Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

А.И. Долгушина¹, Г.М. Хусаинова^{1*}, О.Б. Несмеянова², Н.В. Кирш², О.В. Соловьева², Е.А. Богданова²

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация

² ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Российская Федерация

Цель исследования: разработать алгоритм дифференциального диагноза при болях в суставах у пациентов с ВЗК и апробировать его в реальной клинической практике.

Материал и методы. Проведено обследование 349 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), обратившихся в гастроэнтерологический кабинет и находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в период 2017–2020 гг.

Результаты. При опросе 97 (27,8 %) пациентов с ВЗК предъявляли жалобы на боли в суставах. Преобладали пациенты с язвенным колитом (ЯК) — 79 (81,4 %), доля пациентов с болезнью Крона (БК) составила 18,6 %. Среди всех больных ЯК, включенных в исследование, боли в суставах отметили 27 %, в группе пациентов с БК — 32,1 % ($p = 0,26$). Среди больных ВЗК у 52,6 % отмечен механический, у 47,4 % — воспалительный характер боли. Частота выявления воспалительной боли в спине (ВБС) в исследуемой когорте пациентов составила 23,7 %. Применение диагностического алгоритма позволило среди всех больных ВЗК с жалобами на боли в суставах у 7 (7,2 %) выявить сопутствующее ревматическое заболевание: у 2 пациентов установлен диагноз псориатического спондилоартрита, у 2 — ревматоидный артрит, у одного пациента — подагра и у 2 — анкилозирующий спондилит. Артрит, ассоциированный с ВЗК, диагностирован в 41 (42,3 %) случае, 38 (39,2 %) пациентов с ВЗК с жалобами на боли в суставах страдали остеоартритом, артралгии без объективных признаков воспаления, нарушения функции суставов, изменений по данным рентгенографии и/или УЗИ диагностированы у 13 (13,4 %) пациентов.

Выводы. Жалобы на боли в суставах являются частым симптомом у пациентов с ВЗК, который требует междисциплинарного подхода совместно с ревматологами при проведении дифференциального диагноза и определения тактики лечения. Применение алгоритма, основанного на оценке клинических критериев в сочетании с лабораторными тестами и инструментальными методами визуализации, позволяет оптимизировать процесс диагностики и способствовать выбору оптимальной терапии у больных ВЗК с жалобами на боли в суставах.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, внекишечные проявления, артрит, артралгия, воспалительная боль в спине

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Долгушина А.И., Хусаинова Г.М., Несмеянова О.Б., Кирш Н.В., Соловьева О.В., Богданова Е.А. Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(5):51–60. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-51-60>

Diagnostic Algorithm for Joint Pain in Patients with Inflammatory Bowel Disorders

Anastasiya I. Dolgushina¹, Guzel M. Khusainova^{1*}, Olga B. Nesmeyanova², Natalya V. Kirsh², Oksana V. Solovieva², Ekaterina A. Bogdanova²

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation

² Chelyabinsk Regional Clinical Hospital, Chelyabinsk, Russian Federation

Aim. An algorithm development for joint pain differential diagnosis in patients with inflammatory bowel disorders (IBD) and its validation in clinical practice.

Materials and methods. A total of 349 IBD patients hospitalised for gastroenterological complaints at the Chelyabinsk Regional Clinical Hospital during 2017–2020 have been examined.

Results. Upon survey, 97 (27.8%) IBD patients complained of joint pain. Ulcerative colitis (UC) predominated (79 patients; 81.4%), Crohn's disease (CD) had a 18.6% incidence. In survey, 27% UC and 32.1% CD patients reported joint pain ($p = 0.26$). Among IBD patients, 52.6% had mechanical, and 47.4% — inflammatory pain. The inflammatory back pain (IBP) rate in survey cohort was 23.7%. Use of a diagnostic algorithm allowed concomitant rheumatic disease detection in 7 (7.2%) patients from the IBD–joint pain cohort: 2 patients were diagnosed with psoriatic spondyloarthritis, 2 — rheumatoid arthritis, 1 — gout and 2 — with ankylosing spondylitis. IBD-associated arthritis was diagnosed in 41 (42.3%) cases, osteoarthritis — in 38 (39.2%) IBD patients with joint pain, arthralgia with no objective inflammation, impaired joint function or lesions in X-ray and/or ultrasound — in 13 (13.4%) patients.

Conclusion. Joint pain complaints are common in IBD patients and require a multispecialty rheumatologists-involving approach to proceed with differential diagnosis and opting for treatment tactics. A clinically verified algorithm coupled with laboratory tests and instrumental imaging facilitates diagnosis and optimal therapy selection in IBD patients with complaints of joint pain.

Keywords: inflammatory bowel disorders, ulcerative colitis, Crohn's disease, extraintestinal manifestations, arthritis, arthralgia, inflammatory back pain

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Dolgushina A.I., Khusainova G.M., Nesmeyanova O.B., Kirsh N.V., Solovieva O.V., Bogdanova E.A. Diagnostic Algorithm for Joint Pain in Patients with Inflammatory Bowel Disorders. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2021;31(5):51–60. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-51-60>

Введение

Заболевания периферических суставов и позвоночника у пациентов с ВЗК могут существенно снижать качество жизни, влиять на течение болезни и выбор лечебной тактики [1, 2]. Интерпретация жалоб на боли в суставах у пациентов с ЯК и БК нередко является сложной диагностической задачей, решение которой требует междисциплинарного взаимодействия врачей различных специальностей. С точки зрения гастроэнтеролога, костно-мышечные симптомы рассматриваются как внекишечные проявления ВЗК, которые, по данным различных исследований, встречаются у 20–50 % пациентов, при этом частота поражения суставов составляет от 5 до 20 % (5–14 % при ЯК и 10–20 % при БК) [3–6]. В ходе крупных эпидемиологических исследований в РФ ESCApe и ESCApe-2 патология суставов выявлена в 65–70 % случаев [7].

С точки зрения ревматолога, периферические и аксиальные артропатии, диагностированные у пациентов с ВЗК, относят к категории серонегативных спондилоартритов (СпА) наряду с анкилозирующим спондилитом (АС), псориатическим, реактивным и недифференцированным артритом [8, 9]. Помимо этого, нередкой причиной болевого синдрома могут быть изменения периартикулярных

тканей. Так, у больных ВЗК отмечена высокая частота энтезитов — до 54 % и дактилитов — до 6 % [3, 5]. Следует помнить, что у пациента с ВЗК жалобы на боли в суставах могут быть связаны не только с их внекишечными проявлениями, но и наличием сопутствующих ревматических заболеваний. В настоящее время имеются данные о сочетании как ЯК, так и БК с различными аутоиммунными заболеваниями: ревматоидным артритом, гранулематозом с полиангиитом, височным артериитом; ведется активный поиск генетических и патогенетических маркеров данной взаимосвязи [10]. Также при проведении дифференциального диагноза необходимо учитывать, что артралгии могут быть симптомом инфекционных, эндокринных заболеваний и паранеопластического синдрома [11, 12].

Широкий спектр возможных причин появления болей в суставах у пациентов с ВЗК служит основой для разработки алгоритмов диагностического поиска. В России в 2018 г. специалистами в области дерматовенерологии, ревматологии, гастроэнтерологии разработан проект междисциплинарных рекомендаций по диагностике, методам оценки степени активности, терапевтической эффективности и применению генно-инженерных биологических препаратов у пациентов с сочетанными

иммуновоспалительными заболеваниями: псориаз, псориагический артрит и болезнь Крона [13]. В 2019 году группой европейских гастроэнтерологов и ревматологов представлены алгоритмы дифференциального диагноза при различных клинических ситуациях: хронической боли в спине, моноартрите крупных и мелких суставов, олиго- или полиартрите и артралгиях [3]. Авторы демонстрируют эффективность подхода, основанного на упорядочивании этапов диагностики, включая последовательную оценку особенностей клинической симптоматики и использования современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, принятой в ревматологии. Таким образом, применение диагностического алгоритма при болях в суставах поможет организовать процесс диагностики и способствовать выбору оптимальной лечебной тактики у пациентов с ВЗК.

Цель исследования — разработать алгоритм дифференциального диагноза при болях в суставах у пациентов с ВЗК и апробировать его в реальной клинической практике.

Материал и методы исследования

В исследование включены пациенты ($n = 349$) с ВЗК, обратившиеся в гастроэнтерологический кабинет и находившиеся на стационарном лечении в ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в период 2017–2020 гг. Критериями включения были наличие ВЗК, возраст старше 18 лет, согласие пациента на участие в исследовании; критериями исключения: острые инфекционные заболевания, беременность. Диагноз ЯК и БК установлен согласно соответствующим критериям Рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных ЯК и БК. Для описания протяженности поражения применяли Монреальскую классификацию [14, 15]. Тяжесть ВЗК определяли для ЯК по классификации Truelove & Witts, для БК — по индексу активности CDAI [14, 15]. Характеристика пациентов, включенных в исследование, представлена в таблице 1.

Помимо опроса и объективного осмотра пациентов проводили лабораторные и инструментальные обследования в соответствии с рекомендациями [14–16], включая при наличии показаний определение ревматоидного фактора (РФ), HLA B27 антигена, антител к циклическому цитруллин-ированному пептиду (АЦЦП), антинуклеарного фактора (АНФ), рентгенографию, при необходимости ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) суставов и позвоночника. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics v.22 (IBM Corp., США). Для описания количественных данных, имеющих ненормальное распределение, использовали

медиану и процентилю (25-й (P25) и 75-й (P75)). Для описания качественных показателей рассчитывали частоты и доли (в %). Для сравнения количественных значений в двух независимых группах использовали критерий Манна — Уитни, для сравнения качественных данных — критерий χ^2 Пирсона. Проверка статистических гипотез проведена при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При опросе 97 (27,8 %) пациентов с ВЗК предъявляли жалобы на боли в суставах. Преобладали пациенты с ЯК — 79 (81,4 %), доля пациентов с БК составила 18,6 %. Среди всех больных ЯК, включенных в исследование, артралгии отметили 27 %, в группе пациентов с БК — 32,1 % ($p = 0,26$). Пациенты с ЯК и БК не различались по возрастному-гендерному составу, преобладали женщины среднего возраста (табл. 2). Время с момента появления симптомов до постановки диагноза было несколько больше у пациентов с БК, но данное различие не значимо ($p = 0,2$). Среди пациентов как с ЯК, так и с БК тяжесть атаки на момент обследования варьировала от легкой до тяжелой, преобладали больные со средней тяжестью. Следует отметить, что более половины больных ЯК при наличии жалоб на боли в суставах имели непрерывное течение заболевания и тотальное поражение толстой кишки. По локализации БК у пациентов с артралгиями в половине случаев имел место илеоколит.

Дифференциальный диагноз при суставном синдроме предполагает подробную детализацию жалоб, включая локализацию и количество пораженных суставов (моно-, олиго-, полиартрит); уточнение темпа появления симптомов (острое, подострое, хроническое); интенсивности боли; связь с движением и иррадиацией; время усиления боли (утро, ночь, вечер); уточнение триггерных факторов [11, 17]. По нашим данным, у пациентов ЯК и БК интенсивность боли в суставах была сопоставима (табл. 3). При оценке количества вовлеченных суставов отмечено, что преобладают симптомы олигоартрита, однако у трети пациентов с БК страдает только один, как правило крупный, сустав нижних конечностей.

На первом этапе применения диагностического алгоритма (рис. 1) у больных ВЗК с жалобами на боли в суставах целесообразно уточнять ряд вопросов, относящихся к принятому в ревматологии понятию «красных флагов», то есть набору определенных признаков, позволяющих заподозрить, что имеющийся симптомокомплекс не относится к проявлениям ревматических заболеваний [11, 17]. Данный опросник имеет ограниченную ценность в отношении больных ВЗК, так как часть симптомов, таких как лихорадка, похудание, прием глюкокортикостероидов (ГКС), может быть

Таблица 1. Характеристика больных воспалительными заболеваниями кишечника, включенных в исследование

Table 1. Properties of inflammatory bowel disorders in survey

Признак Criterion	ЯК (n = 293) UC (n = 293)	БК (n = 56) CD (n = 56)	ВЗК (n = 349) IBD (n = 349)
Возраст, годы, Ме (ИИ) Age, years, Me (PP)	44,0 (33,0–59,0)	44,0 (31,0–59,0)	44,0 (32,3–59,0)
Мужчины Males	152 (51,9 %)	19 (33,9 %)	171 (49 %)
Женщины Females	141 (48,1 %)	37 (66,1 %)	178 (51 %)
Средний возраст установления диагноза, годы, Ме (ИИ) Mean age at diagnosis, years, Me (PP)	36,0 (28,0–49,8)	35,5 (24,3–51,5)	36,0 (27,0–50,0)
Время от появления первых симптомов ВЗК до установления диагноза, месяцы, Ме (ИИ) Time from IBD symptoms onset to diagnosis, months, Me (PP)	2,0 (1,0–6,0)	3,0 (1,0–6,0)	2,0 (1,0–6,0)
Тяжесть атаки: Attack severity: Легкая Mild Средняя Moderate Тяжелая Severe	161 (54,9 %)	26 (46,4 %)	187 (53,6 %)
	97 (33,1 %)	19 (33,9 %)	116 (32,2 %)
	35 (12 %)	11 (19,7 %)	46 (13,3 %)
Локализация и распространенность Locality and prevalence Проктит Proctitis Левосторонний колит Left-sided colitis Тотальный колит Total colitis Терминальный илеит Terminal ileitis Колит Colitis Илеоколит Ileocolitis Поражение верхних отделов ЖКТ Upper GI lesion	29 (10,5 %) 123 (44,4 %) 125 (45,1 %)	16 (28,6 %) 18 (32,1 %) 22 (39,3 %) 3 (5,4 %)	
Гормонозависимость Hormone addiction	29 (9,9 %)	8 (14,3 %)	37 (10,6 %)
Гормонорезистентность Hormone resistance	15 (5,1 %)	1 (1,8 %)	16 (4,6 %)
Течение: Progression: Острое Acute Хроническое Рецидивирующее Chronic relapsed Хроническое непрерывное Chronic continuous	10 (3,4 %)	2 (3,6 %)	12 (3,4 %)
	217 (74,1 %)	39 (69,6 %)	256 (73,4 %)
	66 (22,5 %)	15 (26,8 %)	81 (23,2 %)

Примечание: ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ЯК — язвенный колит, БК — болезнь Крона, Ме (ИИ) — медиана и проценти (25-й (P25) и 75-й (P75)).

Note: GI — gastrointestinal tract, IBD — inflammatory bowel disorders, UC — ulcerative colitis, CD — Crohn's disease, Me (PP) — median and percentiles (P25–P75).

Таблица 2. Характеристика больных воспалительными заболеваниями кишечника с жалобами на боли в суставах

Table 2. Properties of joint pain-concomitant inflammatory bowel disorders

Признак Criterion	ЯК (n = 79) UC (n = 79)	БК (n = 18) CD (n = 18)	ВЗК (n = 97) IBD (n = 97)
Возраст, годы, Ме (ИИ) Age, years, Me (PP)	49,0 (34,5–60,0)	44,0 (37,0–53,0)	48,5 (35,0–59,0)
Мужчины Males	34 (43 %)	2 (11,1 %)	36 (37,1 %)
Женщины Females	45 (57 %)	16 (88,9 %)	61 (62,9 %)
Средний возраст установления диагноза, годы, Ме (ИИ) Mean age at diagnosis, years, Me (PP)	41,0 (28,5–52,0)	35,0 (24,0–49,0)	38,5 (28,3–49,8)
Время от появления первых симптомов ВЗК до установления диагноза, месяцы, Ме (ИИ) Time from IBD symptoms onset to diagnosis, months, Me (PP)	2,0 (1,0–4,5)	3,0 (1,0–6,0)	2,5 (1,0–6,0)
Тяжесть атаки: Attack severity:			
Легкая Mild	24 (30,4 %)	6 (33,3 %)	33 (34 %)
Средняя Moderate	39 (49,4 %)	7 (38,9 %)	42 (43,3 %)
Тяжелая Severe	16 (20,2 %)	5 (27,8 %)	22 (22,7 %)
Локализация и распространенность Locality and prevalence			
Проктит Proctitis			
Левосторонний колит Left-sided colitis			
Тотальный колит Total colitis	1 (1,3 %)	2 (11,1 %)	
Терминальный илеит Terminal ileitis	33 (41,8 %)		
Колит Colitis	45 (56,9 %)	7 (38,9 %)	
Илеоколит Ileocolitis		9 (50 %)	
Течение: Progression:			
Острое Acute	2 (2,5 %)	—	2 (2,1 %)
Хроническое рецидивирующее Chronic relapsed	35 (44,3 %)	11 (61,1 %)	46 (47,4 %)
Хроническое непрерывное Chronic continuous	42 (53,2 %)	7 (38,9 %)	49 (50,5 %)

Примечание: ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ЯК — язвенный колит, БК — болезнь Крона.

Note: IBD — inflammatory bowel disorders, UC — ulcerative colitis, CD — Crohn's disease.

связана с активностью ВЗК. Тем не менее уточнение информации в начале диагностического поиска о ночной боли, пульсирующем, приступообразном характере боли, туберкулезе в анамнезе позволит заподозрить наличие артралгии как проявления инфекции, паранеопластического синдрома и правильно определить дальнейшую тактику обследования. Наличие острого моноартрита в сочетании с лихорадкой, гиперемией или фактом травмы требует немедленной консультации травматолога для проведения пункции и исключения септического, микрокристаллического артрита или реактивного синовита на фоне травмы.

Оценка наиболее распространенных жалоб и типичных симптомов позволяет определить характер боли в суставах как воспалительный или невоспалительный (механический) и ускорить постановку диагноза. Воспалительная боль диагностируется, если у пациента выявляется ночная/утренняя боль, утренняя скованность более 30 минут, улучшение при физической нагрузке. Механический характер боли характеризуется усилением к вечеру и при физической нагрузке, уменьшением в покое, утренней скованностью менее 30 минут, наличием крепитации. Среди больных ВЗК у 52,6 % отмечен механический, у 47,4 % — воспалительный

Таблица 3. Характеристика суставного синдрома у больных воспалительными заболеваниями кишечника

Table 3. Properties of joint syndrome in inflammatory bowel disorder patients

Признак Criterion	ЯК (n = 79) UC (n = 79)	БК (n = 18) CD (n = 18)	ВЗК (n = 97) IBD (n = 97)
Оценка боли по ВАШ пациентом, мм VAS pain score, mm	37,4 ± 8,2	35,1 ± 8,4	36,1 ± 8,6
Связь с началом/сменой терапии Link to therapy start/change	2 (2,5 %)	-	2 (2,1 %)
Связь с обострением Link to aggravation	27 (34,2 %)	4 (22,2 %)	31 (32 %)
Количество вовлеченных суставов: Joints involved:			
1 сустав 1 joint	9 (11,4 %)	6 (33,3 %)	14 (14,4 %)
2–3 сустава 2–3 joints	69 (87,3 %)	12 (66,7 %)	79 (81,4 %)
Более 4 суставов ≥4 joints	1 (1,3 %)	—	1 (4,2 %)

Примечание: ВЗК — воспалительные заболевания кишечника, ЯК — язвенный колит, БК — болезнь Крона, ВАШ — визуально-аналоговая шкала.

Note: IBD — inflammatory bowel disorders, UC — ulcerative colitis, CD — Crohn's disease, VAS — visual analogue scale.

характер боли (рис. 1). Отдельного внимания заслуживает диагностика аксиальных артропатий, основным клиническим проявлением которых является воспалительная боль в спине (ВБС). Наличие ВБС определено согласно критериям ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society, 2009) при присутствии как минимум четырех из пяти признаков: дебют до 40 лет; постепенное начало; уменьшение интенсивности болей после физических упражнений; отсутствие улучшения в покое; ночная боль (с улучшением при пробуждении). Чувствительность и специфичность данных критериев у пациентов с ВЗК подтверждена рядом исследований [18, 19]. Частота выявления ВБС в исследуемой когорте пациентов составила 23,7 %.

Следующий этап дифференциального диагностического алгоритма предполагает осмотр пациента. Следует отметить, что семиотика кишечных и внекишечных проявлений ВЗК чрезвычайно разнообразна и требует полного тщательного обследования пациента. При этом осмотр пораженных суставов прежде всего должен быть нацелен на оценку синовита, нарушения функции и изменений периартикулярных тканей. Среди пациентов с механическим характером боли осмотр позволяет выявить пациентов с пролиферативными изменениями в суставах, крепитацией при движении и ограничением движения. В соответствии с национальными клиническими рекомендациями у пациентов с механическим характером боли рекомендовано проведение рентгенографии пораженных суставов как наиболее достоверного метода диагностики остеоартрита. После проведенного обследования у 38 (39,2 %) пациентов с ВЗК с жалобами на боли в суставах подтвержден диагноз

остеоартрита. Остеоартрит является самым распространенным заболеванием суставов, которым страдают более 10 % населения земного шара, однако данные о частоте остеоартрита у пациентов с ВЗК ограничены [16]. В данной клинической ситуации пациентам рекомендуются лечебные упражнения, при необходимости ортопедическая коррекция, прием парацетамола, местные формы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), курсы симптоматических препаратов замедленного действия. Наличие ВЗК ограничивает применение системных НПВП. Согласно современным представлениям вне обострения ВЗК возможно назначение на краткий срок оптимального НПВП, выбранного после проведения оценки риска возникновения нежелательных явлений, предпочтение следует отдавать селективным ингибиторам циклооксигеназы 2-го типа [3, 16].

При установлении боли в суставах воспалительного характера и/или синовита пациент должен быть направлен к ревматологу, минимальный рекомендуемый объем лабораторного обследования включает общий клинический анализ крови, С-реактивный белок (СРБ), мочевую кислоту, ревматоидный фактор, при наличии ВБС — HLA B27 антиген и обзорный рентгенологический снимок костей таза. Расширение спектра обследования проводится совместно с ревматологом в соответствии с общепринятыми диагностическими критериями ревматических болезней и включает в себя АЦЦП, АНФ, УЗИ сустава, рентгенографию мелких суставов кистей и стоп, МРТ крестцово-подвздошных суставов и позвоночника.

Применение нами представленного диагностического алгоритма позволило среди всех больных ВЗК с жалобами на боли в суставах у 7 (7,2 %)

Рис. 1. Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Fig. 1. A diagnostic algorithm for joint pain in patients with inflammatory bowel diseases

выявить сопутствующее ревматическое заболевание. У 2 пациентов установлен диагноз псориатического спондилоартрита, у 2 — ревматоидный артрит, у одного пациента диагностирована подагра и у 2 — анкилозирующий спондилит. Лечение данной группы пациентов должно включать назначение оптимальной базисной терапии заболевания суставов и позвоночника и осуществляться совместно ревматологом и гастроэнтерологом.

Дополнительное обследование пациентов с воспалительной болью в суставах в 41 (42,3 %) случае не выявило специфических маркеров ревматических заболеваний, что позволило расценивать данные ситуации как артрит, ассоциированный с ВЗК. Полученные данные сопоставимы с результатами других исследований, по которым частота периферического артрита составляет 17–39 % [5, 20]. Лечение данной группы пациентов направлено прежде всего на купирование атаки ЯК или БК, для индукции ремиссии предпочтение отдается системным ГКС. При ограниченном количестве пораженных суставов с целью уменьшения болевого синдрома при артритах, тендинитах применяют локальные инъекции ГКС. Имеются данные о том, что в случае преобладания артрита периферических суставов из базисных препаратов может быть наиболее эффективен сульфасалазин [3, 6, 21]. В целом выбор терапии определяется характером течения ВЗК, многие авторы рассматривают наличие артрита как показание к более активной лечебной тактике, в том числе раннему назначению ГИБТ [20, 22].

13 (13,4 %) пациентов с суставным синдромом не имели объективных признаков воспаления, нарушения функции суставов, у них отсутствовали изменения по данным рентгенографии и/или УЗИ сустава, что соответствует общепринятому понятию «артралгия». Частота артралгий при ЯК и БК в соответствии с данными литературы достигает 14 % [3]. Известно, что артралгии у больных ВЗК

могут носить временный характер на фоне отмены ГКС, смены цитостатической терапии [3]. В этой связи у пациентов необходимо уточнять анамнез, факт приема ГКС, изменения в терапии основного заболевания и прием других препаратов. Так, 2 пациента с ЯК при опросе связали появление артралгии с отменой ГКС и сменой цитостатической терапии.

Артралгиями также может сопровождаться синдром гипермобильности суставов, который, как правило, возникает у молодых людей. В нашем исследовании у 9 (9,3 %) пациентов выявлен синдром гипермобильности суставов. В исследуемой выборке артралгии отмечены преимущественно в суставах нижних конечностей, у 10 больных отмечено плоскостопие, что, вероятно, вносит определенный вклад в формирование болевого синдрома. Терапия пациентов с артралгиями должна включать лечебную физкультуру, ортопедическую коррекцию (ношение ортезов, ортопедических стелек), возможен прием парацетамола при выраженном болевом синдроме. Следует отметить, что данная группа пациентов нуждается в динамическом наблюдении, так как артралгии могут являться начальным проявлением различных заболеваний суставов, включая ревматоидный артрит [3, 6, 16].

Выводы

Жалобы на боли в суставах у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона встречаются с высокой частотой — в 27,8 % случаев. Алгоритм, включающий оценку клинических симптомов в сочетании с лабораторными и инструментальными критериями ревматических заболеваний, позволяет оптимизировать проведение дифференциального диагноза у больных ВЗК с жалобами на боли в суставах и способствовать выбору оптимальной лечебной тактики совместно с ревматологом.

Литература / References

1. Щукина О.Б. Внекишечные проявления как фактор риска прогрессирования болезни Крона. Научно-практическая ревматология. 2016. № S1. [Shchukina O.B. Extraintestinal manifestations as risk factors of Chron's disease progression. Rheumatology Science and Practice. 2016. № S1 (In Russ.)].
2. Ossum A.M., Palm Ø., Cvancarova M., Bernklev T., Jahnsen J., Moum B., et al. The Impact of Spondyloarthritis and Joint Symptoms on Health-Related Quality of Life and Fatigue in IBD Patients. Results From a Population-Based Inception Cohort (20-Year Follow-up in the Ibsen Study). *Inflamm Bowel Dis.* 2020;26(1):114–24. DOI: 10.1093/ibd/izz105
3. Varkas G., Ribbens C., Louis E., Van den Bosch F., Lories R., Vermeire S., et al. Expert consensus: practical algorithms for management of inflammatory bowel disease patients presenting with back pain or peripheral arthropathies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019;50(11–12):1204–13. DOI: 10.1111/apt.15519. Erratum in: *Aliment Pharmacol Ther.* 2020 Feb;51(4):485.
4. Ditisheim S., Fournier N., Juillerat P., Pittet V., Michetti P., Gabay C., et al. Swiss IBD Cohort Study Group. Inflammatory Articular Disease in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Result of the Swiss IBD Cohort Study. *Inflamm Bowel Dis.* 2015;21(11):2598–604. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000548
5. Karreman M.C., Luime J.J., Hazes J.M.W., Weel A.E.A.M. The Prevalence and Incidence of Axial and Peripheral Spondyloarthritis in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Crohns Colitis.* 2017;11(5):631–42. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjw199
6. Секреты ревматологии. Под ред. С.Дж. Уэста. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 760 с. [Rheumatology Secrets. Ed. by S.G. West. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 760 p. (In Russ.)].
7. Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., Алексеев С.А., Барановский А.Ю., Валуйских Е.Ю. и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. *Альманах клинической медицины.* 2018;46(5):445–63. [Belousova E.A., Abdulganieva D.I., Alexeeva O.P., Alexeenko S.A., Baranovs-

- ky A. Yu., Valuyshikh E. Yu., et al. Social and demographic characteristics, features of disease course and treatment options of inflammatory bowel disease in Russia: results of two multicenter studies. Almanac of Clinical Medicine. 2018;46(5):445–63 (In Russ.). DOI: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463
8. Насонов Е.Л. Ревматология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. [Nasonov E.L. Rheumatology. Moscow: GEOTAR-Media, 2010 (In Russ.).]
 9. Levine J.S., Burakoff R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. Gastroenterol Hepatol (N.-Y.). 2011;7(4):235–41.
 10. Halling M.L., Kjeldsen J., Knudsen T., Nielsen J., Hansen L.K. Patients with inflammatory bowel disease have increased risk of autoimmune and inflammatory diseases. World J Gastroenterol. 2017;23(33):6137–46. DOI: 10.3748/wjg.v23.i33.6137
 11. Чичасова Н.В. Дифференциальная диагностика при поражении суставов и позвоночника. Современная ревматология. 2020;14(2):14–9. [Chichasova N.V. Differential diagnosis in joint and spine injuries. Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal. 2020;14(2):14–9 (In Russ.).] DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-14-19
 12. Бадюкин В.В. Ревматология. Клинические лекции. М.: Литтерра, 2014. [Badokin V.V. Rheumatology. Clinical lectures. Moscow: Litterra, 2014 (In Russ.).]
 13. Абдулганиева Д.И., Бакулев А.Л., Белоусова Е.А., Знаменская Л.Ф., Коротаева Т.В., Круглова Л.С. и др. Проект междисциплинарных рекомендаций по диагностике, методам оценки степени активности, терапевтической эффективности и применению генно-инженерных биологических препаратов у пациентов с сочетанными иммуновоспалительными заболеваниями (псориаз, псориатический артрит, болезнь Крона). Современная ревматология. 2018;12(3):4–18 [Abdulganieva D.I., Bakulev A.L., Belousova E.A., Znamenetskaya L.F., Korotaeva T.V., Kruglova L.S., et al. Draft interdisciplinary guidelines for diagnosis, methods for estimation of the degree of activity, for evaluation of therapeutic efficacy and for use of biological agents in patients with concomitant immunoinflammatory diseases (psoriasis, psoriatic arthritis, Crohn's disease). Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal. 2018;12(3):4–18 (In Russ.).] DOI: 10.14412/1996-7012-2018-3-4-18
 14. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.А., Ачкасов С.И. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению язвенного колита. Колопроктология. 2019;18(4):7–36. [Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Belousova E.A., Abdulganieva D.I., Alekseeva O.A., Achkasov S.I., et al. Project: Clinical Guidelines for the diagnostics and treatment of ulcerative colitis. Koloproktologia. 2019;18(4):7–36 (In Russ.).] DOI: 10.33878/2073-7556-2019-18-4-7-36
 15. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона у взрослых (проект). Колопроктология. 2020;19(2):8–38. [Crohn's disease. Clinical recommendations (preliminary version). Koloproktologia. 2020;19(2):8–38 (In Russ.).] DOI: 10.33878/2073-7556-2020-19-2-8-38
 16. Насонов Е.Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. [Nasonov E.L. Russian Clinical Guidelines. Rheumatology. Moscow: GEOTAR-Media, 2017 (In Russ.).]
 17. Мазуров В.И., Лула А.М., Повзун А.С. Дифференциальная диагностика при остром суставном синдроме. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2012;4(3):87–98. [Mazurov V.I., Lila A.M., Povzun A.S. Differential diagnosis in acute junction syndrome. Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mecnikova. 2012;4(3):87–98 (In Russ.).]
 18. Белоусова Е.Н., Одинова А.Х., Протопопов М.С., Абдулганиева Д.И. Критерии воспалительной боли в спине ASAS: диагностическая значимость у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Научно-практическая ревматология. 2019;57(2):175–9. [Belousova E.N., Odintsova O.H., Protodopov M.S., Abdulganieva D.I. ASAS criteria for inflammatory back pain: diagnostic significance in patients with inflammatory bowel disease. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2019;57(2):175–9 (In Russ.).] DOI: 10.14412/1995-4484-2019-175-179
 19. Harbord M., Annesse V., Vavricka S.R., Allez M., Barreiro-de Acosta M., Boberg K.M., et al. European Crohn's and Colitis Organisation. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. J Crohns Colitis. 2016;10(3):239–54. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjv213
 20. Olivieri I., Cantini F., Castiglione F., Felice C., Gionchetti P., Orlando A., et al. Italian Expert Panel on the management of patients with coexisting spondyloarthritis and inflammatory bowel disease, Autoimmun Rev. 2014;13:822–30. DOI: 10.1016/j.autrev.2014.04.003
 21. Беляева И.Б., Мазуров В.И. Лечение артрита и спондилита при воспалительных заболеваниях кишечника: рациональные подходы и ошибки. Эффективная фармакотерапия. 2017;12:40–3. [Belyayeva I.B., Mazurov V.I. Treatment of Arthritis and Spondylitis during Inflammatory Bowel Disease: Rational Approaches and Errors. Effective Pharmacotherapy. 2017;12:40–3 (In Russ.).]
 22. González-Lama Y., Sanz J., Bastida G., Campos J., Ferreiro R., Joven B., et al. Recommendations by the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the treatment of patients with inflammatory bowel disease associated with spondyloarthritis. Gastroenterol Hepatol. 2020;43(5):273–83. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2020.01.005

Сведения об авторах

Долгушина Анастасия Ильинична — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет».

Контактная информация: dolgushinaai@yandex.ru;
454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2569-1699>

Хусаинова Гузель Мидхатовна* — ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет».

Контактная информация: husainovagm@yandex.ru;
454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-3112>

Несмеянова Ольга Борисовна — кандидат медицинских наук, заведующая ревматологическим отделением ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница».

Information about the authors

Anastasiya I. Dolgushina — Dr. Sci. (Med.), Head of the Chair of Hospital Therapy, South Ural State Medical University.

Contact information: dolgushinaai@yandex.ru;
454092, Chelyabinsk, Vorovskogo str., 64.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2569-1699>

Guzel M. Khusainova* — Research Assistant, Chair of Hospital Therapy, South Ural State Medical University.

Contact information: husainovagm@yandex.ru;
454092, Chelyabinsk, Vorovskogo str., 64.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-3112>

Olga B. Nesmeyanova — Cand. Sci. (Med.), Head of Rheumatology Unit, Chelyabinsk Regional Clinical Hospital.
Contact information: olganesmeyanova@mail.ru;

Контактная информация: olganesmeyanova@mail.ru;
454048, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5599-8248>

Кириш Наталья Владимировна — врач-гастроэнтеролог
ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница».
Контактная информация: tishkova850@mail.ru;
454048, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0213-8949>

Соловьева Оксана Викторовна — кандидат медицинских
наук, врач-ревматолог ГБУЗ «Челябинская областная
клиническая больница».
Контактная информация: sov74med@rambler.ru;
454048, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0302-0341>

Богданова Екатерина Алексеевна — врач-ревматолог ГБУЗ
«Челябинская областная клиническая больница».
Контактная информация: klepa7485@mail.ru;
454048, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3330-2761>

454048, Chelyabinsk, Vorovskogo str., 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5599-8248>

Natalya V. Kirsh — Physician (gastroenterology), Chelyabinsk
Regional Clinical Hospital.
Contact information: tishkova850@mail.ru;
454048, Chelyabinsk, Vorovskogo str., 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0213-8949>

Oksana V. Solovieva — Cand. Sci. (Med.), Physician (rheu-
matology), Chelyabinsk Regional Clinical Hospital. Contact
information: sov74med@rambler.ru;
454048, Chelyabinsk, Vorovskogo str., 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0302-0341>

Ekaterina A. Bogdanova — Physician (rheumatology),
Chelyabinsk Regional Clinical Hospital. Contact information:
klepa7485@mail.ru;
454048, Chelyabinsk, Vorovskogo str., 70.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3330-2761>

Поступила: 15.05.2021 Принята: 03.07.2021 Опубликовано: 15.11.2021
Submitted: 15.05.2021 Accepted: 03.07.2021 Published: 15.11.2021

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author