

Лисица А.А., Ягур А.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Хидченко С.В.

*Кафедра внутренних болезней, кардиологии и ревматологии с курсом повышения
квалификации и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Анкилозирующий спондилит (далее — АС) является хроническим воспалительным заболеванием, характеризующимся поздней диагностикой и значительной вариабельностью клинической картины, что приводит к инвалидизации пациентов в трудоспособном возрасте. Изучение региональных особенностей дебюта, структуры внескелетных проявлений и лабораторной активности заболевания позволяет оптимизировать раннюю диагностику. Данное исследование актуально в свете необходимости совершенствования ревматологической помощи на основе анализа реальных клинических случаев.

Цель: выявить клинико-лабораторные особенности течения анкилозирующего спондилита, частоту и структуру ошибочных диагнозов на этапе первичного обращения на основании анализа историй болезни пациентов ревматологического отделения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 31 историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом анкилозирующий спондилит, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» в 2020-2025 гг. Статистическая обработка выполнена с использованием описательных методов (среднее арифметическое, доля, стандартное отклонение). Корреляционный анализ проводился по Спирмену. Критический уровень значимости принят за $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст дебюта заболевания составил $27,4 \pm 11,2$ года (медиана 26 лет). Средняя диагностическая задержка достигла 10,4 года. У 7 пациентов (22,6%) диагноз был установлен в течение первого года от дебюта (задержка менее 1 года), однако у 10 пациентов (32,3%) задержка превысила 10 лет, а в одном случае составила 37 лет. Анализ степени активности по индексу ASDAS CRP показал, что у 11 пациентов (35,5%) отмечена очень высокая активность ($ASDAS > 3,5$), у 9 (29,0%) – высокая (2,1–3,5), у 6 (19,4%) – умеренная (1,3–2,1) и у 5 (16,1%) – низкая ($< 1,3$). периферический артрит встречался у 74,2% пациентов. Аксиальные проявления распределились следующим образом: поясничный отдел – 18 пациентов (58,1%), шейный – 10 (32,3%), грудной – 7 (22,6%), крестцовый – 2 (6,5%). Сочетанное поражение двух и более отделов позвоночника отмечено у 13 пациентов (41,9%). Внескелетные проявления зафиксированы у 12 пациентов (38,7%): рецидивирующий передний увеит – у 9 (29,0%), болезнь Крона – у 2 (6,5%), дилатация аорты – у 1 (3,2%), кератит – у 1 (3,2%), иридоциклит – у 1 (3,2%). Ошибочные диагнозы до верификации АС были выставлены 19 пациентам (61,3%). Наиболее частыми «масками» оказались: ревматоидный артрит (4 случая, 12,9%), вертеброгенная люмбоишалгия (3 случая, 9,7%), спондилоартрит хламидиоиндуцированный (3 случая, 9,7%), недифференцированный артрит (2 случая, 6,5%), реактивный артрит (1 случай, 3,2%).

Выводы. Диагностическая задержка при анкилозирующем спондилите составляет в среднем 10,4 года, что требует внедрения скрининговых программ среди пациентов с хронической болью в спине и рецидивирующим увеитом. Ошибочные диагнозы выставляются более чем у 60% пациентов, наиболее частые «маски» – ревматоидный артрит и вертеброгенная люмбоишалгия. Уровень активности по ASDAS CRP коррелирует с традиционными лабораторными маркерами (СОЭ, СРБ) и может служить надёжным инструментом мониторинга. Раннее выявление аксиального спондилоартрита возможно при активном использовании критериев воспалительной боли в спине и направлении пациентов из групп риска (передний увеит, болезнь Крона, псориаз) на магнитно-резонансная томографию или рентгенографию крестцово-подвздошных сочленений.