

ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

CHARACTERISTICS AND CLINICAL VALUE OF ACCOMPANYING PATHOLOGY IN PATIENTS WITH COLON POLYPS

**S. Styazhkina
V. Dudarev
A. Balabanova
D. Nikolaev**

Summary. In patients with single and multiple colon polyps, comorbidity of mild degree prevails. The high prevalence of modifiable factors of cardiovascular risk is established; 40% of patients have a high and very high risk of developing fatal cardiovascular events. 64% of those enrolled in the study have an average and high risk of developing colon cancer; 43% of men have a high degree of conjugation of cardiovascular and cancer risks.

Keywords: colon polyps, comorbidity, cardiovascular risk, intestinal cancer.

Стяжкина Светлана Николаевна

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дударев Валерий Михайлович

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Балобанова Анна Сергеевна

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Николаев Демьян Витальевич

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. У больных с одиночными и множественными полипами толстого кишечника преобладает коморбидность легкой степени. Установлена высокая распространенность модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска; 40% пациентов имеют высокий и очень высокий риск развития фатальных кардиоваскулярных событий. 64% включенных в исследование имеют средний и высокий риск возникновения рака толстого кишечника; у 43% мужчин регистрируется высокая степень сопряженности сердечно-сосудистого и онкологического рисков.

Ключевые слова: полипы толстого кишечника, коморбидность, сердечно-сосудистый риск, рак кишечника.

Диагностика и своевременное лечение облигатных предраковых заболеваний толстой кишки — актуальная проблема колопроктологии. Известно, что большинству случаев рак толстого кишечника развивается из аденоматозных полипов [1]. Наиболее часто полипы толстой кишки развиваются в возрасте 40–60 лет, когда, как правило, у пациентов уже имеет место сочетание нескольких синдромов или заболеваний. Данное обстоятельство может во многом определить не только онкологический риск пациента, но также и вероятность развития других неинфекционных заболеваний, способных оказать существенное влияние на прогноз. Проблема всесторонней оценки состояния пациента, страдающего одновременно несколькими заболеваниями — важнейший аспект современной клинической практики. К сожалению, врачи не всегда обращают внимание на сосуществование нескольких болезней у пациента и преимущественно занимаются лечением «профильной» нозологии. В 1970 г. Alvan Feinstein — выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог предложил понятие «коморбидность». Он

вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него [2]. С точки зрения современной медицины, следует всегда рассматривать текущее заболевание и искать подходы к нему в совокупности с анализом перенесенных болезней, факторов риска и предикторов, имеющих у больного, а также с расчетом вероятности потенциально возможных осложнений.

Проведено достаточно исследований, посвященных проблеме коморбидности при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) [3, 4, 5]. Коморбидность же пациентов с полипами кишечника исследована в меньшей степени [6].

Цель. В группе пациентов с полипами толстого кишечника представить характеристику коморбидного статуса, оценить риски развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний и рака толстого кишечника.

Материалы и методы

Исследование выполнено у 45 пациентов (28 мужчин, 17 женщин), находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской республики «1 Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской республики» в период с 2016 по 2018 г.г. Критерии включения пациентов: мужчины и женщины в возрасте до 65 лет с одиночными и множественными полипами толстого кишечника, давшие согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: диффузный семейный полипоз, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания (перенесенные инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, сердечная недостаточность III — IV функционального класса). Помимо выполненных в отделении диагностических исследований (общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, электрокардиография, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, ультразвуковое исследование внутренних органов); пациентам проводились оценки коморбидного статуса, риска фатальных сердечно-сосудистых заболеваний и риска развития рака толстого кишечника.

Оценка коморбидности проводилась с использованием системы CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) [7]. Система CIRS предполагает отдельную суммарную оценку состояния каждой из систем органов: «0» соответствует отсутствию заболеваний выбранной системы, «1» — легким отклонениям от нормы или перенесенным в прошлом заболеваниям, «2» — болезни, нуждающейся в назначении медикаментозной терапии, «3» — заболеванию, ставшему причиной инвалидности, а «4» — тяжелой органной недостаточности, требующей проведения неотложной терапии. Система CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56. Кроме того, производился расчет гериатрического варианта кумулятивного индекса коморбидности (CIRS-G) [8].

Для оценки риска развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний в течение ближайших 10 лет в зависимости от пола, возраста, уровня систолического артериального давления (САД), курения и уровня общего холестерина (ОХС) использовалась шкала SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation). Всем пациентам производился расчет индекса массы тела (ИМТ).

Оценка риска возникновения рака толстого кишечника (в зависимости от пола, возраста, массы тела, наличия полипов кишечника, анемии, сахарного диабета и т.д.) проводилась с использованием балльной шкалы, предложенной Рядинской Л. А. (2014) [9].

Значения количественных параметров, оцениваемых у пациентов, представлены в виде медианы, а также — первого и третьего квартилей. Анализ данных выполнялся согласно методикам, применяемым в медико-биологической статистике.

Результаты и их обсуждение

Возраст пациентов, включенных в исследование, составил 63(55; 64) года. Установлено, что у всех пациентов, наряду с основным заболеванием — одиночные и множественные полипы толстого кишечника, имела место различная сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Так, у 17 пациентов (38%) в анамнезе отмечалась язвенная болезнь, у 6 (13%) — хронический панкреатит. У 9 пациентов (20%), наряду с полипами толстого кишечника, выявлены полипы желудка. У 2 включенных в исследование пациентов (4%) был установлен диагноз неспецифического язвенного колита. Нельзя исключить наличие общих патогенетических механизмов возникновения полипов и сочетающихся с ними других заболеваний ЖКТ (характер питания, дисбактериоз кишечника, нарушения местного и общего иммунного ответа, нарушения продукции желчных кислот, хроническое воспаление и др.) [1].

Нами отмечено весьма частое выявление у включенных в исследование пациентов заболеваний со стороны других органов и систем. У 21 пациента (47%) с полипами толстого кишечника зафиксированы заболевания костно-мышечной системы: 14 человек страдали остеоартрозом, 7 наблюдались с диагнозом «недифференцированный артрит». У 6 (13%) обследованных в качестве сопутствующего диагноза имела место бронхиальная астма. Артериальная гипертензия (АГ) зафиксирована у 20 обследованных пациентов (44%), что, в целом, соответствует данным о распространенности данного состояния в российской популяции [10]. У 5 обследованных (11%) зарегистрировано ожирение I степени; 3 пациента страдали сахарным диабетом 2 типа. Анемия легкой степени выявлена у 3 женщин (7% от числа всех обследованных). Кроме того, у 3 пациенток имелась желчнокаменная болезнь.

Достаточно высокая частота регистрации сопутствующей соматической патологии у пациентов с полипами толстого кишечника послужила основанием для количественной оценки их коморбидного статуса. В целом у обследованных, число баллов по шкале CIRS составило 11 (8; 12), значение индекса CIRS-G — 1,52 (1,46; 1,6); достоверных гендерных отличий по оцениваемым параметрам зафиксировано не было. Проведенный анализ продемонстрировал значительное превалирование у обследуемых больных легкой степени коморбидности; сумма баллов по шкале CIRS у этих пациентов составила

9 (8; 11), значение индекса коморбидности — 1,49 (1,44; 1,59). Лишь у 8 больных суммарный балл по шкале CIRS был в диапазоне от 15 до 28 (коморбидность средней тяжести); по указанной подгруппе значение данного показателя составило 19,5 (18,5; 21,25), а индекса коморбидности — 1,8 (1,79; 1,85).

Особое внимание в исследовании было уделено оценке распространенности факторов сердечно-сосудистого риска у включенных в исследование пациентов, а также анализу прогностической значимости их сочетания у каждого конкретного больного. Еще раз подчеркнем, что в настоящее исследование не были включены лица, перенесшие в прошлом какие-либо кардиоваскулярные события, и, как следствие, имеющие очень высокий сердечно-сосудистый риск. По нашим данным, среди включенных в исследование пациентов (а это были лица, считавшие себя здоровыми, в кардиологическом плане), регистрировалась весьма высокая распространенность т.н. модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска. Так, курение было отмечено у 16 человек (36%), при этом, среди мужчин распространенность данного фактора составила 50%. Уровень САД в группе обследованных составил 134(128; 146) мм рт.ст. При этом, повышенный уровень САД, укладывающийся в критерии АГ (≥ 140 мм рт.ст.), был зафиксирован у 20 пациентов (44%); 3 пациента контролировали АГ в пределах целевых значений АД на фоне приема комбинированной терапии. ОХС плазмы крови у пациентов составил 5,6 (4,8; 6,0) ммоль/л, при этом, дислипидемия (уровень ОХС $> 4,9$ ммоль/л) регистрировалась у 30 человек (66,7%). Избыточная масса тела (ИМТ 25–29,9 кг/м²) и ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) отмечались у 51% и у 11% обследованных пациентов соответственно. Важно отметить, что избыточная масса тела и ожирение являются не только признанными факторами кардиоваскулярного риска, но и увеличивают вероятность развития колоректального рака [11]. У 42 пациентов, включенных в исследование, проведена оценка риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE (у 3 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, оценка риска с использованием данной шкалы не проводилась). Согласно нашим данным, у 40% обследованных (18 пациентов) показатель риска развития фатальных сердеч-

но-сосудистых заболеваний в течение 10 лет превышал 5%, при чем, половина из них имела значения оцениваемого параметра более 10% (очень высокий риск). В группе мужчин значение показателя сердечно-сосудистого риска значимо превышало таковое у женщин: 5,9 (4,03; 11,4)% и 2,9 (1,9; 4,3)% соответственно ($p < 0,01$).

С использованием балльной шкалы у пациентов проведена оценка риска возникновения рака толстого кишечника. При этом, умеренный риск возникновения заболевания (сумма баллов от 9 до 13) зарегистрирован у 23 обследованных (51%), высокий (сумма баллов более 13) — у 6 пациентов (13%). В группе мужчин установлена ассоциация между высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском и умеренным и высоким развитием рака толстого кишечника: указанное сочетание зафиксировано у 43% пациентов (коэффициент взаимной сопряженности Пирсона $S=0,72$; $p=0,002$). Указанное обстоятельство свидетельствует о необходимости междисциплинарного подхода к пациентам с полипами толстого кишечника с целью коррекции модифицируемых факторов как онкологического, так и сердечно-сосудистого рисков.

ВЫВОДЫ

1. У больных с полипами толстого кишечника часто регистрируются сопутствующие хронические заболевания ЖКТ, патология опорно-двигательного аппарата, АГ, избыточная масса тела; исследование по методике CIRS свидетельствует о преобладании в данной группе пациентов легкой степени коморбидности.

2. Среди обследованных установлена высокая распространенность модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска; 40% пациентов имеют высокий и очень высокий риск развития фатальных кардиоваскулярных событий.

3. 64% включенных в исследование пациентов имеют средний и высокий риск возникновения рака толстого кишечника; у 43% обследованных мужчин регистрируется высокая степень сопряженности сердечно-сосудистого и онкологического рисков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лаптева Е.А., Козлова И. В., Мялина Ю. Н., Пахомова А. Л. Полипы толстой кишки: эпидемиология, факторы риска, критерии диагностики, тактики ведения. Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 2. С. 252–259.
2. Верткин А.Л., Скотников А. С. Коморбидность (Часть I). Лечащий врач. 2013. № 6. С. 66–68.
3. Joyce M.R., Hannaway C. D., Strong S. A., Fazio V.W., Kiran R. P. Impact of smoking on disease phenotype and postoperative outcomes for Crohn's disease patients undergoing surgery. Langenbecks. Arch. Surg. 2013. Jan; 398(1): 39–45.
4. Carlomagno N., Grifasi C., Dumani X., Lo Conte D., Renda A. Clinical management of Crohn's disease in the elderly. Ann. Ital. Chir. 2013. May-Jun; 84(3): 263–267.
5. Maconi G., Furfaro F., Sciurri R., Bezzio C., Ardizzone S., de Franchis R. Glucose intolerance and diabetes mellitus in ulcerative colitis: pathogenetic and therapeutic implications. World J Gastroenterol. 2014. Apr 7; 20(13): 3507–3515.

6. Agaimy A., Mudter J., Märkl B., Chetty R. Cytomegalovirus infection presenting as isolated inflammatory polyps of the gastrointestinal tract. *Pathology*. 2011. Aug; 43(5): 440–446.
7. Верткин А. Л., Скотников А. С. Коморбидность. *Лечащий врач (Часть II)*. 2013. № 8. С. 78–82.
8. Miller M. D.¹, Paradis C. F., Houck P. R., Mazumdar S., Stack J. A., Rifai A. H., Mulsant B. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res*. 1992. Mar; 41(3): 237–248.
9. Радинская Л. А. Коморбидные заболевания при гепатокарциноме и раке толстой кишки: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.12. — Ростов-на-Дону, 2014. — 26 с.
10. Бойцов С. А., Баланова Ю. А. Шальнова С. А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: рпспространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014. Т. 13, № 4. С. 4–14.
11. Милица К. Н., Маслова А. И. Абдоминальное ожирение как фактор риска развития колоректальных аденом. *Запорожский медицинский журнал*. 2016. № 5(98). С. 53–57.

© Стяжкина Светлана Николаевна, Дударев Валерий Михайлович,
Балобанова Анна Сергеевна, Николаев Демьян Витальевич
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Ижевская государственная медицинская академия