

Задача №1.

Мальчику 10 месяцев, поступил в клинику с жалобами на обильное кровотечение из языка, обширную гематому левого бедра. Из анамнеза: со слов мамы ребенок упал с кровати, при ударе прикусил язычок, было необильное кровотечение, которое усилилось через несколько часов. Дедушка и брат по линии мамы страдали повышенной кровоточивостью. При осмотре кожные покровы, слизистые чистые, бледно-розового цвета, на левом бедре обширная гематома, продолжающееся кровотечение из полости рта. Лабораторные данные: ОАК: эритроциты- $3,34 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 103 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $248 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ-12 мм/час. ВСК-19 мин. Уровень фактора VIII в плазме крови менее 1%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.

Предварительный диагноз: гемофилия А.

2. Принципы лечения

Лечение следует проводить препаратами фактора VIII в дозе 40 МЕ/кг.

Профилактика проводится амбулаторно препаратами фактора VIII в дозе 20-30 МЕ/кг 3 раза в неделю в/в.

Задача №2.

Девочка 8 лет, поступила в стационар с жалобами на увеличение шейных лимфоузлов. Месяц назад заметили увеличение шейных лимфоузлов. Участковым педиатром выставлен диагноз: Шейный лимфаденит. Получала антибактериальную терапию - без эффекта, затем курс УВЧ - терапии, после чего отмечалось прогрессивное увеличение лимфоузлов, ухудшилось самочувствие. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38°C , сопровождающиеся ознобом; проливные. ночные поты; появился кашель, боли за грудиной, одышка; ребенок похудел. При осмотре - изменение конфигурации шеи, пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 7х5 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы, размером 1 х 1,5 см, не спаянные между собой и окружающими тканями, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.

Лимфогранулематоз

2. Принципы лечения

Полихимиотерапия DAL-HD-90. Предварительная терапия. Сопроводительная терапия. Лучевая терапия.

Задача №3.111

Мальчик, 5 лет, перенес ОРВИ 2 месяца назад. После этого, со слов матери, появилась асимметрия лица. Лечение у невропатолога эффекта не дало. Последние 3–4 дня ребенка беспокоит головная боль с утра, дважды была рвота. Состояние тяжелое, вялый. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, короткий систолический шум на верхушке, в т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезенка не пальпируется. Увеличены яички. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон.

В анализе крови: эритроциты — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 1,0, лейкоциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, бластные клетки — 7%, э — 1%, п — 2%, с — 7%, л — 77%, м — 6%, тромбоциты — $200 \times 10^9/л$, СОЭ — 11 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.

Острый лейкоз, период развернутой клинической картины, ней-ролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром).

2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

Дифференциальный диагноз необходимо провести: а) с невритом лицевого нерва; б) с менингитом; в) с холепатией; г) с водянкой яичка; д) с агранулоцитозом; е) с инфекционным мононуклеозом.

ЗАДАЧА 4 114

Девочка, 5 лет, поступила с жалобами на боли в животе. Месяц назад перенесла ангину. Спустя 2 недели повысилась температура до $37,7^\circ\text{C}$, появились боли в животе без четкой локализации, однократная рвота, жидкого стула не было. Участковым врачом направлена в детское отделение по месту жительства. Боли в животе то затихали, то становились более интенсивными. Состояние продолжало ухудшаться, нарастали явления интоксикации. 10 дней назад переведена в хирургическое отделение, где произведена аппендэктомия (катаральный аппендицит), но боли в животе продолжались и после операции. Поступила в тяжелом состоянии. Выражены явления интоксикации, страдальческое выражение лица. Лежит на боку с приведенными к животу коленями. В области голеностопных суставов многочисленные элементы угасающей пятнистой сыпи (появилась, как выяснилось из дополнительного анамнеза, 8 дней назад). Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Суставы без видимых изменений. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Живот мягкий, разлитая болезненность без четкой локализации при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, коричневый. Мочеиспускание без особенностей. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.

Геморрагический васкулит, смешанная форма (кожный и аб-доминальный синдромы), острое течение.

2. Изложите принципы лечения.

Принципы лечения: а) стол 1а;

- б) режим постельный;
- в) борьба с нарушенной микроциркуляцией и интоксикацией (новокаин, глюкозо-солевые р-ры в/в — капельно), курантил, пентоксифиллин;
- г) антикоагулянтная терапия (гепарин);
- д) препараты антибрадикининового действия: стугерон, продектин

ЗАДАЧА 5

Пациент — мальчик 10 мес. Во время очередного патронажного посещения фельдшер обратил внимание на выраженную бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, неактивен, отметила потерю у него аппетита. При дальнейшем расспросе удалось установить, что питание ребенка однообразное: молочная каша дважды в день, печенье с цельным коровьем молоком или кефиром. Фрукты, овощи и мясо мать предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения.

Готовые смеси в течение 3 мес ребенок практически не получает из-за их высокой стоимости. На таком питании он прибавляет в массе тела и росте, что радует мать. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, выраженная бледность кожи и слизистых оболочек, периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации сердца выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Из анамнеза известно, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес, препараты железа дополнительно не получал. Выполнены общий и биохимический анализы крови, по данным которых поставлен диагноз: «железодефицитная анемия средней степени тяжести».

ЗАДАНИЕ

1. Укажите причину, которая могла привести к развитию данного заболевания.

А. Недостаточное поступление железа с пищей.

Б. Повышенные потребности организма в железе вследствие бурного роста ребенка. В.

Увеличенные потери железа из-за микрокровоотечений из кишечника

2. Изложите принципы лечения.

ЗАДАЧА 6.

Мальчик, 9 лет, поступил с жалобами на красный цвет мочи. 2 дня назад упал на спину при катании с горы. В 7 лет, после экстракции зуба, отмечалось кровотечение из лунки удаленного зуба. В семье повышенной кровоточивости ни у кого нет. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, единичные кровоизлияния в стадии обратного развития на передней поверхности голени. Слизистые оболочки розовые, чистые. Периферические 111 лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, точке Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул без особенностей. Моча цвета мясных помоев. Общий анализ крови: эритроциты — $3,3 \times 10^{12}/л$, Hb — 100 г/л, цв. п. — 1,0, лейкоциты — $7,9 \times 10^{12}/л$, э — 2%, п — 3%, с — 57%, л — 34%, м — 4%, тромбоциты — $200 \times 10^9 /л$, СОЭ — 11 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.

Гемофилия, почечное кровотечение, постгеморрагическая анемия.

2. План обследования.

План обследования:

а) общий анализ крови, мочи;

б) время кровотечения, время свертывания крови, ретракции кровяного сгустка;

в) коагулограмма, определение типа гемофилии.

ЗАДАЧА 7

Пациентка — девочка 9 лет. При осмотре в школе медсестра обратила внимание на бледность кожи и слизистых оболочек. При расспросе девочка предъявляет жалобы на слабость (особенно на занятиях физкультурой), шум в ушах, потерю аппетита, повышенное выпадение волос, ломкость ногтей. Направлена к педиатру. При расспросе о характере питания мать девочки рассказала, что питание полноценное, хотя рыбу и мясо в семье не едят (оба родителя — вегетарианцы). При осмотре: кожа и видимые слизистые оболочки бледные; ногти ломаются, слоятся, с поперечной исчерченностью; кожные покровы сухие; периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации сердца обращает на себя внимание систолический шум.

В общем анализе крови гемоглобин (Hb) — 85 г/л, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель (ЦП) — 0,8, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 17 мм/ч, ретикулоциты — 5%, средний объем эритроцита (*mean corpuscular volume* — MCV) — 83 фл, среднее содержание Hb в эритроците (*mean corpuscular hemoglobin* — MCH) — 28 пг, средняя концентрация Hb в эритроците (*mean corpuscular hemoglobin concentration* — MCHC) — 290 г/л, степень анизоцитоза эритроцитов (*red cell distribution width* — RDW) — 19%.

ЗАДАНИЕ

1. Значения каких из перечисленных показателей не подтверждают железодефицитный характер анемии?

Количество ретикулоцитов, MCV, MCH.

2. Изложите принцип лечения.

ЗАДАЧА 8

Мальчик, 5 лет, обратился с жалобами на синяки на руках, ногах и теле, носовые кровотечения. Проявления заболевания отмечаются с 1,5 года. Старшая сестра страдает повышенной кровоточивостью, которая выражается у нее синяками на коже, обильными, длительными менструациями. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, кровоизлияния на коже туловища и конечностей разной давности и величины, единичные мелкие кровоизлияния на слизистой оболочке щек. В носовых ходах кровяные корочки (2 дня назад было носовое кровотечение). Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, учащены, короткий систолический шум на верхушке, т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул черный, оформленный, мочеиспускание без особенностей. Общий анализ крови: эритроциты — $3,3 \times 10^{12}/л$, Hb — 100 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $7,2 \times 10^{12}/л$, э-2%, п — 3%, с — 50%, л — 41%, м — 4%, тромбоциты — $210 \times 10^9/л$, СОЭ — 9 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.

Аденовирусная инфекция мононуклеозоподобным синдромом.

3. План обследования.

стерильная пункция, пункция увеличенного лимфоузла, реакция Пауля-Буннеля, гемограмма в динамике

ЗАДАЧА 9

У ребенка 7 лет мать заметила 3 недели назад увеличение лимфоузлов на шее слева, боли не было. Родился от второй, нормально протекавшей беременности, вторых срочных

родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Закричал сразу. К груди приложен через 6 часов, сосал активно. Период новорожденности протекал без особенностей. Естественное вскармливание со своевременными прикормами. Развивался соответственно возрасту. Перенес ОРЗ, корь. Привит по возрасту. Аллергических заболеваний у ребенка и родителей нет. При осмотре в поликлинике: общее состояние не нарушено. Кожа и слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Слева шейные лимфоузлы в виде конгломерата с поперечной бороздкой, в нем пальпируются отдельные лимфоузлы размерами от горошины до лесного ореха, безболезненные, другие лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот 116 мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз. Лимфогранулематоз, I стадия.
2. План обследования. общий анализ крови, тромбоциты; пункция увеличенного лимфоузла; стерильная пункция

ЗАДАЧА 10

У доношенного мальчика в шестидневном возрасте появились единичные экхимозы и петехии на туловище, конечностях. Из беседы с матерью выяснилось, что у нее с 10 лет отмечались синяки и точечные кровоизлияния на коже, с 13 лет обильные маточные кровотечения, в 14 лет удалена селезенка, после чего геморрагические проявления исчезли. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей нормально, первых срочных родов, массой 3000 г, длиной 50 см. Закричал сразу, к груди приложен через 6 часов. Сосал активно. Пуповинный остаток отпал на 4-й день, пупочная ранка зажила на 5-й день. Состояние удовлетворительное. Сосет активно. Кожа с легким иктеричным оттенком, на груди, животе, нижних конечностях, на ягодицах многочисленные мелкие экхимозы и петехии, беспорядочно расположенные. Слизистые оболочки чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень от края реберной дуги выступает на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз. Предварительный диагноз — тромбоцитопеническая пурпура, врожденный тип, транссиммунная форма.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Дифференциальный диагноз необходимо проводить с различными нарушениями гемостаза у новорожденных: геморрагической болезнью, коагулопатиями, тромбоцитопенической пурпурой изоиммунной формы, тромбоцитопатиями.

ЗАДАЧА 11

Пациентка — девочка 2 лет 3 мес. Последние 1,5 года находится в доме ребенка. Медсестра отметила плохой аппетит, капризность, бледность кожи и слизистых оболочек. Наличие хронических заболеваний у ребенка отрицается. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное; выраженная бледность кожи и слизистых оболочек; периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации сердца выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. По другим органам и системам без особенностей. Проведены общий и

биохимический анализы крови. В общем анализе крови эритроциты — $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) — 84 г/л, цветовой показатель — 0,84, скорость оседания эритроцитов — 18 мм/час, ретикулоциты — 1%, средний объем эритроцита (*mean corpuscular volume* — MCV) — 78 фл, среднее содержание Hb в эритроците — 25 пг, средняя концентрация Hb в эритроците — 260 г/л, степень анизоцитоза эритроцитов — 18%, тромбоциты — $220,0 \times 10^9/л$, лейкоциты — $5,7 \times 10^9/л$, лейкоцитарная форма соответствует возрасту. Биохимический анализ крови: сывороточное железо — 10 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) — 80 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом (НТЖ) — 16%, сывороточный ферритин (СФ) — 26 нг/мл, растворимые трансферриновые рецепторы (рТФР) — 3,6 нг/мл, содержание фолиевой кислоты в эритроцитах — 170 нг/мл, концентрация витамина В12 в сыворотке крови — 120 пг/мл.

ЗАДАНИЕ

Поставьте предварительный диагноз. Железодефицитная анемия.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Другими анемиями

ЗАДАЧА 12

В клинику поступил ребенок 1,5 года, по национальности — таджик, с жалобами на стойкую бледность и грязно-серый колорит кожи. 7 При осмотре: отставание в нервно-физическом развитии, увеличение размеров головы за счет лобных и теменных бугров и скуловых костей. В анализе крови признаки гемолитической анемии.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз. Предварительный диагноз — талассемия

2. План обследования.

генеалогический анамнез: наличие маых и больших форм заболевания у родителей; краниограмма (у больных отмечается расширение спонгиозного слоя костей черепа при истончении наружных и внутренних пластинок, кости черепа в виде «щетки»); общий анализ крови: анемия, ретикулоцитоз, пойкилоцитоз, анизоцитоз со сфероцитозом и др. аномальными формами эритроцитов (бледные или мишеневидные), повышение уровня непрямого билирубина; ос-мотическая стойкость эритроцитов: max — повышена, min — понижена; количество сывороточного железа — нормальное или повышено. В моче много уробилина. Стерильная пунк-ция: эритробластическая реакция с преобладанием базофиль-ных форм эритробластов и ретикулярных клеток. Hb: до 90% Hb F и повышенное содержание Hb A2.

3. План лечения.

Переливание эритроцитарной массы с заместительной целью. При не-эффективности — спленэктомия. Прогноз неблагоприятный.

ЗАДАЧА 13

Девочке в возрасте 1 год 7 мес проводится обследование перед поступлением в частный детский сад. Со слов матери, ребенок активен, аппетит хороший, ест много фруктов и

овощей, рыбу, индейку и курицу, красное мясо не любит. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, отмечаются бледность кожи и слизистых оболочек, заеды в углах рта. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации сердца выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Масса тела 11 кг, рост 80 см. Из анамнеза известно, что ребенок родился доношенным, находится на грудном вскармливании до настоящего времени, прикорм введен только с 9 мес (овощное и фруктовое пюре, далее куриное пюре, красное мясо — редко), препараты железа дополнительно не получал. Выполнены общий и биохимический анализы крови, по данным которых поставлен диагноз: «железодефицитная анемия средней степени тяжести».

ЗАДАНИЕ

1. Какое из нижеперечисленных утверждений относительно терапии железодефицитной анемии неверно?

А. Цель лечения железодефицитной анемии — устранение причины, лежащей в основе развития заболевания (коррекция питания, выявление и устранение источника кровопотери).

Б. Необходимо назначить железосодержащий препарат, поскольку возместить дефицит железа в организме иными способами невозможно.

В. Следует использовать преимущественно препараты железа для перорального приема, назначать их в адекватных дозах, рассчитанных индивидуально.

Г. Длительность лечения препаратами железа должна составлять от 1 до 2 мес в зависимости от степени тяжести анемии.

Д. Необходимы преодоление тканевой сидеропении и пополнение запасов железа в депо, что определяется по нормализации концентрации сывороточного ферритина, а также контроль эффективности терапии.

Ответ Г

2. В какой дозе следует назначить солевой препарат двухвалентного железа? 3 мг/кг в сутки.

ЗАДАЧА 14

Пациент-мальчик, Больной 10 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии, ребенок вялый, адинамичный. Кожа бледно-желтушная, склеры иктеричные. У ребенка башенный череп, седловидный нос, высокое стояние твердого неба. Печень +3,5 см, селезенка - +6 см. Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, Hb - 50 г/л, ретикулоциты - 8%, лейкоциты - $19 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $160 \times 10^9 /л$, миелоциты - 3%, метамиелоциты - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, сегментоядерные нейтрофилы - 55%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, нормобласты - 22 на 100 лейкоцитов, СОЭ - 57 мм/ч. Эритроциты характеризуются выраженным анизоцитозом, преобладают эритроциты с диаметром 5-5,5 мкм, без просветления в центре. В миелограмме бластные клетки не обнаружены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз. мегалобластная анемия

2. План обследования.

3. План лечения.

ЗАДАЧА 15

Юноша, 17 лет, учащийся ПТУ, жалуется на общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,5 С, появление на коже мелких геморрагических высыпаний, боли в костях. Заболел 2 недели назад, когда повысилась температура, появилась слабость, появились боли в костях.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, бледен, на коже груди и конечностей – мелкие геморрагические высыпания. Пальпируются шейные и подмышечные лимфатические узлы, мелкие эластичные. Удовлетворительного питания. Болезненность при надавливании на грудину. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия. В крови Hb 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, тромбоциты $901 \times 10^9/л$, лейкоциты $251 \times 10^{12}/л$, э1, п4, с33, л18, м7, бласты 37%. В моче патологии нет. В пунктате костного мозга - бластов 78%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз. Острый лейкоз.

Диагноз поставлен на основании лейкоцитоза в периферической крови с наличием бластов более 30% (78% в костном мозге).

2. План обследования.

3. План лечения.

ЗАДАЧА 16

Мальчик, 1 год 2 мес, родился недоношенным. Мать обратилась к педиатру с жалобами на то, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, неактивен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша, яблочное, морковное, грушевое пюре, пюре из брокколи, иногда протертая курица. До 1 года ребенок находился на грудном вскармливании, прикорм не вводили до 8 мес. Препараты железа ни мать во время беременности, ни ребенок (после рождения) не получали. 2 мес назад мать прекратила кормить грудью, а 1 неделю назад при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза по поводу миомы матки малых размеров была диагностирована беременность сроком 6 нед. При осмотре ребенка кожа и видимые слизистые бледные. По другим органам и системам без особенностей. Выполнены общий и биохимический анализы крови, по данным которых поставлен диагноз: «железодефицитная анемия легкой степени тяжести». Назначено лечение. Женщине даны рекомендации по профилактики железодефицитной анемии.

Какое утверждение относительно профилактики железодефицитной анемии во время беременности и профилактики у детей грудного возраста неверно?

А. Согласно рекомендациям ВОЗ, препарат железа в дозе 60 мг в сутки применяют во II и III триместрах беременности и в течение 3 мес лактации.

Б. Проблема дефицита железа — это прежде всего проблема питания, поэтому первичная профилактика железодефицитной анемии — это адекватное, сбалансированное питание человека в любом возрасте.

В. Основным пищевым источником железа являются продукты животного происхождения, содержащие гемовое железо. Наибольшее количество железа содержится в говядине, баранине, печени, в меньшей степени — в рыбе, курином мясе, твороге.

Г. Доношенные здоровые дети имеют достаточные запасы железа в первые 4 мес жизни, дополнительное назначение препаратов железа до 4 мес жизни не требуется.

Д. Недоношенные здоровые дети, находящиеся на грудном вскармливании, получают достаточное количество железа в первые 4 мес жизни, при использовании же готовых смесей показано дополнительное назначение железа в дозе 1 мг на 1 кг массы тела ребенка в сутки

ЗАДАЧА 17

Девочка 8 лет. Данные анамнеза: ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности. Роды срочные. Росла и развивалась нормально. 3-4 раза в год болела ОРВИ. За месяц до поступления стала жаловаться на боли в животе, ухудшился аппетит. Периодически отмечались кратковременные повышения температуры до 38-38.5 градусов без признаков катарра верхних дыхательных путей. К врачу не обращалась. В последние дни перед госпитализацией появились боли в правом коленном суставе, и ребенок госпитализирован. Данные объективного осмотра при поступлении: кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Слизистые бледные. Единичные экхимозы и не обильная петехиальная сыпь на голенях, груди. Пальпируются заднешейные, подчелюстные, тонзиллярные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 1x2 см, множественные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 25 в минуту. Тахикардия. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 96/50 мм рт. столба. Живот мягкий, умеренная болезненность при пальпации в области пупка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 2 см. Мочеиспускание свободное.

Данные проведенного обследования: Анализ крови: гемоглобин –89 г/л, эритроциты- 2.5×10^{12} /л, ц.п.-0.9, тромбоциты- 15×10^9 /л, лейкоциты- 42.0×10^9 /л, бласты-98%, лимфоциты – 2%, СОЭ-29 мм/час.

ЗАДАНИЕ

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
2. Изложите план дополнительного обследования:
- 3.Изложите план лечения.

ЗАДАЧА 18

Девочка 12 лет. Данные анамнеза: от 2-й беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал нормально. С 4-х лет отмечались проявления экссудативного диатеза, что связывали с искусственным вскармливанием. После 1 года у ребенка периодически появлялась сыпь и отек Квинке после приема яйца, шоколада, апельсинов. Часто болеет ОРВИ. За 15 дней до госпитализации заболела фолликулярной ангиной. Получала лечение антибиотиками, много пила, в том числе апельсиновый сок. На 14 день болезни у ребенка появилась боль в голеностопном суставе и сыпь на ногах.

Данные объективного осмотра при поступлении: на голенях, бедрах, ягодицах, симметричная, больше на разгибательных поверхностях и вокруг суставов отмечается обильная экссудативно-геморрагическая сыпь. Голеностопные суставы отечны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 20 в минуту. Тоны сердца звучные. Пульс 80 в минуту. АД 110/60 мм рт. столба. Живот мягкий, болезненный при пальпации вокруг пупка, в точке желчного пузыря. Аппетит снижен. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Стул был после клизмы, оформленный, с небольшим количеством слизи. Данные проведенного обследования: Анализ крови: гем.-126 г/л, эр.- 4.0×10^{12} /л, цв.п.-0.95, тромб.- 322×10^9 /л, лейко.- 7.4×10^9 /л, п.я.-6%,с.я.-64%.эоз.-8%, л.-18%.м4%, СОЭ-24 мм/час. Время кровотечения по Дукке 3 мин, время свертывания крови по Бюргеру: начало-1 мин, конец-3 мин.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз. геморрагический васкулит
2. Какие клинические синдромы характерны для этого заболевания?
Абдоминальный, ,суставной,кожный,
3. Какие факторы могли способствовать развитию заболевания? Аллергические реакции, инфекционное заболевание

ЗАДАЧА 19

Больной 16 лет, жалобы на схваткообразные боли в животе, преимущественно вокруг пупка, живот вздут, при пальпации мягкий. На коже множественные гематомы. Правый коленный сустав припухлый, болезненный при пальпации. В крови: лейкоциты 11×10^9 /л, гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 200×10^9 /л. В течение нескольких лет наблюдались носовые кровотечения. Протромбиновый индекс нормальный, время свертывания крови удлинено. Агрегация тромбоцитов не нарушена. Предположительный диагноз?

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз. гемофилия
2. Изложите план лечения.назначение факторов свертывания

ЗАДАЧА 20

В клинику поступил ребенок с жалобами на желтуху (лимонного оттенка), которая держалась с момента рождения до 2-х месяцев и сменилась бледностью. При осмотре отмечена широкая переносица и высокое стояние верхнего неба.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз. Предварительный диагноз — наследственная сфероцитарная анемия Минковского-Шоффара.

2. План обследования.

необходимо собрать подробный генеалогический анамнез: хотя бы у одного из родителей может обнаружиться легкая или субклиническая форма гемолиза. Осмотр: башенный череп, узкие зубные дуги, пучеглазие, гетерохромные радужки. Спленомегалия. Дополнительно: необходимо определить резус-фактор и группу крови ребенка, родителей. Общий анализ крови: нормохромная анемия, ретикулоцитоз, умеренная тромбоцитопения, лейкоцитоз и повышенное СОЭ. Осмотическая стойкость эритроцитов снижена как минимальная (0,6–0,65%), так и максимальная (0,40–0,48%). Непрямая гипербилирубинемия. Средний диаметр эритроцитов снижен, эритроциты имеют форму шара (сфероциты). Эритроцитометрическая кривая сдвинута влево. В строении эритроцитов снижено содержание АТФ. При исследовании костного мозга: гиперплазия красного ростка с преобладанием в период криза негемоглобинизированных форм, что требует исключения дефицитной анемии (в сыворотке снижено содержание витамина). В моче нет желчных пигментов, но уробилин присутствует. Для дифференцировки от других видов гемолитической анемии нужно определение ферментов Г-6-ФД и 2,3 дифосфоглицеромутазы, активность которых при анемии Минковского-Шоффара повышена. Постановка пробы Кумбса для определения иммунных форм гемолиза

3. План лечения. в период тяжелого гемолитического криза — заменное переливание крови. В/в вливание глюкозы и витаминов, аскорбиновая кислота, АТФ — в/м, гормональная терапия. При неэффективности — спленэктомия.