

Стоит отметить, что из общей частоты встречаемости артериальной гипертензии (200 случаев), 191 (95,5 %) случай приходился на первичную АГ и лишь 9 случаев (4,5 %) на вторичную (ренальную) АГ. Это является подтверждением того факта, что ренальная АГ является довольно редко встречающейся патологией.

Выводы

1. По данным проведенного исследования наибольшее распространение получили следующая патология почек: кисты обеих почек (37,4 %), хронический пиелонефрит (24,1 %), диабетический нефросклероз (24,1 %) мочекаменная болезнь и злокачественные опухоли почек (по 14,5 %).

2. Практически во всех протоколах при микроскопическом исследовании почек отмечалась белковая дистрофия эпителия извитых канальцев, очаговый гломерулосклероз, нефросклероз с очаговой лимфоидной инфильтрацией стромы, эластофиброз стенок артерий, полнокровие капиллярных петель клубочков. В некоторых случаях выявлен некроз эпителия извитых канальцев почек.

3. Установлено, что из общей частоты встречаемости артериальной гипертензии (200 случаев), 191 случай (95,5 %) приходился на первичную АГ и лишь 9 случаев (4,5 %) на вторичную (ренальную) АГ. Это является подтверждением того факта, что ренальная артериальная встречается реже, чем первичная.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Материалы сайта Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by>. – Дата доступа: 25.02.2023.
2. Гарсиа-Донаире Ж. А. Кардио-васкулярно-ренальные связи в кардиоренальном континууме / Ж. А. Гарсиа-Донаире, Л. М. Руилопе, Е. В. Воронкова. – СПб: Нефрология, 2013. – С. 11–19.
3. Рябов, С. И. Артериальная гипертензия и почки / С. И. Рябов, Ю. В. Наточин // Функциональная нефрология. СПб: Лань. – 2017. – № 2. – С. 122–130.

УДК 616-006.442-08-052(476.2-25)

С. А. Минчик, Д. В. Кураликов

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ Г. ГОМЕЛЯ

Введение

Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина) представляет собой системное заболевание из группы ретикулезов, характеризующееся опухолевым разрастанием ретикулярной ткани в лимфатических узлах, селезенке, а затем и в других органах. Основные изменения заключаются в увеличении узлов различных областей. При их гистологическом исследовании обнаруживаются очаговые клеточные разрастания типа гранулем, в развитии которых нередко удается проследить 3 стадии. Вначале наблюдается диффузная гиперплазия лимфатического узла, затем происходит очаговое, а в дальнейшем и диффузное разрастание ретикулярных и эндотелиальных клеток, а также клеток молодой соединительной ткани. Особенно характерно появление клеток Березовского – Штернберга – гигантских клеток с 1–3 ядрами, содержащие большие ядрышки. В III стадии развивается фиброз, иногда обнаруживаются также очаги некроза. Для лимфогранулематоза харак-

терна пестрота гистологической картины и одновременное наличие разных фаз лимфогранулематозных разрастаний в различных лимфатических узлах [1].

Селезенка увеличена, плотна, на разрезе из-за наличия массы светло-серых очагов лимфогранулематозных разрастаний приобретает так называемый порфирный вид. Разрастания лимфогранулематозной ткани обнаруживаются и в других органах: желудке, кишечнике, печени и т. д.

Диагностируется лимфогранулематоз у пациентов всех возрастов, включая новорожденных, однако основной масса заболеваемости приходится на возраст 16–35 лет [1].

Цель

Изучить методом микроскопирования мазки крови, определить особенности показателей периферической крови, оценить особенности гистологической картины пунктатов костного мозга у пациентов, проживающих в г. Гомеле, с лимфогранулематозом.

Материал и методы исследования

При изучении мазков крови, окрашенных по методике Романовского-Гимзе, использовался оптический микроскоп на увеличениях: $\times 4$, $\times 10$, $\times 40$, $\times 100$ и гематологический анализатор. Для характеристики пунктатов использовались данные архива лаборатории городской поликлиники № 7 г. Гомеля. Выборку составили 70 препаратов пациентов в возрасте 25–60 лет обоего пола.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования среди мазков патологическими оказались 21, среди них мазки пациентов с генерализованной (5 пациентов) и локализованной (16 пациентов) формами лимфогранулематоза.

При развернутой картине лимфогранулематоза наблюдались типичные изменения лейкоцитарной формулы в виде лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом влево, количество лимфоцитов (абсолютное и относительное) уменьшено. В стадиях III–IV, как правило, наблюдалось сокращение абсолютного числа периферических лимфоцитов (ниже $1200/\text{мм}^3$). В формуле крови встречается часто повышение количества моноцитов (6–8). Эозинофилия присутствует в 30 % мазков. У 90 % пациентов наблюдались полисегментоядерные эозинофилы.

Число тромбоцитов имело тенденцию к повышению. Исследованы случаи с более чем $750\,000$ тромбоцитами на мм^3 (2 мазка).

Для изучения лимфоцитов, использовался тест бластической трансформации на фитогемагглютинации. При локализованных формах болезни ответ лимфоцитов в норме, на поздних стадиях болезни способность трансформации понижена (в среднем 50 % по сравнению с нормой – 70 %) [2].

В 95 % случаев обнаруживалась гипохромная анемия. Лимфогранулематозная анемия может принимать различный характер: она может быть гипохромной; микроцитарной вследствие алиментарного дефицита; макроцитарной, возникающей преимущественно при нарушениях метаболизма фолиевой кислоты; нечасто гемолитической с развитием аутоиммунного механизма [1]. Повышение реакции оседания эритроцитов наблюдалось во время эволютивной фазы лимфомы (80 % мазков). Этот анализ являлся ценным показателем при наблюдении за пациентами. В конечной стадии СОЭ достигало 50–70 мм в час.

Для точного установления диагноза также оценивают уровень церулоплазмينا, а-глобулина, фибриногена и гаптоглобина [2, 3].

Верификация лимфогранулематоза осуществляется только на основании гистологического подтверждения. Увеличенные периферические узлы обязательно подвергают биопсии. Ниже приведены характерные особенности пунктатов всех исследуемых пациентов.

Гистологическая картина, как правило, характеризуется большим разнообразием клеточного состава лимфогранулематозной ткани: много ретикулоэндотелиальных элементов,

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.