



УДК 616.34-002:616.72-002-06

Е.Н. БЕЛОУСОВА², А.Х. ОДИНЦОВА¹, А.Х. РАМАЗАНОВА^{1,2}, Л.Р. САДЫКОВА¹¹Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138²Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бултерова, д. 49

Воспалительные заболевания кишечника и серонегативный спондилоартрит: две стороны одной медали?

Белуусова Елена Николаевна — врач-ординатор кафедры госпитальной терапии, тел. +7-906-320-47-72, e-mail: vanilla16@mail.ru**Одинцова Альфия Харисовна** — кандидат медицинских наук, заведующая гастроэнтерологическим отделением, тел. +7-987-290-53-44, e-mail: odincovaa@yandex.ru**Рамазанова Алсу Харисовна** — врач гастроэнтерологического отделения, аспирант кафедры биохимии, тел. +7-927-404-74-40, e-mail: alsuramazan@mail.ru**Садыкова Лейла Равилевна** — врач гастроэнтерологического отделения, тел. +7-987-417-89-57, e-mail: s.leila87@icloud.com

При воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) имеется широкий спектр внекишечных проявлений. Наиболее часто встречаются поражения кожи, полости рта, суставов и глаз. Внекишечные проявления возникают при обострении заболевания, предшествуют ему или развиваются в период ремиссии. Поражение суставов включает артрит, сакроилеит, анкилозирующий спондилит. Анкилозирующий спондилит может возникать задолго до кишечных симптомов, сопровождаться выраженным болевым синдромом и затруднять диагностику ВЗК. Представлено клиническое описание больного двадцати трех лет, обратившегося с интермиттирующей кишечной и суставной симптоматикой.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), болезнь Крона, внекишечные проявления, спондилоартрит.

E.N. BELOUSOVA², A.Kh. ODINTSOVA¹, A.Kh. RAMAZANOVA^{1,2}, L.R. SADYKOVA¹¹Republican Clinical Hospital of the MH of RT, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064²Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

Inflammatory bowel disease and seronegative spondyloarthritis: two sides of the same coin?

Belousova E.N. — doctor-ordinator of the Department of Hospital Therapy, tel. +7-906-320-47-72, e-mail: vanilla16@mail.ru**Odintsova A.Kh.** — Cand. Med. Sc., Head of the gastroenterology department, tel. +7-987-290-53-44, e-mail: odincovaa@yandex.ru**Ramazanova A.Kh.** — doctor of the gastroenterology department, postgraduate student of the Department of Biochemistry, tel. +7-927-404-74-40, e-mail: alsuramazan@mail.ru**Sadykova L.R.** — doctor of the gastroenterology department, tel. +7-987-417-89-57, e-mail: s.leila87@icloud.com

Inflammatory bowel disease (IBD) is associated with a variety of extraintestinal manifestations. The most common of them are the involvement of skin, joints and oral, ocular manifestations. Extraintestinal manifestations can occur simultaneously with diarrhea, can precede symptoms of IBD or appear in the remission. Joint involvement includes arthritis, sacroillitis and ankylosing spondylitis. Ankylosing spondylitis can develop long before the symptoms of IBD, can be the cause of severe pain and can delay the diagnosis of IBD. The paper describes a case of 23-year-old patient with the intermittent syndromes of diarrhea and joint involvement.

Key words: Inflammatory bowel disease (IBD), Crohn's disease, extraintestinal manifestations, spondyloarthritis.

Иммуновоспалительные (аутоиммунные) заболевания относятся к числу наиболее тяжелых болезней человека, их частота в популяции приближается к 10% [1]. При воспалительных заболеваниях кишечника часто встречаются многочисленные внекишечные проявления, которые в некоторых случаях могут предшествовать возникновению кишечных симптомов. Наиболее частыми внекишечными проявлениями при ВЗК являются поражения

суставов [2]. По данным ряда исследований, распространенность поражения аксиальных суставов, в частности спондилоартрита у пациентов с ВЗК, составляет от 17 до 39% [3-6]. Часто сакроилеит протекает бессимптомно, но при этом более чем у 50% пациентов с болезнью Крона выявляются изменения на рентгенограммах.

Клинический случай. Больной 3., 23 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение РКБ

в марте 2015 г. с жалобами на нарушение стула. Стул водянистый, 6-7 раз в сутки, обильный, без примесей. Беспокоили боли в поясничном отделе позвоночника тянущего характера, усиливающиеся в ночное время («не мог спать из-за болей») и во время отдыха, уменьшающиеся при физической активности, боли в плечевых суставах. Отмечал повышение температуры тела до 37,5°C в течение дня, без озноба и снижение веса на 17 кг за 2 месяца.

Болен с сентября 2014 года, когда в связи с появлением обильной водянистой диареи до 5 раз, без патологических примесей, был осмотрен инфекционистом. Выставлен диагноз пищевой токсикоинфекции. Принимал мезим, омепразол, дротаверин. Самочувствие пациента улучшилось, стул нормализовался. Однако в октябре 2014 г. появились повторные эпизоды жидкого стула до 5 раз. С декабря 2014 г. жидкий стул стал ежедневным после каждого приема пищи, снизился аппетит, стал быстро худеть. Самостоятельно принимал пребиотики, без эффекта. С февраля 2015 г. почувствовал тянущие боли в позвоночнике, слабость в руках, скованность в плечевых и коленных суставах, боли в ступнях, сопровождающиеся чувством «горения». При этом перестала беспокоить кишечная симптоматика. В связи с появлением суставного синдрома обратился к ревматологу. Проведенная магнитно-резонансная томография (МРТ) поясничного отдела позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений выявила признаки двустороннего сакроилеита. Выставлен диагноз: Серонегативный спондилоартрит, активный, ФК 1-2, энтезопатия. Не проведен анализ диарейного синдрома. Назначены препараты: мелоксикам 15 мг в день, нимесулид 100 мг 2 раза в день, боли в позвоночнике и суставах купированы. На десятый день приема НПВП повысилась температура до 38°C, вновь появилась диарея.

При поступлении состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 66 кг, ИМТ 21,55 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. На слизистой ротовой полости видны множественные язвы. Суставы внешне не изменены, при пальпации легкая болезненность коленных суставов, стоп. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС=68 в минуту, пульс=68. Живот участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в мезогастрии. Печень средних размеров. Селезенка не увеличена.

Проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин — 13,3 г/л, эритроциты — 5,33x10⁹/л, лейкоцитоз — 18,8x10⁹/л (без сдвига), тромбоциты — 336x10⁹/л, СОЭ — 50 мм/ч. Общий белок — 71 г/л, СРБ — 18 мг/мл (3N), повышение белков острой фазы (α2-глобулины 15,1%), γ-глобулины — 20,7%. HLA-B27 — отрицательный.

При фиброколоноскопии во всех отделах толстого кишечника обнаружены участки с гиперемизированной отечной слизистой, местами без сохранения сосудистого рисунка. При гистологическом исследовании имеется хроническое воспаление. Таким образом, клинически и в результате обследования у пациента выявлено 2 ведущих клинических синдрома. Это диарея и суставной синдром, которые носили интермиттирующий характер на протяжении девяти месяцев. В начале заболевания возникла диарея, при стихании которой возник суставной синдром.

Был установлен диагноз: болезнь Крона, колит, воспалительная стадия, высокой степени активности с внекишечными проявлениями. Серонегативный спондилоартрит, вторичная энтезопатия. Афтозный стоматит.

Учитывая, что у пациента выявлена активная стадия болезни Крона (БК), был назначен преднизолон 50 мг с постепенным снижением дозы, азатиоприн 50 мг 2 раза в день. Отмечалось улучшение состояния с урежением стула до 2-3 раз в день, нормализацией температуры и купированием болей.

Обсуждение

Распространенность ВЗК-ассоциированного анкилозирующего спондилоартрита на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев составляет 4-10%. Симптомы аксиального спондилоартрита могут предшествовать кишечной симптоматике, что было выявлено у 31-50% пациентов, в то время как у 15-40% пациентов симптомы ВЗК и спондилоартрита могут появляться одновременно [8]. Основным симптомом анкилозирующего спондилита является постоянная боль в спине, которая начинается в возрасте до 30 лет. При физикальном обследовании выявляется уменьшение поясничного лордоза и ограниченной гибкости позвоночника. Как правило, рентгенологические изменения на ранних стадиях заболевания отсутствуют. Наиболее чувствительным методом диагностики в настоящее время является магнитно-резонансная томография [7, 8].

У данного пациента заболевание началось с кишечной симптоматики, болей в суставах не было. Рецидивирующая диарея длилась около пяти месяцев, проходила самостоятельно. Суставной синдром возник на фоне прекращения диареи, через 5 месяцев после начала болезни. При обследовании у ревматолога не дана интерпретация диарейного синдрома, поэтому болезнь Крона не была диагностирована. Назначение НПВП могло спровоцировать обострение болезни Крона. Это свидетельствует об отсутствии осторожности врачей в отношении сочетания анкилозирующего спондилоартрита и ВЗК.

В мировой практике на данный момент нет единого мнения, у кого должны наблюдаться такие пациенты: у гастроэнтеролога или ревматолога. Нет единых выработанных подходов к ведению данной группы больных, у которых заболевание развивается волнообразно, с чередованием кишечной симптоматики и суставного синдрома, что, вероятно, и затрудняет раннюю диагностику. В настоящее время разрабатывается единый алгоритм ведения пациентов, у которых имеется сочетание ВЗК и суставного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Прогресс ревматологии в начале XXI века. Лекция // Современная ревматология. — 2014. — №3.
2. Бодрягина Е.С., Абдулганиева Д.И., Одинцова А.Х. Клинико-эпидемиологические показатели воспалительных заболеваний кишечника по Республике Татарстан // Лечащий врач. — 2013. — №7. — С. 21-26.
3. Rudwaleit M., Baeten D. Ankylosing spondylitis and bowel disease // Best Pract Res Clin Rheumatol. — 2006. — Vol. 20. — P. 451-71.
4. Palm O., Moum B., Ongre A., Gran J.T. Prevalence of ankylosing spondylitis and other spondyloarthropathies among patients with inflammatory bowel disease: a population study (the IBSEN study) // J Rheumatol. — 2002. — Vol. 29. — P. 511-5.



5. Scarpa R., del Puente A. et al. The arthritis of ulcerative colitis: clinical and genetic aspects // *J Rheumatol.* — 1992. — Vol. 19. — P. 373-7.

6. Dekker-Saeys B.J., Meuwissen S.G. et al. Ankylosing spondylitis and inflammatory bowel disease. III. Clinical characteristics and results of histocompatibility typing (HLA B27) in 50 patients with both ankylosing spondylitis and IBD // *Ann Rheum Dis.* — 1978. — Vol. 37. — P. 36-41.

7. Olivieri I., Cantini F. et al. Italian Expert Panel on the management of patients with coexisting spondyloarthritis and inflammatory bowel disease // *Autoimmunity Reviews* (2014).

8. Khalid A. et al. Development, Sensibility, and Reliability of the Toronto Axial Spondyloarthritis Questionnaire in Inflammatory Bowel Disease // *The Journal of Rheumatology.* — 2013. — Vol. 40. — P. 1726-1735.