ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У РЕБЕНКА

Тихоновский П.А., Похвощева П.Ю., Башарина Т.С.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Научный руководитель: Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент, Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ

Актуальность. Патологические переломы (ПП) возникают на фоне измененной структуры костной ткани при воздействии незначительной травмирующей силы. Причины ПП многообразны: опухолевые поражения, нарушения обмена веществ (минерального обмена), инфекции (остеомиелит, туберкулез, сифилис), несовершенный остеогенез, эндокринные нарушения и др. По данным литературы, у детей ПП встречаются редко и чаще являются следствием доброкачественных новообразований костей (аневризмальные кисты, энхондрома, эозинофильная гранулема, неоссифицирующая фиброма и др.), но, несмотря на это, необходимо проводить дифференциальную диагностику и с другими заболеваниями.

Цель. Демонстрация пациента с трудным дифференциально-диагностическим поиском причины ПП.

Клинический случай. Мальчик О., 4 года, рост — 110 см, масса тела — 15 кг. С февраля 2021 г. — неоднократные патологические переломы верхних и нижних конечностей. Обследован в НИИ педиатрии генетиком и эндокринологом — нарушения минерального обмена. В июне 2021 г. поступил в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу с жалобами на боль в области правого голеностопного сустава (ГС), лихорадку до фебрильных цифр. При осмотре правый ГС отечен, умеренная гиперемия по латеральной поверхности, движения в суставе и осевая нагрузка болезненны. Переведен в хирургический стационар для исключения остеомиелита. На МРТ правого ГС: в дистальном метадиафизе очаг патологического МР-сигнала 8 × 6 × 8 мм с четкими контурами (вероятно, фиброзный кортикаль-

ный дефект), данных за травматические, воспалительно-деструктивные изменения не получено. Лабораторно: нормохромная, нормоцитарная анемия средней степени, тромбоцитопения, лейкопения, относительный и абсолютный лимфоцитоз, гранулоцитопения, СОЭ — 87 мм/ч. Учитывая панцитопению, проведена пункция костного мозга. Выявлено 80,4% бластных клеток. Ребенок переведен в отделение онкогематологии. Назначена трансфузия эритроцитарной взвеси 20 мл/кг, цефтриаксон 1,5 г/сут, дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами. По данным цитологического, цитохимического исследования, а также данным иммунофенотипирования установлен В-II иммунологический вариант острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ). Для индукции терапии (согласно протоколу ОЛЛ-МБ-2015, группа В) интратекально введено: метотрексат 12 мг, цитарабин 50 мг, дексаметазон 2 мг; винкристин 1 мг в/в струйно, даунорубин 30 мг в/в капельно. На 5-е сут введена пэгаспаргаза 1000 Ед/м². При контроле на 8-е сут терапию переносит хорошо.

Обсуждение. Дополнительно ребенок консультирован ревматологом — данных за дебют ювенильного идиопатического артрита не получено, сдана панель на несовершенный остеогенез, исключен активный туберкулезный процесс.

Заключение. Несмотря на многообразие причин ПП, важна повышенная настороженность в отношении злокачественных новообразований, поскольку они требуют скорейшего лечения во избежание инфекционных, геморрагических осложнений вплоть до летального исхода.