

Болбас А. Е.

МАНИФЕСТАЦИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ, ДИАГНОЗЫ-«МАСКИ»

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Шенец С. Г.

2-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. По данным литературы, онкологическая заболеваемость детей и подростков в РБ в настоящее время медленно растет со среднегодовым темпом прироста 1,52–2,35% в год (О.В. Алейникова, А.А. Зборовская, 2015). Сроки диагностики острых лейкозов, их варианты, назначение адекватной терапии, а также возраст ребенка, в значительной степени определяют прогноз заболевания. С внедрением современных схем лечения, пятилетняя выживаемость пациентов с данной патологией за последние 20 лет достигла более чем 70%, что не является пределом. Вопросы ранней диагностики онкогематологических заболеваний сложны ввиду того, что первичные симптомы данных заболеваний скрываются под «масками» других заболеваний. Исходя из этого изучение начального периода заболевания приобретает важное практическое значение.

Цель: изучить особенности клинического течения острого лейкоза у детей в период манифестации заболевания с выявлением основных диагнозов-«масок».

Материалы и методы. Нами проведен анализ клиничко-anamnestических данных и лабораторных исследований у 20 детей в возрасте от 0 до 14 лет, находившихся на обследовании и лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска за период с 2008 по 2017 год, которым впервые был выставлен диагноз «острый лейкоз». Для статистической обработки данных были использованы программы STATISTICA 10 и Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных детей составил $5,22 \pm 3,5$ года. Пик заболеваемости пришелся на возраст от 2-х до 4-х лет. Распределение по полу: мальчиков – 11 (55%), девочек – 9 (45%). Острый лимфобластный лейкоз был диагностирован у 18 детей (90%), из них В-клеточный тип у 78%, пре-В-тип у 17%, Т-клеточный тип у 5%. На долю острого миелобластного лейкоза пришлось 2 случая (10%). В клинической картине наблюдались: повышение температуры – у 18 пациентов (90%), выраженная слабость – у 15 (75%), болевой синдром – у 9 (45%), в том числе оссалгии – у 35%, гепатоспленомегалия – у 9 пациентов (45%), изолированная гепатомегалия – у 5 (25%), катаральные явления наблюдались у 6 пациентов (30%), лимфаденопатия – у 6 (30%), диарея – у 6 (30%), петехиальная сыпь у 3 пациентов (15%). Анализ лабораторных данных выявил: анемию у 80%, относительную нейтропению у 75%, относительный лимфоцитоз у 75%, тромбоцитопению у 55%, лейкоцитоз у 30% детей, лейкопению у 20%, увеличение СОЭ у 84%. У 60% обследованных детей в периферической крови были выявлены бластные клетки в количестве $28,6\% \pm 10,8$. У 40% детей бластные клетки в гемограмме отсутствовали, что свидетельствует о ранней диагностике и безусловно улучшает прогноз. Биохимическое исследование крови выявило повышение содержания ЛДГ (у 80%), ЩФ (у 80%), АсАТ (у 45%), АлАТ (у 20%). Перечень диагнозов-«масок» включает: острые респираторные заболевания (у 75%), пневмонию (15%), артрит (15%), острые кишечные инфекции (15%), инфекционный мононуклеоз (10%), инфекцию мочевой системы (10%), ангину (5%), гепатит (5%), гастрит (5%). В среднем время до установления окончательного диагноза с момента поступления в стационар составило $5,8 \pm 1,17$ дней.

Выводы. Острые лейкозы у детей не имеют патогномичной клинической симптоматики и характеризуются полиморфизмом неспецифических симптомов. Манифестация острых лейкозов у детей чаще всего протекает под «масками»: ОРИ, пневмонии, артрита, ОКИ, инфекционного мононуклеоза, ИМС, реже – ангины, гепатита, гастрита. При наличии у ребенка нарастающей клинической симптоматики в сочетании с лабораторными изменениями, а также при отсутствии эффекта от проводимой терапии, практикующему врачу следует немедленно направить ребенка в специализированное онкогематологическое отделение.