

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА И АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

ТУРОВА Александра Игоревна

врач-ординатор

РЮТИНА Анна Владимировна

врач-ординатор

Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России

г. Иркутск, Россия

Приводится клинический случай болезни Крона в сочетании с анкилозирующим спондилоартритом. Распространённость спондилоартрита у таких пациентов — от 17 до 39%. Сочетание этих заболеваний ухудшает прогноз, затрудняет диагностику и выбор терапии. Обе патологии связаны с хроническим воспалением и требуют мультидисциплинарного подхода. Ведение пациентов осложняется необходимостью одновременного контроля кишечной и суставной симптоматики. Важно раннее выявление экстрависцеральных проявлений при болезни Крона для своевременной коррекции лечения и предотвращения прогрессирования деструктивных изменений в суставах.

Ключевые слова: болезнь Крона, анкилозирующий спондилоартрит, иммуносупрессивная терапия, сакроилеит, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Методы исследования. Больной Н., 37 лет. Жалобы на боли в поясничном, шейном отделе позвоночника, уменьшающиеся при движении и усиливающиеся в покое (особенно ночью), ограничение движений и утренняя скованность до одного часа. Схваткообразные боли в правой подвздошной области, жидкий стул, 6-7 раз в сутки с примесью крови и слизи в большом количестве, общая слабость, снижение аппетита, потеря веса до 6-ти кг за месяц.

В июле 2023г. появился жидкий стул с примесью крови и слизи, 5-6 раз в сутки. За медицинской помощью не обращался. В октябре 2023г. кратность стула увеличилась до 10-ти раз, появились боли в пояснице. Пациент обратился к гастроэнтерологу, был поставлен диагноз болезнь Крона. Боль в спине была не дифференцирована. Пациент получал лечение: сульфасалазин, салофальк – с положительной динамикой. В марте 2024г. боли в пояснице в состоянии покоя возобновились, появились боли в шеи. Пациент самостоятельно принимал нестероидные противовоспалительные препараты – с положительным эффектом. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов в мае 2024г. произошло обострение болезни Крона. При обследовании у гастроэнтеролога боли в пояснице и шеи были интерпретированы, как проявление остеохондроза. В лечении к сульфасалазину и салофальку был добавлен буденофальк (10 недель). На фоне лечения: гастроэнтерологические симптомы, болевой синдром в поясничном, шейном отделе позвоночника – купированы. В ноябре 2024г. боли в пояснице стали выраженные, появилась утренняя скованность. В декабре пациент был госпитализирован в терапевтическое отделение с обострением болезни Крона на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (в течение 2-х недель). Пальпация живота болезненна в правом нижнем квадранте. При пальпации остистых отростков позвоночника отмечается выраженная болезненность. По фиброколоноскопии: в терминальном отделе подвздошной кишки, слепой, восходящей ободочной кишки – симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отека гиперемизированной слизистой оболочкой), высокая активность. При гистологическом исследовании – глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой. В общем анализе крови: лейкоциты $9,95 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ 59 мм/час. В биохимическом анализе крови: СРБ 119,3 мг/л. Анализ кала на фекальный кальпротектин 7000 мкг/г. В копрограмме: лейкоциты, эритроциты в большом количестве. Кроме того в биохимическом анализе крови: общая железосвязывающая способность сыворотки 44

мкмоль/л, трансферрин 22 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина 9,18%, железо 4,04 мкмоль/л. Таким образом у пациента на фоне болезни Крона развилась железодефицитная анемия. По результатам магнитно-резонансной томографии крестцово-подвздошных сочленений: признаки двустороннего сакроилеита с выраженной активностью с обеих сторон. Анализ крови на HLA B27 – положительный. Пациенту рекомендован постоянный прием преднизолона, сульфасалазина. На фоне терапии отмечена положительная динамика со стороны желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата.

Полученные результаты. Начало заболевания манифестировало с кишечной симптоматики. Боли в пояснице появились спустя 3 месяца и не были вовремя интерпретированы врачом-гастроэнтерологом, что привело к частым обострениям болезни Крона на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов.

Выводы. Врачам всех специальностей необходимо знать о многообразии клинических симптомов болезни Крона, ассоциированной с анкилозирующим спондилоартритом, чтобы вовремя верифицировать диагноз, своевременно назначить адекватную терапию и профилактировать осложнения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Вороненко ВА, Гуляев СВ. Хроническое воспалительное поражение кишечника и серонегативные спондилоартриты // Научно-практическая ревматология. – 2005. – № 5. – С. 67–9.

2.Князев О.В., Шкурко Т.В., Каграманова А.В., Веселов А.В., Никонов Е.Л. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы) // Доказательная гастроэнтерология. – 2020. – Т. 9, – № 2. – С. 66-73.

3.Тарасова Д. Д. Воспалительные заболевания кишечника и анкилозирующий спондилит: две стороны одной проблемы. Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 78-й Международной научно-

практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 14–16 октября 2020 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет. 2020. – С. 26–27.

4. Шостак Н.А., Демидова Н.А., Кондрашов А.А. Особенности применения нестероидных противовоспалительных препаратов при анкилозирующем спондилите: клиническое наблюдение // Клиницист. 2020. – Т. 5, № 6. – С. 85–90.

A CLINICAL CASE OF CROHN'S DISEASE COMBINED WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

TUROVA Alexandra Igorevna

Resident Physician

RYUTINA Anna Vladimirovna

Resident Physician

Irkutsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation
Irkutsk, Russia

A clinical case of Crohn's disease in combination with ankylosing spondylitis is presented. The prevalence of spondyloarthritis in such patients ranges from 17 to 39%. The combination of these diseases worsens the prognosis, complicates diagnosis and choice of therapy. Both pathologies are associated with chronic inflammation and require a multidisciplinary approach. Patient management is complicated by the need for simultaneous control of intestinal and articular symptoms. Early detection of extravis-ceral phenomena in Crohn's disease is important for timely correction of treatment and prevention of the progression of destructive changes in the joints.

Keywords: Crohn's disease, ankylosing spondylitis, immunosuppressive therapy, sacroiliitis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).