

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	7
Участники издания	10
Список сокращений и условных обозначений.....	13
Введение	15
Глава 1. Эпидемиология и факторы риска госпитализации пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона.....	17
Глава 2. Ведение пациентов с язвенным колитом в условиях стационара.....	23
Глава 3. Ведение пациентов с глюко- кортикоидорезистентным язвенным колитом в условиях стационара.....	44
Глава 4. Хирургическое лечение пациентов с язвенным колитом в условиях стационара	75
Глава 5. Ведение пациентов с люминальной и стриктурирующей формой болезни Крона в условиях стационара.....	92
Глава 6. Ведение пациентов со свищевой формой болезни Крона и наличием абдоминальных абсцессов в условиях стационара.....	108
Глава 7. Хирургическое лечение пациентов с болезнью Крона в условиях стационара	131
Глава 8. Ведение пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и сопутствующей цитомегаловирусной или клостридиальной инфекцией	147

Глава 9. Особенности питания пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в условиях стационара	162
Глава 10. Терапевтические методы, повышающие качество оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника в условиях стационара	191
Глава 11. Ведение пациентов детского возраста с язвенным колитом в условиях стационара	203
Глава 12. Ведение пациентов детского возраста с болезнью Крона в условиях стационара	224
Глава 13. Ведение беременных с обострением воспалительных заболеваний кишечника в условиях стационара	240
Предметный указатель	263

Глава 1

Эпидемиология и факторы риска госпитализации пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона

Робин Далал и Дэвид Шварц

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) — группа заболеваний, которая включает язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК). Заболеваемость и распространенность ВЗК со временем в мире увеличиваются, причем наиболее высокие показатели ежегодной заболеваемости и распространенности как ЯК, так и БК наблюдаются в Европе и Северной Америке [1]. В период с 1970 по 2010 г. показатели заболеваемости ЯК и БК значительно увеличились, и, по оценкам исследователей, в настоящее время в США насчитывается около 1,6 млн пациентов с ВЗК [2].

В связи с хроническим характером течения у пациентов с ВЗК могут развиваться обострения заболевания, что приводит к госпитализации и иногда необходимости хирургического вмешательства. С момента описания ЯК и БК частота госпитализаций пациентов с ВЗК со временем менялись. Актуальные данные по всем случаям госпитализации пациентов с ВЗК в мире (данные по 34 странам) показали, что уровень госпитализации был наиболее высоким в Северной Америке и Европе, но со временем этот показатель стабилизировался и в настоящее время имеет тенденцию к снижению, а в странах Азии, напротив, показатель госпитализации повышается [3].

При ЯК частота госпитализаций нарастала с момента описания заболевания, но в последнее десятилетие стабилизировалась. Первые данные о госпитализациях пациентов с ЯК

относятся к 1930-м годам Edwards и Truelove проспективно наблюдали 624 пациента с 1938 по 1962 г., и за этот период 237 (38%) потребовалась госпитализация [4]. В конце 1960-х и в 1970-х годах появились данные о частоте ежегодных госпитализаций при ЯК, в Европе и США этот показатель составлял от 4,6 до 4,8 на 100 000 населения [5, 6]. В одной из выборок 20,8% пациентов потребовалась госпитализация в течение первого года после постановки диагноза [7].

В США на основании данных Общенациональной выборки стационарных больных (Nationwide Inpatient Sample — NIS) было продемонстрировано ежегодное увеличение частоты госпитализаций по поводу ЯК на 3%, а общий показатель составил 10,8 на 100 000 населения [8]. Согласно базе данных National Hospital Discharge Survey, в США частота госпитализаций по поводу ЯК была стабильной и составляла 8,1–12,4 на 100 000 населения [9]. В Калифорнии (США), согласно базе данных Kaiser Permanente, отмечено снижение на 29% количества госпитализаций по поводу ЯК с 1998 по 2005 г. [10]. По данным округа Олмстед (штат Миннесота, США), с 1970 по 2004 г. кумулятивная вероятность первой госпитализации по поводу ЯК составила 29,4% в течение 5 лет наблюдения [95% доверительный интервал (ДИ) — 24,5–34,1%], 38,7% — в течение 10 лет наблюдения (33,1–43,8%), 49,2% — 20 лет (42,7–55,2%) и 52,3% — 30 лет (45,1–59,7%) [11]. В Канаде показатели госпитализации оставались стабильными и составляли от 12,6 до 13,3 на 100 000 населения [12]. Данные, полученные из Италии и Португалии, также свидетельствуют о стабильных показателях госпитализации в 2000-х годах — 4,4–4,9 на 100 000 населения [13, 14].

Что касается БК, показатели госпитализации в мире с течением времени увеличиваются. В одной из выборок, проанализированных в Дании в период с 1962 по 1987 г., общая частота госпитализаций в течение первого года после постановки диагноза составила 83%, а затем в течение последующих 5 лет — 20% в год [15]. В Италии в конце 1980-х годов частота первых госпитализаций по поводу БК составляла 2,7 на 100 000 населения [16]. В 1960-х годах в Балтиморе (штат Мэриленд, США) ежегодный уровень госпитализации составлял 1,8

на 100 000 населения [5]. В период с 1998 по 2004 г., по данным National Hospital Discharge Survey, частота госпитализаций при БК в США увеличилась на 4,3% в год ($p < 0,0001$) [8]. Данные National Hospital Discharge Survey показали, что частота госпитализаций варьирует от 9,3 до 17,1 на 100 000 населения, причем с 1990-х по 2000-е годы отмечается значительная тенденция к увеличению частоты госпитализаций пациентов с БК [9]. В Канаде при сравнении пациентов с БК в 2000–2001 гг. с пациентами в 1990–1991 гг. было установлено, что в 2000–2001 гг. пациенты с БК чаще находились в стационаре [относительный риск (ОР) — 2,32; 95% ДИ — 2,16–2,49] [17].

Однако также имеются противоположные данные, демонстрирующие, что частота госпитализаций пациентов с БК имеет тенденцию к снижению. В Канаде с 1994 по 2001 г. количество госпитализаций с поправкой на возраст снизилось с 29,2 до 26,9 на 100 000 населения, а с 2003 по 2014 г. количество госпитализаций по поводу БК уменьшилось на 32,4% [12, 18]. Затраты на госпитализацию пациентов с БК за это время также значительно снизились [19]. В США уровень госпитализаций после посещения отделения неотложной помощи снизился на 12,1% в 2014 г. по сравнению с 2006 г. (с 64,7% госпитализаций в 2006 г. до 52,6% в 2014 г.) [20].

Госпитализация в отделения интенсивной терапии как при ЯК, так и при БК встречается редко. В ретроспективном исследовании, проанализировавшем данные за 5 лет с 2003 по 2008 г. по пациентам с ВЗК, поступившим в один из медицинских центров США, оказывающих высокоспециализированную медицинскую помощь, на долю госпитализаций в отделения интенсивной терапии пришлось всего 1,43% общего количества пациентов с ВЗК [21]. В этом исследовании за 5-летний период ежегодная частота госпитализаций в отделения интенсивной терапии увеличилась с 0,1% в 2003 г. до 2,6% в 2008 г., а 30-дневная летальность составила 18,9%. В Европе в 18-летнем проспективном исследовании было показано, что на долю госпитализаций в отделения интенсивной терапии пациентов с ВЗК за этот период времени приходилось всего 0,46% общего количества госпитализированных пациентов в отделения интенсивной терапии [22]. Поступления в от-

деления интенсивной терапии по поводу ВЗК были связаны либо с осложнениями, характерными для ВЗК (токсическим мегаколоном, перфорацией кишки, кишечным кровотечением), либо с сепсисом, либо с тромбоемболическими осложнениями.

Данные о частоте повторной госпитализации при ВЗК в разных исследованиях варьируют. При ЯК частота повторной госпитализации в течение 90 дней составляет от 14,6 до 33,7% [12, 23–25]. При БК частота повторной госпитализации в течение 90 дней составляет от 12,6 до 39,4% [12, 24]. В исследовании, проведенном в США, изучавшем частоту повторной госпитализации в период с 2007 по 2013 г., частота повторной госпитализации в течение 30 дней составила 17,3%, в течение 90 дней — 29,2%. Риск повторной госпитализации у пациентов с БК был выше, чем у пациентов с ЯК (ОР — 3,9; 95% ДИ — 1,82–8,90) [26]. В отношении повторной госпитализации по поводу ВЗК были получены данные о таких прогностических факторах, как употребление опиоидов, молодой возраст, аффективные расстройства (депрессия и/или тревога) и отсутствие визитов к врачу-гастроэнтерологу после выписки из стационара [26–29].

Были оценены специфические риски госпитализации при ВЗК, включая демографические факторы, воздействие окружающей среды и особенности заболевания. Пол, возраст, раса и социально-экономический статус пациентов оказывают различное влияние на риск госпитализации по поводу обострения ВЗК. Было показано, что при БК риск госпитализации у женщин, особенно в детородном возрасте, выше, чем у мужчин [30–33]. В отношении ЯК имеются противоречивые данные: в некоторых исследованиях риск госпитализации выше у женщин, а в некоторых — наблюдается незначительное преобладание мужчин [32, 33]. Как и в случае дебюта ВЗК, риск госпитализации при ВЗК, по-видимому, зависит от возраста. В США показатели госпитализации при ЯК наиболее высоки в возрастных группах 20–29 и 70–79 лет, а при БК — 20–29, 50–59 и 70–79 лет [30–32]. Внутри этих пиков максимальный риск отмечен у молодых пациентов. На пожилых пациентов приходится лишь 25% всех госпитализаций по поводу ВЗК, и в целом они имеют меньшую частоту

госпитализаций по сравнению с более молодыми пациентами как при БК, так и при ЯК (коэффициент заболеваемости при БК — 0,62; 95% ДИ — 0,59–0,65, коэффициент заболеваемости при ЯК — 0,64; 95% ДИ — 0,57–0,71) [34, 35].

Данные о расовой принадлежности пациентов и риске госпитализации варьируют. В более ранних исследованиях отмечалось двукратное увеличение риска госпитализации у представителей европеоидной расы по сравнению с представителями негроидной расы (ОР — 2,18; 95% ДИ — 2,18–2,19) и более высокие показатели как у представителей европеоидной, так и негроидной расы по сравнению с латиноамериканцами [31, 36]. Более поздний анализ, включавший более 5000 пациентов с ВЗК, не выявил различий в частоте госпитализации между представителями европеоидной и негроидной рас [37]. Другие исследования показали, что с 2000-х годов уровень госпитализации снизился для представителей европеоидной расы, не являющихся латиноамериканцами, но не для представителей негроидной расы, а отношение количества госпитализаций по поводу ВЗК к распространенности заболевания было непропорционально выше среди представителей негроидной расы, не являющихся латиноамериканцами (7,3% по сравнению с 3% для представителей европеоидной расы, не являющихся латиноамериканцами, и 2% — для латиноамериканцев) [38, 39]. Более низкий уровень дохода ассоциировался с более высокой частотой госпитализаций. В ретроспективном анализе пациентов с БК частота госпитализаций в группе с самым низким уровнем дохода составила 118 (ДИ — 91,4–152,3), а в группе с самым высоким уровнем дохода — 29 на 100 человеко-лет (ДИ — 21,7–38,9) [40]. Было показано, что курение также повышает риск госпитализации [41].

Для ВЗК также характерны географические различия в частоте госпитализаций. В городских районах частота госпитализаций выше, чем в сельских [6, 36, 42]. В двух исследованиях было показано, что в северных штатах США частота госпитализаций выше, чем в южных, создается градиент госпитализации при ВЗК «с севера на юг», аналогичный известному градиенту, который существует в отношении заболеваемости ВЗК

в целом [36, 43]. В первом исследовании, проведенном в 1991 г., оценивались выписки из стационара, а во втором — данные Общенациональной выборки стационарных больных. Было установлено, что сезонность не связана с какими-либо различиями в госпитализациях [43, 44]. Также изучалось воздействие ультрафиолетового излучения и было установлено, что частота госпитализаций как при БК, так и при ЯК была выше в районах с более низким уровнем ультрафиолетового излучения [45].

Было показано, что фенотипические варианты БК также влияют на риск госпитализации пациента. Анализ когорты пациентов с БК показал, что у пациентов со стриктурирующей или свищевой формой заболевания риск госпитализации в течение первого года после постановки диагноза был выше (58 против 41%) [46]. В течение 10 лет частота госпитализаций у пациентов с люминальной формой БК составила 2,4% в год (95% ДИ — 1,4–3,8%), у пациентов со стриктурирующей или свищевой формой — 13% в год (95% ДИ — 11,5–14,6%) [46]. Дополнительный анализ, проведенный в Азии, показал, что у пациентов с локализацией БК в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) риск госпитализации в течение 3 лет составляет 86,9% (95% ДИ — 73,8–100%) по сравнению с пациентами без локализации заболевания в верхних отделах ЖКТ (риск госпитализации — 49,3%; 95% ДИ — 39,3–59,3%) [47].

Как и в случае с общей заболеваемостью и распространенностью ВЗК, показатели госпитализации при ВЗК в целом нарастали с момента описания этих заболеваний. При ЯК этот показатель в последние годы стабилизировался, а при БК, по данным некоторых исследований, начал снижаться. Факторы риска госпитализации при ВЗК различны, как и гетерогенность самих ВЗК.

Список литературы

