

УДК 616.155-008.6-079.4-053.2

ОДИНЕЦ Ю.В., ПОДДУБНАЯ И.Н., МАКЕЕВА Н.И.

Харьковский Национальный Медицинский Университет, кафедра педиатрии №2, Украина,

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Ключевые слова: анемии, дети.

Анимию зачастую трактуют как заболевание, при котором снижено количество гемоглобина и (или) количества эритроцитов в единице объема крови, что неверно, поскольку общее количество гемоглобина и эритроцитов в крови может быть как понижено, так и повышено при нормальном их содержании в 1 мм^3 при изменении ее общего объема. Правильнее говорить, что анемия является состоянием, при котором по сравнению с нормой увеличена интенсивность разрушения или снижена продукция эритроцитов, либо имеет место сочетание данных процессов.

Целью нашей работы явилось прослеживание трансформации первичного диагноза анемии у детей в его заключительный вариант.

Приводим ряд наблюдений из практики.

Ребенок К. 12 лет.

Жалобы при поступлении: слабость, снижение аппетита, периодические повышения температуры, отставание в массе тела.

Болеет в течение года, когда впервые было выявлено снижение гемоглобина и эритроцитов в анализе крови. Получал препараты железа, без особого эффекта, присоединился жидкий стул, что было расценено как реакция на прием железосодержащих препаратов.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Со стороны внутренних органов без особенностей. В анализе крови снижение Hb 88 г/л.

Диагноз при поступлении: дефицитная анемия средней тяжести.

Однако обращало на себя внимание наличие узловатой эритемы на голенях, что в сочетании с повышением СОЭ до 35 мм/час, повышением острофазовых показателей (гликопротеиды 0,835 ед, серомукоид 20 ед) диктовало необходимость проведения дифференциального диагноза. По исключению наличия инфекции (в мазке из зева достоверного роста бактерий не выявлено, бак. посев кала роста патологических бактерий не выявил, антитела к ЦМВ, герпесу I и VI типа, микоплазмам – результат отрицательный, реакция Манту 5 мм), а также других видов анемии (билирубин в пределах нормы) было решено углубленно обследовать желудочно-кишечный тракт. Кроме анализа кала на скрытую кровь и дисбактериоз было проведено

инструментальное обследование, включая колоноскопию, на которой были выявлены диффузно утолщенные складки с зернистостью и двумя афтами в терминальном отделе подвздошной кишки, что позволило установить заключительный диагноз: болезнь Крона.

В диагностике данного заболевания имеются серьезные трудности, особенно при латентном течении заболевания, когда на передний план выступают внекишечные симптомы, маскирующие истинную природу патологического процесса [1]. Продолжительность диагностического периода с момента появления первых клинических симптомов может составлять до 3 лет, в данном случае – 1 год.

Ребенок М., 4 мес.

Жалобы при поступлении: слабость, снижение аппетита, периодические повышения температуры, отставание в массе тела.

Болен в течение 2 недель. От 2 беременности, протекавшей без особенностей, роды 2-е, в срок, масса тела при рождении 3 кг.

Объективно: общее состояние ребенка значительно нарушено, кожные покровы бледные, с восковидным оттенком, веки и стопы слегка отечны, масса тела 5 400г (дефицит 13%).

Особенности вскармливания: до 1 месяца получал грудь матери, в дальнейшем – коровье молоко, поскольку средств на покупку смесей не было. В анализе крови снижение Hb до 52 г/л.

Диагноз при поступлении: дефицитная анемия тяжелой степени.

Также обращали на себя внимание признаки рахита (увеличение лобных бугров, рахитические четки, снижение мышечного тонуса, развернутая апертюра грудной клетки, лягушачий живот). Со стороны внутренних органов – увеличение печени и селезенки до 6 и 4 см соответственно. Наличие гепатолиенального синдрома требовало проведения дифференциальной диагностики с лимфопролиферативными заболеваниями. Костномозговая пункция позволила исключить наличие острого лейкоза и установить заключительный диагноз: Анемия Якш-Гайема тяжелой степени.

Синдром Якша-Гайема обусловлен уменьшением длительности жизни эритроцитов в сочетании с гематопозитической недостаточностью костного мозга, появившейся вследствие недостаточности питания с количественной и, в особенности, с качественной точек зрения [2]. Данное заболевание в последние годы встречается очень редко, однако, в условиях экономической нестабильности оно будет появляться чаще, в связи с чем считаем необходимым привлечь к нему внимание педиатров.

Ребенок Б., 3 года.

Жалобы при поступлении: слабость, снижение аппетита, периодические повышения температуры, отставание в массе тела.

Ребенок обследовался в амбулаторных условиях по поводу правосторонней паховой грыжи, было выявлено снижение гемоглобина до 43 г/л.

Диагноз при поступлении: дефицитная анемия тяжелой степени.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое, выражена резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых. В анамнезе: у бабушки и тети по линии отца и у самого отца в детстве анемия.

Обращали на себя внимание увеличение печени до 6 см, селезенки до 3 см и наличие микрополиадении, а также изменения со стороны формулы белой крови (лимфоцитоз 78% и ускорение СОЭ до 24 мм/час), что требовало проведения дифференциальной диагностики с внутриклеточными инфекциями и лимфопролиферативными заболеваниями. Исследования на внутриклеточные инфекции – отрицательны. По данным костномозговой пункции установлен заключительный диагноз: Острый лимфобластный лейкоз, common ALL, L1.

В последнее время у детей отмечается рост онкологической заболеваемости, в том числе острым лейкозом (ОЛ). В связи с отсутствием опухолевой настороженности у врачей, а нередко — с поздней обращаемостью родителей за медицинской помощью участились случаи поздней диагностики лейкоза. Своевременная диагностика ОЛ повышает эффективность проведения противоопухолевой терапии и дает ребенку шанс на полное излечение. Благодаря внедрению международных протоколов лечения ОЛ выживаемость детей в возрасте до 18 лет достигла в настоящее время 85 % [3].

Ребенок Г., 15 лет.

Жалобы при поступлении: слабость, снижение аппетита, отставание в массе тела. Болеет с рождения.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое, выражена резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых, снижение гемоглобина до 47 г/л.

Обращала на себя внимание тяжелая неврологическая симптоматика – грубые двигательные нарушения, задержка психомоторного развития, микроцефалия, симптоматическая эпилепсия. Наблюдается невропатологом с диагнозом ДЦП. Многократно получал препараты железа и поливитамины с незначительным эффектом.

Диагноз при поступлении: дефицитная анемия тяжелой степени.

Отсутствие положительной динамики после приема препаратов железа и поливитаминов, а также отсутствие симптомов гемолиза и аплазии потребовали углубленного обследования желудочно-кишечного тракта [4].

При проведении ФЭГДС установлен диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эрозивный гастрит, ГЭРБ. Ребенок направлен на хирургическое лечение.

Ребенок Г. 4 года.

Жалобы при поступлении: слабость, снижение аппетита, периодические повышения температуры, отставание в массе тела.

Болеет с рождения, у ребенка диагностирована спинно-мозговая грыжа пояснично-крестцового отдела позвоночника, гидроцефалия, нижняя параплегия. Ребенок готовился на плановую операцию. В анализе крови было выявлено снижение гемоглобина до 92 г/л.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Со стороны внутренних органов без особенностей.

Диагноз при поступлении: дефицитная анемия легкой степени.

Учитывая основной диагноз, особое внимание было уделено обследованию мочевыводящих путей [5]. При исследовании мочевины и креатинина крови было выявлено их повышение до 9,2 ммоль/л и 124 мкмоль/л соответственно, а при ультразвуковом исследовании почек был выявлен двусторонний гидронефроз, что позволило установить диагноз: ХЗП III ст., гидронефроз обеих почек. Вторичный обструктивный пиелонефрит, ХПН II ст.

ВЫВОДЫ:

1. Любая анемия может встречаться как симптом при целом ряде заболеваний, которые могут быть либо связаны с первичным поражением системы крови, либо не зависеть от него.
2. Успех лечебных мероприятий и качество жизни ребенка с анемией во многом зависят от раннего установления ее причины. Проводимая терапия не должна сводиться к восстановлению нормального уровня гемоглобина крови, а основываться на понимании патогенетических механизмов гематологических нарушений у пациента.

Список литературы

1. Дебютные "маски" острых лейкозов у детей / Ю.В. Одинец, Е.А. Панфилова, К.В. Панфилов // Здоровье ребенка : журнал для педиатров. - 2008. - №3. - С. 37-41.
2. Льюис С.М., Бейн Б., Бэйтс И. Практическая и лабораторная гематология/ под. Ред. А.Г.Румянцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672 с.
3. Об особенностях клиники и диагностики болезни Крона у детей./[Грона В.Н., Литовка В.К., Гунькин А.Ю. и др]; Здоровье ребенка: журнал для педиатров. - 2009. - N 2. - С. 49-52.
4. Т.Е. Панкратенко. Анемия у детей с хронической болезнью почек./Т.Е. Панкратенко, Т.Ю. Абасеева, Т.В. Маргиева.- Москва: Педиатрическая фармакология. Выпуск № 3, том 8, 2011.- С. 80-84.
5. Эвакуаторная деятельность гастродуоденального комплекса в оценке эффективности хирургического лечения больных с ГПОД/ [Дурлештер В.М, Корочанская Н.В. и др.];-Г.: Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2010. - №3. - С. 95.

- Debyutnye "masky" ostrix lejkozov u detej / Yu.V. Ody`necz, E.A. Panfy`lova, K.V. Panfy`lov // Zdorov`e rebenka : zhurnal dlya pedy`atrov. - 2008. - N3. - S. 37-41.

- Evakuatornaya deyatel`nost` gastroduodenal`nogo kompleksa v ocenke efekty`vnosty` xy`rurgy`cheskogo lecheny`ya bol`nyx s GPOD/ [Durlshter V.M, Korochanskaya N.V. y` dr.];-G.: Vestny`k xy`rurgy`cheskoj gastroenterology`y`. - 2010. - #3. - S. 95.
- L`yuy`s S.M., Bejn B., Bajt`s Y`. Prakty`cheskaya y` laboratornaya gematology`ya/ pod. Red. A.G.Rumyanceva. – M.: GEOTAR-Medy`a, 2009. – 672 s.
- Ob osobennostyax kly`ny`ky` y` dy`agnosty`ky` bolezny` Krona u detej./[Grona V.N., Ly`tovka V.K., Gun`ky`n A.Yu. y` dr]; Zdorov`e rebenka : 2009.- N2. - S. 49-52.
- T.E. Pankratenko. Anemy`ya u detej s xrony`cheskoj bolezny`yu pochek./T.E. Pankratenko, T.Yu. Abaseeva, T.V. Margy`eva.- Moskva: Pedy`atry`cheskaya farmakology`ya. Vipusk # 3, tom 8, 2011. - S. 80-84.

Д.м.н., профессор Одинец Юрий Васильевич, г. Харьков, ул. Луи Пастера, 2, КУОЗ городская детская клиническая больница №16, тел. 0572-95-40-93

К.м.н., доцент Поддубная Ирина Николаевна, г. Харьков, ул. Луи Пастера, 2, КУОЗ городская детская клиническая больница №16, тел. 0572-95-40-93

Д.м.н., профессор Макеева Наталья Ивановна, г. Харьков, ул. Луи Пастера, 2, КУОЗ городская детская клиническая больница №16, тел. 0572-95-40-93