

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Запорізький державний медичний університет**  
**Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб**

## **МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

до практичних занять з навчальної дисципліни  
**«Пропедевтика внутрішньої медицини»**  
для студентів II курсу, спеціальність «**Стоматологія**»  
та викладачів

**Тема 8: «Основні синдроми в гематології. Прояви захворювань крові з боку слизової оболонки ротової порожнини та зубо - щелепної системи»**

Запоріжжя

2020

Затверджено:

на засіданні кафедри загальної практики –  
сімейної медицини  
та внутрішніх хвороб ЗДМУ

протокол № 13.1 від 20 травня 2020 р.

на ЦМК з терапевтичних  
дисциплін ЗДМУ

протокол № 10 від 21 травня 2020 р.

Рецензенти:

**Доценко С. Я.** – д-р мед.наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 3 ЗДМУ;

**Кисельов С.М.** – д-р мед.наук, професор кафедри внутрішніх хвороб 1 ЗДМУ.

Автори:

**Михайловська Н.С.**, д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

**Шершньова О.В.**, к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

**Грицай Г.В.**, к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

**Кулинич Т.О.**, к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

**Лісова О.О.**, к.мед.н., асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

**Стецюк І.О.**, асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ.

Методичні рекомендації складені відповідно до робочої програми з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для студентів-стоматологів. Методичні рекомендації мають на меті допомогти студентам підготуватися до практичних занять та краще засвоїти матеріал. Можуть бути використані у навчальному процесі студентів-стоматологів при вивченні дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини».

## **Тема 8. Основні синдроми в гематології. Прояви захворювань крові з боку слизової оболонки ротової порожнини та зубо - щелепної системи**

### **I. Актуальність теми:**

Патологія системи крові включає велику групу різноманітних захворювань. Проте найбільше значення мають анемії, пухлинні хвороби (гемобластози), тромбоцитопенії та тромбоцитопатії.

Хвороби крові зазвичай включають порушення одного або кількох компонентів системи крові, а саме:

- Анемії - зниження рівня гемоглобіну
- Порушення синтезу і функції білих кров'яних клітин - лейкоцитів
- Порушення згортання крові

**II. Загальна мета:** демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та вміння застосовувати їх при огляді хворої людини, вміти проводити розпит та загальний огляд хворих з патологією системи крові, знати методи дослідження і семіотику системи крові, фізикальні методи дослідження, вміти проводити огляд та опитування пацієнта, ознайомитись з лабораторними та інструментальні методами дослідження, знати прояви захворювань крові з боку слизової оболонки ротової порожнини та зубощелепної системи.

### **III. Кінцеві цілі:**

#### **Студенти повинні:**

- Продемонструвати здібність діагностувати та представляти план лікування найбільш частих станів в гематології.
- Продемонструвати здібність застосовувати діагностичні методи, що допомагають у прийнятті рішення (плану лікування) по веденню різних захворювань, що зустрічаються в гематології.
- Знати основні класи препаратів, що застосовуються у клініці гематолога, показати здібність застосувати відповідні клініко-фармакологічні принципи для ведення пацієнтів з найбільш частими станами в гематології.
- Продемонструвати здібність проводити фокусований медичний огляд та націлене фізикальне обстеження відповідно ведучим скаргам пацієнта та історії захворювання.
- Показати здібність складати історії хвороби та проводити фізикальний огляд в умовах стаціонару.
- Застосовувати на практиці стандарти діагностики та лікування хворих з гематологічними захворюваннями.
- Вміти оцінювати вплив стоматологічної патології та захворювань зубощелепної системи на виникнення і перебіг гематологічних захворювань.

- Визначитись у ролі та місці лікаря-стоматолога в профілактиці гематологічних захворювань.

#### **IV. Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня знань:**

1. До симптомів анемії належать:
  - A. задишка, блідість;
  - B. кровоточивість, болі в кістках;
  - C. збільшення селезінки, лімфатичних вузлів.
2. Підвищення рівня ретикулоцитів в крові характерно для:
  - A. хронічної крововтрати;
  - B. апластичної анемії;
  - C. **B12 - фолієводефіцитної анемії;**
  - D. сидероахрестической анемії.
3. Ознаками дефіциту заліза є:
  - A. **випадіння волосся;**
  - B. істеричність
  - C. збільшення печінки;
  - D. парестезії
4. Запідозрити холодове агглютининову хворобу можна за наявності:
  - A. **синдрому Рейно;**
  - B. помірної анемії;
  - C. зниженою ШОЕ;
  - D. I групи крові.
5. Сфероцитоз еритроцитів:
  - A. **зустрічається при хворобі Мінковського-Шоффара;**
  - B. характерний для B12-дефіцитної анемії;
  - C. є ознакою внутрішньосудинного гемолізу.
6. Гіпохромна анемія:
  - A. може бути тільки залізодефіцитної;
  - B. **виникає при порушенні синтезу порфіринів.**
7. Гипорегенераторний характер анемії вказує на:
  - A. спадковий сфероцитоз;
  - B. **аплазії кровотворення;**
  - C. недолік заліза в організмі;
  - D. аутоімунний гемоліз.

8. У хворого є панцитопенія, підвищення рівня білірубіну і збільшення селезінки. Ви можете припустити:

- A. спадковий сфероцитоз;
- B. талассемию;
- C. B12-дефіцитну анемію;
- D. хвороба Маркиавы-Мейкелли;
- E. аутоімунну панцитопенію.**

9. Клінічними проявами фолієводефіцитної анемії є:

- A. запаморочення;**
- B. парестезії;
- C. ознаки фунікулярного мієлозу.

10. Внутрішньосудинний гемоліз

- A. ніколи не відбувається в нормі;
- B. характеризується підвищенням рівня непрямого білірубіну;
- C. характеризується гемоглобинурією.**

11. Анурія і ниркова недостатність при гемолітичній анемії:

- A. не виникають ніколи;
- B. виникають тільки при гемолітико-уремическом синдромі;
- C. виникають завжди;
- D. характерні для внутрішньоклітинного гемолізу;
- E. характерні для внутрішньосудинного гемолізу.**

12. Результат еритремії:

- A. хронічний лімфолейкоз;
- B. хронічний мієлолейкоз;**
- C. агран
- D. улоцитоз;
- E. нічого з перерахованого.

#### **V. Практична робота – види та завдання:**

1. Опитування
2. Огляд
3. Опанувати основні клінічні синдроми в гематології
4. Засвоїти основні методи дослідження в гематології

#### **VI. Зміст теми**

##### **Анемічний синдром**

Анемія - стан, що характеризується зниженням вмісту гемоглобіну і / або еритроцитів в одиниці об'єму крові. Анемічний синдром зустрічається при всіх анеміях залізодефіцитна, B12-фолієводефіцитна, апластична), при гемобластозах. Скарги, загальний стан пацієнта і зміни в ротовій порожнині

залежать від ступеня анемії, загального стану хворого та наявності інших захворювань. Найбільш характерні ураження відзначаються при залізо-і В12-фолієводефіцитній анемії і будуть розглянуті у відповідних розділах.

Скарги: загальна слабкість, запаморочення, дзвін у вухах, зниження уваги і пам'яті, виражена сонливість, потемніння в очах, дратівливість, непритомність. У пацієнта відзначається блідість шкірних покривів; слизової оболонки ротової порожнини (СОРП) і кон'юнктив. діагностика: в загальному аналізі крові відзначається зниження рівня еритроцитів, гемоглобіну. ШОЕ не перевищує 30 мм / ч. Зазвичай кількість лейкоцитів, тромбоцитів, лейкоцитарна формула не змінюються.

### **Сідеропенічний синдром**

Сідеропенічний синдром (гіпосідероз) зустрічається при залізодефіцитній анемії. При дефіциті заліза виникають трофічні зміни, знижуються регенеративні процеси шкіри і слизових оболонок. Скарги: зниження смакових відчуттів, апетиту, порушення нюху, печіння язика, сухість у роті. Можливі скарги на стан «піку хлоратіка» бажання (іноді непереборного) є неїстівні продукти (крейда, деревне вугілля, земля, сухі крупи, крохмаль) і вдихати запах фарб, бензину, свіжої побілки або вихлопних газів з машин.

При зовнішньому огляді пацієнта звертають увагу на трофічні розлади шкіри (сухість); стан нігтів (тонкі, ламкі, увігнуті з поперечною смугастістю койлоніхія). Волосся також стають тонкими і ламкими. При огляді ротової порожнини спостерігаються сухість, атрофічні зміни слизової мови, згладжування сосочків і набряклість. У більш важких випадках виникають ділянки почервоніння неправильної форми, тріщини на кінчику і бічних поверхнях язика, кутах рота (ангулярний хейліт). Атрофічний процес може захоплювати слизову інших відділів ротової порожнини. Під час їжі хворі можуть відчувати утруднення при ковтанні (дисфагію). При тривалому перебігу можлива підвищена стертість зубів.

Діагностика:

1. Загальний аналіз крові (ОАК):

- Гіпохромна анемія: колірний показник нижче 0,8. Середнє з-тримання гемоглобіну в еритроцитах (МСН) нижче 27 пг (норма 27-32 пг);
- Мікроцитоз: середній обсяг еритроцита (МСV) менше 80 мкм 'при нормі 80-100 мкм';
- Анизо-і поікілоцитоз.

2. Біохімічний аналіз крові (ВАК):

- Загальна залізовв'язуюча здатність сироватки крові (ОЖСС): дефіцит заліза проявляється при показнику більше 70 мкмоль/л (норма 44,8-70,0 мкмоль/л);
- Сироваткове залізо знижується (норма для жінок 11,5-30,4 ммоль / л, для чоловіків 3,0-31,4 ммоль / л);
- Феритин сироватки крові (норма для жінок 10-100 нг / мл, для чоловіків 30-200 нг / мл) При дефіциті заліза феритин у жінок нижче 10 нг / мл, у чоловіків 30 нг / мл.

3. Кількість лейкоцитів і тромбоцитів, лейкоцитарна формула не змінюються.

### **Синдром фунікулярного мієлоза**

При дефіциті вітаміну В12 і фолієвої кислоти (анемії Аддісона-Бірмера) в організмі відбувається поразка периферичних нервів (задні і бічні стовпи спинного мозку). Ці порушення обумовлені надлишковим вмістом метилмалонової кислоти, оскільки вона не переходить в бурштинову кислоту в зв'язку з відсутністю коферменту вітаміну В 7-дезоксаденозилкобаламін. Нервово-трофічні розлади призводять до дегенеративно-запальних процесів. У зв'язку з цим синдром характеризується вираженою стоматологічною та неврологічною симптоматикою.

Скарги: біль і печіння мови, інших ділянок слизової рота, порушення смаку. Ці скарги є першими симптомами захворювання і виникають значно раніше інших прояві. Клінічно фунікулярний мієлоз проявляється парестезіями, зниженням глибокої і вібраційної чутливості, порушенням координації рухів, у тому числі в щелепно-лицьової області. Ранні прояви характеризуються отдутценієм «зіблення» або «хвилювання» в мові. Потім можлива його фібриляція (посмикування) і крайова атрофія м'язів. Можливо провисання м'якого піднебіння, в результаті чого виникає гугнявий голосу. Позніше з'являються фібриляції м'язів шиї і плечового пояса. У легких випадках хворі відзначають оніміння кінцівок, у важчих порушується хода, не зберігається рівновага.

Дуже характерний для В12-дефіцитної анемії яскраво-червоний блискучий, гладкий (через різку атрофії сосочків), як би полірований мову глосит Гунтера-Меллера. Менш виражені запально-атрофічні зміни спостерігаються на інших ділянках слизової оболонки ротової порожнини і глотки. Слизова бліда, з жовтяничним відтінком. Іноді бувають точкові крововиливи. Ясенні сосочки запалені, кровоточать.

Діагностика:

1. Гіперхромні анемія (кольоровий показник більше 1,1):
  - MCV до 160 мкм<sup>3</sup> (норма 80-100 мкм<sup>3</sup>);
  - MCH 33 пг (норма 27-32 иг);
  - В макроцитах зустрічаються тільця Жолі, кільця Кебота; лейкопенія (в межах (1,5-3) 10<sup>9</sup> /л);
  - Помірна тромбоцитопенія;
  - Рівень ретикулоцитів різко знижений (менше 0,5% аж до нуля).
2. БАК: - гіпербілірубінемія за рахунок непрямого (некон'югованого, незв'язаного) білірубіну (норма 8,55-20,52 ммоль / л).
3. Кістковий мозок: виявляються мегалобласти різного ступеня зрілості. Дослідження кісткового мозку є вирішальним в діагностиці, тому досліджувати мієлограми треба до введення вітаміну В-12.

### **Синдром жовтяниці**

Інтенсивність жовтяниці залежить від ступеня гіпербілірубінемії. Зазвичай наявність цього синдрому не викликає скарг пацієнта, але якщо

жовтяниця є проявом анемії В12-фолієводефіцитної, гемолітичної або апластичної, то тоді можливо поява скарг. При огляді пацієнта звертають увагу на колір шкіри, склер та слизової оболонки порожнини рота, які набувають жовтяничний відтінок.

Симптоми В12-фолієводефіцитної анемії описані у синдромі фунікулярного мієлозу. При гемолітичній анемії (спадковий мікросфероцитоз) з маніфестацією захворювання в ранньому дитячому віці відзначається порушення кісткоутворення, що проявляється «баштовим черепом», «готичним небом», неправильним розташуванням зубів. При апластичній анемії (виснаженні функції кісткового мозку) на жовтушню (блідою) слизовій оболонці в різних ділянках спостерігаються крововиливи, часто відзначається виражена десквамація сосочків мови, кровоточивість ясен, нерідкі ускладнення у вигляді виразково-некротичного стоматиту.

Діагностика:

1. ОАК: наявність в еритроцитах кілець Кебота і тілець Жолі властиво дефіцитної по вітаміну В12 анемії, при якій також може бути гемолітичний компонент. Для гемолітичної анемії спадкового гемолізу характерний ретикульоз, присутність мікросфероцитарної еритроцитів (діаметр до 6 мкм). При наявності мікросфероцитів визначають осмотичну резистентність еритроцитів, яка при спадковому гемолізі знижена (проба Кумбса). При апластичній анемії оцінюють також показники гемоглобіну, еритроцитів, ШОЕ, кількість лейкоцитів, тромбоцитів.
2. БАК: досліджують білірубін і його фракції. Підвищення рівня непрямого білірубину призводить до гемолізу, а підвищення показників прямої фракції білірубину характерно для ураження паренхіми печінки.

### **Плеторичний синдром**

Плетора (загальне повнокров'я) збільшення об'єму циркулюючої крові. При даному стані відбуваються також зміни в показниках червоної крові (збільшення кількості еритроцитів, гематокриту, зростання рівня гемоглобіну). Цей синдром зустрічається при первинних еритроцитоз (істинна поліцитемія, або хвороба Вакеза), а також при вторинних еритроцитоз (хронічної обструктивної хвороби легень, полікістоз нирок, гіпернефротідном раку, реноваскулярної гіпертонії).

Скарги на парестезію слизової оболонки рота, головний біль, шум у вухах, відчуття жару в тілі, припливи до голови, відчуття печіння в пальцях рук і ніг, свербіж шкіри, що посилюється після гігієнічної ванни, погану переносимість спеки. Можливі скарги на біль в кістках, суглобах. При огляді пацієнта особа гіпереміровано, вишнево - червоного кольору, судини склер ін'єктовані, мова синюшно-червоний. Відзначається симптом Купермана: різкий ціаноз м'якого піднебіння і бліда забарвлення слизової оболонки твердого піднебіння.

Діагностика:

1. ОАК:



- Ознаки панцітоза: еритроцити в межах (6,0-3,0)  $10^9$  / л; гемоглобін 170-220 г / л; лейкоцити (9 - 12)  $10^9$  / л; тромбоцити --- (400-600)  $10^9$  / л; гематокрит 60-80%.

2. Кістковий мозок: мієлограма реєструє гіперплазію трек ро-стков кровотворення.

### **Гіперпластичний синдром**

У гематологічній практиці цей синдром зустрічається при гемобластозах (гострий і хронічний лейкози). Слід зазначити, що загальна симптоматика і характер місцевих проявів залежать від форми і ступеня тяжкості захворювання. Так, клінічні прояви синдрому відрізняються великою різноманітністю: від гіперплазії лімфовузлів, ясен, мигдаликів, слизової до поєднання з виразково-некротичними ураженнями, особливо в ротовій порожнині.

Скарги: нездужання, втомлюваність, збільшення лімфовузлів, болі в слизовій порожнині рота, кровоточивість ясен, неможливість прийому їжі через болі, запах з рота, біль в інтактних зубах, костях, підвищення температури до 37,5-40 ° С з ознобами. Характерною ознакою є збільшення лімфовузлів. Вони спочатку невеликих розмірів, потім стають досить відчутними для хворого. Їх збільшення починається з якої-небудь однієї групи (частіше шийних) з одного або з двох сторін. Далі залучаються сусідні групи надключичні, пахвові. При пальпації вони м'які, безболісні, не спаяні з шкірою. При хронічному лімфолейкозі навіть значно збільшені лімфовузли не приносять занепокоєння хворому. Вони дуже щільні, рухливі, не спаяні між собою і оточуючими тканинами. На шкірі хворих на гострий лейкоз іноді виникають червонувато-синюваті пляшки (лейкеміди). Шкірні покриви бліді. Для цієї форми гемобластоза характерні: раптовість початку захворювання, різке погіршення загального стану, швидке прогресування гіперплазії, наростання кровоточивості ясен, поєднання гіперплазії з виразково-некротичними змінами, а також лімфаденіт.

При стоматологічному обстеженні виявляється виражена гіперплазія ясен, при якій ясенні сосочки у вигляді величезних поліпів можуть перекидатися коронки зубів, перешкоджаючи закриттю рота. Це стан пов'язаний з лейкоемічної інфільтрацією тканин. На слизовій відзначають крововиливи (петехії, геморагії). Можливий некроз слизової оболонки рота і горла. Некротичні поверхні покриті важко видаляється нальотом, під яким виявляються тривало кровоточать ерозії і виразки.

Некроз може швидко поширюватися, захоплювати всі верстви слизової. Іноді в процес включаються кісткові структури. Запалення навколо вогнища некрозу не виражено. Виразково-некротичні ураження покриті брудно-сірим смердючим нальотом. Виникає різка болючість при розмові, прийомі їжі. Гіперсалівація може змінитися зменшенням слини.

Діагностика:

1. ОАК:

- Анемія різного ступеня тяжкості;
  - Тромбоцитопенія різного ступеня тяжкості;
  - Лейкопенія (алейкемічна форма);
  - Лейкоцитоз (лейкемическая форма);
  - При гострому лейкозі в 90% випадків виявляються бластні клітки;
  - При хронічному мієлолейкозі відзначається лімфоцитоз, в мазку клітини Боткіна-Гумпрехта.
2. Для верифікації діагнозу проводять стерильну пункцію.

### **Геморагічний синдром**

Геморагічний синдром патологічна кровоточивість, що характеризується внутрішніми і зовнішніми кровотечами, виникненням крововиливів. Синдром розвивається при гемобластозах в результаті порушень в тромбоцитарному ланці. Він зустрічається у 50-64% хворих і визначає прогноз захворювання. Клінічні прояви геморагічного синдрому можуть бути різними: від мелкоточечних геморагій до обширних гематом і профузних кровотеч. Крайнім проявом синдрому є різного ступеня вираженості кровотечі (з ясен, шлунково-кишкового тракту, носові, маткові).

Скарги: кровоточивість ясен з лунки видаленого зуба, поява геморагічних петехій на слизових і синців на тілі, слабкість, сонливість, головні болі, болючість деяких суглобів, неможливість активних рухів, у тому числі скронево-нижньощелепного суглоба. При огляді шкіри реєструються дрібноточечні, дрібнопятністі крововиливи і синці різних розмірів. Слизова бліда, пастозна, легко ранима, ясенні сосочки кровоточать. Крововиливи частіше спостерігаються в місцях підвищеної травматизації слизової (по лінії змикання зубів, небі, мові).

Діагностика:

1. ОАК: тромбоцитопенія різного ступеня вираженості (важкий - тромбоцитів менше  $50 \cdot 10^9$  л).
2. Час згортання крові збільшується. Нормальний показник часу згортання крові по Лі-Уайту при кімнатній температурі складає 5-11 хв.
3. Коагулограма з показниками факторів згортання:
  - Активізовану часткове тромбопластичний час (АЧТЧ) більше 50 с, (норма 25 - 35 с).
  - Міжнародне нормалізувати отногттеніє (МНО) > 2, (норма 0,7-1,1);
  - Тромбіновий час > 20 (норма 14-16 с);
  - Фібриноген < 1 г/л.

### **Інфекційно-токсичний синдром**

Інфекційно-токсичний синдром може бути обумовлений лейкемічним, інфекційним або онкологічним процесом в організмі. При захворюваннях крові цей синдром зустрічається при всіх гемобластозах гострому лейкозі, хронічному лімфолейкозі і мієлолейкозі. У практиці лікаря зустрічаються різні ситуації, коли йому необхідно встановити генез інтоксикації.

Найчастіше можливі варіанти, коли до стоматолога звертається пацієнт з клінічними проявами та без клінічних проявів інтоксикації (маскована інтоксикація). Слід зазначити, що в обох випадках можливі діагностичні помилки, пов'язані в першому випадку з тим, що лікар ознаки інтоксикації у пацієнта (підвищення температури тіла, загальне нездужання, біль у ротовій порожнині і глотці) розцінює, як «банальну» інфекцію, у другому випадку як прояви стоматологічних захворювань (стоматит, періодонтит).

Лікарю важливо пам'ятати, що характер скарг, загальне стану пацієнта і стоматологічна симптоматика залежать від ступеня тяжкості наявного захворювання та вираженості інтоксикації. Так, наприклад, пацієнт може не говорити про скарги, пов'язаних з інтоксикацією, які можуть бути не специфічними для інтоксикації (кровоточивість ясен, рецидив стоматиту, різні ускладнення після стоматологічних втручань); іноді скарги можуть відповідати ознакам інфекційно-токсичного синдрому. І МРІ огляді ротової порожнини у пацієнта може не виявитися гематологічний синдром (анемічний, геморагічний, гіперпластичний). Зміни можуть відповідати «типовою» клініці гінгівіту або періодонтиту, що розцінюється стоматологом, як запалення тканин ясен, викликане періодонтопатогенами. Наявність ерозивно-виразкових уражень (стоматит, глосит) лікар пов'язує з герпетичною, кандидозною і іншою інфекцією.

У зв'язку з вищевикладеним стоматолога слід пам'ятати, що після нормалізації гігієни при тривалому запальному процесі в тканинах періодонта, наполегливому перебігу стоматиту або його частих рецидивах, а також за відсутності ефекту від проведеного лікування необхідно більш ретельно обстежити пацієнта для виключення у нього захворювань кро-ви. Це дозволить уникнути помилок в діагностиці та подальшу тактику лікування таких хворих.

Діагностика:

1. ОАК: для підтвердження гемобластоza інформативними є зміни в лейкоцитарній формулі (наявність бластних клітин, зсув лейкоцитарної формули до юних клітин), що дозволяє лікарю диференціювати генез інтоксикаційного синдрому.
2. Стернальної пункція дозволяє уточнити діагноз гемобластоza.

## **VII. Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань:**

1. Еритремію відрізняє від еритроцитозу:
  - A. наявність тромбоцитопенії;
  - B. підвищення вмісту лужної фосфатази в нейтрофілах;**
  - C. збільшення абсолютного числа базофілів.
2. Хронічний мієлолейкоз:
  - A. виникає у хворих на гострий мієлобластний лейкоз;
  - B. відноситься до мієлопроліферативних захворювань;**

- С. характеризується панцитопенією.
3. Філадельфійська хромосома у хворих з лейкозом:
- А. обов'язковий ознака захворювання;
  - В. визначається тільки в клітинах гранулоцитарного ряду;
  - С. визначається в клітинах-попередниках мегакариоцитарного паростка.**
4. Лікування сублейкемічного мієлозу:
- А. починається відразу після встановлення діагнозу;
  - В. застосовуються цитостатики в комплексі з преднізолоном;**
  - С. обов'язково проведення променевої терапії;
  - Д. спленектомія не показана.
5. Хронічний лімфолейкоз:
- А. найпоширеніший вид гемобластоza;
  - В. характеризується доброякісним перебігом;**
  - С. виникає в старшому і похилому віці, у багатьох випадках не вимагає цитостатичної терапії.
6. Для якої форми хронічного лімфолейкозу характерно значне збільшення лімфатичних вузлів при невисокому лейкоцитозі?
- А. спленомегаличеської;
  - В. класичної;
  - С. доброякісної;
  - Д. костномозгової;
  - Е. пухлинної.**
7. Які ускладнення характерні для хронічного лімфолейкозу?
- А. тромботичні;
  - В. інфекційні;**
  - С. кровотечі.
8. Якщо у хворого добова протеїнурія понад 3,5 м, визначається білок Бенс-Джонса, гіперпротеїнемія, то слід думати про:
- А. нефротичний синдром;
  - В. мієломну хворобу;**
  - С. макроглобулінемія Вальденстрема.
9. Синдром підвищеної в'язкості при мієломній хвороби характеризується:
- А. кровоточивістю слизових оболонок;**
  - В. протеїнурією;
  - С. дисліпідемією.
10. Гіперкальціємія при мієломній хвороби:

- А. пов'язана з мієломним остеолізом;**
- В. зменшується при азотемії;
- С. не чинить ушкоджуючої дії на тубулярний апарат нирки.

11. При лімфогранулематозі:

- А. уражаються тільки лімфатичні вузли;
- В. рано виникає лімфоцитопенія;
- С. у біоптатах визначають клітини Березовського-Штернберга.**

## **ПРИКЛАДИ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ**

**Задача 1.** У хворої Г, 75-ти років з анемією порушена хода, різко знижені колінні і ахіллові рефлекси, порушена функція сечового міхура. При огляді виявлено певну жовтушність шкірних покривів, язик гладенький, блискучий ("лакований" язик).

- А. Про яку анемію слід думати? Як називають описані ураження нервової системи?
- Б. Який колірний показник буде в аналізі крові?

**Розв'язання ситуаційної задачі:**

- А. В 12-дефіцитна анемія. Фунікулярний мієлоз
- Б. Колірний показник більше 1,05.

**Задача 2.** Хворий Є., 58 років. Випадково в аналізі крові було виявлено: лейкоцитів  $12 \times 10^9/\text{л}$ , мієлоцитів 6%, метамієлоцитів 10%, паличкоядерних 22%, сегментоядерних 40%, еозинофілів 13%, базофілів 8%, моноцитів 1%, еритроцитів  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобін 100 г/л, тромбоцитів  $160 \times 10^9/\text{л}$ .

- А. Попередній діагноз?
- Б. Які показники в ЗАК вказують на попередній діагноз?
- В. Який метод може підтвердити попередній діагноз?

**Розв'язання ситуаційної задачі:**

- А. Хронічний мієлолейкоз.
- Б. Зсув лейкоцитарної формули вліво, еозинофільно-базофільна асоціація.

В. Стернальна пункція.

## **РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна (базова)**

1. Михайловська Н.С. Основи внутрішньої медицини / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Г.В. Грицай, О.О. Лісова, Т.О.Кулинич // Електронний навчально-методичний комплекс з основ внутрішньої медицини для студентів 2, 3, 4 курсів, спеціальності 221 «Стоматологія». - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017).
2. Михайловська Н.С. Основні методи обстеження хворих в клініці внутрішніх хвороб. Симптоми та синдроми при захворюваннях внутрішніх органів. Модуль 1» / Н.С. Михайловська, Т.В. Олійник // Збірник тестових завдань для підсумкового контролю знань студентів 2 курсу III мед. факультету, спеціальність «Стоматологія» за програмою навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини». - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 1 від 28.09.2017). –119 с.
3. Архій Е.Й., Москаль О.М., Сірчак Є.С., Коваль В.Ю., Дербак М.А. Розумик Н.В. Навчальний посібник. “Пропедевтика внутрішніх хвороб. Практикум. в 3-х ч.”: В-во Говерла.-Ужгород. - 2017. - 554 с.
4. Михайловская Н.С. Практикум по дисциплине «Пропедевтика внутренней медицины» для студентов – иностранных граждан 2 курса, специальность «Стоматология» / Н.С. Михайловская, О.А. Лисовая. - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017). –72 с.
5. Михайловська Н.С. Практикум / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова // Практикум з навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для студентів II курсу спеціальності 7.12010005 «Стоматологія» на пряму підготовки 1201 «Медицина». – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 10.03.2016). – 78 с.
6. Пропедевтика внутрішньої медицини: національний підручник / К.О. Бобкович, Є.І. Дзись, В.М. Жебель, Р.І. Ільницький, та співав. за ред. проф. М.С. Расіна. – Вінниця: Нова Книга, 2014. – 208 с.

### Допоміжна

1. Москаленко В. Ф. Пропедевтика внутрішньої медицини: загальна семіотика і діагностика. - Київ: «Книга плюс», 2007. – 632 с.
2. Амосов В. Пропедевтика внутренних болезней. Учебник для медицинских вузов, 2015. – 477 с.
3. Лис М.А. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие для студентов лечебного факультета. - Гродно: ГрГМУ, 2011. – 360с.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими /За заг. ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль:Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
5. Банченко Г.В., Ю.М. Максимовський, В.М. Гришин. //Язык – «зеркало» организма. – М., 2000. с.218 -306.
6. Дзяк Г.В. Основи обстеження хворого та схема історії хвороби: довідник / Г.В. Дзяк, В.З. Нетяженко, Т.А. Хомазюк та ін. //Дн-ск : Арт-прес – 2002 р.
7. Ослопова В.Н. Общий уход в терапевтической клинике / под ред. В.Н. Ослопова // М.: МЕДпресс-информ – 2002 р.

8. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І.Децик, О.Г. Яворський, Р.Я. Дутка та ін.; за ред. проф. О.Г. Яворського. 3-є вид., виправл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2013.- 552 с. + 12с. кольор. вкл.