**Рудь В. П.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Кафедра педиатрии №2 ХНМУ**

**Научный руководитель: к.м.н., асс. Афанасьева О. А.**

Острый лейкоз является наиболее распространённым злокачественным новообразованием в детском возрасте, на его долю приходится около 40% всех опухолей у детей до 18 лет. Применение современных программ терапии позволяет добиться пятилетней бессобытийной выживаемости более чем у 70% детей с острым лимфобластным лейкозом и у 40-45% с острым миелобластным лейкозом. Поэтому одной из главных задач в настоящее время является своевременная диагностика данного заболевания.

Нами обследовано 26 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, которые находились на лечении в гематологическом отделении Харьковской городской детской клинической больницы №16 с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (76,9% пациентов) и острый миелобластный лейкоз (23,1%). Среди них мальчиков было несколько больше, чем девочек (57,7% и 42,3% соответственно). Выявлено, что в среднем от момента появления первых симптомов заболевания у этих детей до постановки диагноза проходило от 2-х недель до 1,5 месяцев, однако почти у трети пациентов диагноз поставлен в течение 4-6-и месяцев, а у 11,5% детей лейкоз не был диагностирован в течение 1 года.

Начальные симптомы у большинства обследованных детей не были специфичными. При поступлении чаще всего дети жаловались на общую слабость (76,9%), снижение или отсутствие аппетита (61,5%), выраженную бледность кожных покровов (61,5%), а также имели место увеличение лимфатических узлов, печени, селезёнки (84,6%), повышение температуры тела до высоких цифр с клинической симптоматикой острой инфекции (57,7%), боли в костях и суставах (30,8%), геморрагическая сыпь (53,8%), снижение массы тела (15,4%). Эти дети поступали в гематологическое отделение с диагнозами анемия неясного генеза, лимфоаденопатия, геморрагический васкулит, своевременно попадая под наблюдение гематолога. Начало заболевания под маской ОРВИ затрудняло раннюю диагностику лейкоза. Также отмечались случаи, когда заболевание дебютировало с болей в животе. Такие дети направлялись в хирургический стационар с диагнозом «острый живот» (аппендицит, инвагинации, кишечная непроходимость), что приводило к позднему началу лечения и значительно влияло на прогноз заболевания.

При лабораторном исследовании в крови у 92,3% детей отмечалось снижение уровня гемоглобина, при этом у 34,6% детей выявлена анемия тяжёлой степени, у 30,8% – средней и у 26,9% – лёгкой степени тяжести. Нормальный уровень лейкоцитов отмечался менее чем у трети пациентов (23,1%), лейкопения – у 34,6% детей, лейкоцитоз – у 42,3%, при этом у 15,4% детей отмечался гиперлейкоцитоз более 100х109/л. Лишь у 11,5% пациентов выявлен нормальный уровень тромбоцитов, при этом у 38,5% их количество снижалось менее 30х109/л, обуславливая выраженные проявления геморрагического синдрома. Бластные клетки в периферической крови обнаружены у 84,6% детей, ускоренная СОЭ – у 76,9% больных.

Таким образом, для диагностики острых лейкозов у детей важным является тщательно собранный анамнез и внимательный анализ совокупности клинических симптомов. Если у ребёнка имеют место симптомы интоксикации, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость, слабость без видимой причины, потеря массы тела, боли в костях, необходимым является проведение клинического анализа крови, а также наблюдение за показателями крови в динамике, когда лечение какого-либо заболевания не приносит должного терапевтического эффекта. Педиатры и врачи общей практики должны иметь настороженность относительно возможности развития острого лейкоза у ребёнка.