



## О.В. КНЯЗЕВ: «В России необходимо создавать мультидисциплинарные центры по диагностике и лечению воспалительных заболеваний кишечника»

*Разнообразная клиническая симптоматика воспалительных заболеваний кишечника затрудняет диагностику. Несвоевременная диагностика опасна развитием тяжелых форм заболевания, их осложнений, инвалидизацией лиц молодого трудоспособного возраста.*

*На что следует обращать внимание при проведении диагностики в первую очередь? Какие проблемы необходимо решить, чтобы улучшить качество оказания помощи и контроль эффективности лечения?*

*На эти и другие вопросы отвечает заведующий отделением лечения воспалительных заболеваний кишечника Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы, д.м.н. Олег Владимирович КНЯЗЕВ.*



**– Олег Владимирович, что говорит современная отечественная и зарубежная статистика о распространенности воспалительных заболеваний кишечника, а именно болезни Крона и язвенного колита?**

– Заболеваемость воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) среди лиц трудоспособного населения (средний возраст пациентов – 20–40 лет) ежегодно растет, причем не только в России, но и за рубежом. Ежегодный прирост составляет 5–20 случаев на 100 тыс. населения. За последние 40 лет данный показатель увеличился почти в шесть раз.

Согласно зарубежным данным, заболеваемость болезнью Крона варьируется от 0,3 до 20,2 на 100 тыс. человек, распространенность достигает 322 на 100 тыс. человек. В отношении язвенного колита эти показатели составляют от 0,6 до 24,3 на 100 тыс. человек и 505 на 100 тыс. человек соответственно.

Исходя из данных Министерства здравоохранения РФ, прирост заболеваемости язвенным колитом с 2012 по 2015 г. составил 31,7%, болезнью Крона – 20,4%.

Как показали результаты ряда эпидемиологических исследований,

распространенность язвенного колита в России достигла 19,3–29,8 на 100 тыс. населения, болезни Крона – 3,0–4,5 на 100 тыс. населения.

Вместе с тем приходится констатировать, что данные региональных регистров о распространенности ВЗК значительно выше. Так, в Московской области этот показатель составляет 58 на 100 тыс. населения, в Республике Татарстан – 40 на 100 тыс., Новосибирской области – 49 на 100 тыс., а в регионах, где отсутствует единый регистр по ВЗК, – 5–12 на 100 тыс. населения.



## Актуальное интервью

гастроэнтерология

– **То есть объективно оценить распространенность ВЗК на данный момент не представляется возможным?**

– Адекватная оценка распространенности заболевания, а также своевременность и целесообразность противовоспалительной терапии возможна только на основании региональных регистров ВЗК и единого федерального регистра. Создание единой базы данных или реестра пациентов с ВЗК не только позволит реально оценить эпидемиологическую ситуацию, но также улучшит качество оказания помощи и контроль эффективности терапии.

– **Присущи ли ВЗК какие-либо «географические» особенности?**

– Заболеваемость болезнью Крона выше в северных широтах и на Западе. В Азии она ниже, но имеет тенденцию к увеличению. У представителей европеоидной расы заболевание регистрируется чаще, чем у представителей негроидной и монголоидной рас.

– **Какова продолжительность периода от появления первых симптомов заболевания до установления диагноза?**

– ВЗК диагностируют на основании оценки клинической картины болезни, данных комплекса эндоскопических, радиологических, гистологических и биохимических исследований. В России средний срок от появления первых симптомов до установления диагноза при язвенном колите составляет 17 месяцев, при болезни Крона – 45 месяцев. Максимальный срок – 420 и 480 месяцев соответственно. По Москве эти показатели ниже – шесть и 18 месяцев соответственно.

– **С какими проблемами сталкиваются врачи в ходе диагностики ВЗК? Что должно вызывать настороженность в первую очередь?**

– От своевременной диагностики ВЗК зависит эффективность лечения. Несвоевременная диагностика приводит к увеличению числа тяжелых форм заболевания, их осложнений, частоты оперативных вмеша-

тельств, инвалидизации лиц молодого трудоспособного возраста.

ВЗК являются системными заболеваниями, и крайне разнообразная кишечная и внекишечная симптоматика затрудняет диагностику. Несвоевременная первичная диагностика ВЗК может быть связана с ненадлежащей организацией медицинской помощи. Речь идет об ограниченном применении диагностических алгоритмов, отсутствии четкой маршрутизации пациентов на различных этапах оказания медицинской помощи. Кроме того, уровень знаний специалистов не всегда позволяет распознать патологию в случае нетипичного течения. Не последнюю роль играет и поздняя обращаемость пациентов при легких симптомах болезни. В связи с этим остается актуальным вопрос создания в России центров ВЗК, которые объединяли бы ресурсы здравоохранения и специалистов, таких как гастроэнтеролог, колопроктолог, эндоскопист, морфолог, специалист по ультразвуковой и лучевой диагностике, знакомых с проблематикой ВЗК. С принципами диагностики и лечения ВЗК должны быть ознакомлены врачи разных специальностей. Знание всего спектра клинической картины облегчит первичную диагностику ВЗК не только терапевтам, но и ревматологам, дерматологам, офтальмологам, гепатологам, колопроктологам и другим специалистам, к которым больные ВЗК обращаются в первую очередь.

– **Какие диагностические методы в отношении ВЗК применяются? Какой из них считается определяющим при постановке диагноза?**

– Золотого стандарта диагностики ВЗК не существует. Сложность заключается в том, что наличие неспецифических симптомов, таких как диарея и/или ложные позывы с кровью, тенезмы и императивные позывы на дефекацию, ночная дефекация, снижение массы тела, лихорадка, предполагает обширный дифференциально-диагностический поиск. Дифференциальный диагноз проводится с острыми кишечными инфекциями (дизентерия, сальмонеллез,

иерсиниоз, амебиаз), антибиотикоассоциированными поражениями кишечника, туберкулезом кишечника, раком толстой кишки и прочими заболеваниями кишечника.

– **Существуют ли сложности с ведением больных ВЗК?**

– Безусловно. Например, болезнь Крона – прогрессирующее заболевание. Полного излечения не гарантирует ни медикаментозное, ни хирургическое лечение. Необходим регулярный контроль воспалительной активности под наблюдением врачей различных специальностей, в частности гастроэнтеролога, колопроктолога, фтизиатра. На момент установления диагноза болезни Крона осложнения (стриктуры, свищи) обнаруживаются лишь у 10–20% больных. В течение десяти лет подобные осложнения развиваются более чем у 90% пациентов. Из-за осложнений и/или неэффективности консервативной терапии 50% пациентов с болезнью Крона проводят хирургическое вмешательство. В 35–60% случаев в течение десяти лет после операции развивается рецидив заболевания. Об этом хорошо известно гастроэнтерологам, которые занимаются проблемой ВЗК. В силу прогрессирующего характера болезни Крона пациенты должны получать пожизненную терапию и проходить регулярный пожизненный мониторинг активности заболевания. Здесь возникает еще одна проблема – приверженность пациентов лечению. Отсутствие таковой у пациентов с хроническими заболеваниями достигает 50% в развитых странах. В развивающихся странах этот показатель значительно выше. У пациентов с ВЗК отсутствие приверженности приему пероральных препаратов регистрируется в 7–72% случаев. Только приверженность биологической терапии варьируется от 40 до 96%. Низкая комплаентность приводит к неблагоприятным исходам заболевания, повышению его активности, увеличению частоты рецидивов, потере ответа на терапию препаратами ингибиторов фактора некроза опухоли (ФНО) альфа, снижению качества жизни, повышению расходов на лечение,



## Актуальное интервью

гастроэнтерология

инвалидизации и смертности. Таким образом, приверженность терапии – важная составляющая стратегии лечения больных ВЗК.

**– Чем обусловлен выбор терапии ВЗК и каковы ее основные цели?**

– Выбор терапии ВЗК определяется рядом факторов: площадью очага воспаления, степенью тяжести атаки, частотой рецидивирования, эффективностью предыдущей терапии, безопасностью и доказанной эффективностью выбранных средств, риском развития осложнений. Новые биологические препараты (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, ведолизумаб) расширили возможности лечения больных ВЗК. В настоящее время основные цели терапии язвенного колита и болезни Крона состоят в достижении и поддержании бесстероидной ремиссии (прекращение приема глюкокортикостероидов в течение 12 недель после начала терапии), клинко-эндоскопической ремиссии (заживление слизистой оболочки кишечника), профилактике осложнений, предупреждении оперативных вмешательств.

**– Как изменения произошли в алгоритме лечения ВЗК в последние годы? Различаются ли подходы к ведению больных ВЗК в России и за рубежом?**

– Специалисты, занимающиеся проблемой ВЗК, руководствуются клиническими рекомендациями по диагностике и лечению болезни Крона и язвенного колита, утвержденными Минздравом России. В свою очередь в основе отечественных клинических рекомендаций лежит мировой опыт. Поэтому подход к лечению в нашей стране и за рубежом одинаков.

Как показали результаты эпидемиологических исследований, отечественные данные, касающиеся половозрастных характеристик больных язвенным колитом и болезнью Крона, возраста начала заболевания, соотношения городских и сельских жителей, статуса курения, частоты и характера внекишечных проявлений, совпадают с международными данными. Между тем в России преобладают среднетя-

желые и тяжелые формы язвенного колита со значительной протяженностью зоны поражения. Низкую частоту легких и ограниченных форм ВЗК можно объяснить недостаточно высокой диагностикой.

**– Какие препараты составляют основу терапии ВЗК?**

– Последнее десятилетие арсенал врачей-гастроэнтерологов расширился за счет появления генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП): моноклональных антител к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол) и интегринам, селективно действующих только в желудочно-кишечном тракте (ведолизумаб), а также синтетических селективных иммуносупрессоров (тофацитиниб), высокоэффективных при ВЗК. Но если на долю биологической терапии ВЗК в европейских странах приходится 30–35%, то в России – от 7 до 15% в зависимости от региона. Увеличение частоты назначений ГИБП может быть обусловлено как проведением образовательных мероприятий – школ для врачей-гастроэнтерологов, так и повышением доступности льготных лекарственных средств. Например, в Москве ГИБП получают свыше 25% пациентов с ВЗК.

Биологическая терапия при ВЗК – не панацея. Примерно у 20–40% пациентов исходно не удается добиться снижения активности заболевания на фоне применения ингибиторов ФНО-альфа, у 10–20% пациентов ежегодно наблюдается утрата эффективности терапии. Кроме того, ингибиторы ФНО-альфа могут приводить к развитию тяжелых инфекционных заболеваний, и перед их назначением необходимо исключить латентно протекающие болезни. Таким образом, нерешенных проблем, в частности организационного характера, связанных с терапией ВЗК, еще много.

**– Какие существуют организационные проблемы в оказании помощи больным ВЗК?**

– Рабочая группа по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с ВЗК, созданная при экспертном совете по здравоохра-

нению Комитета Совета Федерации по социальной политике, должна разработать и внедрить в практическое здравоохранение системные решения. В группу входят ведущие специалисты, которые занимаются проблематикой ВЗК многие десятилетия: Игорь Львович Халиф, Елена Александровна Белоусова, Олег Самуилович Шифрин, Елена Юрьевна Чашкова и многие другие. Рабочая группа занимается медико-социальными проблемами, с которыми сталкиваются как врачи, так и пациенты. В настоящее время вопрос создания федерального регистра пациентов с ВЗК с целью оценки эпидемиологической ситуации и улучшения контроля эффективности проводимого лечения практически решен. Актуальным остается вопрос льготного обеспечения лекарственными препаратами, особенно ГИБП, больных ВЗК, которые утратили группу инвалидности, а следовательно, возможность бесплатно получать жизненно необходимые лекарственные препараты. Следует рассмотреть возможность включения язвенного колита и болезни Крона в перечень заболеваний, при которых лекарства отпускаются на безвозмездной основе. Перечень утвержден постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г., но на региональном уровне предусмотрено создание дополнительных перечней граждан, которые имеют преференции при приобретении медикаментов. Необходимые изменения напрямую от нас не зависят, но позиция медицинского сообщества и пациентских организаций позволит решить проблемы организации медицинской помощи больным ВЗК. Еще один важный вопрос, касающийся улучшения качества оказания медицинской и организационной помощи пациентам, – создание на функциональной основе мультидисциплинарных центров по диагностике и лечению ВЗК, в которых пациенты могли бы получить консультативную помощь гастроэнтеролога, колопроктолога, нутрициолога, эндоскописта и других специалистов. ●