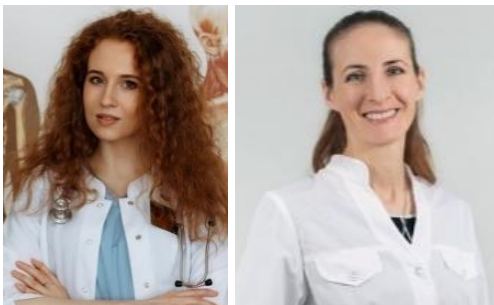


КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА С РАЗВИТИЕМ УВЕИТА



Громова Вера Сергеевна, Пятых Елена Анатольевна
Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, Российская Федерация, г. Калининград

УВЕИТ РИВОЖЛАНИШИ БИЛАН АКСИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТ ДЕБЮТИНИНГ КЛИНИК ҲОЛАТИ

Громова Вера Сергеевна, Пятых Елена Анатольевна
Иммануил Кант номидаги Болтиқ федерал университети, Россия Федерацияси, Калининград ш.

A CLINICAL CASE OF THE DEBUT OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS WITH THE DEVELOPMENT OF UVEITIS

Gromova Vera Sergeevna, Pyatykh Elena Anatolyevna
Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad Russian Federation

e-mail: Vsafonova099@gmail.com, dolgova-ea@yandex.ru

Резюме. Анкилозли спондилит – сурункали тизимли яллигланиши касаллиги бўлиб, албатта асос суягини зарарланиши билан кечади. Мақолада асосий белгиси қайталанувчи увеит бўлган анкилозли спондилит атипик дебютининг клиник ҳолати ёритилган.

Калим сўзлар: анкилозли спондилит, қайталанувчи увеит, HLA-B27, ген-инженерли терапия.

Abstract. Ankylosing spondylitis is a chronic systemic inflammatory disease with obligatory involvement of the axial skeleton. A case of an atypical debut of ankylosing spondylitis has been described, with recurrent uveitis being the main manifestation.

Key words: ankylosing spondylitis, recurrent uveitis, HLA-B27, genetically engineered therapy.

Введение. Анкилозирующий спондилит – хроническое системное воспалительное заболевание из группы серонегативных спондилоартритов, протекающее с обязательным поражением осевого скелета.

Оно относится к группе аксиальных спондилоартритов, распространенность которых колеблется от 24,6 до 53,9 миллионов случаев, что составляет от 0,32 до 0,7% общей популяции[4].

Название «анкилозирующий спондилит» отражает сущность патогенеза заболевания. В его основе лежит хроническое воспаление, пролиферация костной ткани, что проявляется ростом синдесмофитови процессом анкилозирования позвоночника и суставов[3].

Определенную роль в развитии данного заболевания играет ген HLA-B27 – его носителями являются до 85-90% пациентов. Однако его отсутствие не исключает наличие заболевания, как в случае нашего пациента[2].

В типичной клинической картине заболевания превалирует поражение осевого скелета, ко-

торое проявляется болью, ограничением подвижности в спине, а так же признаками сакроилеита на рентгенограмме. Так же характерны артриты и энтезиты.

Помимо поражения ОДА, анкилозирующий спондилит может сопровождаться патологией других органов, зачастую, сопряжен с псориазом, ВЗК, заболеваниями почек и сердца. Одним из характерных для него осложнений является увеит.

Увеит–воспаление сосудистой оболочки глаза. Его развитие может предшествовать аксиальным проявлениям, что встречается в 5% случаев, а так же сопровождаться минимальной активностью поражения осевого скелета, в связи с чем диагностика этиологии увеита может быть затруднена[1,2].

В данной статье рассматривается клинический случай анкилозирующего спондилита, дебютировавшего тяжелым панuveитом.

Материалы и методы. В статье рассматривается клинический случай анкилозирующего

спондилоартрита, дебютом которого явился тяжелый панувеит.

Цель работы. Демонстрация возможности атипичного развития анкилозирующего спондилита с превалированием внесуставных проявлений.

Результаты и их обсуждение. Больной А. мужчина 1985 года рождения. Из анамнеза известно, что болеет с января 2020 года. Началось заболевание с рези в глазах, резкого снижения зрения. Были выявлены признаки вирусного конъюнктивита, проводилась местная противовоспалительная терапия (дексаметазон 0,1% в виде капель).

В течение последующего года к специалистам не обращался, отмечал прогрессирующее снижение остроты зрения. В апреле 2021 года, в связи с очередным обострением, был обследован офтальмологом городской поликлиники г. Калининграда. Был выставлен диагноз «Передний увеит двухсторонний рецидивирующий». Status localis: visus OD=0,3, visus OS=0,6, пылевидные преципитаты на эндотелии OU. Глазное дно без признаков экссудации.

Местное лечение эффекта не принесло, назначена терапия системными глюкокортикостероидами per os - с хорошим ответом (visus OD=0,5, visus OS=0,7, количество преципитатов значительно меньше).

Рекомендована консультация ревматолога для исключения системных заболеваний соединительной ткани.

В мае 2021 года проконсультирован ревматологом областной клинической больницы г. Калининграда. Выявлены жалобы на периодические боли в ЛЗС, спине, которым ранее пациент не придавал значение. Из анамнеза: периодические боли в спине около 3 лет, хламидийная инфекция в анамнезе. Двухсторонний увеит январь 2020, апрель 2021 года.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отеков нет. При пальпации суставов болезненности не выявлено. ОАК, ОАМ, БХ без особенностей. СРБ 3,11, HLA B27 отрицательно. МРТ-картина: убедительных данных за сакроилеит не выявлено. Однако, на рентгенограмме поясничного отдела позвоночника визуализируются сужение крестцово-подвздошного сочленения, субхондральный склероз слева – начальные признаки сакроилеита.

На основании проведенного обследования выставлен диагноз: Серонегативный спондилоартрит, развернутая стадия, низкая активность (ASDAS-СРБ1,8), с внесуставными проявлениями (двухсторонний увеит), левосторонний сакроилеит 1 ст., HLA B27 негативный. Осложнения: ФНС 1 ст. Двухсторонний панувеит. Кистозный маку-

лярный отек. Рекомендована терапия сульфасалазином (2000 мг/сут).

На фоне ерапии сульфасалазином боли в спине и суставах уменьшились, однако, с июля 2021г снова зафиксировано резкое ухудшение зрения. По результатам обследования был диагностирован тяжелый двухсторонний панувеит. Больному проведена пульс-терапия преднизолоном с хорошим ответом на лечение.

В августе 2021 года планово госпитализирован в ревматологическое отделение областной клинической больницы г. Калининграда для обследования и коррекции терапии. Была попытка снижения дозы системных глюкокортикостероидов, замены сульфасалазина на метотрексат (15 мг в неделю), однако появилась негативная динамика со стороны левого глаза – появление скотом, обострился суставной синдром. Пациент вернулся к прежней терапии (метипред 32мг/сут, сульфасалазин 2000мг/сут), которой придерживался в течение 1,5 лет.

В декабре 2022 года при обращении к окулисту выявлена двухсторонняя катаракта, ассоциированная с длительным применением глюкокортикостероидов.

В связи с неэффективностью базисной противовоспалительной терапии, потребностью в высоких дозах глюкокортикоидов, а так же развитием стероид-ассоциированной катаракты, пациент направлен на генно-инженерную терапию препаратом адалимумаб в клинику «Скандинавия» г. Санкт-Петербург.

Диагноз на момент нахождения в центре: Основной: Анкилозирующий спондилит, HLA-B27-негативный, смешанная форма (левосторонний сакроилеит, периферический артрит), с внеаксиальными проявлениями (двухсторонний увеит рецидивирующего течения), рентгенологическая стадия 1, активность очень высокая (BASDAI 3,9, ASDAS 8,3) ФК2-3.

Осложнения: OU –Осложненная заднекапсулярная катаракта

Сопутствующий: OU - Макулопатия

Повторная МРТ крестцово-подвздошных сочленений – динамики сакроилеита не обнаружено, что может быть обусловлено длительным применением высоких доз кортикостероидов и сульфасалазина.

С 24.01.2023 года получает терапию Адалимумабом (40 мг п/к).

В настоящий момент пациент находится в удовлетворительном состоянии, доза глюкокортикостероидов постепенно снижается.

При обследовании глаз данных за острые воспалительные заболевания нет. В плане - оперативное лечение катаракты обоих глаз.

Выводы. Течение анкилозирующего спондилита не всегда бывает классическим, поэтому

следует помнить о возможности атипичного течения болезни, с превалированием внесуставных проявлений.

При развитии рецидивирующего увеита с хорошим ответом на терапию глюкокортикоидами необходимо углубленно обследовать пациента на предмет наличия спондилоартрита.

Особенно важно вовремя снижать потребность в глюкокортикоидах при поражении глаз, так как это даст возможность предупредить развитие серьезных побочных эффектов данной группы препаратов.

Назначение генно-инженерной терапии является хорошей, а иногда единственной альтернативой для пациентов с низким ответом на базисные противовоспалительные лекарственные средства и наличием рецидивирующего увеита, как ведущего симптома заболевания.

Литература:

1. Годзенко А. А., Разумова И. Ю. Увеит и спондилоартропатии // Научно-практическая ревматология. 2005. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uveit-i-spondiloartropatii>
2. Демина А.Б., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. HLA-B27-ассоциированный увеит: от патогенеза к терапии // Современная ревматология. 2015. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hla-b27-assotsirovannyy-uveit-ot-patogeneza-k-terapii>
3. Зотова Л.А. Современные клинические стратегии дифференциальной диагностики суставного синдрома в ревматологической практике // МНИЖ. 2023. №4 (130). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-klinicheskie-strategii-differentsialnoy-diagnostiki-sustavnogo-sindroma-v-revmatologicheskoy-praktike>
4. Лиля А.М., Дубинина Т.В., Древал Руслан Орестович, Лапшина С.А., Заботина А.Н. Медико-социальная значимость и расчет экономического бремени аксиального спондилоартрита в Российской Федерации // Современная ревматология. 2022. №1. URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-](https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-znachimost-i-raschet-ekonomicheskogo-bremani-aksialnogo-spondiloartrita-v-rossiyskoy-federatsii)

znachimost-i-raschet-ekonomicheskogo-bremani-aksialnogo-spondiloartrita-v-rossiyskoy-federatsii

5. Румянцева ДГ, Дубинина ТВ, Демина АБ, Смирнов АВ, Эрдес Ш. Сравнительный анализ основных клинических проявлений у мужчин и женщин с ранним аксиальным спондилоартритом. Научно-практическая ревматология. 2019;57(4):440-444. [Rumyantseva DG, Dubinina TV, Demina AB, Smirnov AV, Erdes S. Comparative analysis of main clinical manifestations in males and females with early axial spondyloarthritis. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2019;57(4):440-444

6. Эрдес ШФ, Румянцева ДГ, Смирнов АВ. Оценка прогрессирования аксиального спондилоартрита на ранних стадиях болезни в реальной клинической практике: возможности использования суммарного счета рентгенологического сакроилиита. Научно-практическая ревматология. 2018;56(4):461-465. [Erdes SF, Rumyantseva DG, Smirnov AV. Evaluation of the progression of axial spondyloarthritis in the early stages of the disease in real clinical practice: The possibilities of using the summary score of radiographic sacroiliitis. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2018;56(4):461-465 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-461-465

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА С РАЗВИТИЕМ УВЕИТА

Громова В.С., Пятых Е.А.

Резюме. Анкилозирующий спондилит – хроническое системное воспалительное заболевание, протекающее с обязательным поражением осевого скелета. Описан случай атипичного дебюта анкилозирующего спондилита, основным проявлением которого стал рецидивирующий увеит.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, рецидивирующий увеит, HLA-B27, генно-инженерная терапия.