

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

"Утверждено"

на заседании кафедры
внутренней медицины №1

Заведующий кафедрой

Профессор Скрыпник И.Н.

Протокол № 2 от 15.09.2016 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

<i>Учебная дисциплина</i>	Внутренняя медицина
<i>Модуль</i>	Основы внутренней медицины
<i>Содержательный модуль</i>	Основы диагностики, лечения и профилактики болезней крови и кроветворных органов
<i>Тема занятия</i>	Хронические лейкомии
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2016 г.

I. Актуальность проблемы: Лейкозы (лейкемии) - злокачественные опухоли кроветворной ткани с первичной локализацией в костном мозге и последующей диссеминацией в периферическую кровь, селезенку, лимфатические узлы и другие органы. Заболеваемость всеми видами лейкозов составляет около 13 случаев на 100 000 населения в год. Чаще болеют мужчины. Острым лимфатическим лейкозом болеют преимущественно дети, острым и хроническим миелоидным лейкозом болеют лица более старшего возраста.

II. Учебные цели.

A) Студент должен знать:

- Этиологию и патогенез лейкозов;
- Определение и классификацию лейкозов;
- Закономерности развития проявлений и осложнений лейкозов;
- Диагностику основных проявлений и осложнений лейкозов;
- Принципы лечения лейкозов.
- Определение и классификацию лейкомоидных реакций;
- Основные причины возникновения лейкомоидных реакций с нейтрофильным, эозинофильным, лимфоцитарным, моноцитарным типом;

Б) Студент должен уметь:

- Провести опрос и физикальное обследование больного, определять субъективные и объективные симптомы, указывающие на возможное наличие у пациента лейкоза;
- На основании жалоб, анамнеза заболевания и жизни, результатов объективного обследования больного выдвинуть гипотезу о нозологической принадлежности лейкозов;
- Провести дифференциальную диагностику лейкозов с лейкомоидными реакциями;
- Составить и обосновать план дальнейшего диагностического поиска (перечень лабораторных и инструментальных методов) для уточнения диагноза;
- Трактовать данные дополнительных методов обследования больного с целью формулирования диагноза;
- Составить план лечения пациента с лейкозом и его осложнениями

III. Содержание темы

Гемобластоз - опухоль кроветворной ткани

ЛЕЙКОЗ - гемобластоз, что первично возникает в красном костном мозге.

Распределение лейкоза на острый и хронический определяется морфологическим составом опухолевых клеток.

Острый лейкоз - это опухоль из бластов (первые 4 класса кроветворения).

Хронический лейкоз - это опухоль из зрелых и созревающих клеток (V, VI класса кроветворения).

Острый лейкоз никогда не переходит в хронический. Опухоли навсегда утратили способность к дифференциации

Этиология, патогенез. Причиной возникновения лейкоза могут быть нарушения состава и структуры хромосомного аппарата, наследственно обусловленные или приобретенные под влиянием мутагенных факторов (ионизирующая радиация, химиотерапия, химические мутагены, употребление цитостатиков - имуран, циклофосфан, лейкаран).

При любом лейкозе происходит расселение по организму клона клеток-потомков одной клетки, сначала мутировала. Нестабильность генотипа злокачественных клеток при лейкозах обуславливает появление в первоначальном опухолевом клоне новых клонов, среди которых в процессе жизнедеятельности организма, а также под влиянием лекарственных средств

"отбираются" сами автономные клоны. Этим феноменом объясняется прогрессивностью течения лейкоза, отход из-под контроля цитостатиков.

Стадии лейкозов:

1. Начальная (оценивается ретроспективно)

2. Выраженных клинико-гематологических проявлений:

I. острый период (атака) - от момента диагностики до выхода больного в клинико-гематологической ремиссии.

II. Клинико-гематологическая ремиссия:

- Полная - отсутствие клиники, нормальный общий анализ крови, нормальный костный мозг + отсутствуют мутантные клетки в пунктате костного мозга

- Неполная

3. Рецидив (60-70% больных)

4. Терминальный период (период осложнений).

Морфологические (цитохимические) формы:

1. лимфобластный

2. миелобластный.

Лейкоз острый

Клиника:

И. Начальная стадия, с неспецифическими жалобами (астено-вегетативный синдром, «маски» ангины, гингивита, ОРВИ, ревматизма. Уже есть характерные изменения в анализе крови.

II в. Клинических проявлений:

1. гиперпластический синдром (опухолевого роста) - оссалгия, стерналгия;

2. лейкемическая инфильтрация: увеличение лимфатических узлов (безболезненные, плотноэластическую, подвижные, не связанные с очагом инфекции), гепато- спленомегалия, инфильтрация десен, миндалин, нейролейкемия;

3. лейкемическая интоксикация: лихорадка без инфекционного агента, прогрессирующая потеря веса, отсутствие аппетита, тошнота, общая слабость);

4. гипоксическое (тощий) синдром: бледность, сонливость, одышка, головокружение,

5. геморрагический (тромбоцитопеничный) по петехиально-пятнистым типу, синяки, носовые, желудочно-кишечные, внутримозговые кровотечения

6. инфекционный (нейтропенический): инфекции ротовой полости, верхних дыхательных путей (стоматит, гингивит, ангина, фарингит), пневмонии, энтеропатии, сепсис язвенно-некротического характера.

Клинические варианты:

- анемический;
- язвенно-некротический;
- геморрагический;
- септический;
- гепатолиенальный;
- туморозный;
- смешанный.

III. Терминальная стадия, осложнения:

• выраженная эндогенная интоксикация (кахектичных, дистрофические изменения органов и тканей);

- токсический гепатит, нефрит, миокардиодистрофия;

- профузное кровотечения, кровоизлияния в головной мозг;
- инфекционные заболевания;
- энтеропатии (перфорации, кровотечения)
- синдром лизиса опухоли при лечении цитостатиками с развитием острой почечной недостаточности.

У взрослых чаще встречается миелобластный лейкоз, который сопровождается выраженной интоксикацией, повышением температуры тела. В начале заболевания печень и селезенка обычно нормальных размеров, лимфатические узлы не увеличены, вместе с тем нередко встречается панцитопения.

Острый лимфобластный лейкоз чаще встречается у детей. Как правило, с самого начала протекает с лимфаденопатией, увеличением селезенки, оссалгия. В крови вначале может отмечаться лишь умеренная нормохромная анемия, лейкопения, но в костном мозге - тотальный бластоз.

Диагностика острого лейкоза

1. общий анализ крови: бласты в составе лейкоцитарной формулы
лейкемический провал
панцитопения
увеличение СОЭ
2. стеральная пункция:
 - Бласты более 20%
 - Редукция эритроцитарного, гранулоцитарного, мегакариоцитарного ростков кроветворения
3. цитохимические исследования бластов.
4. иммунотипирования: выявление поверхностных антигенов на бластных клетках методом проточной цитометрии.
5. цитогенетический анализ для выявления мутаций в бластов.
6. трепанобиопсия - для оценки состояния костного мозга и стромы - соединительной ткани, что его окружает.

Лечение. При остром лейкозе показана срочная госпитализация.

1. Программность лечения Применяют комбинированное введение цитостатиков для подавления поликлонового роста опухоли и достижения ремиссии.
2. Этапность лечения:
 - индукция ремиссии - проводится в первый острый период;
 - консолидация ремиссии - полихимиотерапия проводится в период ремиссии;
 - поддерживающее цитостатическое лечение с периодами реконсолидации 2 раза / год 5 лет. Если нет рецидива - выздоровление, при рецидиве - начинаем с индукции ремиссии.
 - профилактика нейрорлейкемии: интратекально вводят метотрексат, цитозар, преднизолон.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОЛЛ

1. Индукция ремиссии (первая фаза) в 1-4-й неделе (Ин-1):
 - Винкристин 2 мг / сутки в / в струйно в 1, 8, 15, 22-й день;
 - Доксорубин 30 мг / м² / сутки (у больных старше 35 лет - 25 мг / м² / сут) в / в 30-минутной инфузии в 1, 8, 15, 22-й день;
 - Преднизолон 60 мг / м² / сут per os в 3 приема в 1-28-й день, с 29-го дня доза уменьшается за неделю до полной отмены;

- Аспарагиназа 5000 ЕД / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии каждый второй день с 15-го до 28-го дня; у больных с аллергической реакцией на аспарагиназы в анамнезе показано применение пегаспаргазы в дозе 1000 ЕД / м2 на 15-й день;

- Метотрексат 15 мг интратекально в 1-й день.

При достижении ремиссии у больных ОЛЛ (количество бластов <5% в контрольной миелограмме на 28-й день индукции ремиссии) проводят следующие этапы лечения. В случае отсутствия ремиссии проводят лечение как и больных высокой группы риска, начиная с первого фазы индукции ремиссии.

2. Индукция ремиссии (вторая фаза) на 5-8-й неделе (Ин-2):

- Циклофосфамид 1000 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 29, 43 и 57-й день;

- Цитарабин 75 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 31-34, 38-41, 45-48, 52-55-й день;

- Меркаптопурин 60 мг / м2 / сут per os с 29 по 56-й день;

- Метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 29, 36, 43, 50-й день.

3. Профилактика нейролейкемии на 9-12 неделю (ТГТ):

- Облучение головы в дозе 24 Гр.

4. Ранняя консолидация ремиссии (HD-Mtx + Asp) на 13-й неделе:

- Метотрексат 1500 мг / м2 / сутки в / в (1/10 дозы вводят в течение 30 минут и 9/10 дозы - в последующие 23,5 часа) в 1-й и 15-й день;

- Аспарагиназа 10000 МЕ / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии во 2-й и 16-й день;

- Меркаптопурин 25 мг / м2 / сут per os в 1-5-й и 15-19-й день.

5. Ранняя консолидация (Vp + Ara-C) на 17-й неделе:

- Цитарабин 75 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 1-5-й день;

- Этопозид 60 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии на 1 5-й день;

- Профилактика нейролейкемии метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 1-й день.

6. реиндукции ремиссии (первая фаза) на 21-24-й неделе (Р-1):

- Винкристин 2 мг / сутки в / в струйно в 1, 8, 15, 22-й день реиндукции;

- Доксорубин 25 мг / м2 / сутки в / в 30-минутной инфузии в 1, 8, 15, 22-й день реиндукции;

- Преднизолон 60 мг / м2 / сут per os в 3 приема с 1-го по 28-й день реиндукции, с 29-го дня доза уменьшается за неделю до полной отмены;

- Профилактика нейролейкемии метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 1-й и 28-й день реиндукции.

7. реиндукции ремиссии (вторая фаза) на 25-26-й неделе (Р-2):

- Циклофосфамид 650 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 29-й день реиндукции;

- Цитарабин 75 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 31-34, 38-41-й день реиндукции;

- Тиогуанин 60 мг / м2 / сут per os с 29-го по 42-й день реиндукции.

8. Поздняя консолидация ремиссии (HD-Mtx + Asp) на 33-й и 45-й неделе:

- Метотрексат 1500 мг / м2 / сутки в / в (1/10 дозы вводят в течение 30 минут и 9/10 дозы - в последующие 23,5 часов) в 1-й и 15-й день;

- Аспарагиназа 10000 МЕ / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии во 2-й и 16-й день;

- Меркаптопурин 25 мг / м2 / сут per os в 1-5-й и 15-19-й день.

9. Поздняя консолидация (Vp + Ara-C) на 39-й и 51-й неделе:

- Цитарабин 75 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 1-5-й день;
- Этопозид 60 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии на 1 5-й день;
- Профилактика нейрорлейкемии метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 1-й день.

10. Введение меркаптопурина и метотрексата (6-MP + Mtx) на 29 31 и, 37-й, 40-43-й, 49-й и 52-й неделе:

- Меркаптопурин 60 мг / м2 / сут per os ежедневно;
- Метотрексат 20 мг / м2 / сутки в / в в 1-й день недели.

Поддержания ремиссии

Продолжительность поддерживающей терапии - с 13-го до 30-го месяца со дня начала лечения.

Вариант А:

- меркаптопурин 60 мг / м2 / сут per os каждый день;
- метотрексат 20 мг / м2 / сутки в / в или per os 1 раз в неделю;
- профилактика нейрорлейкемии метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 1-й день с 14-го месяца каждые 2 месяца;
- цитологический контроль костного мозга каждые 6 месяцев.

Вариант В:

Такой же, как и вариант А, со следующими особенностями:

- отмена меркаптопурина и метотрексата в 18-й, 24-й и 30-й месяцы;
- перерыва меркаптопурина и метотрексата на последней неделе 14, 16, 20, 22, 26, 28-го месяцев
- включение ротационных блоков полихимиотерапии;
- профилактика нейрорлейкемии метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 1-й день 14-, 16-, 20-, 22-, 26- и 28-го месяцев
- цитологический контроль костного мозга каждые 6 месяцев.

1-й курс (Cph + MD-Ara-C) на 14, 20 и 26-й месяц:

- циклофосфамид 1000 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 1-й день месяца;
- цитарабин 500 мг / м2 / сутки в / в 3-х часовой инфузии в 1-й день месяца;
- профилактика нейрорлейкемии метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 1-й день месяца.

2-й курс (Vp + Ara-C) на 16, 22 и 28-й месяц:

- Цитарабин 75 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии в 1-5-й день месяца;
- Этопозид 60 мг / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии на 1 5-й день месяца;
- Профилактика нейрорлейкемии метотрексат 15 мг + цитарабин 40 мг + дексаметазон 4 мг интратекально в 1-й день месяца.

3-й курс (HD-Mtx + Asp) на 18, 24 и 30-й месяц:

- Метотрексат 1500 мг / м2 / сутки в / в (1/10 дозы вводят в течение 30 минут и 9/10 дозы - в последующие 23,5 часов) в 1-й и 15-й день месяца;
- Аспарагиназа 10000 МЕ / м2 / сутки в / в 60-минутной инфузии во 2-й и 16-й день месяца,- Меркаптопурин 25 мг / м2 / сут per os в 1-5-й и 15-19-й день месяца.

При остром миелобластном лейкозе основными препаратами, которые используются для достижения ремиссии является цитозар и рубомицин (адриамицин) в комбинации "7 + С": цитозар вводят 7 дней 200 мг / м2 / сутки напролет или по 200 мг / м2 в течение 2 ч в / в 2 раза / сут; рубомицин - 45 мг / м2 в / в (30 мг / м2 после 60 лет) в 1-й, 2-й и 3-й дни курса. К цитозара

и рубомицин может быть добавлен 6-меркаптопурин, назначаемый каждые 12 ч в дозе 50 мг / м², при этом дозу цитозара уменьшают до 100 мг / м², что каждые 12 ч. Цитозар вводится 8 дней, 6-меркаптопурин - с 3-го по 9-й день.

Для поддержки ремиссии используют или комбинацию цитозара и рубомицином (курс «7 + 3»), предназначенной каждого месяца с интервалом 2,5 - 3 недели, или 5-дневное введение цитозара п / к по 100 мг / м² каждые 12 ч в сочетании (в первый день курса) с одним из таких цитостатиков, как циклофосфан (750 мг / м²) или рубомицин (45 мг / м²) или винкристин (1,4 мг / м²) и преднизолон (40 мг / м² с 1-го по 5-й день) или метотрексат (30 мг / м²). Поддерживающую терапию продолжают 5 лет. Всем больным проводят профилактику нейтролейкемии введением метотрексата в дозе 12,5 мг / м² (максимум 15 мг) после достижения ремиссии.

Лейкоз хронический

Хронический миелолейкоз - опухоль костного мозга из зрелых и созревающих клеток - гранулоцитов

Стадии хронического миелолейкоза:

I - начальная: клинически не проявляется;

II - развернутой клиники – стадия акселерации:

- Астенический синдром

- Тоший синдром

- Геморрагический синдром

- Инфекционный синдром

- Синдром лейкемической инфильтрации

- Гепатоспленомегалия

- Увеличение лимфатических узлов редко

- Подагрический синдром с поражением почек (клеточный распад, лечение цитостатиками)

В анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом в формуле до миелоцитов и промиелоцитов

базофильно-эозинофильная ассоциация

тромбоцитоз, который переходит в тромбоцитопения.

Миелограмма: полное вытеснение жира гранулоцитарным ростком

бедность зернистости гранулоцитов

уменьшение в зрелый нейтрофилах щелочной фосфатазы

Развернутая стадия длится в среднем 4 года. При правильной терапии состояние больных остается удовлетворительным, они сохраняют работоспособность, ведут обычный образ жизни при амбулаторном наблюдении и лечении.

III - терминальная стадия (стадия бластного криза) сопровождается лихорадкой, быстро прогрессирующим истощением, болью в костях, резкой слабостью, быстрым увеличением селезенки, печени, иногда увеличением лимфатических узлов. Для этой стадии характерна редукция нормальных ростков кроветворения - анемия, тромбоцитопения, что осложняется геморрагическим синдромом, гранулоцитопения, что осложняется инфекцией, некрозами слизистых оболочек. Важнейшей гематологической признаком терминальной стадии хронического миелолейкоза является бластный кризисов - увеличение содержания бластных клеток в костном мозге и крови. Продолжительность жизни больных в этой стадии чаще не превышает 6-12 мес.

Лечение хронического миелолейкоза проводят с момента установления диагноза. Препаратами первой линии в лечении впервые диагностированной ХМЛ является иматиниб в дозе 400 мг в сутки per os. Иматиниб назначается постоянно до тех пор, пока больной чувствителен к препарату (развитие рефрактерности, субоптимальный ответ). Иматиниб является представителем препаратов таргетной терапии и в случае назначения в первой линии терапии 96% больных ХМЛ получают полный гематологический ответ (ПГО), 87% - большой цитогенетический ответ (БЦО), 76% - полный цитогенетический ответ (ПЦО), 50% - большой молекулярный ответ (БМО).

Большинство пациентов получают БЦО в первые 6 месяцев лечения и в них низкая степень риска развития прогрессии заболевания. При переходе процесса в терминальную стадию используют комбинации цитостатических препаратов, применяемых обычно для лечения острого лейкоза: винкристин и преднизолон, цитозар и рубомицин.

Хронический лимфолейкоз - доброкачественная опухоль лимфоидной ткани из дифференцированных клеток - лимфоцитов с увеличением селезенки, печени, лимфатических узлов

Клинические варианты:

1. пролимфоцитарный
2. форма Сезари
3. спленомегаличный
4. костномозговой
5. волосатоклеточный
6. Т-клеточный

Начало болезни нередко определить не удастся: среди полного здоровья и отсутствия у больного каких-либо неприятных субъективных ощущений в крови находят небольшой, но постепенно нарастающий лимфоцитоз. На ранних этапах число лейкоцитов может быть нормальным. Характерный признак болезни - увеличение лимфатических узлов. Иногда их увеличение находят одновременно с изменениями в крови, иногда позже. Увеличение селезенки - частый симптом; реже увеличивается печень. В крови вместе с увеличением числа лимфоцитов, присутствием единичных пролимфоцитов и иногда лимфобластов часто можно найти характерные для хронического лимфолейкоза так называемые тени Гумпрехта - разрушены при приготовлении мазка ядра лимфоцитов. В развернутой стадии болезни содержание нейтрофилов, тромбоцитов и эритроцитов многие годы может оставаться на нормальном уровне. В костном мозге находят высокий процент лимфоцитов.

Развитие заболевания нередко сопровождается снижением общего уровня гамма-глобулинов. Угнетение гуморального иммунитета проявляется частыми инфекционными осложнениями, особенно пневмониями. Другое частое осложнение - цитопении, чаще анемии и тромбоцитопении. Это осложнение может быть связано с появлением аутоантител против эритроцитов и тромбоцитов или против эритрокариоцитов и мегакариоцитов. Но это не единственный механизм цитопении при хроническом лимфолейкозе. Терминальная стадия хронического лимфолейкоза, наблюдается редко и проявляется развитием лимфосаркомы. может сопровождаться изменением лимфоцитоза в крови нейтрофилезом., особенно редкий бластный кризисов.

Лечение хронического лимфолейкоза

При наличии лейкоцитоза, умеренной лимфаденопатии лечение начинают с назначения хлорбутин. При больших размерах лимфатических узлов используют циклофосфан.

Стероидную терапию назначают при аутоиммунных осложнениях, геморрагическом синдроме, а также неэффективности цитостатиков (иногда комбинируют хлорбутин или циклофосфан с преднизолоном). Однако, длительное употребление стероидов при противопоказано.

При вовлечении в процесс лимфатических узлов брюшной полости с успехом используют комбинации циклофосфана, винкристина или винбластин и преднизолона (CVP). Облучают селезенку, лимфатические узлы, кожу. Одним из методов лечения аутоиммунной цитопении является спленэктомия. Особое значение имеет лечение инфекционных осложнений. При высоком лейкоцитозе в сочетании с цитопениях применяют лейкоцитозферез.

Больные хроническим лимфолейкозом многие годы хранят хорошее самочувствие и работоспособность.

Лейкемоидные реакции - изменения в крови и органах кроветворения, напоминающие лейкоз и другие опухоли кроветворной системы, но всегда реактивный характер и не трансформируются в ту опухоль, на которую они похожи.

Патогенез лейкемоидных реакций:

1. выход в кровь незрелых клеточных элементов;
2. повышенный синтез клеток крови или ограничения выхода клеток крови на периферию.

Лейкемоидные реакции гранулоцитарного типа характерны для: тяжелых инфекций

1. интоксикаций
2. лечение ГКС
3. шок, стресс
4. лимфогранулематоз
5. инфаркт миокарда
6. травмы черепа

Повышенная продукция гранулоцитов связана с массивной гибелью микробных тел и попаданием в кровь эндотоксина. ЛР гранулоцитарного типа напоминают хронический миелолейкоз. В начале хронического миелолейкоза интоксикации не наблюдается, соматически больной абсолютно сохранен. Окончательно установить диагноз помогает стеральная пункция.

Лейкемоидные реакции эозинофильного типа: сопровождают аллергический диатез, сенсibilизации организма паразитами, медикаментами, коллагенозы, редко опухолевый рост (например, лимфогранулематоз). В отдельных случаях высокая эозинофилия может отражать реакцию на острый Т-клеточный лейкоз в алейкемической стадии (когда бласты еще не вышли в кровь), рак. Поэтому немотивированная высокая эозинофилия требует всестороннего онкологического обследования, в том числе и пункции костного мозга.

Лейкемоидные реакции лимфатического типа чаще всего являются результатом вирусной инфекции и встречается почти исключительно у детей. Инфекционный лимфоцитоз продолжается обычно несколько дней, сопровождается легкими катаральными явлениями. По картине крови его легко можно принять за хронический лимфолейкоз, но в пункции костного мозга необходимости нет - нужно лишь подождать несколько дней, кроме того у детей не бывает хронического лимфолейкоза. Реактивный лимфоцитоз может возникать после спленэктомии.

Лейкемоидные реакции моноцитарного типа встречаются при туберкулезе, саркоидозе, макроглобулинемии Вальденстрема, хронических воспалительных процессах. Реактивный моноцитоз отличается от хронического моноцитарного лейкоза наличием признаков какого-

либо заболевания, тогда как хронический моноцитарный лейкоз в течение первых лет болезни практически бессимптомно. В сомнительных случаях показана трепанобиопсия костного мозга.

В отдельных случаях инфекционный мононуклеоз у детей принимают за острый лейкоз. Это возможно только при анализе плохо приготовленных мазков крови: у детей нередко инфекционные мононуклеары содержат нуклеолы. Но в правильно приготовленном мазке при мононуклеозе никогда нет обязательных для острого лейкоза бластных клеток. В сомнительных случаях любая попытка лечить подозреваемый лейкоз преднизолоном или цитостатиками препаратами недопустима! Правильный диагноз устанавливают при повторных исследованиях крови. При остром лейкозе бластоз появившемся в крови быстро нарастает.

К лейкомоидных реакций костного мозга относят также некоторые формы и стадии агранулоцитоза и особенно этапы «выхода» из него. Картина костного мозга в этих случаях имитирует острый лейкоз. В крови наблюдается почти полное отсутствие зрелых гранулоцитов. Как правило, имеет место связана с агранулоцитозом инфекция. В сомнительных случаях необходимо подождать несколько дней для окончательного мнения о диагнозе: при выходе из агранулоцитоза состав крови нормализуется и необходимости в повторной пункции костного мозга не будет, при остром лейкозе в крови сохранится гранулоцитопения и для уточнения ее характера придется повторить пункцию костного мозга.

Тесты начального уровня знаний

Вариант 1

1. К врачу-стоматологу обратилась больная с симптомами лакунарной ангины, явлениями стоматита, кровоточивостью десен. Болеет в течение 20 дней. Традиционная антибактериальная терапия неэффективна. В заг.ан.крови выявлено: ER-3,5т / л, Hb-102 г / л, КП - 0,9, L-14,0 г / л, тромбоциты-100,0 г / л, бластные клетки- 28%, П-4%, С-18%, М-4%, Л-46%, СОЭ-38 мм / час. Какой предварительный диагноз можно поставить?

- А. острый лейкоз
- В. идиопатическая тромбоцитопения
- С. хронический лимфолейкоз
- Д. лимфогранулематоз
- Е. лимфосаркома

2. Больная А, 28 лет поступила с жалобами на боли в суставах и костях, повышение температуры до 39,50С, общую слабость. При осмотре стерналгия, увеличение подчелюстных, подмышечных и надключичных лимфоузлов. Узлы мягкие подвижные безболезненные, стерналгия. Общий анализ крови: ER-2,9Т / л, Hb-85 г / л, КП - 0,95, L-15 г / л, тромбоциты-120,0 г / л, П-2%, С-30% , М-3%, Л-60%, бласты - 5%, СОЭ-55 мм / час. Для окончательного подтверждения диагноза необходимо провести:

- А. УЗИ внутренних органов
- В. рентгенографию легких
- С. стеральной пункцию
- Д. биопсию лимфатических узлов
- Е. ревмопробы

3. Больной Р., 23 года жалуется на повышение температуры до 38,50С, общую слабость. Объективно: увеличена подчелюстных и подмышечных лимфатических узлов. Узлы мягкие, эластичные, подвижные, безболезненные. Спленомегалия. Общий анализ крови: ER - 2,0 * 10¹² / л, Hb - 65 г / л; КП - 0,9, тромбоциты - 35 * 10⁹ / л, L - 3,5 * 10⁹ / л сегментоядерные

- 4%, лимфоциты - 6%, бласты - 90%, СОЭ - 70 мм / час. Либо осложнения не может быть у больных с острым лейкозом?

- А. кахексия
- В. переход в хроническую форму
- С. подагра
- Д. кровоизлияния в головной мозг
- Е. инфекционные осложнения

4. Больной 18 лет поступил в стационар на 7-й день болезни с жалобами на головную боль, общую слабость, повышение температуры тела, боль в горле. Объективно: увеличение всех групп лимфоузлов до 1-3 см в диаметре. При пальпации: лимфоузлы плотноватые, эластичные, малоболисни, неспаяны между собой. На увеличенных миндалинах - гнойные наслоения. Печень + 3 см. В крови: лейкоцитоз, относительный лимфоцитоз, вирициты 15%. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. острый лимфобластный лейкоз
- В. аденовирусная инфекция
- С. дифтерия
- Д. инфекционный мононуклеоз
- Е. ангина

6. Больной 28 лет, месяц назад болел ОРВИ, получал сульфаниламиды. В течение недели боли в горле при глотании, повышение температуры до 39 ° С, бледен, язык сухой, на слизистой оболочке десен, мягкого и твердого неба, миндалин множественные язвы, покрытые грязно-серым налетом. На коже плеч, голеней множественные гематомы. Пульс 106 в мин. АД 105/60 мм рт. ст. В крови: Э-3.2т / л, Нв-104 г / л, ЦП-0.9, Л-86.0Г / л, с-20 \%, м-5 \%, бласты-75 \%. СОЭ 62 мм / час. Тромб. 40 г / л. Ваш предварительный диагноз?

- А. хронический лимфолейкоз
- В. хронический миелолейкоз
- С. гипопластическая анемия
- Д. агранулоцитоз
- Е. острый лейкоз

7. Больной жалуется на общую слабость, боли при глотании, повышение температуры до 39,50С. Объективно: геморрагическая сыпь на туловище, увеличенные безболезненные шейные и подчелюстные лимфатические узлы, спленомегалия, стерналгия. Общий анализ крови: ER - $2,0 \cdot 10^{12}$ / л, Нв - 65 г / л; КП - 1, тромбоциты - $32 \cdot 10^9$ / л, L - $30 \cdot 10^9$ / л палочки - 2%, сегментоядерные - 22%, лимфоциты - 8%, бласты - 68%, СОЭ - 50 мм / час. В данном случае в общем анализе крови определяются следующие гематологические синдромы, кроме:

- А. бласты в составе лейкоцитарной формулы
- В. бластный кризис
- С. панцитопения
- Д. ускорение СОЭ
- Е. лейкемический провал

8. Больная Г., 32 лет, жалуется на повышение температуры тела до 38,50С, общую слабость, боль в костях, увеличение селезенки. Общий анализ крови: ER - $3,5 \cdot 10^{12}$ / л, Нв - 110 г / л; КП - 0,9, тромбоциты - $420 \cdot 10^9$ / л, L - $80 \cdot 10^9$ / л базофилы - 3%, эозинофилы - 4%, миелоциты - 4%, юные - 5%, палочки - 17%, сегментоядерные - 44 %, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ - 38 мм / час. Для общего анализа крови при данном заболевании характерны следующие синдромы, кроме:

- A. нейтрофильный лейкоцитоз
- B. сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- C. базофильно-эозинофильная ассоциация
- D. лейкомический провал
- E. тромбоцитоз

9. Больная 55 лет жалуется на общую слабость, потливость, снижение аппетита, похудание на 5 кг за 4 месяца, боли в костях в течение последнего года. Объективно: бледность, гепато- спленомегалия. EР - $2,7 \cdot 10^{12} / \text{л}$, Hb - 90 г / л; КР - 1,0, тромбоциты - $240 \cdot 10^9 / \text{л}$, L - $460 \cdot 10^9 / \text{л}$ базофилы - 6%, эозинофилы - 8%, миелоциты - 5%, юные - 6%, палочки - 15%, сегментоядерные - 40 %, лимфоциты - 15%, моноциты - 5%, СОЭ - 30 мм / час. Какой генез интоксикационного синдрома у больного?

- A. синдром опухолевого роста
- B. иммунно-воспалительный синдром
- C. токсического воздействия внешних факторов
- D. инфекционно-аллергический синдром
- E. инфекционно-воспалительный синдром

10. Больная 28 лет жалуется на общую слабость, повышение температуры до $38,0^{\circ}\text{C}$, боли при глотании, появление сыпи на туловище. При осмотре стерналгия, увеличение подчелюстных, шейных, подмышечных лимфатических узлов, мягкие, эластичные подвижные, безболезненные, геморрагическая сыпь на туловище по петехиально-пятнистому типу. Общий анализ крови: EР - $2,2 \cdot 10^{12} / \text{л}$, Hb - 70 г / л; КР - 1, тромбоциты - $70 \cdot 10^9 / \text{л}$, L - $45 \cdot 10^9 / \text{л}$ сегментоядерные - 18%, лимфоциты - 42%, бласты - 40%, СОЭ - 50 мм / час. Какая причина лимфаденопатии у больной?

- A. синдром антигенной стимуляции
- B. синдром первичного опухолевого поражения
- C. инфекционно-воспалительный синдром
- D. иммуно-воспалительный синдром
- E. синдром лейкомической инфильтрации

Вариант 2

1. Больная Н, 32 года жалуется на боли в костях, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, появление геморрагической сыпи на туловище. При осмотре стерналгия, увеличение подчелюстных, подмышечных и надключичных лимфоузлов. Узлы мягкие подвижные безболезненные, стерналгия. Общий анализ крови: EР- $2,0 \cdot 10^{12} / \text{л}$, Hb-65 г / л, КР - 0,9, L- $210 \cdot 10^9 / \text{л}$, тромбоциты- $70 \cdot 10^9 / \text{л}$, С-4%, Л-6% , бласты - 90%, СОЭ-70 мм / час. Ваш диагноз:

- A. острый лейкоз
- B. идиопатическая тромбоцитопения
- C. хронический лимфолейкоз
- D. лимфогранулематоз
- E. лимфосаркома

2. Больная 24 года жалуется на общую слабость, повышение температуры до $38,0^{\circ}\text{C}$, боли при глотании, кровоточивость десен, появление сыпи на туловище. Объективно: гипертрофия миндалин, явления стоматита с изъязвлением, участками некроза; увеличение подчелюстных, шейных лимфатических узлов. Узлы мягкие, эластичные подвижные, безболезненные. Общий анализ крови: EР - $2,2 \cdot 10^{12} / \text{л}$, Hb - 70 г / л; КР - 1, тромбоциты - $70 \cdot 10^9 / \text{л}$, L - $45 \cdot 10^9 / \text{л}$ сегментоядерные - 18%, лимфоциты - 42%, бласты - 40%, СОЭ - 50 мм / час. Какая причина возникновения ангины у больного?

- А. синдром антигенной стимуляции
- В. синдром первичного опухолевого поражения
- С. инфекционно-воспалительный синдром
- Д. иммунно-воспалительный синдром
- Е. синдром нейтропении

3. Больной 25 лет поступил с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 38,0°C, боли в костях, появление сыпи на туловище. При осмотре стерналия, геморрагическая сыпь на туловище по петехиально-пятнистому типу. В анамнезе частые простудные заболевания. Общий анализ крови: $ER - 2,3 \cdot 10^{12} / л$, $Hb - 75 г / л$; $KП - 1$, тромбоциты - $68 \cdot 10^9 / л$, $L - 80 \cdot 10^9 / л$ сегментоядерные - 2%, лимфоциты - 98%, СОЭ - 50 мм / час. Больному назначено стеральной пункцию. Чем основывался врач в своем назначении?

- А. анамнезом больного
- В. инфекционно-воспалительным синдромом
- С. синдромом панцитопении
- Д. синдромом интоксикации
- Е. геморрагическим синдромом

4. Больной поступил с жалобами на общую слабость, боли в костях и суставах, повышение температуры до 39,50°C. Объективно: геморрагическая сыпь на туловище, увеличенные безболезненные подвижные шейные и подчелюстные лимфатические узлы, спленомегалия, стерналия. Общий анализ крови: $ER - 2,0 \cdot 10^{12} / л$, $Hb - 65 г / л$; $KП - 1$, тромбоциты - $45 \cdot 10^9 / л$, $L - 50 \cdot 10^9 / л$ сегментоядерные - 2%, лимфоциты - 98%, СОЭ - 50 мм / час. Какую лекарственные средства являются основными в данном случае?

- А. цитостатики
- В. НПВС
- С. гемостатические
- Д. антибиотики
- Е. препараты крови

5. Больной Х., 23 года поступил с диагнозом «ангина». Беспокоят повышение температуры в течение последней недели до 39,0°C, общая слабость, появление синяков на туловище, боли в костях. Участковый врач назначил больному амоксицилин, который не дал эффекта. Общий анализ крови: $ER - 1,5 \cdot 10^{12} / л$, $Hb - 50 г / л$; $KП - 1$, тромбоциты - единицы в п / з, $L - 98 \cdot 10^9 / л$ сегментоядерные - 1%, лимфоциты - 98%, СОЭ - 60 мм / час. Наиболее вероятный диагноз?

- А. хронический миелолейкоз
- В. лейкомоидная реакция лимфоцитарного типа
- С. хронический лимфолейкоз
- Д. острый лейкоз
- Е. апластическая анемия

6. Больной госпитализирован с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры до 39,2 ° С, боли в горле при глотании, геморрагическая сыпь на коже туловища. При обследовании в анализе крови анемия, тромбоцитопения, бласты - 14%, СОЭ - 40 мм / час. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза?

- А. развернутый анализ крови
- В. коагулограмма
- С. занял с миндалин
- Д. рентгенография костей черепа

Е. стеральная пункция

7. Мужчина 68 лет жалуется на усталость, потливость, увеличение шейных, подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. В крови: лейкоц. $35 \times 10^9 / \text{л}$, из них лимфоцитов 60%, тельца Боткина - Гумпрехта; уровень гемоглобина и количество тромбоцитов в пределах нормы. В миелограмме 40% лимфоцитов. Какой у больного наиболее вероятный диагноз?

- А. острый лейкоз
- В. хронический миелолейкоз
- С. хронический лимфолейкоз
- Д. туберкулезный лимфаденит
- Е. лимфогранулематоз

8. Больной 65 лет жалуется на слабость, утомляемость, боль в костях общее состояние средней тяжести, температура тела $37,4^\circ \text{C}$; при пальпации отмечается увеличение периферических лимфатических узлов, печени и селезенки. В периферической крови - гемоглобин - $90 \text{ г} / \text{л}$, эритроциты - $3,25 \times 10^{12} / \text{л}$, количество лейкоцитов - $30,0 \times 10^9 / \text{л}$, сегментоядерные гранулоциты - 3%, лимфоциты - 97%. Установите диагноз.

- А. хронической миелоидной лейкемией
- В. острый лейкоз
- С. эритремией
- Д. миеломная болезнь
- Е. хроническая лимфоцитарная лейкемия

9. Больной К., 65 лет в течение 6 лет болен лейкозом. Общий анализ крови: $\text{ER} - 2,1 \times 10^{12} / \text{л}$, $\text{Hb} - 70 \text{ г} / \text{л}$; $\text{КП} - 0,93$, тромбоциты - $72 \times 10^9 / \text{л}$, $\text{L} - 320 \times 10^9 / \text{л}$ базофилы - 4%, эозинофилы - 5%, промиелоциты - 3%, миелоциты - 3%, юные - 3%, палочки - 12 %, сегментоядерные - 28%, лимфоциты - 3%, моноциты - 4%, бласты - 35%, СОЭ - 42 мм / час. Какая форма лейкоза у больного?

- А. хронический миелолейкоз, хроническая фаза
- В. хронический лимфолейкоз
- С. острый миелолейкоз
- Д. хронический миелолейкоз, бластный кризис
- Е. острый лимфолейкоз

Вариант 3

1. В больницу поступила больная А, 28 лет с жалобами на боли при глотании, кровоточивость десен, повышение температуры до $39,50^\circ \text{C}$, общую слабость. При осмотре гипертрофия миндалин, явления стоматита с изъязвлением. Болеет в течение 3 недель. Участковый терапевт назначил антибактериальную терапию, эффекта не дала. Общий анализ крови: $\text{ER} - 3,0 \text{т} / \text{л}$, $\text{Hb} - 92 \text{ г} / \text{л}$, $\text{КП} - 0,95$, $\text{L} - 3,0 \text{ Г} / \text{л}$, тромбоциты - $100,0 \text{ г} / \text{л}$, П - 2%, С 34%, М - 3%, Л - 60%, бласты - 1%, СОЭ - 62 мм / час. Ваш диагноз?

- А. острый лейкоз
- В. острая ревматическая лихорадка
- С. системная красная волчанка
- Д. лимфогранулематоз
- Е. ангина

2. Больная Н, 32 года жалуется на боли в костях, повышение температуры до $38,50^\circ \text{C}$, общую слабость, появление геморрагической сыпи на туловище. При осмотре стерная, увеличение подчелюстных, подмышечных и надключичных лимфоузлов. Узлы мягкие подвижные безболезненные, стерная. Общий анализ крови: $\text{ER} - 2,0 \text{т} / \text{л}$, $\text{Hb} - 65 \text{ г} / \text{л}$, $\text{КП} - 0,9$,

L-210 Г / л, тромбоциты-70,0 г / л, С-4%, Л-6% , бласты - 90%, СОЭ-70 мм / час. В общем анализе крови присутствуют такие гематологические синдромы характерны для указанного заболевания, кроме:

- А. наличие бластов в лимфоцитарной формуле
- В. лейкомиический провал
- С. эритроцитоз
- Д. увеличение СОЭ
- Е. панцитопения

3. Больная 55 лет жалуется на общую слабость, потливость, снижение аппетита, похудание на 5 кг за 4 месяца, боли в костях в течение последнего года. Объективно: бледность, гепато- спленомегалия. ER - $2,7 \cdot 10^{12}$ / л, Hb - 90 г / л; КП - 1,0, тромбоциты - $240 \cdot 10^9$ / л, L - $460 \cdot 10^9$ / л базофилы - 6%, эозинофилы - 8%, миелоциты - 5%, юные - 6%, палочки - 15%, сегментоядерные - 40 %, лимфоциты - 15%, моноциты - 5%, СОЭ - 30 мм / час. Программа лечения больного включает:

- А. полихимиотерапия
- В. лучевая терапия
- С. спленэктомия
- Д. пересадка костного мозга
- Е. все перечисленные

4. Больной поступил с диагнозом «ангина». Жалобы на общую слабость, боли при глотании, повышение температуры до 39,50С. Объективно: геморрагическая сыпь на туловище, увеличенные безболезненные шейные и подчелюстные лимфатические узлы, спленомегалия, стерналгия. Общий анализ крови: ER - $2,0 \cdot 10^{12}$ / л, Hb - 65 г / л; КП - 1, тромбоциты - $32 \cdot 10^9$ / л, L - $30 \cdot 10^9$ / л палочки - 2%, сегментоядерные - 22%, лимфоциты - 8%, бласты - 68%, СОЭ - 50 мм / час. В данном случае наиболее вероятным методом диагностики являются:

- А. белок крови
- В. иммунограмма
- С. стерральная пункция
- Д. биопсия лимфатических узлов
- Е. рентгенография костей черепа

5. Больной получил радиационное облучение. Жалуется на слабость, частые носовые кровотечения, "синяки" на теле, сердцебиение, одышку. Часто болеет респираторными заболеваниями. В крови: эр. - $1,2 \cdot 10^{12}$ / л, Hb-54г / л, лейкоц.- $1,7 \cdot 10^9$ / л, е. - 0%, п. - 0%, с. - 32%, л. - 62%, м. - 6%; СОЭ - 52 мм / ч .; тромб. - $30 \cdot 10^9$ / л. Какое лечение наиболее целесообразно в данном случае?

- А. пересадка костного мозга
- В. переливание эритроцитарной массы
- С. переливания тромбоцитарной массы
- Д. антилимфоцитарной иммуноглобулин
- Е. переливания цельной крови

6. Больной А. 48 лет жалуется на увеличение шейных лимфоузлов, повышение температуры до 37,60С. Заболел 3 месяца назад. Объективно: справа и слева на шее пальпируются безболезненные, мягкоэластической, подвижные лимфоузлы 2 * 2см. Кожные покровы над ними не изменены пульс 72 уд / мин, ритмичный. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: эр $2,2 \cdot 10^{12}$ / л, Hb 72 г / л, КП 0,9, тромбоциты $100 \cdot 10^9$ / л,

лейкоциты $80 \cdot 10^9 / \text{л}$, п - 4%, с - 6%, л - 90 %, СОЭ 10 мм / ч. Для данного заболевания характерны следующие гематологические синдромы, кроме:

- А. лейкоцитоз
- В. лимфоцитоз
- С. тромбоцитопения
- Д. анемия
- Е. эритроцитоз

7. Хворий 66 лет жалуется на общую слабость, снижение аппетита, боли в костях, тяжесть в правом подреберье при физической нагрузке в течение последних 5-6 месяцев. Объективно: гепато- спленомегалия. $ER - 4 \cdot 10^{12} / \text{л}$, $Hb - 130 \text{ г} / \text{л}$; $KП - 0,9$, тромбоциты - $360 \cdot 10^9 / \text{л}$, $L - 22 \cdot 10^9 / \text{л}$ базофилы - 5%, эозинофилы - 3%, миелоциты - 2%, юные - 5%, палочки - 8%, сегментоядерные - 58 %, лимфоциты - 11%, моноциты - 8%, СОЭ - 35 мм / час. Появления либо осложнений следует ожидать у больного?

- А. подагра
- В. внутримозговые кровоизлияния
- С. кахексия
- Д. пневмония
- Е. все перечисленные

8. Больная Ф., 24 лет жалуется на общую слабость, повышение температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, боли при глотании, появление сыпи на туловище. Объективно: гипертрофия миндалин с изъязвлением, участками некроза. Общий анализ крови: $ER - 2,1 \cdot 10^{12} / \text{л}$, $Hb - 65 \text{ г} / \text{л}$; $KП - 1$, тромбоциты - $35 \cdot 10^9 / \text{л}$, $L - 3,5 \cdot 10^9 / \text{л}$ палочки - 1%, сегментоядерные - 32%, лимфоциты - 23%, бласты - 38%, СОЭ - 60 мм / час. Цитохимические исследования: миелопероксидаза резко положительная во всех бластах. Ваш диагноз:

- А. острый миелолейкоз
- В. хронический миелолейкоз, бластный кризис
- С. Сублейкемический миелоз
- Д. острый лимфобластный лейкоз
- Е. хронический лимфолейкоз

9. Больной поступил с диагнозом «ангина». Жалобы на общую слабость, боли при глотании, повышение температуры до $39,50^{\circ}\text{C}$. Объективно: геморрагическая сыпь на туловище, увеличенные безболезненные шейные и подчелюстные лимфатические узлы, спленомегалия, стерналия. Общий анализ крови: $ER - 2,0 \cdot 10^{12} / \text{л}$, $Hb - 65 \text{ г} / \text{л}$; $KП - 1$, тромбоциты - $32 \cdot 10^9 / \text{л}$, $L - 30 \cdot 10^9 / \text{л}$ палочки - 2%, сегментоядерные - 22%, лимфоциты - 8%, бласты - 68%, СОЭ - 50 мм / час. Какие препараты являются базовыми при данном заболевании?

- А. антибиотики
- В. НПВС
- С. эритроцитарная масса
- Д. цитостатики
- Е. тромбоцитарная масса

10. Больной А., 23 года прошел 3 курса полихимиотерапии в связи с острым лимфолейкозом, после которого наступила полная клинико-гематологическая ремиссия. По каким признакам врач может установить наличие ремиссии?

- А. отсутствие клиники
- В. нормальный общий анализ крови
- С. нормальная миелограмма

D. отсутствуют мутантные клетки в пунктате костного мозга

E. все перечисленные

Вариант 4

1. Женщина 55 лет на протяжении последних 2 месяцев отмечает постепенное увеличение лимфатических узлов на шее и в подмышечных областях. Неделю назад после переохлаждения появилась профузное ночная потливость, ночное повышение температуры тела до 39,50С, кожный зуд. При осмотре: шейные и подмышечные лимфатические узлы увеличены до 1,5 - 2 см в диаметре, плотные, а не спаяны между собой. Общий анализ крови: общий анализ крови: ER - $2,3 \cdot 10^{12}$ / л, Hb - 75 г / л; КП - 1, тромбоциты - $68 \cdot 10^9$ / л, L - $80 \cdot 10^9$ / л сегментоядерные - 2%, лимфоциты - 98%, тени Боткина-Гумпрехта ++, СОЭ - 50 мм / час. Ваш диагноз?

A. хронический миелолейкоз, бластный кризисов

B. хронический лимфолейкоз

C. хронический миелолейкоз, хроническая фаза

D. Сублейкемический миелоза

E. острый лимфолейкоз

2. Больной 22 года жалуется на общую слабость, повышение температуры до 38,0С, боли при глотании, кровоточивость десен, появление сыпи на туловище. Объективно: гипертрофия миндалин, явления стоматита с изъязвлением, участками некроза; увеличение подчелюстных, шейных лимфатических узлов. Узлы мягкие, эластичные подвижные, безболезненные. Общий анализ крови: ER - $2,2 \cdot 10^{12}$ / л, Hb - 70 г / л; КП - 1, тромбоциты - $70 \cdot 10^9$ / л, L - $45 \cdot 10^9$ / л сегментоядерные - 18%, лимфоциты - 42%, бласты - 40%, СОЭ - 50 мм / час. Наиболее информативным методом для постановки диагноза являются:

A. биопсия лимфатического узла

B. титры антистрептококковых антител

C. стерильная пункция

D. иммунограмма

E. пункция лимфатического узла

3. Больной поступил с диагнозом «ангина». Жалобы на общую слабость, боли при глотании, повышение температуры до 39,50С. Объективно: геморрагическая сыпь на туловище, увеличенные безболезненные шейные и подчелюстные лимфатические узлы, спленомегалия, стерильная. Общий анализ крови: ER - $2,0 \cdot 10^{12}$ / л, Hb - 65 г / л; КП - 1, тромбоциты - $32 \cdot 10^9$ / л, L - $30 \cdot 10^9$ / л палочки - 2%, сегментоядерные - 22%, лимфоциты - 8%, бласты - 68%, СОЭ - 50 мм / час. Какой диагноз можно заподозрить у больного?

A. лейкомоидная реакция по нейтрофильному типу

B. острый лейкоз

C. хронический миелолейкоз, бластный кризисов

D. хронический лимфолейкоз

E. апластическая анемия

Ситуационные задачи:

Задача 1

Мужчина 27 г.. Поступил в больницу с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. Объективно: в области живота, бедер определяется геморрагическая сыпь петехиально-пятнистого типа, температура 38,0С. Пальпируются увеличенные мягкие, подвижные, безболезненные шейные, подмышечные лимфатические узлы, гепато- спленомегалия. Общий

анализ крови: EР - $1,5 \cdot 10^{12}$ / л, Нb - 50 г / л; КР - 1, ретикулоциты - 1% 0, тромбоциты - $18 \cdot 10^9$ / л, L - $99 \cdot 10^9$ / л с - 2%, л - 18%, бласты - 80%, СОЭ - 70 мм / час.

1. Предварительный диагноз.

2. Какая диагностическая процедура является обязательной для постановки диагноза?

Какие изменения вы ожидаете получить?

3. Чем обусловлено возникновение желудочно-кишечного кровотечения.

Задача 2

Больная М., 42 г.. Поступила в больницу с диагнозом «ангина». Жалобы на выраженную слабость, нарушение глотания. Объективно: температура - 39°C , в области живота, бедер определяется геморрагическая сыпь петехиально-пятнистого типа, миндалины увеличены с язвами, участками некроза. Пальпируются увеличенные шейные, надключичные лимфатические узлы. Узлы мягкие, подвижные, безболезненные. Гепато- спленомегалия. Общий анализ крови: EР - $2,1 \cdot 10^{12}$ / л, Нb - 65 г / л; ретикулоциты - 3% 0, тромбоциты - $35 \cdot 10^9$ / л, L - $2,5 \cdot 10^9$ / л п - 1%, с - 32%, л - 23%, м - 60%, бласты - 38%, СОЭ - 60 мм / час. Цитохимические исследования: миелопероксидаза резко положительная во всех бластах.

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы обследования, необходимые пациенту.

3. Чем обусловлено язвенно-некротическое впечатление миндалин.

Задача 3

Мужчина 58 лет жалуется на усталость, потливость, частые простуды. Объективно: температура $37,4^{\circ}\text{C}$, увеличение шейных, подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. Узлы плотноэластическую, безболезненные, подвижные. Общий анализ крови: EР - $3 \cdot 10^{12}$ / л, Нb - 100 г / л; КР - 1, ретикулоциты - 2% 0, тромбоциты - $180 \cdot 10^9$ / л, L - $80 \cdot 10^9$ / л с - 2%, л - 97%, м - 1%, СОЭ - 40 мм / час. Определяются тельца Боткина-Гумпрехта. В миелограмме 45% лимфоцитов.

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы обследования, необходимые пациенту. Какая диагностическая процедура является обязательной для постановки диагноза.

3. Тактика лечения.

Задача 4

Больной с диагнозом «острая ревматическая лихорадка» доставлен в стационар. Жалобы на общую слабость, боль в суставах и трубчатых костях. Объективно: температура 39°C , увеличение шейных, подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. Узлы плотноэластическую, безболезненные, подвижные, гепато- спленомегалия. Общий анализ крови: EР - $2,1 \cdot 10^{12}$ / л, Нb - 70 г / л; КР - 1, ретикулоциты - 1% 0, тромбоциты - $80 \cdot 10^9$ / л, L - $60 \cdot 10^9$ / л п - 1%, с - 15%, л - 24%, бласты - 60%, СОЭ - 40 мм / час. Какой наиболее вероятный диагноз?

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы обследования, необходимые пациенту. Какая диагностическая процедура является обязательной для постановки диагноза.

3. Тактика лечения.

Задача 5

Больной Р., 62 года, жалуется на повышение температуры тела до 38,50С, общую слабость, боль в костях, увеличение селезенки. Общий анализ крови: EР - 2,7 * 10¹² / л, Нb - 90 г / л; КП - 1, тромбоциты - 240 * 10⁹ / л, L - 360 * 10⁹ / л базофилы - 6%, эозинофилы - 8%, миелоциты - 5%, юные - 6%, палочки - 15%, сегментоядерные - 40%, лимфоциты - 15%, моноциты - 5%, СОЭ - 30 мм / час. Ваш диагноз?

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы обследования, необходимые пациенту. Какая диагностическая процедура является обязательной для постановки диагноза.

3. Каких осложнений следует ожидать при данном заболевании?

VI. Рекомендуемая литература.

Основная литература:

1. Передерий В.Г. Основы внутренней медицины: учебник: в 3-х т. - Том 1 / В.Г.Передерий, С.М.Ткач. - Винница: Новая книга, 2009. - 636 с.

2.

3. А.Н.Окороков. Диагностика болезней внутренних органов. - Москва, Медицинская литература. -2001.Том №4 - 496 с.

4. А.Н.Окороков. Лечение болезней внутренних органов. - Москва, Медицинская литература. -2003.Том.3 Книга 2. - 465 с.

5. Выговская Я.И. Стандарты в гематологии. Пособие для врачей // Львов, ООО «Кварт» . - 2002. - 165 с.

6. Перехрестенко П.М., ИсаковаЛ.М. Лысенко Д.А. Лекции по гематологии // Киев, Нора - Принт. - 2005. - 125 с.

Дополнительная литература:

7. Воробьев А.И. Руководство по гематологи // Москва, Ньюдиамед. - 2007. - 1275с.

8. Кассирский И.А., Алексеев Г.А. Клиническая Гематология // Москва, «Медицина». - 1970. - 799 с.

9. Харрисон Т.Р. Внутренние болезни // Москва, «Медицина». - 1992-1997. - 2 961 с.

Методическую разработку составила

ас. Лыманец Т.В.