



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский Университет им. И. И. Мечникова» Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса

X МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС
«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ»



Пересечение гастроэнтерологии и ревматологии на примере клинического случая пациента с ВЗК и анкилозирующим спондилитом

Земская Анастасия Вячеславна, ординатор второго года по специальности гастроэнтерология кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. Мечникова

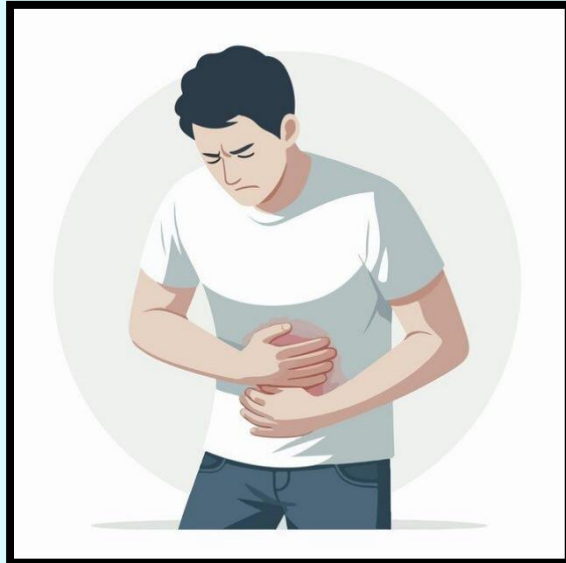
Скалинская Мария Игоревна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. Мечникова

СПб, 2026 г.

Анамнез заболевания (1)

Впервые возник выраженный болевой суставной синдром (боль, скованность в спине, далее боль в области 1-го пальца левой стопы). Обследован. Ревматологами выставлен диагноз - **Ювенильный спондилоартрит с поражением периферических суставов (1 палец левой стопы)**, без поражения глаз, **HLA B27 положительный**, активность **2**, рентген-стадия **2-3**. Инициирована базисная противовоспалительная терапия **Сульфасалазин 2 г/сут**, терапию принимал около 6 месяцев **с выходом в клиническую ремиссию**.

**2019 год
(17 лет)**



Пациент П., 24 года

2020-2025гг – длительная **безмедикаментозная клиническая ремиссия** Спондилоартрита.

*В 2023 году впервые данные за СД, тип требует уточнения.
(Инсулинотерапия, самостоятельно отменил по причине нормализации сахаров).*

08.2025г обострение суставного синдрома - возобновление терапии **Сульфасалазин 08.2025г-01.2026г** – без эффекта.

Смена базисной терапии на **Метотрексат 15 мг/неделю** с клиническим улучшением.

**2026 год
(24 года)**



Анамнез заболевания (2)

На фоне терапии Метотрексат 15 мг/нед с 04.2026г первые возникли жалобы со стороны ЖКТ, самостоятельно отменил прием Метотрексат:

- диарейный синдром (стул 5 тип по БШ до 10 р/сут с примесью слизи и крови)
- абдоминальный болевой синдром
- снижение аппетита и похудение (на 10 кг за 1 мес)

04.2026 год

Лабораторно признаки системного воспаления и анемии

- Нв 102 г/л MCV 73 MCH 23
- Лей 18.7, Ней 11.2 (<7), Эозинофилы 3.9 (<0.45)
 - Тромбоциты 484

КАК 05.2026 год

Выраженное тотальное эрозивно-язвенное поражение СО толстой кишки, подвздошная кишка интактна (3 балла по Schroeder).

Гистологическая картина характерна для ВЗК, без признаков нозологической принадлежности.

ВКС 06.2026 год

Консультация гастроэнтеролога 06.2026г: впервые выставлен диагноз недифференцированный колит.

ВЗК. Язвенный колит? Болезнь Крона?

Инициирована терапия 5-АСК (Месалазин 4 г/сут) – без эффекта.

Рекомендована плановая госпитализация на гастроэнтерологическое отделение СЗГМУ Мечникова.

Стационарное лечение СЗГМУ 06-07.2026г

Пациент П., 24 лет поступил 06.2026г. с **жалобами** на:

слабость; учащение стула до 10 раз в сутки (5 тип по БШ с примесью крови и слизи); тенезмы до 3 раз в сутки (с примесью слизи и крови); боль в подвздошных областях, усиливающаяся перед дефекацией; снижение аппетита, тошнота; снижение веса на 20 кг за 3 месяца (85-> 65 кг); умеренный болевой суставной синдром (голеностоп, правый коленный, левый локтевой, суставы кистей, плечевые суставы, ПКОП). Повышение температуры, поражение кожных покровов и слизистых – отрицает.

На отделении сформирован **ДИАГНОЗ**: ОСНОВНОЙ: Язвенный колит, тотальное поражение, острое течение, средне-тяжелая атака (индекс Мейо 9 баллов, 3 балла по Schroeder ВКС 01.06.2026г). ВКП: Анкилозирующий спондилит развернутая стадия (двусторонний сакроилиит 3 ст. по Дейлу), периферический артрит, высокая активность (BASDAI 5,6), HLA B27-ассоциированный. ФК2. Терапия Сульфасалазин 2019г, 2025г, Метотрексат 15мг/нед. с 01.2026г. СОПУТСТВУЮЩИЙ: Сахарный диабет неуточненный. ОСЛОЖНЕНИЕ: Анемия легкой степени тяжести гипохромная, микроцитарная.

На отделении: инициирована терапия ГКС 1.5 мг/кг/сут, ИПП, Антибиотикотерапия: Метронидазол, Ципрофлоксацин, продолжена терапия 5-АСК (Месалазин 3 г/сут) и Метотрексат п/к 15 мг/нед, ФК, препараты железа. С учетом гипергликемии осмотрен эндокринологом, начата инсулинотерапия.

На фоне терапии –положительная динамика в виде уменьшение частоты стула, гематохезии, признаков воспаления, гемодинамика стабильная, купирован болевой синдром. В крови методом ПЦР ДНК ВЭБ, ЦМВ не обнаружено. Выписывается с улучшением на амбулаторное лечение, рекомендовано продолжить курс ГКС, комб. 5-АСК, Метотрексат (коррекция дозировки у ревматолога), ФК, препараты железа, кальция, ИПП, инсулинотерапия (под контролем эндокринолога), наблюдение гастроэнтеролога, эндокринолога, ревматолога по месту жительства.

Рекомендовано наблюдение в центре ВЗК, решение вопроса об усилении иммуносупрессивной терапии (пациенту молодого возраста с несколькими АИЗ в анамнезе - **рассмотреть вопрос о назначении ГИБТ**).

ГИБТ у пациентов с ВЗК и АС

ГИБТ у пациентов с ВЗК (ЯК):

- 1) **ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб)**
- 2) **селективные иммунодепрессанты (ведолизумаб)**
- 3) **ингибиторы интерлейкина (устекинумаб)**
- 4) **ТИС - селективные иммунодепрессанты (тофацитиниб, упадацитиниб или озанимод)**

ГИБТ у пациентов с АС:

- 1) **ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт)**
- 2) **Ингибиторы интерлейкина 17А (иИЛ-17А) (секукинумаб, иксекизумаб, нетакимаб)**
- 3) **ингибиторы янус-киназ (тофацитиниб, упадацитиниб)**

Пересечение гастроэнтерологии и ревматологии

Наличие воспалительного заболевания кишечника (ВЗК) у больных анкилозирующим спондилитом (АС) допускает лечение с использованием только моноклональных антител к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб), назначение таким пациентам растворимых рецепторов ФНО-альфа (этанерцепт) и ингибиторов ИЛ-17А (секукинумаб) не показано. При наличии язвенного колита допустимо применение тофацитиниба.

Список используемой литературы:

Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Клинические рекомендации - Язвенный колит, 2024 год.

Российские клинические рекомендации. Ревматология. Руководство для врачей / под ред. Е.Л.Насонова.— М. Геотард-медиа, 2020.— 437 с.

Клиническая ревматология. 3-е издание, переработанное и дополненное. Руководство для врачей / под ред. В.И. Мазурова. — М.: Еното, 2021 — 696 с.