



## Социально-демографическая характеристика, особенности течения и лечения язвенного колита в Нижегородской области

Злобин М. В., Алексеева А. А., Колодей Е. Н., Алексеева О. П.

Государственное бюджетное учреждение Нижегородской области «Нижегородская областная клиническая больница им. Н. А. Семашко» (ул. Родионова, д. 190, г. Нижний Новгород, 603126 Россия)

**Для цитирования:** Злобин М. В., Алексеева А. А., Колодей Е. Н., Алексеева О. П. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и лечения язвенного колита в Нижегородской области. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;214(6): 22–31. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-214-6-22-31

✉ Для переписки:

**Злобин**

**Максим**

**Валерьевич**

zlomax@list.ru

**Злобин Максим Валерьевич**, врач гастроэнтерологического отделения

**Алексеева Анастасия Алексеевна**, ординатор гастроэнтерологического отделения

**Колодей Елена Николаевна**, к.м.н., заведующая гастроэнтерологическим отделением

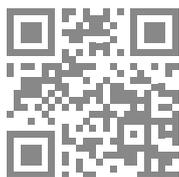
**Алексеева Ольга Поликарповна**, д.м.н., профессор, заведующая гастроэнтерологическим центром;

главный внештатный гастроэнтеролог Приволжского федерального округа

### Резюме

**Целью исследования** стало описание социально-демографической характеристики, особенностей течения и лечения пациентов с язвенным колитом. С марта 2019 г. по март 2021 г. осуществлялся сбор и систематизация информации о пациентах старше 18 лет в Нижегородской области, страдающих ВЗК. В регистр внесено и проанализировано 150 уникальных записей больных с язвенным колитом. По данным анализа число мужчин и женщин, страдающих язвенным колитом, сопоставимо — 47,3% и 52,7% соответственно. Медиана возраста всех пациентов — 43,0 года. Определение субъективной оценки времени появления первых симптомов установило, что медиана возраста приходится на 37,0 лет. Медиана продолжительности заболевания на момент включения в исследование составила 26,1 месяц. В течение первого года удается выявить патологию в 85,3% случаев: на сроке менее 3-х месяцев — 63,3%, в течение от 3-х до 6-ти месяцев — 16,0%, в период от 6-ти до 12-ти месяцев — 6,0%. Среди обследованных пациентов установлено преобладание тотального поражения толстой кишки — 54,6%; на втором месте — левосторонний вариант — 34,0%, реже всего встречался проктит — 11,3%. Согласно нашим данным, «усредненный пациент» — женщина либо мужчина среднего трудоспособного возраста, своевременно обращающийся за медицинской помощью, что позволяет установить диагноз в течение первых 3-х месяцев от появления симптомов; однако, несмотря на столь оптимистичное начало, в подавляющем числе случаев отмечается тотальное поражение толстой кишки и отсутствует адекватный контроль над заболеванием — сохраняется высокая активность заболевания (среднетяжелая атака) и рецидивирующее течение, что в свою очередь приводит к назначению повторных курсов кортикостероидов и лишь только в четверти случаев проводится смена терапии на генно-инженерные биологические препараты.

EDN: AWKCBK



**Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, региональные эпидемиологические особенности

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



# Socio-demographic characteristics, features of the course and treatment of ulcerative colitis in the Nizhny Novgorod region

M. V. Zlobin, A. A. Alekseeva, E. N. Kolodey, O. P. Alekseeva

Nizhny Novgorod N. A. Semashko Regional Clinical Hospital, (190 Rodionova str., Nizhny Novgorod, 603126, Russia)

**For citation:** Zlobin M. V., Alekseeva A. A., Kolodey E. N., Alekseeva O. P. Socio-demographic characteristics, features of the course and treatment of ulcerative colitis in the Nizhny Novgorod region. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;214(6): 22–31. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-214-6-22-31

✉ *Corresponding author:*

**Maksim V. Zlobin**  
zloimax@list.ru

**Maksim V. Zlobin**, doctor of the gastroenterology department; *ORCID 0000-0002-8200-3293*

**Anastasia A. Alekseeva**, resident of the gastroenterology department; *ORCID 0000-0001-5161-6436*

**Elena N. Kolodey**, candidate of the medical Sciences, head of the gastroenterology department, chief gastroenterologist of the Nizhny Novgorod; *ORCID 0000-0003-2329-071X*

**Olga P. Alekseeva**, M.D., D. Sc. (Medicine), head of the gastroenterology center; chief gastroenterologist of the Privolzhsky District; *ORCID 0000-0002-1475-6584*

## Summary

**The aim** of the study was to describe the socio-demographic characteristics, features of the course and treatment of patients with ulcerative colitis. From March 2019 to March 2021, information was collected and systematized on patients over 18 years old in the Nizhny Novgorod region suffering from IBD. The registry included and analyzed 150 unique records of patients with ulcerative colitis. According to the analysis, the number of men and women with ulcerative colitis is comparable: men — 47.3% and 52.7%. The median age of all patients was 43.0 [19.0–83.0] years. Determination of a subjective assessment of the time of onset of the first symptoms found that the median age is 37.0 [14.7–83.2] years. The median duration of the disease at the time of inclusion in the study was 26.1 [3.4; 104.5] month. During the first year, it is possible to detect pathology in 85.3% of cases: for a period of less than 3 months in 63.3% of patients, within 3 to 6 months in 16.0%, in the period from 6- up to 12 months in 6.0%. Among the examined patients, the prevalence of total colitis was established — 54.6%; in second place — the leftside colitis — 34.0%, the least common was proctitis — 11.3%. According to our data, the “average patient” will be a woman or a man of average working age who seeks medical help in a timely manner, which allows a diagnosis to be made within the first 3 months from the onset of the first symptoms; however, despite such an optimistic start, in the vast majority of cases there is a total colitis and there is no adequate control over the disease — high activity of the disease (moderate attack) and a chronic recurrent course remain, which in turn leads to the appointment of repeated courses of corticosteroids and only in a quarter of cases, therapy is changed to genetically engineered biological agents.

**Keywords:** inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, regional epidemiological features

**Conflict of interest.** Authors declare no conflict of interest.

## Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), включающие в себя язвенный колит и болезнь Крона, представляют собой неспецифическое (иммунное) воспаление желудочно-кишечного тракта, преимущественно кишечника, однако способного поражать другие органы и системы, что обуславливает их системный характер. ВЗК в основном диагностируются у молодых людей и ассоциируются со значительным снижением трудоспособности и повышением инвалидности.

В последние десятилетия отмечается подъем доли ВЗК в структуре заболеваемости развитых стран по причине увеличения и улучшения диагностики и снижения смертности. В систематическом

обзоре, посвященном заболеваемости и распространенности ВЗК в мире в 21 веке, отмечено, что к настоящему времени распространенность превышает 0,3% от общей численности населения в таких странах как Канада, США, Новая Зеландия, Дания, Германия и Великобритания [1]. В России же, согласно данным литературы, распространенность имеет большую вариабельность в зависимости от региона: в Московской области – 58 на 100 000 населения, в Республике Татарстан – 40 на 100 000, в Иркутской области – 74,9 на 100 000 [2].

Растущее бремя хронических заболеваний влечет за собой увеличение затрат – согласно отчету Объединенной европейской гастроэнтерологи-

ческой ассоциации за 2022 год из 353 миллионов евро, выделенных на финансирование проектов, связанных с заболеваниями пищеварительной системы, более 150 миллионов получили проекты, связанные с ВЗК [3]. Помимо прочего, отмечается изменение терапевтической цели при лечении ВЗК – с контроля симптомов на заживление слизистой оболочки; что стало возможно путем введения более эффективных, но и в то же время дорогостоящих способов лечения [4, 5]. По этой причине требуется выявление особенностей социально-демографических показателей, течения заболеваний и лечения ВЗК, позволяющих оценивать «в реальном времени» эффективность терапевтических подходов и прогнозирование на них затрат в каждом регионе.

Общенациональные эпидемиологические регистры позволяют оценить распространенность, частоту и характер течения заболеваний, исследовать возможные факторы риска, а также региональные и временные различия [6]. Помимо прочего, накапливаемые данные, не ограничены временными рамками (в отличие от клинических исследований) и могут включать в себя сведения о специфичных группах пациентов, такие как дети, беременные, пожилые люди, с выраженной коморбидностью и другие. В отношении ВЗК число регистров,

охватывающих населения целых стран, крайне невелико. В Европе большинство из них были проведены в странах с относительно небольшим населением в Северной или Центральной Европе и редко включали данные по странам Южной Европы [7–9]. Однако, большинство общенациональных исследований основано на административных данных, которые подвержены риску неправильной классификации и оценки [10]. По этой причине в последние годы все чаще начинают публиковаться результаты региональных регистров, стремящихся максимально подробно отразить характеристики течения болезни [11, 12].

Несмотря на предпринимаемые попытки, к настоящему времени в России отсутствует единый регистр пациентов с ВЗК, что обусловлено отсутствием возможности стандартизированного сбора информации. В виду этого особую ценность представляют отдельные региональные регистры, данных которых публикуются время от времени [13–17].

**Цель исследования** – описание социально-демографической характеристики, особенностей течения и лечения пациентов с язвенным колитом, обратившихся за медицинской помощью в ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н. А. Семашко» в 2019–2021 гг.

## Материалы и методы

С марта 2019 года по март 2021 года осуществлялся сбор и систематизация информации о пациентах, страдающих ВЗК. В исследовании предлагалось принять участие лицам старше 18 лет с установленным и подтвержденным диагнозом. Получение сведений выполнялось на амбулаторном визите, либо при госпитализации в гастроэнтерологическое отделение Нижегородской областной клинической больницы им. Н. А. Семашко с последующим ретроспективным анализом (работа в архиве) с целью верификации данных длительно болеющих людей, также проводились повторные очные визиты каждые 6–12 месяцев и удаленный мониторинг посредством телефонной связи. Проведение эпидемиологического исследования было одобрено локальным этическим комитетом.

Внесение информации о пациенте в регистр проводилось после добровольного подписания формы информированного согласия с предварительным указанием возможности отказа от участия без каких-либо последствий. Полученная информация заносилась в обезличенном виде в электронную таблицу и вклю-

чала в себя: пол, возраст, статус курения и социально-экономические условия (профессиональный статус, наличие инвалидности), время появления первых симптомов (со слов пациента), период установления диагноза, количество обострений и число госпитализаций за последние 12 месяцев, характер течения, активность воспалительного процесса, наличие внекишечных проявлений, оперативных вмешательств, протяженность поражения, данные клинического наблюдения, лабораторных, эндоскопических и гистологических исследований, проводимую терапию.

Компьютерная статистическая обработка результатов проводилась на основании программного обеспечения StatPlus: mac Pro 2017 (США). Статистические тесты проводились для двусторонней гипотезы, уровень статистической значимости принимался равным 0,05. Нормальность распределения количественных данных определялась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения данных применялся критерий Манна-Уитни (для данных, распределенных по закону, отличному от нормального).

## Результаты исследования

С марта 2019 года по март 2021 года внесено и проанализировано 216 уникальных записей (без учета динамических визитов наблюдения): язвенный колит 150 человек (69,4%), болезнь Крона – 66 пациентов (30,6%), таким образом соотношение язвенного колита и болезни Крона составило 2,27. С учетом преобладания пациентов с язвенным колитом, составляющего практически 2/3 пациентов,

принято решение сконцентрироваться на данной группе больных.

По данным нашего регистра число мужчин и женщин, страдающих язвенным колитом, сопоставимо: 71 мужчина (47,3±5,9%) и 79 женщин (52,7±5,6%), соотношение – 0,90. Медиана возраста мужчин составила 43,0 [19,0–74,0] года, у женщин – 44,0 [19,0–83,0] года; статистически

значимого различия между ними не получено ( $p = 0,36$ ). Таким образом медиана возраста всех пациентов – 43,0 [19,0–83,0] года.

Инвалидность установлена 40 пациентам, что составляет 26,7±3,6%, достоверной разницы между мужчинами и женщинами не выявлено (23,9±5,1% и 29,1±5,1% соответственно, при  $p = 0,45$ ). В структуре нарушений трудовой и бытовой жизнедеятельности отмечается преобладание 3 группы инвалидности, которая была признана у 29 человек или 19,3±3,2%, 2 группа – 7,3±2,1% (11 пациентов) от всей совокупности выборки, при этом не отмечено случаев установления 1 группы, когда причиной выступал язвенный колит.

С учетом установления медианы возраста 43 года для мужчин и 44 года для женщин, становится не удивительным, что большую часть составляют люди трудоспособного возраста – 79,3±3,3% или 119 человек. Анализ трудового статуса не показал убедительного снижения трудовой активности пациентов – продолжают работать 54,0±4,0% (81 человек), учатся 4,0±1,6% (6 человек) и только 1/5 выборки не имеет занятости (официально), что составляет 21,3±3,3% (32 человека). На долю лиц пенсионного возраста приходится 20,6±3,3% (31 человек). Между мужчинами и женщинами не выявлено статистически достоверных различий.

Оценка такого фактора риска как курение показало значимые различия между мужской и женской популяцией – мужской пол более склонен к курению как на момент течения болезни, так и в прошлом. Данные исследования показали, что курит в настоящем 23,9±5,1% (17 человек) мужчин против 1,2±1,2% (1 человек) женщин ( $p = 0,000$ ); аналогичная ситуация с людьми прекратившими курение – 19,7±4,7% против 2,5±1,7% соответственно ( $p = 0,001$ ); схожим образом обстоит ситуация с лицами никогда не курившими – 56,3±5,8% против 96,2±2,1% соответственно ( $p = 0,000$ ). Статистически достоверных корреляционных связей с тяжестью атаки, характером течения, распространенностью воспаления не выявлено.

Определение субъективной оценки времени появления первых симптомов установило, что медиана возраста приходится на 37,0 [14,7–83,2] лет. Проведение анализа, ставящего перед собой задачу определить декады жизни ассоциированные с наиболее высоким риском развития заболевания, показало, что подавляющее число случаев происходит до 49 лет: в возрасте до 29 лет – 30,0±3,7% случаев (45 человек), период 30–39 лет – 29,3±3,7% (44 человека), период 40–49 лет – 20,0±3,2% (30 человек). При этом не было обнаружено роста заболеваемости среди лиц старше 60 лет, также не было выявлено достоверных различий между мужской и женской популяцией (Рис. 1).

Медиана продолжительности заболевания на момент включения в исследование составила 26,1 [3,4; 104,5] месяц, что позволило провести оценку времени, затрачиваемого на диагностику заболевания. По данным нашего регистра медиана от момента появления первых симптомов до установления диагноза составила 2,0 [1,0; 4,0] месяца (Рис. 2). В течение первого года удается выявить патологию в 85,3±2,9% случаев (128 человек): на сроке менее 3-х

месяцев у 63,3±3,9% пациентов (95 человек), в течение от 3-х до 6-ти месяцев у 16,0±2,9% (24 человека), в период от 6-ти до 12-ти месяцев у 6,0±1,9% (9 человек). Таким образом доля лиц с поздней диагностикой заболевания составляет менее 15% (от 1-го года до 2-х лет – 5,3±1,8%, от 2-х до 5-ти лет – 4,6±1,7%, от 5-ти до 10 лет – 2,0±1,1%, более 10-ти лет – 1,3±0,9%). В отношении сроков установления диагноза не было выявлено достоверных различий между мужской и женской популяцией.

Среди обследованных пациентов установлено преобладание тотального поражения толстой кишки – 54,6±4,0% (82 человека); на втором месте – левосторонний вариант с долей в 34,0±3,8% (51 человек), реже всего встречался проктит – 11,3±2,5% случаев (17 человек). Анализ подгрупп выявил статистически достоверное различие в отношении распространения воспалительного процесса кишечника: мужчины оказались более склонны к тотальному колиту – 66,2±5,6% против 44,3±5,6% у женщин ( $p = 0,01$ ), в свою очередь левосторонний вариант встречался чаще у женщин – 41,7±5,5% против 25,3±5,1% у мужчин ( $p = 0,03$ ); в отношении проктита убедительной разницы не выявлено (Рис. 3).

Оценка тяжести атаки проводилась на основании клинических данных, результатах лабораторных и эндоскопических методов исследования, в связи с чем применялись критерии Truelove-Witts и индекс активности язвенного колита (индекс Мейо, 12 бальная шкала) [18]. При оценке среза регистра (Рис. 4), анализирующего выраженность атаки на момент обращения пациента за медицинской помощью, установлено, что в большинстве случаев встречается среднетяжелая атака – 65,3±3,8% (98 человек) по критериям Truelove-Witts и 57,3±4,0% (86 человек) согласно индексу Мейо, на втором месте легкая атака – 18,6±3,1% (28) и 23,3±3,4% (35) соответственно, доля случаев тяжелой атаки составила 12,6±2,7% (19) и 10,6±2,5% (16) соответственно, ремиссия выявлена в 3,3±1,4% (5) и 8,66±2,3% (13) случаев соответственно. Между мужчинами и женщинами не выявлено статистически достоверных различий.

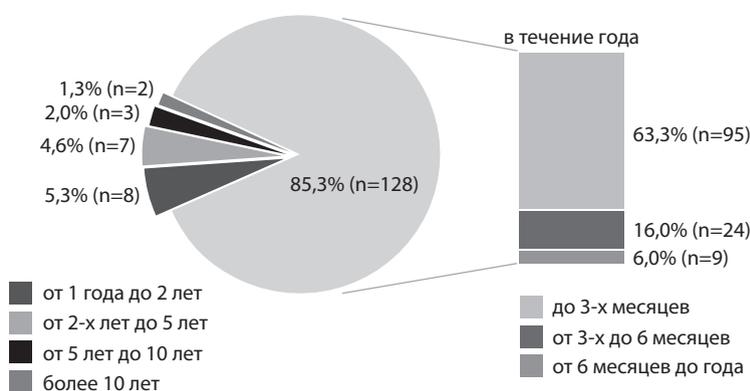
При исследовании анамнестических данных (Рис. 5), эпизодов обострения за предшествующие 12 месяцев, выявлено, что практически треть пациентов – 30,0±3,7% или 45 человек, – относится к острому течению заболевания с переходом в хроническое течение, лица с эпизодами ремиссии более 6-ти месяцев (хроническое рецидивирующее течение) составляют 56,0±4,0% случаев (84 человека), в свою очередь, непрерывное течение заболевания встречается у 14,0±2,8% пациентов. Анализ подгрупп не выявил достоверных отличий между мужчинами и женщинами.

Системные проявления выявлены у 18,3±3,2% или 29 пациентов (Рис. 6). Подавляющее большинство составили внекишечные проявления, связанные с активностью заболевания, а именно периферическая артропатия – 14,0±2,8% (21 человек). Другие аутоиммунные проявления, не связанные с активностью заболевания, представлены первичным склерозирующим холангитом и анкилозирующим спондилитом – 2,0±1,1% или 3 пациента

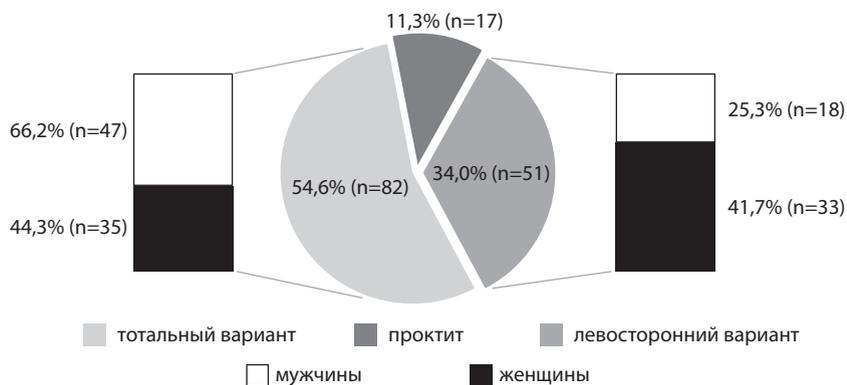
**Рисунок 1.** Распределение мужчин и женщин по возрасту на момент появления первых симптомов язвенного колита



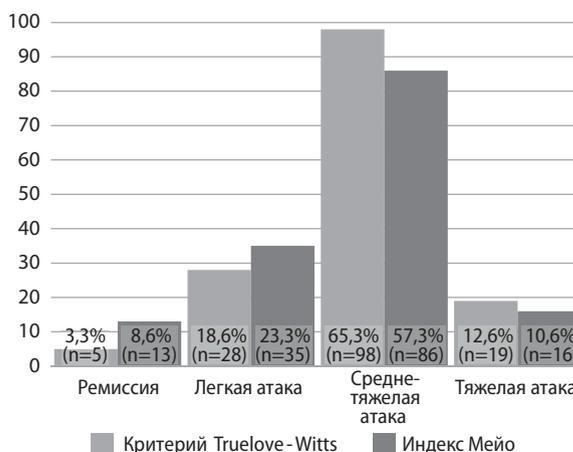
**Рисунок 2.** Распределение пациентов с язвенным колитом по времени установления диагноза от момента появления первых симптомов.



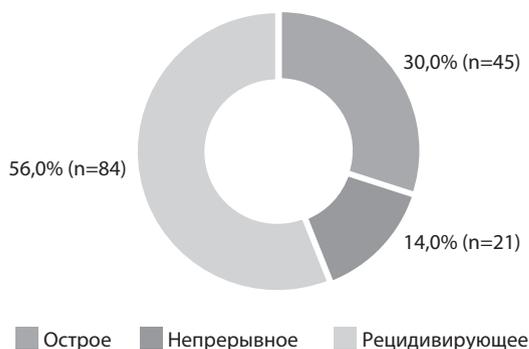
**Рисунок 3.** Распределение пациентов с язвенным колитом по распространенности воспалительного процесса толстой кишки.



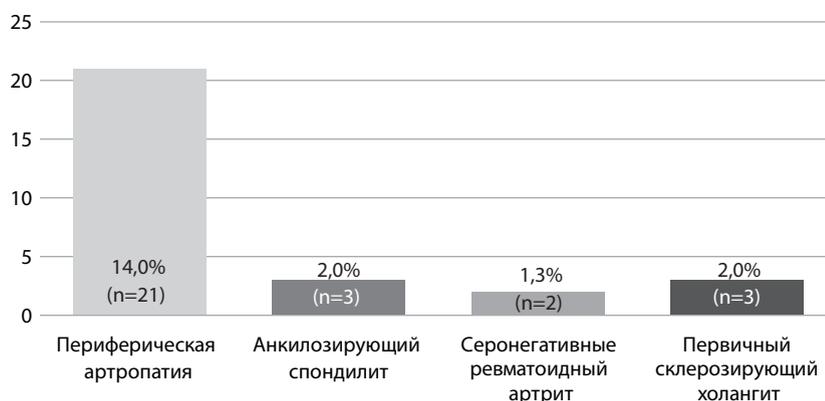
**Рисунок 4.** Распределение пациентов с язвенным колитом по степени тяжести атаки в зависимости от применяемых методов оценки.



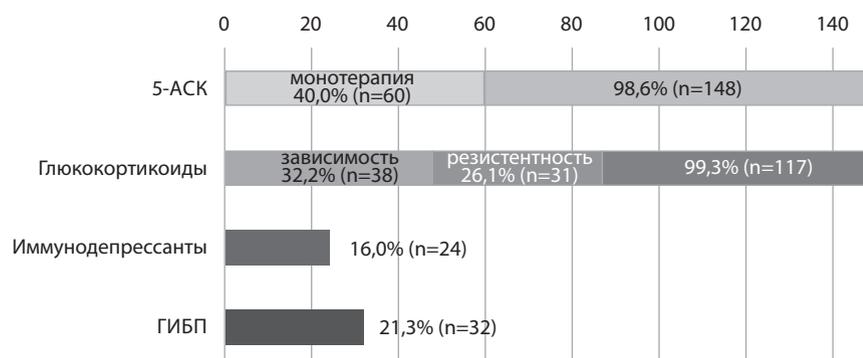
**Рисунок 5.**  
Распределение характера течения заболевания у больных язвенным колитом



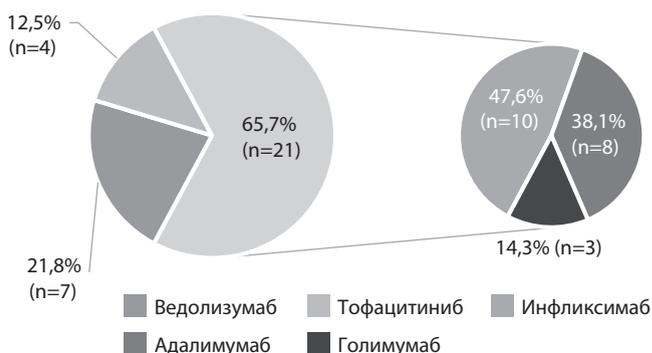
**Рисунок 6.**  
Распределение внекишечных проявлений у больных язвенным колитом



**Рисунок 7.**  
Распределение лекарственных препаратов по частоте применения у пациентов язвенным колитом



**Рисунок 8.**  
Распределения выбора генно-инженерных биологических препаратов при лечении пациентов с язвенным колитом



в каждом из случаев, реже всего встречалось ассоциированное ревматическое заболевание – серонегативный ревматоидный артрит –  $1,3 \pm 0,9\%$  (2 человека). Встречаемость внекишечных проявлений статистически не различалась в подгруппах мужчин и женщин.

Анализ данных регистра показал (Рис. 7), что терапия 5-аминосалициловой кислотой вне зависимости от формы и дозировки проводится в  $98,6 \pm 0,9\%$  случаев (148 человек), при этом монотерапия осуществляется только у  $40,0 \pm 4,0\%$  пациентов (60 человек). С целью проведения индукции ремиссии системные кортикостероиды получали 78% случаев (или 117 человек), при этом стоит отметить, что  $60,6 \pm 3,9\%$  пациентов (71 человек) проходили курс терапии более одного раза. Стероидорезистентность установлена у  $26,1 \pm 0,03\%$  (31 человек), стероидозависимость – у  $32,2 \pm 0,03\%$  (38 человек); статистически достоверных различий

между женщинами и мужчинами получено не было. Доля лиц, которым потребовалось включение в терапию иммунодепрессантов (азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат) с целью достижения ремиссии и получению кортикостероид-сберегающего эффекта составило  $16,0 \pm 2,9\%$  (24 человека). Генно-инженерные биологические препараты (Рис. 8), а также малые молекулы, назначены в  $21,3 \pm 3,3\%$  случаев (32 человека): лидирующую позицию по частоте применения занимают ингибиторы фактора некроза опухоли альфа –  $65,6 \pm 8,4\%$  назначений (инфликсимаб –  $47,6 \pm 10,9\%$  (10 человек), адалимумаб –  $38,1 \pm 10,6\%$  (8 человек), голимумаб –  $14,3 \pm 7,6\%$  (3 человека)), вторым по частоте стал ведолизумаб –  $21,8 \pm 7,3\%$  (7 человек), ингибитор JAK-киназы – тофацитиниб –  $12,5 \pm 5,8\%$  (4 человека). Хирургическое вмешательство потребовалось в  $2,7 \pm 1,3\%$  случаев (4 пациента) и заключалось в проведении гемиколэктомии.

## Обсуждение

Представляемый анализ конечных точек не может претендовать на абсолютную истину по причине ограниченного числа пациентов, однако данное исследование является результатом пилотного проекта и отражает потенциальный «портрет» пациента с язвенным колитом в Нижегородской области. Согласно нашим данным, «усредненный пациент» будет женщиной либо мужчиной среднего трудоспособного возраста, своевременно обращающийся за медицинской помощью, что позволяет установить диагноз в течение первых 3-х месяцев от появления первых симптомов; однако, несмотря на столь оптимистичное начало, в подавляющем числе случаев отмечается тотальное поражение толстой кишки и отсутствует адекватный контроль над заболеванием – сохраняется высокая активность заболевания (среднетяжелая атака) и хроническое рецидивирующее течение, что в свою очередь приводит к назначению повторных курсов кортикостероидов и лишь только в четверти случаев проводится смена терапии на генно-инженерные биологические препараты.

Опубликованные результаты исследований ESCAре и ESCAре-2, проводимых под руководством Е. А. Белоусовой [19], представляют собой систематический анализ проблемы ВЗК в России, а потому позволяют сравнить полученные данные с тенденциями, обозначенными ведущими центрами ВЗК в нашей стране.

Полученные данные о превалировании язвенного колита над болезнью Крона (соотношение 2,26) сопоставимы с результатами исследований в азиатских странах, где их соотношение достигает 2 и более раз, а также находит отражение в результатах ранее опубликованных российских регистров других регионов; аналогичное подтверждение получает и незначительное преобладание числа болеющих женщин над мужчинами [14, 16, 19–23].

При анализе данных российских региональных регистров не найдено описания социально-экономических условий, однако отмечается, что большинство – это городские пациенты

трудоспособного возраста, что соответствует нашим данным.

Принято считать, что курение имеет парадоксальную связь с ВЗК – увеличение рисков развития при болезни Крона и снижение при язвенном колите. В настоящем исследовании анализ данных показал отсутствие каких-либо защитных эффектов в отношении развития язвенного колита, о чем также неоднократно сообщалось в литературе [24, 25]. Выявленные статистически достоверные различия по статусу курения между мужчинами и женщинами с убедительной вероятностью объясняются социальными факторами, а не спецификой заболевания.

У большинства пациентов (более 50%) заболевание начиналось и было установлено в возрасте, до 45 лет – «первый» пик заболеваемости, однако убедительных данных, подтверждающих «второй» пик для лиц старше 60 лет и описываемый в литературе, в нашем исследовании не установлен [26].

Высокая доля установления диагноза (более 80%) в течение 1 года от момента появления симптомов отражает общую тенденцию – повышение доступности эндоскопических методов диагностики, но что наиболее важно – это настороженность врачей, в том числе и первичного звена, в отношении ВЗК, что стало возможным благодаря регулярному обучению врачей, проводимому на общероссийском и региональном уровнях ведущими специалистами в этой области и выпуску обновляемых методических рекомендаций по ЯК и БК, разработанных экспертами Российской гастроэнтерологической ассоциации, ассоциации колопроктологов России и общероссийской организации по изучению ВЗК. Аналогичная ситуация описана при сравнении данных полученных в ESCAре и ESCAре-2 – проводимые наблюдения с интервалом в 4 года отразили тренд на снижение времени установления диагноза [19]. Отдельно стоит отметить, что доля лиц с поздним подтверждением диагноза может быть обусловлена субъективной оценкой времени появления первых жалоб.

Течение язвенного колита преимущественно рецидивирующее (56,0%), при этом стоит отметить, что практически треть случаев заболевания (30,0%) – это впервые установленная нозология. Данное наблюдение может косвенно подтверждать направление к увеличению доли ВЗК в структуре заболеваемости. По данным нашего исследования в большем числе случаев (54,6%) превалирует тотальный колит, на втором месте – левосторонний колит (34,0%), и наименьшая доля – проктит (11,3%). Данный результат совпадает с наблюдениями, проведенными в рамках ESCApe-2, что в сравнении с ESCApe, заставляет высказать предположение о видоизменении язвенного колита – формировании тренда на распространенный характер воспалительного процесса. Отдельно стоит сказать о наличии достоверной разницы распространенности воспалительного процесса между мужчинами и женщинами. У мужчин чаще выявлен тотальный колит – 66,2% против 44,3% у женщин ( $p = 0,01$ ); в свою же очередь среди женщин чаще встречался левосторонний вариант – 41,7% против 25,4% соответственно ( $p = 0,03$ ), что может быть обусловлено более высоким уровнем комплаентности.

Анализ структуры тяжести атаки соответствует данным российских региональных регистров и характеризуется преобладанием умеренной / средней активности – около 60% случаев (по данным критерия Truelove-Witts 65,3%, индекс Мейо – 57,3%), и легкой степени обострения – около 20% пациентов (по данным критерия Truelove-Witts 18,6%, индекс Мейо – 23,3%). Расхождение долей при использовании разных интегральных оценок объясняется различными вводными данными, применяемыми при их подсчете, но статистически достоверных различий между ними получено не было.

Данные литературы сообщают, что порядка трети пациентов имеют системные проявления заболевания, при этом оценка данного состояния затрудняется тем, что один и тот же человек может иметь сразу несколько внекишечных проявлений [28, 29]. Наиболее распространенными считаются суставные, кожные и офтальмологические симптомы, а также состояния, поражающие гепатобилиарную систему. Согласно нашим данным, общее число пациентов

с выявленными внекишечными симптомами составляет 19,3%, то есть 1/5 часть. Наиболее распространенным проявлением является периферическая артропатия (артропатия I типа) – 14,0% случаев, другими выявляемыми системными проявлениями стали: анкилозирующий спондилит и первичный склерозирующий холангит – однако доля каждого из них не превышала 2%. Также не было установлено связи системных проявлений ЯК с полом, что описывается и в литературе [30].

Оценка проводимой терапии в нашем регистре показала, что практически все пациенты получают лечение 5-аминосалициловой кислотой вне зависимости от формы выпуска и дозировки – 98,6%, при этом только 40,0% случаев данная группа препаратов назначалась в качестве монотерапии. Данный показатель существенно превышает аналогичный в исследованиях ESCApe-2 и, тем более ESCApe, однако, с учетом доли тяжелого течения заболевания, критическая оценка позволяет сделать вывод о частом, формальном назначении данных лекарственных средств при лечении язвенного колита. Кортикостероиды с целью индукции ремиссии применялись у 58,0% человек, при этом указания на неоднократные курсы установлена у 20,0% пациентов. Изучение доли неадекватного ответа на терапию гормональными препаратами и сравнение результатов с данными ведущих российских центров показало, преобладание в нашей области доли стероидозависимости – 32,2%, и стероидорезистентности – 26,1%, против 21% и 23% соответственно [19]. Доля применения иммунодепрессантов составила всего 16,0%, что с одной стороны, является показателем неадекватного назначения данной группы препаратов с учетом высокой, в том числе и неоднократной, частоты применения кортикостероидов, но, с другой, может быть объяснено постепенно увеличивающейся долей биологических препаратов. В свою же очередь генно-инженерные биологические препараты, а также малые молекулы, в структуре терапевтических способов лечения составили 21,3%. Наиболее часто применяемыми продолжают оставаться лекарственные средства из группы ингибиторов фактора некроза опухоли-альфа – 65,6% назначений.

## Заключение

В мировой практике формирование регистров и динамическое их ведение становится все более популярным способом отслеживать течение заболевания в конкретном регионе, эффективность проводимой диагностической и лечебной тактики, проводить сравнение между сопоставимыми группами населения.

Изучение социально-демографической характеристики, особенностей течения и лечения пациентов с язвенным колитом в Нижегородской области установило наличие определенных закономерностей, совпадающих с Российскими показателями: половозрастной состав, возраст начала заболевания, распространенность и выраженность воспалительного процесса. При этом, согласно полученным данным, в Нижегородской области отмечается высокая доля пациентов, которым диагно

был установлен на основании комплексного обследования (включая эндоскопические и морфологические исследования) в течение первых 3-х месяцев от начала заболевания, что превышает общероссийский показатель. Анализ подходов к лечению выявил чрезмерное назначение препаратов группы 5-АСК вне зависимости от тяжести атаки, а также регулярное применение повторных курсов кортикостероидов, при достаточно низком уровне применения препаратов группы иммунодепрессантов, биологической терапии, малых молекул. Таким образом, создание и наполнение регистра пациентов с ВЗК позволит в течение времени более глубоко понимать проблему на региональном уровне и даст возможность прогнозировать и оптимизировать медицинскую помощь с учетом формирующихся трендов.

## Литература | References

- Ng, S.C., Shi, H.Y., Hamidi N., et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2017 Dec 23;390(10114):2769–2778. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32448-0.
- Knyazev O. V., Belousova E. A., Abduganieva D. I., et al. Real world practice of medical treatment for moderate and severe inflammatory bowel diseases in Russian Federation, Republic of Belarus and Republic of Kazakhstan: intermediate results of the INTENT study. *Almanac of Clinical Medicine*. 2021;49(7):443–454. (in Russ.) doi: 10.18786/2072-0505-2021-49-061  
Князев О. В., Белоусова Е. А., Абдулганиева Д. И. и др. Реальная практика лекарственной терапии среднетяжелых и тяжелых форм воспалительных заболеваний кишечника в России, Республике Беларусь и Республике Казахстан. Промежуточные результаты исследования INTENT. Альманах клинической медицины. 2021;49(7):443–454. doi: 10.18786/2072-0505-2021-49-061.
- Available at: <https://ueg.eu/p/61#whitebhttps://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/births-deathsandmarriages/deaths/bulletins/alcohol-specific-deaths-in-the-uk/2021-registration-look>. Access 27.01.2023.
- Targownik, L.E., Kaplan, G.G., Witt, J., et al. Longitudinal Trends in the Direct Costs and Health Care Utilization Ascribable to Inflammatory Bowel Disease in the Biologic Era: Results From a Canadian Population-Based Analysis. *Am. J. Gastroenterol*. 2020, 115, 128–137. doi: 10.14309/ajg.0000000000000503.
- Burisch, J., Vardi, H., Schwartz, D., et al. Health-care costs of inflammatory bowel disease in a pan-European, community-based, inception cohort during 5 years of follow-up: A population-based study. *Lancet Gastroenterol. Hepatol*. 2020 May;5(5):454–464. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30012-1.
- Last J.M. A Dictionary of Epidemiology. In: Last JM, Harris SS. (Hrsg.) New York: New York Oxford University Press; 2000.
- Björnsson S., Tryggvason F., Jonasson J.G., et al. Incidence of inflammatory bowel disease in Iceland 1995–2009. A nationwide population-based study. *Scand. J. Gastroenterol*. 2015;50(11):1368–75. doi: 10.3109/00365521.2015.1047792.
- Kurti Z., Vegh Z., Golovics P.A., et al. Nationwide prevalence and drug treatment practices of inflammatory bowel diseases in Hungary: A population-based study based on the National Health Insurance Fund database. *Dig. Liver Dis*. 2016 Nov;48(11):1302–1307. doi: 10.1016/j.dld.2016.07.012.
- Lophaven S.N., Lynge E., Burisch J. The incidence of inflammatory bowel disease in Denmark 1980–2013: A nationwide cohort study. *Aliment. Pharmacol. Ther*. 2017 Apr;45(7):961–972. doi: 10.1111/apt.13971.
- Greenland S. Validity and bias in epidemiological research. In Oxford Textbook of Public Health, 5th ed.; Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M.A., Gulliford, M., Eds.; Oxford University Press: Oxford, UK, 2009.
- Chaparro M., Garre A., Núñez Ortiz A., et al.; The Epidem IBD Study Group Of Geteccu. Incidence, Clinical Characteristics and Management of Inflammatory Bowel Disease in Spain: Large-Scale Epidemiological Study. *J Clin Med*. 2021 Jun 29;10(13):2885. doi: 10.3390/jcm10132885.
- Martins K.R., Araujo J.M., Cruz A.C., Luiz-Ferreira A. Epidemiologic aspects of inflammatory bowel disease in the Western region of Minas Gerais State. *Arq Gastroenterol*. 2021 Jul-Sep;58(3):377–383. doi: 10.1590/S0004-2803.202100000-63.
- Osipenko M. F., Valuyskih E. Y., Svetlova I. O., Kulygina Y. A., Skalinskaya M. I., Bikbulatova E. A., Krasner Y. A. The value of the register with inflammatory bowel disease to assess the effectiveness of diagnostic and treatment activities. *Eksp Klin Gastroenterol*. 2016;(9):42–47. English, Russian. PMID: 29889394.  
Осипенко М. Ф., Валуйских Е. Ю., Светлова И. О. и др. Значение регистра воспалительных заболеваний кишечника для оценки качества лечебно-диагностических мероприятий. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2016; 133 (9): 42–47.
- Bakulin I.G., Skalinskaya M.I., Skazyvaeva E.V. North-Western register of patients with inflammatory bowel diseases: achievements and lessons learned. *Koloproktologia*. 2022;21(1):37–49. (in Russ.) doi: 10.33878/2073-7556-2022-21-1-37-49.  
Бакулин И. Г., Скалинская М. И., Сказываева Е. В. Северо-Западный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: достижения и уроки. Колопроктология. 2022; т. 21, № 1, с. 37–49.
- Abduganieva D.I., Bodryagina E.S., Odintsova A.Kh. The Clinico-epidemiological indices of intestine inflammatory diseases in the republic of Tatarstan. *Lechaschi Vrach*. 2013;(7):21–26. (in Russ.)  
Абдулганиева Д. И., Бодрягина Е. С., Одинцова А. Х. Клинико-эпидемиологические показатели воспалительных заболеваний кишечника по Республике Татарстан. Лечащий врач. 2013; 7: 21–26.
- Osipenko M. F., Valuyskih E. Yu., Svetlova I. O., Kulygina Yu.A., Skalinskaya M. I., Bikbulatova E. A., Krasner Ya. A. Register of inflammatory bowel diseases in Novosibirsk – 2016. *The Siberian Scientific Medical Journal*. 2017; 37(1): 61–67. (in Russ.)  
Осипенко М. Ф., Валуйских Е. Ю., Светлова И. О. и соавт. Регистр воспалительных заболеваний кишечника в г. Новосибирске: итоги – 2016. Сибирский научный медицинский журнал. 2017; 37 (1): 61–67.
- Bakulin I.G., Shkurko T.V., Parfenov A.I., Knyazev O.V., et al. On the issue of the prevalence and incidence of inflammatory bowel diseases in Moscow. *Pharmateka*. 2016; 2 (315): 69–73. (in Russ.)  
Бакулин И. Г., Шкурко Т. В., Парфенов А. И., Князев О. В., и соавт. К вопросу о распространенности и заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника в Москве. Фарматека. 2016; 2 (315): 69–73.
- Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Belousova E.A.: Abduganieva D.I. et al. Clinical guidelines Ulcerative colitis. Ministry of Health of the Russian Federation. 2020. (in Russ.)  
Ивашкин В. Т., Шельгин Ю. А., Белоусова Е. А.: Абдулганиева Д. И. и соавт. Клинические рекомендации Язвенный колит. 2020; Министерство здравоохранения Российской Федерации.
- Belousova E. A., Abduganieva D. I., Alexeeva O. P., et al. Social and demographic characteristics, features of disease course and treatment options of inflammatory bowel disease in Russia: results of two multicenter studies. *Almanac of Clinical Medicine*. 2018;46(5):445–463. (in Russ.) doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463.  
Белоусова Е. А., Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П. и др. Социально-демографическая характеристика

- ка, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018;46(5):445–63. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463.
20. Simian D., Fluxá D., Flores L., Lubascher J, et al. Inflammatory bowel disease: A descriptive study of 716 local Chilean patients. *World J Gastroenterol.* 2016 June 14, vol. 22 (22), pp. 5267–5275. doi: 10.3748/wjg.v22.i22.5267
  21. Yepes I., Carmona R., Díaz F., Marín-Jiménez I. Prevalence and demographic characteristics of inflammatory bowel disease in Cartagena, Colombia. *Rev Col Gastroenterol.* 2010;25(2):106–109.
  22. Victoria C.R, Sassak L. Y., Nunes H. R. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. *Arq Gastroenterol.* 2009 Jan-Mar;46(1):20–5. doi: 10.1590/s0004-28032009000100009.
  23. Ng S.C., Zeng Z., Niewiadomski O., Tang W., et al. Early Course of Inflammatory Bowel Disease in a Population-Based Inception Cohort Study From 8 Countries in Asia and Australia. *Gastroenterology.* 2016 Jan;150(1):86–95. e3; quiz e13–4. doi: 10.1053/j.gastro.2015.09.005.
  24. Malik T. A. Inflammatory Bowel Disease: Historical Perspective, Epidemiology, and Risk Factors. *Surg Clin North Am.* 2015 Dec;95(6):1105–22, v. doi: 10.1016/j.suc.2015.07.006.
  25. Kuenzig M. E., Lee S. M., Eksteen B., et al. Smoking influences the need for surgery in patients with the inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis incorporating disease duration. *BMC Gastroenterol.* 2016 Dec 21;16(1):143. doi: 10.1186/s12876-016-0555-8.
  26. Khalif I. L. Inflammatory bowel disease: current opportunities and unsolved problems in drug therapy. *Consilium Medicum.* 2015, no. 1, p. 33–34. (in Russ.)  
Халиф И. Л. Воспалительные заболевания кишечника: современные возможности и нерешенные проблемы в лекарственной терапии. *Consilium Medicum.* 2015, № 1, с. 33–34.
  27. Zaharie R., Tantau A., Zaharie F., Tantau M., et al. Diagnostic Delay in Romanian Patients with Inflammatory Bowel Disease: Risk Factors and Impact on the Disease Course and Need for Surgery. *J Crohns Colitis.* 2016 Mar, 10 (3), pp. 306–314. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv215.
  28. Walldorf J., Twarz M., Schober C., et al. High frequency of secondary, but not primary ocular manifestations of inflammatory bowel disease in patients treated at a tertiary care center. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2018 Dec;30(12):1502–1506. doi: 10.1097/MEG.0000000000001248.
  29. Karmiris K., Avgerinos A., Tavernaraki A., et al. Prevalence and Characteristics of Extra-intestinal Manifestations in a Large Cohort of Greek Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis.* 2016;10(4):429–436. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv232.
  30. Severs M., Spekhorst L. M., Mangan M. J.J., et al. Sex-related differences in patients with inflammatory bowel disease: results of 2 prospective cohort studies. *Inflamm Bowel Dis.* 2018; 24 (6): 1298–1306. doi: 10.1093/ibd/izy004.