

*Особливості перебігу
захворювань кровотворної
та сечостатевої системи у
пацієнтів літнього та
старечого віку.*

Вікові зміни структури і функції нирок

Хвороби нирок - часта патологія в старості. На думку вітчизняних нефрологів, вони входять в 4 головні причини смерті в людей літнього й старечого віку. Захворювання нирок мають вікові особливості.

до старості в людини губиться до 1/3-1/2 нефронів, розростається сполучна тканина, формується віковий нефросклероз. Поряд із загибеллю нефронів розвивається компенсаторна гіпертрофія клітин, що залишилися.

При старінні знижується споживання нирками кисню, зменшується кількість мітохондрій у клітинах

. Прогресивно падає фізіологічний рівень ниркового кровообігу, клубочкової фільтрації.

Знижується екскреторна (азото-, водно-, електролітовидільна) функція нирок. При цьому формується вікова ниркова гіпофункція, в старості – виникає зменшення питомої ролі нервової ланки, підвищення гуморальної активності.

Ниркові чашечки, миски, сечоводи з віком ущільнюються, втрачають еластичність, збільшують місткість. Порушується їхня ритмічна діяльність, частішають рефлюкси. Стінка сечового міхура товщає, ущільнюється, ємкість його падає, що викликає частішання позивів до сечовипускання.

Вікові зміни сечового міхура послабляється функція замикального апарата, сприяючи нетриманню сечі. Погіршується зниження функції контролюючого рефлексу сечовипускання з боку вищих нервових центрів.

Вікові структурні метаболічні, функціональні, регуляторні зміни знижують надійність сечової системи: сприяють росту патології її ланок у старості, підвищують імовірність їхньої декомпенсації (особливо нирок) в умовах стресу, виникає необхідність у зниженні дози лікарських препаратів

§ Затримка сечі - неможливість самотійного виділення сечі зі сечового міхура внаслідок змін нервово-м'язового апарату або механічного закупорення виходу з міхура і сечовипускного каналу.

§ Симптом Пастернацького — відчуття різкого болю при постукуванні по спині в ділянці нирок.

§ Застійна сеча характеризується значною концентрацією азотистих шлаків, високою питомою вагою, підвищеним вмістом білка.

§ Циліндрурія — наявність у сечі циліндрів, які утворюються в дистальних канальцях нирок і є зліпками білка. Зернисті циліндри складаються із детриту злущеного епітелію канальців; воскоподіб-ні циліндри товстіші, мають гомогенну структуру і чіткі контури.

§ Гематурія — виділення зі сечею еритроцитів.

§ Гемоглобінурія — виділення ниркою гемоглобіну без наявності в сечі формених елементів.

Основні симптоми захворювання сечовидільної системи

- п Ниркові кольки — тупий або гострий біль у ділянці нирок внаслідок розтягнення капсули при гострому запальному процесі у нирках, мисках або принирковій клітковині.
- п Дизурія — болісне або утруднене сечовипускання, яке спостерігається при захворюванні сечового міхура, уретри, мисок і сечоводів.
- п Полакіурія — часті позиви до сечовипускання з виділенням щоразу незначної кількості сечі.

Гломерулонефрит (ГН)

- двобічне імунозапальне захворювання нирок з первинним і переважним ураженням клубочкового апарату нефрону з подальшими змінами в інших його структурах.

An anatomical illustration of a kidney, showing the renal cortex, medulla, and various vessels. The kidney is depicted in a reddish-brown color, with a detailed view of the internal structures. The text 'Гломерулонефрит' and 'острый' is overlaid on the kidney image.

Гломерулонефрит
острый

Класифікація

гломерулонефритів (Л.А. Пиріг)

- ✓ гострий дифузний гломерулонефрит
 - сечовий синдром
 - нефротичний синдром (переважно гематуричний, гіпертонічний, набряковий компонент)
- ✓ підгострий (злоякісний) гломерулонефрит
- ✓ швидкопрогресуючий гломерулонефрит

Хронічний гломерулонефрит

хронічне дифузне захворювання нирок, для якого характерна наявність імунологічних і клініко-морфологічних змін, передусім у клубочках. Морфологічні особливості впливають на перебіг захворювання.



Етіологія. Хронічний гломерулонефрит може бути наслідком не вилікуваного гострого гломерулонефриту. Наприклад, якщо протягом року при гострому гломерулонефриті зберігається сечовий синдром або набряки, артеріальна гіпертензія, то можна припустити перехід захворювання у хронічну форму. Хронічний гломерулонефрит виникає як ускладнення при системних васкулітах, колагенозах, при деяких інфекційних захворюваннях. Відомий також первинний хронічний гломерулонефрит без початкового гострого періоду.

Клінічна картина.

Розрізняють такі клінічні форми хронічного гломерулонефриту:
латентний — виявляється ізольованим сечовим синдромом, іноді з помірною артеріальною гіпертензією;
гематуричний — постійна гематурія;
гіпертонічний — артеріальна гіпертонія з незначними змінами в сечі (незначна протеїнурія, гематурія);
нефротичний — набряки, виражена протеїдурия (більше 3,5 г білка за добу), гіпопротеїдемія, гіперхолестеринемія, гіпертригліцсридемія;
змішаний — поєднання нефротичного синдрому й артеріальної гіпертензії;
підгострий — швидкопрогресуючий ґломерулонефрит,



ДОДАТКОВІ ОБСТЕЖЕННЯ

У сечі виявляється протеїнурія, гематурія, циліндрурія, іноді помірна лейкоцитурія. В крові в період загострення може відзначатися помірний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, гіпер-ос²-глобулінемія.

Рівень креатиніну, сечовини, а також величина клубочкової фільтрації залежать від функціонального стану нирок



Лікування

призначають залежно від клінічної форми захворювання, особливостей морфологічних змін у нирках, наявності ускладнень. При лікуванні слід дотримуватися певного режиму: уникати переохолоджень, фізичних перевантажень, психоемоційних стресів. Категорично заборонено працювати у нічний час. Щорічно, а при необхідності частіше, хворого госпіталізують для стаціонарного лікування.

Дієта також залежить від форми захворювання. Наприклад, при латентній формі призначають загальний стіп із обмеженням солі до 10 г на добу. При нефротичній і гіпертонічній формах кількість солі обмежують до 8—6 г на добу.

Медикаментозна терапія передбачає призначення:

- 1) патогенетичних засобів (кортикостероїди, цитостатики, амінохінолінові препарати), імуносорбції, плазмаферезу;
- 2) гіпотензивних препаратів (клофелін, допегіт, бета-адреноблокатори);
- 3) діурстиків (фу-росемід, гіпотіазид, урегіт);
- 4) антибіотиків (призначають при інфекційних ускладненнях);
- 5) препаратів, які впливають на процеси гемокоагуляції та агрегації (гепарин, курантил, тиклід, індометацин).



гемодіаліз



нефролітаз

або сечокам'яна хвороба, — захворювання нирок і сечовивідних шляхів, при якому утворюються ниркові камені (конкременти).

Етіологія. Захворювання пов'язане з порушенням сольового і мінерального обміну, з інфекційними процесами, станом нервової системи. Важливе значення має спадково-конституційна схильність, а також особливості харчування. Наприклад, утворення каменів спричиняють питна вода з підвищеним вмістом калійових солей і мікроелементів (стронцію, свинцю, кремнію), одноманітна надмірна їжа, авітаміноз А, травми поперекової ділянки. Камені можуть утворюватися під час вагітності, при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, нейроендокринних розладах.



Клінічна картина

Клінічні прояви хвороби визначаються розмірами і локалізацією конкрементів. Класичними ознаками нирковокам'яної хвороби є біль, дизурія, гематурія і відходження каменів. Відходження каменів малого розміру можливе майже без больових відчуттів. Такий перебіг хвороби триває роками. Найбільш типовим проявом нирковокам'яної хвороби є приступи ниркових кольок. Напад виникає раптово: біль у ділянці нирок переймистий, ір радіює вниз по сечоводу в сечовий міхур і статеві органи. Найменші рухи посилюють біль, хворі неспокійні. Іноді біль є хвилеподібним. Хворі відчувають здерев'яніння у пахвинній ділянці і стегні.

На висоті приступу ниркових кольок виникають численні рефлексорні явища: нудота, повторне блювання, метеоризм, запір, припинення відходження газів. Сечовипускання прискорене, утруднене, часто болісне, рідко виникає анурія. Напад ниркових кольок супроводжується слабкістю, частим серцебиттям, спрагою, сухістю в роті, підвищенням температури тіла. Шкіра хворих волога, бліда, симптоми подразнення очеревини відсутні.

При дослідженні нирок визначається позитивний симптом Пастернацького (болісність при постукуванні по спині у ділянці нирок), інколи пальпується болісна збільшена нирка. Приступ триває кілька годин; після відходження каменя із сечею біль ущухає.

Сеча після приступу кров'яниста, містить багато кристалів солей; у проміжках між приступами часом виявляють мікрогематурію.

Ниркові камені можуть спричиняти численні ускладнення. Подразнення конкрементами навколишніх тканин часто призводить до розвитку запальних процесів (пієліту, пієлонефриту), гідро- або пієонефрозу з уремією й атрофією специфічної ниркової тканини.

Незважаючи на характерну клінічну картину приступу ниркових кольок, необхідно виключати захворювання органів черевної порожнини (апендицит, тромбоз мезентеріальних судин, коліти), міжреберні невралгії, печінкові кольки.

Діагностика

Рентгенологічне дослідження, зокрема оглядова урограма, дає змогу побачити камінь і уточнити його локалізацію; фосфатних каменів на знімках не видно, тому у цих випадках використовують метод екскреторної урографії або радіонуклідні дослідження нирок.



Лікування сечокам'яної хвороби під час приступів і в міжприступному періоді різне

При неускладненій нирковокам'яній хворобі хворим призначають дієту, в якій обмежені речовини, що входять до складу каменів. Протипоказання зловживання смаженим, м'ясом, печінкою, перцем, гірчицею, алкогольними напоями.

Щоб запобігти утворенню осадів у ниркових мисках, хворий повинен багато пити (рекомендуються мінеральні води Свалява, Лужанська), приймати магурліт, блемарен, алопуринол, амонію хлорид тощо. Для збільшення об'єму сечі використовують відвари з листя берези, кореня петрушки, кукурудзяних приймочок, звіробою. Необхідно регулярно контролювати рН сечі. Хворим рекомендується багато рухатися, займатись гімнастикою і лікувальною фізкультурою

Хірургічне втручання при нирковокам'яній хворобі полягає у видаленні каменів із нирки або видаленні самої нирки при її вторинному ураженні.



лікування

При лікуванні ниркових кольок необхідний ліжковий режим: застосовують теплу грілку або зігрівальний компрес на ділянку нирок, гарячі ванни, вводять атропін (1 мл 0,1% розчину підшкірно), морфін (1 мл 1% розчину підшкірно), но-шпу, баралгін, трамал, заспокійливі засоби (реланіум, дроперідол).

Прогноз визначається частістю рецидивів та ускладнень.



Пієлонефрит

- Пієлонефрит — неспецифічне бактерійне запалення нирок.
 - Розрізняють одно- і двобічний, гострий і хронічний пієлонефрит. Якщо пієлонефрит виникає у разі відсутності морфологічних змін в сечових шляхах, то такий пієлонефрит називають первинним.
-

Гострий пієлонефрит

гостре бактеріальне захворювання ниркових мисок, чашечок і каналців.

Етіологія і патогенез. Гострий пієлонефрит може виникати при наявності в організмі будь-якого хронічного, запального процесу. Мікроорганізми потрапляють у нирки з кров'ю, лімфою або висхідним урогенним шляхом.

Виникненню захворювання сприяють перевтома, гіповітаміноз, переохолодження, розлади сечовиділення, застій сечі в місці, цукровий діабет.

Необхідно пам'ятати, що проникнення інфекції в сечовивідні шляхи можливе внаслідок цистоскопії.

Розрізняють гострий серозний і гострий гнійний пієлонефрити.

Запалення мисок буває одно- і двобічним, залежно від анатомічних особливостей.



клініка

Гострий пієлонефрит починається ознобом, підвищенням температури тіла до 38—40°C. Хворі відчувають тупий біль у попереку і в підребер'ї, який посилюється при зміні положення тіла. Їх турбує загальна слабкість, головний біль, біль у суглобах і м'язах. При об'єктивному обстеженні вдається визначити напруження м'язів у ділянці нирок і позитивний симптом Пастернацького. Сечовипускання прискорене і болісне; спостерігаються рефлексорні метеоризм, нудота, блювання.



Сеча виділяється каламутна, іноді з осадом солей і гнійними пластівцями, нерідко має лужну реакцію, поганий запах. У сечі з'являється в невеликих кількостях білок (0,33—0,99 г/л). Під мікроскопом виявляють в усьому полі зору лейкоцити, зернисті циліндри, а також еритроцити. Посів сечі дає змогу визначити ріст відповідного збудника.

Якщо одnobічний пієлонефрит є наслідком обтурації сечоводу, змін у сечі не виявляють, оскільки у сечовий міхур надходить сеча зі здорової нирки.

У крові хворих гострим пієлонефритом визначають нейтрофільний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, анемію.

Перебіг захворювання залежить від шляху проникнення інфекції: при гематогенному — переважають загальні симптоми, при урогенному — місцеві. В тяжких випадках можливий розвиток септичного стану — уросепсису з наростанням ознак ниркової недостатності; гострий пієлонефрит може ускладнитися паранефритом, піддіафрагмальним абсцесом, рідше перитонітом

Лікування

Хворим рекомендують багато пити — брусничний чи журавлиновий морс, відвар зі шипшини, компоти, мінеральні води (Трускавецька, Миргородська, Боржомі) в об'ємі до 3 л на добу.

Медикаментозну антибактеріальну терапію гострого пієлонефриту слід починати якомога раніше, але водночас доцільно визначити чутливість бактеріальної флори до антибіотиків, враховуючи нефротоксичність препаратів. Широко застосовують гентаміцин, фосфоміцин, азлоцилін, клафоран, ампіцилін, левоміцетин, пеніцилін. Для лікування гострого пієлонефриту призначають фуразолідон, фурагін (по 2 табл. 3-4 рази на день протягом 7—10 днів), бісептол (по 2 табл. 2-3 рази на день протягом 2-3 тижнів), 5-НОК (по 2 табл. 4 рази на день протягом 2-3 тижнів). Необхідно враховувати побічну дію антибактеріальних препаратів, залежність їх впливу від рН сечі і електролітного балансу в організмів. Антибактеріальну терапію при гострому пієлонефриті поєднують із призначенням спазмолітиків, діуретиків, протигрибкових препаратів, дезінтоксикаційних засобів

Хронічний пієлонефрит —

захворювання ниркових мисок, чашечок і каналців, яке є наслідком гострого пієлонефриту з поступовим ураженням клубочків і кровоносних судин нирок..

Етіологія і патогенез. Перехід гострого пієлонефриту у хронічний спричиняється тривалими патологічними процесами в нирках і сечовивідних шляхах, функціональними змінами сечових шляхів, хронічними запальними процесами в організмі, хронічними інтоксикаціями, ожирінням, цукровим діабетом, неефективним лікуванням гострого пієлонефриту. На розвиток захворювання суттєво впливають місцеві автоімунні реакції, мікробна асоціація.

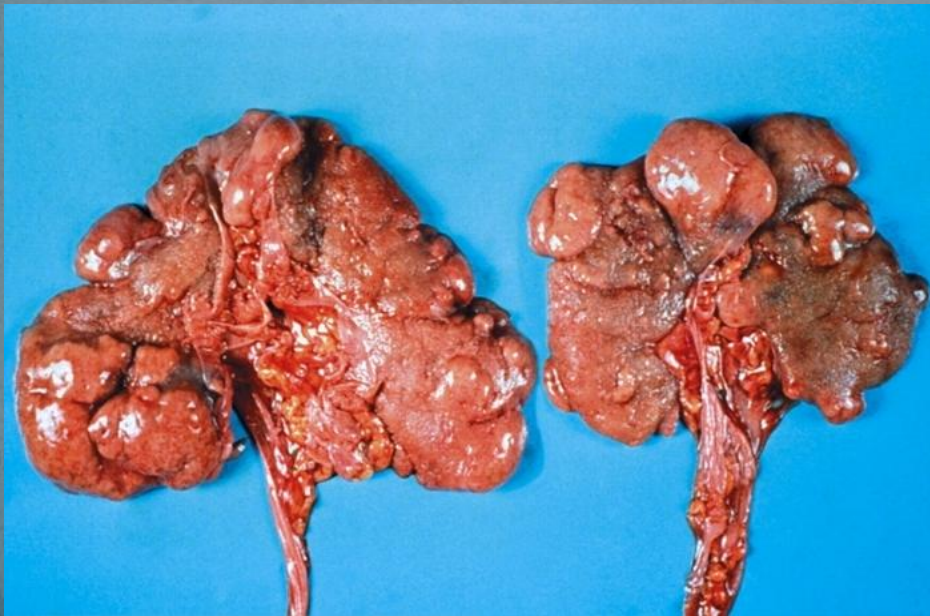
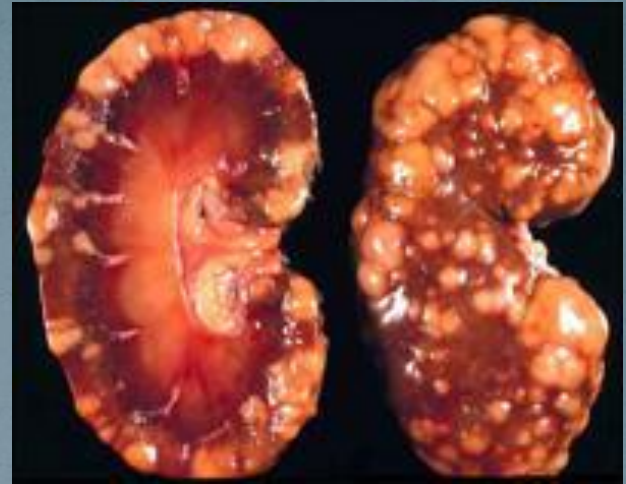
Клінічна картина

Хронічний пієлонефрит може перебігати упродовж багатьох років під «маскою» різних захворювань. Враховуючи локалізацію ураження нирок, одно- або двобічність процесу, ступінь пошкодження ниркової паренхіми, розрізняють латентну, рецидивну, гіпертензивну, анемічну і азотемічну форми хронічного пієлонефриту.

Захворювання може перебігати безсимптомно, із субфебрильною температурою, легким ознобом, почуттям розбитості. Іноді виникають гарячкові загострення, біль вг ураженій нирці. Під час об'єктивного дослідження визначають позитивний симптом Пастернацького.

При прогресуванні хвороби розвивається синдром артеріальної гіпертензії з гіпертонічними кризами, болем у ділянці серця, приступами ядухи, анемічний синдром, хронічна ниркова недостатність.

Зміни сечі більш специфічні: спостерігається протеїнурія, лейкоцитурія, циліндрурія, гематурія, позитивні проби сечі за Нечипоренком. У крові при хронічному пієлонефриті виявляють прискорення ШОЕ, анемію, нейтрофільний лейкоцитоз.



Лікувальна тактика

хронічного пієлонефриту визначається його етіологією тяжкістю і функціональним станом нирок. Хворим рекомендують уникати переохолодження і простуд. Дієта при хронічному пієлонефриті нічим не відрізняється від особливостей харчування при інших запальних захворюваннях нирок і нирковій недостатності. При анемічному синдромі у харчовий раціон обов'язково включають продукти, багаті на залізо і кобальт (полуниці, яблука, гранати), корисні виноград, кавуни, дині. Важливе значення має раціональна, малотоксична антибіотикотерапія. Застосовують антибіотики широкого спектру дії тривалий час зі створенням відповідної концентрації препарату в сечі і крові. Для лікування хронічного пієлонефриту призначають похідні налідиксової кислоти (неграм, невіграмон), левоміцетин, бісептол. Антибактеріальні препарати призначають 10—12-денними курсами з дво-, тритижневими перервами. На фоні антибіотикотерапії підвищують імунну реактивність організму за допомогою автогемотерапії, переливання крові, введенням імуноглобуліну.

Рекомендують приймати вітаміни групи В (рибофлавін, піридоксин, ціанокобаламін), аскорбінову кислоту, ретинолу ацетат, антигістамінні і протизапальні засоби, спазмолітики. Призначають настої і відвари з рослин (трава хвоща польового, нирковий чай, ведмежі вушка, мучниця). У випадках розвитку артеріальної гіпертензії згадане вище лікування поєднують із препаратами гіпотензивної і спазмолітичної дії (допегіт, клофелін, корінфар, папаверин, дибазол). Хворим анемією призначають препарати заліза, анаболічні стероїди (неробол, ретаболіл). У тяжких випадках необхідна терапія хронічної ниркової недостатності. У фазі ремісії рекомендують санаторно-курортне лікування (Трускавець, Желєзноводськ, Джермук, Мінеральні Води).

Профілактика захворювань

- Своєчасне лікування гострих і хронічних вогнищ інфекції,
- загострень,
- диспансерне спостереження,
- дотримання правил септики
- і антисептики при виконанні
- обстежень (цистоскопія, катетеризація сечового міхура



Вікові зміни системи крові

Вікові зміни системи крові відбуваються в кістковому мозку, селезінці, лімфатичних вузлах, мигдаликах. Маса всіх цих складових системи крові значно зменшується після 65-70 р.

- В периферичній крові зменшується кількість лімфоцитів Т і В- популяцій, падає їх функціональна активність.
- В кістковому мозку спостерігається розростання стромы, збільшується кількість ретикулярних і колагенових волокон, облітеруються судини, що постачають кров в кістковий мозок.
- Кровотворна тканина заміщується жировою.
- Кількість бластів в кістковому мозку зменшується, але дозрівають вони своєчасно і в периферичній крові кількість лейкоцитів в межах норми, за виключенням еозинофілів і паличкоядерних нейтрофілів, число яких зменшується.

- Спостерігаються зміни тромбоцитопоезу: зменшується кількість мегакаріоцитів, збільшується кількість "старих" і дегенеративно змінених клітин. В той же час невелика кількість молодих мегакаріоцитів в достатній мірі забезпечує необхідну кількість кров'яних пластинок і тому тромбоцитопенії в старечому віці не спостерігається.

- Внаслідок всіх цих процесів в цілому функціональна активність кісткового мозку знижується, особливо червоного (ретикулярного) ростка - анемія

Анемія

— захворювання, пов'язане із зменшенням кількості червоних кров'яних тілець (еритроцитів) або нижча від нормальної кількість гемоглобіну в крові



В-12-дефіцитна, фолієводефіцитна анемії

розвивається в результаті
зниження надходження в
організм фолієвої кислоти або
порушення всмоктування
речовини в шлунково-кишковому
тракті.

Чинники:

- § - недостатній вміст В-12 і Фолієвої кислоти в їжі
- § - незбалансоване харчування з малим вмістом білків
- порушення всмоктування в кишечнику
- § - зменшення секреції в шлунку при атрофічному гастриті в старечому віці так званого внутрішнього фактора - гастромукопротеїду
- § - резекція шлунку - через 5-8 років і більше хвороби печінки, де в нормі депонується гастромукопротеїд
- глистяна інвазія - широкий лентець поглинає вітамін В-12 з кишечника, спадковість
- § - хронічний ентерит, дивертикульоз кишечника злоякісні пухлини шлунка.

Клініка:

- и анемічний синдром (слабкість, втомлюваність, серцебиття при фіз. навантаженні, задишка)
- и ураження нервової системи - фунікулярний мієлоз - паретезії, зниження вібраційної чутливості, порушення ходи
- и шлунково-кишкові порушення - глосит - полірований малиновий язик, печія
- и кінчика, зниження секреції шлункового соку, збільшення селезінки, печінки з підвищенням концентрації білірубіна крові і легкою жовтяницею шкіри
- и швидко приєднується ссс недостатність - задишка, тахікардія, набряки периферична кров - анізоцитоз, шизоцитоз (осколки еритроцитів), мегалоцити, пойкилоцитоз, гіперхромія, к/п до 1,2-1,5, тільця Жолі, кільця Кебота, тромбоцитопенія, лейкопенія
- и кістковий мозок - збільшення елементів еритороїдного ряду із збільшенням кількості мегалобластів.

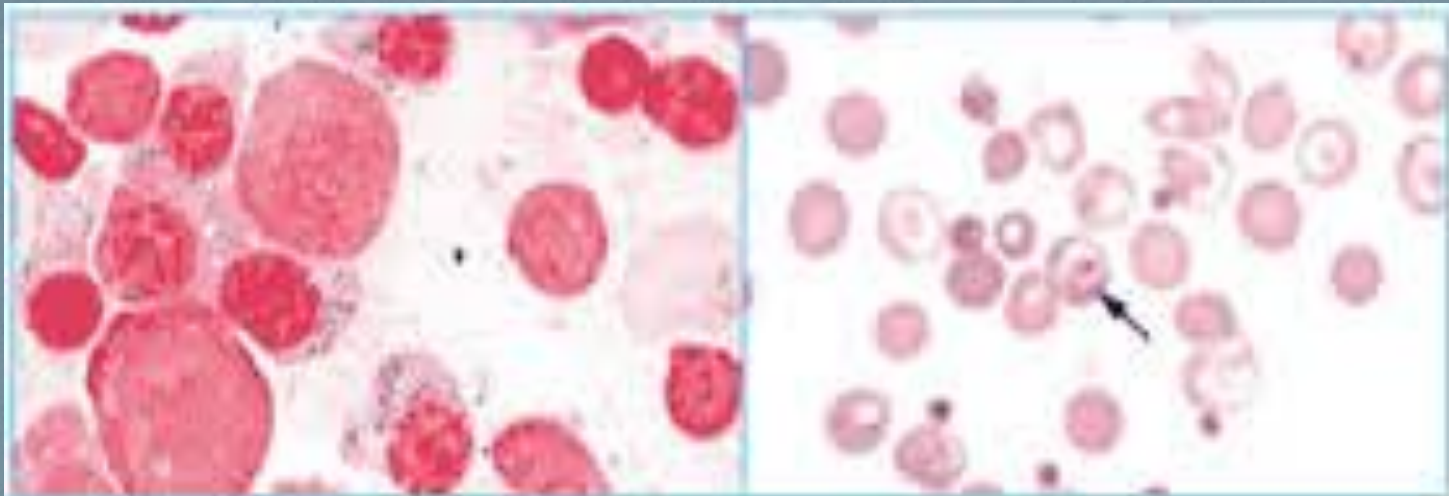


Рисунок 12. Сидерозные
(железосодержащие)
гранулы

Рисунок 13. Кольца Кебота

Додаткові обстеження

Проводять з метою визначення причин анемії: рентгеноскопію ШКТ, ректороманоскопію, гастроскопію, УЗД ШКТ, визначення функції печінки (білірубін, трансамінази, білок крові), дослідження калу на приховану кров, наявність яєць глистів



Лікування:

и вітамін В-12 по 200-500 мкг 1 раз на день 6 тижнів, потім 1 раз/тиждень 2-3 міс, 2 рази/міс 6 міс

и підтримуюча терапія - 1-2 рази/рік короткими курсами по 5-6 ін'єкцій при дефіциті ФК по 5-15 мг/добу



АПЛАСТИЧНА АНЕМІЯ

хвороба, при якій кістковий мозок перестає виробляти клітини крові в потрібній кількості

Чинники:

1. Природне зниження функціональної активності кісткового мозку
- 2. Зниження компенсаторних можливостей в старечому віці
- 3. Дія токсичних речовин, лік препаратів, іонізуючої радіації, інфекційних хвороб, вірусів, які легко викликають порушення гемопоез



Клініка:

- - анемічний синдром
- - геморагічний синдром - внаслідок тромбоцитопенії
- - інфекційні або запальні процеси - внаслідок лейкопенії, нейтропенії
- - перебіг важчий, ніж у молодих
- - в крові - анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія кістковий мозок - пригнічення всіх ростків кровотворення



Лікування

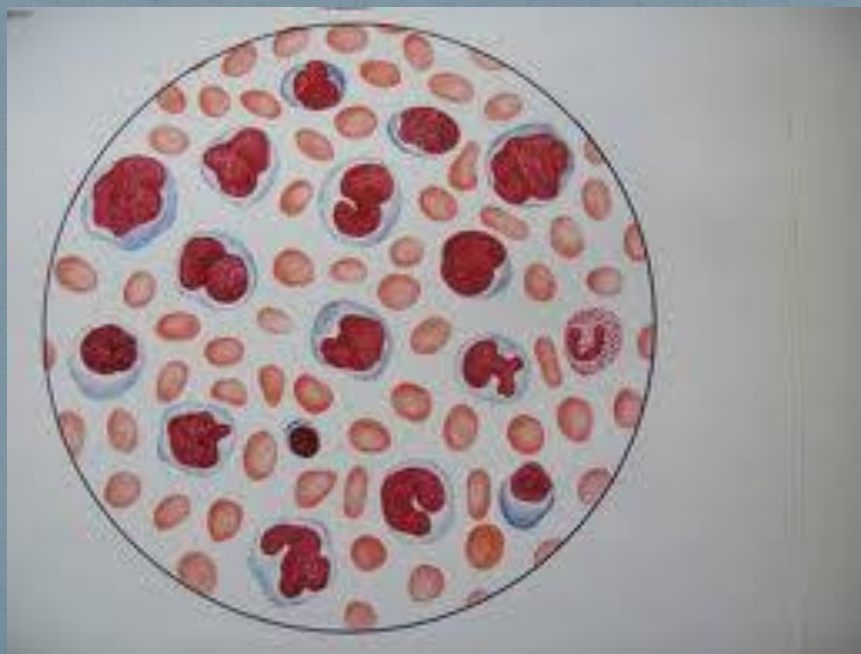
n - переливання еритромаси (відмиті, розморожені еритроцити)

n - при геморагічному синдромі - переливання концентрату тромбоцитів при запальних процесах – антибіотики, спленектомія.

n - трансплантація кісткового мозку - при неефективності консервативної терапії

ЛЕЙКОЗ

Серед всіх захворювань крові на частку лейкозів у людей геріатричного віку припадає до 55%. Найчастіше зустрічаються хр. лімфолейкоз, хр. моноцитарний лейкоз, хр. мієлолейкоз та гострий лейкоз.



Хронічний лімфолейкоз

§ Це доброякісна пухлина лімфоїдної тканини.

Хворіють переважно чоловіки похилого віку.

Перебіг доброякісний, в меншому числі випадків - злоякісний.

Клініка

§ - збільшення в розмірах лімфовузлів, селезінки, печінки часто лімфоїдна інфільтрація шкіри

§ кров - лейкоцитоз з лімфоцитозом, клітини лейकोлізу Боткіна-Гумпрехта, анемія, тромбоцитопенія

§ - інфекційні ускладнення внаслідок ослаблення імунітету - неповноцінні лімфоцити

§ В перебігу розрізняють 3 стадії: початкова, розгорнута, термінальна



Лікування:

- п Лікування: в початковій ст. - спеціального лікування не проводять. При погіршенні стану - первинно-стимулююча терапія: 1 цитостатик - хлорбутин або циклофосфан.
- п В розгорнутій стадії комбінація цитостатиків - схеми ВАМП, ЦАМП, ЦОП. При великих розмірах лімфовузлів або селезінки - променева терапія.
- п В між курсовому періоді - підтримуюча терапія одним з цитостатиків.
- п При інфекційних ускладненнях антибактеріальна терапія.

ХРОНІЧНИЙ МОНОЦИТАРНИЙ ЛЕЙКОЗ

n Зустрічається переважно в похилому віці. Характеризується гіперплазією кісткового мозку з розростанням клітин моноцитарного ряду.

Клініка:

n - доброякісний перебіг
збільшення селезінки

n - геморагічний синдром

n в крові - моноцити до 20-40%

n - в кістковому мозку поліморфно-
клітинна гіперплазія із збільшенням
кількості клітин моноцитарного ряду

n пізніше приєднується анемія,
тромбоцитопенія

Лікування:

n симптоматичне в початковій і розгорнутій ст. (переливання крові,

n глюкокортикоїди при геморагічному синдромі)

n цитостатики (як при гострому лейкозі) в термінальній ст..