

# Клиническая задача для самоконтроля

## Пациент 27 лет с болями в области поясницы и бедра и повышением температуры тела

Л.И. Дворецкий

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия  
dvoretski@mail.ru

### Clinical case for self-monitoring

### Patient aged 27 with lower back and hip pain, high body temperature

Leonid I. Dvoretzky

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia  
dvoretski@mail.ru

27-летний больной доставлен в клинику с болями в области поясницы и бедра, ограничивающие двигательную активность, повышение температуры до 39 °С с ознобами, слабость.

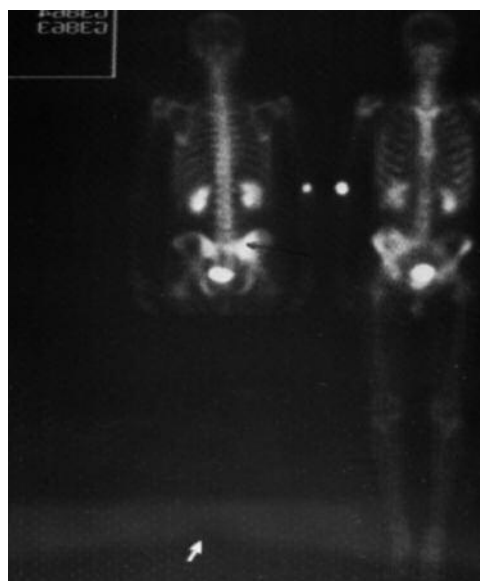
Считает себя больным в течение двух недель, когда повысилась температура до 38–39 °С. Лечился ампициллином без эффекта. Спустя неделю стал отмечать боли в области крестца при движении. Диагностирован радикулит. Назначены анальгетики, физиотерапевтическое лечение. Состояние не улучшалось. Оставалась лихорадка, усилились боли, в связи с чем был госпитализирован. В прошлом ничем не болел. За несколько месяцев до заболевания упал с велосипеда без видимых повреждений и ближайших последствий.

Объективно: состояние тяжелое. Положение в постели вынужденное из-за болей в крестце. Пассивные и активные движения нижних конечностей ограничены также из-за болей. Болезненность мышц при пальпации отсутствует. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, без хрипов. Частота сердечных сокращений – 92/мин. Тоны сердца ритмичные. Со стороны других органов без изменений. При неврологическом осмотре патологии не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты –  $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $10 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 70%, лимфоциты – 12%, моноциты – 8%, тромбоциты –  $350 \times 10^9$ /л, СОЭ – 40 мм/ч.

При рентгенологическом исследовании позвоночника и таза костных повреждений не выявлено. Проведено сканирование костей с  $^{99}\text{Tc}$  (см. рисунок).

Сканирование скелета с  $^{99}\text{Tc}$ .  
 $\text{Tc}^{99}$  bone scintigraphy.



#### Какое утверждение наиболее правильно?

- А. Нагноившаяся гематома мышц бедра.
  - Б. Остеомиелит костей таза.
  - В. Миеломная болезнь.
  - Г. Туберкулезный спондилит.
  - Д. Анкилозирующий спондилит.
- Верный ответ на стр. 86.

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Дворецкий Леонид Иванович** – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

**Leonid I. Dvoretzky** – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Статья поступила в редакцию / The article received: 26.04.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 20.05.2021

## Ответ на клиническую задачу «Пациент 27 лет с болями в области поясницы и бедра и повышением температуры тела»

---

### Correct answer on clinical case "Patient aged 27 with lower back and hip pain, high body temperature"

**Верный ответ:** Б – Остеомиелит костей таза.

С учетом показателей температуры тела (38–39 °С), длительности лихорадки (более 2 нед) и неясности диагноза после проведения рутинных методов исследования данную клиническую ситуацию можно трактовать как лихорадку неясного генеза (ЛНГ). Диагностический поиск у больных ЛНГ требует выделения дополнительного признака (признаков), позволяющего сузить круг поиска и высказать конкретную диагностическую гипотезу (гипотезы). У данного пациента такой признак может быть клиническим (выраженный болевой синдром в области нижнего отдела позвоночника и таза), лабораторный (нормохромная анемия), анамнестический (падение с велосипеда, с травматическим ушибом, по меньшей мере). Болевой синдром наиболее вероятно обусловлен костно-суставной патологией. Предположение о туберкулезном и анкилозирующем спондилите маловероятно (острое начало, высокая лихорадка, отсутствие неврологической симптоматики). Принимая во внимание указание на ушиб (падение с велосипеда), можно предполагать вероятность остеомиелита с локализацией в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Анемия является неспецифическим признаком, и в данном случае связана, скорее всего, не с поражением костного мозга при миеломной болезни (нормальные показатели других ростков), а с наличием активного воспалительного процесса (анемия хронических заболеваний), в том числе при остеомиелите. При обычном рентгенологическом исследовании не всегда удается выявить очаги костной деструкции. В связи с этим проведено сканирование костей, при котором выявлено повышенное накопление изотопа в подвздошной кости. Таким образом, результаты сканирования скелета в сочетании с клинической картиной заболевания позволяют с наибольшей вероятностью предполагать наличие остеомиелита тазовых костей (преимущественно подвздошной кости). Диагноз был подтвержден при морфологическом исследовании трепаната, полученного с помощью трепанобиопсии подвздошной кости.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.