

Ce s-a schimbat în manifestările clinice și în evoluția colitei ulceroase în Republica Moldova timp de 30 de ani?

S. Țurcan

Laboratorul Gastroenterologie, Departamentul Medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”

What Changed in Clinical Manifestation and Evolution of Ulcerative Colitis in the Republic of Moldova in the Last 30 Years?

The aim of the study was the comparative analysis of epidemiological indices, demographic characteristics and clinical features of ulcerative colitis for the last 30 years in Moldova. Different parameters of 305 patients who were under dynamic clinical supervision in Republican Clinical Hospital were analyzed. Patients with an onset of disease up to 1989 have been included in group I (n = 74), from 1990 to 1999 – in group II (n = 86) and from 2000 to 2009 – in group III (n = 112). According to the data of the national registry stable incidence (3 - 4 per 100000 persons) and prevalence (17 - 21) rates of IBD, with some increase of parameters for last years (up to 4.6 and 25 accordingly) were marked. The substantial increase of age of the disease onset was observed (34.1 ± 14.0 ; 39.1 ± 12.4 ; 41.5 ± 13.7 ; $p < 0.001$). The acute/severe disease onset was diagnosed more often in group III ($p = 0.006$). Extent of disease, frequency and character of system manifestations and complications did not differ essentially in groups of study. The ratio of different variants of disease evolution within 5 years essentially did not differ, however there is a tendency of reduction of severe frequently relapsing disease behavior and of increase of steroid-dependence cases (that, probably, is mutually conditioned).

Key words: ulcerative colitis, epidemiological indices, clinical manifestations, disease evolution, complications

Что изменилось в клиническом проявлении и течении неспецифического язвенного колита за последние 30 лет в Молдове?

Целью настоящего исследования был сравнительный анализ эпидемиологических, демографических и клинических показателей при язвенном колите за последние 30 лет в Молдове. Для оценки эволюции демографических и клинических особенностей были проанализированы показатели 305 больных, которые находятся под динамическим наблюдением в Республиканской клинической больнице. Пациенты с дебютом заболевания до 1989 года составили I группу (n = 74), с 1990 по 1999 – II группу (n = 86) и с 2000 по 2009 – III группу (n = 112). По данным национального регистра отмечены относительно стабильные показатели заболеваемости (3–4 на 100000 населения) и болезненности (17–21) воспалительными заболеваниями кишечника, с некоторым ростом показателей за последние годы (до 4,6 и 25 соответственно). Отмечено значительное увеличение возраста дебюта заболевания ($34,1 \pm 14,0$; $39,1 \pm 12,4$; $41,5 \pm 13,7$ соответственно; $p < 0,001$). В III группе чаще диагностировали острое тяжелое начало заболевания ($p = 0,006$). Распространенность поражения, частота и характер системных проявлений и осложнений не отличались существенно в группах изучения. Эволюция заболевания в течение 5 лет наблюдения существенно не отличалась, однако имеется тенденция к уменьшению числа больных с тяжелым, часто рецидивирующим течением и к росту гормонозависимых форм, что, вероятно, взаимобусловлено.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, эпидемиологические показатели, клинические проявления, течение заболевания, осложнения.

Introducere

La momentul actual răspândirea colitei ulceroase (CU) este foarte neuniformă, patologia fiind caracteristică țărilor economice dezvoltate [1]. Incidența și prevalența maximă a CU se înregistrează în țările scandinave (incidența – 20-25/100000 populație, prevalența – 200-250/100000 populație) [2], în SUA (2-12; 70-156 corespunzător) [3, 4], în Marea Britanie (10-20, 100-200) [5]. După anii 50 ai secolului XX s-a înregistrat o creștere semnificativă a CU, preponderent în nordul Europei și în SUA, cu stabilizarea indicilor epidemiologici în ultimele decenii, pe când în regiunile asiatice se observă o creștere continuă a incidenței CU în ultimii ani [6, 7]. Incidența CU variază de la 0,4 până la 6 la 100000 populație, prevalența – de la 4,0 până la 44,3.

Pentru țările europene este demonstrată prezența gradientului nord-sud: răspândirea bolilor inflamatorii intestinale (BII) în zonele nordice este mai înaltă comparativ cu regiunile de sud, însă incidența CU crește continuu în ultimele decenii în țările din sudul Europei [1, 8, 9]. În România nu a fost demonstrată o dinamica semnificativă a indicilor epidemiologici: incidența CU constituie 3-4/100000 populație [10].

Ultimele decenii se caracterizează nu doar prin creșterea indicilor de morbiditate la bolile inflamatorii intestinale (BII) în unele țări, dar și prin modificarea caracterului evolutiv al maladiilor, prin sporirea numărului de forme de boală, rezistente atât la terapia standard, cât și la tratamentul cu preparate imunomodulatoare moderne [1, 11]. În Republica Moldova situația rămâne a fi incomplet elucidată.

Scopul studiului a fost analiza comparativă a datelor epidemiologice, a particularităților clinice și evaluative ale BII în Republica Moldova, în ultimele trei decenii.

Material și metode

Situația epidemiologică a fost analizată în baza datelor Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății. În Republica Moldova incidența și prevalența BII se înregistrează în formularele statistice din a. 1998.

Pentru evaluarea particularităților clinice și evolutive au fost studiate 305 cazuri de BII, depistate și incluse în studiul prospectiv în clinica de gastroenterologie a Spitalului Clinic Republican (SCR) din a. 1996 până în a. 2009. Incluziunea datelor retrospective (anamnezice de la debutul bolii) a permis efectuarea analizei din a. 1979.

Pentru analiza comparativă a datelor clinice și evolutive, pacienții incluși în studiu au fost repartizați în 3 grupuri, în funcție de perioada, în care a debutat boala: grupul I – debutul bolii până în a. 1989 (n = 74); grupul II – debutul bolii în anii 1990-1999 (n = 86) și grupul III – în anii 2000-2009 (n = 112).

Rezultate

Curba de incidență a CU și a BC în anii 1998-2008 are caracter relativ stabil cu devieri de la 2,9 până la 4,1 de cazuri noi ale BII la 100000 de locuitori, fără o tendință semnificativă de creștere (fig. 1). Excepție, posibil, constituie anul 2009, când a fost înregistrată incidența maximă – 4,6/100000 de locuitori.

O situație similară se observă și în cazul prevalenței prin BII: oscilații moderate de la 16,9 până la 21,1/100000 populație cu tendință de creștere numai în anul 2009 – 25/100000 populație (fig. 2).

Dintre cei 305 pacienți, care au fost la evidență în clinica de gastroenterologie a SCR din a. 1996, la 273 de bolnavi (89,5%) a fost diagnosticată CU, la 26 (8,5%) - BC și la 6 (2,0%) – o colită nedeterminată (CN). Raportul CU/BC a constituit 10,5/1. Raportul dintre femei și bărbați a fost de 1/1 în caz de BC și a avut o tendință minimă de predominare a sexului feminin în caz de CU 1,2/1. Predominarea populației urbane se observă în cazul tuturor BII, fiind mai semnificativă în caz de BC (p = 0,005) și de CN (p = 0,000).

Analiza comparativă a datelor în grupurile de studiu a demonstrat lipsa dinamicii esențiale în structura pacienților după sex și locul de trai. În același timp, se înregistrează creșterea semnificativă a vârstei medii la debutul bolii: de la 34,14 ± 14,02 în aa. 1979-1989 până la 39,14 ± 14,02 în aa. 1990-1999 (p = 0,018) și 41,48 ± 13,72 în aa. 2000-2009 (p = 0,000). Distribuția pacienților în funcție de vârstă la debutul bolii și devierea medianei indexului dat spre vârsta mai mare, sunt prezentate ilustrativ în fig. 3.

Debutul CU poate fi variabil, condiționând deficiențe de diagnostic precoce. Majoritatea pacienților au avut un debut, care corespundea gradelor ușor și moderat de severitate a bolii cu amplificarea treptată a simptomelor sau cu evoluție ondulantă și remisuni spontane. Aceste particularități ale debutului și evoluției bolii au permis diagnosticarea corectă a maladii în primele 4 săptămâni doar la 10,8% pacienți din grupul I, la 20,9% pacienți din grupul II și la 17,0% pacienți din grupul III (fig. 4).

În majoritatea cazurilor (37,8%; 45,3% și 42,0% corespunzător grupelor de studiu) diagnosticul de CU a fost stabilit în primele 24 de săptămâni. Însă la peste 20% dintre pacienți (25,7%; 22,1% și 23,1%) maladia rămâne nedagnosticată timp de mai mult de 48 de săptămâni. Diagrama din fig. 4 ilustrează raportul relativ constant al pacienților cu diagnosticare tardivă (> 48 de săptămâni) în cele trei grupuri de studiu, lipsind tendința de diagnosticare precoce în ultimii ani. Acest fenomen poate avea explicația adresării tardive a bolnavilor după ajutor medical: 63,2%; 47,4% și 65,4% dintre bolnavii grupurilor I, II și III cu diagnosticare tardivă în consecință. O altă cauză a nedagnosticării precoce a maladii poate servi deficitul de competență și prudența exagerată a medicilor atât din rețeaua primară, cât și a specialiștilor gastroenterologi și

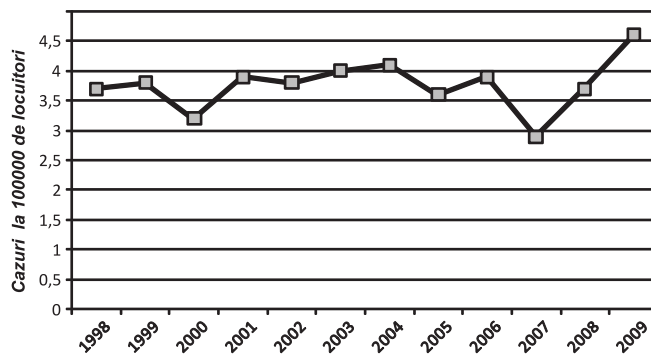


Fig. 1. Incidența CU și a BC conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova în anii 1998-2009.

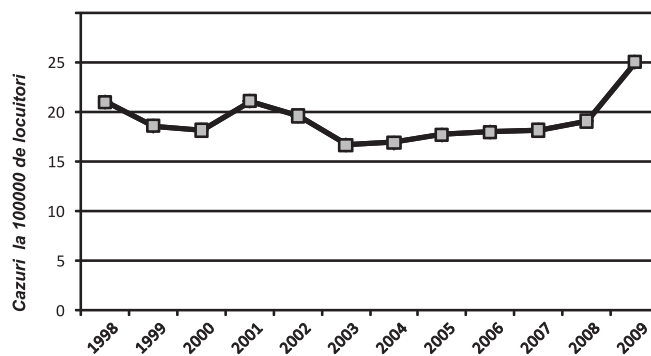


Fig. 2. Prevalența CU și BC conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova în anii 1998-2009.

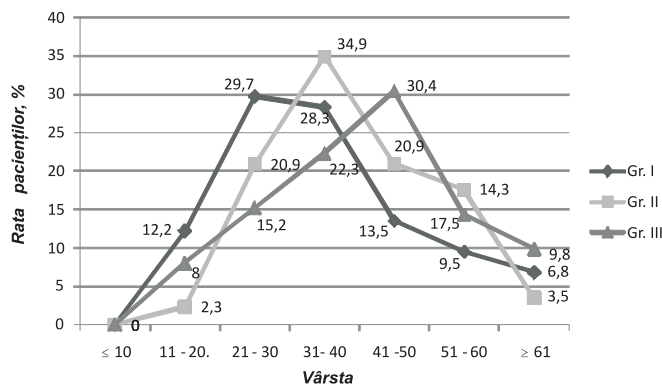


Fig. 3. Dinamica repartizării pacienților în funcție de vârstă la debutul bolii în ultimele 3 decenii (gr. I – pacienții cu debutul bolii până în a. 1989, gr. II – în anii 1990 - 1999, gr. III – în anii 2000 - 2009).

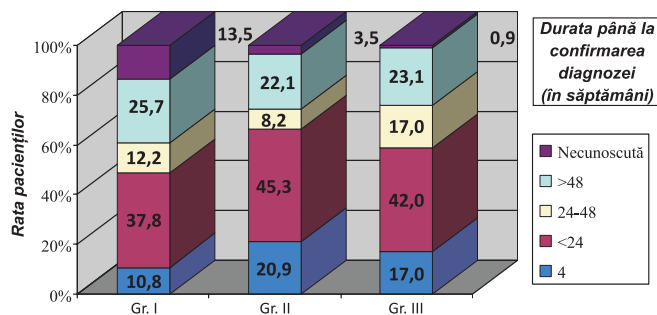


Fig. 4. Durata medie până la confirmarea diagnozei în grupurile studiate.

proctologi. Din acest motiv, la pacienții cu particularități de debut a CU, boala a fost diagnosticată la prima vizită în cel mult 26,7% cazuri (tab. 1).

Tabelul 1

Diagnosticuri preventive la pacienții cu colită ulceroasă la prima vizită la medicii specialiști

Diagnoza la debutul bolii	Numărul și rata pacienților		
	Grupul I n = 74	Grupul II n = 86	Grupul III n = 112
CUN	8 (10,8%)	23 (26,7%)	23 (20,5%)
Infecție intestinală acută	12 (16,2%)	21 (24,4%)	19 (17,0%)
Hemoroizi inclusiv cu efectuarea hemoroidectomiei	22 (29,7%)	19 (22,2%)	34 (30,4%)
Alta (sindrom de intestin iritabil, pancreatită etc.)	2 (9,1%)	2 (10,5%)	4 (11,8%)
Alta (sindrom de intestin iritabil, pancreatită etc.)	13 (17,6%)	11 (12,8%)	13 (11,6%)
Neprecizată	19 (25,7%)	12 (13,9%)	23 (20,5%)

Infecția intestinală acută s-a presupus la 16,2 - 24,4% pacienți, deci aceasta a fost și ponderea cazurilor cu debut acut, asociată cu diaree și hematochezie, deseori cu febră și alte simptome ale sindromului inflamator general. Într-o proporție mai joasă (11,6 - 17,6% cazuri) boala a debutat fără semne evidente ale sindromului inflamator general și fără o hematochezie evidentă, conducând la diagnosticuri preventive de sindrom de intestin iritabil sau diaree condiționată de alte circumstanțe gastroenterologice. Diferențe semnificative între cele trei grupuri de studiu nu au fost stabilite.

În mai mult de 20% cazuri boala a debutat prin dereglări de scaun și hematochezie în lipsa semnelor de sindrom inflamator general, suspectându-se acutizarea bolii hemoroidale. Acesta a fost diagnosticul preventiv la 29,7% pacienți din

grupul I, la 22,2% din grupul II și la 30,4% din grupul III. În tabelul 1 se observă lipsa dinamicii favorabile pe parcursul anilor în diagnosticarea corectă a debutului CU în favoarea hemoroizilor. În perioadele anilor 1979-1989; 1990-1999 și 2000-2009 rămâne relativ stabilă și proporția bolnavilor supuși intervenției chirurgicale pentru boala hemoroidală acută, asociată debutului nedagnosticat al CU (9,1%; 10,5% și 11,8%), intervenție care, de obicei, agravează evoluția CU.

Evoluția bolilor cronice inflamatorii, patogenia cărora se realizează prin mecanisme autoimune, depinde de caracterul debutului. Cel mai frecvent, indiferent de grupul de studiu, boala a debutat treptat (71,6%; 74,4%; 74,1%), manifestându-se inițial prin grad ușor și moderat de severitate (tab. 2). Însă, există și particularități caracteristice ultimului deceniu: pacienții cu debutul bolii în perioada 2000-2009, comparativ cu cei din grupul I, mai frecvent au avut un debut acut (5,4% - grupul I și 12,5% - grupul III; p = 0,006) cu severitate gravă (4,1% și 9,8% corespunzător, p = 0,023).

Pacienții celor trei grupuri de studiu nu s-au deosebit semnificativ în funcție de localizarea procesului la momentul diagnosticării CU (tab. 2). În majoritatea cazurilor procesul inflamator a avut o localizare inițială în rect și sigmoid (48,6%; 46,5% și 55,3%) sau în porțiunea stângă a colonului (20,3%; 25,6% și 23,2%).

Au fost supuse analizei schimbările posibile în progresarea CU. Pacienții incluși în cele trei grupuri de studiu au fost monitorizați pe parcursul a 5 ani. S-au observat 4 variante evolutive posibile ale bolii:

1a - evoluție ușoară, caracterizată prin frecvența joasă a acutizărilor (1 dată/an sau mai rar) și lipsa răspândirii procesului inflamator asupra altor zone ale colonului în cursul acutizărilor ulterioare;

Tabelul 2

Caracteristicile clinice la debutul bolii în grupurile studiate

Caracteristici clinice	Numărul pacienților			P I/II	P I/III	P II/III	P gener
	Grupul I n = 74	Grupul II n = 86	Grupul III n = 112				
Caracterul debutului:							
acut	4 (5,4%)	5 (5,8%)	14 (12,5%)	NS*	0,022	NS*	0,006
relativ acut	12 (16,2%)	16 (18,6%)	15 (13,4%)				
treptat	53 (71,6%)	64 (74,4%)	83 (74,1%)				
necunoscut	5 (6,8%)	1 (1,2%)	0 (0%)				
Severitatea debutului:							
ușoară	36 (48,6%)	36 (41,8%)	55 (49,1%)	NS*	NS*	0,023	0,000
moderată	30 (40,5%)	48 (55,8%)	46 (41,1%)				
gravă	3 (4,1%)	1 (1,2%)	11 (9,8%)				
necunoscută	5 (6,8%)	1 (1,2%)	0 (0%)				
Localizarea afectării:							
proctită	6 (8,1%)	6 (7,0%)	5 (4,5%)	NS*	NS*	NS*	NS*
proctosigmoidită	36 (48,6%)	40 (46,5%)	62 (55,3%)				
colită pe stângă	15 (20,3%)	22 (25,6%)	26 (23,2%)				
colită subtotală	3 (4,1%)	2 (2,3%)	9 (8,0%)				
colită totală	3 (4,1%)	2 (2,3%)	3 (2,7%)				
necunoscută	11 (14,8%)	14 (16,3%)	7 (6,3%)				

*NS - ne semnificativ

1b – evoluție, caracterizată printr-o frecvență joasă a acutizărilor (1 dată/an sau mai rar), dar cu implicarea de noi zone colonice în procesul inflamator și/sau cu complicații;

2a – evoluție cu acutizări frecvente (2 ori/an și mai frecvent) și lipsa răspândirii procesului inflamator asupra altor zone ale colonului în cursul acutizărilor ulterioare;

2b – evoluție gravă cu acutizări frecvente (2 ori/an și mai frecvent) cu implicarea de noi zone colonice în procesul inflamator și/sau cu complicații.

Prin analiza comparativă a evoluției bolii, nu au fost găsite diferențe semnificative între cele trei grupuri de pacienți (tab. 3). În toate grupurile cea mai frecventă variantă evolutivă a maladiei a fost CU cu evoluție relativ benignă (36,4%; 36,0% și 26,8%), cu acutizări rare și aparent în lipsa progresării pe parcursul a 5 ani. Însă, în mai mult de 12% cazuri (14,9%; 14,0% și 12,5%) se atestă o evoluție gravă a bolii cu acutizări frecvente, cu progresarea maladiei și/sau apariția complicațiilor în termeni reduși.

Tabulul 3

Caracteristicile evoluției bolii în grupurile studiate

Caracteristici clinice	Numărul pacienților		
	Grupul I n = 74	Grupul II n = 86	Grupul III n = 112
Evoluție timp de 5 ani:			
Ia*	27 (36,4%)	31 (36,0%)	30 (26,8%)
Ib*	7 (9,5%)	1 (1,2%)	2 (1,7%)
IIa*	13 (17,6%)	16 (18,6%)	19 (17,0%)
IIb*	11 (14,9%)	12 (14,0%)	14 (12,5%)
necunoscută	16 (21,6%)	26 (30,2%)	47 (42,0%)
Complicații evolutive:			
hormonodependență	2 (2,7%)	3 (3,5%)	5 (4,5%)
colectomie	2 (2,7%)	3 (3,5%)	4 (3,6%)
stenozare	3 (4,1%)	2 (2,3%)	1 (0,9%)
cancer colorectal	0 (0%)	0 (%)	0 (%)
alte (paraproctită etc.)	3 (4,1%)	2 (2,3%)	4 (3,6%)
Afectări extraintestinale:			
articulare	3 (4,1%)	7 (8,1%)	10 (8,9%)
cutanate	0 (0%)	1 (1,2%)	3 (2,7%)
oculare	1 (1,4%)	0 (0%)	2 (1,8%)
ale cavității bucale	1 (1,4%)	1 (1,2%)	1 (0,9%)
hepatice	3 (4,1%)	4 (4,7%)	5 (4,5%)

*Ia – acutizări rare ≤ 1 pe an, fără răspândirea procesului patologic;
Ib – acutizări rare ≤ 1 pe an, cu răspândirea procesului patologic și/sau cu complicații;
IIa – acutizări dese ≥ 2 pe an, fără răspândirea procesului patologic;
IIb – acutizări dese ≥ 2 pe an, cu răspândirea procesului patologic și/sau cu complicații.

Cancerul de colon, complicație gravă și tardivă a inflamației cronice intestinale, nu a fost diagnosticat la pacienții acestui studiu, monitorizați pe parcursul a 5 ani.

S-a observat o tendință de creștere a numărului de forme evolutive hormonal dependente de la 2,7% în grupul I până la 4,5% - în grupul III. Analiza comparativă a complicațiilor evolutive în grupurile de studiu nu a demonstrat diferențe statistic veridice din cauza numărului mic de pacienți.

Colita ulcerosă, în special cea cu evoluție severă și moderată, deseori se asociază cu manifestări extraintestinale. Cel mai frecvent sunt diagnosticate artropatiile (artralgii, artrite, sacroileită, spondilită anchilozantă etc.), leziunile cutanate (eritem nodular, piodermie gangrenoasă), oculare (episclerită, uveită, irită, iridociclită), ale cavității bucale (stomatită aftoasă) și afectările hepatice (colangită primară sclerozantă, steatoză hepatică, hepatită reactivă etc.). La pacienții din grupurile de studiu manifestările extraintestinale au fost diagnosticate relativ rar, fără tendință de creștere a frecvenței acestora în ultimii 30 de ani (tab. 3), cu posibila excepție a artropatiilor și manifestărilor cutanate, dar din cauza numărului mic de pacienți nu au fost obținute diferențe statistic veridice.

Discuții

Conform indicilor de morbiditate prin BII, prezența de Centrul Național de Management în Sănătate, Republica Moldova respectă criteriile pentru regiunile cu incidență și prevalență relativ joasă a BII, comparabilă cu indicii respectivi din alte țări ale Europei de Est. În perioada anilor 1998-2009 nu se observă o creștere esențială a cazurilor noi și a răspândirii BII, ceea ce corespunde situației din România [10, 12], Polonia [13]. Se presupune că creșterea semnificativă a BII, demonstrată în unele țări din Europa Centrală și de Est [14, 15], este cauzată de „westernizarea” modului de viață (ridicarea nivelului de industrializare, creșterea ritmului de viață, schimbări esențiale în alimentație: creșterea consumului de produse rafinate, de glucide ușor asimilabile și de grăsimi, paralel cu micșorarea consumului de produse naturale etc.). Probabil, acest fenomen încă nu a influențat semnificativ modul de viață și stilul de alimentație a populației din Republica Moldova.

Raportul pacienților în funcție de sex (1/1 cu tendință de predominare ușoară a sexului feminin în CU) și în funcție de locul de trai (tendință de predominare a populației urbane), demonstrat în cohorta studiată, corespunde datelor altor autori [4, 7, 9]. Prezintă interes devierea vârstei de debut al bolii spre o vârstă mai mare în ultimele trei decenii. Majoritatea pacienților cu debutul bolii până în a. 1989 au fost în vârstă de 21-30 de ani (29,7%) și 31-40 de ani (28,3%), ceea ce corespunde datelor despre vârsta la debutul bolii, raportate de țările cu răspândirea joasă a BII [6, 7]. Dar în grupul III, la pacienții cu debutul bolii în aa. 2000-2009, apogeul de incidență a bolii se observă la vârsta de 41-50 de ani (30,4%) și de 31-40 (22,3), ceea ce este caracteristic pentru regiunile cu răspândirea înaltă a BII [2, 3].

Rezultatele acestui studiu confirmă opiniile existente despre caracterul evolutiv preponderent prin debut lent al CU, cu dezvoltarea treptată a simptomelor de la formele ușoare până la cele de severitate medie [1, 5]. Mai mult de 70% dintre pacienții acestui studiu au avut un debut lent al bolii și în peste 80% cazuri simptomele clinice corespundeau gradelor ușor și moderat de severitate a maladiei. Aceste particularități ale debutului, dar și deficitul de competență și prudența exagerată a medicilor în domeniul BII condiționează rata scăzută a diagnosticării precoce a CU: mai puțin de 20% dintre bolnavi au fost diagnosticați în primele 24 de săptămâni și mai puțin de 70% - în primul an de boală, aceleași fiind și cauzele stabilirii incorecte a diagnosticului

preventiv, dar și ale intervențiilor chirurgicale nemotivate. În particular, la peste 20% dintre bolnavi se stabilește boala hemoroidală acută, iar 10% dintre aceștia sunt supuși hemoroidectomiei, cu agravarea ulterioară a evoluției bolii.

Conform datelor din literatura de specialitate, CU debutează acut în 15-20% cazuri cu simptome intestinale caracteristice, sindrom inflamator general și manifestări extraintestinale frecvente [1, 5]. Printre pacienții studiului nostru acest tip de debut al bolii s-a atestat mai rar, însă este evidentă tendința de creștere a ratei CU cu debut acut sever în ultimii 30 de ani: de la 5,4% din totalul pacienților cu debutul până în 1989 – până la 12,5% printre persoanele cu debut al CU în anii 1999-2009 ($p = 0,022$).

Evoluția CU la pacienții din cele trei grupuri de studiu a fost aproximativ similară, indiferent de perioada debutului bolii. În 25-30% cazuri se atestă o evoluție a CU relativ benignă, cu acutizări rare, fără răspândirea procesului inflamator asupra altor zone colonice. Datele din literatura de specialitate atestă faptul, că acest tip evolutiv nu este propriu regiunilor cu răspândire largă a CU, dar se înregistrează într-o proporție mai mică [2, 3]. Bolnavii acestui studiu au dezvoltat mai puține complicații pe parcursul a 5 ani de monitorizare, comparativ cu datele din literatură. Pacienții noștri mult mai rar au necesitat colonectomie și alte intervenții chirurgicale cu ocazia CU sau a complicațiilor, comparativ cu pacienții din SUA și statele europene. Acest fapt este condiționat de numărul mai mic de bolnavi cu forme evolutive severe progrediente, comparativ cu regiunile/țările cu răspândire largă a CU.

Conform datelor din literatura de specialitate, manifestările extraintestinale se documentează în mai mult de 30% cazuri de CU [1, 3, 7]. În limitele acestui studiu manifestările extraintestinale s-au atestat mai rar, ponderea cea mai mare revenind artropatiilor (până la 8,9%) și hepatopatiilor (până la 4,5%). Conform studiilor retrospective și prospective se menționează preponderența manifestărilor articulare cu frecvență de 16-33% [16]. Aceste divergențe între datele noastre și cele din literatură se pot explica prin rata mai joasă a formelor evolutive progrediente cu acutizări frecvente și severe, de obicei asociate cu manifestări extraintestinale articulare, cutanate și oculare (eritem nodular, piodermie gangrenoasă, uveită, irită, iridociclită).

Cu toate că Republica Moldova este o regiune cu răspândire relativ joasă a BII, fără o creștere semnificativă a morbidității în ultimii ani, totuși, se atestă tendința de majorare a ratei de debut acut și sever al CU. În acest context apare necesitatea administrării tratamentului hormonal care, posibil, duce la dezvoltarea formelor hormonaldependente de boală. Proporția bolnavilor cu forme evolutive rapid progrediente rămâne stabilă pe perioada de monitorizare și, posibil, se explică prin tratament adecvat, aplicat atât în perioadele de acutizare, dar și în remisie – tratament de menținere de durată. Tendința de creștere a numărului de forme cu debut acut sever și a formelor hormonaldependente sugerează necesitatea implementării metodelor noi de tratament al CU, printre care aplicarea mai largă a terapiei imunomodulatorii și implementarea bioterapiei.

Concluzii

1. Republica Moldova este o regiune cu răspândire relativ joasă a BII (incidența – până la 4,6/100000 populație și prevalența – până la 25/100000 populație).

2. În ultimul deceniu nu se observă o creștere semnificativă a incidenței și a prevalenței BII.
3. În ultimele trei decenii se înregistrează majorarea vârstei medii la debutul bolii cu devierea vârfului de incidență de la vârsta de 21-40 de ani spre 31-50 de ani.
4. În mai mult de 25-30% cazuri se atestă o evoluție relativ benignă a CU cu acutizări rare și fără răspândirea procesului inflamator asupra altor zone colonice pe parcursul a 5 ani.
5. În ultimul deceniu s-a produs creșterea numărului de bolnavi cu debut acut sever al CU, condiționând, posibil, mai multe forme hormonaldependente ale bolii.

Bibliografie

1. Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis*. 2008;2:1-23.
2. Jussila A, Virta L, Kautiainen H, et al. Increasing incidence of inflammatory bowel disease in Finland. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):S103, P218.
3. Kornbluth Asher, Sachar David B. Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults (Update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*. 2004;98:1371-1385.
4. Herrinton LJ, Liyan Liu, Lewis JD, et al. Incidence and Prevalence of Inflammatory Bowel Diseases in a Northern California Managed Care Organization, 1996-2002. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:1998-2006.
5. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SPL. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2004;53:1-16.
6. Thia Kelvin T, Loftus Edward V, Sandborn William J, et al. An update on the Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in Asia. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:3167-3182.
7. Qin Ouyang, Rakesh Tandon, Goh KL, et al. Management consensus of inflammatory bowel disease for the Asia-Pacific region. *J Gastroenterol Hepatol*. 2006;21:1772-1782.
8. Assche Gert Van, Dignass Axel, Panes Julian, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):7-27.
9. Vazquez-Rodriguez S, Carpio D, Soto S, et al. Inflammatory bowel disease in Pontevedra, northwest of Spain: Higher incidence and prevalence than previously reported. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):S112, P242.
10. Goldis A, Dobru D, Bancu L, et al. Epidemiological aspects of IBD in the western part of Romania. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):S111, P239.
11. Elson CO. Why do treatment fail? *Basic J of Crohn's & Colitis*. 2010;4(suppl):16-17.
12. Gheorghe C, Pascu O, Gheorghe L, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in adults who refer to gastroenterology care in Romania: a multicenter study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16:1153-9.
13. Wierska-Drapalo A, Jaroszewicz J, Flisiak R, et al. Epidemiological characteristics of inflammatory bowel disease in North-Eastern Poland. *World J Gastroenterol*. 2005;11:2630-3.
14. Lakatos L, Mester G, Erdelyi Z, et al. Striking elevation in incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary between 1977-2001. *World J Gastroenterol*. 2004;10:405-409.
15. Sincic BM, Vucelic B, Persic M, et al. Incidence of inflammatory bowel disease in Primorsko-Goranska Country, Croatia, 2000-2004: A prospective population-based study. *Scand J Gastroenterol*. 2006;41:437-444.
16. Brakenhoff Lianne KPM, van der Heijde Desiree M, Hommes Daniel W, et al. The joint-gut axis in inflammatory bowel diseases. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(3):1-23.

Corresponding author

Țurcan Svetlana, M. D., Ph. D., Associate Professor

Laboratory of Gastroenterology

Department of Internal Medicine

Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University

29, N. Testemitanu Street

Chisinau, Republic of Moldova

Telephone: 205539

E-mail: veisa@mail.ru

Manuscript received September 27, 2010; manuscript revised

November 22, 2010