

**В. М. ДУРЛЕШТЕР^{1,2}, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ^{1,2}, Е. В. КОТЕЛЕВСКИЙ^{1,2},
В. В. ИГНАТЕНКО², М. Р. ЧЕМБАХУ², М. Ю. ИГНАТЕНКО², Е. А. РОМАШОК²**

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Седина, д. 4, Краснодар, Россия, 350063.

²ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Россия, ул. Красных Партизан, 6/2, г. Краснодар, Россия, 350012.

АННОТАЦИЯ

Цель. Повысить эффективность специализированной медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника за счет внедрения новых организационных подходов к диагностике и лечению.

Материалы и методы. Был проведен анализ результатов лечения 79 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в условиях 2-ой городской больницы г. Краснодара с 2010 по 2012 года и Краевой клинической больницы №2 министерства здравоохранения Краснодарского края с 2012 по 2017 год. У 46 пациентов (58,2%) диагностирован язвенный колит и у 33 больных (41,8%) – болезнь Крона.

Результаты. После дообследования и уточнения диагноза всем пациентам, в зависимости от тяжести воспалительного процесса, назначалась консервативная терапия. При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии выполнялись различные по объему оперативные вмешательства: у больных с язвенным колитом – 34 оперативных вмешательства (12 экстренно и 22 планово) и у пациентов с болезнью Крона выполнено 22 оперативных вмешательства (17 планово и 5 экстренно).

Заключение. Своевременно выполненное хирургическое вмешательство с использованием малоинвазивных технологий у больных с воспалительными заболеваниями кишечника позволяет уменьшить частоту хирургических осложнений и снизить летальность.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, эпидемиология, хирургическое лечение

Для цитирования: Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Котелевский Е.В., Игнатенко В.В., Чембаху М.Р., Игнатенко М.Ю., Ромашок Е.А. Организационные подходы к диагностике и лечению больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(3): 56-60. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-56-60

For citation: Durlshter V.M., Korochanskaya N.V., Kotelevskii E.V., Ignatenko V.V., Chembakhu M.R., Ignatenko M.Yu., Romashok E.A. Organizational approaches to diagnostics and treatment of patients with inflammatory intestinal diseases. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2018; 25(3): 56-60. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-56-60

**V. M. DURLSHTER^{1,2}, N. V. KOROCHANSKAYA^{1,2}, E. V. KOTELEVSKII^{1,2},
V. V. IGNATENKO², M. R. CHEMBAKHU², M. YU. IGNATENKO², E. A. ROMASHOK²**

ORGANIZATIONAL APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY INTESTINAL DISEASES

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education 'Kuban State Medical University' of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Sedina str., 4, Krasnodar, Russia, 350063.

²State Budgetary Educational Institution of Healthcare "Regional Clinical Hospital № 2" of the Ministry of Healthcare of Krasnodar region, Krasnikh Partizan str., 6/2, Krasnodar, Russia, 350012.

ABSTRACT

Aim. Increasing of efficacy of special medical care to patients with inflammatory intestinal diseases by means of the new organizational approaches to diagnostics and treatment.

Materials and methods. An analysis of treatment of 79 patients with inflammatory intestinal diseases in City clinical hospital Nr 2, Krasnodar from 2010 to 2012 and Regional clinical hospital Nr 2 Ministry of Health care of Krasnodar Region from 2012 to 2017 is presented. 46 patients (58.2%) had ulcerative colitis, and 33 patients (41.8%) had the Crohn's disease.

Results. The conservative therapy was administrated to all patients depending on inflammation severity after additional examination and diagnostics. Due to the absence of therapeutical efficacy, different kinds of surgery were carried out. 34 operations were performed on patients with ulcerative colitis (12 urgent ones and 22 elective ones), 22 operations were performed on patients with Crohn's disease (17 elective ones and 5 urgent ones).

Conclusion. An opportunely performed surgery with the use of the low-invasive technologies on the patients with inflammatory intestinal diseases allowed diminishing a frequency of surgical complications and decreasing of lethality.

Keywords: ulcerative colitis, Crohn's disease epidemiology, surgical treatment

Введение

Одной из нерешенных и крайне актуальных проблем в современной гастроэнтерологии являются воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). По тяжести течения, частоте осложнений и летальности эти заболевания занимают важную позицию в структуре болезней пищеварительной системы. Отсутствие единого взгляда на этиологию и патогенез ВЗК среди исследователей, поздняя диагностика, неадекватное лечение приводят к развитию осложнений, выходу на инвалидность лиц трудоспособного возраста и летальному исходу. В силу вышеперечисленных особенностей БК и ЯК имеют не только медицинское, но и важное социальное значение [1, 2].

Следует отметить, что за последние 35 лет произошли большие изменения в диагностике и лечении ВЗК, что связано с углублением знаний о патогенеза данной группы заболеваний, благодаря современным диагностическим возможностям (иммунологическим, иммуногисто-химическим, генетическим и др.) и созданию новых классов лекарственных средств [1, 3, 4]. Вместе с тем, ряд вопросов ведения пациентов с ВЗК остаются малоизученными и должны стать предметом крупномасштабных исследований. В частности, до настоящего времени остается неизвестной истинная распространенность этой группы заболеваний на территории Российской Федерации; не достаточно широко внедряются современные методы диагностики и лечения, в том числе и с использованием новых хирургических технологий; не изучена трансформация течения заболевания после использования высокотехнологичных методов медикаментозного и хирургического лечения.

По данным отдельных эпидемиологических исследований распространенность ВЗК в России составляет 19,3-29,8 на 100 тысяч населения для ЯК и 3,0-4,5 на 100 тысяч населения для БК. Заболеваемость ВЗК составляет 4,1 на 100 тысяч населения для ЯК и 0,8 на 100 тысяч населения для БК. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 5-20 случаев на 100 тысяч населения, и этот показатель продолжает увеличиваться (приблизительно в 6 раз за последние 10 лет) [5]. По данным отчетных форм МЗ РФ, в 2015 году число госпитализированных пациентов с БК составило 7687 человек, из них по экстренным показаниям 30% – 2375 пациентов, а летальность при тяжелых формах составила 8,5%. Госпитализирован-

ных пациентов по поводу ЯК – 14632 чел.

Распространенность ЯК превышает распространенность БК, хотя рост заболеваемости БК в последние 20 лет опережает рост ЯК, что можно объяснить не только истинным приростом заболеваемости, но и улучшением диагностики данной группы заболеваний благодаря разработке четких диагностических критериев. Отмечается более высокая заболеваемость в северных странах по сравнению с южными, что пока не удается объяснить какими-либо внешними факторами. В 30-50% случаев ВЗК манифестируют в детском возрасте [5]. Для улучшения качества оказания помощи является актуальным создание единой базы данных или регистра пациентов с ВЗК с целью оценки эпидемиологической ситуации и разработки организационных, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Итак, актуальность проблемы ВЗК не подлежит сомнению, что подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, отсутствием специфического лечения, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом [6, 7].

Цель исследования: повысить эффективность специализированной медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника за счет внедрения новых организационных подходов к диагностике и лечению.

Материалы и методы

В исследовании анализировались результаты мониторинга качества оказания медицинской помощи пациентам с БОП и данные регистра пациентов с ВЗК, которые велись в Краснодарском крае в 2015-2017 гг.

Кроме того, исследование включало ретроспективный анализ историй болезней и амбулаторных карт 79 больных ВЗК в возрасте от 18 до 80 лет, находившихся на лечении с 2010 по 2017 гг. в ГБУЗ ККБ№2. При обследовании у 46 (58,2%) пациентов установлен диагноз язвенного колита (12 пациентов (26%) поступило в тяжелом состоянии, 15 больных (32,7%) – в состоянии средней степени и 19 пациентов (41,3%) – легкой степени тяжести); у 33 пациентов выявлена болезнь Крона (7 больных (21,3%) поступили в тяжелом состоянии, 15 пациентов (45,4%) – в состоянии средней

степени и 11 больных (33,3%) – легкой степени тяжести). С язвенным колитом поступили 27 женщин (средний возраст 50 лет) и 19 мужчин (средний возраст 47 лет). Болезнь Крона была диагностирована у 22 женщины (средний возраст 45 лет) и 11 мужчин (средний возраст 42 года).

План обследования в стационарных условиях включал: опрос, осмотр, лабораторный контроль (общий анализ крови с лейкоформулой, биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, амилаза, общий и прямой билирубин, мочевины, креатинин, глюкоза, С-реактивный белок; общий анализ мочи, коагулограмма, прокальцитонин, при необходимости бактериологические посевы крови, кала), ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, эзофагогастроскопию, фиброколоноскопию, обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «ALOKA» SSD-1400 (Japan), фиброколоноскопию – с помощью видеоинформационной системы с цифровым анализатором изображения фирмы «Olympus» EvisExeraGif TYPE x P160 (Япония); рентгенографию ЖКТ на рентгенаппарате «BACCARA Apelem» и «Klinograf 4-4» с электронным преобразователем фирмы «Siemens».

Всем больным после обследования проводилось консервативное лечение, которое назначалось в зависимости от тяжести состояния пациента и степени воспалительного процесса согласно клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению воспалительных заболеваний кишечника [8].

Результаты и обсуждение

По данным регистра ВЗК, в Краснодарском крае в период с 2014 по 2016 гг. увеличилось количество больных с БК в 3,2 раза (с 40 до 126 человек) и пациентов с ЯК в 2,9 раза (с 133 до 390 человек), что связано как с истинным ростом заболеваемости, так и с улучшением выявляемости заболеваний, а также введением регистра пациентов с ВЗК. Анализ регистра больных с ВЗК в Краснодарском крае свидетельствует, что за 3 года в крае на 121% увеличилось количество больных, перенесших оперативные вмешательства и в 3,9 раза – число инвалидов в связи с заболеваниями кишечника. Специализированная помощь пациентам в ГБУЗ ККБ №2 оказывалась как на амбулаторном, так и стационарном этапах лечения и осуществлялась на принципах междисциплинарных взаимодействий врачей колопроктологов, гастроэнтерологов, диетологов, эндоскопистов, рентгенологов, психологов и многих других.

На функциональной основе в ГБУЗ ККБ №2 создана рабочая группа по ведению больных с ВЗК, перед которой стоит ряд задач:

Задача I – лечебно-диагностическая, осуществляемая в соответствии с рекомендациями и по-

рядком оказания помощи больным ВЗК.

Функции:

- консультативный прием гастроэнтеролога и колопроктолога – специалистов по ВЗК;
- оказание стационарной (плановой и экстренной) помощи больным ВЗК междисциплинарной командой врачей в соответствии с принципами преемственности ведения больного как на амбулаторном, так и стационарном этапах лечения;
- выявление индивидуальных особенностей течения заболевания, определение показаний для проведения биологической терапии, выставление своевременных показаний к оперативному лечению.

Задача II – лечебно-профилактическая: динамическое наблюдение взрослых больных ВЗК, переданных из детской сети молодых взрослых, беременных с ВЗК.

Функции:

- мотивация больных к здоровому образу жизни, повышение их роли в принятии решения по программе лечения, повышение приверженности лечению;
- разработка индивидуального плана лечения и наблюдения (визиты в поликлинику, диагностический центр, консультации по телефону и online);
- проведение междисциплинарных и мультидисциплинарных консилиумов;
- совместно с акушерами гинекологами выработка тактики совместного ведения беременных с ВЗК врачами акушерами, гастроэнтерологами, колопроктологами, принятие совместного решения о тактике родоразрешения;
- оценка ответа пациента на медикаментозную терапию, своевременная эскалация/коррекция лечения (оптимизация дозы, переход на другой препарат, в том числе и биологической терапии, усиление базисной терапии, хирургическое лечение и др.).

Задача III – обучение пациентов, консультация диетолога, оказание больному психологической поддержки.

Функции:

- консультативная помощь психолога и диетолога в рамках мультидисциплинарного подхода;
- формирование штата ВЗК-медсестёр;
- организация и проведение Школ больных ВЗК;
- написание брошюр для пациентов;
- размещение информации на сайте учреждения;
- развитие само- и взаимопомощи больных.

Пациенты, у которых отсутствовал эффект от консервативной терапии, были подвергнуты хирургическому лечению. За 7 лет у больных с язвенным колитом выполнено 34 операции – 12 в экстренном порядке и 22 операции в плановом порядке, прооперирован 21 пациент (45,6%) (табл.1).

В послеоперационном периоде выявлены следующие осложнения – после плановой операции

Операции, выполненные у пациентов с язвенным колитом с 2010 по 2017 гг.

Operations performed in patients with ulcerative colitis from 2010 to 2017

Операции	Экстренные	Плановые	Всего
Илеостомия	9	-	9
Левосторонняя гемиколэктомия	-	1	1
Колпроктэктомия	-	4	4
Субтотальная колэктомия	2	6	8
Обструктивная резекция прямой кишки	1	-	1
Проктэктомия	-	2	2
Экстирпация культи прямой кишки	-	2	2
Восстановление непрерывности толстой кишки	-	5	5
Лапароскопическая колэктомия	-	2	2
ВСЕГО	12	22	34

Таблица 2 / Table 2

Операции, выполненные у пациентов с болезнью Крона с 2010 по 2017 гг.

Operations performed in patients with Crohn's disease from 2010 to 2017

Операции	Экстренные	Плановые	Всего
Правосторонняя гемиколэктомия	-	6	6
Резекция илеоцекального перехода	-	2	2
Резекция тонкой кишки	-	2	2
Обструктивная левосторонняя гемиколэктомия	1	-	1
Колэктомия	1	3	4
Комбинированная передняя резекция прямой кишки, резекция тонкой кишки	-	1	1
Восстановление непрерывности толстой кишки	-	3	3
Вскрытие парапроктита	2	-	2
Илеостомия	1	-	1
ВСЕГО	5	17	22

по поводу ЯК у 1 пациента диагностирована пневмония; у 2 пациентов выявлено нагноение послеоперационной раны, в одном случае развился флеботромбоз бедренной вены, и у одного больного в послеоперационном периоде диагностировано кровотечение из культи прямой кишки после колэктомии. После экстренных оперативных вмешательств в 2 случаях выявлена пневмония и у 1 пациента – нагноение послеоперационной раны. В послеоперационном периоде было зафиксировано 3 летальных исхода: в одном случае после илеостомии, в другом – после субтотальной колэктомии, и третий пациент умер после обструктивной резекции прямой кишки. Все операции были выполнены по экстренным показаниям – причиной летальности во всех случаях был рефрактерный сепсис с прогрессирующей полиорганной недостаточностью.

С болезнью Крона с 2010 по 2017 год были прооперированы 19 пациентов (57,6%). Выполнено 17 плановых операций и 5 экстренных оперативных вмешательств.

После плановых операций выявлены следующие осложнения: 2 пневмонии, 1 нагноение послеоперационной раны и 1 случай тромбоза

подключичной вены. Все осложнения купированы консервативными методами лечения. Летальный исход зафиксирован в одном случае. Пациентка 34 лет поступила в тяжелом состоянии после 8 суток консервативной терапии в ЦРБ, в экстренном порядке выполнено формирование двустольной илеостомы, начата интенсивная терапия, состояние пациентки стабилизировалось. На 5-е сутки отмечен эпизод кишечного кровотечения с нестабильной гемодинамикой и снижением уровня гемоглобина. В экстренном порядке выполнена колэктомия. Пациентка умерла на 8-е сутки на фоне нарастающей полиорганной недостаточности.

Заключение

Рост заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста при медикаментозной неизлечимости, а также хирургической неизлечимости болезни Крона, рецидивирующий характер течения, развитие угрожающих жизни осложнений, необходимость проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятный медико-социальный прогноз придают высокую социальную значимость данной проблеме. Обобщая

опыт нашей клиники в оказании специализированной помощи больным с ВЗК, можно сформулировать следующие выводы:

1. хирургическое лечение больных с ВЗК требует индивидуализированного комплексного подхода;

2. в хирургическом лечении этого сложного контингента пациентов должны быть рационально использованы, наряду с ранее известными операциями (гемиколэктомии, резекция илеоцекального перехода, колэктомия, колпроктэктомия), более современные методы оперативных вмешательств с использованием видеоэндоскопических технологий;

3. улучшение результатов лечения пациентов с ВЗК может быть достигнуто только при условии динамического наблюдения мультидисциплинарной командой врачей;

4. наш опыт хирургического лечения больных с ВЗК свидетельствует о целесообразности применения видеоэндоскопических технологий, что позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и повысить качество жизни пациентов;

5. проведение консервативной терапии согласно клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, динамическое наблюдение за больными мультидисциплинарной командой врачей, своевременное выполнение хирургических вмешательств позволяют снизить риск хирургических осложнений и послеоперационной летальности.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Адлер Г. *Болезнь Крона и язвенный колит*. М.: ГЕОТАР-МЕД; 2001. 527 с. [Adler G. *Disease Krone and ulcer colitis*. M.: GEOTAR-MED; 2001. 527. (In Russ.)].
2. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. *Неспецифические воспалительные заболевания кишечника*. М.: Миклош; 2008. 400 с. [Vorobyev G.I., Caliph I.L. *Nonspecific inflammatory diseases of intestines*. Moscow: Miklos; 2008. 400 p. (In Russ.)].
3. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. *Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение*. М.: Миклош; 2004. 88 с. [Caliph I.L., Loranskaya I.D. *Inflammatory diseases of intestines (nonspecific ulcer colitis and disease Krone): clinic, diagnostics, treatment*. Moscow: Miklos; 2004. 88. (In Russ.)].
4. Travis S., Gert Van Assche, Axel Dignass et al. On the second ECCO Consensus on Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2010; 4: 1-6.
5. Белоусова Е.А. *Язвенный колит и болезнь Крона*. Тверь: Триада; 2002. 128 с. [Belousova E.A. *Ulcer colitis and disease Krone*. Tver: Triad; 2002. 128 p. (In Russ.)].
6. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита. *Колопроктология*. 2017; 1(59): 6-30. [Clinical recommendations of the Russian gastroenterologicheskoy association and association of coloproctologists of Russia about diagnostics and treatment of ulcer colitis. *Coloproctology*. 2017; 1(59): 6-30. (In Russ.)].
7. Sands B.E., Feagan B.G., Rutgeerts P. et al. Effects of vedolizumab induction therapy for patient with Crohn's disease in whom tumor necrosis factor antagonist treatment failed. *Gastroenterology*. 2014; 147(3): 618-627.
8. Latella G., Rogler G., Bamias G. et al. Results of the 4th scientific workshop of the ECCO (I): pathophysiology of intestinal fibrosis in IBD. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014. 8(10): 1147-1165. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.03.008>

Поступила / Received 28.03.2018

Принята в печать / Accepted 29.05.2018

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: Игнатенко Василий Васильевич; тел.: (861) 222-01-33, +7 (918) 982-15-48; e-mail: doctor4445@mail.ru; Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Ореховая, д. 396.

Corresponding author: Vasilii V. Ignatenko; tel.: 8(861) 222-01-33, +7 (918) 982-15-48; e-mail: doctor4445@mail.ru; 396, Orekhovaya str., Krasnodar, Russia, 350063.