

**PRAKTİK
HƏKİMƏ
KÖMƏK**

**В ПОМОЩЬ
ПРАКТИЧЕСКОМУ
ДОКТОРУ**

**HELP TO THE
PRACTICAL
DOCTOR**

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ СУСТАВНОМ
СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

Н.Ю. Мамедова, Г.Г. Бабаева*

***e-mail: doctorabu@mail.ru**

**Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования
Врачей имени А.Алиева, кафедра Терапии (с курсом физиотерапии),
Баку, Азербайджан**

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) имеют многообразную клиническую картину с различными кишечными осложнениями и внекишечными проявлениями (ВП); это патологии с социальной значимостью, которую определяют преобладание заболевания среди лиц молодого трудоспособного возраста и склонность патологического процесса к хронизации, ухудшается качество жизни больных и формируется высокая потребность в стационарном лечении. В данной статье авторами представлены результаты собственных исследований, соответствующие мировым литературным данным, а также положениям первого Европейского Консенсуса по внекишечным проявлениям при ВЗК. Тяжесть и агрессивность течения суставного синдрома при ВЗК, его вклад в ухудшение качества жизни пациента и риск потери трудоспособности требуют мультидисциплинарного подхода в разрешении данной проблемы и является одним из ключевых требований Европейская Организация по Крону и Колиту (ЕССО) по вопросам терапии и реабилитации больных с язвенным колитом и болезнью Крона.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, внекишечные проявления, суставной синдром, артропатии, артриты.

Под общим термином «воспалительные заболевания кишечника» объединена группа патологий с неизвестной этиологией – болезнь Крона и язвенный колит.

Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание, характеризующееся иммунным поражением слизистой оболочки толстой кишки; никогда не распространяющееся на область тонкой кишки, исключение составляет «ретроградный илеит», где воспалительный процесс носит временный характер и не является истинным проявлением язвенного колита. Болезнь Крона (БК) – хроническое заболевание, характеризующееся трансмуральным,

гранулематозным, сегментарным поражением пищеварительного тракта (от полости рта до ануса) и перианальной области, аутоиммунного генеза. Преимущественной локализацией болезни Крона является кишечник и, в отличие от язвенного колита, в патологический процесс вовлекаются все слои кишечной стенки.

Социальную значимость ВЗК определяет преобладание заболевания среди лиц молодого трудоспособного возраста и склонность патологического процесса к хронизации, что приводит к ухудшению качества жизни больных и формированию высокой потребности к стационарному лечению. Язвенный колит и болезнь Крона имеют многообразную клиническую картину с различными кишечными осложнениями и внекишечными проявлениями [1].

До 50% пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) имеют по крайней мере одно внекишечное проявление (ВКП), которое может как самостоятельно, так и опосредованно представлять активность ВЗК и ее осложненное течение [1,10,11]. ВКП не только отрицательно влияют на качество жизни пациентов, но и могут быть опасными для жизни [первичный склерозирующий холангит (ПСХ) или венозные тромбозы (ВТЭ)]; вероятность развития ВКП возрастает с увеличением длительности анамнеза заболевания [1,9]. ВКП более характерны для болезни Крона (особенно высок риск у пациентов с толстокишечным поражением болезни Крона), чем для язвенного колита [9,11]. Большинство ВКП связано с активностью заболевания [9,10], за исключением анкилозирующего спондилита. Одним из самых распространенных жалоб у больных с ВЗК являются жалобы на боли в суставах, которые также относятся к внекишечным проявлениям при ВЗК.

Суставной синдром при ВЗК:

1. Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания:
 - артропатии (артралгии, артриты);
2. Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания:
 - ревматоидный артрит (серонегативный) – редко для язвенного колита;

- анкилозирующий спондилит, сакроилеит-редко для язвенного колита.

Артропатии подразделяются на периферические (1 тип и 2 тип) и аксиальные (осевые).

Периферическая артропатия встречается у 5-20% больных с ВЗК, чаще при БК, чаще при колите Крона и распространенном ЯК. Данная артропатия серонегативная, не сопровождается синовиальной деструкцией и часто сочетается с другими ВКП [9].

Периферическая артропатия 1 типа:

- не оставляет постоянных суставных повреждений;
- связана с активностью ВЗК;
- длительность несколько недель;
- поражение крупных суставов, несущих нагрузку веса (коленных и др.);
- поражается менее 5 суставов;
- острый и самоограничивающийся артрит;
- клинически наблюдается болезненность и отек суставов.

Периферическая артропатия 2 типа:

- поражение мелких суставов (чаще мелких суставов рук и ног);
- поражается 5 и более суставов;
- наблюдается симметричность артропатии;
- боль не соответствует выраженности объективных данных (болезненность, отек);
- длительность несколько лет;
- не зависит от активности ВЗК.

Аксиальная (осевая) артропатия представлена в основном сакроилеитом, анкилозирующим спондилитом. Сакроилеит характеризуется в 50% бессимптомным течением, наблюдается боль в ягодицах после покоя, которая проходит при движении; дискомфорт в крестцово-подвздошных суставах при двустороннем давлении на кости таза. Для анкилозирующего спондилита (5-10%) характерен дебют в возрасте до 30 лет, постоянная боль

в поясничной области; при осмотре – ограничение при сгибании спины, утрата поясничного лордоза, увеличение в объеме грудной клетки [9].

Обе артропатии (периферическая и осевая) встречаются и при ЯК и при БК, принадлежат к спондилоартритам (СпА) (EL2), и их следует отличать от артралгий, которые являются более распространенным явлением. Распространенность осевых артропатий одинаково между полами и формами ВЗК, в тоже время периферические артропатии являются более распространенными при БК и встречаются больше у женщин (EL3) [9].

Положение Европейской Организации по Крону и Колиту (ЕССО) 2В [9]. Диагностика осевых СпА основана на клинических особенностях воспалительного характера поясничной боли, подтверждаемой при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ) или по наличию рентгенологических признаков сакроилеита (EL2). Человеческий лейкоцитарный антиген В27 (HLA-B27) связан с осевым артритом, но имеет более низкую распространенность, чем в идиопатическом анкилозирующем спондилоартрите, что и делает его ненадежным в качестве диагностического теста при ВКП у больных с ВЗК (EL2) [1,4,5].

Положение ЕССО 2С [9]. Рентгенологические признаки сакроилеита встречается у 20-50% пациентов с ЯК и БК, но прогрессирующий анкилозирующий спондилит выявляется только у 1-10% пациентов (EL2) [2,7,8]. МРТ может выявить у пациентов с соответствующей симптоматикой ранний сакроилеит, без наличия рентгенографических признаков СпА (EL2).

При проведении дифференциальной диагностики необходимо исключить любые деформации и остеоартрозы, остеоартриты, ревматоидный артрит, заболевания соединительной ткани [9]. ВЗК-ассоциированные периферические артриты должны быть отдифференцированы от артралгий (которые могут осложниться при отмене кортикостероидной терапии), остеонекроза, волчаночного синдрома [1,9].

Периферические артриты при ВЗК, как правило, асимметричные и олигоартикулярные. Их дебют может предшествовать кишечным симптомам,

хотя они, как правило, совпадают с или же проявляются после начала ВЗК [1,9,12]. В целом, прогноз периферического артрита благоприятен, если не учитывать склонность к хронизации и образованию эрозий у малого числа пациентов. Прогноз осевых артропатий менее благоприятен и связан с прогнозом АС, а не с активностью ВЗК [9]. Классический АС является прогрессирующим патологическим состоянием с структурными повреждениями, потерей трудоспособности, отрицательным влиянием на качество жизни пациентов. Важно своевременно выявить, с помощью активного воспаления на МРТ, ранний нерадиологический осевой СпА, чтобы попытаться предотвратить его прогрессирование в рентгенографический осевой СпА, которое наблюдается у 10-20% пациентов в течении 2-х лет при повышенном С-реактивном белке (СРБ) [6].

Положение ЕССО 2Е [9]. Пациенты с осевым СпА должны находиться под совместным наблюдением с ревматологами. Интенсивная физиотерапия и краткосрочные курсы нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВС) являются эффективными (ЕL3), но длительное лечение с НПВП не рекомендуется (ЕL2). Сульфасалазин (ЕL2) и метотрексат (ЕL2) имеют ограниченную эффективность; поэтому при НПВС-резистентных случаях или же при их непереносимости рекомендуется ранняя терапия анти-ФНО (ЕL2).

Выраженные нарушения функциональной активности и боль приводят к снижению качества жизни пациентов. Основными целями реабилитации пациентов с ВП при ВЗК является снижение болевого синдрома и купирование синовита, восстановление утраченной за период заболевания функциональной способности суставов, мышц и связок. С этой целью в острый период назначают:

1. гелий-неоновое лазерное облучение на пораженные суставы. Плотность потока мощности $0,4-0,6\text{мВт/см}^2$, продолжительностью 5-10 минут на пораженный сустав (или пораженные суставы) ежедневно, курс 10-12 процедур;

2. инфракрасное лазерное излучение на околосуставные ткани;
3. низкоинтенсивную магнитную терапию;
4. ультрафонофорез обессмоленного нафталана на пораженный сустав (или пораженные суставы);
5. нафталановые смазывания с последующим применением лампы «Солнекс», курс 10-12 процедур.

Наряду с физиотерапией необходимо назначение массажных процедур: сегментарно-рефлекторного массажа. В комплекс должны входить упражнения по лечебной физической культуре (ЛФК) с применением упражнений, соответствующих активности суставных процессов.

Лечение основного заболевания, то есть ВЗК, часто бывает достаточным для лечения периферического артрита (EL2) [9], хотя краткосрочные НПВС или местные инъекции стероидами обеспечивают симптоматический покой больному (EL4). Краткосрочные оральные кортикостероиды являются эффективными (EL 3), но их следует прекратить как можно скорее; при стероид резистентных и стероид зависимых формах артрита, сульфасалазин (EL2) и метотрексат (EL4) может играть определенную роль; анти-ФНО терапия является подходящей и эффективной при резистентных формах (EL2).

Рекомендации для лечения ВЗК-связанных артропатий базируются на результатах исследований СпА, преимущественно АС; потенциальные контролируемые клинические испытания при ВЗК пока не опубликованы и лишь малая часть исследований представлена единичными открытыми протоколами [1,9].

Артралгии (боли в суставах без воспаления) часто встречаются при ВЗК и могут быть связаны с непосредственным приемом тиопуринов или отменой кортикостероидов. Артралгии, связанные с приемом азатиоприна часто ассоциируются с миалгиями и обычно появляются в течение первых 3 месяцев терапии, в таких случаях переключение на меркаптопурин обычно более эффективно [9].

Таким образом, обзор положений первого Европейского Консенсуса по внекишечным проявлениям при ВЗК и данных мировой медицинской литературы, в очередной раз подтверждают тяжесть и агрессивность течения ВЗК-артропатий, их колоссальный вклад в ухудшение качества жизни пациента и риск потери трудоспособности, в связи с чем ранняя диагностика, своевременная медикаментозная коррекция и мультидисциплинарный подход в разрешении данной проблемы является не только актуальным направлением, но и требованием ЕССО по вопросам терапии и реабилитации больных с ВЗК.

Литература

1. Садыгова Г.Г. Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника: артропатии и артриты // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2016;26(6):101-5
2. Bourikas LA, Papadakis KA. Musculoskeletal manifestations of inflammatory bowel disease // *Inflammatory bowel diseases* 2009;15:1915-24.
3. Hindorf U, Johansson M, Eriksson A, et al. Mercaptopurine treatment should be considered in azathioprine intolerant patients with inflammatory bowel disease // *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:654-61.
4. Leclerc-Jacob S, Lux G, Rat AC, et al. The prevalence of inflammatory sacroiliitis assessed on magnetic resonance imaging of inflammatory bowel disease: a retrospective study performed on 186 patients // *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2014;39:957-62.
5. Orchard TR, Holt H, Bradbury L, et al. The prevalence, clinical features and association of HLA-B27 in sacroiliitis associated with established Crohn's disease // *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2009;29:193-7.
6. Poddubny D, Rudwaleit M, Haibel H, et al. Rates and predictors of radiographic sacroiliitis progression over 2 years in patients with axial spondyloarthritis // *Annals of the rheumatic diseases* 2011;70:1369-74.
7. Rodríguez-Reyna TS, Martínez-Reyes C, Yamamoto-Furusho JK. Rheumatic manifestations of inflammatory bowel disease // *World journal of gastroenterology: WJG* 2009;15:5517-24.
8. Salvarani C, Fries W. Clinical features and epidemiology of spondyloarthritides associated with inflammatory bowel disease // *World journal of gastroenterology: WJG* 2009;15:2449-55.
9. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease // *Journal of Crohn's and Colitis* 2016;Volume 10, Issue 3Pp.:239 – 25
10. Vavricka SR, Brun L, Ballabeni P, et al. Frequency and risk factors for extraintestinal manifestations in the Swiss inflammatory bowel disease cohort // *Am J Gastroenterol* 2011;106:110-9.
11. Vavricka SR, Rogler G, Gantenbein C, et al. Chronological Order of Appearance of Extraintestinal Manifestations Relative to the Time of IBD Diagnosis in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort // *Inflamm Bowel Dis* 2015.
12. Yüksel I, Ataseven H, Başar O, et al. Peripheral arthritis in the course of inflammatory bowel diseases // *Digestive diseases and sciences* 2011;56:183-7.

SUMMARY

A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE ARTICULAR SYNDROME IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

N.Y. Mammadova, G.H. Babayeva

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Department of Therapy (with a course of physiotherapy), Baku, Azerbaijan

Inflammatory bowel disease (IBD) have a diverse clinical picture with a variety of intestinal complications and extraintestinal manifestations (EM); this pathology with social value, which is determined by the prevalence of the disease among the young people of working age and a tendency to chronic pathological process, deteriorating the quality of life of patients and generated a high demand for hospital treatment. In this article, the authors present the results of their own research, corresponding to world literature data, as well as the provisions of the first European Consensus on extraintestinal manifestations in IBD. The severity and aggressiveness of current joint syndrome in IBD, its contribution to the deterioration of the quality of life of the patient and the risk of disability requires a multidisciplinary approach in solving this problem, and is one of the key requirements of ECCO (European Organization for Crohn's disease and colitis) on the treatment and rehabilitation of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease.

Keywords: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, extra-intestinal manifestations of articular syndrome, arthropathy, arthritis.

XÜLASƏ

BAĞIRSAGIN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ OYNAQ SİNDROMU ZAMANI MULTİDİSTİPLİNAR YANAŞMA

N.Y.Məmmədova, G.H.Babayeva

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Terapiya kafedrası (fizioterapiya kursu ilə), Bakı, Azərbaycan

Bağirsagın iltihabi xəstəlikləri çoxsaylı bağırsagdaxili və bağırsagdankənar fəsadlaşmalara malikdirlər. Xəstəliyin gənc və əməkqabiliyyətli dövrdə qeyd edilməsi, patoloji prosesin xronizasiyaya meyilliyi xəstələrin həyat keyfiyyətini pozur və stasionar müalicəyə tələbatı artıraraq bu xəstəlikləri sosial əhəmiyyətli edir. Təqdim olunan məqalədə müəlliflər şəxsi təcrübələrinin nəticələrinin əsas müddəalarını və Kron və Kolit xəstəlikləri üzrə Avropa

Təşkilatının (ECCO) bağırsağın iltihabi xəstəliklərində bağırsaqdankənar təzahürlər üzrə Avropa Konsensusunun (2016-cı il) əsas bəndlərinin icmalını təqdim ediblər. Bağırsağın iltihabi xəstəliklərində oynaq sindromunun ağırlıq dərəcəsi və qedişatının aqressivliyi xəstələrin həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərdiyindən və əlilləşmə risklərini artırdığından qeyd olunan problemin həlli üçün multidisiplinar yanaşma mütləqdir və ECCO-nun xoralı kolit və Kron xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin terapiyası və reabilitasiyaları üçün qoyulan əsas tələblərdən biridir.

Açar sözlər: bağırsağın iltihabi xəstəlikləri, xoralı kolit, Kron xəstəliyi, bağırsagdankənar təzahürlər, oynaq sindromu, artritlər, artropatiyalar.

Redaksiyaya daxil olub:

Çapa tövsiyə olunub:

Rəyçi: t.ü.e.d. Mustafayev İ.İ.