

СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА С ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ

Н. О. Сараева, З. Ф. Огнева, А. П. Силин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — акад. МТА и АН ВШ проф. А. А. Майборода, гематологическое отделение областной клинической больницы Иркутска — зав. З. Ф. Огнева)

Резюме. Описан случай хронического миелолейкоза, сочетающегося с лимфаденопатией.

Хронический миелолейкоз (ХМЛ) — опухоль, возникающая из ранних клеток — предшественниц миелопоэза, дифференцирующихся до зрелых форм. Клеточный субстрат лейкоза составляют преимущественно гранулоциты, в основном нейтрофилы (4).

Ведущим клиническим признаком данного заболевания является спленомегалия, а увеличение периферических лимфоузлов встречается редко (1, 2, 3, 4). В связи с этим приводим наше наблюдение.

Больной Л., 20 лет. Поступил в гематологическое отделение областной клинической больницы Иркутска 10.09.97 с жалобами на слабость, быструю утомляемость, температуру до 37,5° С в течение последнего месяца. С июня 1995 по июнь 1997 г. служил в рядах Российской армии (войска МВД). С июня 1995 г. по декабрь 1995 служил в Северске — охрана ядерных объектов, а с января 1996 по июнь 1997 г. — в Ангарске (охрана объектов электролитно-химических заводов). В ноябре 1995 г. находился в военном госпитале Томска с диагнозом: "Геморрагический васкулит кожно-почечная форма". После выписки из госпиталя чувствовал себя удовлетворительно и продолжил службу в войсках. В июне 1997 г. демобилизовался. В течение месяца самочувствие было хорошее, а с августа 1997 г. появились вышеперечисленные жалобы.

Состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. Кожа и видимые слизистые умеренно бледные. Пальпируются все группы периферических лимфатических узлов размером от 0,5 до 1,0 см плотно-эластичной консистенции, не спаянные с подкожно-жировой клетчаткой, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 80 ударов в минуту, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пальпируется край селезенки в положении на правом боку.

Анализ крови:

11.09.97. Эритроциты $3,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 116 г/л, Цп 1.0, СОЭ 34 мм/час, тромбоциты $280,5 \times 10^9/л$ (85), лейкоциты $207,0 \times 10^9/л$, пром/ц — 4, мц — 19, юные — 12, п/я — 35, с/я — 18, э — 2, б — 2, л — 4, м — 4.

Миелограмма 12.09.97: бласты — 2,4%, промиелоциты — 9,0%, миелоциты — 41%, юные — 7,2%, п/я — 11%, с/я — 12,4%, э — 7,2%, м — 1,2%, б — 1,6%, л — 1, 0%, эритробласты — 0,4%, нормобласты: базофильные — 0,6%, полихроматофильные — 4,4%, оксифильные — 0,6%. Лейкоэритробластическое соотношение 16:1. Индекс созревания нейтрофилов — 2,5. Заключение: В костномозговом пунктате увеличено количество миелокариоцитов в основном за счет не-

зрелых форм гранулоцитов. Красный росток представлен единичными экземплярами. Мегакариоцитарный росток количественно сохранен с небольшой отснуровкой тромбоцитов.

22.09.97 была сделана биопсия подмышечного лимфоузла слева. Цитология и цитохимия лимфоузла: В мазках из лимфоузла обнаружены миелоидные элементы, преимущественно зрелые. При окраске на пероксидазу отмечается положительная реакция.

Гистологическое исследование лимфоузла: Рисунок лимфоузла стерт, определяется диффузная лейкозная инфильтрация, представленная клетками гранулоцитарного ряда различной степени дифференцировки.

Заключение: Данные изменения характерны для хронического миелолейкоза.

Данные трепанобиопсии от 19.09.97: Диффузная пролиферация в костном мозге гранулоцитов различной степени дифференцировки, имеются бластные формы клеток. Отмечается полиферация мегакариоцитарного ростка. Заключение: Гистологические изменения соответствуют диагнозу: "хронический миелолейкоз".

УЗС органов брюшной полости от 17.09.97: Печень не увеличена; желчные протоки не расширены, холедох — 0,4 см, портальная вена — 1,1 см; структура печени не однородная, особенно в IV и VII сегменте. Селезенка $15,5 \times 6,3$ см, площадь = 90 см². В области тела поджелудочной железы округлое однородное поле размером 0,5x1,0 см. Заключение: Спленомегалия. Единичный лимфоузел в проекции поджелудочной железы.

Таким образом, особенностью данного случая является лимфаденопатия с миелоидной метаплазией у больного с хроническим миелолейкозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дульцин М. С., Кассирский И. А., Раушенбах М. О. "Лейкозы" — М., 1965. — 226 с.
2. Кассирский И. А., Алексеев Г. А., Клиническая гематология. Москва, 1962. — 374 с.
3. Клиническая гематология под редакцией Шт. Берчану.-Бухарест, 1985. — 641 с.
4. Руководство по гематологии под редакцией А. И. Воробьева.-М., 1985. — Т. 1. —237 с.

The chronic myeloid leukemia case with lymphadenopathy.

N. O. Saraieva, Z. F. Ogneva, A. P. Silin.
(Irkutsk State Medical University)

In the article the chronic myeloid leukemia case with lymphadenopathy is reported. Myeloid methaplasia resulted in the increasing lymphadens.