

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

¹Бабаева Г.Г.,* ²Ибрагимли Х.И.

¹Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования
Врачей имени А.Алиева, кафедра терапии и ²кафедра организации и
менеджмента здравоохранения, Баку, Азербайджан

Проблема ранней диагностики и своевременной и адекватной медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) продолжается оставаться одним из актуальных направлений в практике внутренних болезней. **Цель:** изучение особенностей клинического течения и выборов консервативной терапии у пациентов с ВЗК в Азербайджане. **Материалы и методы.** Была изучена база данных 446 пациентов (язвенный колит (n=231), болезнь Крона (n=190), микроскопический колит (n=20), не дифференцируемый колит (n=5)) из различных регионов страны, которым проводились лабораторные, эндоскопические и патоморфологические исследования. **Результаты.** Были проанализированы демографические и социально-экономические особенности в данной группе пациентов, средний возраст начала заболевания и время (минимальное и максимальное) постановки диагноза, статус потери трудоспособности, особенности клинического течения (с учетом осложнений и внекишечных проявлений), варианты выборов методов консервативной терапии. **Заключение.** Преобладание тяжелых/осложненных форм среди первичных пациентов, трудности дифференциальной диагностики, отсутствие преемственности на этапах медицинской помощи, делают необходимым создание единого национального клинического Регистра больных с ВЗК.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, клиническое течение

Введение. Изучение воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), таких как язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК), микроскопический колит (МК), не дифференцируемый колит (НдК), продолжает сохранять лидерство на протяжении уже многих десятилетий. Данная группа заболеваний оказывает значительное социальное воздействие, поскольку основная часть пациентов это молодые, работоспособные люди в репродуктивном возрасте, часто квалифицированные как "длительно больные" [1-6].

Заболеваемость ВЗК нарастает не только в странах Европы и Америки, но и в Азии, на Среднем Востоке и в Китае [7-11].

Отмечены значимые различия уровня заболеваемости и распространенности ВЗК между векторными направлениями «север – юг» и «запад – восток» с преобладанием наиболее высоких показателей в северных и западных территориях, но с постоянным их ростом в восточном направлении [12, 13]. Учитывая географическое расположение нашей страны крайне важно знать истинные основные эпидемиологические показатели по стране, однако в настоящее время сведения о распространенности и заболеваемости ВЗК в Азербайджане крайне ограничены. Полноценное изучение

азербайджанских эпидемиологических показателей может быть доступно только в рамках постоянно действующего национального Регистра ВЗК.

В настоящей статье представлены некоторые результаты по собранной авторами базе данных пациентов с ВЗК в Азербайджане.

Цель данной статьи – изучение особенностей клинического течения и выборов консервативной терапии у пациентов с ВЗК в Азербайджане.

Материал и методы. Сбор данных проводился с мая 2015 года по август 2024 года; были обработаны данные 446 пациентов (ЯК (n=231), БК (n=190), МК (n=20), НдК (n=5)) из различных регионов страны. Для анализа данных использовалась IBM SPSS Statistics. Все пациенты с ВЗК дали свое информированное согласие на включение своих данных.

Полученные результаты и обсуждение. Демографические и социально-экономические данные обладают следующими особенностями: в базу данных была включена информация о 231 пациенте с ЯК и 190 пациентах с БК, что соответствует соотношению ЯК: БК=1,2:1. Кроме этого было выявлено 20 пациентов с МК и 5 пациентов с НдК, которые также входят в группу ВЗК. Распределение пациентов по полу, представлено на рис. 1. Частота ВЗК варьирует в

*e-mail: doctorabu@mail.ru

зависимости от пола и возраста; это соответствует предыдущим исследованиям и мировым эпидемиологическим трендам [3, 14, 15].

Средний возраст на момент начала болезни составил при ЯК 34,1 лет, а при БК 33,5 лет. Наибольшая доля пациентов с ЯК и БК приходится на возрастные группы 21–30 и 31–40 лет, в то время как МК и НдК встречались преимущественно у более молодых пациентов.

Эти данные подчёркивают необходимость индивидуализированного подхода к диагностике и лечению с учётом возраста и клинической формы заболевания.

Возраст начала ВЗК. Возрастной дебют при ВЗК является одним из немаловажных аспектов, определяющим в последствии социальные стороны данной нозологии. Во всем мире основная группа пациентов с ВЗК

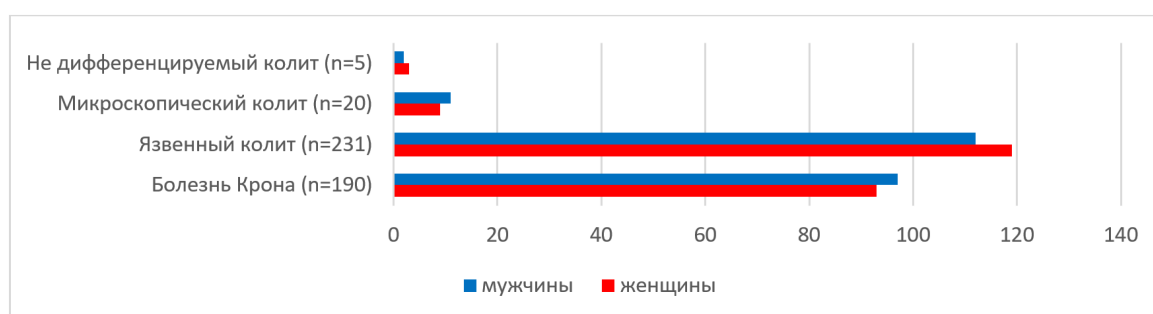


Рис. 1. Распределение пациентов с ВЗК по полу

Возрастные характеристики пациентов с ЯК и БК, учтенные в базе данных, представлены в таб. 1 и на рис. 2.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту начала болезни

Показатель	ЯК (n=231)	БК(n=190)	МК(n=20)	НдК(n=5)
Средний возраст	34,1	33,5	36,7	26,2
Минимальный возраст	17	17	19	21
Максимальный возраст	75	75	58	32
Медиана	32	31	33	22

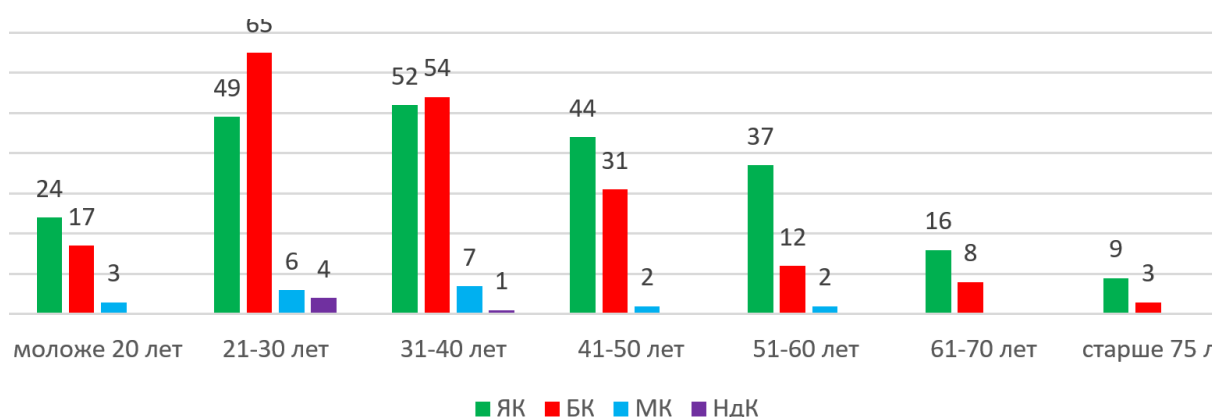


Рис. 2. Возраст пациентов с ВЗК на момент обращения (примечание: $p < 0,05$)

состоит из людей молодого возраста, обычно в диапазоне от 20 до 40 лет (A2) [3, 14, 16]. Возраст начала заболевания играет также значительную роль в формировании фенотипа и прогноза ВЗК, особенно в случае БК, где ранний дебют признан фактором осложненного

течения и неблагоприятного прогноза [17-21]. В нашей базе данных средний возраст начала ВЗК был практически одинаков (при ЯК 34,1 года, при БК 33,5 года) и соответствовал этой общей тенденции (Таб. 1). В настоящее время в некоторых странах отмечен рост заболеваемости

ВЗК в возрасте старше 60 лет [3, 9]. Это важный фактор неблагоприятного прогноза в первую очередь для ЯК, т.к. у этой когорты пациентов повышена вероятность ранних колэктомий и риск развития колоректального рака [17, 20, 21, 22]. Наши данные пока не свидетельствуют о наличии такой тенденции в Азербайджане.

Сроки и возраст установления диагноза. По полученным данным, средний возраст установления диагноза ЯК и БК (36,7 г. и 35,2

г., соответственно) отличался от возраста начала болезни (34,1 г. и 33,5 г., соответственно). Эти данные говорят о том, что диагноз ВЗК устанавливается недостаточно быстро, на уменьшение сроков диагностики может повлиять улучшение информированности врачей, расширение диагностических возможностей. Данные по минимальному и максимальному времени для верификации диагноза в зависимости от течения патологии отображены на Рис. 3.

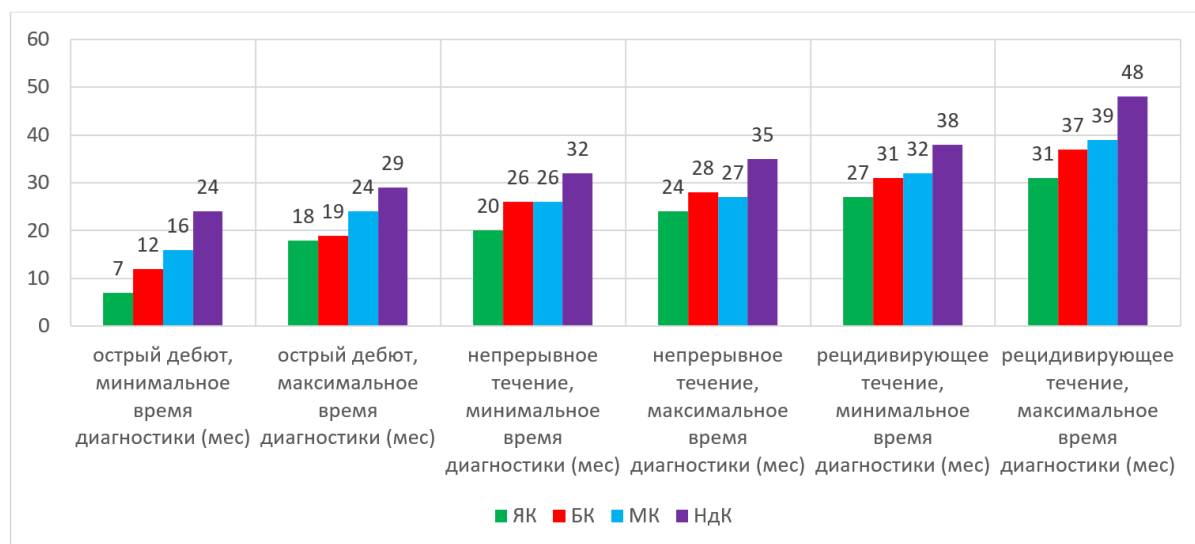


Рис. 3. Минимальное и максимальное время для верификации диагноза в зависимости от течения патологии (примечание: $p > 0,05$)

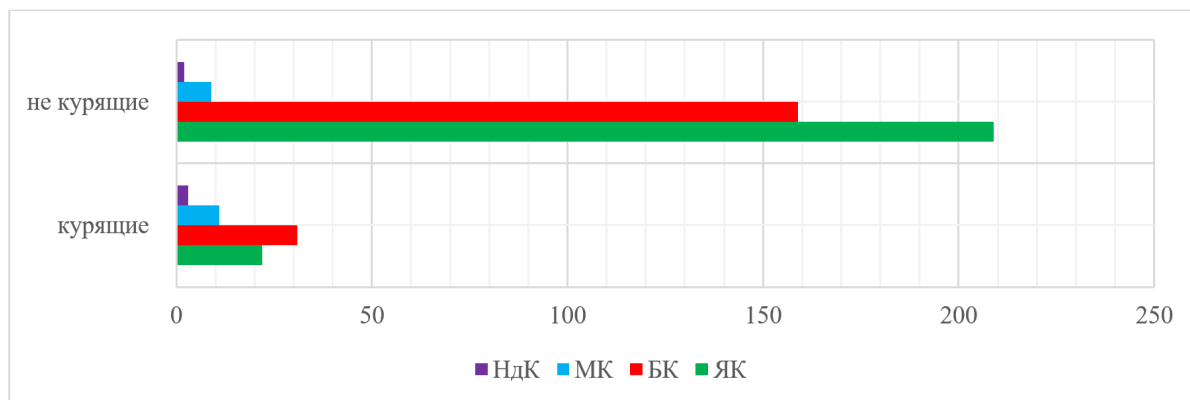


Рис. 4. Статус курящих пациентов с ВЗК (результаты χ^2 -критерия Пирсона: $\chi^2=38.68$, $p < 0.001$)

Одна из причин поздней диагностики ВЗК обусловлена, в первую очередь, недостаточными знаниями врачей об особенностях как классического, так и атипичного течения ВЗК, недостаточной комплаентностью пациентов и их поздней обращаемостью к врачу при легких симптомах болезни [23].

Факторы риска развития ВЗК. Курение. Влияние никотина на развитие ВЗК давно и хорошо известно, причем это разноректорное влияние

как при БК, так и при ЯК. [24-27]. Наши данные продемонстрировали, что доля курильщиков при БК была статистически значимо выше, чем при ЯК (16,3% против 9,5%, соответственно) (Рис. 4).

Трудовой статус (инвалидность). Частоту выхода на инвалидность больных с ВЗК в стране необходимо оценивать не только для регистрации тяжелых, осложненных форм заболевания, требующих пересмотра проводимого лечения, но и с позиций возможностей льготного диаг-



Рис. 5. Инвалидность у пациентов с ВЗК (примечание: $p > 0,05$)

ностического и лекарственного обеспечения, особенно дорогостоящими лабораторными и эндоскопическими исследованиями, генно-инженерными биологическими препаратами

(ГИБП), анти-интегриновой терапии, препаратами из группы ингибиторов Янус-киназ и т.д. Данные по инвалидности у пациентов с ВЗК отображены на рис. 5.

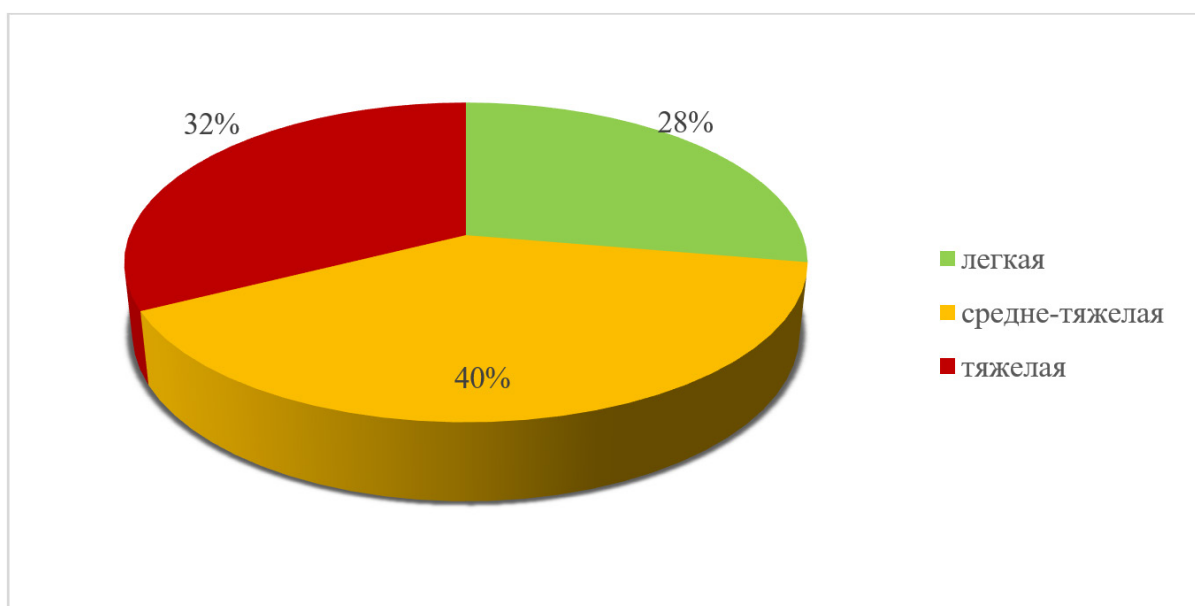


Рис. 6. Тяжесть язвенного колита

Клинические параметры течения ВЗК.
Тяжесть течения ЯК. Для оценки тяжести (активности) обострения ЯК использовали шкалу Мэйо или критерии тяжести True-love-Witts [28]. Соотношение разных по тяжести форм ЯК приведено на рис. 6.

Наши данные совпадают с европейскими по соотношению разных по тяжести форм ЯК [6].

Протяженность воспаления при ЯК. Протяженность воспаления при ЯК, оцененная в соответствии с Монреальской классификацией представлена на рис. 7.

Небольшая доля пациентов с дистальным

поражением свидетельствует о недостаточной их диагностике; по разным причинам эти пациенты не попадают в «зону внимания» врачей, что может негативно сказаться на прогнозе и исходах заболевания, т.к. было показано, что с течением времени ЯК прогрессирует с увеличением протяженности [31, 32]. Статистические различия между тотальным и левосторонним колитом достоверны, также как различия между левосторонним и дистальным колитом ($p < 0,001$). Таким образом, результаты показали, что в настоящее время в нашей стране преобладает ЯК с распространенным характером воспаления

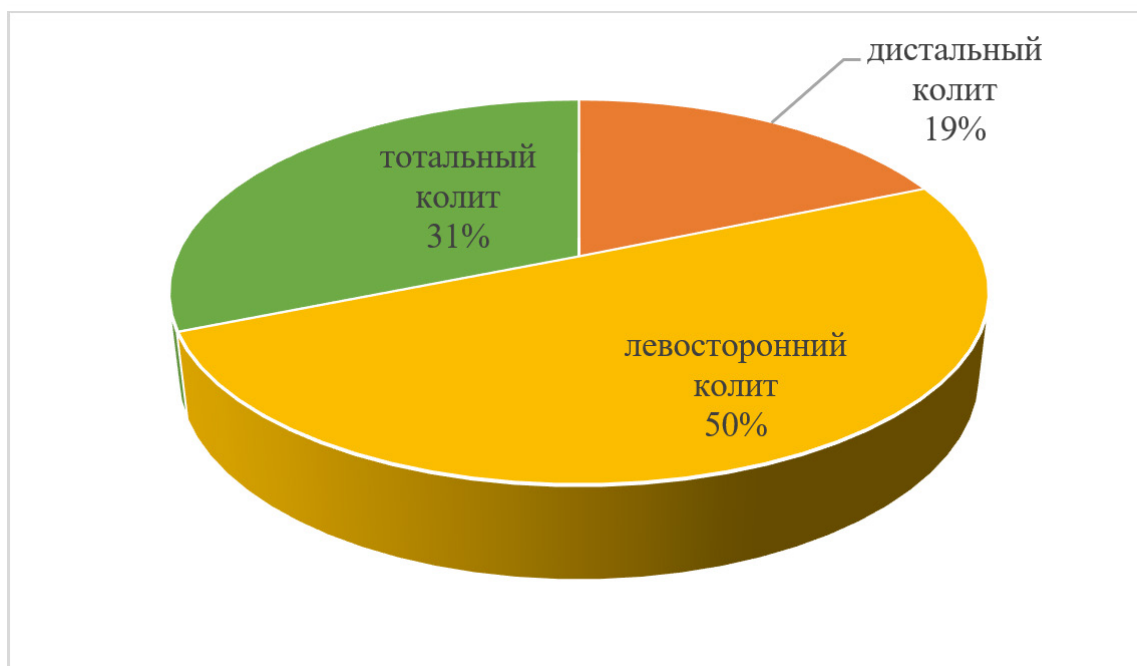


Рис. 7. Локализация язвенного колита

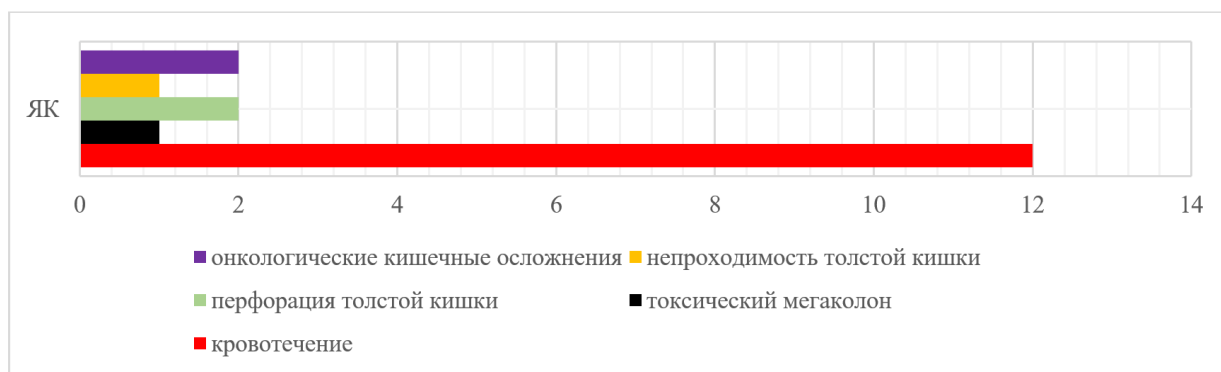


Рис. 8. Частота и характер хирургических и онкологических осложнений у пациентов с ЯК

(левосторонним и тотальным). Европейская популяция демонстрирует значительно более высокие показатели частоты дистального колита, варьирующие в разных странах и разных временных интервалах от 27% до 60% [6, 33].

Частота и характер осложнений ЯК. Как известно основными осложнениями при ВЗК ранее было принято считать только хирургические и онкологические осложнения. Но в последние десятилетия к группе осложнений относят также проблемы мальнутриции, метаболических нарушений (например, саркопения, остеопороз, а также ожирение), васкулярные и тромбозмболические осложнения, инфекционные и полиорганные осложнения и т.д. Частота и характер хирургических и онкологических осложнений у пациентов с ЯК отображены на Рис. 8.

Кишечные кровотечения значительно преоб-

ладают среди хирургических/онкологических осложнений ЯК ($p < 0,005$ для каждого парного сравнения). Частоты токсической дилатации, перфораций, непроходимости и аденокарциномы достоверно не различаются между собой в данной выборке. Общая χ^2 -проверка подтверждает выраженную неоднородность профиля осложнений ($p < 0,001$). Профилактика и своевременное лечение кровотечений должны быть приоритетом у пациентов с ЯК, тогда как другие осложнения встречаются значительно реже.

Локализация поражения при БК. Локализацию БК также оценивали по Монреальской классификации [30], данные отображены на рис. 9.

Фенотипы и осложнения БК. БК имеет несколько фенотипов: люминальный (воспалительный) фенотип (B1), структурирующий (B2) фенотип, свищевой (B3) фенотип, и вход-

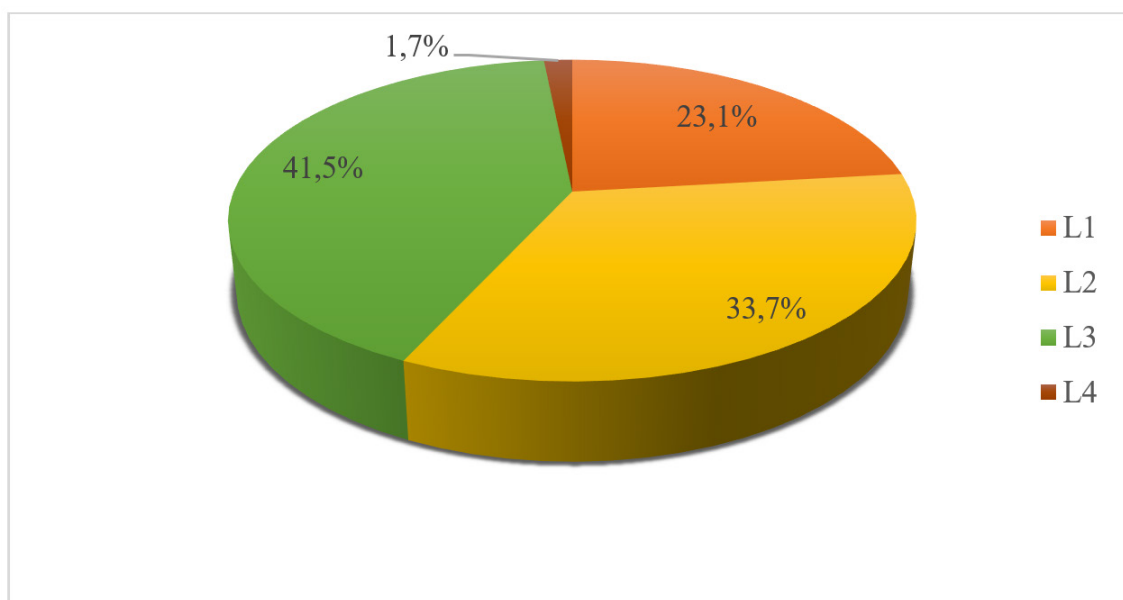


Рис. 9. Локализация поражения при БК

ящий пока в фенотип В3, но в последние годы обсуждаемый в качестве самостоятельного фенотипа- перианальная болезнь Крона (В3р). Данные по фенотипам БК в нашей группе пациентов отображены на рис. 10.

Таким образом, воспалительный фенотип (В1) встречается достоверно чаще, чем стриктурирующий (В2) ($p < 0,001$). Свищевой фенотип (В3) также достоверно чаще, чем В2 ($p = 0,012$). Различие между В1 и В3 не достигло

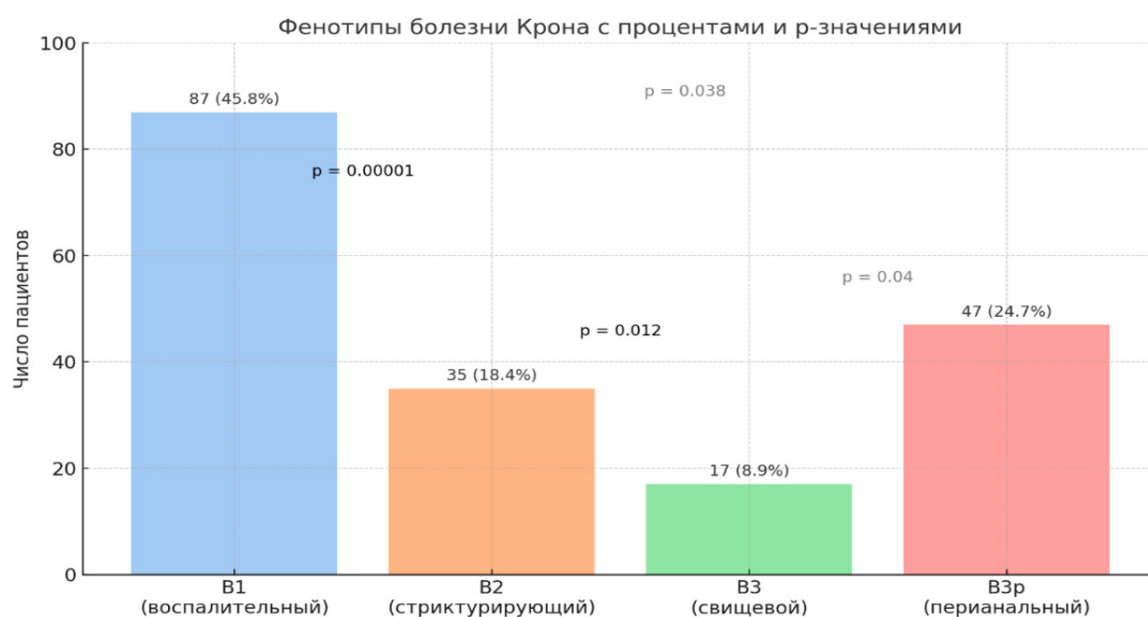


Рис. 10. Фенотипы БК

статистической значимости ($p = 0,038 > 0,017$), но тенденция имеется.

Данные по осложнениям у пациентов с БК представлены на рис. 11.

Распределение осложнений было статистически неоднородным ($\chi^2 = 23,2$; $p < 0,05$), что указывает на значимые различия в частоте отдельных осложнений.

Внекишечные проявления. Внекишечные проявления (ВКП) чаще всего отражают аутоиммунный, длительно текущий иммунно-воспалительный и компонент, связанный с метаболическими нарушениями в патогенезе ВЗК [34], и в зависимости от контента патогенетического влияния могут наблюдаться при различных вариантах течения, но контент с

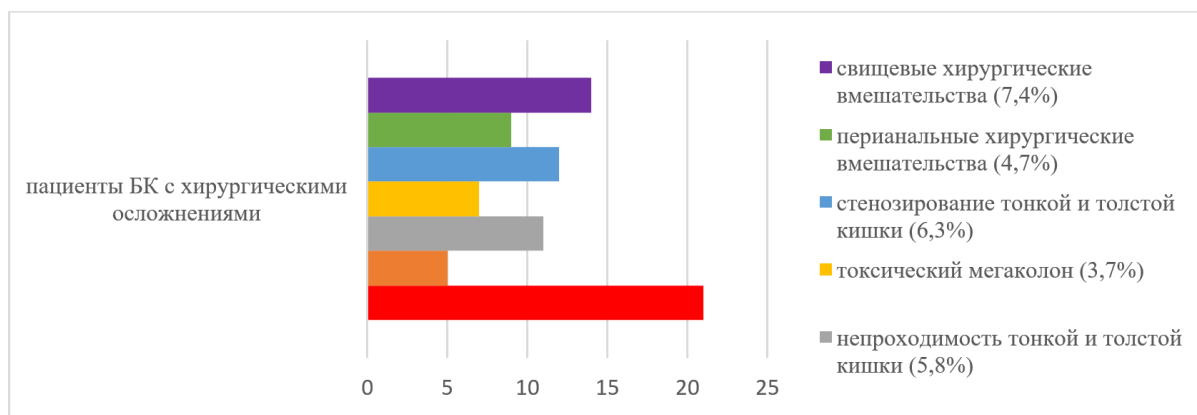


Рис. 11. Осложнения у пациентов с БК

аутоиммунным патогенетическим влиянием наблюдается довольно часто при тяжелом течении [31-33]. В нашем исследовании доля пациентов с ВКП при ЯК составила 38,0%, при БК — 37,3%. Различие оказалось статистически недостоверным ($\chi^2=0,02$; $p=0,88$) (Таб. 2). Это соответствует данным большинства зарубежных публикаций [28-34].

Результаты проведенного χ^2 -тест Пирсона для оценки различий между группами составили: $\chi^2=13,6$, $df=3$, $p=0,0035$.

Таким образом, между формами ВЗК обнаружены статистически значимые различия в частоте внекишечных проявлений ($p<0,01$). Это указывает на возможные особенности иммунновоспалительного ответа и диагностического внимания в различных группах. Знание характера ВКП имеет большое значение для ранней диагностики ВЗК, когда кишечные симптомы болезни могут отсутствовать или протекают субклинически, а заболевание манифестирует посредством ВКП [34].

Характеристика лечения. Была проведена оценка частоты использования разных групп лекарственных препаратов, включая препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), глюкокортикостероиды (ГКС), иммуносупрессоры (ИС), ингибиторы α -ФНО, анти-интегриновая терапия и терапия ингибиторами Янус-киназ. Кроме того, оценивали выживаемость терапии, частоту и причины отмены. Основные результаты приведены в Таблице 3. Важно отметить, что 5-АСК рекомендованы при легком и среднетяжелом течении ЯК, но не эффективны при тяжелом течении [28, 35, 36]. Из сопоставления этих цифр можно предположить, что 5-АСК получали не только пациенты с легким и со средне-тяжелым течением ЯК, но и пациенты с тяжелым течением, что противоречит международным рекомендациям, как и комбинация месалазинов с ГКС более 12 недель.

При БК доказана низкая эффективность 5-АСК, хотя назначения месалазина были выяв-

Таблица 2

Частота и характер внекишечных проявлений при ВЗК

Тип ВКП	ЯК (n=231)	БК (n=190)	МК (n=20)	НдК (n=5)
Общее количество ВКП	88 (38,1%)	71 (37,3%)	13 (65%)	5 (100%)
Ревматологические поражения	21 (9,1%)	14 (7,36%)	2 (10%)	1 (20%)
Поражения кожи и слизистых	7 (3,03%)	6 (3,15%)	7 (35%)	-
Поражения пищеварительной системы	33 (14,3%)	9 (4,73%)	4 (20%)	3 (60%)
Офтальмологические поражения	4 (1,73%)	3 (1,58%)	-	-
Гематологические поражения	19 (8,22%)	15 (7,89%)	-	1 (20%)
Эндокринологические поражения	2 (0,86%)	3 (1,58%)	-	-
Нефрологические поражения	2 (0,86%)	1 (0,53%)	-	-

лены в 37% случаев, это свидетельствует о том, что врачи не принимают во внимание клинические рекомендации, где четко отражена низкая эффективность применения препаратов 5-АСК при БК [36-39].

В отношении ГКС можно лишь сказать, что частота их использования при ВЗК достаточно

высока (71%). Пока неизвестно назначались ли ГКС повторными курсами (рисками являются назначение приема ГКС более 12 недель и более одного курса (менее 12 недель) в течении одного года) и как длительно у всех пациентов.

При ЯК тиопурины назначались довольно редко, всего в 16,5% случаев. Что касается инги-

Таблица 3

Выживаемость при применении препаратов различных групп из базисной терапии через 2 года наблюдения

Препарат	Язвенный колит			Болезнь Крона			Не дифференцируемый колит		
	1*	2*	3*	1*	2*	3*	1*	2*	3*
AZA, MT	38	12	23	57	13	41	5	1	3
Infliximab	14	6	7	37	11	7	1	-	1
Adalimumab	2	1	-	8	4	-	-	-	-
Golimumab	3	2	-	-	-	-	-	-	-
Certolizumab pegol	-	-	-	5	4	-	-	-	-
Vedolizumab	8	2	6	11	1	7	-	-	-
Tofacitinib	5	3	1	2	2	-	-	-	-

Примечание: AZA – азатиоприн, MT – метотрексат; 1* - препарат назначен; 2* - прием препарата остановлен; 3* - прием препарата продолжается свыше 2 лет.

Данные сравнительного анализа по выживаемости терапии через 2 года при БК и ЯК представлены на рис. 12.

биторов α -ФНО, частота их назначения при ВЗК составила 13%.

Выживаемость препарата назначения является важным параметром, отражающим долгосрочную терапевтическую эффективность, безопасность и приверженность к терапии в условиях реальной клинической практики [40]. В нашем анализе выживаемость была оценена для иммуносупрессоров (азатиоприн, метотрексат), ингибиторов α -ФНО, Янус-киназ и интегриновой терапии, оценивалась по повторным визитам пациентов, определялась доля пациентов, которые продолжали принимать данные препараты в течение более 2 лет с момента назначения (Таб. 3).

Полученные нами данные по выживаемости в целом сопоставимы с результатами по ведолизумабу, но не по ингибиторам α -ФНО, приведенными в доступной литературе, хотя исследований на эту тему пока очень мало [40-42].

Следует также иметь в виду, что причины отмены препаратов могут быть не только медицинскими, а связанными с финансовыми моментами, нарушением графика приема, труднодоступностью данной терапии и др. Дополнительной причиной отмены/отказа от лечения оказалось достижение ремиссии и улучшение состояния пациента (это можно расценивать как нарушение приверженности к лечению). Самыми частыми причинами были недостаточная эффективность или вторичная потеря ответа, однако следует отметить, что таких пациентов было немного по сравнению с теми, кто продолжил терапию (кроме азатиоприна и метотрексата). Из-за побочных эффектов препаратов лишь небольшое число больных прекратили лечение (в основном, острый медикаментозный панкреатит, оппортунистические инфекции, в частности реактивация цитомегаловируса, туберкулез). К сожалению, немедицинские причины отмены

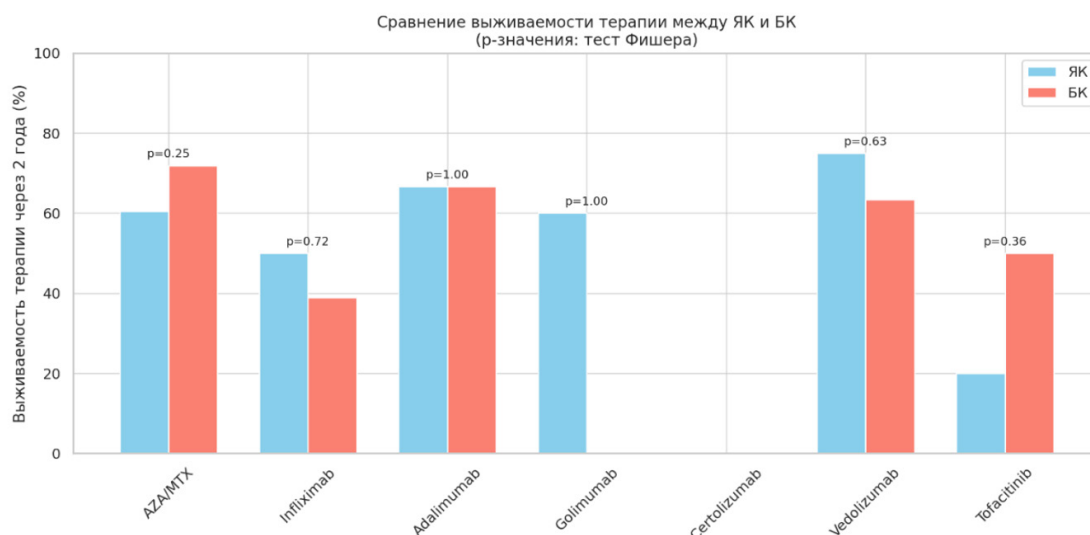


Рис. 12. Сравнительный анализ выживаемости терапии через 2 года у пациентов с ЯК и БК для разных групп препаратов (р-значения, рассчитанные с помощью точного критерия Фишера, различия между группами по каждому препарату не являются статистически значимыми (все $p > 0,05$)).

составили значимую долю, особенно это заметно для ингибиторов α -ФНО.

Заключение. Результаты указывают на необходимость пересмотра стратегий терапии ВЗК в реальной практике Азербайджана (повышение соблюдения международных рекомендаций, более широкое использование биологических препаратов и иммуносупрессоров при показаниях, а также образовательные инициативы для врачей и пациентов по вопросам длительности и целесообразности терапии). Преобладание

тяжелых/осложненных форм среди первичных пациентов, трудности дифференциальной диагностики, отсутствие преемственности на этапах медицинской помощи, делают необходимым создание единого национального Регистра больных с ВЗК, который позволит получить целостную картину о ситуации в стране, а также, оптимизировать планирование и рациональное использование бюджетных средств на диагностику и лечение данной группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА – ƏDƏBİYYAT – REFERENCES

1. Seyed Tabib NS, Madgwick M, Sudhakar P., et al. Big data in IBD: big progress for clinical practice // Gut. - 2020; 69:1520–32. doi:10.1136/gutjnl-2019-320065
2. Piovani D., Danese S., Peyrin-Biroulet L, et al. IBD: estimates from the global burden of disease 2017 study // Aliment Pharmacol Ther. - 2020; 51:261–70. doi:10.1111/apt. 15542
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of IBD in the 21st century: a systematic review of population-based studies // Lancet. - 2017;390: 2769–78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0
4. Injuries C. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019 // Lancet. - 2020; 396:1204–22. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
5. Qiu Y, Wen Ren W, Liu Y, et al. Disease burden of IBD in China from 1990 to 2017: Findings from the global burden of diseases 2017 // E Clinical Medicine. - 2020;27. 100544. <http://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>
6. Khalili H. The changing epidemiology of IBD: what goes up may come down // Inflamm Bowel Dis. - 2020; 26:591–2. doi:10.1093/ibd/izz186
7. Collaborators G. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019 // Lancet. - 2020; 396:1223–49. doi:10.1016/S0140-6736(20)30752-2
8. Ye Y, Manne S, Treem WR, et al. Prevalence of IBD in pediatric and adult populations: recent estimates from large national databases in the United States, 2007–2016 // Inflamm Bowel Dis. - 2020; 26:619–25. doi:10.1093/ibd/izz182
9. Mak WY, Zhao M, Ng SC, et al. The epidemiology of IBD: East meets West // Journal of Gastroenterology and Hepatology - 2020; 35:380–389. doi:10.1111/jgh. 14872
10. Piovani D, Danese S, Peyrin-Biroulet L, et al. Environmental, nutritional, and socioeconomic determinants of IBD incidence: a global ecological study // J Crohns Colitis - 2020; 14:323–31. doi:10.1093/ecco-jcc/jjz150
11. Zhao M, Gönczi L, Lakatos PL, et al. The burden of IBD in Europe in 2020 // J Crohns Colitis. - 2021; 15:1573–87. doi:10.1093/ecco-jcc/jjab029
12. Shafer LA, Sofia MA, Rubin DT, et al. An international multicenter comparison of IBD-related disability and validation of the IBDDI // Clin Gastroenterol Hepatol. - 2021; 19:2524–31. doi: 10.1016/j.cgh.2020.08.053
13. Wang R, Li Z, Liu S, et al. Global, regional and national

- burden of IBD in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019 // *BMJ Open*. - 2023; 13:e065186. doi:10.1136/bmjopen-2022-065186
14. Agrawal M, Jess T. Implications of the changing epidemiology of IBD in a changing world // *United European Gastroenterol J*. - 2022; 10:1113–20. doi:10.1002/ueg2.12317
15. Al Lawati TT, Al Rawahi Y, Al Bahlani AQ, Al Jamei A, Ramatalla D, Saadah OI. Incidence and clinical characteristics of pediatric IBD in Oman // *Saudi J Gastroenterol*. - 2023; 29:177–82. doi: 10.4103/sjg.sjg_473_22
16. Князев О.В., Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., и соавт. Реальная практика лекарственной терапии среднетяжелых и тяжелых форм ВЗК в России, Республике Беларусь, Республике Казахстан. Промежуточные результаты исследования INTENT // *Альманах клинической медицины*. - 2021; 49(7):443–454. doi:10.18786/2072-0505-2021-49-061
17. Caron B., Honap S., Peyrin-Biroulet L. Epidemiology of IBD across the Ages in the Era of Advanced Therapies // *J Crohn's Colitis*. - 2024; 18 (Suppl 2): ii3–ii15. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae082
18. Liu Y., Li J., Yang G., Meng D., Long X., Wang K. Global burden of in the elderly: trends from 1990 to 2021 and projections to 2051 // *Front Aging*. - 2024; 5:1479928. doi: 10.3389/fragi.2024.1479928
19. Akyuz F., Agargun B.F., Atug O., Eskazan T., Yuksel I., et al. Epidemiological Characteristics of Inflammatory Bowel Diseases in The Last Decade: Multi-Center Türkiye Data // *Journal of Crohn's and Colitis*. - 2024; Volume 18, Issue Supplement_1, i2025–i2027, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad212.1261>
20. Nielsen K.R., Midjord J., Lophaven S.N., Langholz E., Hammer T., Burisch J. The incidence and prevalence of IBD continues to increase in the Faroe Islands - a cohort study from 1960 to 2020 // *J Crohn's Colitis*. - 2024; 18, pp. 308–319
21. Rodríguez P.F., Agostini V.C., Natai S.-B., Almazán M.R., Torres E.A. Increase in Prevalence of IBD Among Insured Patients in Puerto Rico from 2018 to 2022 // *The American Journal of Gastroenterology*. - 2024. 119(12S): p S18, doi: 10.14309/01.ajg.0001082796.75595.a9
22. Torres J, Bonovas S, Doherty G, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment // *J Crohn's Colitis*. - 2020; 14(1):4–22. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjz180
23. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of IBD in adults // *Gut*. - 2019; 68(Suppl 3): s1 —106. doi: 10.1136/gutjnl-2019-318484
24. Ciorba MA. Inflammatory bowel diseases 2024 // *Curr Opin Gastroenterol*. - 2024; 1;40(4):233–234. doi: 10.1097/MOG.0000000000001038. Epub 2024 Jun 6.
25. Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis // *Gastroenterology*. - 2020; 158(5):1450–61. doi: 10.1053/j.gastro.2020.01.006
26. Zheng J, Fan Z, Li C, et al. Predictors for colectomy in patients with acute severe ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis // *BMJ Open Gastroenterol*. - 2024; 11:e001587. doi:10.1136/bmjgast-2024-001587
27. Boyd T, Araka EB, Kochar B, et al. Differences in Management and Outcomes of Older and Younger Adults with Acute Severe Ulcerative Colitis // *J Crohn's Colitis*. - 2024; 18:570–7.
28. García MJ, Riestra S, Amiot A, et al. Effectiveness and safety of a third-line rescue treatment for acute severe ulcerative colitis refractory to infliximab or ciclosporin (REASUC study) // *Aliment Pharmacol Ther*. - 2024; 59:1248–59.
29. Alzahrani BA, Aljuhani JA, Badri ZA, Alshamrani RM, et al. The effect of smoking in IBD outcomes // *Front. Gastroenterol*. - 2024; 3:1395269. doi:10.3389/fgstr.2024.1395269
30. Johnson B. The impact of smoking duration on complications of ulcerative colitis: a prospective cohort study // *Inflammatory Bowel Dis*. - 2022; 45:213–20.
31. Johnson K, Singh R, Mehta P. Predictors of hospitalization and complications in IBD: A systematic review and meta-analysis // *Inflammation Bowel Dis*. - 2021; 11 27:1398–409.
32. Gordon M, Darie AM, Sinopoulou V, et al. BSG 2024 IBD guidelines protocol (standard operating procedures) // *BMJ Open Gastro*. - 2023; 10: e001067. doi:10.1136/bmjgast-2022-001067
33. Gordon H., Minozzi S., Kopylov U., Verstockt B. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment // *Journal of Crohn's and Colitis*. - 2024; Volume 18, Issue 10, Pages 1531–1555, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae091>
34. Raine T., Bonovas St., Burisch J., Kucharzik T., Adamina M. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment // *Journal of Crohn's and Colitis*. - 2022; Volume 16, Issue 1, Pages 2–17, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab178>
35. Safroneeva E, et al. Systematic analysis of factors associated with progression and regression of ulcerative colitis in 918 patients // *Aliment Pharmacol Ther*. - 2015; 42:540–548.
36. Белоусова Е.А., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., и соавт. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с ВЗК в РФ. Первые результаты анализа Национального Регистра // *Колопроктология*. - 2023; т. 22, № 1, с. 65–82. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82>
37. Gordon H., Burisch J., Ellul P., Karmiris K., Katsanos K., Allocca M. et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease // *Journal of Crohn's and Colitis*. - 2024; 18;1;1–37, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad108>
38. Faggiani I., Fanizza J., D'Amico F., Allocca M., Zilli A. et al. Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease: From Pathophysiology to Treatment // *Biomedicines*. - 2024, 12(8), 1839; <https://doi.org/10.3390/biomedicines12081839>
39. Malik, T.F., & Aurelio, D.M. Extraintestinal manifestations of IBD // In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. PMID: 33760556
40. Kilic Y., Kamal Sh., Jaffar F., Sriranganathan D., Quraishi M.N., Segal J.P. Prevalence of Extraintestinal Manifestations in IBD: A Systematic Review and Meta-analysis // *Inflammatory Bowel Diseases* 2024; 30;2:230–239, <https://doi.org/10.1093/ibd/izad061>
41. Khan S, Rupniewska E, Neighbors M, et al. Real-world evidence on adherence, persistence, switching and dose

XÜLASƏ

AZƏRBAYCANDA İLTİHABİ BAĞIRSAQ XƏSTƏLİKLƏRİNİN KLİNİK GEDİŞATININ VƏ MÜALİCƏ ÜSULLARININ TƏHLİLİ

¹Babayeva G.H., ²İbrahimli H.İ.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, ¹Terapiya kafedrası və ²Səhiyyənin təşkili və menecmenti kafedrası, Bakı, Azərbaycan

İltihabi bağırsaq xəstəliyi (İBX) olan xəstələrə erkən diaqnoz, vaxtında və adekvat tibbi yardım problemi daxili xəstəliklər praktikasında aktual istiqamət olaraq qalır. **Məqsəd.** Azərbaycanda İBX olan xəstələrdə klinik gedişatının və konservativ müalicə üsullarını təhlil etmək. **Materiallar və metodlar.** Respublikanın müxtəlif regionlarından laboratoriya, endoskopik və patoloji müayinələrdən keçmiş 446 xəstənin (xoralı kolit (n=231), Kron xəstəliyi (n=190), mikroskopik kolit (n=20) və diferensiasiya edilməmiş kolit (n=5)) məlumat bazası təhlil edilmişdir. **Nəticələr.** Bu xəstə qrupunun demografik və sosial-iqtisadi xüsusiyyətləri, o cümlədən xəstəliyin başlanğıcındakı orta yaş və diaqnozun qoyulma vaxtı (minimum və maksimum), əlillik vəziyyəti, klinik gedişat xüsusiyyətləri (fəsadlar və ekstraintestinal təzahürlər daxil olmaqla) və konservativ müalicə variantları təhlil edilmişdir. **Yekun.** İlk xəstələr arasında ağır/mürəkkəb formaların yayılması, differensial diaqnostikada çətinliklər və tibbi yardımın mərhələlərində davamlılığın olmaması İBX xəstələrin vahid milli klinik reyestrinin yaradılmasını zəruri edir. **Açar sözlər:** iltihabi bağırsaq xəstəlikləri, xoralı kolit, Kron xəstəliyi, kliniki gedişat

SUMMARY

ANALYSIS OF THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT METHODS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN AZERBAIJAN

¹Babayeva G.H., ²İbrahimli H.İ.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, ¹Department of Therapy and ²Department of Healthcare Organization and Management, Baku, Azerbaijan

The problem of early diagnosis, timely and adequate medical care for patients with inflammatory bowel disease (IBD) remains a pressing area in internal medicine practice. **Aim of the study.** To study the clinical course and conservative treatment options in patients with IBD in Azerbaijan. **Material and Methods.** A database of 446 patients (ulcerative colitis (n=231), Crohn diseases (n=190), microscopic colitis (n=20), and non-differentiated colitis (n=5) from various regions of the country who underwent laboratory, endoscopic, and pathological examinations was analyzed. **Results.** The demographic and socioeconomic characteristics of this patient group, including the average age at disease onset and the time (minimum and maximum) of diagnosis, disability status, clinical course characteristics (including complications and extraintestinal manifestations), and conservative treatment options were analyzed. **Conclusion.** The prevalence of severe/complicated forms among primary patients, difficulties in differential diagnosis, and lack of continuity at the stages of medical care make it necessary to create a single national clinical registry of patients with IBD.

Keywords: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, clinical course

Redaksiyaya daxil olub: 08.01.2025

Çapa tövsiyə olunub: 02.02.2025

Rəyçi: t.ü.e.d. Ş.H.Əliyev