеитом и коксартрозом одна пациентка основной группы и 9 пациентов группы сравнения. Гормональная зависимость с внекишечными проявлениями (артралгии) выявлены только во 2-й группе.

В основной группе было выявлено только 2 заболевания эндокринной системы: диффузный и узловой зоб. В группе сравнения практически у всех пациентов – 29 (90,6 %) человек регистрировался пер-

вичный гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита, требующий медикаментозной коррекции. Ни в одном случае не отмечено манифестации сахарного диабета 1 и 2 типа. Однако у 6 (18,75 %) пациентов группы сравнения диагностирован стероидный диабет. Важно подчеркнуть, что стероидный диабет диагностирован после двух до семи лет применения глюкокортикоидов. Все пациентки – женщины, которые имели низкую эффективность терапии глюкокортикоидами. Все пациенты со стероидным диабетом получали терапию продленным инсулином в дозе 12–22 ед/сутки. После проведения по показаниям 2 больным тотальной колонэктомии потребность в инсу-

лине исчезла. На данный момент после операции прошло 3 и 6 лет без возобновления потребности в сахароснижающих препаратах.

Зарегистрирована высокая частота кожной патологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта: стоматит, псориаз, фурункулез, экзема.

При оценке коморбидной патологии в Anamnesis vitae (табл. 2) отмечено, что пациенты группы сравнения реже болели детскими инфекционными заболеваниями. Только 12,5 % из них были отнесены педиатрами в группу длительно часто болеющих (ЧБД) в отличие от пациентов 1 группы (62 % детей ЧБД).

Таблица 2. Частота заболеваний перенесенных в детстве у больных с ЯК (M ± m)

Заболевания	Основная группа n = 29		Группа сравнения, n = 32	
	n	% n	n	% n
Детские инфекции (корь, ветряная оспа и т.п.)	22	75,9 %	11	34,4 %
Заболевания верхних дыхательных путей: частые ОРВИ, гайморит, ангина	13	44,8 %	13	40,6 %
Были в группе ДЧБ	18	62 %	4	12,5 %
Психоэмоциональные расстройства	1	3,4 %	20	62,5 %
Полиаллергия: пищевая, медикаментозная	6	20,7 %	12	37,5 %

Зарегистрирована высокая частота обращения родителей детей, впоследствии заболевших ЯК и включенных в группу сравнения, к неврологам, психологам для коррекции поведения детей.

Анализ оперативных вмешательств у больных ЯК в течение жизни зарегистрировал частые хирургические вмешательства без различий в группах наблюдения. Наиболее часто (по мере убывания) отмечались следующие операции: холецистэктомия, медицинский аборт, тубэктомия по поводу внематочной беременности, ушивание апоплексии яичника, удаление кисты яичника, удаление фиброаденомы молочной железы, аппендэктомия, кератотомия, склеропластика, пункция гайморовой пазухи и др.

При оценке коморбидной патологии по Charlson в обеих группах получены крайне низкие показатели, т.к. не было зарегистрировано не только заболеваний, соответствующих 2 и 3 баллам (острое нарушение мозгового кровообращения с гемиплегией или параплегией, хроническая почечная недостаточность, злокачественные опухоли, лейкоз, цирроз печени и др.), но и практически отсутствовали заболевания, соответствующие 1 баллу по Charlson (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения и др.). Сделан вывод, что для пациентов ЯК, оценка индекса коморбидности по Charlson неприменима.

В таблице 3 представлены данные оценки кумулятивного индекса коморбидности по калькулятору CIRS-G по Miller с соавт., 1992 (Pubmedid: 1594710).

В таблице 3 представлены данные оценки кумулятивного индекса коморбидности по калькулятору CIRS-G по Miller с соавт., 1992 (Pubmedid: 1594710).

Таблица 3. Оценка кумулятивного индекса коморбидности по калькулятору CIRS-G

Сопутствующие заболевания	Основная группа n = 49	Группа сравнения n = 52
Суммарный балл	15	23
Общее количество категорий с патологией	10	10
Категории с уровнем тяжести «3» и «4»	1	4
Индекс тяжести	1,5	2,3

При оценке кумулятивного индекса коморбидности по калькулятору по Miller зарегистрированы значимые различия в группах наблюдения. Если общее количество категорий с патологией в группах было сопоставимо, то соотношение значений суммарного балла в основной составили 15 против 23 при медленной прогрессии ЯК, что соответствовало возрастанию в 4 раза категорий с патологией и повышению индекса тяжести заболевания. Различия показателей связаны с тем, что кумулятивная шкала коморбидности ориентированных на болезнь и предлагает интегральный (холистический) целостный подход к пациенту. Важно, что оценка каждой системы организма осуществляется без специфических диагнозов, что разительно отличает ее от других шкал, позволяет охарактеризовать полипатию и оценить любые заболевания по системам, в том числе не упомянутых в схеме.

Несмотря на увеличение количества современной диагностической аппаратуры и врачей – специалистов «узкого» профиля, сопутствующая патология врачами первичного звена (терапевтами и хирургами) выявляется недостаточно, что оказывает негативное влияние на течение заболеваний, ухудшая их прогноз и увеличивая затраты на лечение. Оценка коморбидности при ЯК является важной составляющей клинического и реабилитационного прогноза. При оценке коморбидной и мультиморбидной патологии выявлены основные предикторы, которые чаще всего сопровождают ЯК и, возможно, являются причиной ча-

стых обострений заболевания, особенностей его течения. Наиболее часто регистрировалась гастроэнтерологическая патология со значимым вкладом в быстрое прогрессирование ЯК синдромов мальабсорбции и мальдигестии. Практически у всех пациентов диагностирован стеатогепатоз, патология суставов и позвоночника, развитие которых было взаимосвязано с продолжительной терапией глюкокортикоидами.

Неожиданным явилось то, что большинство пациентов со стабильным течением ЯК в детстве являлись длительно и часто болеющими детьми (4,5:1) и в 2 раза чаще перенесли детские инфекционные заболевания. Можно предположить, что пациенты, вышедшие из группы ЧБД, имеют более тренированную иммунную систему. Предположение строится из данных амбулаторных карт педиатрической сети исследуемых, где у 100 % исследуемых отмечен относительный лимфоцитоз. Поэтому, во взрослом состоянии у данной группы пациентов гуморальный иммунитет более реактивный, чем у тех, которые в детстве считались среднестатистическими по количеству заболеваний.

Таким образом, при проведении медико-социальной экспертизы пациентам ЯК важно учитывать степень коморбидности, даже без серьезных функциональных отклонений при каждой нозологии. Перспективно использование калькулятора CIRS-G.

Литература / References

- 1 Kurnikova I. A. Optimizaciya sistemnogo podhoda v rehabilitacii bolnyh saharным diabetom s vysokoj komorbidnostyu: dis. ... d-ra med. nauk. – Ulyanovsk, 2010. – 32 s.
- 2 Yazvennyj kolit i bolezni Krona: retrospektivnaya ocenka zabolevaemosti za 2016–2018 gody / O.A. Neganova, S.N. Styazhkina, V.N. Nikolaeva i dr. // Zdorove i obrazovanie v XXI veke. – 2019. – T. 21. – № 6. – S. 40-43.
- 3 Oslozhneniya bolezni Krona, trebuyushie hirurgicheskoy pomoshi / M.N. Klimentov, S.N. Styazhkina, O.A. Neganova i dr. // Permskij medicinskij zhurnal. – 2019. – T. 36. – № 3. – S. 98–105.
- 4 Pavlovskij O.M. Biologicheskij vozrast cheloveka. – M.: MGU, 1987. – 454 s.
- 5 Styazhkina S.N., Kanafieva A.I., Sapozhnikova M.G. Yazvennyj kolit (klinicheskij sluchaj) // ModernScience. – 2019. – № 11-2. – S. 196–199.
- 6 Risk zlokachestvennyh processov v tolstom kishhechnike pri yazvennom kolite / S.N. Styazhkina, M.N. Klimentov, O.A. Neganova i dr. // ModernScience. – 2019. – № 5-2. – S. 52–55.

Авторская справка

**Чернышова Татьяна
Евгеньевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

**Вареник Евгений
Юрьевич**

ординатор, кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

**Валинуров Артур
Азатович**

ординатор, факультет повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов, кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

**Стяжкина Светлана
Николаевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Статья поступила 24.05.2020

Одобрена после рецензирования 07.06.2020

Принята в печать 17.06.2020

Received May, 24th 2020

Approved after reviewing June, 7th 2020

Accepted for publication June, 17th 2020