DOI: 10.33667/2078-5631-2021-33-53-57

Клинический случай сочетания анкилозирующего спондилита и болезни Крона

Д.Д. Тарасова

Л.Н. Шилова

М.В. Королева

Д.Д. Тарасова[1], Л.Н. Шилова[1], М.В. Королева[1,2]

[1]ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград
[2]ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25», Волгоград

РЕЗЮМЕ
Введение. *Анкилозирующий спондилит и болезнь Крона – хронические рецидивирующие воспалительные заболевания аутоиммунной природы. Сочетание этих патологий часто определяет негативный прогноз болезни, затрудняет постановку диагноза и подбор терапии.*
Цель работы. *Рассмотрение особенностей совместного течения анкилозирующего спондилита и болезни Крона, обсуждение вопросов формулировки диагноза и назначения лечения.*
Результаты. *При совместном течении анкилозирующий спондилит и болезнь Крона имеют тенденцию к самостоятельному прогрессированию независимо от фазы основного заболевания. Отсутствие единого подхода к определению внескелетных и внекишечных проявлений затрудняет постановку диагноза.*
Заключение. *Ведение пациентов с сочетанием анкилозирующего спондилита и болезни Крона является общей проблемой ревматологов и гастроэнтерологов. Междисциплинарный подход позволит своевременно диагностировать внескелетные и внекишечные проявления и скорректировать терапию.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *анкилозирующий спондилит, болезнь Крона, внекишечные проявления, внескелетные проявления.*

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. *Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

Ankylosing spondylitis in combination with Crohn's disease: clinical case

D.D. Tarasova[1], L.N. Shilova[1], M.V. Koroleva[1,2]

[1]Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
[2]City Clinical Emergency Hospital No. 25, Volgograd, Russia

SUMMARY
Introduction. *Ankylosing spondylitis and Crohn's disease are chronic recurrent autoimmune diseases. In case of a combined course their activity tends to progress, regardless of the phase of the underlying disease.*
The aim of the study. *To analyze the combination of ankylosing spondylitis and Crohn's disease, issues of its diagnosis and selection of therapy.*
Results. *The combination of ankylosing spondylitis and Crohn's disease tend to progress independently, regardless of the phase of the underlying disease. The main problem that complicates diagnosis is the lack of a unified approach to the definition of extra skeletal and extraintestinal manifestations.*
Conclusion. *The management of patients with a combination of ankylosing spondylitis and Crohn's disease is a common problem of rheumatologists and gastroenterologists. An interdisciplinary approach will allow timely diagnosis of extra-skeletal and extra-intestinal manifestations and correct therapy.*

KEY WORDS: *ankylosing spondylitis, Crohn's disease, extraintestinal manifestations, extra skeletal manifestations.*

CONFLICT OF INTEREST. *The authors declare no conflict of interest.*

Введение

Анкилозирующий спондилит (АС) и воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит, являются иммуноопосредованными состояниями, связанными общими патогенетическими механизмами, которые могут осложняться развитием системных проявлений [1, 2, 4, 5]. АС и спондилоартриты при ВЗК (болезнь Крона и язвенный колит) относятся к группе спондилоартритов, куда также входят реактивный артрит, псориатический артрит и недифференцированные спондилоартриты [1]. Сочетание АС и ВЗК часто определяют неблагоприятный прогноз течения заболевания, высокий риск инвалидизации и снижение качества жизни пациентов [2, 3].

Клинический случай

Под нашим наблюдением находилась больная *Г.*, 37 лет. В 2005 году пациентку стали беспокоить боли в левом тазобедренном суставе, а через полгода – в правом, к врачу не обращалась. В 2008 году присоединились периодические ноющие боли в поясничном отделе позвоночника в покое и утренняя скованность в спине, уменьшающаяся после физической активности, боли в области правой ягодицы, в связи с чем обратилась к ревматологу. При проведении физикального осмотра отмечается боль при пальпации по паравертебральным точкам, более выраженная в поясничной области, отмечается ограничение подвижности в сагиттальной и фронтальной плоскостях (положительные симптомы Томайера, Шобера, боковой наклон). По результатам лабораторно-инструментальных

исследований выявлено ускорение СОЭ до 36 мм/ч, HLA-B27-позитивность, R-признаки двустороннего сакроилиита II стадии.

На основании жалоб, анамнеза, лабораторно-инструментальных данных был выставлен диагноз: анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, развернутая клиническая стадия, высокой степени активности (BASDAI 6,5).

Была назначена терапия: диклофенак 100 мг два раза в сутки, с положительной динамикой. В 2011 году, на фоне самостоятельной отмены препарата, вновь появилась скованность в нижней части спины, госпитализирована в отделение ревматологии, был продолжен прием НПВП, назначен индометацин 75 мг в сутки. В дальнейшем больная нерегулярно принимала НПВП, периодически отмечала боли в спине, к врачу не обращалась. В 2016 году она вновь обратилась к ревматологу с жалобами на скованность, боли в нижней части спины, получала мелоксикам 15 мг в сутки с положительным эффектом.

В этом же году пациентка была госпитализирована в отделение гастроэнтерологии с жалобами на появление черного стула, общую слабость, фебрильную температуру, диарею до 12 раз в сутки. К моменту поступления больная несколько месяцев не принимала НПВП. Выполнена колоноскопия: аппарат проведен до 70 см, где просвет кишки резко сужен, складчатость не прослеживается. Слизистая отечная, инфильтрированная, очагово гиперемирована с эрозиями и язвенными дефектами овальной формы до 6–7 мм в диаметре. Дно язв покрыто фибрином, края четкие, воспалительный вал умеренно выражен. Взята биопсия. В других отделах толстой кишки слизистая розовая, гладкая, блестящая, сосудистый рисунок тонкий, четкий, складчатость сохранена. Складки слизистой невысокие, равномерные, эластичные. Просвет кишки хорошо расправляется воздухом.

Заключение: язвенный колит? болезнь Крона? Заключение биопсии: морфологические признаки хронического неспецифического воспаления в стадии обострения с повышенным количеством эозинофилов в воспалительном инфильтрате, формированием лимфоидных фолликулов.

Учитывая отсутствие явных клинико-инструментальных и морфологических данных, позволяющих дифференцировать язвенный колит и болезнь Крона у данной пациентки, был выставлен диагноз «недифференцированный колит».

Проводилась терапия: преднизолон 25 мг в сутки, микроклизмы с гидрокортизоном 125 мг на ночь, сульфасалазин 3 г в сутки, антибактериальная терапия. После выписки продолжала прием преднизолона с последующим снижением дозы до одной таблетки в сутки длительно, сульфасалазин 3 г в сутки длительно.

До 2019 года состояние больной было стабильным: боли в суставах и позвоночнике уменьшились; нарушения стула, боли в животе, повышение температуры тела не беспокоили.

В декабре 2019 года вновь возникло обострение: учащение стула до 12 раз в сутки, фебрильная температура.

Колоноскопия: осмотрены ректосигмоидный отдел и нижняя треть нисходящего отдела ободочной кишки, дальнейшее исследование не представляется возможным в связи с плохой подготовкой. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные, слизистая бледно-розовая, сосудистый рисунок не изменен. В сигмовидной кишке и нижней трети нисходящей кишки множество щелевидных преимущественно продольных язв с гноевидным детритом, из-за которых слизистая приобретает вид «булыжной мостовой». На осмотренном участке сосудистый рисунок отсутствует. Взятие биопсии не представляется возможным в связи с выраженной контактной кровоточивостью.

Заключение: визуальная картина наиболее вероятна для болезни Крона. Рекомендовано повторное исследование после тщательной подготовки.

Учитывая жалобы, анамнез, результаты колоноскопии (отсутствие поражения прямой кишки, поражение слизистой по типу «булыжной мостовой») пациентке был выставлен диагноз «болезнь Крона нисходящего отдела поперечно-ободочной и сигмовидной кишки, хроническое рецидивирующее течение, тяжелая атака».

Рекомендована повторная госпитализация через 3 месяца для проведения обследования с целью уточнения диагноза и объема поражения.

Проводилась терапия преднизолоном 60 мг *per os* с последующим снижением до 22,5 мг в сутки, сульфасалазин 3 г в сутки.

В феврале 2020 года на плановой госпитализации в гастроэнтерологическом отделении пациентке проводилось обследование с целью уточнения характера воспалительного заболевания кишечника и объема поражения. Проведено КТ ОБП (описание тонкой и толстой кишки): в тонкой кишке участков утолщения кишечной стенки и повышенного накопления контрастного вещества не выявлено. В брыжейке тонкой кишки по ходу сосудов определяются лимфатические узлы диаметром до 0,3–0,4 см. Ампулярность тонкой кишки сохранена, стенка не утолщена. В правых отделах ободочной кишки гаустрация сохранена, стенка не утолщена. В поперечно-ободочной кишке и левых отделах ободочной кишки нормальная гаустрация не прослеживается, стенка не утолщена. Купол слепой кишки располагается низко в полости малого таза. Заключение: КТ-признаки колита с поражением поперечной ободочной кишки и левых отделов ободочной кишки без признаков активности воспалительного процесса.

УЗИ ОБП (осмотр кишечника): петли тонкой кишки не расширены, прослеживается ритмичная перистальтика. Стенки тонкой кишки на доступных для осмотра участках не утолщены, 2–3 мм, структура не нарушена. Ободочная кишка не расширена, представлена гаустрами до левого изгиба длиной до 15 мм, далее сглажена, пневматизирована, заполнена гиперэхогенным кишечным содержимым. Ширина слепой кишки – 38 мм, восходящей – 29 мм, поперечно-ободочная не визуали-

зируется из-за наложения петель тонкой кишки, нисходящей – 23 мм, сигмовидной – 20 мм. Стенки ободочной кишки не утолщены, 2–3 мм, структура не нарушена. При доплерографии патологическая васкуляризация не определяется. *Заключение*: УЗ-признаки воспалительного процесса в данный момент не определяются.

Ректосигмоколоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки и далее в тонкую на 10 см. Просвет осмотренной части тонкой кишки не изменен, складки мелкие, перистальтика прослеживается, слизистая оболочка розовая, бархатистая, имеются единичные белесоватые рубцы. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной – бледно-розового цвета, в восходящей – единичные белесоватые рубцы. Начиная от правого изгиба ободочной кишки до с/3 сигмовидной имеются множественные белесоватые рубцы и псевдополипы различной формы (вытянутой, шаровидной) до 0,3–0,5 см в диаметре, сосудистый рисунок перестроен. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок усилен. Взята биопсия № 1 из псевдополипа с/3 сигмовидной кишки, № 2 – из слизистой оболочки прямой кишки. *Заключение:* эндоскопическая картина перенесенного ранее выраженного воспаления слизистой оболочки ободочной кишки. Псевдополипоз. Картина ранее перенесенного воспаления в терминальном отделе подвздошной кишки.

Заключение по морфологическому исследованию № 1: фрагмент слизистой толстой кишки с неравномерным распределением крипт, частью с небольшой деформацией, фиброзом и слабой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией собственной пластинки слизистой, без признаков активного воспаления; № 2: поверхностный фрагмент слизистой толстой кишки с сохраненной архитектоникой крипт, фиброзированием и слабой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией основы, без признаков воспаления.

ЭГДС (*заключение*): грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Дуоденогастральный рефлюкс.

После проведенного анализа данных анамнеза и клинической картины был сделан вывод о наличии у пациентки воспалительного заболевания кишечника. По результатам инструментальных исследований (колоноскопия, КТ-энтерография, УЗИ), у пациентки констатирована эндоскопическая ремиссия. Однако, учитывая имеющиеся данные анамнеза, клиническую картину, результаты инструментальных методов обследования (отсутствие поражения прямой кишки, признаки перенесенного воспаления в терминальном отделе подвздошной, поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишке), наличие поражения суставов (анкилозирующий спондилит), пациентке был выставлен диагноз «болезнь Крона в форме илеоколита с поражением терминального отдела подвздошной, поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки, хроническое рецидивирующее течение, легкая атака, с внекишечными проявлениями: анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, развернутая клиническая стадия, умеренной степени активности».

В январе 2021 года вновь возникли боли в нижней части спины, в связи с чем была госпитализирована в отделение ревматологии. Жалоб на жидкий стул, примесь крови в кале, повышение температуры тела не предъявляла. Объективно определялась болезненность при пальпации паравертебральных точек пояснично-крестцового отдела позвоночника, симптомы Томайера, Шобера положительные.

Проведено рентгенологическое исследование илеосакральных сочленений: суставные щели достоверно не прослеживаются (анкилоз). При рентгенографическом исследовании тазобедренных суставов отмечается субхондральный склероз, суставные щели не сужены.

Заключение: R-признаки двустороннего сакроилиита, St. 4, двусторонний коксартроз I ст.

Выставлен диагноз: анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, развернутая клиническая стадия, высокой степени активности (BASDAI 5,5) Rst IV, с внескелетными проявлениями (болезнь Крона в форме илеоколита с поражением терминального отдела подвздошной кишки, поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишок, хроническое рецидивирующее течение).

Проводилось лечение: таблетки целекоксиба 200 мг в день, капсулы омепразола 20 мг в день.

Обсуждение

Учитывая динамику развития таких клинически значимых заболеваний, как болезнь Крона и анкилозирующий спондилит, возникает вопрос: какой диагноз поставить больной? В настоящий момент нет четких рекомендаций, какую из патологий следует считать первичной. Согласно данным литературы, течение анкилозирующего спондилита не зависит от активности воспалительных заболеваний кишечника [2], что подтверждает описываемый случай. Хронологически первым был диагностирован анкилозирующий спондилит, болезнь Крона манифестировала позднее. В настоящее время у нашей пациентки отмечается высокая степень активности анкилозирующего спондилита, а болезнь Крона находится в стадии клинической и эндоскопической ремиссии.

В связи с этим в данный момент может быть правомерен диагноз: анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, развернутая клиническая стадия, высокой степени активности (BASDAI 5,5) Rst IV, с внескелетными проявлениями (болезнь Крона в форме илеоколита с поражением терминального отдела подвздошной кишки, поперечно-ободочной, нисходящего отдела поперечно-ободочной и сигмовидной кишок, хроническое рецидивирующее течение).

Наличие у пациентки анкилозирующего спондилита требует длительного приема НПВП в качестве базисной терапии, однако, учитывая поражение кишечника, прием

этой группы препаратов не может быть рекомендован в связи с ульцерогенным эффектом и высоким риском развития кровотечений.

Сочетание этих заболеваний, высокая степень активности анкилозирующего спондилита, аксиальный вариант болезни, распространенность поражения кишечника требуют назначения генно-инженерной биологической терапии (ГИБП) анти-ФНО-препаратами (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол) [1, 2, 12].

Раннее применение эффективной терапии является основополагающим моментом, позволяющим достичь ремиссии путем подавления воспаления и предотвращения необратимых структурных повреждений. Показанием для назначения ГИБП может быть выявление факторов неблагоприятного прогноза и неэффективности стандартной терапии в течение 3–6 месяцев [6, 13]. Продолжительность окна возможностей, по некоторым данным, составляет 18–24 месяца, однако при высокой степени активности заболевания и развитии неблагоприятных прогнозов целесообразным может быть назначение ГИБП независимо от длительности заболевания [7, 8, 11, 12].

Наибольший опыт применения среди анти-ФНО-препаратов у пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями имеется по инфликсимабу. Он представляет собой химерные моноклональные антитела к ФНО. Многочисленные исследования показали хорошую переносимость и высокую эффективность инфликсимаба у больных АС: снижение индекса BASDAI более 50 %, уменьшение симптомов спондилита, исчезновение признаков спондилита, по данным магнитно-резонансной томографии, снижение выраженности синовита [8, 14]. Наибольшая эффективность была продемонстрирована у больных с меньшей длительностью заболевания, высокой степенью активности и ассоциацией с HLA-B 27 [11, 13]. Среди больных ВЗК наибольшая эффективность инфликсимаба была показана у пациентов с наличием внекишечных проявлений, гормонозависимостью [6, 8].

Следующим анти-ФНО-препаратом, рекомендованным для больных с сочетанием ВЗК и АС, является адалимумаб. В отличие от инфликсимаба, этот препарат содержит только человеческие антитела к ФНО. Также особенностью препарата является возможность подкожного применения, что позволяет пациентам самостоятельно вводить препарат [9]. Современные научные данные демонстрируют высокую эффективность адалимумаба в индуцировании и поддержании клинического ответа и ремиссии заболевания у больных ВЗК и АС [9, 11].

Цертолизумаба пэгол является рекомбинантным гуманизированным пэгилированным Fab-фрагментом антитела к ФНО, отсутствие в его составе Fc-фрагмента является важным фактором в плане клинической эффективности и безопасности, поскольку приводит к развитию антителозависимой клеточной цитотоксичности *in vitro* [10, 18]. Препарат вводится подкожно один раз в 2–4 недели [15, 16]. Показана значительная эффективность среди больных аксиальным АС высокой степени активности с неэффективностью или невозможностью применения НПВП, а также у пациентов на начальном этапе заболевания с отсутствием рентгенологических признаков сакроилиита [13, 16]. Согласно данным исследований, у пациентов с болезнью Крона отмечались быстрый положительный ответ на терапию, снижение индекса активности заболевания, возможность полной отмены ГКС без нарастания активности заболевания и заживление параректальных свищей [10, 15, 17, 18].

Заключение

Воспалительные заболевания кишечника и анкилозирующий спондилит являются иммуноопосредованными состояниями, связанными общими патогенетическими механизмами. Они могут протекать как изолированные заболевания, но нередко сочетаются друг с другом. Остается открытым вопрос: анкилозирующий спондилит и ВЗК – это отдельные заболевания, протекающие параллельно, или, возможно, это проявления единого иммуноопосредованного воспаления? Проблема своевременной диагностики и наблюдения таких пациентов должна освещаться более широко с учетом междисциплинарных взаимодействий. При выявлении одного из заболеваний, входящих в группу спондилоартритов, следует помнить о возможном развитии внескелетных или внекишечных проявлений. Их ранняя диагностика позволит своевременно корректировать терапию и минимизировать возможные осложнения. С этой целью может быть предложено использование универсального опросника для выявления признаков иммуновоспалительных заболеваний [6]. Пациентам с сочетанием нескольких иммуновоспалительных заболеваний показано применение генно-инженерной биологической терапии. Воспалительные заболевания кишечника и анкилозирующий спондилит находятся на стыке научно-практических интересов гастроэнтерологов и ревматологов, совместные усилия которых должны обеспечить раннее выявление сочетания этих патологий у больных и своевременную коррекцию терапии.

Список литературы / References

1. *Российские клинические рекомендации. Ревматология. Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 464 с.*
   Russian clinical guidelines. Rheumatology. Ed. E.L. Nasonov. M.: GEOTAR-Media; 2017. 464 p.
2. *Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона у взрослых (проект). Колопроктология. 2020; 19 (2): 8–38. https://doi.org/10.33878/2073–7556–2020–19–2–8–38*
   Cron's disease. Clinical recommendation (preliminary version). Coloproctology. 2020; 19 (2): 8–38. (In Russ.) https://doi.org/10.33878/2073–7556–2020–19–2–8–38
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.*
   Tarasova D.D. Inflammatory bowel disease and ankylosing spondylitis: two sides of the same problem. Actual problems of experimental and clinical medicine: Materials of the 78th International Scientific and Practical Conference of Young Scientists and Students, Volgograd, October 14–16, 2020. Volgograd: Volgograd State Medical University, 2020. P. 26–27.
4. *Тарасова Д.Д., Шилова Л.Н. Частота внескелетных проявлений анкилозирующего спондилита. Боткинские чтения. 2020. С. 263–263.*

Tarasova D. D., Shilova L. N. Frequency of extra skeletal manifestations of ankylosing spondylitis. Botkinskie chteniya = Botkin's Readings. 2020. S. 263–263.

5. *Тарасова Д. Д. Анализ клинического дебюта у пациентов с воспалительными заболеваниями. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение. 2019. Т. 29. № 5 S 54. С. 34.*

   Tarasova D. D. Analysis of clinical debut in patients with inflammatory diseases Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. Appendix. 2019. Vol. 29. No. 5. S 54. P. 34.

6. *Абдулганиева Д. И., и др. Раннее назначение генно-инженерных биологических препаратов при иммуновоспалительных заболеваниях: возможности и перспективы. Позиция экспертов. Альманах клинической медицины. 2020; 48 (6): 422–436. https://doi.org/10.18786/2072–0505–2020–48–050*

   Abdulganieva D. I., et al. Early administration of genetically engineered biological agents for immune-mediated inflammatory diseases: opportunities and prospects. An experts' opinion. Almanac of Clinical Medicine. 2020; 48 (6): 422–436. (In Russ.) https://doi.org/10.18786/2072–0505–2020–48–050

7. *Нуриахметова Т. Ю., Валеева И. Х., Шевнина Я. О. и др. Особенности ответа на инфликсимаб пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и анкилозирующим спондилитом. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021; 5 (2): 64–70. DOI: 10.32364/2587–6821–2021–5–2–64–70*

   Nuriakhmetova T. Yu., Valeeva I. Kh., Shevnina Ya.O. et al. Specificity of treatment response to infliximab in patients with inflammatory bowel disease and ankylosing spondylitis. Russian Medical Inquiry. 2021; 5 (2): 64–70. DOI: 10.32364/2587–6821–2021–5–2–64–70

8. *Сагынбаева В. Э., Лазебник Л. Б., Голованова Е. В. Терапевтическая концентрация инфликсимаба в сыворотке крови у больных болезнью Крона, получавших антицитокиновую терапию. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017. № . 5 (141).*

   Sagynbaeva V. E., Lazebnik L. B., Golovanova E. V. Therapeutic serum concentration of infliximab in patients with Crohn's disease receiving anticytokine therapy. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2017. No. 5 (141).

9. *Пискунова С. Г. и др. Опыт применения адалимумаба у пациента с тяжелым течением болезни Крона с вторичной неэффективностью инфликсимаба. Главный врач Юга России. 2018. № 3 (62).*

   Piskunova S. G., et al. Experience of using adalimumab in a patient with severe Crohn's disease with secondary ineffectiveness of infliximab, Glavnyj vrach Yuga Rossii = Chief Physician of the South of Russia. 2018. No. 3 (62).

10. *Князев О. В., Каграманова А. В., Лищинская А. А., и др. Эффективность и переносимость цертолизумаба пэгола при болезни Крона в реальной клинической практике. Терапевтический архив. 2018. Т. 90. № 6. С. 74–80. DOI: 10.26442/terarkh201890674–80.*

    Knyazev O. V., Kagramanova A. V., Lishchinskaya A. A., et al. Efficacy and tolerability of certolizumab pegol in Crohn's disease in clinical practice. Therapeutic Archive. 2018. Vol. 90. No. 6. P. 74–80. DOI: 10.26442/terarkh201890674–80.

11. *Румянцева О. А., и др. Изучение роди иммуногенности инфликсимаба в терапии анкилозирующего спондилита. Научно-практическая ревматология. 2016; 54 (1S): 43–48. https://doi.org/10.14412/1995–4484–2016–1S-43–48*

    Rumyantseva O. A., Bochkova A. G., Urumova M. M., Cherkasova M. V., Aleksandrova E. N., Solovyev S. K., Erdes S. F. Investigation of a role of the immunogenicity of infliximab in the therapy of ankylosing spondylitis. Rheumatology Science and Practice. 2016; 54 (1S): 43–48. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/1995–4484–2016–1S-43–48

12. *Раскина Т. А., Малышенко О. С., Пирогова О. А., Волыкова М. А. Эффективность противовоспалительной терапии у больных анкилозирующим спондилитом по результатам проспективного наблюдения. Научно-практическая ревматология. 2016; 54 (1S): 49–54. https://doi.org/10.14412/1995–4484–2016–1S-49–54*

    Raskina T. A., Malyshenko O. S., Pirogova O. A., Volykova M. A. Efficiency of anti-inflammatory therapy in patients with ankylosing spondylitis according to the results of a prospective follow-up study. Rheumatology Science and Practice. 2016; 54 (1S): 49–54. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/1995–4484–2016–1S-49–54

13. *Шилова Л. Н., Слюсарь О. П., Чернов А. С. Опыт лечения больных анкилозирующим спондилоартритом в Волгоградской области. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2016. № 2 (58).*

    Shilova L. N., Slyusar' O.P., CHernov A. S. Experience in the treatment of patients with ankylosing spondylitis in the Volgograd region. Bulletin of the Volgograd State Medical University. 2016. No. 2 (58).

14. *Мазуров В. И. и др. Применение инфликсимаба в лечении анкилозирующего спондилита. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ Мечникова. 2012. Т. 4. № 3.*

    Mazurov V. I. et al. Infliximab in the treatment of ankylosing spondylitis. Bulletin of the Volgograd State Medical University. 2012. V. 4. No. 3.

15. *Халиф И. Л. и др. Опыт применения цертолизумаба пэгола в лечении пациентов с болезнью Крона с перианальными поражениями. Терапевтический архив. 2018. Т. 90. № 4.*

    Halif I. L. et al. Experience of using certolizumab pegol in the treatment of patients with Crohn's disease with perianal lesions. Therapeutic archive. 2018. V. 90. No. 4.

16. *Эрдес Ш. Ф. Цертолизумаба пэгол в лечении аксиального спондилоартрита. Научно-практическая ревматология. 2015; 53 (6): 641–645. https://doi.org/10.14412/1995–4484–2015–641–645*

    Erdes S. F. Certolizumab pegol in the treatment of axial spondyloarthritis. Rheumatology Science and Practice. 2015; 53 (6): 641–645. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/1995–4484–2015–641–645

17. *Лазебник Л. Б. и др. Цертолизумаба пэгол новые возможности в терапии болезни Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, № 3, 2012, стр. 100–105.*

    Lazebnik L. B., et al. Certolizumab pegol new possibilities in the treatment of Crohn's disease. Experimental and Clinical Gastroenterology, No. 3, 2012, pp. 100–105.

18. *Князев О. В., Каграманова А. В., Лищинская А. А., и др. Эффективность и переносимость цертолизумаба пэгола при болезни Крона в реальной клинической практике. Терапевтический архив. 2018. Т. 90. № 6. С. 74–80. DOI: 10.26442/terarkh201890674–80.*

    Knyazev O. V., Kagramanova A. V., Lishchinskaya A. A., et al. Efficacy and tolerability of certolizumab pegol in Crohn's disease in clinical practice. Therapeutic archive. 2018. Vol. 90. No. 6. P. 74–80. DOI: 10.26442/terarkh201890674–80.

Статья поступила / Received 09.11.21
Получена после рецензирования / Revised 10.11.21
Принята к публикации / Accepted 10.11.21

Сведения об авторах

Тарасова Дарья Дмитриевна, *ассистент кафедры госпитальной терапии, военно-полевой терапии[1]. E-mail: bdd_34@mail.ru. ORCID: 0000–0002–8974–836X*

Шилова Людмила Николаевна, *д.м.н., зав. кафедрой госпитальной терапии, военно-полевой терапии[1]. ORCID: 0000–0002–0438–8554*

Королева Марина Владимировна, *д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии, военно-полевой терапии[1], гл. врач[2]. ORCID: 0000–0003–3060–297X*

[1]ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград
[2]ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25», Волгоград

Автор для переписки: *Тарасова Дарья Дмитриевна. E-mail: bdd_34@mail.ru*

About authors

Tarasova Daria D., *assistant at Dept of Hospital, Military and Field Therapy[1]. E-mail: bdd_34@mail.ru. ORCID: 0000–0002–8974–836X*

Shilova Lyudmila N., *DM Sci (habil.), head of Dept of Hospital, Military and Field Therapy[1]. ORCID: 0000–0002–0438–8554*

Koroleva Marina V., *DM Sci (habil.), professor at Dept of Hospital, Military and Field Therapy[1], chief physician[2]. ORCID: 0000–0003–3060–297X*

[1]Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

[2]City Clinical Emergency Hospital No. 25, Volgograd, Russia

Corresponding author: *Tarasova Daria D. E-mail: bdd_34@mail.ru*

Для цитирования: Тарасова, Д. Д. Шилова Л. Н., Королева М. В. Клинический случай сочетания анкилозирующего спондилита и болезни Крона. *Медицинский алфавит.* 2021; (33): 53–57. https://doi. org/10.33667/2078-5631-2021-33-53-57

For citation: Tarasova D. D., Shilova L. N., Koroleva M. V. Ankylosing spondylitis in combination with Crohn's disease: clinical case. *Medical alphabet.* 2021; (33): 53–57. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-33-53-57