

ТРЕХРОСТКОВАЯ ПАНЦИТОПЕНИЯ ПРИ ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИИ

*¹Алтайский государственный медицинский университет, кафедра
факультетской педиатрии, г. Барнаул*

²КГБУЗ «АККЦОМД», г. Барнаул

Горобченко А.М.¹, Новикова Л.М.², Скударнов Е.В.¹

Введение

Трехростковая панцитопения - это вторичное патологическое состояние, характеризующееся сниженным содержанием в периферической крови всех форменных элементов. Данный гематологический синдром может наблюдаться при апластической анемии, лейкозе, а также при некоторых других заболеваниях. Такая патология достаточно тяжело поддается коррекции, может приводить к развитию ряда крайне неблагоприятных осложнений. Панцитопения не является самостоятельным заболеванием. Гематологический синдром возникает вторично при разнообразных нарушениях структуры и функций костного мозга, поэтому истинная частота встречаемости не установлена. Патология регистрируется во всех возрастных группах.

Описание клинического случая

Пациент поступил 29.09.2022 г. с жалобами на снижение массы тела до 10 кг с марта 2022 г., отсутствие аппетита, окрашивание склер в желтый цвет, запоры до нескольких дней, слабость. В марте 2022 г. после смерти отца начал отказываться от пищи, со слов мальчика по причине отсутствия аппетита. Прогрессивно терял в весе. За медицинской помощью не обращались, не лечились. По данным амбулаторной карты от 2008 г. при УЗИ: увеличение печени, желчного пузыря. С 2008-2010 гг. консультированы аллергологом по поводу геморрагических высыпаний на голенях, в области предплечий. Данных о диагнозе и лечении нет. Мать затруднялась ответить. Неоднократно консультированы неврологом в связи со снижением концентрации внимания и памяти. 27.09.2022 г.

обратились к педиатру по месту жительства с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса, желтушность кожных покровов. Госпитализирован в детское отделение. Обследован по месту жительства 27.09.2022 г. В общем анализе крови гемоглобин – 67 г/л, эритроциты – $1,67 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты – $93 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 11мм/ч. Биохимический анализ крови - без патологических отклонений. По УЗИ внутренних органов - сгущение желчи.

Объективно: ЧД 20 в мин. ЧСС 130 в мин. АД 90/60 мм рт. ст.

Состояние: тяжелое, самочувствие страдает;

Правильного телосложения, пониженного питания. Дефицит веса: ДВ-43кг, ФВ-38.5 кг, рост-154 см, ИМТ=15,5 кг/м².

Состояние кожи и слизистых: чистые, умеренной влажности, желтушной окраски, без патологических высыпаний. В углах рта заеды. На боковой поверхности языка следы зубов. Язык обложен белесоватым налётом. Больше у корня. Склеры иктеричны. На голених определяется умеренная пастозность.

Система органов дыхания: без патологических изменений. *Система органов кровообращения:* без патологических изменений. *Система органов ЖКТ:* Живот округлой формы умеренно отёчен, при пальпации умеренно болезненный в левой подвздошной области, пальпаторно определяется плотное образование каловый камень? Печень +2см край закруглён – безболезненный, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, достаточным объёмом. Стул нерегулярный плотный малыми порциями, дату последней дефекации не помнит. Предварительный диагноз. **Хронический гастродуоденит вне обострения. Исключить язвенно-эрозивный процесс пищевода желудка. Исключить ВЗК (болезнь Крона, язвенный колит)? Анемия тяжелой степени тяжести не железodefицитная. Трехростковая полицитемия. Дисфункция билиарного тракта. Исключить ВЭБ, ЦМВИ, HBs, HBc, ВИЧ инфекцию. Исключить болезни обмена- накопления.**

Миелограмма от 30.09.22 (3 пробы): Отклонений не выявлено. Видеоэзофагогастродуоденоскопия №151 от 03.10.22: Язва луковицы ДПК, неполное рубцевание. Поверхностный бульбит. Деформация пилоробульбарной зоны? Признаки дуодено-гастрального рефлюкса. Микроскопическое описание от 07.10.22. № 3569: В препарате отек, полнокровие капилляров, распространенная лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка в верхнем отделе с эозинофилами, участками «неопределенной» атрофии НР(++). Заключение: Поверхностный гастрит, НР(++). Ректосигмоколоноскопия с терминальной илеоскопией №88 от 06.10.22: Фолликулярный илеит. Глистная инвазия. Биопсия №3638-3639 от 13.10.22: Фолликулярный илеит. Биопсия №3641 от 13.10.22: Слизистая прямой кишки без видимых воспалительных изменений. Язвенная болезнь. Выставлен диагноз: Язва луковицы ДПК, стадия неполного рубцевания, средней степени тяжести. Хронический гастродуоденит, умеренно активный, ассоциированный с НР. Фолликулярный илеит. Идиопатическая панцитопения. Анемия средней степени тяжести, сложного генеза. Энтеробиоз. Ангиопатия по смешанному типу. ПИНА.

Заключение

Новизна представленного случая состоит в том, что поражение всех трех ростков костного мозга может быть связано как с глистной инвазией (энтеробиозом), в том числе учитывая гаптенный механизм, интоксикационный и возможный дефицит витаминов группы В при массивной глистной инвазии. Данный конкретный случай указывает на то, что своевременная диагностика и лечение являются основными условиями для поддержания здоровья пациентов и исключения тяжелых случаев течения хронических заболеваний.

Список литературы:

1. Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме /сост. Л.А. Панченкова, Е.Ю. Майчук, А.И. Мартынов, Х.А. Хамидова, Т.Е. Юркова,

И.В. Воеводина, И.А. Макарова; под ред. Л.А. Панченковой; МГМСУ. М.: РИО МГМСУ, 2018. 28 с.: илл.

2. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным энтеробиозом - <http://niidi.ru/dotAsset/7776967b-05f3-4064-a999-f7cfa64e553b.pdf>

Как цитировать:

Горобченко А.М., Новикова Л.М., Скударнов Е.В. Трехростковая панцитопения при глистной инвазии. *Scientist*. 2023; 23 (1): 68-71 .
