

в том числе и незрелых ретикулярных клеток с интенсивно базофильной цитоплазмой и крупным нежносетчатым ядром, встречаются фибробласты, фиброциты, эозинофилы, нейтрофилы. Количество лимфоцитов в начальных стадиях болезни сравнительно велико, но по мере ее развития становится все меньше и меньше. Наиболее характерный элемент гранулематозной ткани – гигантские, диаметром до 30–80 мкм, нередко многоядерные клетки Березовского – Штернберга, которые не встречаются при других заболеваниях.

Полная ремиссия опухоли наблюдалась у 15 пациентов (71 %) из 21 исследуемых. У 2 пациентов (10 %) была констатирована частичная регрессия. Общая эффективность лечения составила 81 %.

Стадия заболевания непосредственно оказывала влияние на результаты терапии, и при локализованных формах болезни Ходжкина (I, II) частота регрессии опухоли составила 81 % (13 из 16 пациентов). Результаты лечения генерализованных (III, IV) стадий значительно ниже. Полная ремиссия отмечена только у 2 пациентов из 5 (40 %).

Рецидивы развились в дальнейшем у 5 пациентов (33 %) из 15.

Выводы

В ходе проведения исследования были установлены количественные и морфологические особенности клеток периферической крови в мазках у пациентов с лимфогранулематозом, дана характеристика основных признаков гистологической картины пунктатов лимфатических узлов, проведена оценка лечебной терапии среди пациентов.

Проведенный анализ показывает, что симптоматическая и поддерживающая терапия дает удовлетворительные результаты вследствие значительного расширения ее методов в настоящее время.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Общие принципы диагностики лимфом / Е. А. Демина [и др.] // Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных лимфопролиферативных заболеваний; под ред. И. В. Поддубной, В. Г. Савченко. – 2018. – 26 с.
2. Reduced treatment intensity in patients with earlystage Hodgkin's lymphoma / A. Enger t[et al.] // N Engl J Med. 2010. – 363 с.
3. Моисеева, Т. Н. Протокол диагностики и лечения классической лимфомы Ходжкина / Т. Н. Моисеева, Л. С. Аль-Ради, Е. И. Дорохина // Алгоритмы диагностики и протоколы лечения заболеваний системы крови. – НИИЦ Гематологии. Под ред. В.Г. Савченко. 2018. – 56 с.

УДК 616.15-006.441-006.448-036.12-018.1

С. А. Минчик, Д. В. Кураликов

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ХРОНИЧЕСКИЕ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ И ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ

Введение

Лейкоз – это онкологическое заболевание крови и костного мозга, которое является наиболее распространенным среди детей и подростков. В Республике Беларусь ежегодно диагностируется около 100–120 случаев лейкоза. Наиболее распространенные из них – хронические миело- и лимфолейкозы. В отличие от острых лейкозов, опухоль растет достаточно медленно, вследствие чего нарушения кроветворения развиваются лишь на поздних стадиях развития заболевания.

Симптомы миелолейкоза выражаются в быстрой утомляемости, потливости, спленомегалии до значительных размеров, симптоматики со стороны сердечно-сосудистой системы; при лимфолейкозе – в болях в суставах и головных болях, снижении веса, увеличении лимфатических узлов, селезенки и печени.

Заболеваемость хроническим лимфолейкозом в разных странах колеблется от 0,04 до 3,7 на 100000 населения, пик приходится на возраст 50–70 лет, чаще встречается у мужчин, соотношение заболевших мужчин и женщин составляет в среднем 2:1 [1].

На долю хронического миелолейкоза приходится около 20 % среди всех лейкозов. Ежегодная заболеваемость составляет 1–1,5 на 100000 населения. Мужчины составляют 50–55 % заболевших, медиана возраста пациентов на момент установления диагноза приближается к 60 годам [2].

Цель

Изучить методом микроскопирования мазки крови и определить особенности показателей периферической крови у пациентов, проживающих в г. Гомеле, с миело- и лимфолейкозами.

Материал и методы исследования

При изучении мазков крови, окрашенных по методике Романовского-Гимзе, использовался оптический микроскоп на увеличениях: $\times 4$, $\times 10$, $\times 40$, $\times 100$. Также был использован гематологический анализатор, с помощью которого были проведены количественные исследования клеток крови. Выборку составили 94 пациента в возрасте от 30–70 лет обо-его пола (по 47 человек), мазки крови которых находились в архиве лаборатории городской поликлиники № 7 г. Гомеля.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования среди мазков патологическими оказались 15. В их число входили: 7 мазков с хроническим миелолейкозом, 3 мазка с хроническим лимфолейкозом, 4 мазка с лимфоцитозом и 1 мазок с тромбоцитозом.

Основу исследования составили пролиферативные заболевания крови – лейкозы.

Хронический миелолейкоз представлен лейкоцитозом более 15.000 мкл-1, у 20 % больных лейкоцитоз свыше 100.000 в одном мкл-1. Характерен сдвиг влево до палочкоядерных лейкоцитов, метамиелоцитов, миелоцитов, возможны единичные бластные клетки. В 30 % случаев встречается нормохромная нормоцитарная анемия с подавлением эритропоэза. У 30 % больных встречается тромбоцитоз, реже – тромбоцитопения, что является неблагоприятным прогностическим признаком. Для уточнения диагноза необходима миелограмма.

Важным гематологическим признаком хронического миелолейкоза является увеличение содержания эозинофилов и базофилов разной степени зрелости – базофильно-эозинофильная ассоциация [3]. Количество базофилов в исследуемых мазках составило 5–6 %, эозинофилов – 7 %.

Количество тромбоцитов нормальное или чаще повышенное на мазках с более поздними периодами заболевания. Тромбоцитопения была обнаружена на мазках крови уже с конечной стадией миелолейкоза (15–34 %). Одним из первых признаков заболевания является нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до про- и метамиелоцитов. В мазках был выявлен гиперлейкоцитоз (85–90 %).

Морфология гранулоцитов имеет следующие особенности: в 5 мазках наблюдалась обильная зернистость промиелоцитов и миелоцитов, в оставшихся 2 – зернистость очень скудная. Цитоплазма миелоцитов отличается базофилией, это свидетельствует о их незрелости. Характерен анизоцитоз.

В мазках крови обнаруживаются опухолевые клетки – зрелые малые лимфоциты «штампованные» ядра с конденсированным хроматином. Без ядрышек, с узким обод-

ком цитоплазмы. Помимо малых лимфоцитов могут встречаться более крупные клетки с признаками омоложения (пролимфоциты, параиммунобласты). Основным критерием является увеличение количества В-лимфоцитов до $5 \cdot 10^9$ с определенным фенотипом.

Далее исследовались мазки с хроническим лимфолейкозом (3 мазка). При развернутой картине лейкоза (1 мазок) наблюдались типичные изменения лейкоцитарной формулы в виде выраженного лимфоцитоза, достигающего 80–90 %. При этом лимфобласты не превышали 0,5–2 %. Большинство клеток представлены зрелыми лимфоцитами, обычно их микро- и мезогенерациями. При обычном течении заболевания (2 оставшихся мазка) около 5–9 % клеток составляли пролимфоциты, встречались единичные лимфобласты. Число зрелых нейтрофилов резко уменьшено (8–15 %), незрелые гранулоциты, как правило, отсутствовали или единичные (0,5–1 %).

Характерным гематологическим признаком хронического лимфолейкоза является наличие клеточных теней (тени Боткина – Гумпрехта) в мазках крови [3]. Нередко встречались клетки Ридера.

Тромбоцитопения была обнаружена в 1 мазке крови с лимфолейкозом, что говорит о появлении в костном мозге массивной лимфоидной инфильтрации [4].

Выводы

В ходе проведения исследования, были установлены количественные и морфологические особенности клеток миелоидного и лимфоидного ряда в мазках крови пациентов с такими пролиферативными заболеваниями крови, как миело- и лимфолейкозы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жевак, Т. Н. Хронический лимфолейкоз: современные концепции этиологии, патогенеза и особенностей клинического течения (обзор) / Т. Н. Жевак, Н. П. Чеснокова, Т. В. Шелехова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 2 – С. 377–385.
2. Основы клинической гематологии: учебное пособие / С. А. Волкова, Н. Н. Боровков. – Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, 2013. – 400 с.
3. Патологическая физиология: учебник: в 2 т. / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – 640 с.
4. Патологические аспекты гемобластозов. Лейкозы: учебно-методическое пособие / Л. С. Лемешенок, Ф. И. Висмонт. – Минск: БГМУ, 2019. – 52 с.

УДК 616.7-007.17-053.1

А. В. Мицкевич

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИСТЕМНЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ДИСПЛАЗИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Введение

Врожденные аномалии скелета составляют обширную группу патологий, могут быть изолированными или входить в комплекс синдромов (генных, хромосомных, неклассифицированных) множественных врожденных пороков развития (МВПР), различных костно-костно-хрящевых дисплазий, метаболических болезней, тератогенных и метаболических эмбриопатий и фетопатий [1, 2]. Популяционная частота системных скелетных дисплазий (ССД) в Республике Беларусь составляет 2,3 случая на 10 000 новорожденных. Наиболее частыми ССД среди плодов, прерванных до 22 недель гестации явились