

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АОРТАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТКИ ІЗ АНКІЛОЗИВНИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Візір Марина Олександрівна,
к.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини №1
Харківський Національний Медичний Університет

Александрова Тетяна Миколаївна,
PhD, асистент кафедри внутрішньої медицини №1
Харківський Національний Медичний Університет

Захарченко Вікторія Сергіївна
здобувачка вищої освіти 6-го курсу 1 мед. факультету
Харківський національний медичний університет

Вступ. Анкілозивний спондилоартрит (АС) – хронічне запальне ревматичне захворювання, яке вражає головним чином осьовий скелет і крижово-клубові суглоби [1]. Окрім того, у пацієнтів з АС часто зустрічаються ураження серця, які зазвичай проявляються недостатністю аортального клапана (НАК), аортитом, порушенням серцевої провідності тощо [2]. АС вважається спадковим генетично обумовленим захворюванням, яке пов'язують із алелем гена HLA-B27 [3]. Поширеність АС коливається від 9 до 30 на 10 000 у загальній популяції, залежно від географічної області [4]. Початок АС зазвичай виникає у віці до 45 років та характеризується хронічним прогресуючим перебігом із значним погіршенням продуктивності та якості життя пацієнтів, що робить АС важливою проблемою охорони здоров'я [5].

У даному клінічному випадку наведено приклад прогресуючого захворювання у пацієнтки із периферичною формою АС, яке супроводжувалося розвитком комбінованої аортальної вади.

Метою роботи є презентація клінічного випадку розвитку НАК у пацієнтки із АС з акцентом на діагностичних і терапевтичних аспектах.

Матеріали та методи

1. Скарги та об'єктивний стан при надходженні до стаціонару.

Хвора О., 47 років, звернулася за медичною допомогою до ревматологічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні із скаргами на обмеження рухів у всіх відділах хребта, що супроводжується ірадіацією до сідничних ділянок, скутість хребта до 1 години, біль в колінних та кульшових суглобах, що посилюється при рухах, відчуття втоми.

2. Анамнез захворювання

Вважає себе хворою з 2003 року, коли вперше без наявних ознак з'явився біль в поперековому відділі хребта, за допомогою не зверталася. Погіршення стану відбулося з 2014 року, коли посилювався біль в поперековому відділі хребта і

з'явилися болі в шийному та грудному відділі хребта. У 2017 році лікувалася в ревматологічному відділенні з приводу реактивного позитивного за HLA-B-27 спондилоартриту з ураженням шийного, грудного, поперекового відділу хребта, двобічним сакроілеїтом, протягом двох років приймала салазопірин 2 г на добу.

3. Ревматологічний діагноз та лікування

У 2019 році на основі лабораторних (позитивний HLA-B27, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ та С-реактивного білка) та інструментальних (МРТ, рентгенографія) даних було встановлено діагноз: Анкілозивний спондилоартрит, HLA-B27+, центральна форма, двобічний сакроілеїт. На тлі проведеного лікування (сульфасалазин, локсидол, вітаксон, ревмоксикам) відмічалось незначне покращення стану.

4. Серцеві ураження

У 2020 році з'явилися скарги на відчуття втоми, задишку, серцебиття. Була проведена консультація кардіолога, кардіохірурга та ревматолога. За результатами ехокардіоскопії виставлений діагноз: недостатність аортального клапана III ступеня в стадії компенсації із збереженням систолічної функції. У зв'язку із відсутністю розширення висхідної аорти та збереженою функцією лівого шлуночка була обрана тактика неінвазивного (медикаментозного) лікування. На тлі проведеного лікування (бісопролол – 2,5 мг/добу, еналаприл — 10 мг/добу) відмічалось покращення стану, зменшення задишки та нормалізація частоти серцевих скорочень.

З метою лікування основного захворювання пацієнтці було призначено мелоксикам – 15 мг/добу, толперизону гідрохлорид — 100 мг 2 рази на добу, сульфасалазин — 2 г/добу, метилпреднізолон у формі в/в інфузій в дозі 125 мг протягом 5 днів та в дозі 8 мг/добу перорально. На тлі проведеного лікування спостерігалася позитивна динаміка та зниження активності захворювання (зменшення індексів BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) та BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).

Обговорення. Розвиток НАК у пацієнтів з АС відбувається, ймовірно, внаслідок загального запального процесу та є результатом біомеханічного стресу, що впливає на ентезисоподібні клапанні структури серця. Так, за результатами популяційного дослідження, яке отримало дані з реєстру Clalit Health Services (Ізраїль, 2023 р.) було продемонстровано, що пацієнти з АС мають значно вищу поширеність серцево-судинних захворювань та розвиток клапанних захворювань серця в порівнянні з групою контролю [6]. Також у дослідженні M. Chetrit та ін. (2020 р.) повідомляється, що ризик захворювання аортального клапана значно вищий у пацієнтів з АС, ніж у людей без АС, і цей ризик зростає з віком [2]. Результати дослідження E. Klingberg та ін. (2015 р.) повідомляють також про значне підвищення аортальної регургітації та порушень провідної системи серця у пацієнтів з АС, які були пов'язані зі збільшенням віку та тривалістю хвороби [7]. Раннє дослідження морфологічного стану аортального клапану у пацієнтів з АС має як діагностичне, так і прогностичне значення [8]. В даний час ехокардіографія залишається основним інструментом діагностики НАК. Додаткове використання комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної

томографії серця та позитронно-емісійної томографії у пацієнтів з АС може покращити оцінку основного механізму, тяжкості захворювання та ідентифікацію відповідної неклапанної/екстракардіальної патології в даній когорті пацієнтів.

Висновки. Пацієнти з АС мають підвищений ризик ураження серця з розвитком патології аортального клапана. Детальний збір анамнезу, фізикальне обстеження та комплексне ревматологічне та кардіологічне обстеження мають ключове значення в веденні такої групи пацієнтів. Додаткові дослідження серця, такі як ехокардіографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансної томографія серця та позитронно-емісійна томографія є необхідними для раннього виявлення дисфункції клапанів серця та мають вирішальне значення для лікування та прогнозу пацієнтів з АС.

Список літератури

1. Garcia-Montoya L, Gul H, Emery P. Recent advances in ankylosing spondylitis: understanding the disease and management. *F1000Res*. 2018;7:F1000 Faculty Rev-1512. Published 2018 Sep 21
2. Chetrit M, Khan MA, Kapadia S. State of the Art Management of Aortic Valve Disease in Ankylosing Spondylitis. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;22(6):23. Published 2020 May 14.
3. Chen B, Li J, He C, et al. : Role of HLA-B27 in the pathogenesis of ankylosing spondylitis (Review). *Mol Med Rep*. 2017;15(4):1943–51.
4. Wang R, Ward MM. Epidemiology of axial spondyloarthritis: an update. *Curr Opin Rheumatol*. 2018;30(2):137-143.
5. Braun A, Saracbası E, Grifka J, Schnitker J, Braun J (2011) Identifying patients with axial spondyloarthritis in primary care: how useful are items indicative of inflammatory back pain? *Ann Rheum Dis* 70:1782–1787
6. Eid S, Sharif K, McGonagle D, et al. Ankylosing spondylitis is associated with increased prevalence of valvular heart diseases: a cross-sectional population-based study. *Postgrad Med J*. 2023;99(1176):1088-1093.
7. Klingberg E, Sveälv BG, Täng MS, Bech-Hanssen O, Forsblad-d'Elia H, Bergfeldt L. Aortic Regurgitation Is Common in Ankylosing Spondylitis: Time for Routine Echocardiography Evaluation?. *Am J Med*. 2015;128(11):1244-1250.e1.
8. Choi E, Mathews LM, Paik J, et al. Multimodality Evaluation of Aortic Insufficiency and Aortitis in Rheumatologic Diseases. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:874242. Published 2022 Apr 12.