

УДК 616.155.3-097.35-07-053.32

**Н.Г. Чумаченко, Т.Л. Марушко, О.В. Головченко,
В.М. Фисун, Р.В. Марушко**

Рецидивний перихондрит як дебютна «маска» гострого лімфобластного лейкозу у дитини раннього віку (клінічний випадок)

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Modern Pediatrics.Ukraine.2019.8(104):83-88; doi 10.15574/SP.2019.104.83

For citation: Chumachenko NG, Marushko TL, Golovchenko OV, Fisun VN, Marushko RV. (2019). Recurrent perichondritis as a debut «mask» of acute lymphoblastic leukemia in a young child (clinical case). Modern Pediatrics. Ukraine. 8(104): 83-88. doi 10.15574/SP.2019.104.83

У статті наведено опис клінічного випадку гострого лімфобластного лейкозу у дворічної дитини, що перебігав під «маскою» рецидивного перихондриту вушної раковини. Показано особливості даного випадку. Єдиним клінічним проявом захворювання був гіперпластичний синдром: протягом перших 3-х місяців — тільки рецидивний перихондрит, з 4-го місяця хвороби — гіперплазія лімфвузлів, з 5-го місяця — лейкеміди шкіри, артрит, ураження другої вушної раковини. Протягом перших 3-х місяців показники периферичної крові були в межах вікової норми, з 4-го місяця захворювання дитина мала помірний лейкоцитоз, без анемії, тромбоцитопенії та змін з боку лейкоцитарної формули. Гіперлейкоцитоз та бластні форми лейкоцитів були виявлені на 6-му місяці захворювання.

Повільне прогресування хвороби, недостатня настороженість лікарів у зв'язку з нетиповим перебігом захворювання та відсутністю ефекту від лікування призвели до пізнього встановлення діагнозу та значного відтермінування початку лікування.

Наголошується на важливості настороженості як лікарів загального профілю, так і вузьких спеціалістів щодо онкогематологічних захворювань з метою забезпечення максимально ранньої діагностики та призначення адекватної терапії.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом установи.

На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: гострий лімфобластний лейкоз, діти раннього віку, рецидивний перихондрит, діагностика.

Recurrent perichondritis as a debut «mask» of acute lymphoblastic leukemia in a young child (clinical case)

N.G. Chumachenko, T.L. Marushko, O.V. Golovchenko, V.N. Fisun, R.V. Marushko

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O. Lukyanova of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv

The article provides a description of the clinical case of acute lymphoblastic leukemia in a 2-year-old child, which proceeded under the guise of a recurrent auricle perichondritis. The features of this case have been determined. The only clinical manifestation of this disease from the beginning was hyperplastic syndrome: during the first 3 months — only recurrent perichondritis, since 4th month of the sickness — lymph node hyperplasia, since 5th month — skin leukemids, arthritis, and damage of the second auricle. During the first 3 months of the disease, peripheral blood count was found within the age normal values, from 4th month the child had moderate leukocytosis, without anemia, thrombocytopenia, changes in the leukocyte formula. Hyperleukocytosis blast forms of leukocytes were detected on 6th month of the disease.

Slow progression of the disease, insufficient alertness of doctors due to the atypical course of the disease and a lack of treatment effectiveness resulted in late diagnosis and significant delay in starting treatment.

The importance of alertness of general practitioners and specialists in terms of hematologic diseases was emphasized in order to ensure the earliest possible diagnosis and prescription of the adequate therapy.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee (LEC) of an institution. The patient's parents gave informed consent to the study.

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: acute lymphoblastic leukemia, young children, recurrent perichondritis, diagnosis

Рецидивирующий перихондрит как дебютная «маска» острого лимфобластного лейкоза у ребенка раннего возраста (клинический случай)

Н.Г. Чумаченко, Т.Л. Марушко, О.В. Головченко, В.Н. Фисун, Р.В. Марушко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

В статье представлено описание клинического случая острого лимфобластного лейкоза у двухлетнего ребенка, протекавшего под «маской» рецидивирующего перихондрита ушной раковины. Определены особенности данного случая. Единственным клиническим проявлением заболевания был гиперпластический синдром: в течение первых 3-х месяцев — только рецидивирующий перихондрит, с 4-го месяца болезни — гиперплазия лимфоузлов, с 5-го месяца — лейкемиды кожи, артрит, поражение второй ушной раковины. В течение первых 3-х месяцев заболевания показатели периферической крови были в пределах возрастной нормы, с 4-го месяца у ребенка был умеренный лейкоцитоз, без анемии, тромбоцитопении, изменений лейкоцитарной формулы. Гиперлейкоцитоз, бластные формы лейкоцитов были выявлены на 6-м месяце заболевания. Медленное прогрессирование болезни, недостаточная настороженность врачей в связи с нетипичным течением заболевания и отсутствием эффекта от лечения привели к позднему установлению диагноза и значительной отсрочки начала лечения.

Подчеркивается важность настороженности врачей общего профиля и узких специалистов относительно онкогематологических заболеваний с целью обеспечения максимально ранней диагностики и назначения адекватной терапии.

Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом (ЛЭК) учреждения. На проведение исследований было получено информированное согласие родителей ребенка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

острый лимфобластный лейкоз, дети раннего возраста, рецидивирующий перихондрит, диагностика.

Гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ) — група гетерогенних гематологічних злоякісних захворювань, морфологічним субстратом яких є попередники лімфоцитів (лімфобласти), які уражають кістковий мозок, витісняють нормальні клітинні елементи та розповсюджуються не тільки по органам кровотворення, але й в інші органи та системи, у тому числі ЦНС.

Гострий лімфобластний лейкоз є найбільш розповсюдженою формою лейкозів у дитячому та підлітковому віці [3,7,9]. Пік захворюваності припадає на вік від 1 до 6 років. Ще 15–20 років тому цей діагноз був практично вироком для дитини. Але тепер, завдяки впровадженню сучасних програм, досягти успіху у лікуванні вдається у приблизно 70% дітей з ГЛЛ. Ефективність лікування та довготривалий прогноз для пацієнта багато в чому залежать від своєчасності встановлення діагнозу та максимально раннього призначення адекватної терапії [7]. Водночас початковий період гострого лейкозу, у тому числі ГЛЛ, характеризується різноманітними та неспецифічними клінічними проявами, а також неспецифічними змінами в периферичній крові [5,12,13]. Це створює значні труднощі ранньої діагностики та відтерміновує початок лікування.

На ранніх етапах захворювання клінічними проявами ГЛЛ найчастіше (у понад 75% дітей) є гіперпластичний синдром, який обумовлений лейкоемічною інфільтрацією тканин [7,13]. Спостерігається збільшення периферичних лімфовузлів, печінки, селезінки, мигдаликів. Можливі значне збільшення лімфовузлів середостіння та бластна інфільтрація легенів і міокарда, що імітує клінічну картину затяжної пневмонії, бронхіту і навіть може стати причиною дихальної або серцевої недостатності. Досить часто першими симптомами захворювання може бути біль та ломота в кістках, які виникають внаслідок лейкоемічної інфільтрації окістя та суглобової капсули, а також пухлинного збільшення кісткового мозку. Одним із проявів гіперпластичного синдрому є гіперплазія ясен із розвитком важкого виразково-некротичного стоматиту або одонтогенного остеомієліту [1]. Можлива також лейкоемічна інфільтрація шкіри (лейкеміди шкіри), що проявляється вузлуватими елементами або інфільтратами на гладких поверхнях шкіри. У хлопчиків досить часто (до 30% випадків первинного лімфобластного лейкозу) виявляється збільшення яєчок — це безболісні, щільні, одно- або двобічні інфільтрати [6].

До 60% дітей на ранніх етапах ГЛЛ мають специфічну непластичну лихоманку, для якої характерні майже щоденні підйоми температури тіла до 38,5° С та вище, протягом більше двох тижнів, відсутність проявів інфекції, відсутність позитивної реакції на антибактеріальну та противірусну терапію, позитивний ефект від нестероїдних протизапальних препаратів [8,9].

Дебютом захворювання можуть бути також катаральні явища з боку ЛОР-органів та патологія органів дихання із клінічною картиною ангіни, фарингіту, пневмонії, бронхіту. Багато дітей у дебюті захворювання мають виразний інтоксикаційний синдром, клінічними проявами якого є слабкість, пітливість, блідість шкіри, зниження апетиту, нудота та блювання, діарея, втрата ваги, головний біль, болі в м'язах. На початку захворювання у значної частини дітей з'являється та поступово посилюється анемія. Виразну блідість шкірних покривів (за рахунок інтоксикації та анемії) вже на ранніх етапах захворювання відмічають майже у 80% пацієнтів з ГЛЛ [2,5]. Приблизно у 10% дітей захворювання починається з виразного геморагічного синдрому, що проявляється крововиливами в шкіру та слизові оболонки, носовими кровотечами, кровоточивістю слизових ротової порожнини, меленою.

У клінічному аналізі крові в дебюті захворювання виявляються тільки неспецифічні зміни, а саме двох- або трьохпаросткова цитопенія (анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія), рідше — тільки анемія, лейкопенія або лейкоцитоз [3,7]. Формула крові при цьому залишається незміненою. Тільки поступово зменшується кількість зрілих нейтрофілів, зникають еозинофіли та базофіли, збільшується ШОЕ. Бластні клітини в периферичній крові з'являються на більш пізніх етапах розвитку хвороби. Вважають, що так званий «прорив» бластних клітин із кісткового мозку в кров'яне русло відбувається при накопиченні в ньому понад 1 кг пухлинної маси. Поява бластних клітин у периферичній крові є маркером маніфестації та швидкого прогресування лейкемії. Тому на ранніх етапах захворювання єдиним методом діагностики ГЛЛ є стерильна пункція із наступним морфологічним та цитохімічним дослідженням кісткового мозку. Це зумовлює необхідність постійної настороженості в плані онкогематологічної патології не тільки педіатрів та інфекціоністів, але й лікарів будь-яких вузьких спеціальностей.

На жаль, у зв'язку з відсутністю специфічних клінічних симптомів та специфічних змін периферичної крові, переважна частина дітей на початкових етапах захворювання лікується амбулаторно або в педіатричних стаціонарах від різноманітної патології, втрачаючи дорогоцінний час [5,6,14]. За висновками гематологів, дебютними «масками» гострого лейкозу найчастіше стають ГРВІ, пневмонія, гострий або хронічний тонзиліт, ангіна, отит, інфекційний мононуклеоз, паротит, лімфаденіт, артрит [3,6,15]. Рідше дебютними «масками» лейкомії виступають гострий або рецидивний гінгівіт, стоматит, захворювання гепатобіліарної системи (гепатит та холецистохолангіт), пухлини шкіри, кісток, яєчок. У літературі є також повідомлення про такі рідкісні форми дебютних «масок» гострого лейкозу в педіатричній практиці, як ревматизм, гострий апендицит, остеохондродистрофія, менінгококцемія [4,8]. Описані гіркі випадки лікарських помилок, коли діти з гострим лейкозом були прооперовані з приводу лейкомічної інфільтрації шкіри, апендициту, орхіту. Нерідко на початку захворювання вони отримують зігріваючі або фізіотерапевтичні процедури на гіперплазовані лімфовузли, ЛОР-органи або суглоби, що погіршує перебіг ГЛЛ або взагалі має трагічні наслідки.

Наводимо власне спостереження **клінічного випадку** ГЛЛ, дебютною «маскою» якого був рецидивний перихондрит вухної раковини. Дитина та її батьки пройшли складний і тривалий шлях до встановлення діагнозу.

У лютому 2019 р. у педіатричне інфекційно-боксоване відділення для дітей молодшого віку ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» була госпіталізована дитина *Софія П.*, віком 2,5 роки, мешканка Кіровоградської області, зі скаргами на запалення правої вухної раковини, збільшені лімфовузли навколо цього вуха та в ділянці шиї справа, ділянки ущільнення та потовщення шкіри, набряк та біль у ділянці лівого гомілковостопного суглоба. Крім того, у дівчинки відмічався субфебрилітет, підвищена втомлюваність, дратівливість.

З анамнезу відомо, що дитина від другої неускладненої вагітності, других фізіологічних пологів. Протягом перших двох років росла і розвивалась відповідно до віку, жодних відхилень у стані здоров'я не відмічено, декілька разів хворіла ГРВІ, інших захворювань не було. Вакцинована за календарем.

У вересні 2018 р. (у віці двох років) на тлі повного благополуччя раптово з'явився набряк та гіперемія правої вухної раковини. Зі слів батьків, ці зміни з'явилися після того, як дівчинка вдарилась вухом об двері. Жодних змін з боку інших органів на той час не було. У клінічному аналізі крові всі показники були в межах вікової норми.

Дитині був поставлений діагноз «Гострий перихондрит правої вухної раковини», і вона лікувалась спочатку амбулаторно, потім двічі (вересень та жовтень-листопад 2018 р.) у ЛОР-відділенні обласної лікарні. Отримала декілька курсів антибактеріальної терапії, але ефекту від лікування не було. Перебіг захворювання мав хвилеподібний характер, і незалежно від лікування процес то трохи стихав, то знову розвивався. При опитуванні привернула увагу відсутність больового синдрому (від початку захворювання дівчинка спокійно спала на стороні ураження) та запального процесу — вухна раковина ніколи не була гаряча на дотик. Ці два моменти дозволили нам сумніватись у запальному характері процесу від початку захворювання.

На третьому місяці захворювання у дівчинки з'явилися періоди субфебрилітету, вона стала більше втомлюватись, у клінічному аналізі крові з'явився помірний лейкоцитоз (збільшення рівня лейкоцитів до 15–18 тис.). Лейкоцитарна формула, ШОЕ, гемоглобін, рівень тромбоцитів — завжди залишались у межах норми.

У зв'язку з неефективністю терапії дівчинка була направлена в ЛОР-відділення НСДЛ «ОХМАТДИТ» з діагнозом «Рецидивуючий перихондрит правої вухної раковини». У цьому відділенні дитина проходила лікування двічі — у грудні 2018 р. та в січні 2019 року. У цей період відмічалось поступове прогресування хвороби — у грудні відмічено збільшення лімфовузлів на ураженій стороні (навколо вуха та в ділянці шиї), при цьому лімфовузли були безболісними, а шкіра над ними — не змінена. Поступово кількість та розміри лімфовузлів збільшувались. При проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) шийних лімфовузлів були виявлені множинні лімфовузли (більше справа) розмірами до 10–15 мм звичайної ехогенності. Процес було розцінено як двобічний реактивний шийний лімфаденіт.

На початку січня 2019 р. у дівчинки в різних ділянках тіла з'явилися елементи потовщення та ущільнення шкіри, кількість та розміри яких



Рис. 1. Ураження правої вухної раковини



Рис. 2. Ураження лівої вухної раковини



Рис. 3. Лейкеміди шкіри



Рис. 4. Пакет гіперплазованих шийних лімфовузлів



Рис. 5. Ультразвукова картина шийних лімфовузлів



Рис. 6. Ультразвукова картина шийних лімфовузлів (кольорове картування)



Рис. 7. Ультразвукова картина лейкеміду шкіри

поступово збільшувались. Більш виразним став лейкоцитоз у периферичній крові (до 20–24 тис.). При цьому лейкоцитарна формула, показники еритроцитарної та тромбоцитарної ланки продовжували залишатись у межах норми. Дитина була оглянута спеціалістами (інфекціоністом, алергологом, фтизіатром, онкологом), які виключили свою патоло-

гію. Консультацій гематолога упродовж всього періоду хвороби не було.

Після проведення в стаціонарі декількох курсів антибактеріальної терапії, в/в імунотерапії, місцевого лікування дівчинка була виписана для продовження лікування амбулаторно за місцем проживання з діагнозом: «Рецидивуючий перихондрит правої вухної раковини.

Реактивний шийний лімфаденіт. Вузловата еритема».

Наприкінці січня батьки відмітили прогресування хвороби та появу нових симптомів захворювання — у дівчинки з'явилися зміни лівої вушної раковини (обмежена ділянка набряку, ущільнення тканин та гіперемія), а також набряк та біль у ділянці лівого гомілковостопного суглоба. При УЗД суглоба виявлено запалення ахілового сухожилля, з приводу якого було призначено нурофен та компреси на суглоб.

7 лютого 2019 р. батьки самостійно звернулись у консультативну поліклініку ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», і дитина була госпіталізована у педіатричний стаціонар для обстеження з метою уточнення діагнозу.

При первинному огляді: дівчинка помірно інтоксикована, шкіра бліда із сіруватим відтінком, «синці» під очима, температура тіла субфебрильна. Апетит нормальний, гіпотрофії немає. Маса тіла 14 кг. Насамперед привертав увагу стан вушних раковин. Права вушна раковина мала виразний набряк та ущільнення тканин, шкіра помірно гіперемована з ціанотичним відтінком, визначалась ділянка некрозу 10×8 мм. При пальпації вушна раковина безболісна (рис. 1). Патологічні зміни лівої вушної раковини були менш виразними, але вона також була набряклою, ущільненою та гіперемованою (рис. 2). На шкірі обличчя, передпліч, живота та спини дівчинка мала до 10 вузлуватих новоутворень діаметром від 20 до 40 мм. Вони були щільними, безболісними, гіперемованими (рис. 3).

При дослідженні стану лімфоїдної системи у зоні правого вуха та шиї було виявлено великий пакет збільшених (до 15–30 мм), щільних та безболісних лімфовузлів (рис. 4). Крім того, пальпаторно визначалась помірна кількість збільшених лімфовузлів (до 10 мм) у ділянці лівого вуха та шиї, а також у пахвовій та паховій зонах з обох боків.

Бронхолегенева система та серце — без особливостей. Живіт м'який, безболісний, печінка помірно збільшена до 2,5 см, селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення в нормі.

На підставі результатів огляду, даних анамнезу та медичної документації, яку надали батьки, було вирішено проводити диференційну діагностику між такими захворюваннями: рецидивний поліхондрит (дуже рідкісне ревматологічне захворювання з аутоімунним ура-

женням хрящових тканин) [10,11], онкогематологічне захворювання, онкологічна патологія, первинний імунodefіцит, септичний процес, гранулематозна хвороба.

Насамперед привертав увагу лімфопроліферативний синдром у плані високої ймовірності онкогематологічної патології. Було проведено УЗД навколівушних та шийних лімфовузлів, органів черевної порожнини та заочеревинного простору, м'яких тканин (інфільтратів шкіри). При УЗД навколівушних лімфовузлів привертала увагу зміни структури та форми: з обох боків візуалізувались конгломерати круглих лімфовузлів, які були спаяні з навколишніми тканинами, вони мали каменисту щільність та нееластичність при компресії датчиком, зниження ехогенності, відсутність диференціації шарів та перевагу товщини над довжиною (рис. 5). При кольоровому картуванні відзначався активний кровотік (рис. 6). Вражала безболісність збільшених та запалених лімфовузлів при компресії датчиком. Також візуалізувались збільшені та змінені передньо- і задньошийні, підщелепні, надключичні та підключичні лімфовузли. При УЗД органів черевної порожнини також були виявлені збільшені мезентеріальні, паракавальні та парааортальні лімфовузли зі збереженою структурою. При кольоровому картуванні кровоток у них був посиленним. Збільшення печінки та селезінки не відзначалось. При обстеженні високочастотним датчиком м'яких тканин (шкірних інфільтратів) підшкірно на глибині 0,8 мм були виявлені округлі утворення з чіткими рівними контурами, розмірами від 4 до 8 мм, аваскулярні (рис. 7).

Дані УЗД наштотували на думку про лімфопроліферативне захворювання, незважаючи на попередні заперечні висновки онкологів.

Особливості клінічного перебігу захворювання та результати УЗД були відразу обговорені з гематологом, вирішено терміново робити дитині стерильну пункцію. У цей час були отримані результати загального аналізу крові: гемоглобін 124 г/л, еритроцити $4,33 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $42,61 \times 10^9$ /л, тромбоцити 298×10^9 /л, ШОЕ 10 мм/год; лейкоцитарна формула: паличкоядерні — 15%, сегментоядерні — 26%, моноцити — 17%, лімфоцити — 29%, мієлоцити — 2%, еозінофіли — 1%, бласти — 10%. У зв'язку із виявленням в периферичній крові гіперлейкоцитозу та бластних форм лейкоцитів дитину з діагнозом «Гострий лейкоз» було переведено до відділення онкогематології, де і

було встановлено діагноз ГЛЛ та призначено відповідну полівалентну хіміотерапію.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дитини.

Аналізуючи даний клінічний випадок, слід зазначити такі його особливості:

1. Єдиним клінічним проявом захворювання був гіперпластичний синдром (протягом перших трьох місяців) — рецидивний перихондрит. У доступній літературі ми не знайшли повідомлень про рецидивний перихондрит як дебютну «маску» гострого лейкозу у дітей. Тільки на червертому місяці хвороби у дитини з'явилася гіперплазія лімфовузлів (спочатку незначна, потім більш виразна), на п'ятому місяці — лейкоміди шкіри та артрит.

2. Тривалий час патологічних змін у клінічному аналізі крові не було, на третьому місяці

захворювання виявлено тільки помірний лейкоцитоз, без анемії, тромбоцитопенії та змін з боку лейкоцитарної формули. Гіперлейкоцитоз та баластні форми лейкоцитів були виявлені на шостому місяці захворювання.

3. Досить повільне прогресування хвороби. Зазвичай від початку захворювання до маніфестації гострого лейкозу проходить від одного до трьох місяців, а в даному випадку цей термін становив понад п'ять місяців.

Від появи перших клінічних проявів до встановлення діагнозу та початку лікування минуло досить багато часу (понад п'ять місяців), однак дитина жодного разу не була оглянута гематологом. Це вимагає від лікарів, у тому числі вузьких спеціалістів, більшої настороженості щодо онкогематологічних захворювань з метою забезпечення максимально ранньої діагностики та початку лікування.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

- Vilchevskaya EV, Kolomenskaya SA, Marchenko EN. (2014). Osteomielitnaya maska debyuta ostrogo limfoblastnogo lejkoza u rebenka. *Zdorove rebenka*. 6(57): 107–109 [Вильчевская ЕВ, Коломенская СА, Марченко ЕН. (2014). Остеомиелитная маска дебюта острого лимфобластного лейкоза у ребенка. *Здоровье ребенка*. 6(57): 107–109].
- Vinnitska OA. (2019). Suchasniy stan problemi ta osoblivosti prognostichnih kriteriyiv gostrih leykemiy u ditey. *Zb. Innovatsiyni prioriteti rozvitku naukovih znan. Kyiv: 84–87* [Винницька ОА. (2019). Сучасний стан проблеми та особливості прогностичних критеріїв гострих лейкемій у дітей. *Зб. Інноваційні пріоритети розвитку наукових знань*. Київ: 84–87].
- Maschan MA, Myakova NV. (2006). Ostryj limfoblastnyj lejkoz u detej. *Onkogematologiya*. 1–2: 50–63 [Масчан МА, Мякова НВ. (2006). Острый лимфобластный лейкоз у детей. *Онкогематология*. 1–2: 50–63].
- Molotkova SA, Molotkov AO, Litvinova IA et al. (2017) *Revmatologicheskie proyavleniya ostrogo mieloblastnogo lejkoza: sluchaj iz praktiki. Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj akademii*. 16(1) [Молоткова СА, Молотков АО, Литвинова ИА и др. (2017). Ревматологические проявления острого миелобластного лейкоза: случай из практики. *Вестник Смоленской государственной академии*. 16(1)].
- Nagornaya NV, Vilchevskaya EV, Marchenko EN et al. (2012). Analiz prichin pozdnej diagnostiki ostrogo lejkoza u detej. *Zdorove rebenka*. 1(36). [Нагорная НВ, Вильчевская ЕВ, Марченко ЕН и др. (2012). Анализ причин поздней диагностики острого лейкоза у детей. *Здоровье ребенка*. 1(36)].
- Odinec YuV, Panfilova EA, Panfilov KV. (2008). Debyutnye maski ostryh lejkozov u detej. 3: 37–41 [Одинец ЮВ, Панфилова ЕА, Панфилов КВ. (2008). Дебютные маски острых лейкозов у детей. *Здоровье ребенка*. 3: 37–41].
- Protokoli likuvannya ditey z gostrimi leykozami. *Nakaz MOZ Ukraini vid 20.07.2005 No 364: 52* [Протоколи лікування дітей з гострими лейкозами. *Наказ МОЗ України від 20.07.2005 р. №364: 52*].
- Sergienko EN, Romanov ON, Artemchik TA et al. (2018). Lejkoz u rebenka pod maskoj mononukleozopodobnogo sindroma. *Meditinskiy zhurnal*. 2: 149–152 [Сергиенко ЕН, Романов ОН, Артемчик ТА и др. (2018). Лейкоз у ребенка под маской мононуклеозоподобного синдрома. *Медицинский журнал*. 2: 149–152].
- Bas Suarez MP, Lopez Brito J, Santana Reyes C et al. (2011 Apr). Congenital acute lymphoblastic leukemia: a two-case report and a review of the literature. *Eur J Pediatr*. 170(4): 531–534.
- Edrees A. (2011). Relapsing polychondritis: a description of a case and review article. *Rheumatology International*. 31(6): 707–713.
- Lahmer T, Treiber M, von Werder A et al. (2010). Relapsing polychondritis: An autoimmune disease with many faces. *Autoimmunity Reviews*. 9(8): 540–546.
- Landmann E, Burkhardt B, Zimmermann M. (2017). Results and conclusions of the European Intergroup EURO-LB02 trial in children and adolescents with lymphoblastic lymphoma. *Haematologica*. 102(12): 2086–2096.
- Prahlad Neupane et al. (2015). A case report on acute lymphoblastic leukemia in a 10 days old neonate. *Amer J of Medical Case Reports*. 3(4): 95–97.
- Shrivastava JP, Magnani KK, Tripathi L, Mangal KS. (2016). Congenital acute myeloid leukemia: A rare diagnostic enigma case report with review of literature. *South Asian J Cancer*. 5(4): 212–213.
- Tewari V, Mehta R, Tewari K. (2017). Congenital Acute Leukemia: A Rare Hematological Malignancy. *J Neonatal Biol*. 6(3): 265.

Відомості про авторів:

Чумаченко Ніна Григорівна — к.мед.н., заст. гол. лікаря ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-62-11.

Марушко Тетяна Лемарівна — к.мед.н., с.н.с. відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-62-51. <https://orcid.org/0000-0001-5139-882X>

Головченко Олена Володимирівна — к.мед.н., зав. відділення функціональної діагностики ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-14-46.

Фисун Валентина Миколаївна — засл. лікар України, зав. педіатричного інфекційно-боксованого відділення для дітей молодшого віку ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-62-51.

Марушко Ростислав Володимирович — д.мед.н., керівник відділення медико-інформаційних технологій в педіатрії, акушерстві та гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 484-18-71. <https://orcid.org/0000-0001-7855-1679>

Стаття надійшла до редакції 28.08.2019 р., прийнята до друку 14.12.2019 р.