

Секция «Фундаментальная медицина»

Особенности хронических воспалительных заболеваний кишечника, ассоциированных с первичным склерозирующим холангитом.

Александрова Екатерина Александровна

Аспирант

ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М.Сеченова, ФППК, Москва, Россия

E-mail: katja52@yandex.ru

Цель: Определение особенностей язвенного колита и болезни Крона у больных с первичным склерозирующим холангитом (ПСХ).

Материалы и методы: Работа выполнена на кафедре терапии и профболезней медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Изучены клинические, лабораторные и инструментальные данные самой крупной в России группы больных ПСХ - 93 больных первичным склерозирующим холангитом, госпитализированных в период с 1983 по 2011 г. в Клинику нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М.Тареева. Диагноз ПСХ устанавливался на основании характерных клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических признаков после исключения других причин хронического холестаза. Всем больным проводилось подробное обследование с целью диагностики различных системных проявлений ПСХ (в том числе, наиболее частых из них - язвенного Колита и болезни Крона).

Результаты и обсуждение: У большинства больных ПСХ (74,3%) были выявлены хронические воспалительные заболевания кишечника как внепеченочные проявления ПСХ - чаще всего встречался язвенный колит (у 51,6% больных ПСХ, 48 больных), реже - болезнь Крона (15,1%, 14 больных) и недифференцированное воспалительное заболевание кишечника (7,6%, 7 больных).

Язвенный колит был выявлен до установления диагноза ПСХ у 32 больных, в среднем за 10,3 года до ПСХ (от 1 года до 30 лет); одновременно с ПСХ - у 13 больных, после выявления ПСХ - у 1 больного (через 1 год после установления диагноза ПСХ). Соотношение мужчин и женщин с язвенным колитом при ПСХ составило 1,7:1 (62,5% и 37,5%, соответственно). То есть, при ПСХ мужчины заболевают язвенным колитом чаще, чем женщины. У большинства больных (96% в группе с язвенным колитом при ПСХ) был выявлен тотальный колит (44 больных), левосторонний колит - у 1 больного, проктосигмоидит - у 1 больного, что согласуется с данными зарубежных исследований. Ретроградный илеит был зарегистрирован у 5 больных (10,9% в группе больных с сочетанием ПСХ и язвенного колита), что позволяет говорить о меньшей распространенности ретроградного илеита по сравнению с данными зарубежных авторов (у 12-17% больных с язвенным колитом). Язвенный колит при ПСХ протекал преимущественно в мягкой форме (у 22 больных степень тяжести язвенного колита расценивалась как легкая, у 7 пациентов - средней тяжести, у 19 больных - тяжелое течение). Таким образом, язвенный колит у больных ПСХ был преимущественно легкой степени, что соответствует данным мировой литературы о характере течения язвенного колита при ПСХ.

Болезнь Крона была выявлена за 1 год до установления диагноза ПСХ у 2 больных, одновременно с ПСХ - у 12 больных, через 1 год после установления диагноза ПСХ - у

2 больных. Распределение по полу больных с ПСХ и болезнью Крона оказалось противоположным тому, что выявили при изучении язвенного колита при ПСХ: соотношение мужчин и женщин с болезнью Крона составило 1:1,8 (35,7% мужчин с болезнью Крона при ПСХ и 64,3% женщин). То есть, при ПСХ женщины заболевают болезнью Крона чаще, чем мужчины. Причина отличий распределения частоты развития язвенного колита и болезни Крона при ПСХ в зависимости от пола от распространенности у мужчин и женщин без ПСХ остается неясной, однако необходимо учитывать эти особенности при обследовании кишечника у больных с ПСХ. У 2 больных с болезнью Крона в воспалительный процесс была вовлечена только тонкая кишка, у 4 больных – только толстая кишка, у 8 больных – и тонкая, и толстая кишка. То есть, в группе больных с ПСХ в сочетании с болезнью Крона (14 больных) поражение толстой кишки отмечено в 81,3% случаев. Эта особенность болезни Крона (преимущественное поражение толстой кишки при сочетании болезни Крона с ПСХ) подтверждается и данными мировой литературы. Болезнь Крона у 4 больных расценивалась как легкая, у 9 пациентов - средней тяжести, у 1 больных - тяжелое течение). Таким образом, болезнь Крона при ПСХ имеет более агрессивное течение, чем язвенный колит, поэтому таким больным необходимо регулярное эндоскопическое исследование, которое поможет выявлять дисплазию эпителия толстой кишки на ранних стадиях, что позволит вовремя провести хирургическое лечение и снизить смертность больных от рака толстой кишки.

Выводы: 1) У большинства больных ПСХ в качестве внепеченочных проявлений имеются хронические воспалительные заболевания кишечника, чаще всего язвенный колит. 2) Язвенный колит нередко на несколько лет предшествует клиническому дебюту ПСХ. 3) Мужчины больше подвержены развитию язвенного колита, а женщины - болезни Крона при ПСХ. 4) Болезнь Крона при ПСХ имеет более агрессивное течение, чем язвенный колит. 5) Необходим скрининг всех больных ПСХ на предмет наличия у них поражения кишечника как системного проявления.

Литература

1. Cameron J.L., Pitt H.A., Zinner M.J. et al. Resection of Hepatic Duct Bifurcation and Transhepatic Stenting for Sclerosing Cholangitis. // Ann. Surg. 1988. Vol. 207, No. 5. P. 614-620.
2. Haskell H., Andrews C.W.Jr., Reddy S.I. et al. Pathologic features and clinical significance of "backwash" ileitis in ulcerative colitis. // Am. J. Surg. Pathol. 2005. Vol. 29, No. 11. P. 1472-1481.
3. Weismüller T.J., Wedemeyer J., Kubicka S. et al. The challenges in primary sclerosing cholangitis – Aetiopathogenesis, autoimmunity, management and malignancy. // J. Hepatol. 2008. Vol. 48. P. S38–S57.

Слова благодарности

Выражаю искреннюю признательность и благодарность директору Клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней академику РАН и РАМН, профессору Н.А.Мухину за доброе отношение, чуткое и внимательное руководство и большую помощь в моей работе. Особенную благодарность выражаю доценту Э.З.Бурневичу за ценные советы при работе над исследованием.