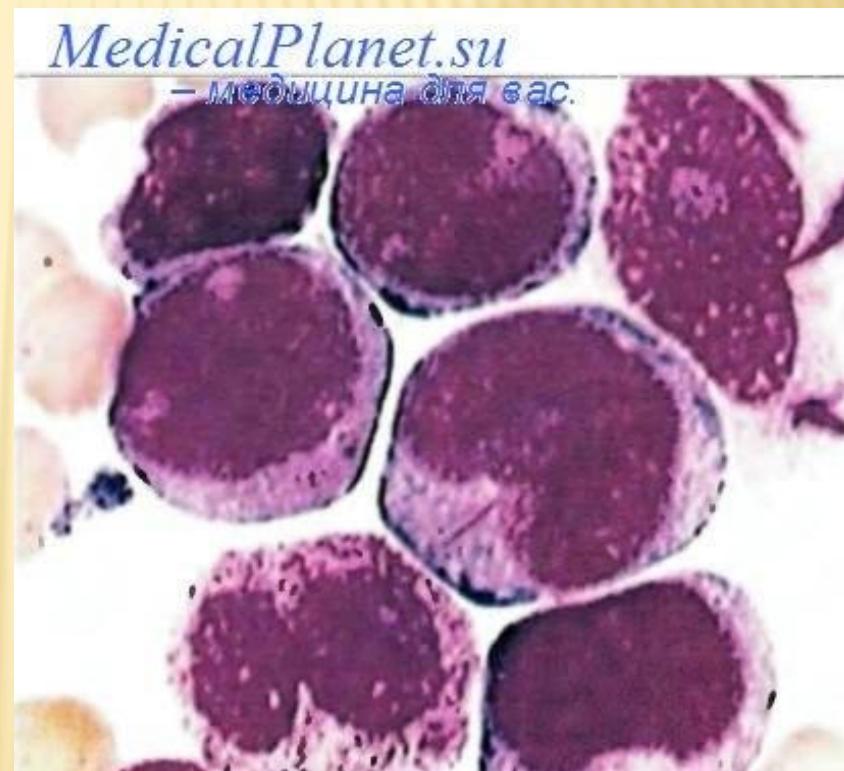
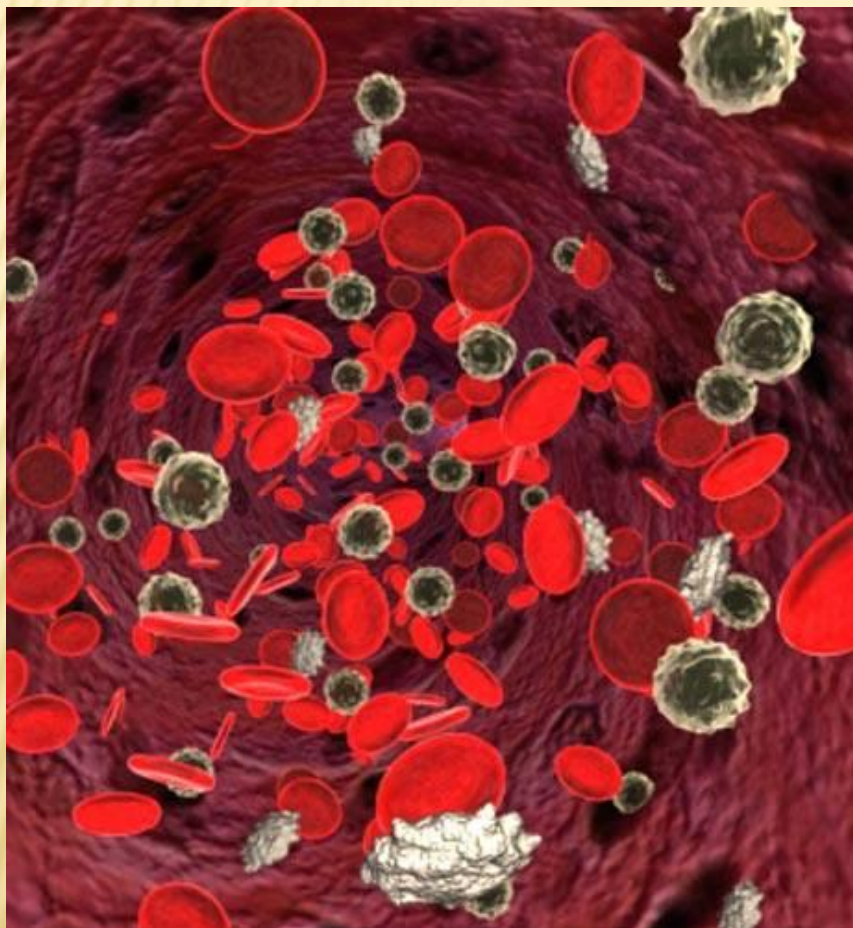


# “АНЕМІЇ.ЛЕЙКОЗИ ГОСТРИЙ І ХРОНІЧНИЙ.”

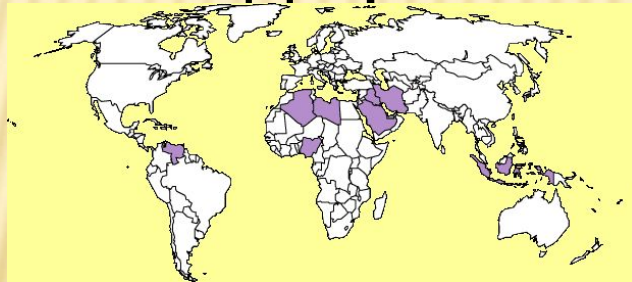


# ХВОРОБИ КРОВІ НАЙБІЛЬШ НЕБЕЗПЕЧНІ СВОЇМИ НАСЛІДКАМИ

- Прогресують захворювання крові в Україні, особливо після аварії на ЧАЕС.

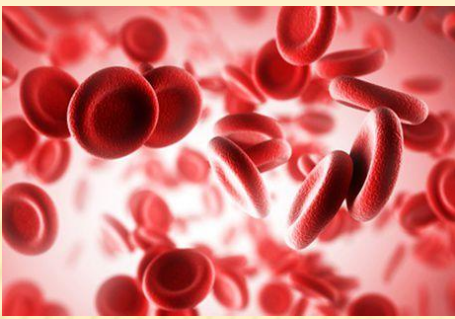


- Рівень захворюваності на анемії наближається до рівня слаборозвинених країн.



- За даними ВООЗ кожен четвертий мешканець планети має ознаки анемії.





# ГЕМАТОЛОГІЯ

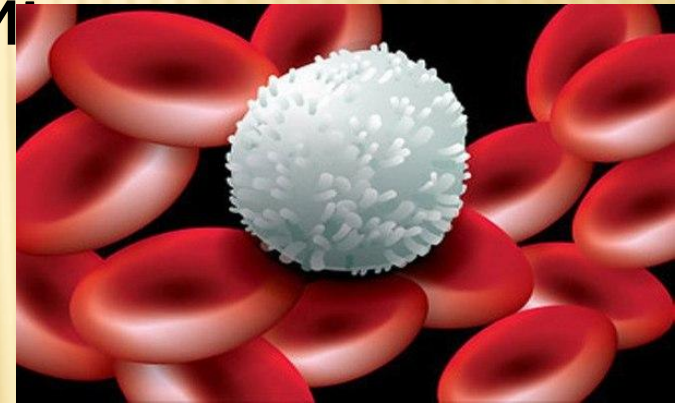
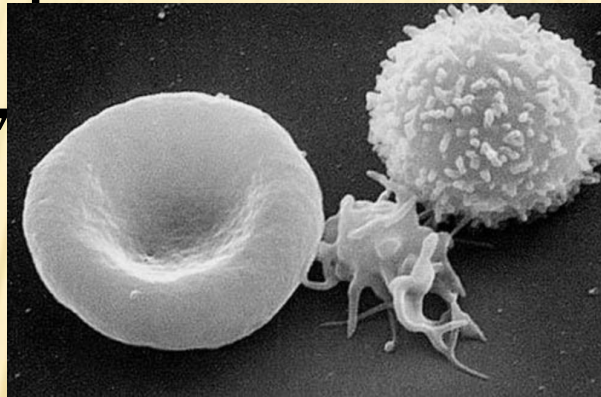


- Розділ терапії, що вивчає хвороби крові і кровотворення.
- Переважна більшість хвороб крові є тяжкими захворюваннями.
- Супроводжуються значними порушеннями імуногенезу. Зниженням, або майже повною втратою імунного захисту організму.

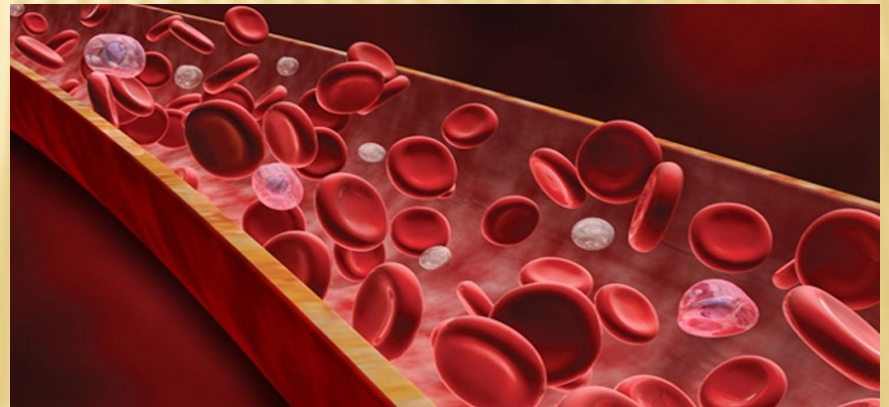
# КРОВОТВОРНА СИСТЕМА

рідка частини знаходиться в судинному руслі й містить формені елементи

- еритроцити,
- лейкоцити,
- тромбоцити



Клітини складають 40% об'єму крові,  
плазма – 60%.

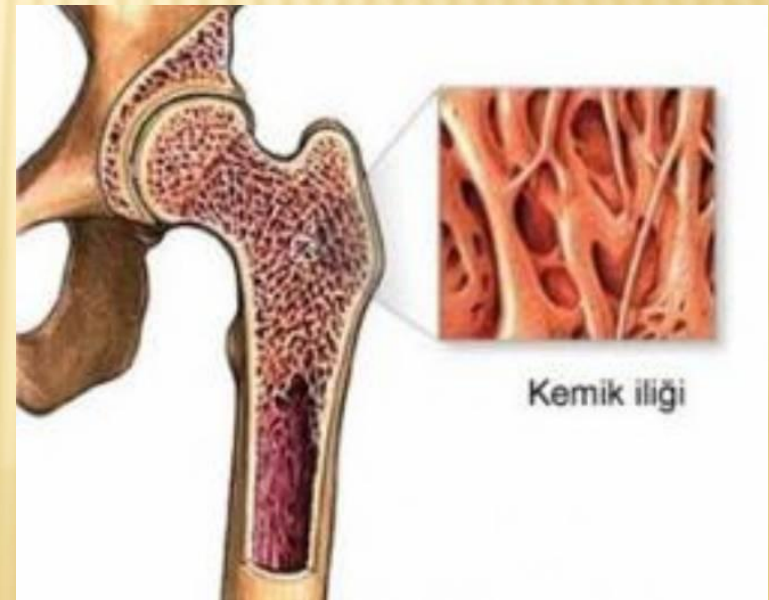
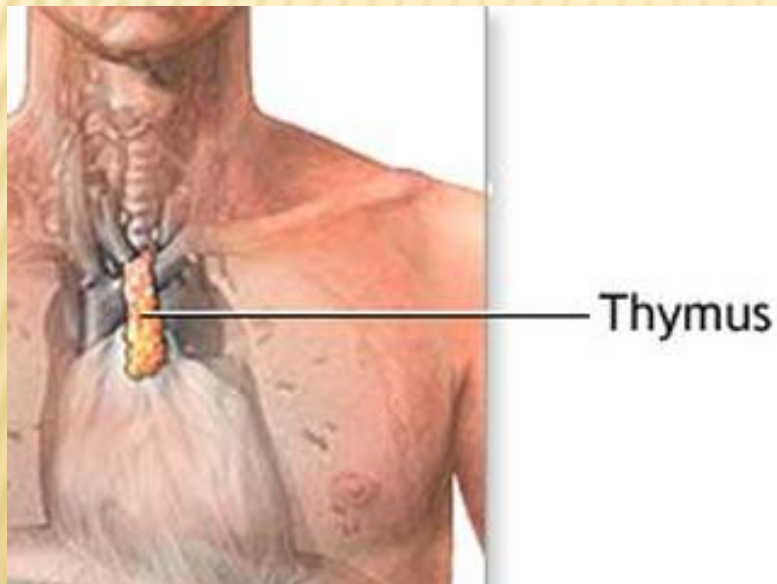




# КРОВОТВОРНА СИСТЕМА

центральна

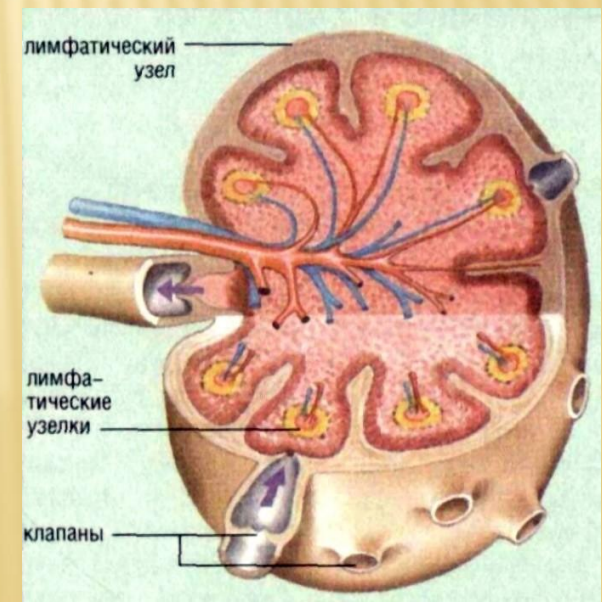
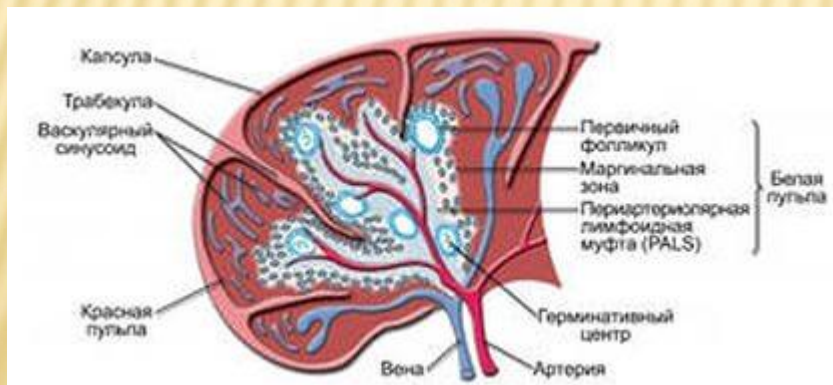
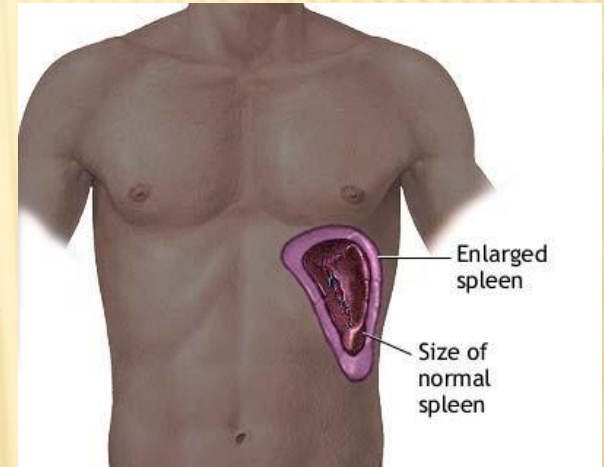
- ❑ КІСТКОВИЙ МОЗОК
- ❑ тимус - загруднинна, або вилочкова залоза



# КРОВОТВОРНА СИСТЕМА

периферична

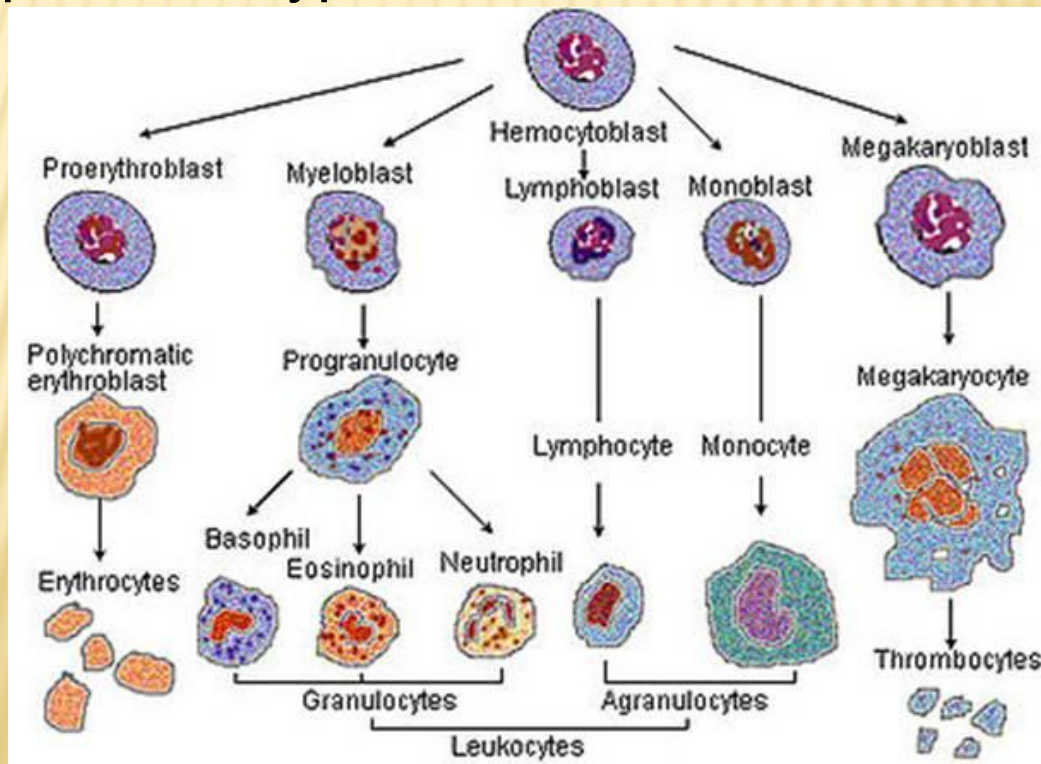
- селезінка,
- лімфатичні вузли,
- скупчення лімфоїдної тканини травної та дихальної систем.

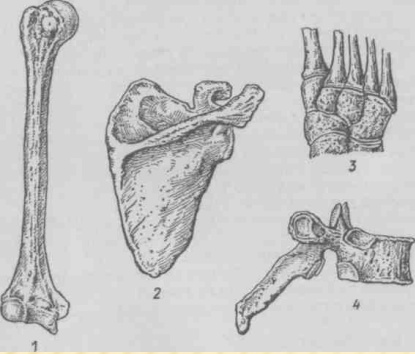




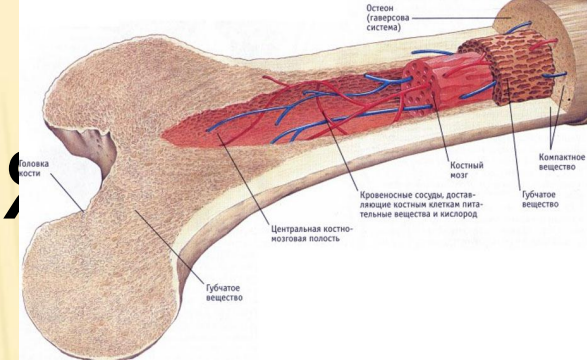
# ПРОЦЕС КРОВОТВОРЕННЯ

- це багатостадійний процес клітинної диференціації, що закінчується формуванням зрілих клітин крові, які мають різні функції.
- Родоначальницею всіх формених елементів вважається кровотворна стовбура клітина.





# КРОВОТВОРЕННЯ



Основним центром кровотворення є червоний кістковий мозок.

- ❑ Червоний (діяльний) - у плоских і трубчастих кістках (череп, ребра, груднина, хребці, ключиці, епіфізи довгих кісток).
- ❑ Жировий (недіяльний) - в діафізах трубчастих кісток.
- ❑ При посиленому кровотворенні (анемії, лейкози та ін.) маса діяльного кісткового мозку збільшується за рахунок зменшення жирового.

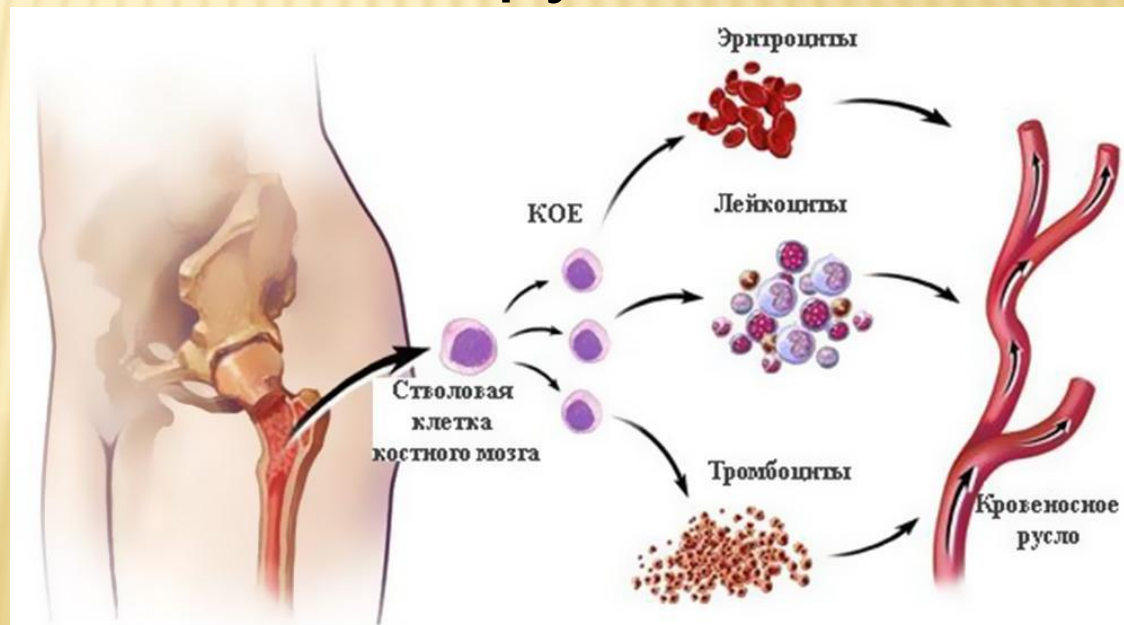


# КРОВОТВОРЕННЯ

- У периферичній крові здорової людини можна знайти лише зрілі клітини.
- Формені елементи продукуються кістковим мозком і там диференціюються до зрілих.
- Лімфоцити дозрівають у лімфоїдних органах (тимус, лімфовузли, скупчення лімфоїдної тканини травного каналу й дихальних шляхів, селезінка).

# КЛАСИФІКАЦІЯ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

- I – анемії,
- II – гемобластози, або пухлини кровотворних органів,
- III – геморагічні діатези - порушення згортання крові.





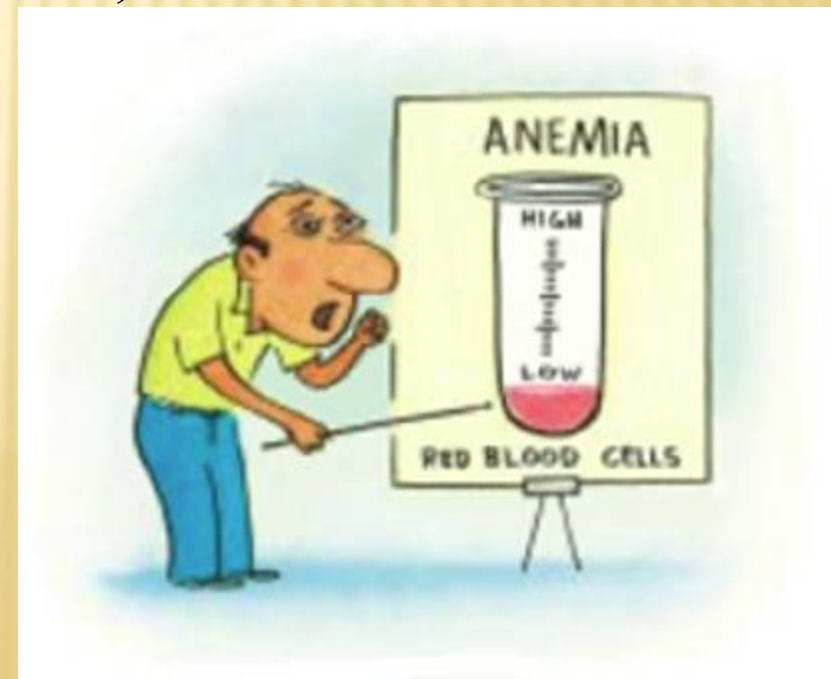
# ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ

| Название показателя,<br>единица измерения | Показатели, принятые за норму |                        |
|---|-------------------------------|------------------------|
|   | Небеременные                  | Беременные*            |
| Цветовой показатель                       | 0,85–1,05                     |                        |
| Ретикулоциты, %                           | 2–12                          | Может повышаться до 25 |
| Лейкоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$          | 4,0–8,8                       | Могут возрастать до 15 |
| Нейтрофилы<br>палочкоядерные              | 1–6                           | Могут возрастать до 10 |
| Нейтрофилы<br>сегментоядерные             | 47–72                         | Могут возрастать до 80 |
| Эозинофилы                                | 0,5–5                         | Могут исчезать         |
| Базофилы                                  | 0–1                           |                        |
| Лимфоциты                                 | 19–37                         | Могут снижаться до 5   |
| Моноциты                                  | 3–11                          | Могут возрастать до 20 |
| Тромбоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$         | 180–320                       | Могут снижаться до 150 |
| СОЭ, мм/ч                                 | 2–15                          | Может повышаться до 50 |

# АНЕМІЇ

## ОДНА З НАЙВАЖЛИВІШИХ ПРОБЛЕМ СУЧАСНОЇ ГЕМАТОЛОГІЇ

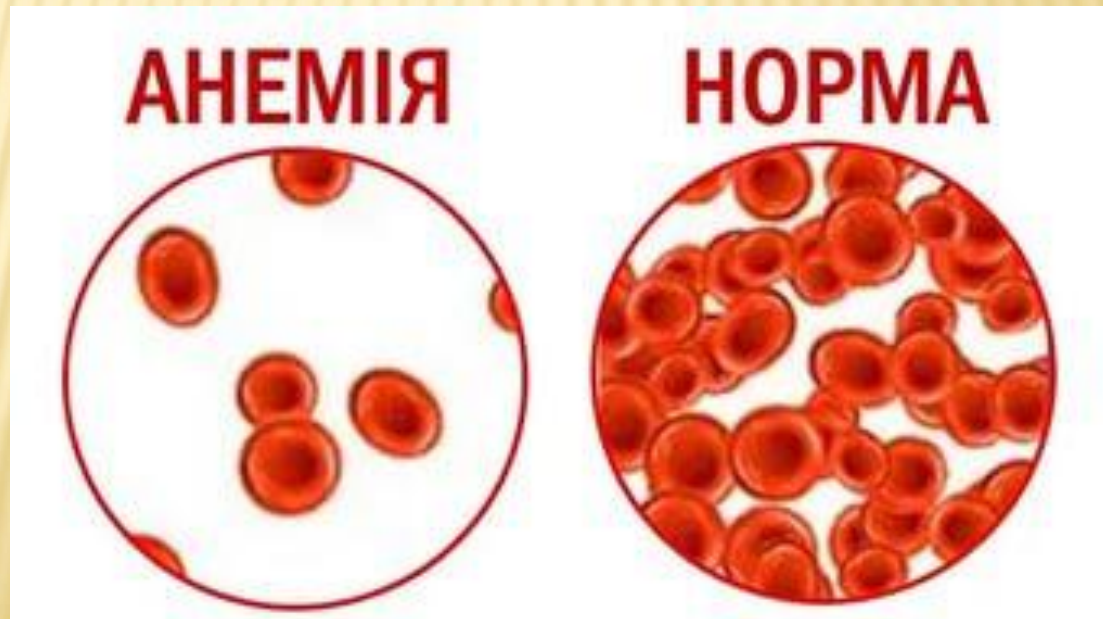
- ❑ нерациональне харчування,
- ❑ велика кількість хронічних захворювань.
- ❑ несвоєчасність звертання за допомогою,
- ❑ тяжкі ускладнення,
- ❑ труднощі діагностування та лікування,
- ❑ тривала непрацездатність.





# АНЕМІЇ

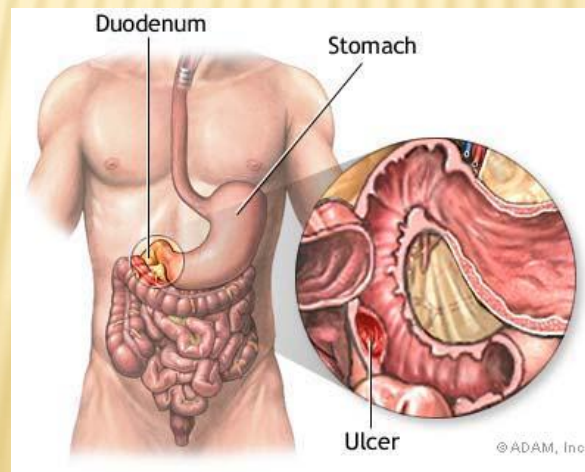
- патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові. Анемії мають переважно вторинний характер.



# КЛАСИФІКАЦІЯ АНЕМІЙ

## I. Анемії внаслідок крововтрати (постгеморагічні)

- гостра;
- хронічна.

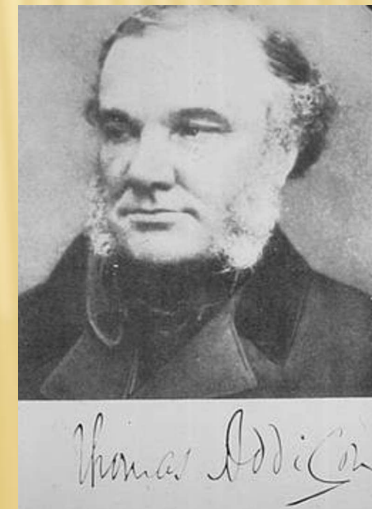




# КЛАСИФІКАЦІЯ АНЕМІЙ

## II. Анемії внаслідок порушення кровотворення (гіпопластичні)

- залізодефіцитні анемії (спадкові, набуті);
- В12(фолієво)-дефіцитні (перніціозна, мегалобластна, хвороба Аддісона-Бірмера).



# КЛАСИФІКАЦІЯ АНЕМІЙ

## III. Анемії внаслідок

**посиленого кроворуйнування (гемолітичні)**

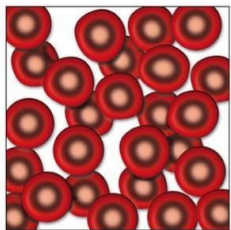
- **спадкові;**
- **талассемії;**
- **анемії при нестабільних гемоглобінах;**
- **автоімунні;**
- **симптоматичні (отруєння гемолітичною отрутою, солями важких металів, переливання несумісної крові).**



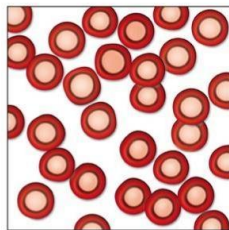
# ЛАБОРАТОРНА КЛАСИФІКАЦІЯ АНЕМІЙ

## За кольоровим показником

- нормохромна (кольоровий показник 0,85-0,9);
- гіперхромна (кольоровий показник 1,0-1,2 );
- гіпохромна (кольоровий показник  $\leq 0,80$ )

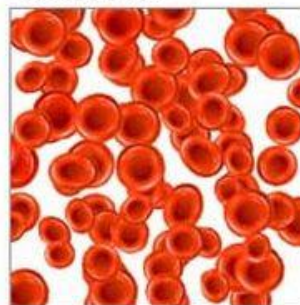


Нормальные эритроциты

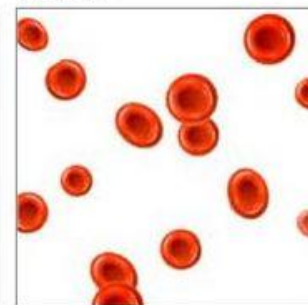


Эритроциты при железодефицитной анемии

Нормальная концентрация эритроцитов



Анемия



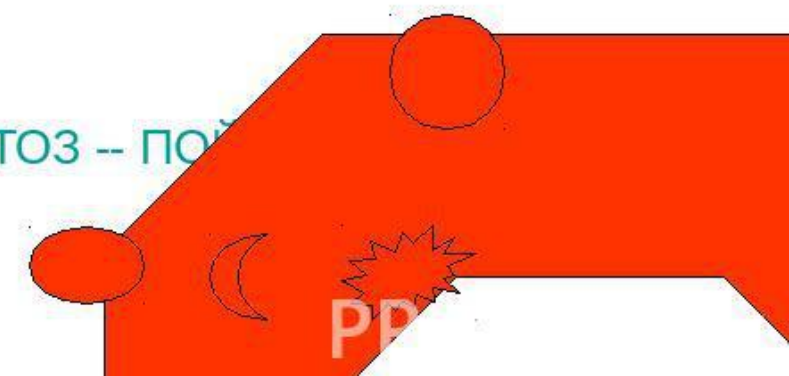
# ЛАБОРАТОРНА КЛАСИФІКАЦІЯ АНЕМІЙ

## За розміром еритроцитів

- нормоцитарна – діаметр еритроцитів 7-8 мкм;
- макроцитарна – діаметр еритроцитів більше ніж 8-9 мкм;
- мегалоцитарна – діаметр еритроцитів більше ніж 12 мкм;

### ТЕРМИНОЛОГИЯ

- НОРМОЦИТОЗ, МИКРОЦИТОЗ, МАКРОЦИТОЗ
- НОРМОХРОМИЯ, ГИПО-, ГИПЕРХРОМИЯ
- НОРМОЦИТОЗ -- ПО...





# ЛАБОРАТОРНА КЛАСИФІКАЦІЯ АНЕМІЙ

## За тяжкістю перебігу

- легкий ступінь – Ер більше  $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв  $100 \text{ г/л}$ ; Нв більше  $90 \text{ г/л}$ .
- ступінь середньої тяжкості – Ер  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$  -  $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв  $70 - 90 \text{ г/л}$ .
- тяжкий ступінь – Ер менше ніж  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв менше  $70 \text{ г/л}$ .

# КЛАСИФІКАЦІЯ АНЕМІЙ

## ВИДЫ АНЕМИИ







# ПОСТГЕМОРАГІЧНІ АНЕМІЇ

- розвивається внаслідок крововтрати.

## Етіологія:

- ерозії, виразки органів і тканин;
- травма, поранення, хірургічні операції;
- руйнування пухлиною кровоносних судин;
- варикозне розширення вен стравоходу, шлунку, гемороїдальних вузлів тощо;
- кровотечі: носова, шлункова, кишкова, маткова, пологова тощо.



# ГОСТРА ПОСТГЕМОМОРРАГІЧНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

Зовнішня кровотеча з внутрішніх органів:

- криваве блювання (червона кров із стравоходу, або кольору „кавова гуща" з шлунка),
- кров у харкотинні (яскраво-червона піна),
- кров у сечі (кривава сеча, макрогематурія),
- кров у калі (мелена при кровотечі із шлунка і тонкого кишечника).

Кров при розриві селезінки, печінки, при травмі грудної клітки буде накопичуватись у черевній або грудній порожнинах - своєчасно виявити важко.



# ГОСТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

## *Скарги*

- на наростаючу загальну слабкість, втомлюваність,
- шум у вухах,
- запаморочення,
- потемніння в очах, миготіння „мушок” перед очима,
- головний біль,
- задишку,
- серцебиття при незначному фізичному навантаженні,
- зниження апетиту, сухість в роті, нудоту,
- іноді - позиви на блювання.
- Якщо втрата перевищує 25-30% об'єму циркулюючої крові, розвивається клініка шоку або колапсу.

# ГОСТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

## *При огляді*

- неспокій, при поглибленні шоку - загальмованість,
- можливі розлади свідомості.
- шкірні покриви та слизові оболонки бліді, іноді з ціанозом;
- "запустівання" периферичних вен (симптом „пустих судин”).
- шкіра вкрита холодним липким потом,

## Об'єктивно

- температура знижена,
- дихання поверхневе, часте;
- пульс частий, малого наповнення та напруження;
- артеріальний тиск знижений
- тони серця гучні.

| Степень кровопотери | Гемоглобин, г/л | Эритроциты, ( $\cdot 10^{12}$ /л) | Гематокрит, % |
|---------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|
| Легкая              | до 100          | до 3                              | до 35         |
| Средняя             | до 80           | до 2,5                            | до 25         |
| Тяжелая             | до 50           | до 2                              | до 20         |
| Очень тяжелая       | менее 50        | менее 2                           | менее 20      |



# ГОСТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

*Основні клінічні синдроми:*

- - анемічний;
- - гострої судинної недостатності (шок, кола

## **Додаткові методи обстеження**

Загальний аналіз крові:

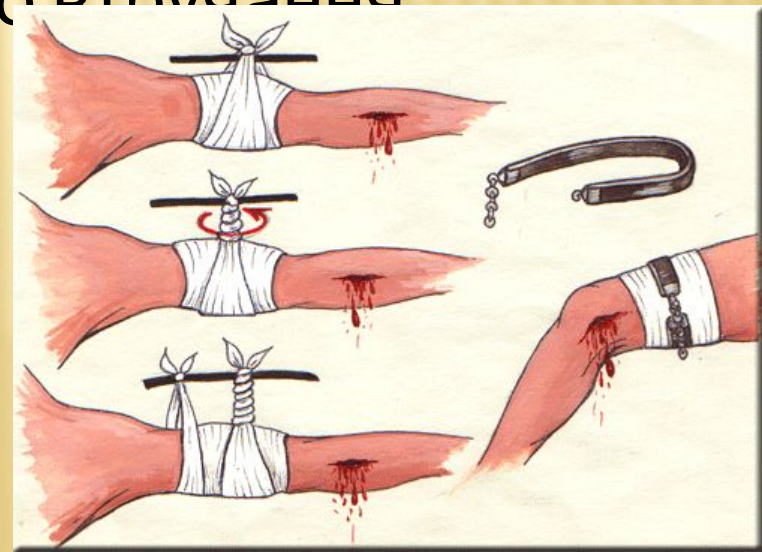
- в перші дні анемія відсутня, внаслідок виходу крові з депо
- на 2-3 день вміст еритроцитів і гемоглобіну знижується, зменшується показник гематокриту.
- з 3-7 дня з'являються ознаки активації еритропоезу - ретикулоцитоз.
- нормохромна, нормоцитарна





# ТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

1. Пацієнту надати лежачого положення.
2. Фізичний та психічний спокій.
3. Зупинка кровотечі: туга пов'язка, пальцеве притискання артерій або накладання кровоспинного джгута. Холод. В максимально короткий термін доставити в лікувальний заклад для проведення оперативного втручання.





# ГОСТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

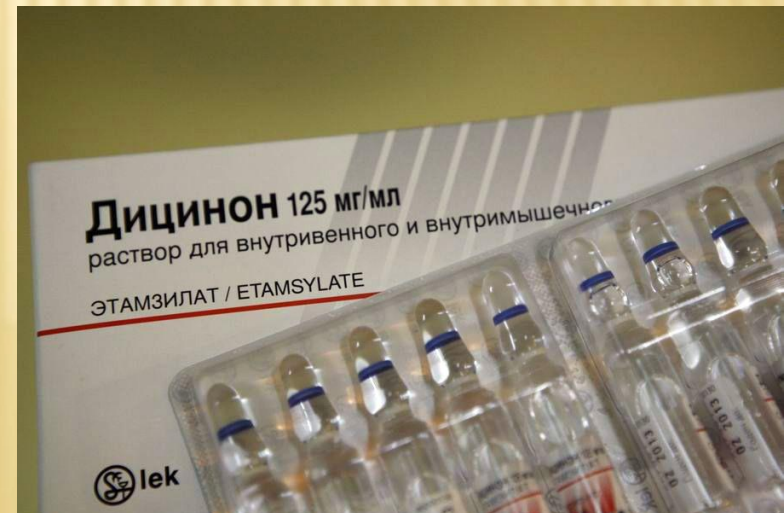
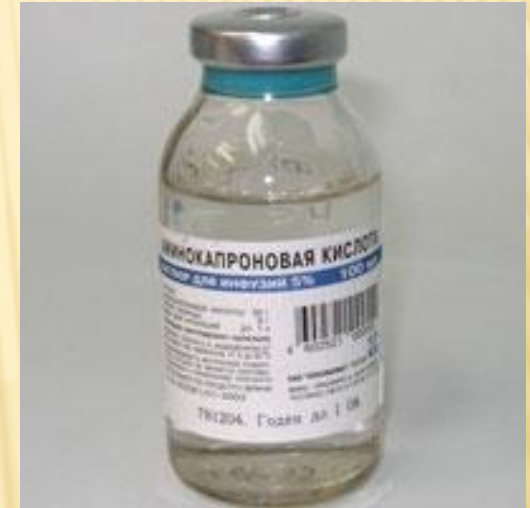
- Для корекції водного балансу вводять ізотонічний розчин натрію хлориду, 5 % розчин глюкози, розчин Рінгера-Локка. Показання до початку інфузійної терапії - зниження систолічного АТ нижче 90 мм рт. ст. Контроль діурезу та водного балансу.
- Гемотрансфузія.
- Під час колапсу вводять мезатон, норадреналін, кордіамін.
- В гострий період **протипоказані** препарати



# ГОСТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

Кровозупинні:

- амінокапронова кислота;
- кальцію хлорид
- вікасол;
- вітамін С,
- дицинон (етамзилат);





# ГОСТРА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ.

- ▣ **Перебіг.** При вчасному та ефективному лікуванні кровотворний процес повністю відновлюється через 4-5 тижнів.
- ▣ **Ускладнення.** Втрата крові в кількості більше 30% від ОЦК призводить до летальних наслідків, особливо, коли ослаблений організм.
- ▣ 75 % анемій може перейти у хронічну форму.
- ▣ Значна крововтрата зумовлює гіпохромну анемію.

# ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ЕТІОЛОГІЯ.

- ▣ - шлункові кровотечі;
- ▣ - гемороїдальні кровотечі;
- ▣ - маткові кровотечі;
- ▣ - легеневі кровотечі;
- ▣ - глистяні інвазії.





# ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

## Клініка основного захворювання.

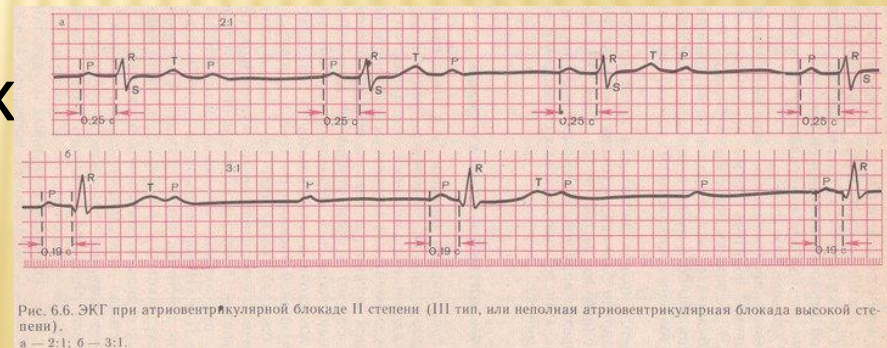
### Основні клінічні синдроми:

- -анемічний;
- - серцево-судинний;
- - астеновегетативний
- -сидеропенічний.



# ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ.

- Загальний аналіз крові: гіпохромна анемія (зменшення кількості еритроцитів, зниження Hb, КП).
- Визначення рівня заліза (у нормі 13 – 32 мкмоль/л).
- ЕКГ.
- Різні види ендоскопічних досліджень.





# ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

Лікування основного захворювання.

Дієта збагачена залізом: печінка, телятина, гранат, петрушка, горох, шпинат, курага, чорнослив, родзинки, гречка, хліб, яблука, мед; обмежити чай.

## ИСТОЧНИКИ ЖЕЛЕЗА

| ПРОДУКТ        | СОДЕРЖАНИЕ ЖЕЛЕЗА В 100 Г |
|----------------|---------------------------|
| Сушеные грибы  | 35 мг                     |
| Говяжья печень | 20 мг                     |
| Какао          | 11,7 мг                   |
| Зеленая фасоль | 7,9 мг                    |
| Земляника      | 7,8 мг                    |
| Черника        | 7 мг                      |
| Крольчатина    | 4,4 мг                    |
| Говядина       | 2,5 мг                    |
| Яйцо           | 1,5 мг                    |
| Морковь        | 0,7 мг                    |

# ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

- кровозупинні: амінокапронова кислота; кальцію хлорид; вікасол; дицинон; вітамін С.
- препарати заліза (феррум-лек, тотема, ферроплекс, фенюльс, гемостимулін)





# **ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ. ПРОФІЛАКТИКА.**

- своєчасне та якісне лікування первинних захворювань;
- уникнення гострої крововтрати;
- повноцінне харчування з достатнім вмістом заліза.

# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ.

- - анемія через недостатність заліза в сироватці крові, кістковому мозку, депо (печінці, селезінці), внаслідок чого порушується утворення гемоглобіну та еритроцитів.
- ЗДА - складає 80% усіх анемій. Страждають 7-11% жінок високорозвинених країн. Прихований дефіцит заліза - у 20-25% дорослого населення.
- ЗДА може розвиватися з дитячого віку - при недоношеності, багатоплідній вагітності, а також у разі відмови дитини від їжі.
- В організмі здорової людини міститься 4-5 г заліза.
- У плазмі *крові* концентрація заліза - 12,5 - 30 мкмоль/л (0,1% від загальної кількості заліза в організмі). Щодоби в плазму надходить 1-2 мг заліза, яке використовується кістковим мозком.



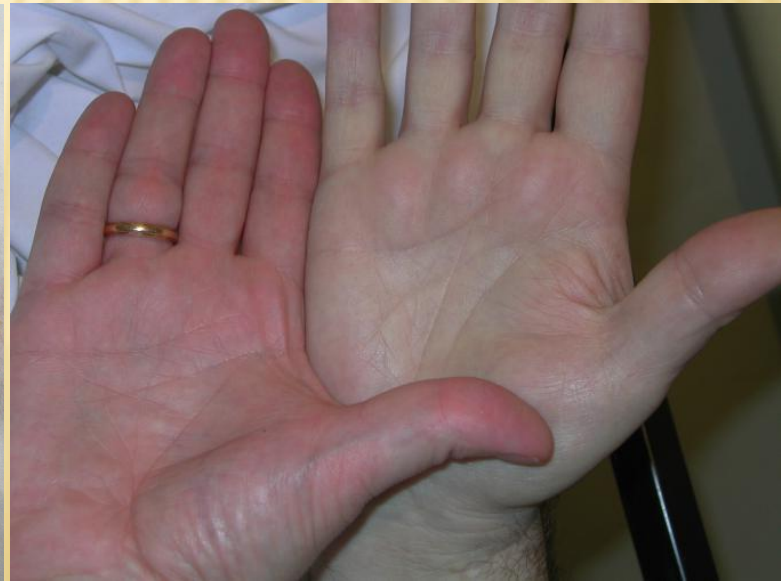
# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЕТІОЛОГІЯ.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

## Анемічний синдром

- блідість шкіри та слизових оболонок;
- скарги на загальну слабкість, запаморочення,
- втомлюваність;
- задишка при фізичних навантаженнях.





# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

## Серцево-судинний синдром

- ❑ тахікардія, гіпотонія;
- ❑ серцебиття,
- ❑ біль у ділянці серця,
- ❑ задишка.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

## □ Ознаки дефіциту заліза (сидеропенічний синдром):

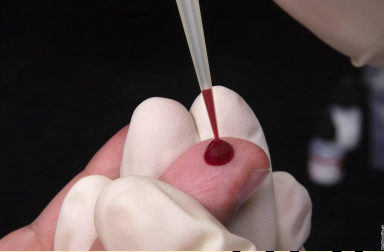
- спотворення смаку (бажання їсти крейду, землю);
- випадіння, ламкість волосся;
- ламкість нігтів, увігнутість;
- “заїди” у кутах рота;
- блакитні склери (зрідка, за тяжкої анемії);
- сухість шкіри;



зик.







# ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| 26                | <b>Fe</b>   |
|                   | ЖЕЛЕЗО      |
|                   | 55,847      |
| 2<br>14<br>8<br>2 | $3d^6 4s^2$ |

- ЗАК: гіпохромна анемія (кольоровий показник  $<0,86$ ); Нв знижений; мікроцитоз еритроцитів (зазвичай у поєднанні з анізо- та поїкілоцитозом);
- зниження сироваткового заліза ( $<12,5$  мкмоль/л);
- - зниження середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті ( $<27$  пг);
- - зниження середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті ( $<33\%$ );
- - зниження середнього об'єму еритроцитів ( $<80$  мкм<sup>3</sup>);
- - зменшення концентрації феритину сироватки ( $<13$  мкг/л);

# Гіпопластичні анемії. Залізодефіцитна анемія. Лікування.

## Продукты, богатые железом



Капуста



Красная капуста



Морская капуста



Грибы сушеные



Соевые бобы



Чечевица



Горох



Фасоль



Овсяные хлопья



Гречка



Тыквенные семечки



Миндаль



Чернослив



Шиповник



Яблоки



Черника

рекомендовані відвари  
або настої плодів:

- ❑ шипшини,
- ❑ бузини,
- ❑ чорної смородини,
- ❑ листя суниці,
- ❑ череди,
- ❑ кропиви.

**Улучшает усвоение:** витамин С и другие органические кислоты, содержащиеся в овощах и фруктах; замачивание и проращивание бобовых перед приготовлением.

**Затрудняет усвоение:** кальций, кофе, чай (в том числе травяные).



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

- Продукти, які містять сполуки, що пригнічують абсорбцію заліза, слід розділити за часом:
  1. чай,
  2. кава,
  3. консервовані продукти,
  4. зернові,
  5. молоко та молочні продукти.

# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

## Препарати заліза

- сорбіфер, гіно-тардиферон.
- тотема, фенюльс.
- ферроплекс, Гемотрансфузія.





# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

## Побічні ефекти пероральних препаратів заліза:

- нудота;
- біль в епігастральній ділянці;
- діарея;
- закріп;
- нетяжкі алергічні реакції (шкірні висипи тощо).

Нормалізація вмісту Hb не є основою для припинення лікування. Необхідна тривала підтримуюча терапія малими дозами того самого препарату.

# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

- Під час ремісії - кліматичні гірські курорти.  
Понижений барометричний тиск стимулює  
кровотворення.

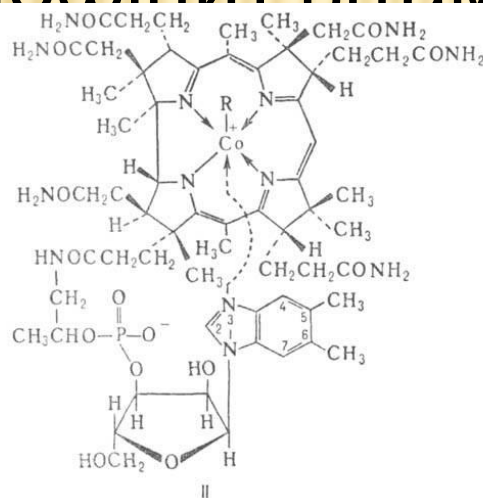




# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ.

## В12-фолієводефіцитна анемія (мегалобластна, перніціозна - злоякісна, Аддісона-Бірмера)

- анемія зумовлена порушенням процесу синтезу ДНК та РНК, що виникає через дефіцит вітаміну В12 і фолієвої кислоти.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ.

- Частіше це захворювання спостерігається у осіб літнього віку. У 1925 році Майнот та Мерфі виявили терапевтичний ефект сирої печінки, хвороба перестала бути невиліковною.
- В нормі запаси вітаміну В12 в організмі дорослої людини становлять 3,5-11,0 мг.
- Печінка - основний орган депонування ціанкобаламіну.
- Втрата вітаміну з сечею та калом на добу становить 2-5 мг.
- Добова потреба у вітаміні - 3-7 мг.
- Із їжі всмоктується тільки частина ціанкобаламіну.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЕТІОЛОГІЯ.

- дефіцит внутрішнього фактору Кастла, необхідного для всмоктування вітаміну В12 (після резекції або видалення шлунку, при атрофічному гастриті);
- порушення процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки);
- недостатній вміст вітаміну В12 у їжі (відмова від тваринних продуктів);
- інвазія широкого стьожка;
- радіаційне опромінення;
- спадковість;
- вагітність.

# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

Синдроми:

- Анемічний,
- Астено-вегетативний,
- Неврологічний,
- Шлунково-кишковий.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

- Хвороба починається непомітно, з анемічного синдрому.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

## Ураження нервової системи

- відчуття повзання „мурашок”,
- затерплість,
- пощипування або кольки у кінцівках, особливо у кінчиках пальців,
- відчуття холоду чи напруги,
- прострілюючий біль в кінцівках;
- у розгорнутій стадії захворювання - хода хитка, параліч нижніх кінцівок, порушення смаку, нюхові галюцинації, маніакально-депресивний синдром, атонія сечового міхура (фунікулярний мієлоз);
- розлад функції ОМТ.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

Ураження кишково-шлункового тракту

- язик сухий, болючий, з тріщинами, через атрофію сосочків – “лакований” язик
- шлункова та кишкова диспепсія;
- відраза до їжі;
- схуднення.

# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. КЛІНІКА.

- Лимонно-жовтий колір шкіри, склери субіктеричні



# **В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ**

- ❑ **ЗАК:** макроцитоз, еритропенія, гіперхромія (КП підвищен), лейкопенія, тромбоцитопенія, ШОЕ підвищена, тільця Жоллі, кільця Кебота.
- ❑ **БАК:** кількість заліза у нормі, іноді підвищений непрямий білірубін
- ❑ Визначення вмісту вітаміну В12 (знижується до 50 пг/мл і нижче)
- ❑ Гастродуоденоскопія
- ❑ Колоноскопія
- ❑ Стернальна пункція

# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

- Дієта багата вітаміном В12 (м'ясо, печінка, нирки, сир, молоко).
- При задишці – обмеження фізичних навантажень, перебування на свіжому повітрі, доступ свіжого повітря.
- При болючості та печінні язика – теплі полоскання, змащування язика вершковим маслом.
- При порушенні ходи – допомога в пересуванні.
- Зігрівання кінцівок.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ЛІКУВАННЯ.

Медикаментозне лікування:

- ціанокобаламін 500 мг 1 раз на добу 6 тижнів, потім 1 раз в тиждень;
- фолієва кислота по 15мг/добу курсами по 6-10 днів;
- гастромукопротеїн;
- дегельмінтизація;
- панкреатин, збалансоване харчування.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ.

## 2-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ.

### ПРОФІЛАКТИКА.

Первинна:

- Вживання достатньої кількості фруктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, брокколі, капуста, картопля, помаранчі, диня тощо) у сирому вигляді (оскільки під час термічної обробки більша частина фолатів втрачається).
- Прийом великої дози фолієвої кислоти (3-5 мг/добу), упродовж усієї вагітності якщо жінка постійно приймає антиконвульсанти або інші антифолієві засоби (сульфасалазин, тріамтерен, зидовудин, ін.).
- Необхідний також контроль за показниками крові при проведенні лікарської терапії препаратами-антагоністами фолієвої кислоти (метотрексат), протисудомними, протитуберкульозними засобами та інші.



# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ПРОФІЛАКТИКА.

## Вторинна

- Після нормалізації показників крові вітамін В12 вводиться один раз на тиждень по 500 мг на протязі трьох тижнів, потім в цій же дозі 1 раз в два тижні на протязі року з двохмісячною перервою (20 ін'єкцій на рік). Такий же профілактичний курс проводиться щорічно після гастроектомії.

# ГІПОПЛАСТИЧНІ АНЕМІЇ. В12-ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ. ПРОФІЛАКТИКА.

## Диспансерний нагляд

- гематолог і дільничний терапевт.
- загальний аналіз крові кожні 2-3 місяці з підрахунком ретикулоцитів і тромбоцитів.
- фіброгастроскопія 1 раз на рік.



# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ

- анемічні стани, які виникають внаслідок посиленого руйнування еритроцитів (гемоліз).

# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. ЕТІОЛОГІЯ.

- екзоеритроцитарна (токсичні, інфекційні, імунні);
- ендоеритроцитарна (патологія мембран, ферментів, порушення синтезу і структури ланцюгів гемоглобіну).



# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. КЛАСИФІКАЦІЯ.

## I. Спадкові

- 1. Спадковий мікросфероцитоз, або хвороба Мінковського-Шоффара (зумовлений дефектом мембрани).
- 2. Ензимопатії (несфероцитарні гемолітичні анемії).
- 3. Гемоглобінопатії (пов'язані з патологічними гемоглобінами):
  - а) серпоподібноклітинні;
  - б) таласемія - хвороба Кулі.

# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. КЛАСИФІКАЦІЯ.

## II. Набуті

- 1. Імунні: гемолітична хвороба новонароджених, після переливання несумісної крові, медикаментозні, автоімунні.
- 2. Пароксизмальна нічна гемоглобінурія (хвороба Маркіафа-Мікелі).
- 3. Зумовлені хімічними пошкодженнями: свинцем, кислотами, дефіцитом вітаміну E.
- 4. При механічному ушкодженні еритроцитів (маршова гемоглобінурія, при гемодіалізі, протезуванні клітинних клапанів).
- 5. Гемолітико-уремічно-тромбоцитопенічний синдром Гассера.



# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. КЛІНІКА.

- Анемічний синдром.
- Постійний симптом - гемолітична жовтяниця. Пізніше з'являються носові кровотечі.
- Збільшення селезінки.
- Схильність до утворення каменів у жовчному міхурі.

# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. КЛІНІКА.

## Гемолітичні кризи

- підвищення температури тіла,
- посилення іктеричності,
- наростання анемії,
- біль у ділянці селезінки,
- збільшення непрямого білірубіну в крові,
- появою уробіліну в сечі.



# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. КЛІНІКА.

*Основні клінічні синдроми:*

- анемічний;
- спленомегалічний;
- ураження гепатобіліарної системи;

# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ.

## Загальний аналіз крові

- анемія,
- мікросфероцитоз,
- ретикулоцитоз,

## Проба Кумбса

- зниження осмотичної резистентності еритроцитів.



# ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ. ЛІКУВАННЯ.

- 1. Спленектомія (при вираженій анемії, частих гемолітичних кризах, нападах печінкових кольок, гіперспленізмі).
- 2. Глюкокортикоїди застосовують у період кризів (преднізолон).
- 3. Для попередження утворення камінців у жовчовивідних шляхах - жовчогінні, спазмолітичні засоби, дуоденальні зондування, „сліпе зондування“.
- 4. Ціанокобаламін внутрішньом'язово - перетворює мегалобластичний тип кровотворення в еритробластичний (оксикобаламін, ціанокобаламін, гідрооксикобаламін).

# ЛЕЙКОЗ (ЛЕЙКЕМІЯ, ГЕМОБЛАСТОЗ)

- ▣ **Хвороби крові найбільш небезпечні своїми наслідками. Клінічні спостереження свідчать про прогресування захворювань крові в Україні, особливо після аварії на ЧАЕС. Відзначається також збільшення генних і хромосомних хвороб в Україні.**

# ЛЕЙКОЗ (ЛЕЙКЕМІЯ, ГЕМОБЛАСТОЗ)

- ▣ **За даними ВООЗ за останні 20 років в усіх країнах світу захворюваність лейкозом значно підвищилась. Пухлинні захворювання кровотворної та лімфоїдної тканини мають тяжкі ускладнення, певні труднощі діагностування, лікування, догляду.**

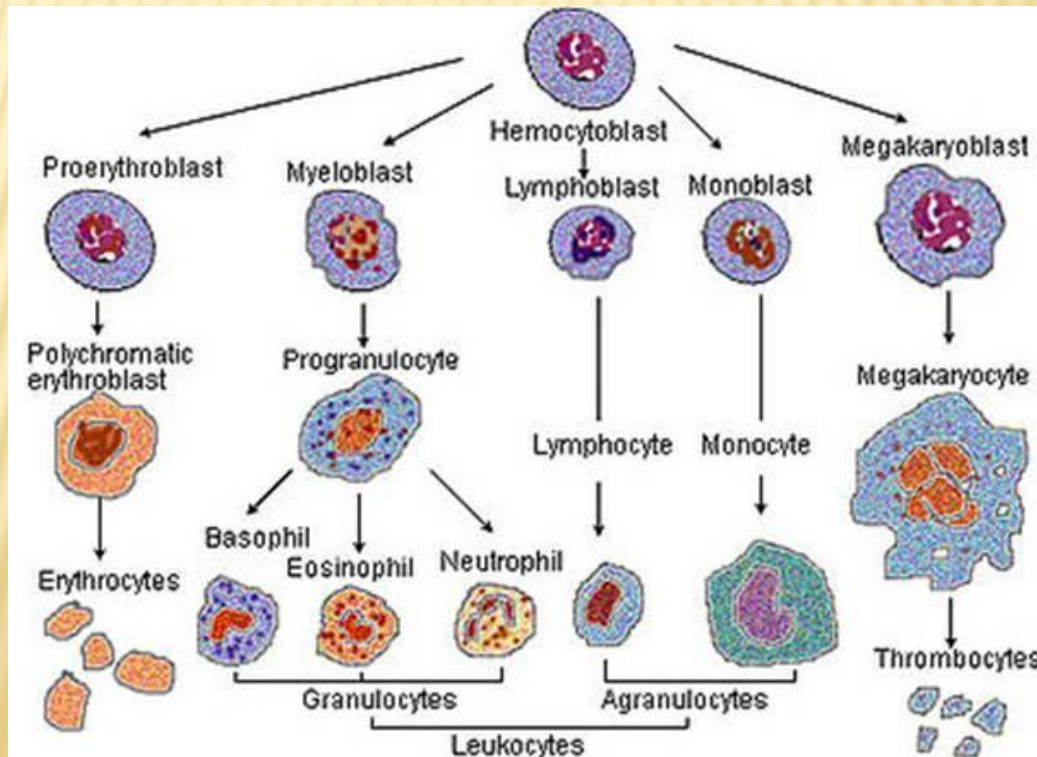


# ЛЕЙКОЗ (ЛЕЙКЕМІЯ, ГЕМОБЛАСТОЗ)

- – пухлини із кровотворної тканини з первинною локалізацією в кістковому мозку.

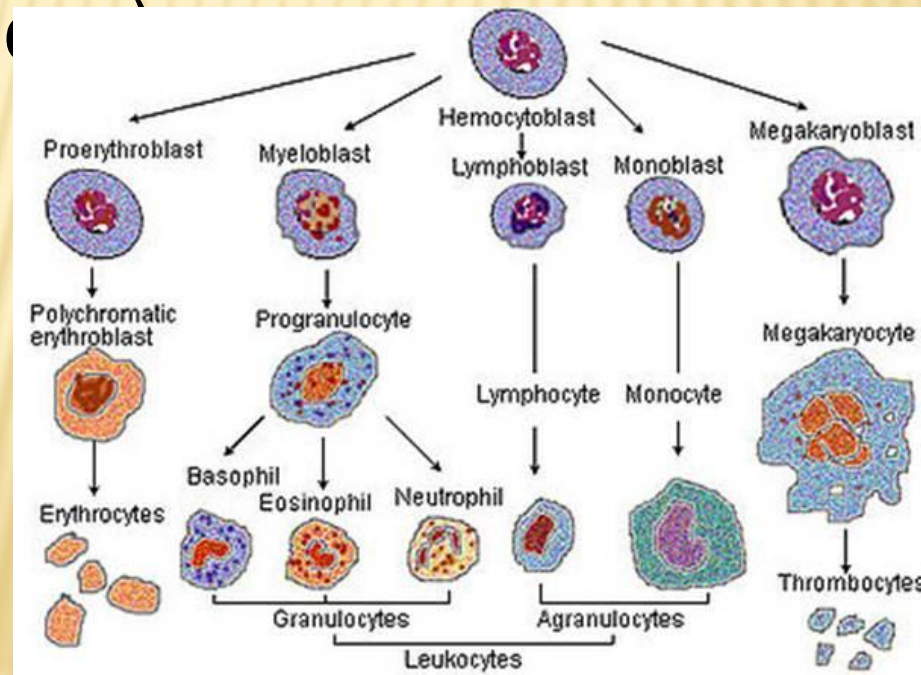
# ЛЕЙКОЗ (ЛЕЙКЕМІЯ, ГЕМОБЛАСТОЗ)

- Пухлинні (недеференційовані) клітини виходять у периферичну кров, викликаючи лейкемію як провідний симптом хвороби.



# ЛЕЙКОЗ (ЛЕЙКЕМІЯ, ГЕМОБЛАСТОЗ)

- Назви окремих форм лейкозів відповідають типу клітин-попередниць, тобто тих, з якими лейкозні клітини мають аналогічні стабільні загальні ознаки (мієлобласти, лімфобласти, монобласти, мегакариобласти).





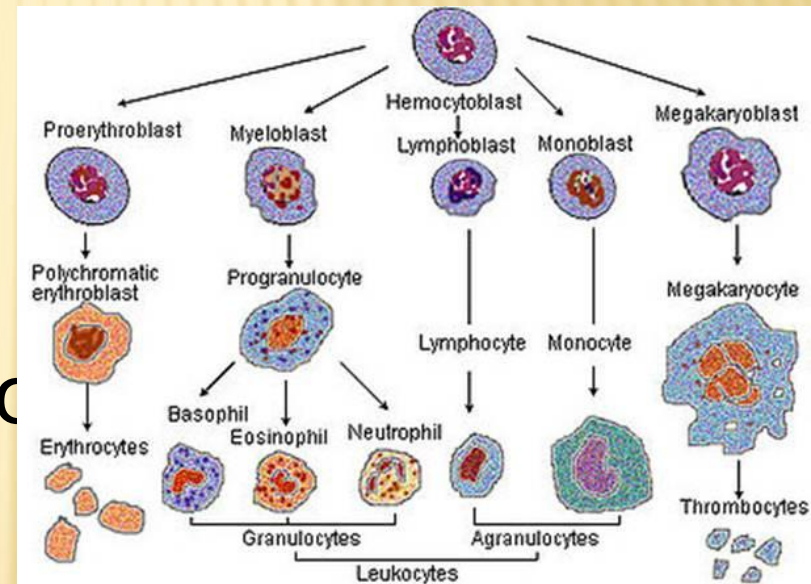
# ЛЕЙКОЗ. ЕТІОЛОГІЯ.

- іонізувальне випромінювання;
- радіоактивні речовини;
- спадковість;
- імунна недостатність;
- ендогенна;
- хімічна;
- віруси.

# ЛЕЙКОЗ. КЛАСИФІКАЦІЯ.

## Гострий

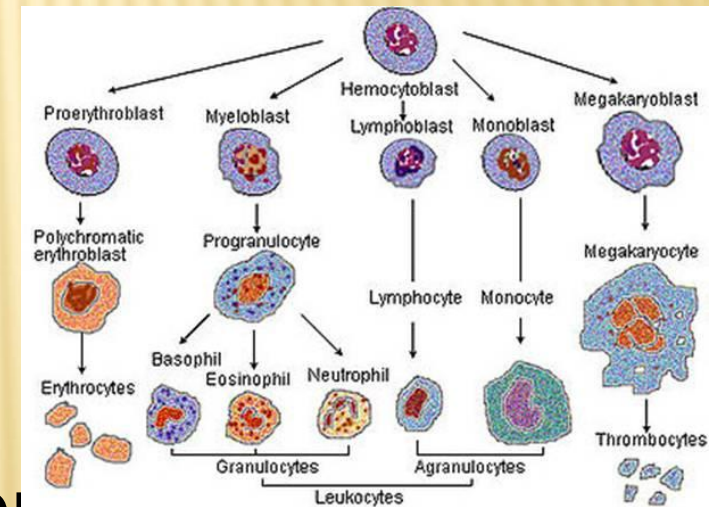
- Мієлобластний лейкоз
- Монобластний лейкоз
- Еритромієлоз
- Промієлоцитарний лейкоз
- Лімфобластний лейкоз
- Недеференційований лейкоз



# ЛЕЙКОЗ. КЛАСИФІКАЦІЯ.

## Хронічний

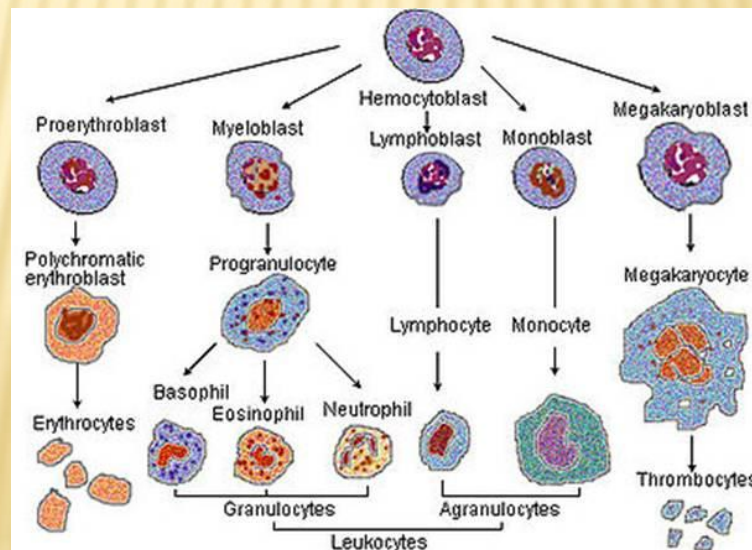
- Хронічний мієлолейкоз
- Хронічний моноцитарний лейкоз
- Сублейкемічний мієлоз
- Еритремія
- Хронічний лімфолейкоз
- Мієломна хвороба;
- Макроглобулінемія Вальденстрема





# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ

- – злоякісна пухлина, що первинно уражує кістковий мозок і морфологічним субстратом якої є баластні клітини (бласти).
- Бласти - недиференційовані або мало диференційовані клітини крові.



# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

## Періоди

- 1. *Передлейкоз* - рання стадія гострого лейкозу. Специфічних клінічних ознак не має можлива наявність немотивованої астенії, епізоди субфебрилітету. В мазку червоного кісткового мозку виявляють збільшення кількості бластів до 10% і більше.
- 2. *Початковий період* - характеризується неспецифічною симптоматикою. Наростання тяжкості симптомів відбувається поступово протягом 1-3 місяців, хоча і можливий блискавичний перебіг. Кількість бластних клітин у мієлограмі становить уже десятки відсотків.
- 3. *Період повного розвитку* захворювання (розгорнутий).
- 4. *Період ремісії* - характеризується зменшенням кількості бластних клітин у пунктаті кісткового мозку до 5%. Тривала ремісія більше 5 років є критерієм одужання.
- 5. *Період загострення (рецидиву)*.
- 6. *Термінальний період*. Розвивається резистентність до цитостатичних препаратів, у мієлограмі ознаки бластного кризу, тяжка клінічна симптоматика.

# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

## *Скарги:*

- прогресуюча загальна слабкість, запаморочення,
- біль у горлі (некротична ангіна),
- задишка, проливний піт уночі,
- висока температура тіла, озноб,
- важкість і біль у під ребер ї,
- крововиливи на шкірі, кровоточивість ясен,
- серцебиття,
- біль у кістках, суглобах,
- збільшення л/у.



# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

## *Синдроми*

- ▣ інфекційно-токсичний астеничний*
- ▣ анемічний*
- ▣ лімфопластичний*
- ▣ геморагічний*
- ▣ кістково-суглобовий*
- ▣ гепатолієнальний*
- ▣ виразково-некротичний синдром*
- ▣ нейролейкоз*

# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ.

- Загальний аналіз крові: бластні клітини 95-99%, характерний лейкомічний провал - немає еозінофілів і базофілів; спостерігається анемія, тромбоцитопенія.
- Стернальна пункція. У пунктаті кісткового мозку 80-90% складає клон патологічних мутантних клітин, що витісняє всі інші ростки кровотворення.
- Біопсія лімфовузлів.
- Узд очп

# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. ЛІКУВАННЯ.

- 1. Лікування проводять у стаціонарі.
- 2. Дієта повинна бути висококалорійною.



# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. ЛІКУВАННЯ.

## Медикаментозне

- цитостатики: вінкристин, вінбластин, хлорбутин, циклофосфан,
- ГКС: преднізолон, дексаметазон;
- антиметаболіти: метотрексат, 6меркаптопурин;
- протипухлинні антибіотики: рубоміцин;
- дезінтоксикаційна терапія: ізотонічний розчин, гемодез, альбумін;
- імунотерапія: інтерферон, реаферон;
- лікування анемії;
- лікування геморагічного синдрому: амінокапронова кислота, переливання тромбоцитів,
- лікування інфекційних ускладнень: антибіотики, противірусні;
- симптоматичне лікування.

# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. ЛІКУВАННЯ.

- Трансплантація кісткового мозку.

# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. ЛІКУВАННЯ.

- Контроль і допомога в дотриманні особистої гігієни.
- Профілактика пролежнів – протирання шкіри навколо пролежнів розчином камфорного спирту, 40% розчином етилового спирту, кварцування ураженої ділянки, підкладання гумового круга.
- При ознобі – зігрівання, укутування.
- При гіпертермії – обсушування шкіри рушником, зміна білизни, фізичні методи охолодження.
- При посиленому потовиділенні – перевдягання в суху білизну, обтирання насухо.
- При кровотечах – холод, оптимальне положення тіла, кровоспинні препарати.
- При запамороченні – допомога при пересуванні, ліжковий режим.
- При ураженнях слизових оболонок і порушенні ковтання – напіврідка, щадна тепла їжа, вживання значної кількості рідини, теплі полоскання ротової порожнини відваром шавлії,



# ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ. ПРОГНОЗ.

- ▣ **Прогноз** для життя несприятливий

# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ.

-злаякісна пухлина, що виникає з клітини, попередниця мієлопоезу. Ростки:

- гранулоцитарний,
  - еритроцитарний,
  - мегакаріоцитарний,
- окремо, або разом.

Виявляють філадельфійську хромосому.

Є найбільш поширеним.

# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. ЕТІОЛОГІЯ.

- Генетична детермінація - філадельфійська хромосома.
- Утворюється внаслідок транслокації частини 22-ї хромосоми на 9-ту, яка є в усіх клітинах кісткового мозку, крім лімфоцитів.
- Виявлено у 86-88% випадків хворих.



# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

Перебіг у дві стадії

- розгорнуту доброякісну моноклонову
- термінальну злоякісну поліклонову.

# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

- початковий період (доклінічний): самопочуття задовільне, зміни лише в ЗАК;
- розгорнута стадія (моноклонова): фізична втома, схуднення, субфебрилітет, біль і тяжкість у лівому під ребер'ї, збільшення об'єму живота, кровоточивість ясен, ран;
- прискорення (перехідний період): прогресивне схуднення, наростання загальної слабкості, підвищення температури тіла до фебрильних цифр;

# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

- термінальна стадія (баластна криза, поліклонова): гарячка, збільшення живота, ознаки анемії;
- залежно від органів, де є мієлоїдні інфільтрати, спостерігаються скарги зі сторони ШКТ чи легень, плеври. Печінка і селезінка надзвичайно великі, щільні, болючі. Селезінка займає все черево, а при інфаркті дає шум тертя очеревини.



# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ.

- 1. Загальний аналіз крові: нейтрофільний лейкоцитоз  $100 - 200 \times 10^9/\text{л}$ , із зсувом вліво, нема лейкоемічного провалу, базофільно-еозінофільна асоціація. Лімфоцитів і моноцитів майже немає (3-0,5%). Анемія, тромбоцитопенія.

# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ.

- 2. Цитохімічне дослідження крові
- 3. Дослідження каріотипу клітин крові
- 4. БАК
- 5. Стернальна пункція
- 6. Біопсія лімфовузлів
- 7. УЗД органів черевної порожнини

# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. ЛІКУВАННЯ.

- Лікування проводять в стаціонарних умовах.
- Висококалорійна дієта.
- Контроль за самопочуттям та об активним станом пацієнта: вимірювання Т тіла, АТ, визначення пульсу, підрахунок ЧДР.
- С прямувати вольові зусилля на боротьбу з хворобою: психотерапія, утверджувати оптимізм і віру в поліпшенні якості життя, рекомендувати оздоровчі програми.



# ХРОНІЧНИЙ МІЄЛОЛЕЙКОЗ. ЛІКУВАННЯ.

- Гальмування прогресування (інтерферон, трансплантація кісткового мозку).
- Поліхіміолікування (цитозар, рубоміцин, вінкристин, метотрексат, 6-меркаптопурин),
- Симптоматичне лікування (переливання еритроцитів, тромбоконтрату, антибіотики).

# ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ.

- - пухлина лімфатичної тканини.  
Субстратом пухлини є лімфоцити.

# ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ. ЕТІОЛОГІЯ.

- спадковість;
- похилий вік (діти не хворіють);
- частіше хворіють чоловіки (у 2 рази, ніж жінки);
- 95% В-клітини, 5% Т-клітини.



# ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

- монотонний невиражений перебіг - багато років єдиним проявом захворювання може бути лімфоцитоз периферичної крові.

# ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

- загальна слабкість, запаморочення, пітливість уночі, запаморочення,
- генералізоване збільшення л/у (значно збільшуються лімфовузли різних груп аж до розміру курячого яйця, вони не спаяні між собою і шкірою, еластичні),
- жовтяниця,
- біль у кістках,
- свербіж шкіри.

# ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ. КЛІНІКА.

- Гепатоспленомегалія,
- Виражена інтоксикація.
- Схильність до захворювань з бактеріальною етіологією.
- В термінальній стадії: кахексія.



# ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ.

- ЗАК: лейкоцитоз, лімфоцити 80-90%, пролімфоцити, лімфобласти, збільшення ШОЕ; виявляють тіні Боткіна-Гумпрехта;
- БАК;
- цитохімічні та імунофенотимні дослідження периферійної крові;
- пункція кісткового мозку;
- радіоізотопна лімфографія;
- УЗД ОЧП.

# ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ. ЛІКУВАННЯ.

- цитостатики (циклофосфан, вінкрисдин);
- ГКС (преднізолон, метипред);
- поліхіміолікування (циклофосфан, вінкрисдин, преднізолон);
- лімфоцитозферез;
- променеве лікування л/у, селезінки;
- симптоматичне лікування (антибіотики, переливання ер маси).

# ДИСПАНСЕРНИЙ НАГЛЯД.

- Хворі з гострими та хронічними лейкозами перебувають під постійним диспансерним наглядом.
- Один раз на місяць здають загальний аналіз крові.
- За клінічними показаннями проводять пункцію червоного кісткового мозку для вивчення мієлограми.



# ПРОФІЛАКТИКА

- здоровий спосіб життя
- раціональне харчування
- відмова від шкідливих звичок
- уникнення дії хімічних отрут
- раціональне вживання медикаментів



*Дякую за увагу!*

