

---

С. Г. Шенец, В. А Кувшинников, А. Г. Болбас  
г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский университет»

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ, ДИАГНОЗЫ – «МАСКИ»**

Онкологическая заболеваемость детей и подростков в РБ в настоящее время растет со среднегодовым темпом прироста 1,52 – 2,35% в год. В структуре детской онкопатологии острые лимфобластные лейкозы (ОЛЛ) занимают лидирующую позицию. Вопросы ранней диагностики острых лейкозов (ОЛ) сложна ввиду того, что первичные клинические симптомы скрываются под «масками» других заболеваний, в том числе инфекционных. Исходя из этого, изучение начального периода ОЛ, а также формирование онкологической настороженности приобретает важное практическое значение для врачей педиатров.

**Цель исследования.** Изучить особенности клинико-лабораторных синдромов ОЛ у детей в период манифестации заболевания с выявлением диагнозов – «масок».

**Материал и методы.** Проведен анализ клинико-анамнестических и лабораторных данных у 20 детей в возрасте от 0 до 15 лет, находившихся на лечении в городской детской инфекционной клинической больнице г. Минска в период с 2008 по 20017 год, которым впервые был выставлен диагноз «ОЛ».

**Результаты.** Средний возраст обследованных детей составил  $5,2 \pm 3,5$  года. Пик заболеваемости пришелся на возраст 2-4 года. Распределение по полу: мальчики – 11 (55%), девочки – 9 (45%). ОЛЛ был диагностирован у 18 пациентов (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 начального периода заболевания наблюдались синдромы: гипертермический – у 18 детей (90%), анемический – у 16 (80%), астенический (выраженная слабость) – у 15 (75%), гепатолиенальный – у 14 (75%), болевой (в виде оссалгий) – у 9 (45%), лимфопролиферативный – у 6 (30%); катаральный – у 6 (30%), диспептический – у 6 (30%), геморрагический – у 3 (15%).

Были выявлены патологические изменения в гемограмме у обследованных детей: ускоренное СОЭ (скорость оседания эритроцитов) – у 84%, анемия – у 80%, нейтропения – у 75%, лимфоцитоз – у 75%, лейкоцитоз – у 70%, тромбоцитопения – у 55%, лейкопения – у 20%. У 60% детей в периферической крови были выявлены бластные клетки ( $28,6\% \pm 10,8\%$ ), что позволяло сразу установить диагноз и перевести ребенка в профильный стационар. У 40% пациентов бластные формы в гемограмме отсутствовали, что свидетельствует о ранней диагностике заболевания.

В биохимическом исследовании крови обследованных детей была выявлена ферментемия. Высокий уровень ЛДГ и ЩФ был установлен у 80% пациентов, АсАТ – у 45%, АлАТ – у 20%.

В результате исследования были также установлены диагнозы – «маски» ОЛ у детей: ОРВИ (у 75%), пневмония (у 15%), артрит (у 15%), ОКИ (у 15%), инфекционный мононуклеоз (у 10%), инфекция мочевой системы (у 10%), ангина (у 5%), гепатит (у 5%), гастрит (у 5%).

Длительность диагностического периода в инфекционном стационаре составила  $5,8 \pm 1,17$  дней.

#### **Выводы.**

1. ОЛ у детей характеризуется полиморфизмом неспецифических симптомов. Манифестация ОЛ чаще всего протекает под масками других заболеваний: ОРВИ, пневмонии, артрита, ОКИ, инфекционного мононуклеоза, инфекции мочевой системы.

2. Важное практическое значение в ранней диагностике ОЛ приобретает выявление ведущих клинических синдромов, гематологических сдвигов в периферической крови, а также ферментемии в биохимическом исследовании крови.

3. Во всех сомнительных случаях ребенку необходимо проводить пункцию костного мозга и консультировать у онкогематолога.