**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Харківський національний медичний університет**

**ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ АНЕМІЯХ. ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ**

*Методичні вказівки до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації*

Рекомендовано

Вченою радою ХНМУ.

Протокол №\_\_ від \_ 2018 р.

Харків

ХНМУ

2018

Основні симптоми та синдроми при анеміях. Основні симптоми та синдроми при лейкозах: Метод. указ. до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів за спеціальністю «Лабораторна діагностика» та студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації/Уклад.: Т.В. Ащеулова, Н.І. Питецька. - Харків: ХНМУ, 2016. - 16 с.

Укладач: Т.В. Ащеулова

Н.І. Питецька

**ОСНОВНІ СИМПТОМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ КРОВІ**

Для виявлення характерних симптомів при захворюваннях крові, поряд з лабораторно-інструментальними методами, використовують клінічні методи дослідження.

**Розпит**

Під час розпиту хворих із захворюваннями кровотворних органів необхідно пам'ятати, що характерні скарги, як правило, відсутні. Зазвичай вони носять загальний характер і характеризуютьтся симптомами порушення функції різних органів і систем, у зв'язку з порушенням процесів окислення, харчування і кровообігу.

*З боку загального самопочуття* можуть відзначатися*:* загальна слабкість, втомлюваність, зниження працездатності, підвищення температури тіла, пітливість, зміна маси тіла (частіше зниження, аж до кахексії), шкірна сверблячка.

*З боку центральної нервової системи* можуть відзначатися*:* головний біль, запаморочення, «шум у вухах», «мерехтіння мурашок» перед очами, сонливість, непритомність, відчуття оніміння й слабкості в кінцівках.

*З боку дихальної системи:* біль у горлі, біль у грудній клітці (обумовлений стисканням органів грудної клітки збільшеними лімфатичними вузлами середостіння), задишка, кашель.

*З боку серцево-судинної системи:* біль у ділянці серця, серцебиття, задишка, набряки.

*З боку травної системи:* зниження апетиту, спотворення смаку, почуття печіння на кінчику і по краях язика, біль в язиці при вживанні кислої, гострої, пряної їжі, диспепсичні явища, порушення випорожнення (схильність до закрепів, проносів).

*З боку сечовидільної системи:* біль у поперековій ділянці, обумовлений нічними гемолітичними кризами, зміна кольору сечі (темна, червона).

*З боку опорно-рухової системи:* біль у кістках, суглобах, патологічні переломи кісток.

**Анамнез**

*Особливості анамнезу захворювання:*

- можливий зв'язок захворювання з попередніми переливаннями крові, незбалансованим харчуванням, гострою й хронічною інтоксикацією (ртуть, свинець) іонізуючою радіацією, кровотечею;

- можливо хвилеподібний перебіг із сезонною періодичністю (рецидиви в осінньо-весняний період);

- має значення попереднє лікування й проведені раніше пункції кісткового мозку, лімфатичних вузлів.

*Особливості анамнезу життя:*

- неповноцінне харчування з недоліком вітамінів і продуктів, що містять залізо;

- спадкові впливи;

- умови праці (гострі й хронічні інтоксикації);

- незадовільні житлово-побутові умови;

- наявність кровотеч (тривалі, повторні, приховані);

- інфекційні захворювання (сифіліс, малярія, туберкульоз), глистні інвазії;

- новотворення;

- хронічні захворювання печінки й нирок;

- медикаментозна інтоксикація (пірамідон, бутадіон, левоміцитин, сульфаніламідні препарати, цитостатики);

- променева терапія.

**Об'єктивне дослідження**

Необхідно оцінити:

- загальний стан, свідомість, положення хворого;

- конституціональні особливості;

- зміни з боку шкіри: блідість різних відтінків (анемії різного походження), гіперемія (поліцитемія), жовтяничність (гемолітична анемія), наявність лейкемічних інфільтратів (лейкемід);

– зміни нігтів: відзначається ламкість і нерівність нігтів: нігті стоншені, пласкі або ввігнуті, ложкоподібні (койлоніхії), мають борозни й вдавления, тріщини (залізодефіцитні анемії), трофічні порушення нігтів (еритремія), раннє посивіння й випадання волосся (В12 – дефіцитна анемія);

- зміни форми черепа: "баштовий череп" мочки, що приросли до вух – уроджені гемолітичні анемії (хвороба Мінковского-Шоффара);

- зміни при огляді порожнини рота й зіву: дозволяє виявити різке почервоніння країв і кінчика язика, іноді із дрібними ерозіями й пухирцями; гладкий, блискучий зі згладженими сосочками язик (перніціозна анемія), атрофію сосочков, тріщини на кінчику язика й по краях, ділянки почервоніння неправильної форми – «географічний язик» (залізодефіцитна анемія);

- мимовільні крововиливи в шкірі й кровотечі зі слизових оболонок – петехії, пурпуру (геморагічні діатези), запальні, некротичні й гангренозні ураження слизової щік, м'якого неба, рідше язика й носа, виникненням гнильного, смердючого запаху з рота (гострі лейкози, агранулоцитоз);

- набряклість шкіри й підшкірної клітковини (анемії);

- збільшення лімфатичних вузлів, печінки й селезінки (системні ураження кровотворних органів).

**ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ СИНДРОМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ КРОВІ**

**Анемічний синдром**

Анемічний синдром включає загальні ознаки, обумовлені гіпоксією й циркуляторними порушеннями, а також специфічні симптоми, в основі розвитку яких лежать патогенетичні особливості того чи іншого виду анемій.

*Хворі скаржаться:* назапаморочення, шум у вухах, головний біль, непритомність, мерехтіння “мурашок” перед очами, “нестачу повітря”, серцебиття, біль у серці, безсоння, дратівливість, зниження пам'яті, слабість у м'язах, швидку втомлюваність.

*При об'єктивнім обстеженні відзначається*: блідість шкірних покривів, збільшенні частоти дихальлних рухів і серцевих скорочень, зміщення меж відносної тупості серця, систолічний шум над усіма точками аускультації серця, шум “дзиґи” над крупними венами, пастозність обличчя й нижніх кінцівок.

**Неврологічний синдром**

Неврологічний синдром при захворюваннях крові має специфічні прояви, які властиві певній формі анемії або гемобластоза. Однак частіше спостерігаються неспецифічні зміни, викликані здавленням нервових структур і циркуляторним порушенням при розвитку тромбозів. Можлива інтоксикація центральної нервової системи з перевагою загальномозкових симптомів і психічних порушень, внаслідок накопичення продуктів білкового розпаду, що відзначається зазвичай на тлі генералізації процесу в термінальній стадії.

**Синдром лихоманки**

Синдром лихоманки, обумовлений пірогенною дією продуктів масивного розпаду еритроцитів (гемолітична анемія, гострий лейкоз) і лейкоцитів (гострий і хронічний лейкоз). Ступінь підвищення температури тіла і тип лихоманки властиві певним захворюванням крові.

**Інтоксикаційний синдром**

Інтоксикаційний синдром проявляється слабкістю, пітливістю, схудненням, зниженням апетиту. *Загальна слабкість* відзначається у всіх гематологічних хворих при гострому перебігу процесу й у розгорнутій стадії захворювання при хронічних гемобластозах. *Пітливість* є частим симптомом при лімфогранулематозі. Значна *втрата маси тіла*, аж до *кахексії, що* поєднується з *анорексією* характерна для хронічного лейкозу, і, особливо, для лімфогранулематозу (хвороба Ходжкіна).

**Лімфопластичний синдром**

Лімфаденопатія – ранній і частий симптом захворювання крові. Гіперплазія лімфатичних вузлів, як правило, носить генералізований характер, супроводжується збільшенням не тільки зовнішніх лімфовузлів, але й лімфовузлів середостіння, мезентеріальних і заочеревинних. При захворюваннях крові шийні, надключичні, пахвові, пахові лімфовузли збільшуються симетрично, у початковій стадії захворювання вони еластичні й безболісні. При хронічних формах лімфовузли прогресивно збільшуються, стають щільними.

**Компресійний синдром**

*Медіастинальна форма* лімфаденопатії характеризується скаргами на сухий кашель, задишку при навантаженні, біль у грудній клітці, осиплість та втрату голосу. З'являються ознаки здавлення верхньої порожньої вени – набрякання яремних вен, ціаноз, набряклість шиї й обличчя (комір Стокса).

*Абдомінальна форма* лімфаденопатії розвивається при збільшенні мезентеріальних і заочеревинних лімфовузлів і проявляється скаргами на біль у животі, метеоризм, закрепи, що змінюються проносами. Можливий розвиток асциту, непрохідності кишечника. Якщо збільшені лімфовузли біля воріт печінки, виникає здавлення загальної жовчної протоки й розвивається жовтяниця. Збільшені заочеревинні лімфовузли, що локалізуються поблизу хребта, викликають здавлення корінців спинного мозку, що проявляється больовим синдромом і параплегією. Компресійний синдром характерний для лімфопроліферативних захворювань.

**Геморагічний синдром**

Геморагічний синдром проявляється:

– *крововиливами у вигляді пурпури* – фарбування шкіри за рахунок виходу еритроцитів з судин, зазвичай капілярів. Величина крововиливів дуже варіабельна: від дрібних крапкових – петехій до більших, понад 3 мм – экхімозів. Петехії мають яскраво-червоне фарбування, у міру резорбції стають коричневими. Екхімози спочатку бувають пурпурними, через декілька днів, у результаті фагоцитування тканьовими макрофагами колір змінюється до жовто-коричневого. Пурпуру слід диференціювати від судинних аномалій шкіри й алергійному висипу. Геморагічний висип при натисненні на нього покривним склом або скляним шпателем не змінюється;

– *гематомами* – великі характерні крововиливи в підшкірну тканину й міжфасціальні щілини, які пальпуються у вигляді об'ємних утворень. Залежно від стадій резорбції – від свіжих до таких, що розсмоктуються вони змінюють своє фарбування (червоне → вишнево-синє → зелене), що пов'язано з перетвореннями гемоглобіну в білівердін, а надалі – у білірубін. Крововиливи на шкірі й слизових оболонках з'являються при захворюваннях крові спонтанно, під час ін'єкцій або після незначного забиття.

– *субкон’юнктивальними геморагsями й крововиливами* в головний мозок, міокард, очне дно. Ускладненнями цих процесів є порушення функцій різних органів (геміпарези при порушеннях мозкового кровообігу, периферичні паралічі при здавленні гематомами крупних нервових стовбурів, зниження або повна втрата зору).

**Гепатолієнальний синдром**

Збільшення печінки й/або селезінки – частий, а при деяких захворюваннях крові й обов'язкова ознака. *Гепатоспленомегалія* пояснюється мієлоїдною метаплазією печінки й селезінки при хронічному лейкозі, бластною інфільтрацією цих органів при гострому лейкозі, токсичним гепатитом при лімфогранулематозі. Збільшення селезінки у гематологічних хворих виникає в результаті інфільтрації її лейкозними елементами, а також гіперплазії системи фагоцитуючих кліток при гемолітичній анемії, тому що в період гемолітичної кризи селезінка є основним місцем деструкції еритроцитів. *Гепатомегалія* є частим симптомом В12-дефіцитної анемії, гострого лімфобластного лейкозу. Часто, але не обов'язково, збільшення печінки відзначається у хворих на хронічний мієлолейкоз, лімфогранулематоз. *Спленомегалія* – обов'язковий симптом хронічного мієлолейкозу, часто зустрічається при хронічному лімфолейкозі, лімфогранулематозі, еритремії, гострому лімфобластному лейкозі. Помірне збільшення селезінки можливо при В12-дефіцитній анемії.

**Остеоартропатичний синдром**

Остеоартропатичний синдром у гематологічних хворих проявляється болем в кістках (оссалгії), болем у суглобах (артралгії), порушенням функції суглобів з об'єктивними ознаками ураження (артропатії).

**Виразково-некротичний синдром**

Хворі скаржаться на біль у горлі, порожнині рота, порушення ковтання, періодичний біль у животі, рідкі випорожнення, відзначається афтозний стоматит, некротична ангіна, виразкові ураження слизової твердого й м'якого неба, надгортанника, трахеї, ерозивний гастрит, езофагіт і виразково-некротична ентеропатія. З появою зон некрозу в слизовій оболонці шлунка й кишечника розвивається перфорація стінки із залученням у процес очеревини з позитивними симптомами подразнення, м'язового захисту. Найчастіше ці ускладнення розвиваються при гострому лейкозі, у результаті лейкозної бластної інфільтрації слизових оболонок травного тракту, а також внаслідок гранулоцитопенії.

**Синдром вторинного імунодефіциту**

Вторинний імунодефіцит виникає у хворих на гемобластози з вираженою гранулоцитопенією, з порушенням процесів імунорегуляції, у результаті функціональної неповноцінності імунокомпетентних систем.

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

**Завдання 1**

Хвора Н., 53 років, скаржиться на загальну слабкість, поганий апетит, утруднене ковтання, задишку, набряки, відчуття поколювання й оніміння кінчиків пальців рук.

Хворіє близько півроку. При зверненні до поліклініки була виявлена жовтяничність шкірних покривів і збільшення печінки, у зв'язку із чим хвора направлена в інфекційне відділення з підозрою на вірусний гепатит.

Об'єктивне обстеження: стан середньої важкості, виражена блідість шкіри й видимих слизових оболонок з іктеричним відтінком, лімфатичні вузли не збільшені, набряки гомілок. При аускультації легенів – везикулярне дихання, ліва межа відносної тупості серця зміщена вліво на 1,5 см. Тони серця приглушені, систолічний шум над усіма точками вислуховування. Пульс 110 ударів за 1 хвилину, АТ – 90/60 мм рт.ст. Язик яскраво-червоний, «лакований». Печінка на 3,5 см виступає з-під краю реберної дуги, пальпується край селезінки.

Аналіз крові: еритроцити – 2×1012/л; Hb – 70 г/л; КП – 1,2; ретикулоцити – 1 %; тромбоцити – 21×109/л; лейкоцити – 3,9×109/л; еозинофіли – 2 %; палочкоядерні – 4 %; сегментоядерні – 56 %; лімфоцити – 22 %; моноцити – 7 %; ШОЕ – 24 мм/год. Анізо- і пойкілоцитоз, поодинокі дегенеративні форми ертроцитів.

Можливий діагноз?

А. Таласемія

В. Залізодефіцитна анемія

С. Мегалобластна анемія

D. Гемолітична анемія

Е. Сидеробластна анемія

**Завдання 2**

Хвора К., 36 років, скаржиться на швидку втомлюваність, слабкість, непереборне бажання їсти крейду, зубний порошок, глину, утруднене ковтання, ламкість нігтів.

Під час повторної вагітності, 2 роки тому, виявлено зниження гемоглобіну до 82 г/л, вживала препарати заліза. В останній тиждень відзначала двічі несвідомі стани, що змусило хвору звернутися до лікаря.

Об'єктивне обстеження: стан відносно задовільний, шкіра й видимі слизові оболонки бліді, ламкість і зчерченість нігтів, пастозність гомілок. Лімфатичні вузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання, тони серця приглушені, тахікардія (ЧСС до 110 ударів за хвилину), неголосний систолічний шум на верхівці й a.pulmonalis. АТ – 106/ 60 мм рт.ст. Пульс 110 за хвилину. Язик чистий, сосочки згладжені. Живіт м'який, помірно болісний в епігастральній ділянці. Печінка й селезінка не збільшені.

Аналіз крові: еритроцити – 3,2×1012/л; анізоцитоз із переважанням мікроцитоза; Hb – 72 г/л; КП – 0,76; ретикулоцити – 5,2 %; лейкоцити – 4,6×109/л; еозинофіли – 3 %; палочкоядерні – 4 %; сегментоядерні – 62 %; лімфоцити – 24 %; моноцити – 7 %; ШОЕ – 18 мм/год. Сироваткове залізо 7,2 мкмоль/л.

Про яку патологію можна думати?

A. В12, фолієво-дефіцитна анемія

B. Апластична анемія

C. Гемолітична анемія

D. Залізодефіцитна анемія

E. Сидероахрестична (сидеробластна) анемія

**Завдання 3**

Хвора К., 55 років, скаржиться на слабкість, жовтяничність шкіри. Хворіє близько року, коли після перенесеної пневмонії виникла короткочасна жовтяниця й невелике зниження гемоглобіну. Подібних захворювань у родички не відзначає.

Об'єктивне обстеження: шкіра й склери іктеричні, лімфатичні вузли не збільшені. Серцево-судинна система й органі дихання без особливостей. Селезінка біля краю реберної дуги.

Аналіз крові: еритроцити – 3,5×1012/л; Hb – 80 г/л; КП – 1,0; ретикулоцити – 19 %; білірубін непрямий – 63,2 мкмоль/л. Середній діаметр еритроцитів 7,2 мк, товщина еритроцитів – 2 мк, показник сферичності – 3,6. Осмотична резистентність – 0,48. Вміст уробіліну й стеркобіліну збільшений. Ваші діагностичні припущення?

А.Синдром Доната- Ландштейнера

В. Залізодефіцитна анемія

С. Перніціозна анемія

D. Аутоімунна гемолітична анемія

Е. Спадкова гемолітична анемія

**Завдання 4**

Хвора Н., 38 років, скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, запаморочення, поганий апетит, зіпсований смак (пристрасть до крейди). З анамнезу: під час вагітності відзначала зниження гемоглобіну до 84 %, вживала препарати заліза.

Об'єктивне обстеження: стан задовільний, блідість шкірних покривів і видимих слизових. Тони серця звучні, м'який систолічний шум на верхівці й над легеневою артерією. АИТ – 100/ 70 мм рт.ст., пульс 92 за хвилину, ритмічний. Язик рожевий, сосочки згладжені. При пальпації живота – болісність в епігастральній ділянці.

Аналіз крові: еритроцити – 3,2х1012/л, Hb – 74 г/л, КП – 0,8, лейкоцити – 2,8х109/л, тромбоцити – 90х109/л, ШОЕ – 9 мм/год, сироватковезалізо – 7,4 мкмоль/л. Рентгенологічно: хронічний атрофічний гастрит. Ваші діагностичні припущення?

А. Залізодефіцитна анемія

B. Апластична анемія

C. Мегалобластна анемія

D. Гемолітична анемія

E. Гостра постгеморагічна анемія

**Завдання 5**

Хвора М., 62 років, госпіталізована з приводу важкої анемії. У процесі обстеження виявлена атрофія сосочків поверхні язика, жорвтяничність склер, симетричні парестезії, порушення ходи, атрофічний гастрит з ахлоргідрією, спленомегалія й макроцитоз. Для якого захворювання характерні виявлені порушення?

А. Таласемія

В. Залізодефіцитна анемія

С. Перніціознаі анемія

D. Гемолітична анемія

Е. Сидеробластна анемія

**Завдання 6**

Хвора Н., 28 років, скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, дратівливість, запаморочення. З метою зменшення зайвої ваги протягом півроку займалася "голодуванням".

Об'єктивне обстеження: підвищеного харчування, шкірні покриви й видимі слизові бліді із зеленуватим відтінком, набряки під очами. Тони серця приглушені, тахікардія, систолічний шум на верхівці. АТ – 105/ 60 мм рт.ст., пульс – 110 за хвилину, аритмічний (поодинокі екстрасистоли). Аналіз крові: еритроцити – 3,7х1012/л; Hb – 106 г/л; КП – 0,8; анізоцитоз, мікроцитоз; ШОЕ – 18 мм/год. Сироваткове залізо – 7,6 ммоль/л; феритин сироватки крові – 11 мкг/л. Яка найбільш можлива причина анемії?

А. Недостатнє надхлдження заліза в організм

B. Порушення усмоктування заліза

C. Підвищена потреба в залізі

D. Хронічна крововтрата

E. Порушення синтезу гемоглобіну

**Завдання 7**

Хворий А., 39 років, скаржиться на слабкість, втомлюваність, запаморочення, втрату апетиту, кровоточивість ясен. Протягом 12 років працював рентгенлаборантом. Останні 1,5-2 місяця відзначає загальну слабкість, швидку втомлюваність. Три тижні тому з'явилася кровоточивість ясен, спонтанно – носова кровотеча.

Об'єктивне обстеження: стан середньої важкості, блідість шкірних покривів і слизових оболонок з восковидним відтінком, петехії, екхімози, лімфатичні вузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання. З боку серцево-судинної системи: зміщення меж відносної тупості серця вліво на 1,5 см; тони серця приглушені, тахікардія (ЧСС 110 за хвилину), систолічний шум на верхівці. Пульс 110 за хвилину, ритмічний, АТ – 110/ 70 мм рт.ст. Печінка й селезінка не збільшені.

Аналіз крові: еритроцити – 2,2×1012/л; ретикулоцити – 6 %; Hb – 56 г/л; КП – 0,98; тромбоцити – 13×109/л; лейкоцити – 1,9×109/л; палочкоядерні – 2 %; сегментоядерні – 44 %; лімфоцити – 48 %; моноцити – 6 %; ШОЕ – 40 мм/год.

Ваш можливий діагноз?

А. Апластична анемія

В. Спадкова гемолітична анемія

С. Набута гемолітична анемія

D. Хронічна залізодефіцитна анемія

Е. Гостра постгеморагічна анемія

**Завдання 8**

Хвора Н., 25 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, носові кровотечі протягом півроку, часті носові геморагії на шкірі ніг, живота.

З анамнезу: кровотечі, крововиливи на шкірі нижніх кінцівок після незначних травм. Хворіла на дитячі інфекції, зрідка ангіною. Останнє погіршення стану без видимої причини. Носова кровотеча виникла спонтанно.

Об'єктивне обстеження: стан середньої важкості, температура тіла 37,2ºС, шкірні покриви бліді. На шкірі стегон, живота – великі крововиливи у вигляді плям різної форми й розміру. Легені й серце без особливостей. Печінка не збільшена. Пальпується край селезінки.

Аналіз крові: еритроцити – 3,52×1012/л; Hb – 78 г/л; КП – 0,75; ретикулоцити – 14,7 %; середній діаметр еритроцитів – 4,8 мк, товщина еритроцитів – 4 мк, середній показник сферичності – 1,2, тромбоцити – 15%; лейкоцити – 1,1×109/л; палочкоядерні – 11 %; сегментоядерні – 59 %; лімфоцити – 30 %; моноцити – 10 %; ШОЕ – 25 мм/год. Осмотична резистентність еритроцитів – 0,78-0,36. Білірубін загальний – 109,16 мкмоль/л; прямий – 15,1 мкмоль/л, непрямий – 94,06 мкмоль/л.

Ваш діагноз?

А. Таласемія

В. Хвороба Мінковского-Шоффара

С. Мегалобластна анемія

D.Залізодефіцитна анемія

Е. Набута гемолітична анемія

**Завдання 9**

Хворий С., 34 років, поступив до клініки зі скаргами на збільшення лімфатичних вузлів, слабкість, запаморочення, пітливість, шкірну сверблячку. Збільшення шийних лімфатичних вузлів відзначає протягом останніх 2 років, до лікаря не звертався. Тиждень тому з'явився озноб із підвищенням температури тіла до 39°С. Самостійно вживав аспірин, антибіотики. Самопочуття погіршилося: з'явилася слабкість, запаморочення, пітливість, шкірна сверблячка.

Об'єктивне обстеження: стан середньої важкості, шкіра бліда, волога, температура тіла 38,5°С. Ліворуч на шиї пальпуються три лімфатичні вузли діаметром 1,5 см, середньої щільності, безболісні. При аускультації легенів вислуховується везикулярне дихання. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС – 94 за хвилину, пульс – 94 за хвилину, АТ – 100/70 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка й селезінка не збільшені.

Аналіз крові клінічний: еритроцити – 3,8×1012/л; Hb – 92г/л; КП – 0,86; лейкоцити – 9,4×109/л; нейтрофіли – 88%: еозинофіли – 7%; палочкоядерні – 9 %; сегментоядерні – 72 %; лімфоцити – 7 %; моноцити – 5 %; ШОЕ – 43 мм/год.

Який найбільш достовірний діагноз у хворого?

A. Гострий лейкоз

B. Хронічний лімфолейкоз

C. Хронічний мієлолейкоз

D. Апластична анемія

E. Лімфогранулематоз

**Завдання 10**

Хворий К., 44 років, доставлений у відділення зі скаргами на збільшення шийних лімфатичних вузлів, пітливість, шкірну сверблячку. Хворіє близько 2 років. Тиждень тому відзначив підвищення температури тіла до 38,9°С. З'явилася слабкість, запаморочення, пітливість, особливо вночі.

Об'єктивне обстеження: стан середньої важкості, шкірні покриви бліді, вологі, температура тіла 38,5°С. Ліворуч на бічній поверхні шиї й надключичній ділянці пальпуються три лімфатичні вузли діаметром 1,5, 2,0 і 2,5 см; середньої щільності, безболісні. Печінка й селезінка не збільшені.

Аналіз крові: еритроцити – 3,8×1012/л; Нb–92 г/л; КП–0,86; тромбоцити –370×109/л; лейкоцити – 9,4×109/л; нейтрофіли – 83%, лімфоцити – 7 %; моноцити – 5 %; ШОЕ– 43 мм/год. Попередній діагноз лімфогранулематоз.

Яке дослідження може підтвердити цей діагноз?

А. Клітки Березовського-Штернберга в пунктатах лімфовузлів

Б. Дослідження сечі на білок Бенс-Джонса

В. С-реактивний білок крові

Г. Коагулограма

Д. Загальний білок і його фракції в крові

**Завдання 11**

Хворий Н., 60 років, протягом багатьох років був під спостереженням дерматолога із приводу постійної шкірної сверблячки. Останнім часом помітив червоно-синюшний колір шкірних покривів, біль у кістках.

Загальний аналіз крові: еритроцити – 7,9×1012/л; Hb – 175г/л; КП – 1,1; тромбоцити – 384×109/л; лейкоцити – 13,9×109/л; еозинофіли – 6%, палочкоядерні – 8 %; сегментоядерні – 61%; лімфоцити – 12 %; моноцити – 12 %; ШОЕ – 1 мм/год.

Можливий діагноз?

А. Апластична анемія

В. Поліцитемія

С. Гострий лімфолейкоз

D. Гострий мієлобластний лейкоз

Е. Хронічний мієлолейкоз

**Завдання 12**

Жінка, 30 років, скаржиться на загальну слабкість, періодичне підвищення температури тіла до 38ºС, пітливість у нічний час.

Об'єктивне обстеження: блідість кожних покривів і слизових оболонок, пальпуються шийні й надключичні лімфатичні вузли, розміром до 1,5-5 см, щільні, безболісні.

Аналіз крові клінічний: еритроцити – 3,1×1012/л, Нb – 86 г/л, КП – 0,82, лейкоцити – 12,5×109/л, нейтрофіли – 78%, лімфоцити – 10%, моноцити – 12%, ШОЕ – 46 мм/год. У біопунктаті лімфатичного вузла виявлено клітки Березовського-Штернберга.

Який найбільш ймовірний діагноз?

А. Лімфогранулематоз

Б. Мієломна хвороба

В. Хронічний лімфолейкоз

Г. Хронічний мієлолейкоз

Д. Гострий лейкоз

***Еталони відповідей: 1*C, 2D, 3D, 4A, 5C, 6A, 7A, 8B, 9E, 10A, 11B, 12A.**

*Методичні вказівки*

**ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ АНЕМІЯХ. ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ**

Укладач: Ащеулова Тетяна Вадимівна

Наталя Іванівна Питецька

Відповідальний за випуск: Ащеулова Тетяна Вадимівна

Редактор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коректор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Комп’ютерн верстка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План 2015\_\_\_, поз.\_\_\_, Ризографія.

Умов.друк.л.\_\_\_.Тираж 300 экз. Зауводити, увести до ладу. №\_\_\_\_. Ціна\_\_\_\_.

пр. Науки, м. Харків, 4, ХНМУ, 61022

Редакційно-видавничий відділ