

Е. Н. Сергиенко¹, О. Н. Романова¹, Т. А. Артемчик¹,
Ж. С. Сергей², А. М. Кашкан², О. В. Карась³

ЛЕЙКОЗ У РЕБЕНКА ПОД МАСКОЙ МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНОГО СИНДРОМА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница»²,
Республиканский научно-практический центр
детской онкологии, гематологии и иммунологии³

Мононуклеозоподобный синдром (МНПС) представляет особый интерес в первую очередь для врачей общей практики и инфекционистов. Мононуклеозоподобный синдром у детей является одной из наиболее часто встречающихся патологий в повседневной практике. Поэтому можем ли мы считать МНПС достаточно изученной патологией? Как ни странно, МНПС является частой причиной неправильной диагностики, что заключается либо в лабораторной диагностике заболеваний, сопровождающихся этим синдромом, либо в его дифференциальной диагностике. Для врачей важным является ранняя диагностика заболеваний, сопровождающихся МНПС, а также дифференциальная диагностика с другими инфекционными и неинфекционными причинами, поскольку все это приводит к раннему выявлению потенциально опасных для жизни патологий у детей, а также своевременному и эффективно их лечению.

Ключевые слова: мононуклеозоподобный синдром, дети.

**E. N. Serhiyenko, O. N. Romanova, T. A. Artemchik,
J. S. Sergey, A. M. Kashkan, O. V. Karas**

LEUKEMIA IN CHILD UNDER THE MASK OF THE MONONUCLEOSIS-ASSOCIATED SYNDROME

Mononucleosis-like syndrome is of particular interest primarily for general practitioners and infectious disease specialists. Mononucleosis-like syndrome in children is one of the most common pathologies in everyday practice. So can we consider mononucleosis-like syndrome in children as a sufficiently studied pathology? Oddly enough, mononucleosis-like syndrome is a frequent cause of incorrect diagnosis, which consists either in the laboratory diagnosis of diseases accompanied by a mononucleosis-like syndrome, or in its differential diagnosis. It is important for doctor's early and timely diagnosis of diseases accompanied by a mononucleosis-like syndrome, as well as differential diagnosis with other infectious and non-infectious causes, as all this leads to effective treatment and early detection of potentially life-threatening pathologies in children.

Key words: mononucleosis like syndromes, children.

В своей работе врач-педиатр нередко сталкивается с наличием у пациента мононуклеозоподобного синдрома, что требует проведения дифференциального диагноза с рядом инфекционных и неинфекционных заболеваний [1].

✓ МНПС – это синдромокомплекс, который проявляется сочетанием ряда симптомов:

- ✓ пролонгированная лихорадка,
- ✓ поражение носоглотки в виде аденоидита, тонзиллита или фарингита,
- ✓ лимфаденопатия более двух групп лимфоузлов,
- ✓ гепатоспленомегалия,
- ✓ изменения показателей периферической крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз до 10–15 %, атипичные мононуклеары более 10 %).

Практически всегда МНПС включается в раздел дифференциальной диагностики болезней с длительной лихорадкой и/или лимфаденопатией. По данным зарубежных исследователей около 90 % МНПС ассоциировано с 5 возбудителями: Эпштейна–Барр вирусом, цитомегаловирусом, вирусом герпеса человека 6 типа, ВИЧ и токсоплазмой [1]. По определению ВОЗ, сегодня мы переживаем пандемию герпесвирусных инфекций: инфицированность населения различными вирусами семейства Herpesviridae достигает 70–90 %. В связи с этим симптомокомплекс, получивший название мононуклеоза, или мононуклеозоподобного синдрома, является ключевым в характеристике всей группы герпетических инфекций [2, 3]. Вместе с тем в настоящее время остается много вопросов в отношении эти-

ологической структуры МНПС у детей. Определенное, хотя и сравнительно небольшое место в спектре причин синдрома занимают и другие заболевания: аденовирусная инфекция, хламидиоз, микоплазмоз, лимфогранулематоз, острый лимфобластный лейкоз, бруцеллез, псевдотуберкулез, листериоз (ангинозно-септическая форма), туляремия (ангинозно-бубонная форма) [4, 7].

Высокая частота встречаемости, многообразие клинических форм, трудности при проведении дифференциальной диагностики, а также отсутствие порой эффективных способов лечения заболеваний, сопровождающихся МНПС, определяют актуальность данной проблемы для современной педиатрии и диктуют необходимость всестороннего изучения [9].

В статье мы приводим пример заболевания, которое нередко дебютирует с МНПС, что затрудняет диагностику на ранних этапах развития патологического процесса.

Ребенок О., 8 лет 21.08. поступил в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» с **жалобами** на увеличение подчелюстных, заднешейных лимфоузлов (больше слева), миндалин слева, кожный зуд в области живота при отсутствии сыпи. Из **анамнеза** установлено, что увеличение лимфоузлов шеи заметили около 2,5 недель назад, с 18.08. отмечалось значительное увеличение лимфоузлов и миндалин слева. Температура за время болезни не повышалась. На догоспитальном этапе ребенок получил аугментин в течение 5 дней. При этом положительной динамики не наблюдалось. Ребенок направлен на госпитализацию участковым педиатром с диагнозом «ОРИ. Лимфаденопатия. Мононуклеоз?».

Объективно при поступлении состояние средней тяжести, не температурит. Вес 26 кг. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Слизистая полости рта розовая, левая миндалина рыхлая, гипертрофирована до III ст. (рис. 1), бело-серые налеты в лакунах.

Пальпируются подчелюстные, заднешейные лимфатические узлы (справа в диаметре до 1,5 см, слева размеры 2×5 см), подмышечные, надключичные, паховые (в диаметре до 1–1,5 см), эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями (рис. 2, 3).

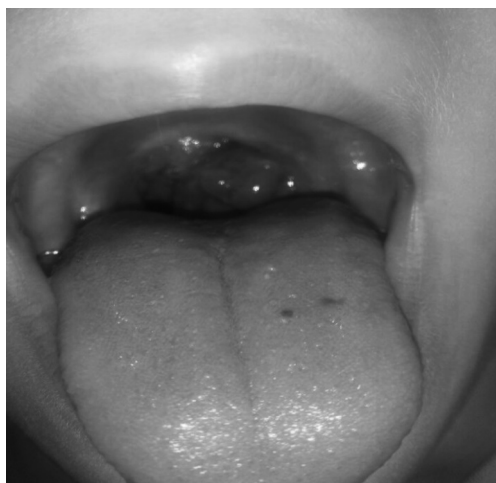


Рис. 1. Патологически измененная миндалина



Рис. 2. Увеличенные подчелюстные лимфоузлы слева у пациента



Рис. 3. Увеличенные заднешейные лимфоузлы слева у пациента

Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем без особенностей. Печень выходит из-под края реберной дуги на 4 см, край эластичный, безболезненный. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. Менингеальные симптомы отрицательные, очаговых симптомов нет.

Ребенку выставлен **предварительный диагноз** «Инфекционный мононуклеоз» и согласно клиническим протоколам назначено соответствующее обследование.

В **общем анализе** крови выявлены лейкопения ($3,76 \times 10^9/\text{л}$) и эозинофилия (28 %), атипичные мононуклеары не обнаружены; в биохимическом анализе крови патологических изменений не выявлено.

При **бактериологическом исследовании** мазка из зева на флору выявлена нормальная микрофлора, кровь на ЦМВ – отр., ВЭБ – IgM отр., IgG полож.

При проведении **УЗИ органов брюшной полости** выявлены гепатоспленомегалия, диффузные изменения в паренхиме печени и лимфоузлы в области ворот

печени, панкреатодуоденальной зоны и селезенки. **УЗИ лимфатических узлов** шеи показало признаки 2-х стороннего шейного лимфаденита без признаков нагноения.

Таким образом, у пациента имелись клинические признаки МНПС (генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, тонзиллит), но при этом наличие других симптомов (зуд кожных покровов при отсутствии каких-либо высыпаний, эозинофилия), а также отрицательные результаты обследования на основные этиологические агенты инфекционного мононуклеоза, требовали проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями. Кроме того у пациента отмечалась преимущественно левостороннее поражение миндалин, лимфатических узлов и отсутствовала температурная реакция на патологический процесс, что по заключению консилиума с привлечением сотрудников кафедры указывало на необходимость исключения лимфопролиферативного заболевания.

Пациенту была проведена **компьютерная томография грудной клетки** (Заключение: КТ-признаки выраженной лимфаденопатии видимых групп лимфатических узлов. КТ-данные не позволяют исключить лимфопролиферативное заболевание) и ребенок был направлен на консультацию детского онколога в РНПЦ ДОГИ, где с предварительным диагнозом «Лимфома? с поражением лимфоузлов затылочных, шейных, подмышечных, средостения, паховых» был госпитализирован для дообследования и лечения. После комплексного обследования выставлен **клинический диагноз** «Острый лимфобластный лейкоз» и начата терапия.

Приведенный клинический случай показывает, с какими трудностями сталкивается врач-педиатр в своей практике и подчеркивает, что знание патомеханизмов возникновения тех или иных патологических состояний позволяет проводить дифференциально-диагностический поиск. В нашем примере МНПС явился, по сути, гиперпластическим синдромом, который характерен для острых лейкозов на ранних этапах развития [5].

Лейкоз – это опухоль, возникшая из клеток кроветворной системы с первичным обязательным поражением костного мозга. По литературным данным лейкозы составляют 20–35 % от всех злокачественных заболеваний в детском возрасте, в Республике Беларусь этот показатель около 24 % [6].

Современная классификация в детском возрасте делит лейкозы на острые, которые преобладают и составляют 97 %, и хронические лейкозы. Острый лейкоз представляет собой клональное заболевание гематопозитической системы, возникающее вследствие мутаций в отдельной клетке, потомство которой имеет аналогичные повреждения. Считается, что острые лейкозы возникают вследствие соматической мутации или нескольких мутаций в одной стволовой кроветворной клетке или одной из ранних клеток – предшественников в костном мозге. Принадлежность бластных клеток к той или иной линии кроветворения и степень их дифференцировки определяют клиническое течение

острого лейкоза, терапию, эффективность и прогноз заболевания. Распространенность острых лейкозов среди детей в Европе составляет в среднем 44,8 на 1 млн, в Республике Беларусь – 3,9 на 1 млн детского населения [6].

Таким образом, острый лейкоз представляет собой системное злокачественное заболевание кроветворной ткани, морфологическим субстратом которого выступают незрелые бластные клетки, которые поражают костный мозг, вытесняя нормальные клеточные элементы и распространяясь не только по органам кроветворения, но и в другие органы и системы, в том числе лимфатические узлы, селезенку, печень, а также ЦНС. Иными словами, пораженный костный мозг вырабатывает клетки (бласты), которые стремительно размножаются, не созревают и не подчиняются регулирующим системам организма. Бластов в костном мозге накапливается большое количество, затем они выходят из костного мозга в кровеносное русло и распространяются по всему организму, накапливаясь в органах и системах, тем самым нарушая их функции. Разнообразие симптомов и отсутствие специфических проявлений затрудняет диагностику заболевания, а тот факт, что имеет место полиорганность поражения, позволяет лейкомии маскироваться под различные заболевания [5].

Можно выделить несколько синдромов характерных для острого лейкоза:

- ✓ интоксикационный (лихорадка, болевой синдром, вялость, потливость);
- ✓ гиперпластический (инфильтрация органов и тканей опухолевыми клетками);
- ✓ синдром угнетения нормального кровообращения (анемия различной степени тяжести, нейтропения, тромбоцитопения);
- ✓ геморрагический (кровотечения, кровоизлияния, кровотечения);
- ✓ синдромы, связанные с поражением органов и систем (поражение костно-суставной системы, ЦНС, мочеполовой системы, кожи и др.);
- ✓ иммунодефицитный (проявляется развитием инфекционных заболеваний на фоне нейтропении).

Гиперпластический синдром (лимфопролиферативный) характеризуется: лимфаденопатией (у 50 % детей) – умеренное и безболезненное увеличение лимфатических узлов; увеличением миндалин, спленомегалией (у 70 % детей); гепатомегалией (у 83 % детей) – то есть проявляется мононуклеозоподобным синдромом [8].

Таким образом, в приведенном клиническом примере у пациента с мононуклеозоподобным синдромом имел место гиперпластический синдром острого лейкоза.

Подводя итог, следует отметить, что острый лейкоз у детей серьезное, опасное и коварное заболевание, которое может скрываться под различными масками. Симптомы лейкоза неспецифичны и поэтому с дебютом острого лейкоза может встретиться не только педиатр, но и врач любой узкой специальности. Наличие онконастороженности у врачей любой специальности – залог своевременной постановки диагноза и начала терапии.

Литература

1. Карпухина, О. А. Клиническая характеристика и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с моноклеозоподобным синдромом у детей: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / О. А. Карпухина. – Волгоград, 2013. – 25 с.
2. Клинические особенности инфекционного моноклеоза в зависимости от возраста и этиологии заболевания / И. П. Баранова [и др.] // Детские инфекции. – 2010. – № 4. – С. 25–28.
3. Математическая модель проведения дифференциальной диагностики заболеваний, протекающих с моноклеозоподобным синдромом у детей / Л. В. Крамарь [и др.] // Вестник ВолгГМУ. – 2014. – № 2 (50). – С. 45–48.
4. Моноклеозоподобный синдром у детей / Г. Р. Фаткуллина [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – № 5 (61). – С. 132–135.
5. Одинец, Ю. В. Дебютные маски острых лейкозов / Ю. В. Одинец // Здоровье ребенка. – 2008. – № 3. – С. 37–41.
6. Острые лейкозы у детей и подростков: алгоритмы диагностики, клиника, полихотерапия: учеб.-метод. пособие / Н. В. Мигаль [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2014. – 51 с.
7. Этиологическая структура и клинико-лабораторная характеристика моноклеозоподобного синдрома у детей / Л. В. Крамарь [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7(1). – С. 92–95.
8. A case report on acute lymphoblastic leukemia in a 10 days old neonate / Prahlad Neupane [et al.] // American Journal of Medical Case Reports. – 2015. – № 3 (4). – P. 95–97.
9. Correlation between clinical and laboratory data's of infectious mononucleosis – like syndrome / Esmeralda Meta [et al.] // International Journal of Science and Research. – 2015. – № 4 (9). – P. 1499–1501.

Поступила 17.11.2017 г.