

DYNAMICS OF INCIDENCE AND PREVALENCE OF THE MAIN DIGESTIVE SYSTEM DISEASES DURING THE LAST 5 YEARS IN UKRAINE

J. Stepanov, N. Gravirovska

SI “Institute of gastroenterology of the NAMS of Ukraine”
(Dnipropetrovsk)

On the basis of official statistics of Ministry of Health of Ukraine for 2006-2010 was found that digestive diseases is a serious medical and social problem for the population of Ukraine. Increase of the number of chronic digestive diseases and decrease of newly diagnosed cases are observed in all nosologies except of cholelithiasis and pancreas diseases. The data obtained are testified that the efficiency and quality of medical care are need to improve.

УДК 616.348-002.44:616.344-002-031.84:616.155.194

Розповсюдження анемічного синдрому при неспецифічному виразковому коліті та хворобі Крона

Т.Й. Бойко, М.В.Стойкевич, О.В. Сорочан, Т.М. Толстикова
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпропетровськ)

Хронічні запальні захворювання кишок (ХЗК) залишаються однією з найбільш вагомих проблем сучасної гастроентерології. Це обумовлено розповсюдженістю хвороб в усьому світі, тенденцією до збільшення кількості випадків захворювань як серед дорослого населення, так і серед дітей, відсутністю чітких уявлень про етіологію та патогенез неспецифічного виразкового коліту (НВК) та хвороби Крона (ХК), тяжкістю і різноманітністю клінічних проявів, недостатньо розробленим і часто малоефективним лікуванням [1].

Одним із системних проявів ХЗЗК є анемія, яка значно обтяжує їх перебіг, часто призводить до госпіталізації хворих, збільшує термін перебування у стаціонарі, негативно впливає на якість життя пацієнтів [2, 3, 4].

За даними ВООЗ, анемія – це патологічний стан, який характеризується зменшенням кількості гемоглобіну та/або еритроцитів в одиниці об'єму крові нижче норми для певного віку та статі.

Частота анемії при ХЗЗК, за даними літератури, коливається від 6% до 74% [5, 6]. З дещо більшою частотою анемія виявляється у хворих на НВК – 37% проти 25% – при ХК. Відрізняються дані про частоту анемії серед амбулаторних та стаціонарних пацієнтів: 16% проти 68%, відповідно [7].

Анемія у хворих на ХЗЗК має мультифакторну природу та пов'язана з втратою крові внаслідок кишкових кровотеч, недостатнім надходженням та абсорбцією нутрієнтів, а також з основним запальним процесом. Серед механізмів розвитку анемії розглядається дефіцит заліза та недостатність вітамінів, які причетні до гемопоезу (B_{12} та фолієвої кислоти), аутоімунний гемоліз еритроцитів. Також розвиток анемії при ХК і НВК пов'язують з надмірним утворенням прозапальних цитокінів – фактора некрозу пухлин (ФНП- α), інтерферону- g , інтерлейкіну- 1β , трансформуючого фактора росту [8, 9].

Найчастіше анемія при ХЗЗК є комбінацією залізодефіцитної анемії (ЗДА) та анемії хронічного захворювання (АХЗ), що є наслідком негативного впливу активованої імунної системи на різні рівні еритропоезу. Крім того, медикаменти, які зазвичай використовуються при НВК та ХК (сульфасалазин, азатиоприн та ін.), поглиблюють анемію при цих захворюваннях [10]. Однак, патогенез анемічного синдрому при ХЗЗК до кінця не з'ясований.

Неоднозначність даних, що стосуються розповсюдженості та механізмів розвитку анемії при ХЗЗК спонукають до подальшого вивчення цієї проблеми.

Мета роботи: визначити поширеність та особливості анемічного синдрому у хворих на ХЗЗК на підставі ретроспек-

тивного аналізу історій хвороби пацієнтів, які знаходились на лікуванні в ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з 2006 по 2010 рік.

Матеріали і методи: проаналізовано 1325 історій хвороби хворих на ХЗЖК (1020 пацієнтів з НВК та 305 – з ХК).

В групу з анемією включали хворих, у яких рівень гемоглобіну (НВ) був нижче 120 г/л. Хворі з анемічним синдромом були розподілені на групи в залежності від рівня НВ. В першу групу (анемія I ступеня - легка) були включені пацієнти з рівнем НВ від 119 до 90 г/л, до другої (анемія II ступеня - середньої тяжкості) включали хворих, у яких НВ був у межах 89 – 70 г/л і до третьої увійшли хворі з рівнем НВ нижче 70 г/л (анемія III ступеня - важка). Дані оброблено за допомогою програм статистичного аналізу Microsoft для Windows. Порівняльний аналіз відмінностей між середніми значеннями оцінювали за критерієм Ст'юдента. Відмінності двох показників вважались вірогідними при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Кількісна характеристика розподілу госпіталізованих хворих за період вибірки представлена на рис 1.

Кількість госпіталізацій хворих на НВК з анемічним синдромом склала 248 (24,3%), а хворих на хворобу Крона – 47 (15,4%). Повторні госпіталізації хворих за період вибірки спостерігались у 70 випадках при НВК та 23 – при ХК.

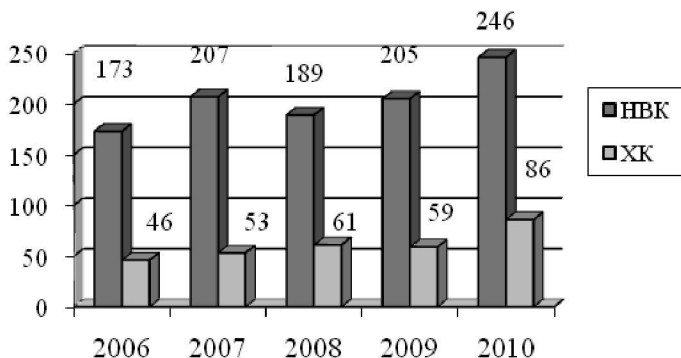


Рисунок 1 – Кількість госпіталізацій хворих на ХЗЖК в клініку інституту за 5 років.

Вік хворих коливався від 18 до 70 років, середній вік склав (41,8±0,9) роки. Серед хворих переважали жінки (60,9%), чоловіки склали 39,1%.

Аналіз показав, що частота анемічного синдрому у жінок в порівнянні з чоловіками переважала у 1,5 рази при НВК та у 2,4 рази при ХК (рис. 2). Однак, середній рівень гемоглобіну (НВ) у чоловіків був нижчий, ніж у жінок: (99,4±3,3) г/л проти (104±2,2) г/л, відповідно, але ці розбіжності не були достовірними.

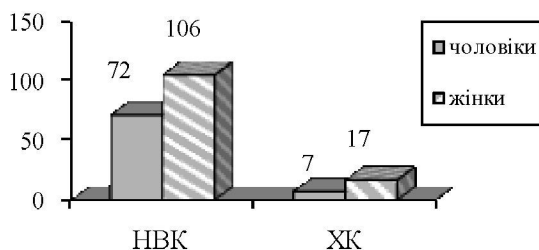


Рисунок 2 – Розподіл хворих на ХЗЗК з анемічним синдромом в залежності від статі.

Аналіз за ступенем тяжкості анемії показав, що серед досліджених хворих як на НВК, так і ХК, достовірно переважали пацієнти з анемією I ступеня – 76,4% та 83,3%, відповідно ($p < 0,001$). Анемічний синдром переважно спостерігався у хворих з тяжким перебігом захворювання (табл. 2).

Таблиця 1 – Розподіл хворих на ХЗЗК за ступенем тяжкості анемії.

Ступінь анемії	Хворі на НВК n (%)	Хворі на ХК n (%)	Хворі на ХЗЗК n (%)
I ступінь	136 (76,4%)*	20 (83,3%)*	156 (77,2%)*
II ступінь	34 (19,1%)	4 (16,7%)	38 (18,8%)
III ступінь	8 (4,5%)	0 (0,0%)	8 (4,0%)
Всього	178 (100%)	24 (100%)	202 (100%)

Примітка. * – $p < 0,001$ – достовірність розходжень в порівнянні з II та III ступенем анемії.

Так, при НВК з анемічним синдромом тяжкий перебіг хвороби спостерігався в 1,7 рази частіше, а при ХК – у 2,4 рази частіше, ніж середній ($p < 0,001$). Середній рівень НВ у хворих з середньою тяжкістю хвороби був достовірно вищим в порівнянні з тяжким перебігом захворювання: $(109,5 \pm 2,2)$ г/л проти $(98,3 \pm 2,3)$ г/л ($p < 0,01$).

Таблиця 2 – Розподіл хворих на ХЗЗК з анемічним синдромом в залежності від ступеня тяжкості перебігу захворювання.

Ступінь тяжкості	НВК n (%)	ХК n (%)	Хворі на ХЗЗК n (%)
Середній	66 (37,1)*	7 (29,2)*	73 (36,1)*
Тяжкий	112 (62,9)	17 (70,8)	129 (63,9)
Всього	178 (100)	24 (100)	202 (100)

Примітка. * – $p < 0,001$ – достовірність розходжень з тяжким ступенем перебігу захворювання.

Рівень ураження ободової кишки було встановлено у 109 хворих на НВК. У 44,0% випадках спостерігалось ураження прямої та сигмоподібної кишок, у 32,2% – субтотальне, а у 24,8% – тотальне ураження товстої кишки.

Давність ХЗЗК коливалась від 3 місяців до 34 років. Середня тривалість захворювання при НВК склала $(9,03 \pm 1,1)$ роки, при ХК – $(7,7 \pm 1,7)$. Більшість хворих страждало на ХЗЗК від 1 до 5 років (табл. 3).

Таблиця 3 – Тривалість захворювання у хворих на ХЗЗК з анемією.

Тривалість захворювання	НВК (n=178)		ХК (n=24)	
	абс.к.	%	абс.к.	%
до 1 року	13	7,3	1	4,2
1-5 років	72	40,4	11	45,8
6-10 років	42	23,7	5	20,8
11-20 років	38	21,3	6	25,0
понад 20 років	13	7,3	1	4,2

Середній вік хворих, в якому виявили захворювання становив (33,8±1,5) роки і коливався від 9 до 66 років. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем НВ та тривалістю захворювання ($r=0,51$; $p=0,002$).

Розподіл хворих з анемічним синдромом в залежності від віку представлено у табл. 4.

Таблиця 4 – Розподіл хворих з анемічним синдромом в залежності від віку.

Вік (роки)	НВК (n=178)	ХК (n=24)
	n (%)	n (%)
<29	32 (19,0)	5 (20,8)
30-44	78 (43,8)	9 (37,5)
45-59	51 (28,6)	10 (41,7)
>60	17 (9,6)	0 (0,0)

Як видно з таблиці, серед пацієнтів з НВК найчастіше анемія зустрічалась у віковій групі від 30 до 44 років, в той час як при ХК майже 80,0 % хворих були у віці від 45 до 60 років. Встановлена зворотня кореляційна залежність між кількістю еритроцитів крові та віком пацієнтів з ХК ($r=-0,57$; $p=0,03$).

Таким чином, проведений ретроспективний аналіз підтвердив дані інших дослідників про те, що анемічний синдром є доволі частим проявом ХЗЗК, який обтяжує перебіг захворювання, погіршує якість життя пацієнтів. Наявність анемії при ХЗЗК вірогідно переважає у хворих з тяжким перебігом захворювання ($p<0,001$). У 28,2% хворих на НВК та 48,9% – на ХК з наявністю анемії спостерігався часто рецидивуючий перебіг захворювання, який потребував неодноразових повторних госпіталізацій.

1. Дорофеев А. Э. Заболевания кишечника / А. Э. Дорофеев, Т. Д. Звягинцева, Н. В. Харченко – Горлівка: Ліхтар, 2010. – 532с.
2. Півторак К. В. Анемія у хворих на запальні захворювання кишечника: зв'язок з важкістю захворювання, диференційна діагностика та лікування : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.36 / Півторак Катерина Володимирівна. – Вінниця, 2009. – 231 с.

3. *Weiss G. Anemia of Chronic Disease / G. Weiss, L. T. Goodnough // New. Eng. J. Med. – 2005. – Vol. 352, N 10. – P. 1011–1023.*
4. *Степанов Ю. М. Анемії у гастроентерологічних хворих / Ю. М. Степанов, С. В. Косинська // Гастроентерологія : міжвід. зб. – Вип. 37. – Дніпропетровськ, 2006. – С. 361–365.*
5. *Gomollon F. Anemia and inflammatory bowel diseases / F. Gomollon, J. Gisbert // World J. Gastroenterol. – 2009. – V. 15, N 37. – P. 4659–4665.*
6. *Станіславчук М. А. Характеристика анемічного синдрому при неспецифічному виразковому коліті / М. А. Станіславчук, К. В. Півторак // Буковинський медичний вісник – 2008. – Т. 12, № 3. – С. 47–51.*
7. *Prevalence of anaemia in inflammatory bowel disease in Switzerland: A cross-sectional study in patients from privat practices and university hospitals / M. Voegtlin, S. R. Vavricka, A.M. Schoepfer [et al.] // JCC. – 2010. – V. 4, N 6. – P. 642–648.*
8. *Iron, anaemia, and inflammatory bowel diseases / C. Gasche, M. C. Lomer, I. Cavill [et al.] // Gut. – 2004. – V. 53, N 8. – P. 1190–1197.*
9. *Guidelines on the diagnosis and management of iron deficiency and anemia in inflammatory bowel diseases / C. Gasche, A. Berstad, R. Befrits [et al.] // Inflammatory Bowel Diseases. – 2007. – V. 13, № 12. – P. 1545–1553.*
10. *Козловская Л. В. Патогенез и клиническое значение анемии хронических заболеваний / Л. В. Козловская, В. В. Рамеев, И. А. Саркисова // Анемия. – 2005. – № 4. – С. 4–10.*

PREVALENCE OF ANAEMIA IN ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE

T.I. Boyko, M.V. Stoikevich, O.V. Sorochan, T.M. Tolstikova
SI “Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine”
(Dnipropetrovsk)

Analysis of 1325 patients with inflammatory bowel diseases (IBD) who were hospitalized in bowel diseases department of SI “Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine” during the past 5 years was performed. Anaemia was found in 24,3% of ulcerative colitis

(UC) and in 15,4% of Crohn's disease (CD) patients. Patients with severe disease suffered from anaemia more frequent ($p < 0,001$). 28,2% of UC patients and 48,9% of CD had relapses of disease and needed to multiple repeated hospitalization. More frequent was anaemia of I degree: 76,4% in UC and 83,3% in CD, accordingly, ($p < 0,001$).

УДК 616.3: 616.71– 007.234 – 036 – 092 – 08

Частота остеопенічного синдрому у хворих на хронічний безкам'яний холецистит за даними клініко – інструментального обстеження

Л.Н. Бобро, Е.В. Карая

Харківський національний медичний університет

Хронічні захворювання печінки та жовчно-вивідних шляхів супроводжуються вагомими порушеннями мінерального обміну, кальцій–регулюючих гормонів, що створює передумови дисбалансу процесів ремоделювання кісткової тканини та формування остеопенічного синдрому і остеопорозу [1, 2, 3].

Мета роботи: дослідити частоту та характер клініко – інструментальних ознак ураження кісткової тканини у хворих на хронічний безкам'яний холецистит.

Матеріали і методи. Піддано аналізу результати обстеження 62 хворих на хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ) у стадії загострення, які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні МКЛ №1 м. Харкова за період з 2009 по 2011 рр. Відбір хворих проведено відповідно до клінічних критеріїв включення і виключення. Критерії включення: наявність підтвердженого лабораторно-інструментальними методами ХБХ; вік на момент рандомізації від 20 до 70 років; наявність