ОЖИРЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Анжелика Витольдовна Шотик[1], Юрий Павлович Успенский[1, 2], Сергей Витальевич Иванов[1, 2], Артём Владимирович Кокорев[2], Дарья Александровна Немчанинова[2]

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

E-mail: shotik12@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: воспалительные заболевания кишечника; неспецифический язвенный колит; болезнь Крона; ожирение.

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии не только в России, но и в мире в целом по причине прогрессирующего течения данной патологии, высокого риска развития инвалидизирующих осложнений и сложностей подбора терапии. В Санкт-Петербурге распространенность БК составляет около 72 случаев на 100 тыс. населения, распространенность ЯК — около 90 случаев на 100 тыс. населения. Исторически ВЗК связывали с недостаточной массой тела, сниженным всасыванием питательных веществ, но в последнее время получены данные о распространенности пациентов с ожирением среди ВЗК, как и увеличение численности людей, страдающих ожирением. По данным европейской организации по изучению БК и ЯК, в настоящее время 15–40% взрослых пациентов с аутоиммунным заболеванием кишечника страдают ожирением, а еще 20–40% имеют избыточный вес.

Цель исследования. Оценка потенциального влияния избыточной массы тела на наступление жизнеугрожающих осложнений у пациентов с ВЗК.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное когортное исследование, в анализ были включены данные 217 пациентов с ВЗК за период от дебюта заболевания до момента сбора анамнестических данных (БК — 52,5%, ЯК — 47,5%). Проведено сравнение частоты наступления жизнеугрожающих осложнений у пациентов с индексом массы тела (ИМТ) от 18,5 до 25,0 кг/м^2 в сравнении с пациентами с ИМТ больше 25 кг/м^2. Данные были обработаны в программе SPSS Statistics 17. Метод анализа — оценка риска наступления жизнеугрожающего осложнения путем построения графиков выживаемости по методу Каплана–Майера.

Результаты. В когорте пациентов с ИМТ от 18,5 до 25,0 кг/м^2 жизнеугрожающие осложнения наступили в следующем количестве случаев: среди пациентов с БК — у 23,4%; среди пациентов с ЯК — у 17,0%. У пациентов с ИМТ более 25 кг/м^2 жизнеугрожающие осложнения наступили в следующем соотношении: среди больных с БК — 10,7%, среди больных с ЯК — 18,6%. Соответственно, среди всех пациентов с БК течение заболевания не сопровождалось наступлением жизнеугрожающих осложнений у 81,6% пациентов, при ЯК — в 82,5% случаев. При проведении анализа данных с помощью кривых выживаемости Каплана–Майера было обнаружено, что у пациентов с БК, с ИМТ более 25 кг/м^2 после определенного 3-летнего периода от момента дебюта заболеваний жизнеугрожающих осложнений ВЗК не наблюдалось, в отличие от группы пациентов с ИМТ от 18,5 до 25,0 кг/м^2. Кривые, построенные при анализе данных больных ЯК по методу Каплана–Майера, были сходными, в отличие от кривых, построенных на основе данных БК, которые расходились с течением времени (тем не менее, различия между данными кривыми не были статистически значимыми, что может быть связано с относительно небольшим размером выборки наблюдений).

Заключение. В группе пациентов с БК с ИМТ более 25,0 кг/м^2 случаи возникновения жизнеугрожающих осложнений наблюдались реже, чем в группе пациентов с БК с ИМТ от 18,5 до 25,0 кг/м^2. Этот факт может потенциально указывать на протективное действие на течение БК гормонов жировой ткани и метаболических особенностей. В группах пациентов с ЯК подобной корреляции не выявлено. Тем не менее данное утверждение требует подтверждения путем проведения статистического анализа с включением в анализ данных большего количества наблюдений.