



DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-183-11-147-150

Клинический случай сочетания язвенного колита и анкилозирующего спондилита

Тарасова Д. Д., Шилова Л. Н., Королёва М. В., Коренская Е. Г., Феоктистова А. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, Россия.

Ulcerative colitis in combination with ankylosing spondylitis: clinical case

D. D. Tarasova, L. N. Shilova, M. V. Korolyova, E. G. Korenskaya, A. V. Feoktistova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Для цитирования: Тарасова Д. Д., Шилова Л. Н., Королёва М. В., Коренская Е. Г., Феоктистова А. В. Клинический случай сочетания язвенного колита и анкилозирующего спондилита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;183(11): 147–150. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-183-11-147-150

For citation: Tarasova D. D., Shilova L. N., Korolyova M. V., Korenskaya E. G., Feoktistova A. V. Ulcerative colitis in combination with ankylosing spondylitis: clinical case. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;183(11): 147–150. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-183-11-147-150

Тарасова Дарья Дмитриевна, кафедра госпитальной терапии, ВПТ, ассистент

Шилова Людмила Николаевна, кафедра госпитальной терапии, ВПТ, д.м.н., заведующая кафедрой

Королёва Марина Владимировна, кафедра госпитальной терапии, ВПТ, д.м.н., профессор кафедры, заместитель главного врача

Коренская Екатерина Геннадьевна, кафедра госпитальной терапии, ВПТ, к.м.н., доцент кафедры

Феоктистова Алевтина Викторовна, кафедра патологической анатомии, ассистент

Daria D. Tarasova, Assistant of the Department of Hospital Therapy

Ludmila N. Shilova, MD, Head of the Department of Hospital Therapy

Marina V. Korolyova, MD, Professor of the Department of Hospital Therapy

Ekaterina G. Korenskaya, PhD, Assistant of Professor of the Department of Hospital Therapy

Alevtina V. Feoktistova, Assistant of the Department of Pathological Anatomy

✉ *Corresponding author:*

Тарасова Дарья Дмитриевна

Daria D. Tarasova

bdd_34@mail.ru

Резюме

Сочетание воспалительных заболеваний кишечника с поражением позвоночника и суставов представляет насущную проблему для современной медицины. Представлен случай сочетания язвенного колита и сакроилиита. Пациентке показано назначение генно-инженерных биологических препаратов.

Ключевые слова: язвенный колит, внекишечные проявления, сакроилиит

Summary

The combination of inflammatory bowel diseases with lesions of the spine and joints is an topical problem for modern medicine. A case of combination of ulcerative colitis and sacroiliitis is presented. The patient is recommended the therapy of genetically engineered biologic drugs.

Keywords: ulcerative colitis, extraintestinal manifestations, sacroiliitis

Введение

Аутовоспалительные заболевания являются одной из серьезных проблем современной медицины. Их социальная значимость обусловлена поражением лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, необходимостью длительной, зачастую «пожизненной» терапии, тяжелым инвалидизирующим течением, развитием жизнеугрожающих осложнений и системных проявлений. В этой группе серьезных заболеваний большое место занимают воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). Эти заболевания могут характеризоваться не только поражением кишечника, но и развитием внекишечных проявлений (ВКП), что может усугублять течение основного заболевания, и, нередко, выходить на первое место по степени тяжести. Частота ВКП, по данным различных исследований, варьирует в широких пределах – от 25 до 60%, среди них выделяют: ассоциированные с активностью заболевания (артропатии, поражения кожи, слизистых, глаз), не ассоциированные с активностью заболевания (анкилозирующий спондилит (АС), сакроилиит, серонегативный ревматоидный артрит, остеопороз, остеомалация, первичный склерозирующий холангит, псориаз) и обусловленные длительным воспалением (холелитиаз, стеатогепатит, тромбозы, тромбоземболии, амилоидоз) [1;2;3]. Известно,

что другие аутовоспалительные заболевания, например, анкилозирующий спондилит, так же могут осложняться развитием внескелетных проявлений, в том числе, поражением кишечника. Артриты при ВЗК совместно с анкилозирующим спондилитом, недифференцированными спондилоартритами, реактивным артритом и псориатическим артритом объединены в группу спондилоартритов [4]. Имеются данные об общности патогенеза ВЗК и АС: компоненты бактериальных клеток кишечника, попадая в кровоток, запускают иммунологическую реакцию, адгезия активированных Т-лимфоцитов приводит развитию артрита. Важную роль так же играет повышение концентрации провоспалительных цитокинов: фактор некроза опухолей альфа (ФНО-α), интерлейкинов 3 и 17 в слизистой оболочке кишечника и синовиальной жидкости [3]. Однако до конца патогенетическая связь этих заболеваний остается неясной. В настоящий момент нет единого ответа, что же первично при рассматриваемых заболеваниях: поражение кишечника или суставов? Какой специалист должен наблюдать этих пациентов: гастроэнтеролог или ревматолог? Заболевания могут протекать волнообразно, чередуя кишечные проявления и суставной синдром. И это приводит к новым вопросам: как лечить таких пациентов?

Клиническое наблюдение

Пациентка С., 39 лет, в ноябре 2019 г. поступила в отделение ревматологии ГКБ СМП № 25 г. Волгограда с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника, утреннюю скованность до 60 минут, проходящую после физических упражнений.

Из анамнеза известно, что в 2009 году был выставлен диагноз язвенный колит, левостороннее поражение. Получала лечение препаратами 5-АСК (месалазин, выявлена непереносимость сульфасалазина) и глюкокортикостероидами (преднизолон). В течение последних 5 лет принимает месалазин (мезавант) 1,2 г в сутки. Обострения заболевания были легкой степени и не требовали ГКС, а купировались увеличением доз месалазина, или комбинацией с ректальным введением месалазина. В 2016 году, на фоне обострения основного заболевания, был диагностирован левосторонний увеит. Последнее обострение язвенного колита в 2018 году. После появления вышеуказанных жалоб, пациентка обратилась к ревматологу, амбулаторно выполнено МРТ илеосакральных сочленений – двусторонний сакроилиит. Госпитализирована в ревматологическое отделение для уточнения диагноза и подбора терапии.

Объективные данные: состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Нормального питания, периферические лимфоузлы не увеличены. Отмечается болезненность при движении и пальпации поясничного отдела позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в мин., АД

110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул 1–2 раза в день без патологических примесей. Периферических отеков нет.

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови, мочи – без особенностей. Общий анализ кала: плотный, оформленный, нормального цвета, детрит +++, мышечные волокна без исчерченности – не обнаружены, мышечные волокна с исчерченностью – небольшое количество, растительная клетчатка – небольшое количество, крахмал, яйца глист, патогенные простейшие, дрожжевые грибки не обнаружены, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты не обнаружены. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание повышение С-реактивного белка до 9,76 мг/л. HLA-B27: обнаружен. Диаскин тест: отрицателен. Антитела к возбудителю сифилиса методом ИФА не выявлены, HbSAg – не выявлено, HCV- не обнаружен; ВИЧ 1,2 АГ/АТ – отрицательно.

Дыхательный уреазный тест: отрицательно

Инструментальные исследования: ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 77 уд/мин, нормальное положение ЭОС. УЗИ ОБП: нефроптоз справа I степени. Рентгенография органов грудной клетки: без видимой патологии.

МРТ крестцово-подвздошных сочленений: Правое и левое илеосакральные сочленения

асимметричные. Суставные щели выражены неравномерно, расширены, больше справа, суставные поверхности – с неровными нечеткими контурами (за счет множества краевых эрозий справа, единичных – слева), с наличием остеокластома, больше справа, зон отека костного мозга пресуставных отделов справа в верхней, средней и нижней третях, слева – в виде мелких очагов. Имеются очаги и участки жировой дистрофии костного мозга крестца и подвздошных костей. МР-данных за наличие скопления жидкости в полости правого и левого илеосакральных сочленений не выявлено. Околосуставные мягкие ткани не изменены. Заключение: МР-картина правостороннего сакроилиита III стадии, левостороннего сакроилиита II стадии.

ЭГДС: Слизистая пищевода розовая. В области частично-смыкающейся кардии определяется АГПОД. В желудке до 50 мл пенистого содержимого. Слизистая розовая. Привратник и луковица двенадцатиперстной кишки без деформации. На фоне очаговой гиперемии, множественные эрозии под фибрином и чистым дном до 0,1 см в диаметре. Заключение: АГПОД. Эрозивный бульбит.

Обсуждение

Учитывая жалобы, анамнез, объективные данные, результаты лабораторных и инструментальных обследований был выставлен диагноз:

Основной: Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение. Внекишечные проявления: двусторонний сакроилиит (HLA-B27-положительный), левосторонний увеит (по анамнезу).

Сопутствующий: АГПОД. Эрозивный бульбит, НР не ассоциированный.

Таким образом, пациентка в течение нескольких лет страдает язвенным колитом с чередованием периодов обострения и ремиссии. В последствии присоединился левосторонний увеит и с недавнего времени появились боли в спине воспалительного характера, что соответствует данным литературы, что возникновение и течение сакроилиита не ассоциировано с активностью язвенного колита, а поражение глаз всегда связано с обострением основного заболевания. [1;2;4] Сочетание воспалительного поражения кишечника и суставного синдрома представляет определенные трудности в постановке диагноза и правильном подборе терапии. Нередки случаи, когда течение язвенного колита переходит в длительную ремиссию, а поражение суставов и позвоночника при этом протекает чрезвычайно активно, вплоть до инвалидизирующих форм. Лечение патологии опорно-двигательного аппарата требует назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), что невозможно при наличии патологии

Колоноскопия: Колоноскоп проведен в купол слепой кишки и далее в подвздошную на глубину до 30 см. Слизистая подвздошной кишки розовая, бархатистая с обычным рельефом складок. Баугиниева заслонка губовидная. Устье червеобразного отростка точечное без признаков воспаления. Слизистая всех отделов толстой кишки розовая. На протяжении прямой и сигмовидной кишки сосудистый рисунок смазан или деформирован. Рельеф складок обычный. Дефектов слизистой или контактной кровоточивости нет. Патологических образований или дивертикулов нет. Заключение: Визуальная картина язвенного колита в стадии ремиссии.

Из результатов биопсии: отмечается незначительная атрофия слизистой оболочки, деформация архитектоники желез, разветвление и укорочение желез с наличием лакун между их основанием и мышечной пластинкой слизистой. Заключение: Описанные изменения характерны для язвенного колита в стадии ремиссии.

Консультация офтальмолога: vis 1,0–1,0. Передний отрезок глаза в норме. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовой окраски с четкими границами. Сосуды: ход и калибр в норме.

кишечника, так как усиливается риск кровотечения. А наличие у пациентки эрозивного поражения луковицы двенадцатиперстной кишки полностью исключает возможность применения данной группы препаратов. Во избежание полипрагмазии и возможных нежелательных реакций, пациентам с сочетанием поражения кишечника и суставного синдрома, показана монотерапия препаратом, оказывающим лечебный эффект на обе патологии, например, сульфасалазином. Однако, у нашей пациентки отсутствовал суставной синдром, но даже при его наличии назначение сульфасалазина данной пациентке невозможно, так как у нее обнаружена непереносимость этого препарата. Получаемый пациенткой препарат месалазин, не оказывает эффекта на воспалительные изменения в спине и суставах. Указанные причины диктуют необходимость применения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП): блокаторы ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб и голимумаб) или ингибитор янус-киназы – тофацитиниб. Тофацитиниб входит в клинические рекомендации по лечению больных с язвенным колитом [1], однако не включен в рекомендации по ведению больных с анкилозирующим спондилитом [4]. Согласно литературным данным, наиболее выраженный положительный эффект у больных с ВЗК в сочетании со спондилоартритом, отмечается у инфликсимаба и адалимумаба [3]. Таким образом, пациентке показано назначение ингибиторов ФНО- α с целью поддержания ремиссии язвенного колита и снижения активности сакроилиита.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует особенности течения язвенного колита в сочетании со спондилоартритом: поражение кишечника клини-

чески манифестировало раньше, и в дальнейшем перешло в длительную ремиссию, а активность сакроилиита стала превалировать в клинической картине.

Проблема воспалительных заболеваний кишечника и спондилоартритов является мультидисциплинарной, поскольку, имея общие патогенетические механизмы, эти заболевания могут протекать параллельно, усугубляя состояние пациента, а иногда и сменять друг друга. Среди ученых до сих пор отсутствует единое мнение: воспалительные заболевания кишечника и спондилоартриты – это разные заболевания или, возможно, различные проявления единого иммуно-воспалительного процесса? Лечение таких пациентов

требует персонифицированного подхода: в случае обострения течения язвенного колита, требуется усиленный контроль со стороны гастроэнтеролога, а при ухудшении симптоматики спондилита – повышенное внимание ревматолога. В настоящий момент несомненным является факт, что развитие внекишечных проявлений при ВЗК требует особого внимания к пациентам, междисциплинарного подхода для совместного решения проблемы ведения таких пациентов, а так же ранней постановки вопроса о назначении генно-инженерной терапии.

Литература | References

1. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017; 27 (5): 76–93. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93>
Ivashkin V. T., Shelygin Yu. A., Baranskaya E. K., et al. Diagnosis and treatment of the irritable bowel syndrome: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association and Russian association of coloproctology. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2017; 27 (5): pp 76–93. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93>
2. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Абдулганиева Д.И. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона (проект). Колопроктология. 2020; 19 (2): 8–38. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38>
Ivashkin V. T., Shelygin Yu. A., Abdulganieva D. I. et al. Cron's disease. Clinical recommendations (preliminary version). Koloproktologia. 2020; 19 (2): pp 8–38. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38>
3. Кузин А.В. Поражение суставов и позвоночника у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Современная ревматология. 2016; 10 (2): pp 78–82. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2016-2-78-82>
Kuzin A. V. Injury to the joint and spinal column in patients with inflammatory bowel diseases. Modern Rheumatology Journal. 2016;10(2):78–82. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2016-2-78-82>
4. Анкилозирующий спондилит. Клинические рекомендации. Ассоциация ревматологов России. – 2013; 1–21. Ankiloziruyushhij spondilit. Klinicheskie rekomendacii. [Ankylosing spondylitis. Clinical recommendations]. Associaciya revmatologov Rossii. – 2013; 1–21. (in Russ.)