

# АЛЬВЕОЛДЫҚ (КӨПКАМЕРАЛЫ) ЭХИНОКОККОЗДЫҢ СИРЕК КЕЗДЕСЕТІН ТҮРІ (клиникалық бақылау)

Л.Ж. Оспанова, М.Р. Абдыкасымова, А.Н. Ермекбаева, И.С. Толаметов,  
Ф.Ж. Төребекова, Ш.М. Уайділда, К.И. Умурзаков, М.А. Хабиева  
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

## Аннотация

Эхинококкоз-адамдарда жиі кездесетін көптеген паразиттік аурулардың бірі. Аурудың ең көп жағдайлары ауылшаруашылық қызметі басым елдерде байқалады. Эхинококкозға келесі аумақтар тән: Армения Республикасы, Абхазия, Грузия, Дағыстан, Кабардино-Балкария, Шешенстан, Тәжікстан. Қазақстан да осы паразиттің эндемиялық таралу аймағына жатады. Эхинококкоз кез-келген жаста кездеседі.

Альвеолярлы эхинококкоз гидатиозды эхинококкоз сияқты аурудың дәл клиникалық көрінісін тудырады. Айырмашылығы - бұл эхинококк бір үлкен кистаны емес, кішкентай диаметрлі бірнеше кисталық блистерді құрайды.

Альвеолярлы эхинококкоздың салдары әлдеқайда нашар, өйткені ағзаны жою арқылы кисталар оның жеткіліксіздігіне әкеледі, сонымен қатар қан арқылы барлық мүшелер мен тіндерге тез таралады. Мұндай эхинококкозды емдеу әсіресе қиын.

**Кілт сөздер:** альвеолярлы эхинококкоз, цистикалық везикулалар, онкосфера, бауыр эхинококкозы.

## A RARE CASE OF ALVEOLAR (MULTICAMERAL) ECHINOCOCCOSIS (clinical case)

L.Zh. Ospanova, M.R. Abdykasymova, A.N. Yermekbaeva, I.S. Tolametov,  
F.Zh. Torebekova, Sh.M. Uaidilda, K.I. Umurzakov, M.A. Khabieva  
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

## Summary

Echinococcosis is one of the many parasitic diseases often found in humans. The most numerous cases of the disease are observed in countries where agricultural activity dominates. The following territories are endemic for echinococcosis: the Republic of Armenia, Abkhazia, Georgia, Dagestan, Kabardino-Balkaria, Chechnya, Tajikistan. Kazakhstan also belongs to the endemic distribution zone of this parasite. Echinococcosis occurs at any age.

Alveolar echinococcosis causes exactly the same clinical picture of the disease as with hydatidous echinococcosis. The only difference is that this echinococcus forms not one large cyst, but several cystic blisters of small diameter.

The consequences of alveolar echinococcosis are much more deplorable, since, destroying the organ, cysts lead to its insufficiency, and also quickly spread through the blood to all organs and tissues. It is especially difficult to treat such echinococcosis.

**Key words:** alveolar echinococcosis, cystic bladder, oncosphere, liver echinococcus.

УДК: 616.155.392.2-07

МРНТИ: 76.29.29.

## СЛУЧАЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Л.Ж. Оспанова, Н. Амантайқызы, А.Қ. Ақылбек, Н.П. Әбіл, Г.Қ. Қожабаева,  
А.Д. Абылханова, Қ.Б. Тайлықова  
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

## Аннотация

Хронический лимфолейкоз - это онкологическое заболевание лимфатической ткани, при котором опухолевые лимфоциты накапливаются в периферической крови, костном мозге и лимфатических узлах. В отличие от острых лейкозов, опухоль растет достаточно медленно, вследствие чего нарушения кроветворения развиваются лишь в поздних стадиях развития заболевания. Нарушение костномозгового кроветворения, вызванное опухолевым ростом в костном мозге, ведет к развитию анемии (снижению числа эритроцитов в крови) и тромбоцитопении (снижению числа тромбоцитов). Для верификации диагноза важно исследование миелограммы.

Чаще всего первым симптомом хронического лимфолейкоза является увеличение размеров лимфатических узлов. Вследствие увеличения селезенки, возможно возникновение ощущения тяжести в животе. Нередко больные испытывают значительную общую слабость, теряют вес, у них повышена частота развития инфекционных заболеваний.

Симптомы развиваются постепенно, в течение длительного времени. Примерно в 25% случаев заболевание обнаруживают случайно при анализе крови, назначенном по другому поводу (диспансеризация, обследование по поводу негематологического заболевания).

**Ключевые слова:** *хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ), сплено-гепатомегалия, гемморагический синдром, миелограмма.*

**Введение.** Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) характеризуется прогрессирующим накоплением фенотипически зрелых злокачественных В-лимфоцитов. Первичные места заболевания включают периферическую кровь, костный мозг, селезенку и лимфоузлы. Симптоматика заболевания может отсутствовать или проявляться лимфоаденопатией, сплено-гепатомегалией, утомляемостью, лихорадкой и ночными приливами, потерей веса [1]. Хронические лимфопролиферативные заболевания наиболее часто встречаются у мужчин в возрасте старше 60 лет, пик заболеваемости приходится на 80-85 лет. ХЛЛ составляет около 40% от всех лейкозов у лиц старше 65 лет. Ежегодная заболеваемость составляет 3-3,5 на 100 000 населения в год, мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины [1; 2].

В периферической крови со стороны красной крови вначале заболевания никаких изменений нет – количество гемоглобина, эритроцитов в пределах референтных величин. Затем развивается анемия, которая обычно имеет гемолитический характер. Со стороны лейкоцитов – характерен абсолютный лимфоцитоз – от 45 до 90-95% в периферической крови (по данным гемогаммы) и костном мозге (по данным миелограммы) [3], что имело место в нашем случае.

Согласно литературным данным лимфоидные клетки (зрелые и переходные) составляют до 20% клеток костного мозга. Увеличение количества лимфоидных элементов до 20% и более при нормальном или увеличенном числе миелокариоцитов является признаком хронического лимфолейкоза или лейкомиоза лимфомы. Увеличение числа лимфоидных элементов на фоне сниженного числа миелокариоцитов является признаком апластической анемии или агранулоцитоза [4].

В данном случае имело место нетипичное начало хронического лимфолейкоза (острое течение, осложнение в виде геморрагического синдрома, абсолютное снижение лейкоцитов в периферической крови, отсутствие в анамнезе ранее выявленного и леченного ХЛЛ), что представляло трудность диагностики. Однако в доступной литературе нами не найдено описания случаев дебюта хронического лимфолейкоза в виде геморрагических осложнений. По литературным данным в виде дебюта заболевания чаще встречаются такие нозологии, как ангины, отиты, бронхиты, пневмонии [2].

**Материалы и методы.** В отделении терапии ГКБ №4 поступил мужчина С.Д.Ш. 1962 г.р. (ИБ-№10448) с жалобами на кровотечение из десен, резкую слабость, недомогание, головные боли, сердцебиение. Больной экстренно госпитализирован в отделение реанимации.

Из анамнеза: кровоточивость десен заметил около 3-х месяцев назад, но не обратил внимания. Далее стал замечать, что они «стали чаще и больше». Ухудшение самочувствия отмечает в последнюю неделю – участились кровотечения из десен, усилилась слабость вплоть до того, что не мог «встать с постели», на теле

появились «синяки», пропал аппетит. При тщательном опросе выяснено, что за последние 3 месяца больной похудел на 7 кг, периодически беспокоила температура в пределах 37,2 - 37,60 и боли в животе.

Ранее перенесенные заболевания, как инфекционный гепатит, туберкулез отрицает, но отмечает, что в последние 2 года стал чаще болеть гриппом, насморком. Всегда лечился дома. Переливание крови, аллергические реакции, оперативные вмешательства отрицает. Курит в течение 37 лет, по 1 пачке в день.

**Результаты исследования.** Работает маляром в течение 7 лет, последние 6 месяцев малярные работы проводились в спортивных залах школ города, при этом помещения были закрыты.

Объективно: Т-ра- 38-38,50. Состояние тяжелое, в сознании, на вопросы отвечает правильно, но очень тихим голосом. Телосложение правильное, питание снижено. Кожа и видимые слизистые бледные. На коже плеч, предплечий, боковых поверхностей живота имеются подкожные кровоизлияния разных размеров. Периферические лимфоузлы - подчелюстные, надключичные, подмышечные справа и паховой области слева - одиночные, увеличены, размером от 1,0 до 3,3 см, мягкие, подвижные; при пальпации безболезненные.

Сердце – имеется умеренное расширение левой границы влево. Аускультативно – тоны громкие, учащены, короткий систолический шум на верхушке. PS -96в мин. АД -130/90 ммртст.

Легкие – грудная клетка несколько эмфизематозна. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации выслушиваются единичные сухие хрипы на фоне жестковатого везикулярного дыхания.

Язык влажный, на деснах и губах имеются небольшого размера сгустки крови. Живот мягкий, чувствителен в правом подреберье, где пальпируется увеличенная печень, плотноватая, край заострен. Размеры по Курлову составляют - 14\*11\*10см. Селезенка увеличена, выступает из-под края реберной дуги, длинник равен -13см, поперечник составляет 8 см.

Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул оформлен.

На основании объективных данных и анамнеза был выставлен предварительный диагноз: «Острый лейкоз». Больной экстренно госпитализирован в отделение реанимации.

Лабораторно-диагностические исследования в динамике наблюдения (с 13.02.2020 по 15.02.2020 г.):

ОАК (6 параметров) на анализаторе гематокрит (HCT) в крови – 19,60000 %; гемоглобин (HGB) в крови - 76,00000 г/л -71,00000 г/л; лейкоциты в крови – 0,200000 /л-0,300000 /л; относительное (%) количество лимфоцитов (LYM%) в крови - 70,00000 % -78,00000 % - 89,00000 %; количество нейтрофилов (NEUT%) в крови - 28,00000 % - 30,00000 %; СОЭ (анализатор) - 64,00000 мм/ч; тромбоциты (PLT) в крови - 2,20000 - 2,20000 - 54,00000/л; эритроциты (RBC) в крови -

2,20000 /л- 3,00000 /л; цветовой показатель - 0,81000 - 0,80000; количество нейтрофилов (NEUT%) в крови - 28,00000; - 30,00000 /л;

Общий белок на анализаторе общий белок в сыворотке крови - 59,90000 г/л; Мочевина на анализаторе мочевины в сыворотке крови - 7,90000 ммоль/л; Креатинин на анализаторе креатинин в крови - 92,20000 мкмоль/л-108,70000мкмоль/л; Общий Вi на анализаторе общий билирубин в сыворотке крови - 34,40000 - 53,60000 мкмоль/л; АСаТ на анализаторе - 32,70000 МЕ/л ; АЛаТ на анализаторе АЛаТ - 44,90000 МЕ/л; Глюкоза в сыворотке крови на анализаторе глюкоза в сыворотке крови - 10,30000-9,46000 ммоль/л; Общая α-амилаза на анализаторе в сыворотке крови - 22,00000 МЕ/л; Холестерин на анализаторе в сыворотке крови - 2,70000 ммоль/л; Фибриноген на анализаторе QFA (расчетный) - 0 г/л; фибриноген - 4,4 г/л - 4,64 г/л; ПВ-ПТИ-МНО на анализаторе) - 0,92000 - 0,79000; ПТИ анализатор - 99,70000% - 95,10000 %;

ОАМ на анализаторе глюкоза в моче - 0,00000 ммоль/л; кетоновые тела в моче - 0,00000 ммоль/л; лейкоциты в моче (анализатор) - 4,00000 в мкл; относительная плотность (удельный вес) мочи - 1 019,00000; прозрачность мочи - прозрачная; цвет мочи - насыщенный желтый; эритроциты в моче - 15,00000 эритроцитов в мкл;

Инструментальные исследования (13.02.2020, 21:30):  
- УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка).

Печень – контуры ровные; эхоструктура – неоднородная; эхоплотность – повышена. Правая доля - 14,6 см; Левая доля - 11,2 см, ПВ - 1,4 см. ПОХ - 0,4 см.

Желчный пузырь - грушевидной формы. Размеры - 5,7 см\*2,6 см, стенка - 0,5 см. В просвете имеется густая взвесь.

Поджелудочная железа. Контуры – ровные. Эхоструктура - однородная. Эхоплотность – повышена, головка - 2,3 см, тела - 1,6 см, хвост - 2,0 см.

Селезенка - контуры ровные, эхоструктура - неоднородная, эхоплотность – повышена, размеры - 12,3 см\*5,8 см, S~66,0 см кв. Селезеночная вена - 0,5 см.

**Заключение.** Диффузные изменения в паренхиме печени, поджелудочной железы. Гепатоспленомегалия. Холецистит.

На основании полученных результатов субъективного и объективного исследований (лимфоцитоз - 70,00000 - 78,00000% - 89,00000%; анемия (Hb - 76г/л , тромбоцитопения - 2,20000 - 2,20000 - 54,00000/л /мкл; (NEUT%) в крови - 28,00000 % - 30,00000 %; в сочетании со следующими синдромами, как лимфаденопатический; спленомегалический; анемический; геморрагический и интоксикационный, нами выставлен диагноз:

Хронический лимфолейкоз, лейкоминая форма, терминальная. стадия, агрессивное течение, осложненное кровотечением. Дифференцировать с апластической анемией, острым лимфобластным лейкозом. Для верификации диагноза нами проведена консультация гематолога и исследование миелограммы.

Миелограмма от 15.02.20г. Результат подсчитан из 6 стекол. КМ малоклеточный, почти опустошен, представлен всеми видами клеток. Гранулоцитарный росток сохранен. Нормобластический тип кроветворения. Соотношение лейко/эритро 1:1. Мегакарициты обнаружены, отшнуровка тромбоцитов отмечается. Отмечается раздражение лимфоидного ростка на уровне лимфоидных клеток. Отмечается раздражение миелоидного, эритроцитарного, мегакариоцитарного ростков кроветворения. Бласты - 0,1%, промиелоциты - 0,1%, миелоциты - 0,2%, метамиелоциты - 0,6%, п/я - 2,8, с/я - 6,2%, лимфоциты - 88,8, моноциты - 0,8, эозинофилы - 0,2, плазматические клетки - 0,2%, оксифильные нормоциты - 5,6%.

Полученные результаты миелограммы показали, что при сохранении нормобластического типа кроветворения нарушено лейко/эритроцитарное соотношение в сочетании выраженным лимфоцитозом с сохранением промежуточных клеток, что больше свидетельствует о лимфопролиферации, нежели об апластической анемии, для которой характерно опустошение костного мозга, абсолютная панцитопения. Отсутствие «лейкемического провала», сохранение нормобластического типа кроветворения в миелограмме, постепенное начало заболевания помогает исключить острый лимфобластный лейкоз.

Для дальнейшего исследования согласно ПДЛ (иммунофенотипирование периферической крови, цитогенетическое исследование костного мозга) больной направлен в специализированную клинику.

#### Список литературы:

1. Ashkan Emad , Jennie York Law. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ). University of Maryland. Чат/Справочник MSD/ Профессиональная версия. December. 2018.
2. Архипов Е.В., Сафиулина С.И. Клинический случай наблюдения пациента с дебютом ХЛЛ. Ж/ Вестник современной клинической медицины. 2011.Т.4.выпуск 2. С.52-54.
3. Клинический протокол диагностики и лечения хронического лимфолейкоза. ЭС МЗ РК от «9» июля 2015 года Протокол № 6.
4. Т.П. Стемпень, С. В. Лелевич. Клиническая лабораторная гематология. Пособие для студентов медико-диагностического факультета. Гродно 2016.С.142-151.

**СОЗЫЛМАЛЫ ЛИМФОЛЕЙКОЗДЫҢ ЖЕДЕЛ АҒЫМЫ**  
(клиникалық бақылау)

**Л.Ж. Оспанова, Н. Амантайқызы, А.Қ. Ақылбек, Н.П. Әбіл, Г.Қ. Қожабаева,**  
**А.Д. Абылханова, Қ.Б. Тайлықова**  
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

**Аннотация**

Созылмалы лимфолейкоз-бұл лимфа тінінің қатерлі ісігі, онда ісік лимфоциттері перифериялық қанда, сүйек кемігінде және лимфа түйіндерінде жиналады. Жедел лейкоздардан айырмашылығы, ісік өте баяу өседі, нәтижесінде гемопоэздің бұзылуы аурудың дамуының соңғы кезеңдерінде ғана дамиды. Сүйек кемігіндегі ісік өсуінен туындаған сүйек кемігінің гемопоэзінің бұзылуы анемияның дамуына (қандағы эритроциттер санының төмендеуі) және тромбоцитопенияға (тромбоциттер санының төмендеуі) әкеледі. Диагнозды тексеру үшін миелограмманы зерттеу маңызды.

Көбінесе созылмалы лимфолейкоздың алғашқы симптомы-лимфа түйіндерінің мөлшерінің ұлғаюы. Көкбауырдың ұлғаюына байланысты асқазанда ауырлық сезімі пайда болуы мүмкін. Көбінесе пациенттер айтарлықтай жалпы әлсіздікке ұшырайды, салмағын жоғалтады, жұқпалы аурулардың даму жиілігі артады. Симптомдар ұзақ уақыт бойы біртіндеп дамиды. Шамамен 25% жағдайда ауру басқа себеппен тағайындалған қан анализінде кездейсоқ анықталады (медициналық тексеру, гематологиялық емес ауруды тексеру).

**Кілт сөздер:** созылмалы лимфоцитарлық лейкоз (ХЛЛ), сплено-гепатомегалия, геморрагиялық синдром, миелограмма.

**CASE OF ACUTE COURSE OF CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA**  
(clinical case)

**L.Zh. Ospanova, N. Amantaikyzy, A.K. Akylbek, N.P.Abil, G.K. Kozhabaeva,**  
**A.D. Abylkhanova, K.B. Tailakova**  
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

**Summary**

Chronic lymphocytic leukemia is an oncological disease of the lymphatic tissue in which tumor lymphocytes accumulate in the peripheral blood, bone marrow and lymph nodes. Unlike acute leukemia, the tumor grows rather slowly, as a result of which hematopoiesis disorders develop only in the later stages of the disease. Violation of bone marrow hematopoiesis caused by tumor growth in the bone marrow leads to the development of anemia (a decrease in the number of red blood cells in the blood) and thrombocytopenia (a decrease in the number of platelets). To verify the diagnosis, it is important to study the myelogram.

Most often, the first symptom of chronic lymphocytic leukemia is an increase in the size of the lymph nodes. Due to the enlargement of the spleen, there may be a feeling of heaviness in the abdomen. Often, patients experience significant general weakness, lose weight, and have an increased incidence of infectious diseases. Symptoms develop gradually over a long period of time. In about 25% of cases, the disease is detected accidentally during a blood test prescribed for another reason (medical examination, examination for a non-hematological disease).

**Key words:** chronic lymphocytic leukemia (CLL), splenic-hepatomegaly, hemorrhagic syndrome, myelogram.