

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С КОСТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Зуев Н.Н., Зуева О.С., Шмаков А.П., Седлавский А.П.  
Витебский государственный медицинский университет, Витебск,  
Республика Беларусь*

**Введение:** За последнее время количество пациентов с костной патологией, имеющей атипичное течение, значительно увеличилось, возросла роль аутоиммунных процессов в патогенезе последних, что требует от врачей всех профилей пересмотра существующих подходов и принципов диагностики данной патологии [1,2].

**Цель:** Определить основные направления дифференциальной диагностики патологических процессов костей у детей и возникающие в ходе данного поиска трудности.

**Материалы и методы:** Проведен анализ клинического случая заболевания 9-летнего ребенка, который поступал с подозрением на остеомиелит правой бедренной кости в хирургическое отделение ВОДКЦ.

**Результаты и обсуждения:** Мальчик (9 лет) заболел остро (20.02.2023), когда появились осиплость голоса, кашель, слизистые выделения из носа, лихорадка до 38,5<sup>0</sup>, лечился дома. На 5 день от начала заболевания после осмотра ЛОР-врача выставлен диагноз: правосторонний отит, назначен амоксицилин, симптоматическое лечение. В динамике состояние ухудшилось – 4.03.23 вновь поднялась температура до 38,4<sup>0</sup>, появился озноб, позднее появилась лихорадка до 39-40<sup>0</sup> 6.03.23 проведена смена антибактериальной терапии на Левофлоксацин, однако температура снижалась лишь на фоне приема жаропонижающих. 9.03.23 выполнена рентгенография легких — патологии не выявлено. 11.03.23 госпитализирован в педиатрическое отделение Полоцкой ЦГБ, где был выявлен COVID-19, 13.03.23 ребенок был переведен в инфекционное отделение Новополоцкой ЦГБ. 17.03.23 после выписки из стационара появился жидкий стул, вновь лихорадка до 39,2. 18.03.23 повторно госпитализирован в инфекционное отделение. 23.03.23 (в день выписки) вновь имел место подъем температуры до 39,9<sup>0</sup>, появились боли в правой нижней конечности. 24.03.23 выполнена рентгенография правого т/бедренного сустава и правой голени: в проекции крыши вертлужной впадины, большого вертела правой бедренной кости определяются костные разрастания неправильной формы с нечетким слабо склерозированным контуром; в 1/3 правой большеберцовой кости по латеральному краю определяется овоидный очаг просветления 13\*30 мм с четким неровным склерозированным контуром. С диагнозом: Бактериальная инфекция неустановленной этиологии. Остеомиелит правой бедренной кости? Реконвалесцент COVID-19.

Направлен в хирургическое отделение ВОДКЦ г. Витебска, где находился на обследовании и лечении с 24.03.23 по 21.04.23. Получал цефотаксим, амикацин, меропенем, ванкомицин, линкомицин, аспикард, ибупрофен, свечи

диклофенак. Лихорадил до 39,6, температура нормализовалась только на фоне применения НВПС. В общем анализе крови лейкоциты колебались от  $14,8 \times 10^9/\text{л}$  до  $7,7 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ от 58 до 49 мм/ч. Прокальцитонин за весь период госпитализации не превышал уровень 0,13 нг/мл, показатель СРБ колебался от нормативных значений при поступлении до максимального значения 96 мг/л в середине лечения с последующим снижением на фоне терапии до 42 мг/л, имело место увеличение Д-димеров от 1239,3 нг/мл до 513,42 нг/мл. Профиль антинуклеарных антител на системные заболевания соединительной ткани (от 11.04.23) отрицательный. КТ (от 28.03.23) тазобедренных суставов и бедренных костей: без патологии. КТ ОГК: патологии не выявлено. КТ голени: неоссифицирующая фиброма (16×8×34мм) в/3 правой большеберцовой кости. Анализ кала, мочи, индуцированной мокроты на МБТ методом Gene Xpert от 05.04.23 отрицательный. Квантифероновый тест не выполнен из-за отсутствия реактива.

21.04.23 переведен в ГУ «РНПЦ ДХ» г. Минск с диагнозом «Первично-хронический остеомиелит. Реактивный артрит правого коленного и тазобедренных суставов. Фиброзный кортикальный дефект проксимального метафиза правой большеберцовой кости. Микроцитарная анемия легкой степени. Получал ципрофлоксацин, ванкомицин, меропенем, тейкопланин. На фоне лечения отмечено снижение СРБ с 98 до 50 мг/л, уменьшение СОЭ с 60 до 5 мм/ч. Проведено МРТ тазобедренных суставов (29.04.23) – патологии не выявлено.

В связи с контактом по ветряной оспе переведен в УЗ «ГДИКБ», где находился в период с 11.05.23 по 01.06.23, проведена терапия меропенемом и тейкопланином. Взята иммунограмма (12.05.23) – патологии не выявлено. На КТ от 18.05.23 в правой б/берцовой кости эксцентрически, интракортикально определяется неправильной формы остеолитический участок, выполненный гетерогенным ближе к мягкотканой плотности содержимом с аморфной оссификацией за счет лизиса наружной кортикальной пластинки на данном уровне, размерами 6,5×16×34 мм. Периостальная реакция и патологический параоссальный компонент не отмечены. Выполнена КМП (24.05.23) – данных за острый лейкоз нет, маркеры системных заболеваний соединительной ткани от 24.05.23: ANA-8s и MPO – Nonreactive, dsDNA IgM - 23,2, dsDNA IgG – 23,7. Во время госпитализации в ГУ «РНПЦ ДХ» (01.06-17.06.23) получал клиндамицин, линезолид, левофлоксацин, проведена биопсия патологического очага: среди костных балок, участков костной ткани, содержащих активный костный мозг, разрастание веретеновидных клеток в виде мауровых (переплетающих) структур, небольшими скоплениями и разрозненными гигантскими многоядерными клетками типа остеокластов. Морфологические изменения соответствуют фиброзу кортикальному дефекту/неоссифицирующей фиброме. 17.06.23- 28.06.23 лечился в УЗ «ГДИКБ» с диагнозом «Первично-хронический остеомиелит метафиза правой большеберцовой кости. Ветряная оспа, типичная, средне-тяжелая форма.

Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения вторичная средней степени тяжести. Получал линезолид, левофлоксацин, ацикловир.

С 28.06.23 – 06.07.23 госпитализация в УЗ «ВОДКЦ», диагноз: «Аутовоспалительный синдром? Хронический мультифокальный остеомиелит. Неоссифицирующая форма правой большеберцовой кости. Анемия смешанного генеза средней степени тяжести», получал ибупрофен. 11.07.23 консультирован в ГУ «РНПЦ ДОГИ». Диагноз: «Неоссифицирующая фиброма проксимального метадиафиза правой большеберцовой кости. Убедительных данных за онкопатологию не получено. СЗСТ? Анемия легкой степени смешанного генеза. Учитывая анамнез, клинику, результаты обследования в динамике нельзя исключить диагноз аутовоспалительного синдрома. Синдром Маджид?» Лабораторно на протяжении всего периода заболевания наблюдалась повышение воспалительных маркеров (СОЭ до 86 мм/ч, СРБ до 150 мг/л, ферритина до 348 мкг/л), цитокиновый профиль: ИЛ – 2R 4038 Е/мл (норма до 710 Е/мл), ИЛ-6 -17,2 мг/мл (норма до 5,9 пг/мл). 11.07.23 - 18.07.23 находился на стацлечении в 4-м педиатрическом отделении УЗ «4-я ГДКБ». При УЗИ ОБП была обнаружена умеренное увеличение печени. Очаговое образование в проекции VI сегмента правой доли печени – абсцесс? Кальпротектин повышен – 98.68 мкг/г (реф.значения 0-50мкг/г). Кровь на гепатиты В, С от 14.07.2023: anti- HCV- отриц., HbsAg – отриц.

С диагнозом формирующийся абсцесс печени пациент был переведен в ГУ «РНПЦ ДХ». 27.07.23 проведена пункция инфильтрата печени под УЗ-контролем. Получена до 1,0 мл пунктата, при исследовании последнего флора не обнаружена, при цитологии на фоне эритроцитов единичные нейтрофилы и лимфоциты, методом GeneXpert обнаружены следы ДНК МТБ. 02.08.23 консультирован в ГУ «РНПЦ ПиФ»: квантифероновый тест – отрицательный. После отмены антибактериальной терапии (03.08.23) вновь имел место подъем температуры до 39<sup>0</sup>С. 07.08.23 консультирован зам. директора ГУ «РНПЦ ПиФ»: данных за специфический процесс в печени и в правой большеберцовой кости нет. В итоге по результатам всех обследований выставлен диагноз: Системное заболевание соединительной ткани недифференцированное, активность 2-3 степени. Гепатомегалия. Анемия легкой степени смешанного генеза. Неспецифический инфильтрат печени (состояние после пункционной биопсии). Неоссифицирующая фиброма проксимального метафиза правой большеберцовой кости. Избыток массы тела с ИМТ 19,5 кг/м<sup>2</sup>. Назначен метилпреднизолон курсом на 3-4 недели.

**Выводы:** Таким образом, учитывая наметившиеся изменения этиопатогенеза костной патологии в детском возрасте при проведении дифференциальной диагностики последней с другими заболеваниями костно-суставного аппарата и ассоциированными с ними состояниями от врачей любого профиля требуется более тщательный сбор анамнеза и предъявляемых пациентом жалоб, сопоставление их с клинической картиной заболевания, данными лабораторно-инструментальных методов диагностики, а также привлечение смежных специалистов для постановки правильного диагноза.