



В.І. Вдовиченко, Я.В. Нагурна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

## Запальні захворювання кишки (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт): поширеність, чинники ризику, клінічні форми

### Ключові слова

Хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, поширеність, клінічні форми, чинники ризику.

Постійний інтерес до вивчення хронічних захворювань кишкового тракту зумовлений зростанням захворюваності на цю патологію у світі. До прикладу, у Західній Європі та США частота виявлення неспецифічного виразкового коліту (НВК) становить 70–150, у Швейцарії – 5,8, у Фінляндії – 7,0, у Данії – 7,8, у Бельгії – 10,8, в Англії – 14,8, хвороби Крона (ХК) у Західній Європі та США – 70–100, у Швеції – 6,0, у Данії – 9,5, в Ізраїлі – 6,9, у Росії – 3,5 випадку на 100 тис. населення [6, 27]. Більше половини хворих – це особи віком 20–40 років. Середній вік на момент виникнення захворювання становить 29 років. Жінки хворіють в 1,5 разу частіше, захворювання у них перебігає тяжче, а смертність – удвічі вища, ніж у чоловіків. Дані щодо поширеності, наведені в літературі, не завжди відповідають дійсності, оскільки зазначені захворювання мають широкий діапазон позакишкових виявів, що часто є причиною складності їхньої діагностики. В Україні поширеність цих захворювань досі не з'ясовано.

Запальні захворювання кишкового тракту (НВК і ХК) є найбільш тяжкими і поширеними його видами. В основі цих захворювань лежить хронічне запалення насамперед слизової оболонки кишки [28]. Однак досі етіологія, механізми формування запальної реакції в кишково-му тракті, які призводять до порушення функціонування органа, а також захисних сил організму при НВК і ХК, остаточно не з'ясовані.

Виділяють такі чинники ризику розвитку запальних захворювань кишки:

- генетичний (часте виявлення захворювання в однойцевих близнюків та рідних братів, приблизно у 17 % випадків пацієнти мають родичів з наявним захворюванням. Виявлено 25 варіантів генних мутацій, пов'язаних із зазначеними захворюваннями);
- мікробний (його роль не підтверджено остаточно, проте результати окремих досліджень доводять можливість інфікування);
- порушення проникності кишкового бар'єра;
- чинники довкілля (нікотин: у запалених курців НВК трапляється рідше, ніж у тих, хто не курить; при ХК куріння в кілька разів збільшує ризик захворювання; лікарські препарати: нестероїдні протизапальні препарати; нераціональне харчування: значне зростання частоти цієї патології у країнах, де в раціоні використовують «fast food»);
- порушення імунної відповіді (системне ураження органів дає підставу припустити аутоімунну етіологію захворювання; порушення регуляції місцевої імунної відповіді лежить в основі розвитку запальної реакції кишки).

Таким чином, генетична схильність, можливість імунної відповіді, вплив екзогенних чинників за наявності низки ендогенних порушень призводять до розвитку хронічного запалення слизової оболонки кишки [29, 32, 36, 37].

НВК – це хронічне запальне захворювання товстого кишкового тракту, яке характеризується поя-

вою на слизовій оболонці кишки виразок. Зазвичай НВК розвивається в нижніх відділах товстого кишечника (в прямій і сигмоподібній кишці), може поширюватися на розташовані вище відділи товстого кишечника, в окремих випадках уражаючи його на всьому протязі.

*Класифікація за Ю.В. Балтайтісом і співавт., 1996; Г.А. Григор'євою, 1996*

1. Перебіг:
  - а) блискавичний,
  - б) гострий,
  - в) хронічний,
  - г) рецидивний,
  - д) безперервно рецидивний.
2. Ступінь тяжкості:
  - а) легкий,
  - б) середньої тяжкості,
  - в) тяжкий.
3. Поширеність ураження:
  - а) тотальний коліт з ретроградним ілеїтом або без нього,
  - б) лівобічний коліт,
  - в) дистальний коліт (проктосигмоїдит, проктит).
4. Активність запалення (за даними ендоскопії):
  - а) виражена,
  - б) помірна,
  - в) мінімальна.
5. Наявність ускладнень:
  - а) системні,
  - б) місцеві.

ХК (термінальний ілеїт) — це хронічне запальне захворювання травного каналу, яке зазвичай уражує кінцевий відділ тонкої кишки і товстий кишечник (тонка і сліпа кишки). Проте трапляються випадки, коли ХК вражає й інші відділи травного каналу (ротову порожнину, стравохід, пряму кишку тощо) [30, 34, 39]. Уперше захворювання як окрему нозологічну одиницю описали американські вчені В. Сгоhn та співавт. у 1932 р., хоча поодинокі випадки подібного захворювання описано у XVIII і XIX ст.

*Класифікація А.Р. Златкіної, А.В. Фролівкса (1985) з доповненнями*

1. Поширеність патологічного процесу:
  - а) регіональний ентерит,
  - б) гранульоматозний коліт,
  - в) термінальний ілеїт,
  - г) позакишкова локалізація.
2. Стадія:
  - а) початкові вияви,
  - б) виражена клінічна картина,
  - в) ускладнення.
3. Клінічний перебіг:
  - а) гостра,

- б) хронічна,
  - в) рецидивна.
4. Фаза перебігу:
    - а) загострення,
    - б) затухання загострення,
    - в) ремісія.
  5. Тяжкість перебігу:
    - а) легкий,
    - б) середньої тяжкості,
    - в) тяжкий.

Клінічна картина характеризується різноманітним виявом, характер яких визначається локалізацією і гостротою розвитку патологічного процесу. Найчастіше ознаки в дебюті захворювання мають стертий, невизначений характер, тому цей період ще називають латентним. Він триває від 2 до 5 років, а іноді і довше [35].

Основними симптомами НВК та ХК є періодична діарея (пронос) — рідке випорожнення, позиви до дефекації до 6 і більше разів на добу. Домішки крові в калі зазвичай з'являються при ураженні кінцевого відділу тонкої кишки або товстого кишечника [5, 23]. Біль у животі — постійний або переймоподібний, може відчуватися на обмеженій ділянці живота (у правому боці) або бути розлитий по всьому животу. Підвищення температури тіла зазвичай до 38–39 °С (у період загострення хвороби), зниження маси тіла, втрата апетиту, загальна слабкість, сухість у роті, постійна спрага [1]. НВК і ХК перебігає тривалий час. У розвитку цих захворювань спостерігають періоди загострення і ремісії. У період загострення симптоми захворювання можуть бути вираженими, а в період ремісії — відсутні. Зазначені захворювання часто характеризуються наявністю позакишкових виявів, у низці випадків ці ураження можуть передувати появі кишкових симптомів [12, 26]. Позакишкові вияви спостерігаються у хворих юнацького віку рідше, ніж у більш старшому віці [8, 13, 24]. Серед них вирізняють:

- а) ураження шкіри (найчастішими шкірними виявами є вузлова еритема, гангренозна піодермія, пустульозний дерматоз) [2];
- б) ураження порожнини рота (афтозний стоматит, виразки і тріщини в ділянці губ);
- в) ураження суглобів: артрити, сакроілеїт, анкілозуючий спондиліт;
- г) захворювання очей трапляються в 4–5 % випадків (іридоцикліти, увеїти, склерити, епісклерити);
- д) ураження печінки можна розглядати як ускладнення основного захворювання та його медикаментозної терапії (жировий гепатоз, хронічний гепатит з переходом у цироз, склерозуючий холангіт, жовчнокам'яна хвороба) [15];

е) ураження нирок включає гострий гломерулонефрит, сечокам'яну хворобу, амілоїдоз.

Розвиток позакишкових виявів пояснюють підвищеною агресивністю імунної системи проти власних тканин, що й спричинює такі ознаки імунного запалення [4, 10, 17, 21].

Іншою важливою ланкою розвитку цієї патології є частота ускладнень, що розвиваються у разі неможливості ранньої діагностики та лікування. Серед них виділяють такі:

- а) перфорація стінки кишки з розвитком перитоніту;
- б) розвиток рубцевої тканини, що призводить до кишкової непрохідності;
- в) виразки, які призводять до кровотечі;
- г) токсичний мегаколон;
- д) нориці.

Ризик розвитку раку кишечника різко зростає при тривалості ХК і НВК понад 10 років [18, 25]. Розвиваючись протягом багатьох років, як НВК, так і ХК призводять до значних змін кишечника: рубцювання і потовщення стінок кишечника, атрофії слизової оболонки, зменшення всмоктувальної здатності слизової оболонки кишечника [3, 33].

Для проведення диференційної діагностики необхідно враховувати дані клінічної картини та лабораторних методів досліджень, що створює певні труднощі через поширеність позакишкових виявів [9, 11]. Серед першочергових методів досліджень основним є визначення рівня кальпротектину — білка, який продукується нейтрофілами слизової оболонки кишечника. Високий рівень кальпротектину свідчить про активність запального процесу в слизовій оболонці кишечника, його вміст також підвищується як і при розгорнутій картині НВК та ХК, так і при початкових виявах розвитку цих захворювань. На наступному етапі застосовують один із інструментальних методів дослідження: ректороманоскопію, колоноскопію, іригоскопію, рентгенографію, комп'ютерну томографію [22].

Основним методом діагностики запальних захворювань кишки досі залишається ендоскопічне

дослідження товстої кишки з біопсією та подальшим гістологічним дослідженням біоптату. При цьому виявляють комбінацію різних ознак (еритема, набряк, згладженість складок, стертість судинного рисунка, зернистість слизової оболонки, ерозії, виразки, геморагії, кровоточивість, псевдополіпи тощо). На жаль, цей метод можна застосувати не на всіх стадіях захворювання [7, 14, 19]. Диференційну діагностику НВК та ХК необхідно проводити з великою кількістю інфекційних (сальмонельоз, шигельоз, псевдомембранозний коліт, псевдотуберкульоз, коліт, асоційований з *E. coli*, амебіаз, гонорейний та хламідійний проктит, дизентерія) та неінфекційних (апендицит, ішемічний коліт, радіаційний коліт та ентерит, мезентерит, лімфома кишечника, целякія, хвороба Гіршпрунга, хвороба Вілла, ендометріоз) захворювань.

Найскладнішою залишається диференційна діагностика НВК і ХК. У 15–20 % випадків їх не вдається точно розрізнити (таблиця) [38].

ХК переважно виявляється як локальний процес, який починається з підслизового шару кишки й має схильність до поширення за межі її стінок з утворенням інфільтратів, абсцесів і нориць. Виявлення гранульом, а під час мікроскопічного дослідження — скупчення лімфоцитів, нейтрофілів, плазматичних клітин і клітин Пирогова—Лангханса підтверджують діагноз. НВК переважно первинно вражає слизову оболонку всієї товстої кишки та супроводжується виділенням з калом великої кількості крові й слизу, що не так характерно для ХК. Для ХК властивий активніший перебіг порівняно з НВК [31]. Також існує велика кількість макроскопічних (потовщення кишкової стінки, звуження просвіту, зливні лінійні виразки, глибокі тріщини і свищі тощо) та мікроскопічних (трансмуральне запалення, підслизова інфільтрація, фіброз, вогнищеві гранульоми та ін.) ознак диференціації ХК від НВК. Найточніший діагностиці сприяє застосування сучасних методів ендоскопічного дослідження з біопсією слизової оболонки та гістологічним підтвердженням діагнозу.

Таблиця. Диференційні ознаки НВК і ХК

Ознака	НВК	ХК
Запалення прямої кишки	Є завжди	У 20 % випадків
Періанальні ураження	Рідко	Часто
Нориці	Рідко	Часто
Дифузне ураження	Характерне	Рідко
Ураження термінального відділу здухвинної кишки	Рідко	Часто
Поздовжні виразки	Немає	Часто
Афти	Немає	Часто

Таким чином, проблема запальних захворювань кишки (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт) нині є актуальною. Необхідні додаткові дослідження для виявлення пошире-

ності цих захворювань, розробки методів їхньої ранньої діагностики, особливо у пацієнтів з позакишковими виявами, вивчення чинників ризику для розробки програми їхньої профілактики.

## Список літератури

- Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит: Пер. с нем. А.А. Шептулина.— М.: Гэотар-Мед, 2001.— 528 с.
- Белоусова Е.А. Епідеміологія запальних захворювань кишечника в Росії // Основи та принципи лікування запальних захворювань кишечника.— СПб, 1996.— 11 с.
- Бурковская В.А., Белобородова Э.И., Глинская О.Н. и др. Внешнесекреторная функция поджелудочной железы у больных язвенным колитом // Клини. медицина.— 2010.— № 1.— С. 46.
- Геллер Л.И., Геллер А.Л. Внекишечные осложнения неспецифического язвенного колита и болезни Крона // Советская медицина.— 1987.— № 12.— С. 54—57.
- Головенко О.В., Михайлов Т.Л., Костенко Н.В. и др. Особенности клинической картины и терапевтического ответа на аminosалицилаты и кортикостероиды у больных неспецифическим язвенным колитом с ретроградным илеитом // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колонопроктол.— 2003.— № 5.— С. 71—74.
- Григорьева Г.А. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона.— 1991.— С. 108—115.
- Ершов В.И., Савельев А.И., Бочкарникова О.В. и др. Болезнь Крона, описание двух случаев, дебютировавших внекишечными проявлениями // Тер. архив.— 1997.— Т. 69, № 12.— С. 78—80.
- Захараш М.П., Лукашевич І.В., Дорожкіна Р.С. та ін. Диференційна діагностика абдомінального туберкульозу та хвороби Крона // Клінічна хірургія.— 2011.— № 3.— С. 63—68.
- Иванов О.Л., Новоселов А.В., Новоселов В.С. Кожный синдром в практике гастроэнтеролога поликлиники // Тер. архив.— 2009.— № 1.— С. 25—29.
- Иванов О.Л., Новоселов А.В., Новоселов В.С. Кожный синдром в практике гастроэнтеролога поликлиники // Тер. архив.— 2009.— № 1.— С. 25—29.
- Кветной И.М., Робакидзе Н.С., Костючек И.Н. и др. Морфологические и иммуногистохимические характеристики слизистой оболочки полости рта у больных с воспалительными заболеваниями кишечника // Клини. медицина.— 2009.— № 11.— С. 49—59.
- Крилова О.О., Аксьонов І.Г., Кошарний В.Ф. Стан слизової оболонки кишків у хворих на неспецифічний виразковий коліт і хворобу Крона та зміни його в результаті лікування із застосуванням автоцитокінів // Шпитальна хірургія.— 2005.— № 13.— С. 72—75.
- Лозинський Ю.С., Коляда І.О. Дисбіотичні зміни в товстій кишці у пацієнтів з хворобою Крона // АМЛ.— 2000.— № 1.— С. 51—53.
- Лоранская И.Д., Степанова Е.В. Генетические аспекты болезни Крона // Тер. архив.— 2010.— № 12.— С. 66—70.
- Максимовский Ю.М., Румянцев В.Г., Мдинаридзе Г.Н. Состояние полости рта у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона // Стоматология для всех.— 2005.— № 2.— С. 18—21.
- Михайлова Е.И., Пиманов С.И., Воропаев Е.В. и др. Фекальный маркер язвенного колита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колонопроктол.— 2007.— № 5.— С. 60—63.
- Михайлова З.Ф., Лазебник Л.Б., Парфенов А.И. Бронхолегочные поражения при хронических воспалительных заболеваниях кишечника // Тер. архив.— 2010.— № 3.— С. 61—64.
- Парфенов А.И. Основные направления и перспективы лечения воспалительных болезней кишечника // Тер. архив.— 2007.— № 8.— С. 5—9.
- Парфенов А.И. Системные проявления болезней кишечника // Клини. медицина.— 2001.— № 4.— С. 9—12.
- Рахимова О.Ю., Виноградов Ю.А., Юрков М.Ю. и др. Болезнь Крона и псориаз // Клини. медицина.— 2008.— № 7.— С. 70—72.
- Родонезская Е.В. Поражение суставов как внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 1 (21)— С. 53—58.
- Румянцев В.Г. Новое в диагностике и лечении воспалительных заболеваний кишечника: один из примеров прогресса медицины XXI столетия // Тер. архив.— 2006.— № 12.— С. 76—81.
- Рысс Е.С., Фишзон-Рысс Ю.И. Некоторые особенности клинической картины и лечения неспецифического язвенного колита и болезни Крона // Тер. архив.— 1990.— № 2.— С. 150—153.
- Сергієнко О.І. Ураження печінки при неспецифічному виразковому коліті: клінічні вияви і механізми розвитку // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 1.— С. 9—15.
- Симонова Е.В., Бойко Т.И. Эндоскопическая диагностика болезни Крона // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.— 2011.— Т. 15, № 3.— С. 18—24.
- Симонова О.В., Бойко Т.И. Сучасні аспекти ендоскопічної діагностики неспецифічного виразкового коліту // Практична медицина.— 2008.— Т. 14, № 6.— С. 115—123.
- Склярів О.Я., Косий Є.Р., Склярів Є.Я. Запальні захворювання товстої кишки // Основи гастроентерології.— 2011.— 289 с.
- Тернушак Т.М., Чопей К.І., Чопей І.В. Позакишкові прояви запальних захворювань кишки // Сімейна медицина.— 2011.— № 4.— С. 137—139.
- Чопей К.І., Тернушак Т.М., Чопей І.В. Ризик розвитку коморбідних захворювань внутрішніх органів у хворих із неспецифічним виразковим колітом і хворобою Крона (огляд) // Сімейна медицина.— 2011.— № 3.— С. 57—58.
- Basu K., De Caestecker J. Surveillance in barrets oesophagus: A personal view // Postgrad. Med.— 2002.— Vol. 130, N 78.— P. 263—268.
- Ghosh S., Shand A., Ferguson A. Ulcerative colitis // Br. Med. J.— 2000.— Vol. 320, N 7242.— P. 153—161.
- Gupta N., Cohen S.A., Bostrom A.G. et al. Risk factors for initial surgery in pediatric patients with Crohn's disease // Gastroenterology.— 2006.— Vol. 130, N 4.— P. 1069—1077.
- Hoic. O., Wolters F. L., Riis L. Low colectomy rates in ulcerative colitis in an unselected European cohort followed for 10 years // Gastroenterology.— 2007.— Vol. 132, N 2.— P. 507—515.
- Hori H., Ikeuchi H., Nakano H. Gastroduodenitis associated with ulcerative colitis // G. Gastroenterol.— 2008.— Vol. 43, N 3.— P. 193—201.
- Jess. T., Loftus E.V., Harmsen W.S. et al. Risk for initial cancer in inflammatory bowel disease: A population-based study from Olmsted County, Minnesota // Gastroenterology.— 2006.— Vol. 130, N 4.— P. 1039—1046.
- Mei L., Targan S.R., Landers C.J. et al. Familial expression of anti-escherichia coli anter membrane porin C in relatives of patients with Crohn's disease // Gastroenterology.— 2006.— Vol. 130, N 4.— P. 1078—1085.
- Nancey S., Hamzaoui N., Moussata D. Interleukin-6, soluble interleukin-6 receptor and Crohn's disease activiti // Dig. Dis. Sci.— 2008.— Vol. 53, N 1.— P. 242—247.
- Stange E.E., Travis S.P.L., Vermeire S. et al. for the ECCO. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Ulcerative colitis: Definition and diagnosis // Journal of Crohn's & Colitis.— 2008.— Vol. 2, N 1.— P. 1—23.
- Wu J., Chan F., Ching J. et al. Effect of helicobacter pylori eradication on treatment of gastro-oesophageal reflux disease: A double blind, placebo controlled trial // Gut.— 2004.— Vol. 130, N 53.— P. 174—179.

В.И. Вдовиченко, Я.В. Нагурная

## Воспалительные заболевания кишки (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит): распространенность, факторы риска, клинические формы

Рассмотрено современное состояние проблемы изучения распространенности, клинических форм и факторов риска болезни Крона и язвенного колита. Проанализированы сложности методов диагностики и дифференциальной диагностики указанных заболеваний.

V.I. Vdovychenko, Ya.V. Nahurna

## The inflammatory bowel disease (Crohn's disease, ulcerative colitis): prevalence, risk factors, clinical forms

The article presents current status of investigation of prevalence, clinical forms and risk factors for Crohn's disease and ulcerative colitis. The analysis for the complexities of the diagnostic methods and differential diagnosis of these diseases has been held.

---

### Контактна інформація

Вдовиченко Валерій Іванович, д. мед. н., проф., проф. кафедри  
79014, м. Львів, вул. Чумацька, 2/1  
Тел. (32) 252-84-72

*Стаття надійшла до редакції 5 жовтня 2012 р.*