

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

“Затверджено”

на засіданні кафедри
внутрішньої медицини №1

Завідувач кафедри

Професор Скрипник І.М.

Протокол № 2 від 15.09.2016 р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Внутрішня медицина
<i>Модуль</i>	Сучасна практика внутрішньої медицини
<i>Змістовний модуль</i>	Ведення пацієнтів з основними симптомами та синдромами в гематологічній клініці
<i>Тема заняття</i>	Ведення хворого з лейкоцитозом та лейкопенією
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Медичний №1

Полтава 2016 р.

I. Актуальність проблеми: Лейкози (лейкемії) – злоякісні пухлини кровотворної тканини з первинною локалізацією в кістковому мозку і наступною дисемінацією в периферичну кров, селезінку, лімфатичні вузли та інші органи.

Захворюваність всіма видами лейкозів складає близько 13 випадків на 100 000 населення в рік. Частіше хворіють чоловіки. Гострим лімфатичним лейкозом хворіють переважно діти, гострим та хронічним мієлоїдним лейкозом хворіють особи більш старшого віку.

II. Учебні цілі.

А) Студент повинен знати:

- етіологію та патогенез лейкозів;
- визначення та класифікацію лейкозів;
- закономірності розвитку проявів та ускладнень лейкозів;
- діагностику основних проявів та ускладнень лейкозів;
- принципи лікування лейкозів.
- визначення та класифікацію лейкемоїдних реакцій;
- основні причини виникнення лейкемоїдних реакцій за нейтрофільним, еозинофільним, лімфоцитарним, моноцитарним типами;

Б) Студент повинен вміти:

- провести опитування та фізикальне обстеження хворого, визначати суб'єктивні та об'єктивні симптоми, які вказують на можливу наявність у пацієнта лейкозу;
- на підставі скарг, анамнезу захворювання та життя, результатів об'єктивного обстеження хворого висунути гіпотезу про нозологічну приналежність лейкозів;
- провести диференціальну діагностику лейкозів з лейкемоїдними реакціями;
- скласти та обґрунтувати план подальшого діагностичного пошуку (перелік лабораторних та інструментальних методів) для уточнення діагнозу;
- трактувати дані додаткових методів обстеження хворого з метою формулювання діагнозу;
- скласти план лікування пацієнта з лейкозом та його ускладненнями

Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна фізіологія	Характеризувати основні етапи гемопоезу; розпізнавати при мікроскопії мазка крові форменні елементи гранулоцитарного ряду, лімфоцитарного, моноцитарного і еритроцитарного ряду; описувати нормальний кількісний та якісний склад крові.
2. Патофізіологія	Малювати схему кровотворення; ідентифікувати вид лейкоцитозу і патологію при якій він може зустрічатися; давати характеристики крові при гемобластозах.
3. Патанатомія	Розпізнавати при мікроскопії мазка крові змінені форменні елементи гранулоцитарного ряду, лімфоцитарного, моноцитарного і еритроцитарного ряду і визначати при якій патології ці зміни можуть бути присутні.
4. Фармакологія	Аналізувати механізм дії цитостатичних засобів
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Знати симптоматологію клінічних проявів хвороби, вміти проводити об'єктивний огляд, трактувати дані додаткових методів обстеження

III. Зміст теми

Гемобластоз - пухлина кровотворної тканини

ЛЕЙКОЗ - гемобластоз, що первинно виникає в червоному кістковому мозку.

Розподіл лейкозу на гострий і хронічний визначається морфологічним складом пухлинних клітин.

Гострий лейкоз – це пухлина з бластів (перші 4 класи кровотворення).

Хронічний лейкоз – це пухлина із зрілих і дозріваючих клітин (V, VI класи кровотворення).

Гострий лейкоз ніколи не переходить в хронічний. Пухлини назавжди втратили здатність до диференціації

Етіологія, патогенез. Причиною виникнення лейкозу можуть бути порушення складу і структури хромосомного апарату, спадково обумовлені або придбані під впливом мутагенних чинників (іонізуюча радіація, хіміотерапія, хімічні мутагени, вживання цитостатиків - імуран, циклофосфан, лейкаран).

При будь-якому лейкозі відбувається розселення по організму клона клітин-нащадків однієї клітини, що спочатку мутувала. Нестабільність генотипу злоякісних клітин при лейкозі обумовлює появу в первинному пухлинному клоні нових клонів, серед яких в процесі життєдіяльності організму, а також під впливом лікувальних засобів "відбираються" самі автономні клони. Цим феноменом пояснюється прогредієнтність перебігу лейкозу, відход з-під контролю цитостатиків.

Стадії лейкозів:

1. Початкова (оцінюється ретроспективно)

2. Виражених клініко-гематологічних проявів:

I. гострий період (атака) – від моменту діагностики до виходу хворого в клініко-гематологічну ремісію.

II. Клініко-гематологічна ремісія:

- повна – відсутність клініки, нормальний загальний аналіз крові, нормальний кістковий мозок + відсутні мутантні клітини в пунктаті кісткового мозку;

- неповна

3. Рецидив (60-70% хворих)

4. Термінальний період (період ускладнень).

Морфологічні (цитохімічні) форми:

1. лімфобластний

2. мієлобластний.

Лейкоз гострий

Клініка:

I. Початкова стадія, з неспецифічними скаргами (астено-вегетативний синдром, «маски» ангіни, гінгівіту, ГРВІ, ревматизму. Вже є характерні зміни в аналізі крові.

II. Клінічних проявів:

1. гіперпластичний синдром (пухлинного росту) – оссалгії, стерналгія;

2. лейкемічна інфільтрація: збільшення лімфатичних вузлів (безболісні, щільноеластичні, рухливі, не пов'язані з осередком інфекції), гепато-спленомегалія, інфільтрація ясен, мигдаликів, нейролейкемія;

3. лейкемічна інтоксикація: лихоманка без інфекційного агента, прогресуюча втрата ваги, відсутність апетиту, нудота, загальна слабкість);

4. гіпоксичний (анемічний) синдром: блідість, сонливість, задишка, запаморочення;

5. геморагічний (тромбоцитопенічний) за петехіально-плямистим типом, синці, носові, шлунково-кишкові, внутрішньомозкові кровотечі;

6. інфекційний (нейтропенічний): інфекції ротової порожнини, верхніх дихальних шляхів (стоматит, гінгівіт, ангіна, фарингіт), пневмонії, ентеропатії, сепсис виразково-некротичного характеру.

Клінічні варіанти:

- анемічний;
- виразково-некротичний;
- геморагічний;
- септичний;
- гепато-ліснальний;
- туморозний;
- змішаний.

III. Термінальна стадія, ускладнення:

- виражена ендогенна інтоксикація (кахектичні, дистрофічні зміни органів і тканин);
- токсичний гепатит, нефрит, міокардіодистрофія;
- профузні кровотечі, крововиливи в головний мозок;
- інфекційні ускладнення;
- ентеропатії (перфорації, кровотечі);
- синдром лізису пухлини при лікуванні цитостатиками з розвитком гострої ниркової недостатності.

У дорослих частіше зустрічається мієлобластний лейкоз, який супроводжується вираженою інтоксикацією, підвищенням температури тіла. На початку захворювання печінка і селезінка звичайно нормальних розмірів, лімфатичні вузли не збільшені, разом з тим нерідко зустрічається панцитопенія.

Гострий лімфобластний лейкоз частіше зустрічається у дітей. Як правило, із самого початку перебігає з лімфоаденопатією, збільшенням селезінки, оссалгіями. В крові спочатку може відмічатись лише помірна нормохромная анемія, лейкопенія, але в кістковому мозку - тотальний бластоз.

Діагностика гострого лейкозу

1. загальний аналіз крові: бласти в складі лейкоцитарної формули
лейкемічний провал
панцитопенія
збільшення ШОЕ
2. стернальна пункція:
 - бласти більше 20%
 - редукція еритроцитарного, гранулоцитарного, мегакаріоцитарного паростків кровотворення
3. цитохімічне дослідження бластів.
4. імунотипуювання: виявлення поверхневих антигенів на бластних клітинах методом проточної цитофотометрії.
5. цитогенетичний аналіз для виявлення мутацій в бластах.
6. трепанобіопсія – для оцінки стану кісткового мозку та строми – сполучної тканини, що його оточує.

Лікування. При гострому лейкозі показана термінова госпіталізація.

1. Програмність лікування: Застосовують комбіноване введення цитостатиків для пригнічення поліклонового росту пухлини та досягнення ремісії.
2. Етапність лікування:
 - індукція ремісії – проводиться в перший гострий період;
 - консолідація ремісії – поліхіміотерапія проводиться в період ремісії;
 - підтримуюче цитостатичне лікування з періодами реконсолідації 2 рази/рік 5 років. Якщо немає рецидиву – одужання, при рецидиві – розпочинаємо з індукції ремісії.

- профілактика нейролейкемії: інтралюмбально вводять метотрексат, цитозар, преднізолон.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЛЛ

1. Індукція ремісії (1-а фаза) у 1-4-й тиждень (Ін-1):

- вінкристин 2 мг/добу в/в струменево у 1, 8, 15, 22-й день;
- доксорубіцин 30 мг/м²/добу (у хворих віком понад 35 років – 25 мг/м²/добу) в/в 30-хвилинною інфузією у 1, 8, 15, 22-й день;
- преднізолон 60 мг/м²/добу *per os* за 3 прийоми у 1-28-й день, з 29-го дня доза зменшується протягом тижня до повної відміни;
- аспарагіназа 5 000 ОД/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією кожний другий день з 15-го до 28-го дня; у хворих з алергічною реакцією на аспарагіназу в анамнезі показано застосування пегаспаргази у дозі 1000 ОД/м² на 15-й день;
- метотрексат 15 мг інтратекально у 1-й день.

При досягненні ремісії у хворих на ГЛЛ (кількість бластів < 5 % у контрольній мієлограмі на 28-й день індукції ремісії) проводять наступні етапи лікування. У випадку відсутності ремісії проводять лікування як і хворих високої групи ризику, починаючи з 1-ої фази індукції ремісії.

2. Індукція ремісії (2-а фаза) на 5-8-й тиждень (Ін-2):

- циклофосфамід 1000 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 29, 43 і 57-й день;
- цитарабін 75 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 31-34, 38-41, 45-48, 52-55-й день;
- меркаптопурин 60 мг/м²/добу *per os* з 29 по 56-й день;
- метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 29, 36, 43, 50-й день.

3. Профілактика нейролейкемії на 9-12 тиждень (ТГТ):

- опромінення голови у дозі 24 Гр.

4. Рання консолідація ремісії (HD-Mtx+Asp) на 13-й тиждень:

- метотрексат 1500 мг/м²/добу в/в (1/10 дози вводять протягом 30 хвилин і 9/10 дози – в наступні 23,5 години) у 1-й і 15-й день;
- аспарагіназа 10 000 МО/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 2-й і 16-й день;
- меркаптопурин 25 мг/м²/добу *per os* у 1-5-й і 15-19-й день.

5. Рання консолідація (Vp+Ara-C) на 17-й тиждень:

- цитарабін 75 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 1-5-й день;
- етопозид 60 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 1-5-й день;
- профілактика нейролейкемії - метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 1-й день.

6. Реіндукція ремісії (1-а фаза) на 21-24-й тиждень (Р-1):

- вінкристин 2 мг/добу в/в струменево у 1, 8, 15, 22-й день реіндукції;
- доксорубіцин 25 мг/м²/добу в/в 30-хвилинною інфузією у 1, 8, 15, 22-й день реіндукції;
- преднізолон 60 мг/м²/добу *per os* за 3 прийоми з 1-го по 28-й день реіндукції, з 29-го дня доза зменшується протягом тижня до повної відміни;
- профілактика нейролейкемії - метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 1-й і 28-й день реіндукції.

7. Реіндукція ремісії (2-а фаза) на 25-26-й тиждень (Р-2):

- циклофосфамід 650 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 29-й день реіндукції;
- цитарабін 75 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 31-34, 38-41-й день реіндукції;
- тіогуанін 60 мг/м²/добу *per os* з 29-го по 42-й день реіндукції.

8. Пізня консолідація ремісії (HD-Mtx+Asp) на 33-й і 45-й тиждні:

- метотрексат 1500 мг/м²/добу в/в (1/10 дози вводять протягом 30 хвилин і 9/10 дози – в наступні 23,5 годин) у 1-й і 15-й день;
- аспарагіназа 10 000 МО/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 2-й і 16-й день;
- меркаптопурин 25 мг/м²/добу *per os* у 1-5-й і 15-19-й день.

9. Пізня консолидація (Vp+Ara-C) на 39-й і 51-й тижні:

- цитарабін 75 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 1-5-й день;
- етопозид 60 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 1-5-й день;
- профілактика нейролейкемії - метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 1-й день.

10. Введення меркаптопурину і метотрексату (6-MP+Mtx) на 29-31-й, 37-й, 40-43-й, 49-й і 52-й тижні:

- меркаптопурин 60 мг/м²/добу *per os* щодня;
- метотрексат 20 мг/м²/добу в/в у 1-й день тижня.

ПІДТРИМАННЯ РЕМІСІЇ

Тривалість підтримуючої терапії – з 13-го до 30-го місяця з дня початку лікування.

Варіант А:

- меркаптопурин 60 мг/м²/добу *per os* кожний день;
- метотрексат 20 мг/м²/добу в/в або *per os* 1 раз на тиждень;
- профілактика нейролейкемії - метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 1-й день з 14-го місяця кожні 2 місяці;
- цитологічний контроль кісткового мозку кожні 6 місяців.

Варіант В:

Такий же, як і варіант А, з наступними особливостями:

- відміна меркаптопурину і метотрексату у 18-й, 24-й і 30-й місяці;
- перерви меркаптопурину і метотрексату на останньому тижні 14, 16, 20, 22, 26, 28-го місяців;
- включення ротаційних блоків поліхіміотерапії;
- профілактика нейролейкемії - метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 1-й день 14-, 16-, 20-, 22-, 26- і 28-го місяців;
- цитологічний контроль кісткового мозку кожні 6 місяців.

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

- циклофосфамід 1000 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 1-й день місяця;
- цитарабін 500 мг/м²/добу в/в 3-х годинною інфузією у 1-й день місяця;
- профілактика нейролейкемії - метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 1-й день місяця.

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

- цитарабін 75 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 1-5-й день місяця;
- етопозид 60 мг/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 1-5-й день місяця;
- профілактика нейролейкемії - метотрексат 15 мг + цитарабін 40 мг + дексаметазон 4 мг інтратекально у 1-й день місяця.

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

- метотрексат 1500 мг/м²/добу в/в (1/10 дози вводять протягом 30 хвилин і 9/10 дози – в наступні 23,5 годин) у 1-й і 15-й день місяця;
- аспарагіназа 10 000 МО/м²/добу в/в 60-хвилинною інфузією у 2-й і 16-й день місяця;
- меркаптопурин 25 мг/м²/добу *per os* у 1-5-й і 15-19-й день місяця.

При гострому мієлобласному лейкозі основними препаратами, які використовуються для досягнення ремісії є цитозар і рубоміцин (адриаміцин) в комбінації "7 + 3": цитозар вводять 7 днів 200 мг/м²/добу безперервно або по 200 мг/м² протягом 2 год в/в 2 рази/добу; рубоміцин - 45 мг/м² в/в (30 мг/м² після 60 років) в 1-й, 2-й і 3-й дні курсу. До цитозару і рубоміцину може бути доданий 6-меркаптопурин, що призначається кожні 12 год в дозі 50 мг/м², при цьому дозу цитозара зменшують до 100 мг/м², що вводиться кожні 12 год. Цитозар вводиться 8 днів, 6-меркаптопурин - з 3-го по 9-й день.

Для підтримки ремісії використовують або комбінацію цитозара і рубоміцина (курс "7 + 3"), що призначається кожного місяця з інтервалом 2,5 - 3 тижні, або 5-денне введення цитозара

п/ш по 100 мг/м² кожні 12 год в поєднанні (в перший день курсу) з одним з таких цитостатиків, як циклофосфан (750 мг/м²) або рубоміцин (45 мг/м²) або вінкрістін (1,4 мг/м²) і преднізолон (40 мг/м² з 1-го по 5-й день) або метотрексат (30 мг/м²). Підтримуючу терапію продовжують 5 років. Всім хворим проводять профілактику нейтролейкемії введенням метотрексату в дозі 12,5 мг/м² (максимум 15 мг) після досягнення ремісії.

Лейкоз хронічний

Хронічний мієлолейкоз - пухлина кісткового мозку із зрілих та дозріваючих клітин – гранулоцитів

Стадії хронічного мієлолейкозу:

I – початкова: клінічно не проявляється;

II – розгорнутої клініки (хронічна стадія):

- астеничний синдром
- анемічний синдром
- геморагічний синдром
- інфекційний синдром
- синдром лейкемічної інфільтрації
- гепатоспленомегалія
- збільшення лімфатичних вузлів рідко
- подагричний синдром з враженням нирок (клітинний розпад, лікування цитостатиками)

В аналізі крові: нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом у формулі до мієлоцитів і промієлоцитів

базофільно-еозинофільна асоціація

тромбоцитоз, який переходить в тромбоцитопенію.

Мієлограма: повне витіснення жири гранулоцитарним ростком

бідність зернистості гранулоцитів

зменшення в зрілий нейтрофілах лужної фосфатази

Розгорнена стадія триває в середньому 4 роки. При правильній терапії стан хворих залишається задовільним, вони зберігають працездатність, ведуть звичайний спосіб життя при амбулаторному нагляді і лікуванні.

III – термінальна стадія (стадія бластного кризу) супроводжується лихоманкою, швидко прогресуючим виснаженням, біллю в кістках, різкою слабкістю, швидким збільшенням селезінки, печінки, іноді збільшенням лімфатичних вузлів. Для цієї стадії характерна редукція нормальних паростків кровотворення - анемія, тромбоцитопенія, що ускладнюється геморагічним синдромом, гранулоцитопенія, що ускладнюється інфекцією, некрозами слизових оболонок. Найважливішою гематологічною ознакою термінальної стадії хронічного мієлолейкозу є бластний криз - збільшення змісту бластних кліток в кістковому мозку і крові. Тривалість життя хворих в цій стадії частіше не перевищує 6-12 міс.

Лікування хронічного мієлолейкозу проводять з моменту встановлення діагнозу. Препаратами першої лінії у лікуванні вперше діагностованої ХМЛ є *імаїніб* у дозі 400 мг на добу per os. Імаїніб призначається постійно до того часу, поки хворий є чутливим до препарату (розвиток рефрактерності, субоптимальна відповідь). Імаїніб є представником препаратів таргетної терапії і у випадку призначення в першій лінії терапії 96% хворих на ХМЛ отримують повну гематологічну відповідь (ПГВ), 87 % - велику цитогенетичну відповідь (ВЦВ), 76 % - повну цитогенетичну відповідь (ПЦВ), 50 % - велику молекулярну відповідь (ВМВ).

Більшість пацієнтів отримують ВЦВ в перші 6 місяців лікування і у них низький ступінь ризику розвитку прогресії захворювання.

Під час переходу процесу в термінальну стадію використовують комбінації цитостатичних препаратів, вживаних звично для лікування гострого лейкозу: вінкрістін і преднізолон, цитозар і рубоміцин. На початку термінальної стадії нерідко ефективний мієлобромол.

Хронічний лімфолейкоз - доброякісна пухлина лімфоїдної тканини з диференційованих клітин – лімфоцитів із збільшенням селезінки, печінки, лімфатичних вузлів

Клінічні варіанти:

1. пролімфоцитарний
2. форма Сезарі
3. спленоменгальний
4. кістковомозковий
5. волосатоклітинний
6. Т-клітинний

Початок хвороби нерідко визначити не вдається: серед повного здоров'я і відсутності у хворого яких-небудь неприємних суб'єктивних відчуттів в крові знаходять невеликий, але поступово наростаючий лімфоцитоз. На ранніх етапах число лейкоцитів може бути нормальним. Характерна ознака хвороби - збільшення лімфатичних вузлів. Іноді їх збільшення знаходять одночасно із змінами в крові, іноді пізніше. Збільшення селезінки - частий симптом; рідше збільшується печінка. В крові разом із збільшенням числа лімфоцитів, присутністю одиничних пролімфоцитів і іноді лімфобластів часто можна знайти характерні для хронічного лімфолейкоза так звані тіні Гумпрехта - зруйновані при приготуванні мазка ядра лімфоцитів. В розгорненій стадії хвороби зміст нейтрофілів, тромбоцитів і еритроцитів багато років може залишатися на нормальному рівні. В кістковому мозку знаходять високий відсоток лімфоцитів.

Розвиток захворювання нерідко супроводжується зниженням загального рівня гамма-глобулінів. Пригнічення гуморального імунітету виявляється частими інфекційними ускладненнями, особливо пневмоніями. Інше нерідке ускладнення - цитопенії, частіші анемії і тромбоцитопенії. Це ускладнення може бути пов'язано з появою аутоантитіл проти еритроцитів і тромбоцитів або проти еритрокаріоцитів і мегакаріоцитів. Але це не єдиний механізм цитопенії при хронічному лімфолейкозі. Термінальна стадія хронічного лімфолейкоза, спостерігається нечасто і проявляється розвитком лімфосаркоми. може супроводжуватися зміною лімфоцитоза в крові нейтрофілізмом., особливо рідкісний бластний криз.

Лікування хронічного лімфолейкозу

При наявності лейкоцитозу, помірної лімфаденопатії лікування починають з призначення хлорбутину. При великих розмірах лімфатичних вузлів використовують циклофосфан. Стероїдну терапію призначають при аутоімунних ускладненнях, геморагічному синдромі, а також неефективності цитостатиків (іноді комбінують хлорбутін або циклофосфан з преднізолоном). Однак, тривале вживання стероїдів при протипоказане.

При залученні в процес лімфатичних вузлів черевної порожнини з успіхом використовують комбінації циклофосфана, вінкрістіна або вінбластіна і преднізолону (CVP). Опромінюють селезінку, лімфатичні вузли, шкіру. Одним з методів лікування аутоімунної цитопенії є спленектомія. Особливе значення має лікування інфекційних ускладнень. При високому лейкоцитозі у поєднанні з цитопенією застосовують лейкоцитоферез.

Хворі хронічним лімфолейкозом багато років зберігають хороше самопочуття і працездатність.

Лейкемоїдні реакції - зміни в крові і органах кровотворення, що нагадують лейкоз і інші пухлини кровотворної системи, але завжди мають реактивний характер і не трансформуються в ту пухлину, на яку вони схожі.

Патогенез лейкемоїдних реакцій:

1. вихід в кров незрілих клітинних елементів;
2. підвищений синтез клітин крові або обмеження виходу клітин крові на периферію.

Лейкемоїдні реакції гранулоцитарного типу характерні для: важких інфекцій

1. інтоксикацій

2. лікування глюкокортикостероїдами
3. шок, стрес
4. лімфогранулематоз
5. інфаркт міокарда
6. травми черепа

Підвищена продукція гранулоцитів пов'язана з масивною загибеллю мікробних тіл і попаданням в кров ендотоксину. ЛР гранулоцитарного типу нагадують хронічний мієлолейкоз. На початку хронічного мієлолейкозу інтоксикації не спостерігається, соматично хворий абсолютно збережений. Остаточного встановити діагноз допомагає стерильна пункція.

Лейкемоїдні реакції еозинофільного типу: супроводжують алергічний діатез, сенсibilізацію організму паразитами, медикаментами, колагенози, рідко пухлинний ріст (наприклад, лімфогранулематоз). В окремих випадках висока еозинофілія може відображати реакцію на гострий Т-клітинний лейкоз в алейкемічній стадії (коли бласти ще не вийшли в кров), рак. Тому немотивована висока еозинофілія вимагає всебічного онкологічного обстеження, у тому числі і пункції кісткового мозку.

Лейкемоїдні реакції лімфатичного типу найчастіше є результатом вірусної інфекції і зустрічається майже виключно у дітей. Інфекційний лімфоцитоз продовжується звичайно декілька днів, супроводжується легкими катаральними явищами. По картині крові його легко можна прийняти за хронічний лімфолейкоз, але в пункції кісткового мозку необхідності немає - потрібно лише почекати декілька днів, крім того у дітей не буває хронічного лімфолейкоза. Реактивний лімфоцитоз також може виникати після спленектомії.

Лейкемоїдні реакції моноцитарного типу зустрічаються при туберкульозі, саркоїдозі, макроглобулінемії Вальденстрема, хронічних запальних процесах. Реактивний моноцитоз відрізняється від хронічного моноцитарного лейкозу наявністю ознак якого-небудь захворювання, тоді як хронічний моноцитарний лейкоз протягом перших років хвороби практично безсимптомний. В сумнівних випадках показана трепанобіопсія кісткового мозку.

В окремих випадках інфекційний мононуклеоз у дітей приймають за гострий лейкоз. Це можливо лише при аналізі погано приготованих мазків крові: у дітей нерідко інфекційні мононуклеари містять нуклеоли. Але в правильно приготованому мазку при мононуклеозі ніколи немає обов'язкових для гострого лейкозу бластних кліток. В сумнівних випадках будь-яка спроба лікувати підозрюваний лейкоз преднізолоном або цитостатиками препаратами неприпустима! Правильний діагноз встановлюють при повторних дослідженнях крові. При гострому лейкозі бластоз, що з'явився, в крові швидко наростає.

До *лейкемоїдних реакцій кісткового мозку* відносять також деякі форми і стадії агранулоцитозу і особливо етапи "виходу" з нього. Картина кісткового мозку в цих випадках імітує гострий лейкоз. В крові спостерігається майже повна відсутність зрілих гранулоцитів. Як правило, має місце пов'язана з агранулоцитозом інфекція. В сумнівних випадках необхідно почекати декілька днів для остаточної думки про діагноз: при виході з агранулоцитозу склад крові нормалізується і необхідності в повторній пункції кісткового мозку не буде, при гострому лейкозі в крові збережеться гранулоцитопенія і для уточнення її характеру доведеться повторити пункцію кісткового мозку.

Матеріали для самоконтролю:

А. Тести початкового рівня знань:

Варіант 1

1. До лікаря-гематолога звернулася хвора з симптомами лакунарної ангіни, явищами стоматиту, кровоточивістю ясен. Хворіє протягом 20 днів. Традиційна антибактеріальна терапія неефективна. В заг.ан.крові виявлено: ЕR-3,5Т/л, Нb-102 г/л, КП - 0,9, L-14,0 Г/л, тромбоцити-

100,0 Г/л, бластні клітини-28%, П-4%, С-18%, М-4%, Л-46%, ШОЕ-38 мм/год. Який попередній діагноз можна поставити?

- А. гострий лейкоз
- В. ідіопатична тромбоцитопенія
- С. хронічний лімфолейкоз
- Д. лімфогранулематоз
- Е. лімфосаркома

2. Хвора А, 28 років поступила зі скаргами на болі в суглобах та кістках, підвищення температури до 39,50С, загальну слабкість. При огляді стерналгія, збільшення підщелепних, аксилярних та надключичних лімфовузлів. Вузли м'які рухливі безболісні, стерналгія. Загальний аналіз крові: ЕР-2,9Т/л, Нв-85 г/л, КР - 0,95, L-15 Г/л, тромбоцити-120,0 Г/л, П-2%, С-30%, М-3%, Л-60%, бласти – 5%, ШОЕ-55 мм/год. Для остаточного підтвердження діагнозу необхідно провести:

- А. УЗД внутрішніх органів
- В. рентгенографію легень
- С. стернальну пункцію
- Д. біопсію лімфатичних вузлів
- Е. ревмопроби

3. Хворий Р., 23 роки скаржиться на підвищення температури до 38,5⁰С, загальну слабкість. Об'єктивно: Збільшення підщелепних та аксилярних лімфатичних вузлів. Вузли м'які, еластичні, рухомі, безболісні. Спленомегалія. Загальний аналіз крові: ЕР – 2,0 * 10¹²/л, Нв – 65 г/л; КР – 0,9, тромбоцити – 35 * 10⁹/л, L – 3,5 * 10⁹/л: сегментоядерні – 4%, лімфоцити – 6%, бласти – 90%, ШОЕ – 70 мм/год. Якого ускладнення не може бути у хворих з гострим лейкозом?

- А. кахексія
- В. перехід в хронічну форму
- С. подагра
- Д. крововиливи в головний мозок
- Е. інфекційні ускладнення

4. Хворий 18 років надійшов до стаціонару на 7-й день хвороби зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, підвищення температури тіла, біль у горлі. Об'єктивно: збільшення всіх груп лімфовузлів до 1-3 см в діаметрі. Під час пальпації: лімфовузли щільнуваті, еластичні, малоболісні, неспаєні між собою. На збільшених мигдаликах - гнійні нашарування. Печінка+3 см. У крові: лейкоцитоз, відносний лімфоцитоз, віроцити -15%. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. гострий лімфобластний лейкоз
- В. аденовірусна інфекція
- С. дифтерія
- Д. інфекційний мононуклеоз
- Е. ангіна

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 дёсен, мягкого и твёрдого 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. хронічний лімфолейкоз
- В. хронічний мієлолейкоз
- С. гіпопластична анемія
- Д. агранулоцитоз
- Е. гострий лейкоз

7. Хворий скаржиться на загальну слабкість, болі при ковтанні, підвищення температури до 39,50С. Об'єктивно: геморагічний висип на тулубі, збільшені безболісні шийні та підщелепні

лімфатичні вузли, спленомегалія, стерналгія. Загальний аналіз крові: $ER - 2,0 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 65$ г/л; $KП - 1$, тромбоцити – $32 \cdot 10^9/л$, $L - 30 \cdot 10^9/л$: палички – 2%, сегментоядерні – 22%, лімфоцити – 8%, бласти – 68%, ШОЕ – 50 мм/год. В даному випадку в загальному аналізі крові визначаються наступні гематологічні синдроми, крім:

А. бласти в складі лейкоцитарної формули

В. бластний криз

С. панцитопенія

Д. прискорення ШОЕ

Е. лейкемічний провал

8. Хвора Г., 32 років, скаржиться на підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}C$, загальну слабкість, біль в кістках, збільшення селезінки. Загальний аналіз крові: $ER - 3,5 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 110$ г/л; $KП - 0,9$, тромбоцити – $420 \cdot 10^9/л$, $L - 80 \cdot 10^9/л$: базофіли – 3%, еозинофіли – 4%, мієлоцити – 4%, юні – 5%, палички – 17%, сегментоядерні – 44%, лімфоцити – 18%, моноцити – 5%, ШОЕ – 38 мм/год. Для загального аналізу крові при даному захворюванні характерні такі синдроми, крім:

А. нейтрофільний лейкоцитоз

В. зсув лейкоцитарної формули вліво

С. базофільно-еозинофільна асоціація

Д. лейкемічний провал

Е. тромбоцитоз

9. Хвора 55 років скаржиться на загальну слабкість, пітливість, зниження апетиту, похудання на 5 кг за 4 місяці, болі в кістках протягом останнього року. Об'єктивно: блідість, гепатоспленомегалія. $ER - 2,7 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 90$ г/л; $KП - 1,0$, тромбоцити – $240 \cdot 10^9/л$, $L - 460 \cdot 10^9/л$: базофіли – 6%, еозинофіли – 8%, мієлоцити – 5%, юні – 6%, палички – 15%, сегментоядерні – 40%, лімфоцити – 15%, моноцити – 5%, ШОЕ – 30 мм/год. Який генез інтоксикаційного синдрому у хворої?

А. синдром пухлинного росту

В. імунно-запальний синдром

С. токсичного впливу зовнішніх факторів

Д. інфекційно-алергічний синдром

Е. інфекційно-запальний синдром

10. Хвора 28 років скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до $38^{\circ}C$, болі при ковтанні, появу висипки на тулубі. При огляді стерналгія, збільшення підщелепних, шийних, аксиллярних лімфатичних вузлів, які м'які, еластичні рухомі, безболісні, геморагічний висип на тулубі за петехіальноплямистим типом. Загальний аналіз крові: $ER - 2,2 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 70$ г/л; $KП - 1$, тромбоцити – $70 \cdot 10^9/л$, $L - 45 \cdot 10^9/л$: сегментоядерні – 18%, лімфоцити – 42%, бласти – 40%, ШОЕ – 50 мм/год. Яка причина лімфаденопатії у хворой?

А. синдром антигенної стимуляції

В. синдром первинного пухлинного ураження

С. інфекційно-запальний синдром

Д. імунно-запальний синдром

Е. синдром лейкемічної інфільтрації

Варіант 2

1. Хвора Н, 32 роки скаржиться на болі в кістках, підвищення температури до $38,5^{\circ}C$, загальну слабкість, появу геморагічного висипу на тулубі. При огляді стерналгія, збільшення підщелепних, аксиллярних та надключичних лімфовузлів. Вузли м'які рухливі безболісні, стерналгія. Загальний аналіз крові: $ER - 2,0 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 65$ г/л, $KП - 0,9$, $L - 210$ Г/л, тромбоцити – $70,0$ Г/л, $C - 4\%$, $L - 6\%$, бласти – 90%, ШОЕ – 70 мм/год. Ваш діагноз:

А. гострий лейкоз

В. ідіопатична тромбоцитопенія

С. хронічний лімфолейкоз

Д. лімфогранулематоз

Е. лімфосаркома

2. Хвора 24 роки скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до 38°C , болі при ковтанні, кровоточивість ясен, появу висипки на тулубі. Об'єктивно: гіпертрофія мигдаликів, явища стоматиту з виразкуванням, ділянками некрозу; збільшення підщелепних, шийних лімфатичних вузлів. Вузли м'які, еластичні рухомі, безболісні. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 70 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити $- 70 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 45 \cdot 10^9/\text{л}$; сегментоядерні $- 18\%$, лімфоцити $- 42\%$, бласти $- 40\%$, ШОЕ $- 50 \text{ мм/год}$. Яка причина виникнення ангіни у хворого?

А. синдром антигенної стимуляції

В. синдром первинного пухлинного ураження

С. інфекційно-запальний синдром

Д. імунно-запальний синдром

Е. синдром нейтропенії

3. Хворий 25 років поступив зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури до 38°C , болі в кістках, появу висипки на тулубі. При огляді стерналгія, геморагічний висип на тулубі за петехіально-плямистим типом. В анамнезі часті простудні захворювання. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 75 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити $- 68 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 80 \cdot 10^9/\text{л}$; сегментоядерні $- 2\%$, лімфоцити $- 98\%$, ШОЕ $- 50 \text{ мм/год}$. Хворому призначено стернальну пункцію. Чим ґрунтувався лікар в своєму призначенні?

А. анамнезом хворого

В. інфекційно-запальним синдромом

С. синдромом панцитопенії

Д. синдромом інтоксикації

Е. геморагічним синдромом

4. Хворий поступив зі скаргами на загальну слабкість, болі в кістках і суглобах, підвищення температури до $39,5^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно: геморагічний висип на тулубі, збільшені безболісні рухомі шийні та підщелепні лімфатичні вузли, спленомегалія, стерналгія. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 65 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити $- 45 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 50 \cdot 10^9/\text{л}$; сегментоядерні $- 2\%$, лімфоцити $- 98\%$, ШОЕ $- 50 \text{ мм/год}$. Яку лікарські засоби є основними в даному випадку?

А. цитостатики

В. НПЗЗ

С. гемостатичні

Д. антибіотики

Е. препарати крові

5. Хворий Х., 23 роки поступив з діагнозом «ангіна». Турбують підвищення температури протягом останнього тижня до 39°C , загальна слабкість, поява синців на тулубі, болі в кістках. Дільничий лікар призначив хворому амоксиклав, який не дав ефекту. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 1,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 50 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити $-$ одиниці в п/з, $\text{L} - 98 \cdot 10^9/\text{л}$; сегментоядерні $- 1\%$, лімфоцити $- 98\%$, ШОЕ $- 60 \text{ мм/год}$. Найбільш ймовірний діагноз?

А. хронічний мієлолейкоз

В. лейкоїдна реакція лімфоцитарного типу

С. хронічний лімфолейкоз

Д. гострий лейкоз

Е. апластична анемія

6. Хворий госпіталізований зі скаргами на виражену слабкість, підвищення температури до $39,2^{\circ}\text{C}$, болі в горлі при ковтанні, геморагічне висипання на шкірі тулуба. При обстеженні в аналізі крові анемія, тромбоцитопенія, бласти $- 14\%$, ШЗЕ $- 40 \text{ мм/год}$. Яке обстеження необхідне для уточнення діагноза?

А. розгорнутий аналіз крові

В. коагулограма

С. посів з мигдаликів

Д. рентгенографія кісток черепа

Е. стернальна пункція

7. Чоловік 68 років скаржиться на втому, пітливість, збільшення шийних, підщелепних та пахвових лімфовузлів. В крові: лейкоц. $35 \cdot 10^9/\text{л}$, з них лімфоцитів 60%, тільця Боткіна - Гумпрехта; рівень гемоглобіну та кількість тромбоцитів у межах норми. У мієлограмі 40% лімфоцитів. Який у хворого найбільш імовірний діагноз?

- А. гострий лейкоз
- В. хронічний мієлолейкоз
- С. хронічний лімфолейкоз
- Д. туберкульозний лімфаденіт
- Е. лімфогранулематоз

8. Хворий 65 років скаржиться на слабкість, втомлюваність, біль у кістках; загальний стан середньої тяжкості, температура тіла $37,40^\circ\text{C}$; при пальпації відмічається збільшення периферичних лімфатичних вузлів, печінки та селезінки. В периферичній крові – гемоглобін – 90 г/л, еритроцити – $3,25 \cdot 10^{12}/\text{л}$, кількість лейкоцитів – $30,0 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерні гранулоцити – 3%, лімфоцити – 97%. Встановіть діагноз.

- А. хронічна мієлоїдна лейкемія
- В. гострий лейкоз
- С. еритремія
- Д. мієломна хвороба
- Е. хронічна лімфоцитарна лейкемія

9. Хворий К., 65 років протягом 6 років хворіє на лейкоз. Загальний аналіз крові: ЕР – $2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб – 70 г/л; КР – 0,93, тромбоцити – $72 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $320 \cdot 10^9/\text{л}$: базофіли – 4%, еозинофіли – 5%, промієлоцити – 3%, мієлоцити – 3%, юні – 3%, палички – 12%, сегментоядерні – 28%, лімфоцити – 3%, моноцити – 4%, бласти – 35%, ШОЕ – 42 мм/год. Яка форма лейкозу у хворого?

- А. хронічний мієлолейкоз, хронічна фаза
- В. хронічний лімфолейкоз
- С. гострий мієлолейкоз
- Д. хронічний мієлолейкоз, бластний криз
- Е. гострий лімфолейкоз

Варіант 3

1. В лікарню поступила хвора А, 28 років зі скаргами на болі при ковтанні, кровоточивість ясен, підвищення температури до $39,50^\circ\text{C}$, загальну слабкість. При огляді гіпертрофія мигдаликів, явища стоматиту з виразкуванням. Хворіє протягом 3 тижнів. Дільничий терапевт призначив антибактеріальну терапію, яка ефекту не дала. Загальний аналіз крові: ЕР- $3,0\text{T}/\text{л}$, Нб-92 г/л, КР - 0,95, L-3,0 Г/л, тромбоцити- $100,0\text{ Г/л}$, П-2%, С-34%, М-3%, Л-60%, бласти – 1%, ШОЕ-62 мм/год. Ваш діагноз?

- А. гострий лейкоз
- В. гостра ревматична лихоманка
- С. системний червоний вовчак
- Д. лімфогранулематоз
- Е. ангіна

2. Хвора Н, 32 роки скаржиться на болі в кістках, підвищення температури до $38,50^\circ\text{C}$, загальну слабкість, появу геморагічного висипу на тулубі. При огляді стерналгія, збільшення підщелепних, аксиллярних та надключичних лімфовузлів. Вузли м'які рухливі безболісні, стерналгія. Загальний аналіз крові: ЕР- $2,0\text{T}/\text{л}$, Нб-65 г/л, КР - 0,9, L-210 Г/л, тромбоцити- $70,0\text{ Г/л}$, С-4%, Л-6%, бласти – 90%, ШОЕ-70 мм/год. В загальному аналізі крові присутні такі гематологічні синдроми характерні для вказаного захворювання, крім:

- А. наявність бластів в лімфоцитарній формулі
- В. лейкемічний провал
- С. еритроцитоз
- Д. збільшення ШОЕ
- Е. панцитопенія

3. Хвора 55 років скаржиться на загальну слабкість, пітливість, зниження апетиту, похудання на 5 кг за 4 місяці, болі в кістках протягом останнього року. Об'єктивно: блідість, гепато-спленомегалія. $ER - 2,7 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 90 г/л$; $KП - 1,0$, тромбоцити $- 240 \cdot 10^9/л$, $L - 460 \cdot 10^9/л$: базофіли $- 6\%$, еозинофіли $- 8\%$, мієлоцити $- 5\%$, юні $- 6\%$, палички $- 15\%$, сегментоядерні $- 40\%$, лімфоцити $- 15\%$, моноцити $- 5\%$, ШОЕ $- 30$ мм/год. Програма лікування хворого включає:
- поліхіміотерапія
 - променева терапія
 - спленектомія
 - пересадка кісткового мозку
 - всі перераховані
4. Хворий поступив з діагнозом «ангіна». Скарги на загальну слабкість, болі при ковтанні, підвищення температури до $39,50^{\circ}C$. Об'єктивно: геморагічний висип на тулубі, збільшені безболісні шийні та підщелепні лімфатичні вузли, спленомегалія, стерналгія. Загальний аналіз крові: $ER - 2,0 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 65 г/л$; $KП - 1$, тромбоцити $- 32 \cdot 10^9/л$, $L - 30 \cdot 10^9/л$: палички $- 2\%$, сегментоядерні $- 22\%$, лімфоцити $- 8\%$, бласти $- 68\%$, ШОЕ $- 50$ мм/год. В даному випадку найбільш ймовірним методом діагностики є:
- білок крові
 - імунограма
 - стернальна пункція
 - біопсія лімфатичних вузлів
 - рентгенографія кісток черепа
5. Хворий отримав радіаційне опромінення. Скаржиться на слабкість, часті носові кровотечі, "синяки" на тілі, серцебиття, задишку. Часто хворіє на респіраторні захворювання. В крові: ер. $- 1,2 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 54 г/л$, лейк. $- 1,7 \cdot 10^9/л$, е. $- 0\%$, п. $- 0\%$, с. $- 32\%$, л. $- 62\%$, м. $- 6\%$; ШЗЕ $- 52$ мм/год.; тромб. $- 30 \cdot 10^9/л$. Яке лікування найбільш доцільне в даному випадку?
- пересадка кісткового мозку
 - переливання еритроцитарної маси
 - переливання тромбоцитарної маси
 - антилімфоцитарний імуноглобулін
 - переливання цільної крові
6. Хворий А. 48 років скаржиться на збільшення шийних лімфовузлів, підвищення температури до $37,6^{\circ}C$. Захворів 3 місяці тому. Об'єктивно: справа і зліва на шиї пальпуються безболісні, м'якоеластичні, рухомі лімфовузли 2×2 см. Шкірні покриви над ними не змінені; пульс 72 уд/мин, ритмічний. Печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: ер $2,2 \cdot 10^{12}/л$, $Hb 72 г/л$, $KП 0,9$, тромбоцити $100 \cdot 10^9/л$, лейкоцити $80 \cdot 10^9/л$, п $- 4\%$, с $- 6\%$, л $- 90\%$, ШОЕ 10 мм/год. Для даного захворювання характерні наступні гематологічні синдроми, крім:
- лейкоцитоз
 - лімфоцитоз
 - тромбоцитопенія
 - анемія
 - еритроцитоз
7. Хворий 66 років скаржиться на загальну слабкість, зниження апетиту, болі в кістках, важкість в правому підреб'ї при фізичному навантаженні протягом останніх 5-6 місяців. Об'єктивно: гепато-спленомегалія. $ER - 4 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 130 г/л$; $KП - 0,9$, тромбоцити $- 360 \cdot 10^9/л$, $L - 22 \cdot 10^9/л$: базофіли $- 5\%$, еозинофіли $- 3\%$, мієлоцити $- 2\%$, юні $- 5\%$, палички $- 8\%$, сегментоядерні $- 58\%$, лімфоцити $- 11\%$, моноцити $- 8\%$, ШОЕ $- 35$ мм/год. Появи яких ускладнень слід очікувати у хворого?
- подагра
 - внутрішньомозкові крововиливи
 - кахексія
 - пневмонія
 - всі перераховані

8. Хвора Ф., 24 років скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до 39°C , болі при ковтанні, появу висипки на тулубі. Об'єктивно: гіпертрофія мигдаликів з виразкуванням, ділянками некрозу. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 65 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити – $35 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 3,5 \cdot 10^9/\text{л}$: палички – 1%, сегментоядерні – 32%, лімфоцити – 23%, бласти – 38%, $\text{ШОЕ} - 60 \text{ мм/год}$. Цитохімічне дослідження: мієлопероксидаза різко позитивна в усіх бластах. Ваш діагноз:

- А. гострий мієлолейкоз
- В. хронічний мієлолейкоз, бластний криз
- С. сублейкемічний мієлоз
- Д. гострий лімфобластний лейкоз
- Е. хронічний лімфолейкоз

9. Хворий поступив з діагнозом «ангіна». Скарги на загальну слабкість, болі при ковтанні, підвищення температури до $39,5^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно: геморагічний висип на тулубі, збільшені безболісні шийні та підщелепні лімфатичні вузли, спленомегалія, стерналгія. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 65 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити – $32 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 30 \cdot 10^9/\text{л}$: палички – 2%, сегментоядерні – 22%, лімфоцити – 8%, бласти – 68%, $\text{ШОЕ} - 50 \text{ мм/год}$. Які препарати є базовими при даному захворюванні?

- А. антибіотики
- В. НПЗЗ
- С. еритроцитарна маса
- Д. цитостатики
- Е. тромбоцитарна маса

10. Хворий А., 23 роки пройшов 3 курси поліхіміотерапії у зв'язку з гострим лімфолейкозом, після якого наступила повна клініко-гематологічна ремісія. За якими ознаками лікар може встановити наявність ремісії?

- А. відсутність клініки
- В. нормальний загальний аналіз крові
- С. нормальна мієлограма
- Д. відсутні мутантні клітини в пунктаті кісткового мозку
- Е. всі перераховані

Варіант 4

1. Жінка 55 років на протязі останніх 2 місяців відмічає поступове збільшення лімфатичних вузлів на шії та в пахвових ділянках. Неділю тому після переохолодження появилася профузна нічна пітливість, нічне підвищення температури тіла до $39,5^{\circ}\text{C}$, свербіж шкіри. При огляді: шийні та пахвові лімфатичні вузли збільшені до 1,5 – 2 см в діаметрі, щільні, не зпаяні між собою. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 75 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити – $68 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 80 \cdot 10^9/\text{л}$: сегментоядерні – 2%, лімфоцити – 98%, тіні Боткіна-Гумпрехта ++, $\text{ШОЕ} - 50 \text{ мм/год}$. Ваш діагноз?

- А. хронічний мієлолейкоз, бластний криз
- В. хронічний лімфолейкоз
- С. хронічний мієлолейкоз, хронічна фаза
- Д. сублейкемічний мієлоз
- Е. гострий лімфолейкоз

2. Хворий 22 роки скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до 38°C , болі при ковтанні, кровоточивість ясен, появу висипки на тулубі. Об'єктивно: гіпертрофія мигдаликів, явища стоматиту з виразкуванням, ділянками некрозу; збільшення підщелепних, шийних лімфатичних вузлів. Вузли м'які, еластичні рухомі, безболісні. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 70 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити – $70 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 45 \cdot 10^9/\text{л}$: сегментоядерні – 18%, лімфоцити – 42%, бласти – 40%, $\text{ШОЕ} - 50 \text{ мм/год}$. Найбільш інформативним методом для постановки діагнозу є:

- А. біопсія лімфатичного вузла

В. титри антистрептококових антитіл

С. стернальна пункція

Д. імунограма

Е. пункція лімфатичного вузла

3. Хворий поступив з діагнозом «ангіна». Скарги на загальну слабкість, болі при ковтанні, підвищення температури до $39,50^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно: геморагічний висип на тулубі, збільшені безболісні шийні та підщелепні лімфатичні вузли, спленомегалія, стерналгія. Загальний аналіз крові: $\text{ER} - 2,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 65 \text{ г/л}$; $\text{КП} - 1$, тромбоцити $- 32 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{L} - 30 \cdot 10^9/\text{л}$: палички $- 2\%$, сегментоядерні $- 22\%$, лімфоцити $- 8\%$, бласти $- 68\%$, $\text{ШОЕ} - 50 \text{ мм/год}$. Який діагноз можна запідозрити у хворого?

А. лейкомоїдна реакція по нейтрофільному типу

В. гострий лейкоз

С. хронічний мієлолейкоз, бластний криз

Д. хронічний лімфолейкоз

Е. апластична анемія

4. Хвора 64-х років скаржиться на загальну слабкість, шум у голові, охриплість голосу. Об'єктивно: шкіра бліда з жовтяничним відтінком, язик червоний зі згладженими сосочками, асиметрія тактильної та больової чутливості, $\text{Ps} - 120/\text{хв}$, $\text{АТ} - 80/50 \text{ мм рт.ст.}$, пальпується селезінка. У крові: $\text{Hb} - 58 \text{ г/л}$, ер.- $1,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоц.- $2,8 \cdot 10^9/\text{л}$, тр.- $140 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{ШЗЕ} - 17 \text{ мм/год}$, анізоцитоз, пойкилоцитоз - виражені ($++$). Яке дослідження буде вирішальним у з'ясуванні генезу анемії?

А. непряма проба Кумбса

В. ендолюмбальна пункція

С. пряма проба Кумбса

Д. стернальна пункція

Е. фіброгастроскопія

5. Хворий 18 років надійшов до гематологічного відділення зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, відсутність апетиту, підвищення температури тіла до 39°C , появу припухлості на шиї. Об'єктивно: $t^{\circ} - 38^{\circ}\text{C}$, шкіра та слизові оболонки різко бліді, пакети лімфовузлів на шиї по обидва боки розміром до 1 см, не болючі. Печінка $+1 \text{ см}$, не болюча, селезінка $+0,5 \text{ см}$. У крові: $\text{Hb} - 98 \text{ г/л}$, ер.- $2,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоц.- $32 \cdot 10^9/\text{л}$, п- 0% , с- 28% , м- 2% , л- 39% , бласт- 31% , рет.- 31% , тромбоц.- $120 \cdot 10^9/\text{л}$, $\text{ШЗЕ} - 36 \text{ мм/год}$. Яка форма лейкозу у хворого?

А. гострий лімфобластний лейкоз

В. хронічний мієлобластний лейкоз

С. гострий мієлобластний лейкоз

Д. недиференційований лейкоз

Е. хронічний лімфобластний лейкоз

6. Чоловік 42-х років скаржиться на слабкість, серцебиття, носові кровотечі, появу крововиливів на шкірі. Стан прогресивно погіршується протягом місяця. Об'єктивно: стан тяжкий, на шкірі кінцівок і тулуба петехіальні та плямисті крововиливи, лімфовузли не пальпуються, $\text{Ps} - 116/\text{хв}$, печінка $+2 \text{ см}$, селезінка не пальпується. У крові: виражена панцитопенія. Про яке захворювання треба думати в першу чергу?

А. гострий лейкоз

В. гострий агранулоцитоз

С. геморагічний васкуліт

Д. хвороба Верльгофа

Е. апластична анемія

7. Хворий Т. 48 років скаржиться на збільшення шийних лімфовузлів, підвищення температури до $37,6^{\circ}\text{C}$. Захворів 3 місяці тому. Об'єктивно: справа і зліва на шиї пальпуються безболісні, м'якоеластичні, рухомі лімфовузли $2 \times 2 \text{ см}$. Шкірні покриви над ними не змінені. Спленомегалія. Аналіз крові: ер $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} 92 \text{ г/л}$, $\text{КП} 0,9$, тромбоцити $130 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоцити $60 \cdot 10^9/\text{л}$, п -

4%, с - 6%, л - 90%, ШОЕ 40 мм/год. Патогномонічними для даного захворювання є наявність в загальному аналізі крові:

- A. ретикулоцитозу
- B. анемії
- C. кілець Кебота
- D. тільця Боткіна-Гумпрехта
- E. тілець Жолі

8. Хворий Т, 34 роки скаржиться на болі в кістках, підвищення температури до 38,50С, загальну слабкість, появу геморагічного висипу на тулубі. При огляді стерналгія, спленомегалія.

Загальний аналіз крові: EР-2,0Т/л, Нb-65 г/л, КР - 0,9, L-210 Г/л, тромбоцити-70,0 Г/л, С-4%, Л-16%, бласти – 80%, ШОЕ-70 мм/год. Яка причина болю в кістках у хворого?

- A. синдром пухлинного росту
- B. синдром лейкоемічної інфільтрації
- C. інфекційно-запальний синдром
- D. імунно-запальний синдром
- E. травма

9. Хворий Б., 39 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 38,5⁰С, загальну слабкість, біль в кістках, збільшення селезінки. При обстеженні виявлені зміни в аналізі крові: кількість лейкоцитів – 50,0 *10⁹/л, гемоглобін – 105 г/л, еритроцити – 3,5 *10¹²/л, тромбоцити – 520,0 *10⁹/л, бласти – 2%, еозинофіли – 7%, базофіли – 8%, промієлоцити – 5%, мієлоцити – 4%, сегментоядерні нейтрофіли – 32%, лімфоцити – 12%. Ваш діагноз?

- A. гострий лейкоз
- B. лейкоемідна реакція нейтрофільного типу
- C. лейкоемідна реакція еозинофільного типу
- D. хронічний лімфолейкоз
- E. хронічний мієлолейкоз

10. Хворий 58 років скаржиться на загальну слабкість, зниження апетиту, болі в кістках протягом останнього року. Об'єктивно: гепато-спленомегалія. EР – 4 *10¹²/л, Нb – 126 г/л; КР – 0,9, тромбоцити – 180 * 10⁹/л, L – 46 * 10⁹/л: базофіли – 10%, еозинофіли – 8%, мієлоцити – 14%, юні – 8%, палички – 12%, сегментоядерні – 36%, лімфоцити – 8%, моноцити – 4%, ШОЕ – 22 мм/год. Тактика лікування:

- A. поліхіміотерапія
- B. променева терапія
- C. спленектомія
- D. лейкоцитозферез
- E. всі перераховані

Варіант 5

1. Хвора А, 28 років поступила зі скаргами на болі в суглобах та кістках, підвищення температури до 39,50С, загальну слабкість. При огляді стерналгія, збільшення підщелепних, аксилярних та надключичних лімфовузлів. Вузли м'які рухливі безболісні, стерналгія. Хворіє протягом 10 днів. Дільничий терапевт призначив антибактеріальну терапію, яка ефекту не дала. Загальний аналіз крові: EР-2,9/л, Нb-92 г/л, КР - 0,95, L-15 Г/л, тромбоцити-120,0 Г/л, П-2%, С-34%, М-3%, Л-60%, бласти – 1%, ШОЕ-55 мм/год. Попередній діагноз:

- A. гостра ревматична лихоманка
- B. гострий лімфобласний лейкоз
- C. апластична анемія
- D. гострий мієлобласний лейкоз
- E. лімфома

2. Хворий 60 років скаржиться на загальну слабкість, зниження апетиту, болі в кістках, важкість в правому підребір'ї при фізичному навантаженні протягом останніх 5-6 місяців. Об'єктивно: гепато-спленомегалія. EР – 4 *10¹²/л, Нb – 130 г/л; КР – 0,9, тромбоцити – 360 * 10⁹/л, L – 35 *

10^9 /л: базофіли – 5%, еозинофіли – 8%, мієлоцити – 1%, юні – 3%, палички – 4%, сегментоядерні – 20%, лімфоцити – 2%, бласти – 56%, ШОЕ – 35 мм/год. Чим обумовлений розвиток гепатоспленомегалії у хворого?

- A. приєднання неспецифічного запалення
- B. застій крові
- C. підвищення руйнування формених елементів крові
- D. лейкемоїдна інфільтрація
- E. розвиток аутоімунного запалення

3. У хворого виявлені збільшені лімфатичні вузли шийні, пахові 6,0х7,0 см, м'яко-еластичні, печінка виступає з-під реберної дуги на 5 см, селезінка – на 8 см, при пальпації чутливі; підвищена пітливість, слабкість, зниження маси тіла. Хворіє протягом 3-х місяців. Заг.ан.крові: Нв-112 г/л, КП - 0,9, L-120,0 Г/л, тромбоцити-220,0 Г/л, ШОЕ-20 мм/год, П-1%, С-8%, М-2%, Л-89%, клітини лейкемії Боткіна-Гумпрехта – у великій кількості. Який попередній діагноз можна поставити ?

- A. хронічний лімфолейкоз
- B. хвороба Вальденстрема
- C. лімфогранулематоз
- D. синдром Сезарі
- E. гострий лейкоз

4. Хворий 18 років надійшов до гематологічного відділення зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, відсутність апетиту, підвищення температури тіла до 39°C , появу припухлості на шиї. Об'єктивно: t° - 38°C , шкіра та слизові оболонки різко бліді, пакети лімфовузлів на шиї по обидва боки розміром до 1 см, не болючі. Печінка +1 см, не болюча, селезінка +0,5см. У крові: Нв- 98 г/л, ер.- $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц.- $32 \cdot 10^9$ /л, п- 0%, с- 28%, м- 2%, л- 39%, бласт- 31%, тромб.- $120 \cdot 10^9$ /л, ШЗЕ- 36 мм/год. Яка причина лімфаденопатії у хворого?

- A. синдром лейкемоїдної інфільтрації
- B. синдром первинного пухлинного ураження
- C. інфекційно-запальний синдром
- D. імуно-запальний синдром
- E. синдром антигенної стимуляції

5. У пацієнта на фоні ангіни з'явився біль у трубчатих кістках. Об'єктивно: генералізоване збільшення лімфовузлів, гепато-лієнальний синдром, стерналгія. В крові: ер. $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 87 г/л, лейкоц. $13 \cdot 10^9$ /л, бласти 87%, п/я 1%, с/я 7%, лімф. 5%, тромб. $45 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ 55 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. хронічна мієлоїдна лейкемія
- B. хронічна лімфоцитарна лейкемія
- C. еритремія
- D. мієломна хвороба
- E. гострий лейкоз

6. Хворий А. 48 років скаржиться на збільшення шийних лімфовузлів, підвищення температури до $37,6^{\circ}\text{C}$. Захворів 3 місяці тому. Об'єктивно: справа і зліва на шиї пальпуються безболісні, м'якоеластичні, рухомі лімфовузли 2×2 см. Шкірні покриви над ними не змінені; пульс 72 уд/мин, ритмічний. Печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: ер $2,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 72 г/л, КП 0,9, тромбоцити $100 \cdot 10^9$ /л, лейкоцити $80 \cdot 10^9$ /л, п - 4%, с - 6%, л - 90%, ШОЕ 10 мм/год. Яке захворювання найбільш вірогідне?

- A. хронічний лімфолейкоз
- B. аутоімунна тромбоцитопенія
- C. лімфогранулематоз
- D. нормохромна анемія
- E. лімфосаркома

7. Хворий поступив зі скаргами на загальну слабкість, болі в кістках і суглобах, підвищення температури до $39,5^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно: геморагічний висип на тулубі, збільшені безболісні рухомі

шийні та підщелепні лімфатичні вузли, спленомегалія, стерналгія. Загальний аналіз крові: ЕР – $2,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, НЬ – 65 г/л; КП – 1, тромбоцити – $45 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $50 \cdot 10^9/\text{л}$: сегментоядерні – 2%, лімфоцити – 98%, ШОЕ – 50 мм/год. Яку діагностичну процедуру слід виконати в даному випадку?

- А. біопсія лімфатичних вузлів
- В. стернальна пункція
- С. УЗД селезінки
- Д. імунограма
- Е. коагулограма

8. Хворий М., 25 років з гострим лімфобластним лейкозом отримує курс поліхіміотерапії. Які ускладнення можуть виникнути у хворого?

- А. гостра ниркова недостатність
- В. розвиток злоякісних новоутворень
- С. панцитопенія
- Д. імуносупресія
- Е. всі перераховані

9. Хвора 55 років скаржиться на загальну слабкість, пітливість, зниження апетиту, похудання на 5 кг за 4 місяці, болі в кістках протягом останнього року. Об'єктивно: блідість, гепатоспленомегалія. ЕР – $2,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, НЬ – 90 г/л; КП – 1,0, тромбоцити – $240 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $460 \cdot 10^9/\text{л}$: базофіли – 6%, еозинофіли – 8%, мієлоцити – 5%, юні – 6%, палички – 15%, сегментоядерні – 40%, лімфоцити – 15%, моноцити – 5%, ШОЕ – 30 мм/год. Які гематологічні симптоми дозволили Вам встановити діагноз:

- А. нейтрофільний лейкоцитоз
- В. зсув лейкоцитарної формули вліво
- С. базофільно-еозинофільна асоціація
- Д. всі перераховані
- Е. прискорення ШОЕ

Варіант 6

1. Хворий П, 30 років скаржиться на болі в кістках, підвищення температури до $38,50^{\circ}\text{C}$, загальну слабкість, пітливість, часті носові кровотечі. При огляді стерналгія, спленомегалія, геморагічний висип на тулубі за петехіально-плямистим типом. Загальний аналіз крові: ЕР- $2,0\text{Т}/\text{л}$, НЬ-65 г/л, КП - 0,9, L-210 Г/л, тромбоцити- $35,0\text{ Г}/\text{л}$, С-4%, Л-36%, бласти – 60%, ШОЕ-70 мм/год. Яка причина геморагічного синдрому у хворого?

- А. коагулопатією
- В. підвищенням проникності судинної стінки
- С. гіпопротромбінемією
- Д. тромбоцитопенією
- Е. тромбастенією

2. Хвора О., 25 років поступила зі скаргами на болі в суглобах та кістках, підвищення температури до $39,50^{\circ}\text{C}$, загальну слабкість. При огляді збільшення підщелепних, аксилярних та надключичних лімфовузлів. Вузли м'які рухливі безболісні, стерналгія. Загальний аналіз крові: ЕР- $2,9/\text{л}$, НЬ-92 г/л, КП - 0,95, L-15 Г/л, тромбоцити- $120,0\text{ Г}/\text{л}$, П-2%, С-34%, М-3%, Л-60%, бласти – 1%, ШОЕ-55 мм/год. У пацієнтки присутні наступні клінічні синдроми, крім:

- А. анемічний
- В. інфекційний
- С. плеторичний
- Д. бластної інфільтрації
- Е. геморагічний

3. Хвора 18 років скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до 38°C , болі в суглобах і кістках, появу висипки на тулубі. При огляді стерналгія, збільшення аксилярних лімфатичних вузлів, які м'які, еластичні рухомі, безболісні, геморагічний висип на тулубі за

петехіально-плямистим типом. Загальний аналіз крові: $ER - 2,4 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 80 г/л$; $KП - 1$, тромбоцити – $62 \cdot 10^9/л$, $L - 180 \cdot 10^9/л$: сегментоядерні – 18%, лімфоцити – 42%, бласти – 40%, ШОЕ – 50 мм/год. Ваш діагноз?

- А. гострий мієлолейкоз, лейкемічна форма
- В. гострий лімфолейкоз, лейкемічна форма
- С. гострий мієлолейкоз, сублейкемічна форма
- Д. гострий лімфолейкоз, сублейкемічна форма
- Е. апластична анемія

4. Хворий 25 років поступив зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури до $38^{\circ}C$, болі в кістках, появу висипки на тулубі. При огляді стерналгія, геморагічний висип на тулубі за петехіально-плямистим типом. В анамнезі часті простудні захворювання. Загальний аналіз крові: $ER - 2,3 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 75 г/л$; $KП - 1$, тромбоцити – $68 \cdot 10^9/л$, $L - 80 \cdot 10^9/л$: сегментоядерні – 2%, лімфоцити – 98%, ШОЕ – 50 мм/год. Яку діагностичну процедуру слід виконати в даному випадку?

- А. стернальна пункція
- В. коагулограма
- С. білок та білкові фракції
- Д. імунограма
- Е. біопсія лімфатичних вузлів

5. Хворий Р., 23 роки скаржиться на скарги підвищення температури до $38,5^{\circ}C$, загальну слабкість. Об'єктивно: Збільшені підщелепних та аксиллярних лімфатичних вузлів. Вузли м'які, еластичні, рухомі, безболісні. Спленомегалія. Загальний аналіз крові: $ER - 2,0 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 70 г/л$; $KП - 0,9$, тромбоцити – $9 \cdot 10^9/л$, $L - 210 \cdot 10^9/л$: сегментоядерні – 4%, лімфоцити – 6%, бласти – 90%, ШОЕ – 70 мм/год. Ваш діагноз?

- А. хронічний мієлолейкоз, бластний криз
- В. апластична анемія
- С. хронічний мієлолейкоз
- Д. хронічний лімфолейкоз
- Е. гострий лейкоз

6. Чоловік 32 років відмічає загальну слабкість, лихоманку. Хворіє понад 2 місяці, хворобу пов'язує з ангіною. Об'єктивно: температура - $38,9^{\circ}C$, ЧДР 24/хв., пульс - 110/хв., АТ - 100/65 мм рт.ст. Шкіра бліда, геморагічний висип на кінцівках, збільшені пахові лімфовузли. В крові: $Hb - 70 г/л$; ер. $2,2 \cdot 10^{12}/л$; лейкоц. - $3,5 \cdot 10^9/л$; бластні клітини - 32%; метамієлоцити - 1%; е - 1%; п - 3%; с - 35%; л - 20%; м 8%; тромбоцити - $35 \cdot 10^9/л$; ШЗЕ - 47 мм/год. Яке захворювання найбільш вірогідно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?

- А. апластична анемія
- В. хронічний лімфолейкоз
- С. хронічний мієлолейкоз
- Д. тромбоцитопенічна пурпура
- Е. гострий лейкоз

7. Жінка 56 років протягом останніх 4 місяців відмічає поступове збільшення лімфатичних вузлів на шії та в пахових ділянках. Неділю тому після переохолодження появилась профузна нічна пітливість, нічне підвищення температури тіла до $39,5^{\circ}C$, свербіж шкіри. При огляді: шийні та пахові лімфатичні вузли збільшені до 1,5 – 2 см в діаметрі, щільні, не зпаяні між собою. Загальний аналіз крові: Загальний аналіз крові: $ER - 2,3 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 75 г/л$; $KП - 1$, тромбоцити – $68 \cdot 10^9/л$, $L - 80 \cdot 10^9/л$: сегментоядерні – 2%, лімфоцити – 98%, тільця Боткіна-Гумпрехта ++, ШОЕ – 50 мм/год. Ваш діагноз?

- А. хронічний лімфолейкоз
- В. гострий лейкоз
- С. хронічний мієлолейкоз
- Д. лімфогранулематоз
- Е. токсоплазмоз

8. Больной 29 лет, в течение недели отмечает боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39°C., головные боли. Бледен, язык сухой, на слизистой оболочке дёсен, мягкого и твёрдого неба, миндалин множественные язвы, покрытые грязно-серым налетом. Пульс 110 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Анализ крови: эр. 3,2 Т/л, Нв 100 г/л, ЦП 0,9. Л - 80,0 Г/л, с-22%, м-3%, бластные клетки 75%. СОЭ 65 мм/час. Тромб. 42 Г/л. Какое исследование необходимо для уточнения диагноза ?

- А. трепанобіопсія
- В. стерильна пункція
- С. рентгенологічне дослідження стравоходу
- Д. комп'ютерна томографія грудної клітки
- Е. дослідження ліквора

9. Хворий скаржиться на загальну слабкість, болі при ковтанні, підвищення температури до 39,50C. Об'єктивно: геморагічний висип на тулубі, збільшені безболісні шийні та підщелепні лімфатичні вузли, спленомегалія, стерналгія. В крові: лейкоц. $35 \cdot 10^9/\text{л}$, з них лімфоцитів 70%, тільця Боткіна -Гумпрехта; рівень гемоглобіну та кількість тромбоцитів у межах норми.

- А. гострий лейкоз
- В. хронічний мієлолейкоз
- С. хронічний лімфолейкоз
- Д. туберкульозний лімфаденіт
- Е. лімфогранулематоз

10. Хвора Г., 32 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 38,5°C, загальну слабкість, біль в кістках, збільшення селезінки. При обстеженні виявлені зміни в аналізі крові: кількість лейкоцитів – $50,0 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобін – 105 г/л, еритроцити – $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоцити – $520,0 \cdot 10^9/\text{л}$, бласти – 2%, промієлоцити – 5%, мієлоцити – 4%, метамієлоцити – 15%, сегментоядерні нейтрофіли – 32%, лімфоцити – 12%. При ультразвуковому дослідженні розміри селезінки - 25,0x12,0 см. Ваш діагноз?

- А. хронічний лімфолейкоз
- В. лейкемоїдна реакція мієлоїдного типу
- С. гострий лейкоз
- Д. хронічний мієлолейкоз
- Е. сепсис

Б. Ситуаційні задачі:

Задача 1

Чоловік 27 р. поступив в лікарню з діагнозом шлунково-кишкова кровотеча. Об'єктивно: в ділянці живота, стегон визначається геморагічний висип петехіально-плямистого типу, температура 38°C. Пальпуються збільшені м'які, рухомі, безболісні шийні, аксиллярні лімфатичні вузли, гепато-спленомегалія. Загальний аналіз крові: ER – $1,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв – 50 г/л; КП – 1, ретикулоцити – 1%, тромбоцити – $18 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $99 \cdot 10^9/\text{л}$: с – 2%, л – 18%, бласти – 80%, ШОЕ – 70 мм/год.

1. Попередній діагноз.
2. Яка діагностична процедура є обов'язковою для постановки діагнозу? Які зміни Ви очікуєте отримати?
3. Чим обумовлене виникнення шлунково-кишкової кровотечі.

Задача 2

Хвора М., 42 р. поступила в лікарню з діагнозом «ангіна». Скарги на виражену слабкість, порушення ковтання. Об'єктивно: температура – 39°C, в ділянці живота, стегон визначається геморагічний висип петехіально-плямистого типу, мигдалики збільшені з виразками, ділянками

некрозу. Пальпуються збільшені шийні, надключичні лімфатичні вузли. Вузли м'які, рухомі, безболісні. Гепато-спленомегалія. Загальний аналіз крові: ЕР – $2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб – 65 г/л; ретикулоцити – 3%, тромбоцити – $35 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $2,5 \cdot 10^9/\text{л}$: п – 1%, с – 32%, л – 23%, м – 60%, бласти – 38%, ШОЕ – 60 мм/год. Цитохімічне дослідження: мієлопероксидаза різко позитивна у всіх бластах.

1. Попередній діагноз.
2. Додаткові методи обстеження, необхідні пацієнту.
3. Чим обумовлене виразково-некротичне враження мигдаликів.

Задача 3

Чоловік 58 років скаржиться на втому, пітливість, часті застуди. Об'єктивно: температура $37,4^{\circ}\text{C}$, збільшення шийних, підщелепних та пахових лімфовузлів. Вузли щільноеластичні, безболісні, рухливі. Загальний аналіз крові: ЕР – $3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб – 100 г/л; КП – 1, ретикулоцити – 2%, тромбоцити – $180 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $80 \cdot 10^9/\text{л}$: с – 2%, л – 97%, м – 1%, ШОЕ – 40 мм/год. Визначаються тільки Боткіна-Гумпрехта. У мієлограмі 45% лімфоцитів.

1. Попередній діагноз.
2. Додаткові методи обстеження, необхідні пацієнту. Яка діагностична процедура є обов'язковою для постановки діагнозу.
3. Тактика лікування.

Задача 4

Хворий з діагнозом «гостра ревматична лихоманка» доставлений в стаціонар. Скарги на загальну слабкість, біль в суглобах і трубчатих кістках. Об'єктивно: температура $39,0^{\circ}\text{C}$, збільшення шийних, підщелепних та пахових лімфовузлів. Вузли щільноеластичні, безболісні, рухливі, гепато-спленомегалія. Загальний аналіз крові: ЕР – $2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб – 70 г/л; КП – 1, ретикулоцити – 1%, тромбоцити – $80 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $60 \cdot 10^9/\text{л}$: п – 1%, с – 15%, л – 24%, бласти – 60%, ШОЕ – 40 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

1. Попередній діагноз.
2. Додаткові методи обстеження, необхідні пацієнту. Яка діагностична процедура є обов'язковою для постановки діагнозу.
3. Тактика лікування.

Задача 5

Хворий Р., 62 роки, скаржиться на підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$, загальну слабкість, біль в кістках, збільшення селезінки. Загальний аналіз крові: ЕР – $2,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб – 90 г/л; КП – 1, тромбоцити – $240 \cdot 10^9/\text{л}$, L – $360 \cdot 10^9/\text{л}$: базофіли – 6%, еозинофіли – 8%, мієлоцити – 5%, юні – 6%, палички – 15%, сегментоядерні – 40%, лімфоцити – 15%, моноцити – 5%, ШОЕ – 30 мм/год. Ваш діагноз?

1. Попередній діагноз.
2. Додаткові методи обстеження, необхідні пацієнту. Яка діагностична процедура є обов'язковою для постановки діагнозу.
3. Яких ускладнень слід очікувати при даному захворюванні?

VI. Рекомендована література.

Основна література:

1. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини: підручник: у 3-х т. – Том 1 / В.Г.Передерій, С.М.Ткач. – Вінниця: Нова 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. Виговська Я.І. Стандарти в гематології. Посібник для лікарів // Львів, ПП «Кварт».- 2002. – 165 с.
6. Перехрестенко П.М., Ісакова Л.М. Лисенко Д.А. Лекції з гематології // Київ, Нора – Прінт. – 2005. – 125 с.

Додаткова література:

7. Воробьев А.И. Руководство по гематологии // 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. – 2961 с.

Методичну розробку склала

ас. Лиманець Т.В.