

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2010

УДК 616.15–008.6:616.31 (075.8)
ББК 56.6 я 73
Г 33

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 28.04.2010 г., протокол № 9

А в т о р ы: проф. В. П. Царёв; доц. И. М. Змачинская; доц. Л. Л. Александрова;
доц. В. В. Марущак

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук. доц. Л. А. Казеко; канд. мед. наук доц.
В. И. Курченкова

Гематологические синдромы в стоматологии : учеб.-метод. пособие /
Г 33 В. П. Царёв [и др.]. – Минск : БГМУ, 2010. –18 с.

ISBN 978–985–528–243-4.

Издание освещает вопросы по клиническим проявлениям и лабораторной диагностике гематологических синдромов в стоматологии.

Предназначено для студентов 3-го курса стоматологического факультета.

УДК 616.15–008.6:616.31 (075.8)
ББК 56.6 я 73

ISBN 978–985–528–243–4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2010

Введение

Ротовая полость имеет тесную анатомо-физиологическую взаимосвязь с различными системами организма. При нарушениях гомеостаза и общесоматической патологии происходят патогенетически обусловленные локальные поражения слизистой оболочки ротовой полости. Так, при заболеваниях крови слизистая рта поражается практически у всех больных. Кроме того, проявления в ротовой полости могут значительно опережать основные клинические признаки заболевания. Поэтому стоматолог может первым выявить проявления анемического, геморрагического, гиперпластического и токсического синдромов. Следует также отметить, что у больных в результате снижения защитных сил организма развивается герпетическая и кандидозная инфекция, тяжелее протекают основные стоматологические заболевания, возрастает частота осложнений при стоматологических вмешательствах.

Синдромное описание патологических изменений в ротовой полости и челюстно-лицевой области при заболеваемости крови способствует усвоению материала, применению знаний на практике, идентификации гематологических заболеваний на основе описания ведущего симптома.

В связи с вышеперечисленным, для ранней диагностики заболеваний крови, выбора адекватной тактики оказания помощи пациентам, профилактики осложнений стоматологу необходимо изучить проявления гематологических синдромов в челюстно-лицевой области и ротовой полости.

Мотивационная характеристика темы

Продолжительность занятия: 4 часа.

Цель занятия:

- обучить студентов распознавать заболевания крови по внешним проявлениям гематологических синдромов в челюстно-лицевой области и ротовой полости;
- студент должен знать определение, этиологию, патогенез, диагностику, лабораторные данные, внешние проявления конкретных гематологических синдромов в челюстно-лицевой области и ротовой полости; взаимосвязь изменений в челюстно-лицевой области и слизистой оболочке рта с заболеваниями крови.

Задачи занятия:

- анализ результатов методов исследования;
- интерпретация по внешним проявлениям в челюстно-лицевой области и ротовой полости наличия гематологического синдрома;
- сбор анамнеза, осмотр больных и другие клинические методы обследования с изучаемыми заболеваниями;

– чтение гемограммы.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Гематологические синдромы.
2. Жалобы и клинические проявления анемического синдрома в ротовой полости.
3. Степень выраженности анемии по уровню гемоглобина.
4. Жалобы и внешние проявления при сидеропеническом синдроме.
5. Характеристика гемограммы при железодефицитной анемии.
6. Клинические проявления синдрома фуникулярного миелоза.
7. Характеристика гемограммы при В₁₂-фолиеводефицитной анемии.
8. Клинические проявления и лабораторные диагностические критерии синдрома желтухи.
9. Жалобы и клинические проявления гиперпластического синдрома.
10. Изменения в гемограмме при гиперпластическом синдроме.
11. Клинические проявления и изменения в гемограмме при геморрагическом синдроме.
12. Клинические проявления и характеристика гемограммы при инфекционно-токсическом синдроме.

Анемический синдром

Анемия — состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина и/или эритроцитов в единице объема крови.

Анемический синдром встречается при всех анемиях (железодефицитная, В₁₂-фолиеводефицитная, апластическая), при гемобластозах. Жалобы, общее состояние пациента и изменения в ротовой полости зависят от степени анемии, общего состояния больного и наличия других заболеваний. Наиболее характерные поражения отмечаются при железо- и В₁₂-фолиеводефицитной анемии и будут рассмотрены в соответствующих разделах.

Жалобы: общая слабость, головокружение, звон в ушах, снижение внимания и памяти, выраженная сонливость, потемнение в глазах, раздражительность, обмороки.

У пациента отмечается бледность кожных покровов; слизистой оболочки ротовой полости (СОРП) и конъюнктив.

Диагностика: в общем анализе крови отмечается снижение уровня эритроцитов, гемоглобина. СОЭ не превышает 30 мм/ч. Обычно количество лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарная формула не изменяются.

Степень выраженности анемии по уровню гемоглобина:

- легкая: 90–100 г/л;
- средняя: 70–90 г/л;
- тяжелая: менее 70 г/л.

Сидеропенический синдром

Сидеропенический синдром (гипосидероз) встречается при железодефицитной анемии. При дефиците железа возникают трофические изменения, снижаются регенеративные процессы кожи и слизистых оболочек.

Жалобы: снижение вкусовых ощущений, аппетита, нарушение обоняния, жжение языка, сухость во рту. Возможны жалобы на состояние «пика хлоратика» — желания (иногда непреодолимого) есть несъедобные продукты (мел, древесный уголь, земля, сухие крупы, крахмал) и вдыхать запах красок, бензина, свежей побелки или выхлопных газов из машин.

При внешнем осмотре пациента обращают внимание на трофические расстройства кожи (сухость); состояние ногтей (тонкие, ломкие, вогнутые с поперечной исчерченностью — койлонихия). Волосы также становятся тонкими и ломкими.

При осмотре ротовой полости наблюдаются сухость, атрофические изменения слизистой языка, сглаживание сосочков и отечность. В более тяжелых случаях возникают участки покраснения неправильной формы, трещины на кончике и боковых поверхностях языка, углах рта (ангулярный хейлит). Атрофический процесс может захватывать слизистую других отделов ротовой полости. Во время еды больные могут испытывать затруднение при глотании (дисфагию). При длительном течении возможна повышенная стертость зубов.

Диагностика:

1. Общий анализ крови (ОАК):

- гипохромная анемия: цветовой показатель ниже 0,8. Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах (MCH) ниже 27 пг (норма 27–32 пг);
- микроцитоз: средний объем эритроцита (MCV) менее 80 мкм³ при норме 80–100 мкм³;
- анизо- и пойкилоцитоз.

2. Биохимический анализ крови (БАК):

- общая железосвязывающая способность сыворотки крови (ОЖСС): дефицит железа проявляется при показателе более 70 мкмоль/л (норма 44,8–70,0 мкмоль/л);
- сывороточное железо понижается (норма для женщин — 11,5–30,4 ммоль/л, для мужчин — 13,0–31,4 ммоль/л);
- ферритин сыворотки крови (норма для женщин 10–100 нг/мл, для мужчин — 30–200 нг/мл). При дефиците железа ферритин у женщин ниже 10 нг/мл, у мужчин — 30 нг/мл.

3. Количество лейкоцитов и тромбоцитов, лейкоцитарная формула не изменяются.

Синдром фуникулярного миелоза

При дефиците витамина В₁₂ и фолиевой кислоты (анемии Аддисона–Бирмера) в организме происходит поражение периферических нервов (задние и боковые столбы спинного мозга). Эти нарушения обусловлены избыточным содержанием метилмалоновой кислоты, поскольку она не переходит в янтарную кислоту в связи с отсутствием кофермента витамина В₁₂-дезоксаденозилкобаламина. Нервно-трофические расстройства приводят к дегенеративно-воспалительным процессам. В связи с этим синдром характеризуется выраженной стоматологической и неврологической симптоматикой.

Жалобы: боль и жжение языка, других участков слизистой рта, нарушение вкуса. Эти жалобы являются первыми симптомами заболевания и возникают значительно раньше других проявлений.

Клинически фуникулярный миелоз проявляется парестезиями, снижением глубокой и вибрационной чувствительности, нарушением координации движений, в том числе в челюстно-лицевой области. Ранние проявления характеризуются ощущением «зыбления» или «волнения» в языке. Затем возможна его фибрилляция (подергивание) и краевая атрофия мышц. Возможно провисание мягкого неба, в результате чего возникает гнусавый голос. Позднее появляются фибрилляции мышц шеи и плечевого пояса. В легких случаях больные отмечают онемение конечностей, в более тяжелых — нарушается походка, не сохраняется равновесие.

Очень характерен для В₁₂-дефицитной анемии ярко-красный блестящий, гладкий (из-за резкой атрофии сосочков), как бы полированный язык — глоссит Гунтера–Меллера. Менее выраженные воспалительно-атрофические изменения наблюдаются на других участках слизистой оболочки ротовой полости и глотки. Слизистая бледная, с желтушным оттенком. Иногда бывают точечные кровоизлияния. Десневые сосочки воспалены, кровоточат.

Диагностика:

1. Гиперхромная анемия (цветной показатель более 1,1):
 - MCV до 160 мкм³ (норма 80–100 мкм³);
 - MCH 33 пг (норма 27–32 пг);
 - в макроцитах встречаются тельца Жолли, кольца Кебота;
 - лейкопения (в пределах $(1,5-3) \cdot 10^9/\text{л}$);
 - умеренная тромбоцитопения;
 - уровень ретикулоцитов резко снижен (менее 0,5 % вплоть до нуля).
2. БАК:
 - гипербилирубинемия за счет непрямого (неконъюгированного, несвязанного) билирубина (норма 8,55–20,52 ммоль/л).

3. Костный мозг: обнаруживаются мегалобласты разной степени зрелости. Исследование костного мозга является решающим в диагностике, поэтому исследовать миелограмму надо до введения витамина В₁₂.

Синдром желтухи

Интенсивность желтухи зависит от степени гипербилирубинемии. Обычно наличие этого синдрома не вызывает жалоб пациента, но если желтуха является проявлением анемии В₁₂-фолиеводефицитной, гемолитической или апластической, то тогда возможно появление жалоб.

При осмотре пациента обращают внимание на цвет кожи, склер и слизистые оболочки полости рта, которые приобретают желтушный оттенок.

Симптомы В₁₂-фолиеводефицитной анемии описаны в синдроме фуникулярного миелоза.

При гемолитической анемии (наследственный микросфероцитоз) с манифестацией заболевания в раннем детском возрасте отмечается нарушение костеобразования, что проявляется «башенным черепом», «готическим небом», неправильным расположением зубов.

При апластической анемии (истощении функции костного мозга) на желтушной (бледной) слизистой оболочке в различных участках наблюдаются кровоизлияния, часто отмечается выраженная десквамация сосочков языка, кровоточивость десен, нередко осложнения в виде язвенно-некротического стоматита.

Диагностика:

1. ОАК: наличие в эритроцитах колец Кебота и телец Жолли свойственно дефицитной по витамину В₁₂ анемии, при которой также может быть гемолитический компонент. Для гемолитической анемии наследственного гемолиза характерен ретикулез, присутствие микросфероцитарных эритроцитов (диаметр до 6 мкм). При наличии микросфероцитов определяют осмотическую резистентность эритроцитов, которая при наследственном гемолизе снижена (проба Кумбса). При апластической анемии оценивают также показатели гемоглобина, эритроцитов, СОЭ, количество лейкоцитов, тромбоцитов.

2. БАК: исследуют билирубин и его фракции. Повышение уровня непрямого билирубина приводит к гемолизу, а повышение показателей прямой фракции билирубина характерно для поражения паренхимы печени.

Плеторический синдром

Плетора (общее полнокровие) — увеличение объема циркулирующей крови. При данном состоянии происходят также изменения в показателях красной крови (увеличение количества эритроцитов, гематокрита, рост уровня гемоглобина).

Этот синдром встречается при первичных эритроцитозах (истинная полицитемия, или болезнь Вакеза), а также при вторичных эритроцитозах (хронической обструктивной болезни легких, поликистозе почек, гипернефроидном раке, реноваскулярной гипертонии).

Жалобы на парестезию слизистой оболочки рта, головную боль, шум в ушах, чувство жара в теле, приливы к голове, чувство жжения в пальцах рук и ног, зуд кожи, усиливающийся после гигиенической ванны, плохую переносимость жары. Возможны жалобы на боль в костях, суставах.

При осмотре пациента лицо гиперемировано, вишнево-красного цвета, сосуды склер инъекцированы, язык синюшно-красный. Отмечается симптом Купермана: резкий цианоз мягкого неба и бледная окраска слизистой оболочки твердого неба.

Диагностика:

1. ОАК:

– признаки панцитоза: эритроциты в пределах $(6,0-8,0)10^{12}/л$; гемоглобин — 170–220 г/л; лейкоциты — $(9-12)10^9/л$; тромбоциты — $(400-600)10^9/л$; гематокрит — 60–80 %.

2. Костный мозг: миелограмма регистрирует гиперплазию трех ростков кроветворения.

Гиперпластический синдром

В гематологической практике этот синдром встречается при гемобластозах (острый и хронический лейкозы). Следует отметить, что общая симптоматика и характер местных проявлений зависят от формы и степени тяжести заболевания. Так, клинические проявления синдрома отличаются большим разнообразием: от гиперплазии лимфоузлов, десен, миндалин, слизистой до сочетания с язвенно-некротическими поражениями, особенно в ротовой полости.

Жалобы: недомогание, утомляемость, увеличение лимфоузлов, боли в слизистой полости рта, кровоточивость десен, невозможность приема пищи из-за болей, запах изо рта, боль в интактных зубах, костях, повышение температуры до 37,5–40 °С с ознобами.

Характерным признаком является увеличение лимфоузлов. Они вначале небольших размеров, затем становятся достаточно ощутимыми для больного. Их увеличение начинается с какой-либо одной группы (ча-

ще шейных) с одной или с двух сторон. Далее вовлекаются соседние группы — надключичные, подмышечные. При пальпации они мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей. При хроническом лимфолейкозе даже значительно увеличенные лимфоузлы не приносят беспокойства больному. Они очень плотные, подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями.

На коже больных острым лейкозом иногда возникают красновато-синеватые бляшки (лейкемиды). Кожные покровы бледные. Для этой формы гемобластоза характерны: внезапность начала заболевания, резкое ухудшение общего состояния, быстрое прогрессирование гиперплазии, нарастание кровоточивости десен, сочетание гиперплазии с язвенно-некротическими изменениями, а также лимфаденит.

При стоматологическом обследовании выявляется выраженная гиперплазия десен, при которой десневые сосочки в виде огромных полипов могут перекрывать коронки зубов, препятствуя закрытию рта. Это состояние связано с лейкемической инфильтрацией тканей. На слизистой отмечают кровоизлияния (петехии, геморрагии). Возможен некроз слизистой оболочки рта и зева. Некротические поверхности покрыты трудно удаляемым налетом, под которым обнаруживаются длительно кровоточащие эрозии и язвы.

Некроз может быстро распространяться, захватывать все слои слизистой. Иногда в процесс включаются костные структуры. Воспаление вокруг очага некроза не выражено. Язвенно-некротические поражения покрыты грязно-серым зловонным налетом. Возникает резкая болезненность при разговоре, приеме пищи. Гиперсаливация может смениться уменьшением слюны.

Диагностика:

1. ОАК:

- анемия различной степени тяжести;
- тромбоцитопения различной степени тяжести;
- лейкопения (алейкемическая форма);
- лейкоцитоз (лейкемическая форма);
- при остром лейкозе в 90 % случаев обнаруживаются бластные клетки;
- при хроническом миелолейкозе отмечается лимфоцитоз, в мазке — клетки Боткина–Гумпрехта.

2. Для верификации диагноза проводят стерильную пункцию.

Геморрагический синдром

Геморрагический синдром — патологическая кровоточивость, характеризующаяся внутренними и наружными кровотечениями, возникновением кровоизлияний. Синдром развивается при гемобластозах в результате нарушений в тромбоцитарном звене. Он встречается у 50–60 % больных и определяет прогноз заболевания. Клинические проявления гемморрагического синдрома могут быть различными: от мелкоочечных геморрагий до обширных гематом и профузных кровотечений. Крайним проявлением синдрома являются различной степени выраженности кровотечения (из десен, желудочно-кишечного тракта, носовые, маточные).

Жалобы: кровоточивость десен из лунки удаленного зуба, появление геморрагических петехий на слизистых и синяков на теле, слабость, сонливость, головные боли, болезненность некоторых суставов, невозможность активных движений, в том числе височно-нижнечелюстного сустава.

При осмотре кожи регистрируются мелкоочечные, мелкопятнистые кровоизлияния и синяки разных размеров. Слизистая бледная, пастозная, легко ранимая, десневые сосочки кровоточат. Кровоизлияния чаще наблюдаются в местах повышенной травматизации слизистой (по линии смыкания зубов, небе, языке).

Диагностика:

1. ОАК: тромбоцитопения различной степени выраженности (тяжелая степень тромбоцитов менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$).
2. Время свертывания крови увеличивается. Нормальный показатель времени свертывания крови по Ли-Уайту при комнатной температуре составляет 5–11 мин.
3. Коагулограмма с показателями факторов свертывания:
 - активизированное частичное тромбопластическое время (АЧТВ) более 50 с, (норма 25–35 с).
 - международное нормализованное отношение (МНО) > 2 , (норма 0,7–1,1);
 - тромбиновое время > 20 (норма 14–16 с);
 - фибриноген < 1 г/л, (норма 2–4 г/л).

Инфекционно-токсический синдром

Инфекционно-токсический синдром может быть обусловлен лейкоэмическим, инфекционным или онкологическим процессом в организме. При заболеваниях крови этот синдром встречается при всех гемобластозах — остром лейкозе, хроническом лимфолейкозе и миелолейкозе. В практике врача встречаются различные ситуации, когда ему необходимо установить генез интоксикации. Чаще всего возможны варианты, когда к стоматологу

обращается пациент с клиническими проявлениями и без клинических проявлений интоксикации (маскированная интоксикация).

Следует отметить, что в обоих случаях возможны диагностические ошибки, связанные в первом случае с тем, что врач признаки интоксикации у пациента (повышение температуры тела, общее недомогание, боль в ротовой полости и глотке) расценивает, как «банальную» инфекцию, во втором случае — как проявления стоматологических заболеваний (стоматит, периодонтит).

Врачу важно помнить, что характер жалоб, общее состояние пациента и стоматологическая симптоматика зависят от степени тяжести имеющегося заболевания и выраженности интоксикации. Так, например, пациент может не говорить о жалобах, связанных с интоксикацией, которые могут быть не специфичными для интоксикации (кровоточивость десен, рецидив стоматита, различные осложнения после стоматологических вмешательств); иногда жалобы могут соответствовать признакам инфекционно-токсического синдрома.

При осмотре ротовой полости у пациента может не выявиться гематологический синдром (анемический, геморрагический, гиперпластический). Изменения могут соответствовать «типичной» клинике гингивита или периодонтита, что расценивается стоматологом, как воспаление тканей десны, вызванное периодонтопатогенами. Наличие эрозивно-язвенных поражений (стоматит, глоссит) врач связывает с герпетической, кандидозной и другой инфекцией.

В связи с вышеизложенным стоматологу следует помнить, что после нормализации гигиены при затянувшемся воспалительном процессе в тканях периодонта, упорном течении стоматита или его частых рецидивах, а также при отсутствии эффекта от проведенного лечения необходимо более тщательно обследовать пациента для исключения у него заболеваний крови. Это позволит избежать ошибок в диагностике и дальнейшей тактике лечения таких больных.

Диагностика:

1. ОАК: для подтверждения гемобластоза информативными являются изменения в лейкоцитарной формуле (наличие бластных клеток, сдвиг лейкоцитарной формулы до юных клеток), что позволяет врачу дифференцировать генез интоксикационного синдрома.

2. Стернальная пункция позволяет уточнить диагноз гемобластоза.

Тестовые вопросы

Задание 1

Гемограмма:

- эритроциты $3,0 \cdot 10^{12}/л$;
- гемоглобин 60 г/л;
- цветовой показатель 0,6 ;
- лейкоциты $6,2 \cdot 10^9/л$;
- эозинофилы 2 %;
- палочкоядерные нейтрофилы 2 %;
- сегментоядерные нейтрофилы 68 %;
- лимфоциты 20 %;
- моноциты 8 %;
- тромбоциты $224,2 \cdot 10^9/л$;
- СОЭ 26 мм/ч;
- гипохромия +++;
- анизоцитоз +++;
- пойкилоцитоз +++.

Дайте заключение по гемограмме. Для каких гематологических синдромов характерен этот анализ?

Задание 2

Гемограмма:

- эритроциты $1,32 \cdot 10^{12}/л$;
- гемоглобин 52 г/л;
- цветовой показатель 1,1;
- лейкоциты $3,2 \cdot 10^9/л$;
- эозинофилы 4 %;
- палочкоядерные нейтрофилы 2 %;
- сегментоядерные нейтрофилы 58 %;
- лимфоциты 26 %;
- моноциты 10 %;
- ретикулоциты 0,2 %;
- тромбоциты $86,4 \cdot 10^9/л$;
- СОЭ 36 мм/ч;
- макроцитоз;
- в эритроцитах тельца Жолли, кольца Кэбота;
- полисегментированные нейтрофилы.

Дайте заключение по гемограмме. Для каких гематологических синдромов характерен этот анализ?

Задание 3

Гемограмма:

- эритроциты $1,32 \cdot 10^{12}/л$;
- гемоглобин 42 г/л;
- цветовой показатель 1,0;
- лейкоциты $1,2 \cdot 10^9/л$;
- эозинофилы 1 %;
- палочкоядерные нейтрофилы 1 %;
- сегментоядерные нейтрофилы 8 %;
- лимфоциты 87 %;
- моноциты 3 %;
- ретикулоциты 0,2 %;
- тромбоциты $4,4 \cdot 10^9/л$;
- СОЭ 66 мм/ч.

Дайте заключение по гемограмме. Для каких гематологических синдромов характерен этот анализ?

Задание 4

К проявлениям синдрома фуникулярного миелоза относятся:

- а) фибрилляция мышц языка;
- б) ярко-красный, блестящий язык;
- в) дисфагия;
- г) гнусавый оттенок голоса;
- д) стоматит.

Задание 5

К проявлениям сидеропенического синдрома не относятся:

- а) ангулярный хейлит;
- б) гиперпластический гингивит;
- в) сухость кожи;
- г) дисфагия;
- д) синдром «пика хлоратика».

Задание 6

Увеличенные лимфатические узлы характерны для синдрома:

- а) анемического;
- б) желтухи;
- в) гиперпластического;
- г) геморрагического;
- д) плеторического;

Задание 7

Для гиперпластического синдрома характерны жалобы на:

- а) разрастание десневых сосочков, их кровоточивость;
- б) «зыбление» языка;
- в) запах изо рта;
- г) затруднение приема пищи;
- д) дисфагию.

Задание 8

Плеторический синдром характеризуется:

- а) гиперемией лица;
- б) синюшно-красным цветом языка;
- в) стоматитом;
- г) ангулярным хейлитом;
- д) гиперплазией десен.

Задание 9

Кровоточивость из лунки удаленного зуба более 30 мин характерна для синдрома:

- а) инфекционно-токсического;
- б) геморрагического;
- в) плеторического;
- г) анемического;
- д) фуникулярного миелоза.

Задание 10

Жжение языка характерно для синдрома:

- а) анемического;
- б) сидеропенического;
- в) фуникулярного миелоза;
- г) геморрагического;
- д) инфекционно-токсического.

Ответы на тестовые вопросы

Задание 1.

1. Выраженная гипохромная анемия, формула без патологии, умеренно ускоренная СОЭ, выраженные изменения в эритроцитах (гипохромия, анизо- и пойкилоцитоз).

2. Анемический синдром.

Задание 2.

1. Тяжелая гипохромная анемия, гипорегенераторная, умеренная лейкопения и тромбоцитопения, формула без патологии. Есть изменения размеров эритроцитов и специфические включения (тельца Жолли, кольца Кэбота), полисегментированные нейтрофилы.

2. Синдром фуникулярного миелоза, анемический синдром.

Задание 3.

1. Тяжелая нормохромная анемия средней степени тяжести, умеренный лейкоцитоз, выраженная тромбоцитопения, в формуле бластемия с отсутствием промежуточных форм. Резко ускорена СОЭ. Показатели можно оценить как панцитопению с лимфоцитозом.

2. Анемический, геморрагический, гиперпластический синдромы.

Задание 4. а, б, в.

Задание 5. б.

Задание 6. в.

Задание 7. а, в, г.

Задание 8. а, б.

Задание 9. б.

Задание 10. б, в.

Литература

1. *Внутренние болезни* : учеб. : в 2 т. / под ред. А. И. Мартынова, Н. А. Мухина, В. С. Моисеева. М., 2001. Т. 2. С. 882–903.
2. *Пропедевтика внутренних болезней* : учеб. / под ред. В. Х. Василенко, А. В. Гребенева. 3-е изд. М., 1989. С. 441–462; 475–482.
3. *Пропедевтика внутренних болезней* : учеб. / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева. 3-е изд. М., 2005. С. 602–625.
4. *Царёв, В. П.* Внутренние болезни: учеб. пособие / В. П. Царев, И. И. Гончарик. Минск : Выш. шк., 2006. 317 с.
5. *Царёв, В. П.* Острые и хронические лейкозы (этиология, патогенез, клиника, диагностика) : учеб.-метод. пособие / В. П. Царев, И. М. Змачинская, Г. М. Хвощевская. Минск : БГМУ, 2006. 28 с.
6. *Боровский, Е. В.* Терапевтическая стоматология : учеб. / Е. В. Боровский. М. : МИА, 2007. 798 с.
7. *Рыбаков, А. И.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / А. И. Рыбаков, Г. В. Банченко. М. : Медицина, 1978. 228 с.
8. *Луцкая, И. К.* Заболевания слизистой оболочки полости рта. / И. К. Луцкая. М. : Мед. лит. 2007. 285 с. (Карманный справочник врача).

Оглавление

Введение	3
Мотивационная характеристика темы.....	3
Анемический синдром	4
Сидеропенический синдром	5
Синдром фуникулярного миелоза	6
Синдром желтухи	7
Плеторический синдром	8
Гиперпластический синдром.....	8
Геморрагический синдром.....	10
Инфекционно–токсический синдром	10
Тестовые вопросы.....	12
Ответы на тестовые вопросы.....	14
Литература.....	16

Учебное издание

Царёв Владимир Петрович
Змачинская Ирина Михайловна
Александрова Людмила Львовна
Марущак Виталий Витальевич

Гематологические синдромы в стоматологии

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В. П. Царёв
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 29.04.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс»
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 0,63. Тираж 50 экз. Заказ 612.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.