

sarcoma-like tyrosine kinase 3), были обнаружены у 25 % мальчиков (7,69 % от всех случаев). У 22,22 % девочек была выявлена моносомия 7 (15,38 % от всех случаев) в 50% случаев у мальчиков диагнозу МДС сопутствовала трисомия 8 (15,38 % от всех случаев).

Выводы

Миелодиспластический синдром характеризуется выраженной гетерогенностью, а развитие заболевания в детском возрасте может быть тесно связано с генетическими факторами предрасположенности. Дальнейшее углубленное изучение молекулярно-генетических факторов развития МДС важно для формирования групп риска, усовершенствования критериев диагностики и оптимизации тактики ведения пациентов с данным диагнозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Kadapakkam, M.* Pediatric Myelodysplastic Syndrome / M. Kadapakkam // Medscape. — 2019. — Mode of access : <https://emedicine.medscape.com/article/988024-overview>. — Date of access: 29.03.2021.
2. Systematic Literature Review of the Global Incidence and Prevalence of Myelodysplastic Syndrome and Acute Myeloid Leukemia / D. P. Lubeck [et al.] // Blood. — 2016. — Vol. 128, № 22. — P. 5930.
3. *Locatelli, F.* How I treat myelodysplastic syndromes of childhood / F. Locatelli, B. Strahm // Blood. — 2018. — Vol. 131, № 13. — P. 1406-1414.
4. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues / S. H. Swerdlow [et al.]. — Revised 4th ed. — IARC: Lyon, 2017. — 585 p.
5. *Schwartz, J. R.* The genomic landscape of pediatric myelodysplastic syndromes / J. R. Schwartz // Nat Commun. — 2017. — Vol. 16, № 8 (1). — P. 1557.

УДК 616.15-003.213:616.61-008.64]-053.2

ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Гриневиц Ю. Д., Грейцар Е. Г.

Научный руководитель: ассистент И. В. Беломытцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) является острым скоротечным заболеванием, для которого характерна тромбоцитопения, микроангиопатическая гемолитическая анемия и острое поражение почек. ГУС обычно возникает у детей после попадания в организм инфекции, как правило, Шига-токсин-продуцирующих бактерий, но может встречаться и у взрослых.

Цель

Изучение структуры и клинико-лабораторных особенностей течения гемолитико-уремического синдрома у детей.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ 14 медицинских карт стационарных пациентов, находящихся на лечении в педиатрическом отделении № 5 и отделении анестезиологии и реанимации Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с января 2018 по декабрь 2020 гг. Статистическая обработка данных проведена при помощи компьютерной программы «Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из полученных данных, число мальчиков составило 10 (71,4 %) человек, число девочек — 4 (28,6 %) человека.

Возраст одного пациента был до 1 года (7,1 %), шестерых — от 1 до 3 лет (57 %), четырех — от 3 до 6 лет (28,6 %), от 6 до 10 лет был один пациент (7,1 %) и два — в возрасте 10 лет и старше (14,2 %).

При оценке физического развития детей, было установлено, что среднее гармоничное развитие отмечалось у четырех детей (28,6 %) высокое физическое развитие наблюдалось также у четырех (28,6 %) детей, выше среднего — у одного (7,1 %) пациента, ниже среднего — у 3 (21,4 %) пациентов, низкое физическое развитие отмечено у двух (14,2 %) детей.

В педиатрическое отделение со средней степенью тяжести поступило 8 пациентов (57 %), в отделение реанимации с тяжелой степенью тяжести поступило 6 пациентов (43 %).

Из общего числа поступивших у 8 (57,1 %) человек отмечалась нормальная температура тела, у 4 (28,6 %) детей температура была ниже нормы, у 2 (14,2 %) пациентов температура была повышена.

По результатам исследования общего анализа крови пациентов отмечалось следующее: эритроцитопения была у 1 (7,1 %) пациента, снижение гемоглобина ниже 110 г/л — у 5 (35,7 %), снижение цветного показателя ниже 0,8 — у 3 (21,4 %), тромбоцитопения — у 5 (35,7 %), лейкоцитоз отмечался у 2 (14,2 %) пациентов, у 1 (7,1 %) пациента были снижены эозинофилы и палочкоядерные нейтрофилы, изменение количества сегментоядерных нейтрофилов отмечалось у 9 (64,3 %) пациентов, скорость оседания эритроцитов повышалась до 20 мм/ч у 1 (7,1 %) пациента.

В биохимическом анализе крови уменьшение общего уровня белка отмечено у 6 (42,9 %) пациентов (минимальный уровень — 43,7 г/л), уменьшение уровня альбумина до 26 г/л отмечено у одного человека. Ферменты лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза были повышены у 6 человек соответственно.

При выполнении общего анализа мочи мутная моча отмечена у 3 (21,4 %) человек, щелочная реакция была у 1 (7,1 %) человека, плоский эпителий до 15–20 в поле зрения повышался у 1 (7,1 %) человека, эритроциты в количестве от 4 до 8 в поле зрения — у 2 (14,2 %) человек, у 1 (7,1 %) человека были повышены лейкоциты до 15–20 в поле зрения, протеинурия до 2,76 г/л — у 4 (28,4 %) человек, цилиндрурия — у 2 (14,2 %) человек, фосфатурия — также у 2 (14,2 %) человек.

При выполнении анализа мочи по Нечипоренко лейкоцитурия отмечалась у 3 (21,4 %) пациентов, гематурия — у 1 (7,1 %).

При выполнении анализа мочи по Зимницкому анурия была выявлена у пятерых человек, полиурия — у 1, никтурия — также у 1 пациента.

Далее были проанализированы показатели коагулограммы, из которых следует, что активированное частичное тромбопластиновое время и протромбиновый индекс повышены у 1 (7,1 %) пациента, международное нормализованное отношение повышено у 3 (21,4 %) пациентов, фибриноген также повышен у 3 (21,4 %) пациентов.

По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости гепатит обнаружен у 1 (7,1 %) пациента, гепатоспленомегалия также у 1 (7,1 %), гепатомегалия — у 2 (14,2 %) пациентов.

Выводы

При оценке физического развития детей чаще наблюдалось среднее и высокое физическое развитие. Пациенты госпитализировались, в большинстве случаев, со средней степенью тяжести педиатрическое отделение стационара. Больше количество детей имело возраст от 1 до 3-х лет, чаще поступали мальчики. Температура тела при поступлении у большинства детей была нормальная.

В общем анализе крови отмечались анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз. В общем анализе мочи, преимущественно, были выявлены микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия и фосфатурия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прахов, А. В. Детские болезни: учеб. пособие / А. В. Прахов. — М.: НижГМА, 2014. — 495 с.
2. Сушко, Е. П. Детские болезни / Е. П. Сушко, Л. М. Тупкова, В. А. Селезнева. — М.: Выш. шк., 1988. — 963 с.
3. Шабалов, Н. П. Детские болезни / Н. П. Шабалов. — М.: Питер, 2013. — Т. 1. — 928 с.