



Ревматология, гематология
УДК – 616.711-009.7
<https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-133-134>

НЕТИПИЧНАЯ ПРИЧИНА ОСТРОЙ ДОРСАЛГИИ У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

С. А. МЕРЕБАШВИЛИ, Д. А. ДАВЫДОВ

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 26.12.25; принята к публикации 1.04.26

Ключевые слова: эозинофильный эзофагит, атопический вальс, элиминационная диета, фиброгастродуоденоскопия

Для цитирования: Меребашвили С. А., Давыдов Д. А. Нетипичная причина острой дорсалгии у пациентки молодого возраста. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2026;105(1):133–134. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-133-134>.

* Автор для переписки: Софья Андреевна Меребашвили, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8. E-mail: sofymony@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-2419-6875>.

Rheumatology, hematology

ATYPICAL CAUSE OF ACUTE BACK PAIN IN A YOUNG FEMALE PATIENT

SOFYA A. MEREBASHVILI, DENIS A. DAVYDOV

Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

The article was submitted 26.12.25; accepted for publication 1.04.26

Keywords: eosinophilic esophagitis, atopic waltz, elimination diet, fibrogastroduodenoscopy

For citation: Merebashvili S. A., Davydov D. A. Atypical cause of acute back pain in a young female patient. New St. Petersburg Medical Records. 2026;105(1):133–134. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-133-134>.

* Corresponding author: Sofya A. Merebashvili, Pavlov University, 6–8 L'va Tolstogo St., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: sofymony@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-2419-6875>.

Введение. Целью данной работы является описание клинического случая пациентки молодого возраста с выявленным первичным антифосфолипидным синдромом (АФС) и его проявлением, ставшим причиной боли в спине и обращения за медицинской помощью.

Актуальность проблемы. Дорсалгия – широко распространенный синдром в практике врачей любых специальностей. К наиболее частым причинам дорсалгии относятся нагрузочные боли (неспецифическая скелетно-мышечная боль, беременность, синдром фасеточных суставов и др.), корешковые повреждения (дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия, стеноз позвоночного канала). К менее распространенным причинам дорсалгии можно отнести воспалительные (спондилоартриты) и инфильтративные процессы в позвоночнике (онкологические заболевания, инфекции и др.), отраженную боль при патологии брюшной полости (например, аневризме брюшного отдела аорты), грудной клетки (плеврит), органов малого таза (эктопическая беременность, простатит), также стоит помнить о психогенной причине дорсалгии. Таким образом, для правильной постановки диагноза пациентам с дорсалгией необходимо проводить тщательный сбор анамнеза, так как зачастую данные объективного осмотра не всегда помогают поставить верный диагноз.

© СС С. А. Меребашвили, Д. А. Давыдов, 2026

Описание случая. Пациентка Н., 28 лет, первично обратилась к неврологу с жалобами на остро возникшую (20 марта 2025 г.) боль в грудном отделе позвоночника, усиливающуюся на вдохе, с иррадиацией по межреберьям в левой половине грудной клетки. По результатам магнитно-резонансной томографии грудного отдела позвоночника выявлены грыжи межпозвонковых дисков размером 1–2 мм. По рекомендации невролога принимала курсами миорелаксанты, цефекоксид 400 мг в сутки в течение 10 дней с нестойким положительным эффектом. После окончания курса лечения вновь возникли постоянные высокоинтенсивные боли в грудном отделе позвоночника с иррадиацией в левую лопатку, левый плечевой сустав, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, по ходу IV–V межреберий слева, с усилением боли при вдохе, кашле, движениях корпуса. Самостоятельно сдала анализы в Лаборатории диагностики аутоиммунных заболеваний ПСПбГМУ им. И. П. Павлова: выявлено повышение титра АНФ – 1:1280, СРБ – 24,5 мг/л, СОЭ – 45 мм/ч, РФ – не обнаружен. Также был выполнен анализ крови на АЦЦП, антитела к дсДНК, иммуноблот АНА, типирование гена HLA-B27 – получены отрицательные результаты.

С подозрением на дебют спондилоартрита 17 апреля 2025 г. пациентка госпитализирована в клинику НИИ ревматологии и аллергологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. В ходе обследования выяв-

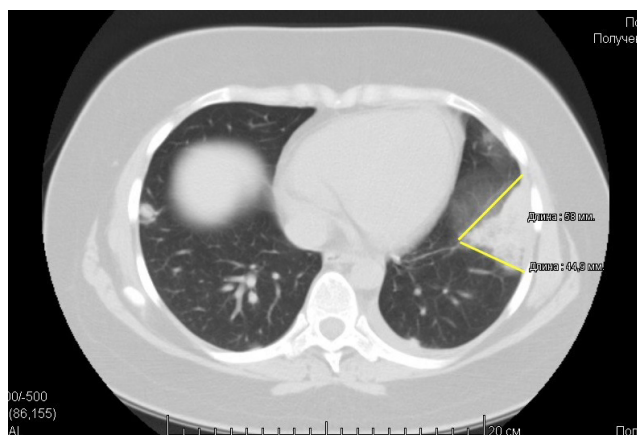


Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной клетки с контрастным усилением. Аксиальный срез на уровне инфаркт-пневмонии левого легкого

Fig. 1. Computed tomography of the chest organs with contrast enhancement. Axial section at the level of left lung infarction

лено повышение уровней СОЭ – 101 мм/ч, СРБ – 168,5 мг/л, при электрокардиографии – изменения реполяризации в «правых» отделах сердца (инверсия зубца Т в отведении III, снижение его вольтажа в отведении aVF). При активном расспросе выявлены жалобы на редкий сухой кашель и установлено, что пациентка в течение последних 5 лет принимает комбинированные оральные контрацептивы. Пациентка описывала постоянный характер боли, отмечала нарушение ночного сна в связи с болевым синдромом, невозможность спать в положении лежа на спине, оптимальное положение с минимальным болевым синдромом было лежа на правом боку. Заподозрена тромбоэмболия легочной артерии, выполнен анализ крови на Д-димер – 3900 мкг/л (норма до 500 мкг/л). Экстренно проведена КТ-ангиография легочных артерий, по результатам: КТ-картина тромбоэмболии крупных и более мелких ветвей легочной артерии слева с формированием участков инфаркт-пневмонии. Пациентка переведена в отделение интенсивной терапии, начата антикоагулянтная и антибактериальная терапия, отменен прием гормональных контрацептивов. По результатам обследования (эхокардиографии, доплерографии вен нижних конечностей, трансабдоминальной сонографии органов малого таза) данных за наличие первичного источника тромбоза не получено. Проведено исследование крови на гомоцистеин, активность протеина С, АНЦА, исследование предрасположенности к тромбофилиям (мутации Лейден, гена протромбина, SERPINC1) – по-

лучены отрицательные результаты. Выявлено повышение уровня антифосфолипидных антител (антитела к кардиолипину IgG и IgM, антитела к бета-2-гликопротеину IgGAM, антитела к протромбин-фосфатидилсериновому комплексу). Отрицательные результаты иммунологического обследования (Ат к дсДНК, иммуноблот АНА), а также отсутствие клинических проявлений позволили исключить системную красную волчанку. Пациентке установлен диагноз «вероятный первичный АФС», инициирована терапия варфарином. На фоне проводимого лечения боли в грудной клетке и грудном отделе позвоночника постепенно уменьшались до полного регресса, в последующем не рецидивировали. По результатам проведенного контроля крови через 12 недель выявлено сохранение повышенного титра антифосфолипидных антител, на основании чего был верифицирован первичный АФС.

Заключение. Данный клинический случай наглядно показывает, что порой, при наличии у пациента нехарактерных клинических проявлений, диагностика истинной причины торакалгии может вызывать большие затруднения. В описанном клиническом случае решающий вклад в своевременную постановку диагноза внес тщательный сбор анамнеза. Как известно, одним из ведущих проявлений такого редкого заболевания, как АФС, являются артериальные и венозные тромбозы различных локализаций, в том числе легочной артерии, что, в свою очередь, может стать причиной отраженной висцеральной боли. Об этом стоит помнить врачам различных специальностей при проведении дифференциальной диагностики торакалгии.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Финансовая поддержка

Авторы декларируют отсутствие финансовой поддержки.

Funding

The authors declare that he has no financial support.

Вклад авторов

Степень личного участия первого автора работы: идея и дизайн исследования – 80%, сбор материала – 80%, статистическая обработка – 80%, подготовка работы к публикации – 80%.

Author's Contribution

The degree of personal participation of the first author of the work: the idea and design of the study – 80%, collection of material – 80%, statistical processing – 80%, preparation of the work for publication – 80%.

Информация об авторах

Меребашвили Софья Андреевна, ординатор по специальности «ревматология», Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), sofymony@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-2419-6875>; **Давыдов Денис Андреевич**, кандидат медицинских наук, врач-ревматолог клиники НИИ ревматологии и аллергологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), davydov.rheum@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5524-1616>.

Information about authors

Sofia A. Merebashvili, Resident Specialist in Rheumatology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), sofymony@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-2419-6875>; **Denis A. Davydov**, Cand. of Sci. (Med.), rheumatologist of the Clinic of the Research Institute of Rheumatology and Allergy, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), davydov.rheum@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5524-1616>.