

**Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Гематология».**

Ситуационные задачи

Задача 1.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Женщина 50 лет, обратилась к гематологу с жалобами на кровоточивость десен, носовые кровотечения, склонность к образованию синяков. При сборе анамнеза выявлено, что пациентка страдает хроническим миелоидным лейкозом. Диагноз ХМЛ, хроническая фаза был выставлен 3 года назад по данным морфологического и молекулярно-биологического исследования костного мозга (BCR-ABL p210). Пациентка получала терапию иматинибом, однако в течение последнего полугодия отмечается потеря клинико-гематологического ответа, в связи с чем в течение полугодия пациентка получает нилотиниб. В клиническом анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, тромбоциты 20×10^9 /л, лейкоциты 14×10^9 /л (с/я нейтрофилы - 40%, п/я нейтрофилы - 10%, метамиелоциты - 5% , бласты- 4%, моноциты - 11%, лимфоциты - 14%, базофилы - 7%, эозинофилы - 3%). В объективном статусе обращает внимание некоторая бледность кожных покровов, кровоподтеки в местах механического воздействия, пальпируемое увеличение селезенки +3 см от реберной дуги. В связи с выявленными изменениями в крови принято решение о выполнении пациентке стерильной пункции. По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 10%, по данным цитогенетического исследования выявлена Ph-хромосома, дополнительные хромосомные аберации в виде трисомии 8 хромосомы в 30% метафаз. По данным молекулярно-генетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210. В связи с резистентностью к терапии ингибиторами тирозинкиназ выполнен мутационный статус гена BCR/ABL, мутаций гена выявлено не было.
Вопросы:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими заболеваниями, если имеется – то с какими?
5. Составьте план обследования больного

Задача 2.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Мужчина 27 лет обратился к гематологу по направлению терапевта, в связи с выявлением при профосмотре изменениями в клиническом анализе крови: гемоглобин - 130 г/л, тромбоциты - 600×10^9 /л, лейкоциты – 24×10^9 /л (с/я нейтрофилы - 45%, п/я нейтрофилы - 10%, метамиелоциты - 5%, миелоциты - 3%, бласты - 1%, моноциты - 10%, лимфоциты - 17%, 20 базофилы - 5%, эозинофилы - 2%). В объективном статусе обращает внимание пальпируемое увеличение селезенки +5

см от реберной дуги, в остальном без значимых изменений. В связи с выявленными изменениями в крови принято решение о выполнении пациенту стеральной пункции. По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 6%, по данным цитогенетического исследования выявлена Рхромосома во всех исследуемых метафазах без дополнительных хромосомных аномалий, по данным молекулярно-генетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими заболеваниями, если имеется – то с какими?
5. Составьте план обследования больного
6. Назначьте лечение, определите показания к аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Задача 2

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

48-летний мужчина был госпитализирован с симптомами выраженной слабости, множественными проявления геморрагического диатеза кожных покровов, слизистых, признаками желудочно-кишечного кровотечения. В анализе крови гемоглобин 60 г /л, тромбоциты 19×10^9 /л, лейкоциты $0,6 \times 10^9$ /л (лимфоциты -88%, нейтрофилы - 8%, моноциты – 4%). При объективном осмотре увеличения печени и селезенки не выявлено. Первоначальная попытка пункции костного мозга – безуспешно, «сухой» костный мозг. При трепанобиопсии выявлена гиперплазия костного мозга с выраженным увеличением ретикулинового фиброза и менее 5% бластов при гистохимическом исследовании CD34 клеток. Также выявлено значительное число атипичных клеток миелопероксидазу+ клеток. Цитогенетика не было выполнено ввиду отсутствия достаточного количества биологического материала. Пациент был направлена в специализированную клинику для дальнейшего обследования и лечения с первоначальным диагнозом миелопролиферативного заболевания с миелофиброзом, где при более детальном анализе мазков периферической крови мазок были выявлены клетки, содержащие тельца Ауэр и единичные промиелоциты, имеющие псевдоподии, Анализ периферической крови с помощью флуоресцентной гибридизацией (FISH) выявил наличие PML / RARA реаранжировку. В костном мозге выявлена популяция атипичных миелопероксидаза- , CD117-положительных гранулярных клеток, содержание которых составило до 75-80% от ядросодержащих клеток костного мозга. При цитогенетическом выявлена t(15; 17) (q24; q21.1).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими заболеваниями, если имеется – то с какими?
5. Составьте план обследования больного

Задача 3.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 35 лет жалуется на общую слабость, потерю трудоспособности, плохой аппетит. Больной себя считает 7 лет. При общем осмотре обнаружено резкое истощение больной, живот значительно увеличен, больше в верхней части. При его пальпации определяется резкое увеличение печени и, особенно, селезёнки. В крови: эритроциты $-2,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин $-50 г/л$; лейкоциты $-400 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы -7%; базофилы -6%; миелобласты -1%; промиелоциты -3%, миелоциты -6%, юные нейтрофилы -10%; палочкоядерные нейтрофилы -17%, сегментоядерные нейтрофилы -35%, лимфоциты -10%, моноциты -5%, СОЭ -36 мм/час. Количество тромбоцитов -719×10^4 . По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 4.5%, по данным цитогенетического исследования выявлена Ph-хромосома в 100% метафаз. По данным молекулярногенетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими заболеваниями, если имеется – то с какими?
5. Определите характер терапии, показания к аллогенной трансплантации костного мозга.

Задача 4.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 43 лет обратилась с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, немотивированное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, чувство тяжести в левом подреберье. Эпизодически, без видимых причин, бывают острые «кинжальные» боли в левом подреберье. Считает себя больной в течение 2-3 лет. Клинические признаки нарастают исподволь. Ранее за медицинской помощью не обращалась. При физикальном осмотре выявлено: бледность кожных покровов и слизистых. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы размерами до 1 см в диаметре подвижные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные, эластической консистенции. Со стороны системы дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, край ее плотноват, безболезненный. Ординаты Курлова 12-11-9 см. Селезенка значительно увеличена в размерах. Нижний полюс 26 см пальпируется у входа в малый таз. При пальпации она плотновата, безболезненна. При исследовании периферической крови – гемоглобин 78 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, лейкоциты $-245 \times 10^9/л$, бластов 22%, промиелоциты – 2, юные – 5, палочкоядерные -15, сегментоядерные – 45, лимфоциты – 5, моноциты – 1, эозинофилы – 5, СОЭ – 25 мм/час. По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 30%, по данным цитогенетического исследования выявлена Ph-хромосома. По данным молекулярно-генетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210.

Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими заболеваниями, если имеется – то с какими?
5. Определите характер терапии, показания к аллогенной трансплантации костного мозга.

Задача 5.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Женщина, 18 лет, студентка ВУЗа. В течение недели непродуктивный кашель (сильнее с каждым днем) + периодически повышения температур до 38 ⁰ С, без жара и озноба + повышенная потливость, сильнее ночью + умеренная общая слабость. Обратилась к врачу ВУЗа: решил, что респираторная инфекция – назначил кларитромицин 0,5 х2. В течение 5 дней приема кларитромицина самочувствие быстро ухудшилось: кашель усилился, стал приступами + общая слабость стала сильной + постоянная сонливость + одышка в покое, усиливающаяся лежа + отек лица и шеи, увеличивающийся лежа и при наклонах вперед + шум в ушах + появился выраженный венозный рисунок на коже груди + сильно отекала левая рука. Повторно обратилась к врачу: Общее состояние средней степени тяжести. Осиплость. Одышка в покое. Темп речи замедлен. Отек головы и шеи. Кожа головы и шеи цианотична. Вены шеи набухшие. На коже груди спереди выраженный венозный рисунок. Выраженный отек левой руки. Сильный отек левой руки. Левая рука теплая, пульсация артерий определяется. ЧСС 120/мин. АД 110 и 80 мм рт ст. Дыхание везикулярное. ЧДД 30/мин. % SpO ₂ = 97. Рентгенография ОГК: значительно расширена тень верхнего средостения, преимущественно влево. Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, тромбоциты 250 х10 ⁹ /л, лейкоциты 6,0 х 10 ⁹ /л, П - 2%, С - 55%, лимфоциты - 35%, моноциты - 8%, СОЭ 15 мм/час. Биохимический анализ крови: ЛДГ 700 ЕД/л. Трансторакальная трепанобиопсия медиастинального новообразования – гистологический анализ: опухоль с интерстициальным фиброзом стромы альвеолярного характера, состоящая из умеренно полиморфных лимфоидных клеток, напоминающих центробласты и иммунобласты. Отдельные клетки более крупные, с крупным центральным 31 ядрышком, по типу клеток Ходжкина. Фоновый инфильтрат скудный, состоит преимущественно из малых лимфоцитов, имеются единичные эозинофилы. Иммуногистохимический анализ: клетки опухоли экспрессируют CD20, CD23, PAX-5, tum1, LCA; часть клеток экспрессирует CD30, и не экспрессируют CD15, CD10, CD3. Ki67 около 70-80%.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. . Патогенез основных симптомов, синдромов
4 Показания к госпитализации
5.. Возможный вариант лечения

Задача 6.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина 70 лет, пенсионер бывший полковник. В течение 1 года зуд кожи ног + не каждый день подъемы температуры до 38,50С + сильная потливость ночью (приходится менять белье) + похудел на 15 кг. Обнаружил плотное выпячивания в паху с обеих сторон – решил, что грыжи – обратился к хирургу УЗИ: увеличенные до 5 см паховые лимфоузлы. Общее состояние еще ближе к удовлетворительному. Питание снижено. Кожа ног покрыта расчесами и корками. КТ: кроме паховых, увеличены подвздошные и забрюшинные лимфоузлы, до 3-4 см. Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, тромбоциты 250 x 10⁹ /л, лейкоциты 20,0 x10⁹ /л, П - 3%, С - 67%, лимфоциты - 7%, моноциты - 3%, эозинофилы - 15%, базофилы - 5%, СОЭ 15 мм/час. Биохимический анализ крови: ЛДГ 700 ЕД/л Биопсия – эксцизия пахового лимфоузла – Гистологический анализ: лимфоузел с утолщенной фиброзированной капсулой, выраженным фиброзом в виде дуг и колец, нодулярным смешанноклеточным лимфоидным инфильтратом, состоящим из малых лимфоцитов, сегментоядерных лейкоцитов (преимущественно эозинофильных), гистиоцитов и плазматических клеток. На фоне инфильтрата определяются рассеянные крупные одно- и двуядерные клетки с крупными везикулярными ядрами, крупным центрально расположенным эозинофильным ядрышком. Встречаются лакунарные и мумифицированные формы. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки (крупные \ диагностические) экспрессируют CD30, CD15, PAX-5, и не экспрессируют LCA, CD20, CD3, EMA.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Патогенез основных симптомов, синдромов
- 4 Показания к госпитализации
- 5.. Возможный вариант лечения

Задача 7.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина, 40 водитель грузового автомобиля, 6 мес назад появились и неуклонно увеличиваются многочисленные узлы на шее, в подмышках и в паху + сильная потливость ночью в области головы и груди + сильная боль и тяжесть в левом боку + синяки на руках, ногах и животе + мелкие красные высыпания на голених и во рту + сильная общая слабость. Общее состояние средней степени тяжести. Видны многочисленные увеличенные шейные лимфоузлы, околоушные слюнные железы, 10 сантиметровые бугристые конгломераты подмышечных и паховых лимфоузлов. Пальпаторно увеличенные лимфоузлы мягкие, легко смещаются, безболезненные. Увеличены небные миндалины – едва не перекрывают просвет глотки. АД 100 и 60 мм рт ст, ЧСС 120/мин. Дыхание сильно ослаблено внизу сзади с обеих сторон. ЧДД 25/мин Пальпируется сильно увеличенная селезенка, занимает почти всю левую половину живота, значительно увеличенной печень. Многочисленные синяки и петехии на коже + петехиальные кровоизлияния в слизистые рта + кровоизлияния в склеры. Общий анализ крови: гемоглобин 70 г/л, тромбоциты 30,0 x10⁹ /л, лейкоциты 100,0 x10⁹ /л, П - 3%, С - 7%, лимфоциты - 80%, моноциты - 10%, СОЭ 15 мм/час Биохимический анализ крови: общий белок 54 г/л, альбумин 25 г/л, общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 25 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 600 ЕД/л, ЛДГ

2500 ЕД/л. Протромбиновое время по Квику 40%, фибриноген 0,5 г/л. Стерильная пункция – миелограмма: аспират гиперклеточный, 90% - лимфоциты. Биопсия – эксцизия пахового лимфоузла: Гистологический анализ: опухоль с нодулярно-диффузным типом роста, состоящая из мелких мнорморфных лимфоидных клеток и клеток среднего размера, с округлыми гиперхромными ядрами, незаметными ядрышками. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD5, cyclin D1, bcl2, CD43, и не экспрессируют CD10, bcl6, CD23. Ki67 около 30%.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Иммунологические и гистологические данные подтверждающие диагноз
4 Назовите осложнения
5.. Возможный вариант лечения

Задача 8.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Мужчина, 50 лет, инженер. 3 года назад обнаружил небольшие узлы под челюстью – то немного увеличивались, то уменьшались, постепенно появлялись новые, сначала на шее, потом в подмышках, и в паху. Последний год все сильнее общая слабость, одышка + повышенная потливость. Общее состояние средней степени тяжести. Пальпируются увеличенными до 3-5 см периферические лимфоузлы всех групп, включая локтевые и коленные, мягкие, смещаемые, безболезненные. Пальпируются немного увеличенными печень и селезенка. Общий анализ крови: гемоглобин 70 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, MCV 90 фл, MCH 29 пг, MCHC 240 г/л, тромбоциты $70,0 \times 10^9 /л$, лейкоциты $30,0 \times 10^9 /л$, П - 0%, С - 10%, лимфоциты - 90%, СОЭ 30 мм/час. Биохимический анализ крови: Общий белок 60 г/л, альбумин 25 г/л, ЛДГ 250 ЕД/л, мочевая кислота 600 мкмоль/л. 38 УЗИ КТ гепатомегалия, умеренная спленомегалия + увеличены внутригрудные и абдоминальные лимфоузлы всех групп, до 3-4 см. Стерильная пункция – миелограмма: аспират нормоклеточный, 70% - малые лимфоциты. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла: Гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации мелкими лимфоидными клетками с округлыми гиперхромными ядрами - пролимфоцитами. Определяются псевдофолликулярные структуры, образованные за счет скопления более крупных клеток с более светлыми ядрами – параиммунобластов. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD5, CD23, bcl2, и не экспрессируют CD3, bcl6, cyclinD1, CD10 . Ki67 около 10-15%.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Иммунологические и гистологические данные подтверждающие диагноз
4 Назовите осложнения
5.. Возможный вариант лечения

Задача 10.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина, 65 лет, бывший звукорежиссер. За последние 2 года заметно поглупел, ухудшилась память, спутанность. Часто – кровоизлияния в слизистые рта, синяки. Общее состояние средней степени тяжести. Одышка при ходьбе. Подмышечные лимфоузлы до 2,5 см, умеренно плотные, смещаемые, безболезненные. АД 120/70 мм рт ст. ЧСС 110/мин. Дыхание одинаковое, ослаблено, хрипов нет. ЧДД 25/мин. Живот мягкий безболезненный, пальпируется немного увеличенная селезенка. На ногах, руках туловище синяки различной давности, единичные петехии. Общий анализ крови: гемоглобин 80, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, MCV 90 фл, MCH 29 пг, MCHC 240 г/л, тромбоциты $250 \times 10^9 /л$, лейкоциты $20,0 \times 10^9 /л$, П- 10%, С -65%, лимфоциты - 10%, моноциты – 10%, эозинофилы - 5%, СОЭ 70 мм/час Биохимический анализ крови: общий белок - 90 г/л, IgM 30 г/л Коагулограмма: в 1,5 раза увеличено АПТВ, протромбиновое время по Квику - 60% КТ: немного увеличены внутригрудные и абдоминальные лимфоузлы, о 2,5 см, умеренная спленомегалия. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла – гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации малыми лимфоцитами, плазматическими клетками и плазмацитоидными лимфоцитами, отдельные из которых содержат эозинофильное внутриядерное включение (тельца Датчера). Встречаются рассеянные тучные клетки, немногочисленные иммунобласты. Синусы расширены, содержат гомогенное эозинофильное вещество по типу амилоида. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD38, CD138, IgM, и не экспрессируют CD5, CD10, CD23, bcl6, cyclin D1, IgD. Ki67 около 15-20%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Иммунологические и гистологические данные подтверждающие диагноз
- 4 Назовите осложнения
- 5.. Возможный вариант лечения

Задача 9.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина, 50 лет, учитель в школе. Неделю фебрильная лихорадка (подъемы температуры до 400С), сильная общая слабость, одышка в покое, боль и тяжесть в левом боку. Общее состояние тяжелое. Сильная общая слабость. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пальпируется сильно увеличенная селезенка, плотная болезненная. Синяки и петехии на ногах. Общий анализ крови: гемоглобин 50 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, MCV 90 фл, MCH 29 пг, MCHC 240 г/л, тромбоциты - $20,0 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $0,1 \times 10^9 /л$, П - 0%, С - 2%, лимфоциты - 15%, моноциты - 8%, СОЭ 30 мм/час УЗИ КТ огромная селезенка? Признаков локализованной инфекции не обнаружено. Стернальная пункция – миелограмма: аспират гипоклеточный, 70% - лимфоциты, некоторые «волосатые». 1. Предварительный диагноз? 2. Необходимый план обследования 3. Иммунологические и гистологические данные подтверждающие диагноз 4. Назовите осложнения 5. Патогенез основных симптомов, синдромов 6. Показания к госпитализации 7. Возможный вариант лечения

Задача 6 40 Женщина, 36 лет, домохозяйка, 2 недели периодически боль внизу живота. Внезапно сильная о слабость, кровь из заднего прохода. Вызвала скорую помощь, при осмотре врача

скорой помощи: в толстой кишке кровь. Срочно госпитализирована в дежурный стационар, хирургическое отделение. ФКС, ФГДС: источник кровотечения не нашли. КТ: новообразование в брюшной полости, вовлекающее тонкую кишку. Экстренно – резекция новообразования с частью тонкой кишки. Через 2 дня после операции появилась головная боль, симптомы раздражения оболочки головного мозга. Выполнена люмбальная пункция, анализ спинномозговой жидкости: цитоз – 100 млн/л - лимфоцитоподобные клетки. Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, тромбоциты 350×10^9 /л, лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л, П - 2%, С - 55%, лимфоциты - 35%, моноциты - 8%, СОЭ 15 мм/час. Биохимический анализ крови: ЛДГ 3500 ЕД/л, мочевиная кислота 350 мкмоль/л. Гистологический анализ удаленной опухоли: опухоль с диффузным типом роста, состоящая из крупных умеренно полиморфных лимфоидных клеток, напоминающих центробласты и иммунобласты. Иммуногистохимический анализ: клетки опухоли экспрессируют CD20, bcl6, tum1 (более 30% клеток), и не экспрессируют CD3, CD10, bcl2, CD30, CD5. Ki67 около 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Иммунологические и гистологические данные подтверждающие диагноз
- 4 Назовите осложнения
- 5.. Возможный вариант лечения

Задача 10.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина, 50, сотрудник банка. За 5 лет перенесла несколько пневмоний. Около 10 лет находила немного увеличенными шейные лимфоузлы, внимания этому не уделяла, к врачам не обращалась. В течении последних 5 мес отмечает, что сильно потеет голова, и рост шейных лимфоузлов, кроме того увеличились подмышечные лимфоузлы и появилась значительная общая слабость. Общее состояние средней степени тяжести. Общий анализ крови: гемоглобин - 80 г/л, тромбоциты - 50×10^9 /л, лейкоциты - $6,0 \times 10^9$ /л, лимфоциты - 99%. Биохимический анализ крови: IgG 2,0 г/л. УЗИ живота: спленомегалия. КТ туловища: увеличены лимфоузлы всех групп, до 2,5 – 3,0 см, умеренная мпленомегалия. Миелограмма: лимфоциты 60%. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла: Гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации мелкими лимфоидными клетками с округлыми гипрехромными ядрами - пролимфоцитами. Определяются псевдофолликулярные структуры, образованные за счет скопления более крупных клеток с более светлыми ядрами – параиммунобластов. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD5, CD23, bcl2, и не экспрессируют CD3, bcl6, cyclinD1, CD10 . Ki67 около 10-15%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Иммунологические и гистологические данные подтверждающие диагноз
- 4 Назовите осложнения
- 5.. Возможный вариант лечения

Задача 11.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина, 50, сотрудник банка. За 5 лет перенесла несколько пневмоний. Около 10 лет находила немного увеличенными шейные лимфоузлы, внимания этому не уделяла, к врачам не обращалась. В течении последних 5 мес отмечает, что сильно потеет голова, и рост шейных лимфоузлов, кроме того увеличились подмышечные лимфоузлы и появилась значительная общая слабость. Общее состояние средней степени тяжести. Общий анализ крови: гемоглобин - 80 г/л, тромбоциты - 50×10^9 /л, лейкоциты - $6,0 \times 10^9$ /л, лимфоциты - 99%. Биохимический анализ крови: IgG 2,0 г/л. УЗИ живота: спленомегалия. КТ туловища: увеличены лимфоузлы всех групп, до 2,5 – 3,0 см, умеренная мпленомегалия. Миелограмма: лимфоциты 60%. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла: Гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации мелкими лимфоидными клетками с округлыми гиперхромными ядрами - пролимфоцитами. Определяются псевдофолликулярные структуры, образованные за счет скопления более крупных клеток с более светлыми ядрами – параиммунобластов. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD5, CD23, bcl2, и не экспрессируют CD3, bcl6, cyclinD1, CD10 . Ki67 около 10-15%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Иммунологические и гистологические данные подтверждающие диагноз
- 4 Назовите осложнения
- 5.. Возможный вариант лечения

Задача 12.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больного в возрасте 40 лет, госпитализировали в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, одышку, боль в левом подреберье, снижение аппетита, частое носовое кровотечение.

Анализ крови: эритроциты - 3×10^{12} /л, гемоглобин – 90 г/л; цветной показатель – 0,9; тромбоциты - 80×10^9 /л; лейкоциты - 67×10^9 /л.

Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 11 %, лимфоциты – 85%, моноциты - 2% В мазке встречаются тени Боткина - Гумпрехта. СОЭ — 25мм / ч.

Вопросы:

1. . Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. . Сформулируйте предварительный диагноз
3. Сформулируйте план обследования
- 4 Назовите осложнения
- 5.. Возможный вариант лечения

Задача13

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Больная 27 лет, попала в терапевтическое отделение с жалобами на быструю усталость, вялость, тяжесть в левом подреберье после еды. При физикальном осмотре обнаружено увеличение селезенки, нижний полюс которой пальпируется в положении по Сали на 3 см ниже левой реберной дуги.</p> <p>Анализ крови: Нв - 116 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - 400×10^9 /л. СОЭ -70 мм/час.</p> <p>Лейкоцитарная формула: базофилы - 6,5%, эозинофилы - 10%, промиелоциты - 1%, миелоциты - 24%, метамиелоциты - 21%, палочкоядерные нейтрофилы –15,5%, сегментоядерные — 14,5%.</p>
Вопросы:
1. . Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. . Сформулируйте предварительный диагноз
3. Сформулируйте план обследования
4 Назовите осложнения
5.. Возможный вариант лечения .

Задача 14.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Больная 27 лет, попала в терапевтическое отделение с жалобами на быструю усталость, вялость, тяжесть в левом подреберье после еды. При физикальном осмотре обнаружено увеличение селезенки, нижний полюс которой пальпируется в положении по Сали на 3 см ниже левой реберной дуги.</p> <p>Анализ крови: Нв - 116 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - 400×10^9 /л. СОЭ -70 мм/час.</p> <p>Лейкоцитарная формула: базофилы - 6,5%, эозинофилы - 10%, промиелоциты - 1%, миелоциты - 24%, метамиелоциты - 21%, палочкоядерные нейтрофилы –15,5%, сегментоядерные — 14,5%.</p>
Вопросы:
1. . Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. . Сформулируйте предварительный диагноз
3. Сформулируйте план обследования
4 Назовите осложнения
5.. Возможный вариант лечения .

Задача 15.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Ф., 26 лет, преподаватель средней школы, поступила в т/о с жалобами на слабость, головокружение, одышку, сердцебиение при небольшой физической нагрузке, потере аппетита, боли в левом подреберье.

История настоящего заболевания: Считает себя больной с 23 лет, когда при первой беременности стала отмечать слабость, одышку, бледность кожных покровов. При обследовании в женской консультации обнаружена анемия, увеличение селезенки. В связи с тем, что поднялась температура, появилось желтушное окрашивание кожи, нарастало малокровие и общая слабость, беременность была прервана. В дальнейшем состояние больной оставалось удовлетворительным, но каждые 3–6 месяцев наступали периодические ухудшения, сопровождаемые ознобом, повышением температуры, слабостью, сердцебиением, легким пожелтением кожных покровов и видимых слизистых, увеличением селезенки и болями в левом подреберье.

Лечилась в т/о и гематологическом отделении, больной предлагалось спленэктомия, от которой она отказалась. Последнее ухудшение наступило после переохлаждения и простудного заболевания. Мать больной умерла в молодом возрасте, вскоре после родов. Отец здоров. Братьев и сестер не имеет.

Объективно: состояние больной средней тяжести, сознание ясное, телосложение правильное, выраженная кахексия. Кожные покровы бледные, с легким иктеричным оттенком, склеры слегка желтушны, лицо одутловатое, кожа сухая. тургор снижен. На ногах пастозность. При поколачивании грудины отмечается болезненность.

Дыхание поверхностное, 28 дых. Движений в мин. Тоны сердца глухие, учащены до 112 ударов/минуту, пульс слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык увеличен в объеме, ярко красного цвета, на спинке языка имеются трещины. Живот впалый, по средней линии живота виден послеоперационный рубец. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Печень выходит из под края реберной дуги на 3 см., плотная, болезненная. В положении по Сали на 3 см ниже реберной дуги пальпируется нижний полюс селезенки.

Анализ крови Эритроциты – $2,5 \cdot 10^{12}/л$ Гемоглобин – 87 г/л Цв. Показатель - 1,0 Ретикулоциты- 20% Тромбоциты – $210 \cdot 10^9/л$ $2,5 \cdot 10^{12}/л$ 87 г/л 1,0 20 :1000 $210 \cdot 10^9/л$ Лейкоциты Базофилы 0%, Эозинофилы – 2% , сегменты – 65%. Лимфоциты – 24%, Моноциты – 5% Осмотич. резистент. эрит. 0,70 – 0,40% NaCl (норма 0,48 – 0,32) СОЭ 28мм / ч

Биохимический анализ крови: Железо сыворотки крови – 25,6 мкмоль/л (норма 14,3 – 28). Общий билирубин сыворотки крови - 32,8 мкмоль/л (норма 8,6 – 20,5). Прямой 2,8 мкмоль/л, непрямой 30 мкмоль/л.

Пунктат костного мозга: количество ядерносодержащих элементов увеличено в соновном за счет клеток эритроцитарного ряда. Лейкопоз в норме. Эритропоз нормобластический, красный росток в состоянии раздражения, увеличено число нормобластов, индекс созревания эритробластов 1,0 (норма 0,8). Количество мегакариоцитов в пределах нормы.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы

2. . Сформулируйте предварительный диагноз

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести с целью верификации диагноза?

4 Назовите осложнения Сформулируйте дифференциально-диагностический ряд.

5.. Возможные варианты лечения .

Задача 16.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Девочка Ю., 11 лет поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах. Из анамнеза известно, что в течение последних трех месяцев девочка стала быстрее уставать, снизился аппетит. Две недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,30 С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В клиническом анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200,0 \times 10^9$ /л, в связи с чем ребенок был госпитализирован. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0см в диаметре. В легких 27 дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0см, селезенка +2,0см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. В общем анализе крови: гемоглобин 86 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, цв.п. 0,8, тромбоциты единичные, лейкоциты 208×10^9 /л, бласты 76%, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 4%, лимфоциты 19%, СОЭ 64 мм/час. В миелограмме – костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакарициты не найдены. Цитохимическое исследование костного мозга – PAS-положительная гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная. Иммунофенотипирование клеток костного мозга: CD34-CD19-CD33-CD7+ сyCD3+CD1a+ В ликворе – цитоз 200/3, белок 960 ммоль/л, бласты 100%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести с целью верификации диагноза?
- 4 . Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
- 5.. . Назовите основные этапы лечения этого заболевания.

Задача 17

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

На прием в консультативное отделение обратилась пациентка 16 лет. Жалобы на момент осмотра: на повышенную утомляемость, сердцебиение и одышку при быстрой ходьбе, выпадение волос. Анамнез заболевания: в течение нескольких месяцев девушка замечает выпадение волос при расчесывании, при физической нагрузке (подъем пешком на 3 этаж) стали требоваться остановки восстановить дыхание, к

врачу до этого не обращалась. Анамнез жизни: без особенностей. В последнее время стала меньше есть мяса (один два раза в неделю) – боится поправиться. Менструации с 15 лет обильные по 7 дней каждые 21-27 дней. Ранее каких-либо изменений в анализе крови, с ее слов, не было. Объективный статус: При обследовании выявлены следующие изменения в клиническом статусе: кожные покровы бледные с восковидным оттенком, сухая на ощупь, тонус тканей снижен; волосы «секутся» на концах, тусклые, ногтевые пластины ломкие (со слов девушки, при постукивании по поверхности стола ногти ломаются, слоятся), на некоторых ногтевых пластинах поперечная исчерченность; мышечный тонус симметрично снижен; периферические лимфоузлы пальпаторно без патологии; носовое дыхание свободное, отделяемого нет, грудная клетка симметричная участвует в дыхании, аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; область сердца визуально не изменена, тахикардия до 108 ударов в минуту, усиливается при физической нагрузке, аускультативно на верхушке выслушивается мягкий мезосистолический шум; живот мягкий безболезненный, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не пальпируются; область почек визуально не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон; физиологические отправления, со слов девушки, в норме; очаговой неврологической и менингеальной симптоматики не выявлено; при визуальном осмотре патологии эндокринных органов не выявлено. Клинический анализ крови: Hb – 84 г/л, MCV – 63,5 фл, MCH – 19,4 пг, MCHC – 286 г/л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л (лейкоцитарная формулы – без отклонений), тромбоциты – 743×10^9 /л

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести пациентке для уточнения диагноза?
3. Какое лечение целесообразно провести данной пациентке?
4. Какие нежелательные явления могут быть при приеме препаратов железа внутрь
5. Что является критериями завершения ферротерапии пероральными препаратами железа

Задача 18.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка С. 32 лет поступила в приемное отделение ГКБ с жалобами на выраженную слабость, пожелтела, выделение темной мочи, высокую температуру в пределах 40 градусов. Из анамнеза: 10 дней назад родила ребенка, была выписана домой. Ухудшение состояния на 11 день после родов в виде появления желтухи, лихорадки, резкой слабости, появилась ломота в поясничной области, выделение темной мочи. Была госпитализирована в стационар. По ОАК: Лейк.= $10,5 \times 10^9$ /л; Эр.= $0,8 \times 10^{12}$ /л; Hb= 35 г/л; Тр.= 130×10^9 /л; п8; с67; э3; л20; м2; ретикулоцитоз 86%; По б/х анализу крови: увеличен уровень не прямого (не связанного) билирубина до 567 мкмоль/л; Экстренно была перелита эритроцитарная масса №2 после чего пациентке стало хуже, по ОАК уровень гемоглобина снизился еще больше, билирубин увеличился.

1. Какой диагноз можно предположить у больного
2. В чем тактика врачей оказалась неверной
3. Почему пациентке стало хуже?
4. Этиология заболевания?
5. Есть ли показания к переливанию крови у данной больной, если да, то какие компоненты крови Вы будете переливать?

Задача 18

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

ВОПРОСЫ
Пациент Е. 88 лет поступил в отделение гематологии РКБ им. Г. Г. Куватова с жалобами на выраженную слабость, не может встать с постели, пожелтел, сильные нестерпимые боли во рту, жжение языка, онемение рук, ног, перестал отличать горячее от холодного. В ОАК выявлено: СОЭ 78 мм/ч, Лейк.=4, 2×10^9 /л, Эр.=1, 25×10^{12} /л, Нб=38 г/л, Тр.=130*109/л, мегалобласты 1% эоз. 3%, баз 2%, с/я 55%, лимф. 30%, мон. 9%, в ОАК выявлены тельца Жолли, кольца Кебота. По Б/Х анализу крови: увеличен не прямой билирубин до 95 мкмоль/л; Была проведена стерильная пункция, где было выявлено: мегалобластический тип кроветворения. Объективно: Состояние тяжелое, температура нормальная, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации живота без особенностей.
1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями крови необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какое лечение целесообразно провести данному пациенту?
4. Возможные осложнения
5. Лечение
Задача 19.
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной 50 лет, госпитализирован в терапевтическое отделение с жалобами на увеличение лимфатических узлов шеи. При осмотре отмечается шейная лимфаденопатия. Не лихорадит. Общее состояние удовлетворительное. Масса тела стабильная. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Селезенка: не пальпируется. Анализ крови: Нв - 123 г/л, эритроциты - 4.0×10^{12} /л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $5,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 0,5%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные - 24,5%. Моноцит - 2%, лимфоциты - 72%. Тромбоциты - 21×10^9 /л, СОЭ - 17 мм/ч. Среди лимфоцитов периферической крови встречаются тени Боткина - Гумпрехта, пролимфоциты - 1,5%.
1. Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какие дополнительные исследования надо провести?
4. Какая тактика терапии предусмотрена в случае подтверждения диагноза?
5. Возможные осложнения заболевания

Задача 20

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.
Общий анализ крови: Нв-72 г/л (N 125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N 2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные ($N-228-275 \times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N 6- 8×10^9 /л), п/я - 1% (N 1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).
Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки

отсутствуют, мегакариоциты не найдены.

1. Какая форма патологии гемостаза у больной?
2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
3. Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
4. Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Терапия тромбоцитопений.

Задача 21.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. ? О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

Задача 22

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Н., 15 лет, была доставлена в БСМП бригадой скорой помощи с профузным маточным кровотечением после криминального аборта. Сознание спутано, АД резко снижено, пульс частый, нитевидный.

Анализ крови: эритроциты - $1,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 60×10^9 /л, лейкоциты - 8×10^9 /л. Общее время свертывания крови - 25 минут (норма 5-11 минут). Протромбиновое время - 30 секунд (норма 11-14 секунд). Тромбиновое время - 28 секунд (норма 12-20 секунд). Фибриноген - 1,5 г/л (норма 2-3,5 г/л). Ретракция кровяного сгустка резко снижена, продукты деградации фибрина увеличены.

Как Вы обозначите патологическое состояние, развившееся у больной

2. Какая стадия развития данного патологического состояния? Какие показатели отражают эту стадию?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Этиология данного заболевания.
5. Принципы терапии.

Задача 23.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
На прием к ВОП обратилась больная Л., 45 лет., которая предъявляет жалобы на резкую общую слабость , сердцебиение, сухость и трещины кожи на руках и ногах, пристрастие к запаху керосина и ацетона, снижение веса за последние 3 месяца на 10 кг.
Из анамнеза: менопауза-5 лет.
Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Кожа сухая. На руках и ногах - трещины. Рс - 78 ударов в мин. АД - 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области.
Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных, используемых для лечения данного заболевания).
5. Укажите мероприятия по профилактике заболевания

Задача 24.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
На прием к ВОП обратился больной Р., 58 лет. Предъявляет жалобы на болевые ощущение, ползание мурашек, онемение в конечностях, диспепсические расстройства , общую слабость, утомляемость, сердцебиение.
Страдает хроническим гастритом типа «А» более 10 лет.
Объективно: гиперстенического телосложения. Одутловатое лицо. Легкая желтушность склер. Атрофия сосочков языка. Печень увеличена на 2 см. Снижена болевая чувствительность на нижних конечностях.
Лабораторные и инструментальные исследования: Эр.- $3,3 \times 10^{12/л}$; Нб-90 г/л; ЦП-1,2; тромбоциты-12.000; лейкоциты – $3,5 \times 10^9/л$; СОЭ- 29 мм/час.
Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите время развития ретикулоцитарного криза при лечении витамин-В ₁₂ – дефицитной анемии.
5.. Укажите среднюю суточную дозу цианокоболамина при лечении витамин-В ₁₂ – дефицитной анемии.

Задача 25.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Вызов ВОП на дом. Больной Ш., 55 лет, предъявляет жалобы на слабость, <u>постоянные геморрагические высыпания на голенях</u>, периодически появляющиеся кровоизлияния на предплечьях, кровоточивость десен, горечь во рту. Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые был поставлен диагноз геморрагического васкулита (хроническая рецидивирующая форма). Семь лет назад отмечено снижение количества тромбоцитов в крови ($90 \times 10^9/\text{л}$). Кортикостероидная терапия была мало эффективной.</p> <p>В общем анализе крови: Нв-60г/л, Эритроциты - $1,88 \times 10^{12}/\text{л}$, цв.п.-0,9, Тромбоциты - $12,5 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты - $2,7 \times 10^9/\text{л}$, бласты-21%, СОЭ-72 мм/час.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,2 С. Кожные покровы бледные, на руках и туловище единичные кровоизлияния; на голенях и бедрах - сливные геморрагии, кожа над ними гиперпигментирована. Шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы увеличены до 1,0-2,0см в диаметре. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не прощупывается.</p>
Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. .Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5.. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению

Задача 26

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С с ознобами, кровоточивость дёсен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.</p> <p>Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные</p>

элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст.

Живот

при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная,

безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв - 78 г/л, тромбоциты - $30 \times 10^9/л$, лейкоциты – $28,9 \times 10^9/л$, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30

Какой предварительный диагноз можно поставить?

2.. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

5.. выявлению Какие осложнения возможны при данном заболевании?

Задача 27

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке,

периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела,

В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия лёгкой

степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2 недель, когда появилась

одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез:

гиперполименорея с 12

лет, беременностей – 5, роды – 2, медицинских аборт – 3 Из перенесённых заболеваний:

простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких везикулярное

дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на

верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки

сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих

сторона. Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель -

0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - $180 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,2 \times 10^9/л$,

<p>палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.</p>
Какой предварительный диагноз можно поставить?
2.. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.
5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

Задача 28

<p>Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии. Признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиения, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей. К врачам не обращалась. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост - 160 см, масса тела - 68 кг. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 90 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$/л, цветовой показатель – 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.</p>
Какой предварительный диагноз можно поставить?
Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

- | |
|---|
| 4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? |
| 5. Укажите вероятные причины данного заболевания. |

Задача 29

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приём к врачу-терапевту участковому в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение

последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы

(забывчива, иногда теряется при пользовании бытовой техникой)

Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД

достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской

помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации.

Состояние удовлетворительное. Рост – 161 см, вес – 56 кг, ИМТ – 21,6 кг/м². Кожа и слизистые

бледные. Лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие. Отёков нет. Костно-суставно-

мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны

сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 минуту. АД – 130/80 мм рт.ст.

Язык

малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной

области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не

увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул

оформлен, регулярный, обычного цвета. Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - $2,31 \times 10^{12}/л$,

гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - $2,8 \times 10^9/л$

109/л: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%,

лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты (PLT) – $76 \times 10^9/л$. СОЭ – 31 мм/час.

Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.

2. Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

3. Пациентка на приёме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в

терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. При проведении ФГДС

<p>выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала Цианокобаламин 500 мкг в сутки. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении. Перед явкой к врачу-терапевту участковому выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - $3,95 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC) - $5,6 \times 10^9/л$. Тромбоциты (PLT) – $199 \times 10^9/л$. СОЭ – 25 мм/час. Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор.</p>
<p>4. Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение.</p>
<p>5. Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте своё мнение.</p>

Задача 30

<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
<p>Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приём к врачу-терапевту участковому в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы (забывчива, иногда теряется при пользовании бытовой техникой) Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. Состояние удовлетворительное. Рост – 161 см, вес – 56 кг, ИМТ – 21,6 кг/м². Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие. Отёков нет. Костно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 минуту. АД – 130/80 мм рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено. Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) -</p>

<p>2,31×10¹²/л, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - 2,8 × 10⁹/л: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты (PLT) – 76×10⁹/л. СОЭ – 31 мм/час.</p>
<p>Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.</p>
<p>2. Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.</p>
<p>3. Пациентка на приёме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. При проведении ФГДС выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала Цианокобаламин 500 мкг в сутки. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении. Перед явкой к врачу-терапевту участковому выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - 3,95 × 10¹²/л, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC) - 5,6 × 10⁹/л. Тромбоциты (PLT) – 199 × 10⁹/л. СОЭ – 25 мм/час. Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор.</p>
<p>4. Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение.</p>
<p>5. Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте своё мнение.</p>

Задача 31

<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
<p>Пациентка 70 лет отметила появление выраженной ночной потливости, снижение массы тела на 10 кг, боли в области левого подреберья, увеличение живота в размере. При объективном обследовании печень +4 см ниже реберной дуги, селезенка +18 см ниже реберной дуги. В клиническом анализе крови гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты - 21 × 10⁹ /л, тромбоциты - 960 × 10⁹ /л, в формуле крови - бласты -2%, миелоциты -1%, метамиелоциты- 19 3%, П-25%, С-60%, М-4%, Л-5%. В миелограмме бласты составляют 2%. В костном мозге обнаружена мутация JAK2V617F, BCR/ABL не обнаружен. По данным трепанобиопсии отмечаются атипичные мегакариоциты, ректикулиновый фиброз 3 степени</p>
<p>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</p>
<p>2. Опишите патогенез основных синдромов.</p>
<p>Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.</p>
<p>4. Составьте план обследования больного</p>
<p>5. Назначьте лечение.</p>

Задача 32

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

ВОПРОСЫ
Мужчина 66 лет пожаловался на внезапное возникновение резкой боли в левом подреберье. Около 6 месяцев назад отмети появление кожного зуда, покраснение лица. В анамнезе у больного ХОБЛ, курит в течение 20 лет. При объективном обследовании симптомы раздражения брюшины отрицательные, селезенка увеличена в размере, болезненная при пальпации. По данным УЗИ брюшной полости селезенка увеличена в размере, имеются гипоехогенные очаги треугольной формы, инфаркты селезенки. В клиническом анализе крови гемоглобин-190 г/л, гематокрит -55%, лейкоциты -13 x 10 ⁹ /л, тромбоциты 1050 x 10 ⁹ /л, в формуле П 10%, С 68%, М 10%, Л 12%. Уровень эритропоэтина снижен 2.0 мМЕ/мл. В миелограмме 1% бластов, гиперклеточный костный мозг. По данным трепанобиопсии клеточность костного мозга повышена в сравнении с возрастной нормой, ректикулиновый фиброз 0-1 степени. В костном мозге обнаружена мутация JAK2V617F, BCR/ABL не обнаружен.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2.. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план обследования больного
5. Назначьте лечение.

Задача 33

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У пациентки 30 лет произошла транзиторная ишемическая атака, при обследовании в клиническом анализе крови лейкоциты - 13 x 10 ⁹ /л, тромбоциты -850 x x 10 ⁹ /л, Гем.-126 г/л, в формуле П - 10%, С -68%, М -10%, Л- 12%. По данным трепанобиопсии клеточность костного мозга в норме, обнаружены гиперлобулярные мегакариоциты, ректикулиновый фиброз 1 степени. В костном мозге обнаружена мутация JAK2V617F, BCR/ABL не обнаружен.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2.. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план обследования больного
5. Назначьте лечение.

Задача 34

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Мужчина 27 лет обратился к гематологу по направлению терапевта, в связи с выявлением при профосмотре изменениями в клиническом анализе крови: гемоглобин - 130 г/л, тромбоциты - 600x10 ⁹ /л, лейкоциты – 24 x10 ⁹ /л (с/я нейтрофилы - 45%, п/я нейтрофилы - 10%, метамиелоциты -5%, миелоциты - 3%, бласты -1%, моноциты -10%, лимфоциты -17%, 20 базофилы - 5%, эозинофилы - 2%). В объективном статусе обращает внимание пальпируемое увеличение селезенки +5 см от реберной дуги, в остальном без значимых изменений. В связи с выявленными изменениями в крови принято решение о выполнении пациенту стерильной пункции. По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 6%, по данным цитогенетического исследования выявлена Рhхромосома во всех исследуемых метафазах без дополнительных хромосомных аномалий, по данным

молекулярно-генетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2.. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план обследования больного
5. Назначьте лечение, определите показания к аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Задача 35

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Женщина 50 лет, обратилась к гематологу с жалобами на кровоточивость десен, носовые кровотечения, склонность к образованию синяков. При сборе анамнеза выявлено, что пациентка страдает хроническим миелоидным лейкозом. Диагноз ХМЛ, хроническая фаза был выставлен 3 года назад по данным морфологического и молекулярнобиологического исследования костного мозга (BCR-ABL p210). Пациентка получала терапию иматинибом, однако в течение последнего полугодия отмечается потеря клиникогематологического ответа, в связи с чем в течение полугодия пациентка получает нилотиниб. В клиническом анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, тромбоциты 20×10^9 /л, лейкоциты 14×10^9 /л (с/я нейтрофилы - 40%, п/я нейтрофилы - 10%, метамиелоциты -5% , бласты- 4%, моноциты - 11%, лимфоциты -14%, базофилы -7%, эозинофилы -3%). В объективном статусе обращает внимание некоторая бледность кожных покровов, кровоподтеки в местах механического воздействия, пальпируемое увеличение селезенки +3 см от реберной дуги. В связи с выявленными изменениями в крови принято решение о выполнении пациентке стерильной пункции. По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 10%, по данным цитогенетического исследования выявлена Ph-хромосома, дополнительные хромосомные аберации в виде трисомии 8 хромосомы в 30% метафаз. По данным молекулярно-генетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210. В связи с резистентностью к терапии ингибиторами тир
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2.. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план обследования больного
5. Назначьте лечение, определите показания к аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Задача 36

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Девочка С., 13 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, подъемы температуры, боли в ногах. Из анамнеза известно, что ребенок болен с 12 лет, когда при проведении экстренной операции по поводу флегманозного аппендицита впервые выявлены изменения в клиническом анализе крови: тяжелая анемия (гемоглобин - 29г/л), тромбоцитопения (2×10^9 /л), лейкоциты $5,7 \times 10^9$ /л, бласты 35%. Ребенок переведен в специализированный гематологический стационар. При поступлении

<p>состояние тяжелое, сознание ясное, жалобы на слабость, отсутствие аппетита. При осмотре: кожные покровы бледные, выраженный кожно-геморрагический синдром. Все группы л/у не увеличены. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. В миелограмме бласты 62,2%. При иммунофенотипировании выявлены бластные клетки с суммарным иммунофенотипом CD34+CD117+CD33+CD13+HLADR-. Цитогенетическое исследование: выявлена t(8;21) Молекулярно-генетическое исследование: выявлен химерный ген AML1/ETO. Исследование ликвора: цитоз 2/3. На основании исследования поставлен диагноз: Острый миелоидный лейкоз с транслокацией (8;21), AML1/ETO. (M2-вариант по FAB-классификации). Начата терапия по протоколу VFM-AML-2004. По окончании индукционного курса химиотерапии достигнута 1 клинико-гематологическая и цитогенетическая ремиссия. При молекулярногенетическом исследовании: AML1/ETO сохраняется. ХТ продолжена по схеме стандартного риска. Через 6 месяцев на фоне терапии появились жалобы на оссалгии. В миелограмме 60% бластов.</p>
<p>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</p>
<p>2. Какие благоприятные и неблагоприятные прогностические факторы имеются у ребенка?</p>
<p>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?</p>
<p>4. Какие клинические синдромы встречаются у данного ребенка?</p>
<p>5. Перечислите этапы дальнейшей терапевтической тактики.</p>

Задача 37

<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
<p>48-летний мужчина был госпитализирован с симптомами выраженной слабости, множественными проявлениями геморрагического диатеза кожных покровов, слизистых, признаками желудочно-кишечного кровотечения. В анализе крови гемоглобин 60 г /л, тромбоциты -19 x 10⁹ /л, лейкоциты 0,6 x10⁹ /л (лимфоциты -88%, нейтрофилы - 8%, моноциты – 4%). При объективном осмотре увеличения печени и селезенки не выявлено. Первоначальная попытка пункции костного мозга – безуспешно, «сухой» костный мозг. При трепанобиопсии выявлена гиперплазия костного мозга с выраженным увеличением ретикулинового фиброза и менее 5% бластов при гистохимическом исследовании CD34 клеток. Также выявлено значительное число атипичных клеток миелопероксидазу+ клеток. Цитогенетика не было выполнено ввиду отсутствия достаточного количества биологического материала. Пациент был направлена в специализированную клинику для дальнейшего обследования и лечения с первоначальным диагнозом миелопролиферативного заболевания с миелофиброзом, где при более детальном анализе мазков периферической крови мазок были выявлены клетки, содержащие тельца Ауэр и единичные промиелоциты, имеющие псевдоподии, Анализ периферической крови с помощью флуоресцентной гибридизацией (FISH) выявил наличие PML / RARA реаранжировку. В костном мозге выявлена популяция атипичных миелопероксидаза- , CD117-положительных гранулярных клеток, содержание которых составило до 75-80% от ядросодержащих клеток костного мозга. При цитогенетическом выявлена t(15; 17) (q24; q21.1)</p>
<p>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</p>
<p>2. Опишите патогенез основных синдромов.</p>
<p>3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания</p>
<p>4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?</p>

5. Назначьте лечение

Задача 38

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
--

У пациента 46 лет случайно при плановом обследовании выявлены изменения в клиническом анализе крови лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /л, Тр 700×10^9 /л, Гб 130 г/л, в формуле П 10%, С 68%, М 10%, Л 12%. Тромботических осложнений в анамнезе нет, факторов риска сердечно-сосудистых осложнений также нет. По данным трепанобиопсии клеточность костного мозга в норме, обнаружены гиперлобулярные мегакариоциты, ректикулиновый фиброз 0-1 степени. В костном мозге обнаружена мутация в гене кальретикулина, BCR/ABL не обнаружен.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Опишите патогенез основных синдромов.
--

3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания
--

4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
--

5. Определите характер терапии, показания к аллогенной трансплантации костного мозга.

Задача 39

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
--

Больная 35 лет жалуется на общую слабость, потерю трудоспособности, плохой аппетит. Больной себя считает 7 лет. При общем осмотре обнаружено резкое истощение больной, живот значительно увеличен, больше в верхней части. При его пальпации определяется резкое увеличение печени и, особенно, селезёнки. В крови: эритроциты $-2,5 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин -50 г/л; лейкоциты -400×10^9 /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы -7%; базофилы -6%; миелобласты -1%; промиелоциты -3%, миелоциты -6%, юные нейтрофилы -10%; палочкоядерные нейтрофилы -17%, сегментоядерные нейтрофилы -35%, лимфоциты -10%, моноциты -5%, СОЭ -36 мм/час. Количество тромбоцитов -719×10^4 . По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 4.5%, по данным цитогенетического исследования выявлена Ph-хромосома в 100% метафаз. По данным молекулярногенетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Опишите патогенез основных синдромов.
--

3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания
--

4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
--

5. Определите характер терапии, показания к аллогенной трансплантации костного мозга.

Задача 40

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
--

<p>Больная 43 лет обратилась с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, немотивированное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, чувство тяжести в левом подреберье. Эпизодически, без видимых причин, бывают острые «кинжальные» боли в левом подреберье. Считает себя больной в течение 2-3 лет. Клинические признаки нарастают исподволь. Ранее за медицинской помощью не обращалась. При физикальном осмотре выявлено: бледность кожных покровов и слизистых. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы размерами до 1 см в диаметре подвижные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные, эластической консистенции. Со стороны системы дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, край ее плотноват, безболезненный. Ординаты Курлова 12-11-9 см. Селезенка значительно увеличена в размерах. Нижний полюс 26 ее пальпируется у входа в малый таз. При пальпации она плотновата, безболезненна. При исследовании периферической крови – гемоглобин 78 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}$/л, тромбоциты 150×10^9/л, лейкоциты – 245×10^9/л, бластов 22%, промиелоциты – 2, юные – 5, палочкоядерные -15, сегментоядерные – 45, лимфоциты – 5, моноциты – 1, эозинофилы – 5, СОЭ – 25 мм/час. По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 30%, по данным цитогенетического исследования выявлена Ph-хромосома. По данным молекулярно-генетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210.</p>
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания
4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
5. Определите характер терапии, показания к аллогенной трансплантации костного мозга.

Задача 41

<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Женщина 40 лет, обратилась к гематологу с жалобами на боли в костях, увеличение селезенки, склонность к образованию синяков. При сборе анамнеза выявлено, что пациентка страдает хроническим миелоидным лейкозом. Диагноз ХМЛ, хроническая фаза был выставлен 4 года назад по данным цитогенетического и молекулярно-биологического исследования костного мозга (Ph –хромосома, BCR-ABL p210). Пациентка получала терапию иматинибом 400 мг в сутки, однако в течение 3- месяцев отмечается утрата клиникогематологического ответа. В клиническом анализе крови: гемоглобин 110 г/л, тромбоциты 220×10^9 /л, лейкоциты 14×10^9 /л (С/я нейтрофилы 40%, п/я нейтрофилы 10%, метамиелоциты 5% , бласты 4%, моноциты 11%, лимфоциты 14%, базофилы 7%, эозинофилы 3%). В объективном статусе обращает внимание бледность кожных покровов, кровоподтеки в местах механического воздействия, пальпируемое увеличение селезенки +8 см от реберной дуги. В связи с выявленными изменениями в крови принято решение о выполнении пациентке стерильной пункции. По данным морфологического исследования костный мозг гиперклеточный, количество бластных клеток 12%, по данным цитогенетического исследования выявлена Ph-хромосома в 100% метафаз. По данным молекулярногенетического исследования выявлена экспрессия химерного гена BCR/ABL p210 36.78%. В связи с резистентностью к терапии ингибиторами тирозинкиназ выполнен мутационный статус гена BCR/ABL, выявлена мутация T315I.</p>
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.

3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания
4. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
5. Определите характер терапии, показания к аллогенной трансплантации костного мозга.

Задача 42

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Пациентка 41 год после экстракции зуба – длительное кровотечение, из анамнеза – на протяжении последнего месяца отмечала появление «синячков» на коже голеней, бедер, плеч. При объективном осмотре обращает на себя внимание наличие кожного геморрагического синдрома В клиническом анализе крови – эритроциты 3,3 млн, гемоглобин 74 г/л, ретикулоциты 1%, тромбоциты 11 тыс., лейкоциты 2,6 тыс., базофилы 0, эозинофилы 0, пядерные 1%, сегменто-ядерные 46%, лимфоциты 40%, базофилы 11%, бласты 2%, СОЭ 51 мм/час. В миелограмме – к.м. гипоклеточный, бласты 12 %. В трепанобиоптате выявлено поражение костного мозга клональными клетками миелоидной дифференцировки (CD117+, лизоцим+, эластаза+ MPO+, CD33+) в объеме более 10%, ретикулиновый фиброз – 1, коллагеновый – 0. Иммунофенотипирование клеток периферической крови: CD45dim+ MPO+ CD13+ CD33+ CD11c+ CD117+ CD133+ CD15- CD64- CD14- CD4- что соответствует миелоидной линейной направленности. Цитогенетика – 46XX
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести
4. Прогноз заболевания
5. Определите характер терапии, показания к аллогенной трансплантации костного мозга.

Задача 43

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Мужчина 65 лет, 3 года постепенно усиливается общая слабость, одышка при небольшой физической нагрузке, периодически головная боль, пульсирующий шум в ушах, учащенное сердцебиение, на холоде пальцы рук сильно бледнели. Последнюю неделю повышения температуры до 400С, с ознобами / дрожью, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, сильная общая слабость (едва ходит), одышка в покое. Постоянно головная боль, пульсирующий шум в ушах, учащенное сердцебиение. Общее состояние тяжелое. Кожа бледная. Пальцы рук и ног пастозны и цианотичны. АД 150 и 90 мм рт ст, ЧСС 120/мин. Дыхание ослаблено. ЧДД 25/мин, %SpO2 = 89. Живот мягкий, безболезненный, пальпируются немного увеличенными печень и селезенка. Пальпируются немного увеличенными отдельные шейные и подмышечные лимфоузлы, до 2,0 см, тестоватой консистенции, смещаемые, безболезненные. Рентгенография органов грудной клетки: очаги интерстициальной инфильтрации в средней и нижней долях левого легкого. УЗИ живота: немного увеличены печени и селезенка, немного (до 2 см) увеличены абдоминальные лимфоузлы. 30 КТ: очаги интерстициальной инфильтрации в S6, 8 и 9 левого легкого, до 2,5 увеличены отдельные внутригрудные и абдоминальные лимфоузлы, немного увеличены печень и селезенка.

Общий анализ крови: гемоглобин 70 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, MCV 90 фл, MCH 29 пг, MCHC 240 г/л, тромбоциты $200 \times 10^9 /л$, лейкоциты $20,0 \times 10^9 /л$, П - 10%, С - 65%, лимфоциты - 10%, моноциты - 10%, Эо - 5%, СОЭ 70 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 90 г/л, ЛДГ 500 ЕД/л, IgA - 0,9, IgG - 1,4 г/л, IgM – 20,0 г/л. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла – гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации малыми лимфоцитами, плазматическими клетками и плазматоидными лимфоцитами, отдельные из которых содержат эозинофильное внутриядерное включение (тельца Датчера). Встречаются рассеянные тучные клетки, немногочисленные иммунобласты. Синусы расширены, содержат гомогенное эозинофильное вещество по типу амилоида. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD38, CD138, IgM, и не экспрессируют CD5, CD10, CD23, bcl6, cyclin D1, IgD. Ki67 около 15-20%

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Необходимый план обследования

3. Назовите *осложнения*

4. Показания к госпитализации

5. Возможный вариант лечения

Задача 44

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина, 18 лет, студент 1 курса ВУЗа. В течение 1 года умеренный зуд кожи рук и ног + периодически сильно потел по ночам + сильно уставал + похудел на 10 кг. Последний месяц – субфебрилитет. Несколько дней кашель и подъемы температуры до $38,5^{\circ}C$ без ознобов. Обратился к врачу ВУЗа: обнаружил увеличенными подчелюстные лимфоузлы – решил, что респираторная инфекция – назначил антибиотик. Антибиотик не помог: кашель, лихорадка не прекратились + пожелтели склеры и кожа – повторно обратился к врачу. Рентгенография органов грудной клетки: немного расширено средостение + небольшие очаговые округлые тени в легких. Компьютерная томография: увеличены внутригрудные лимфоузлы, до 2-3 см + многочисленные округлые новообразования легких, тканевой плотности + округлые очаги в печени и селезенке до 2 см + конгломерат увеличенных лимфоузлов в воротах печени, 5 см. Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, тромбоциты $250 \times 10^9 /л$, лейкоциты $20,0 \times 10^9 /л$, П - 3%, С - 67%, лимфоциты - 7%, моноциты - 3%, эозинофилы - 15%, базофилы - 5%, СОЭ 15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий билирубин 50 мкмоль/л, прямой билирубин 40 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 900 ЕД/л, ЛДГ 1500 ЕД/л. Торакоскопия – биопсия – эксцизия внутригрудного лимфоузла: Гистологический анализ: лимфоузел с утолщенной фиброзированной капсулой, выраженным фиброзом в виде дуг и колец, нодулярным смешанноклеточным лимфоидным инфильтратом, состоящим из малых лимфоцитов, сегментоядерных лейкоцитов (преимущественно эозинофильных), гистиоцитов и плазматических клеток. На фоне инфильтрата определяются рассеянные крупные одно- и двуядерные клетки с крупными везикулярными ядрами, крупным центрально расположенным эозинофильным ядрышком. Встречаются лакунарные и мумифицированные формы. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки (крупные \ диагностические) экспрессируют CD30, CD15, PAX-5, и не экспрессируют LCA, CD20, CD3, EMA.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Необходимый план обследования

3. Назовите *осложнения*

4. Показания к госпитализации
5. Возможный вариант лечения

Задача 45

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Мужчина, 50 лет, инженер. 3 года назад обнаружил небольшие узлы под челюстью – то немного увеличивались, то уменьшались, постепенно появлялись новые, сначала на шее, потом в подмышках, и в паху. Последний год все сильнее общая слабость, одышка + повышенная потливость. Общее состояние средней степени тяжести. Пальпируются увеличенными до 3-5 см периферические лимфоузлы всех групп, включая локтевые и коленные, мягкие, смещаемые, безболезненные. Пальпируются немного увеличенными печень и селезенка. Общий анализ крови: гемоглобин 70 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, MCV 90 фл, MCH 29 пг, MCHC 240 г/л, тромбоциты $70,0 \times 10^9 /л$, лейкоциты $30,0 \times 10^9 /л$, П - 0%, С - 10%, лимфоциты - 90%, СОЭ 30 мм/час. Биохимический анализ крови: Общий белок 60 г/л, альбумин 25 г/л, ЛДГ 250 ЕД/л, мочевая кислота 600 мкмоль/л. 38 УЗИ КТ гепатомегалия, умеренная спленомегалия + увеличены внутригрудные и абдоминальные лимфоузлы всех групп, до 3-4 см. Стернальная пункция – миелограмма: аспират нормоклеточный, 70% - малые лимфоциты. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла: Гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации мелкими лимфоидными клетками с округлыми гиперхромными ядрами - пролимфоцитами. Определяются псевдофолликулярные структуры, образованные за счет скопления более крупных клеток с более светлыми ядрами – параиммунобластов. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD5, CD23, bcl2, и не экспрессируют CD3, bcl6, cyclinD1, CD10 . Ki67 около 10-15%.</p>
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Назовите <i>осложнения</i>
4. Показания к госпитализации
5. Возможный вариант лечения

Задача 46

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Женщина, 50, сотрудник банка. За 5 лет перенесла несколько пневмоний. Около 10 лет находила немного увеличенными шейные лимфоузлы, внимания этому не уделяла, к врачам не обращалась. В течении последних 5 мес отмечает, что сильно потеет голова, и рост шейных лимфоузлов, кроме того увеличились подмышечные лимфоузлы и появилась значительная общая слабость. Общее состояние средней степени тяжести. Общий анализ крови: гемоглобин - 80 г/л, тромбоциты - $50 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $6,0 \times 10^9 /л$, лимфоциты - 99%. Биохимический анализ крови: IgG 2,0 г/л. УЗИ живота: спленомегалия. КТ туловища: увеличены лимфоузлы всех групп, до 2,5 – 3,0 см, умеренная мпленомегалия. Миелограмма: лимфоциты 60%. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла: Гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации мелкими лимфоидными клетками с округлыми гиперхромными ядрами - пролимфоцитами. Определяются псевдофолликулярные структуры, образованные за счет скопления более крупных клеток с более светлыми</p>

ядрами – параиммунобластов. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD5, CD23, bcl2, и не экспрессируют CD3, bcl6, cyclinD1, CD10 . Ki67 около 10-15%.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Назовите <i>осложнения</i>
4. Показания к госпитализации
5. Возможный вариант лечения

Задача 47

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Женщина, 50, сотрудник банка. За 5 лет перенесла несколько пневмоний. Около 10 лет находила немного увеличенными шейные лимфоузлы, внимания этому не уделяла, к врачам не обращалась. В течении последних 5 мес отмечает, что сильно потеет голова, и рост шейных лимфоузлов, кроме того увеличились подмышечные лимфоузлы и появилась значительная общая слабость. Общее состояние средней степени тяжести. Общий анализ крови: гемоглобин - 80 г/л, тромбоциты - 50 x10 ⁹ /л, лейкоциты - 6,0 x10 ⁹ /л, лимфоциты - 99%. Биохимический анализ крови: IgG 2,0 г/л. УЗИ живота: спленомегалия. КТ туловища: увеличены лимфоузлы всех групп, до 2,5 – 3,0 см, умеренная спленомегалия. Миелограмма: лимфоциты 60%. Биопсия – эксцизия подмышечного лимфоузла: Гистологический анализ: рисунок строения лимфоузла стерт за счет диффузной инфильтрации мелкими лимфоидными клетками с округлыми гиперхромными ядрами - пролимфоцитами. Определяются псевдофолликулярные структуры, образованные за счет скопления более крупных клеток с более светлыми ядрами – параиммунобластов. Иммуногистохимический анализ: опухолевые клетки экспрессируют CD20, CD79a, CD5, CD23, bcl2, и не экспрессируют CD3, bcl6, cyclinD1, CD10 . Ki67 около 10-15%.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимый план обследования
3. Назовите <i>осложнения</i>
4. Показания к госпитализации
5. Возможный вариант лечения

Задача 48

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больная И. 31 год, обратилась к врачу-терапевту по поводу общей слабости, утомляемости, головокружения при перемене положения тела, одышки при ходьбе. Дополнительные жалобы: на сухость кожи, ломкость и выпадение волос, недержание мочи при кашле. Из анамнеза: придерживается вегетарианского питания, мясо не употребляет последние 10 лет; менструальный цикл 26 дней, менструальные выделения в течение 7 дней, всегда обильные, со сгустками. Объективно: бледность кожи и видимых слизистых. Рост 165 см, вес 55 кг. Тоны сердца ритмичны, приглушены, выслушивается дующий систолический шум на верхушке. Пульс 87 в минуту, АД 106 и 70 мм рт. ст. В остальном: без особенностей. Анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3,5 Т/л, MCV 74 fl, MCH 21 пг/эр, MCHC 27 г/дл, железо сыворотки 5,1 мкмоль/л, ОЖСС 92 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом 15%, ферритин сыворотки 7,4 мкг/л

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Дайте оценку анемии по лабораторным показателям и охарактеризуйте параметры обмена железа у больной
4. С какими анемиями надо проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией

Задача 49

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У пациента Е. 18 лет при прохождении медицинской комиссии в военкомате в ОАК выявлено: СОЭ 12 мм/ч, Лейк.=285*10 ⁹ /л, Эр.=4,23*10 ¹² /л, Нб=128 г/л, Тр.=490*10 ⁹ /л, бласты 1% промиелоциты 5%, миелоциты 3%, метамиелоциты 7%, эоз. 3%, баз 2%, с/я 55%, лимф. 20%, мон. 4%. Пациент был направлен в отделение гематологии Республиканской клинической больницы, госпитализирован. Была проведена стерильная пункция, выявлено: костный мозг гиперклеточный, увеличено количество всех клеток миелоидного ряда, базофильно-эозинофильная ассоциация. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура нормальная, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации живота обнаружена увеличенная селезенка. По данным УЗИ ОБП выявлено увеличение селезенки.
1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Какое современное специфическое лечение показано данному больному?
4. Какая стадия заболевания?
5. прогноз

Задача 50

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной 19 лет предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделю назад после переохлаждения повысилась температура до 38°С, были катаральные явления в течение 3 дней, по поводу чего принимал бисептол. Температура нормализовалась, но появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость. В прошлом также были эпизоды желтухи. Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры 31.08.29 Гематология / Рабочая программа дисциплины «Гематология» 50 иктеричны. Пульс 90 в минуту, ритмичный, АД 110/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка +3 см. ОАК: Нб 90 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты крови 3%, белая кровь без изменений. Билирубин крови 33 мкмоль/л, реакция непрямая.
1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Оцените данные лабораторного исследования
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы
5. Лечение