

## ЗАДАЧА 1

Девочка М., 5 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение, кровоподтеки разной величины и давности на лице, туловище и конечностях.

Из анамнеза болезни известно, что за две недели до начала этого заболевания перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой. Кровоизлияния на коже от мелкоочечных до экхимозов появились в последние 3 дня, количество геморрагий увеличивается. В день поступления - длительное кровотечение из носа. Врач, осмотревший ребенка в приемном отделении, поставил диагноз: геморрагический васкулит.

При поступлении состояние девочки тяжелое за счет выраженного кожного геморрагического синдрома и продолжающегося носового кровотечения. На коже лица, туловища и конечностей обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистых оболочках полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы шейной и подмышечной групп мелкие, безболезненные, подвижные. Дыхание равномерно проводится во все отделы лёгких, хрипов нет. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС 105 уд. в 1 мин. АД 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

**Клинический анализ крови:** Нв –108 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП– 0,85, тромб.-  $8,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. -  $9,2 \times 10^9$ /л, п/я –3%, с/я – 43%, э. – 4%, л. – 44%, м. – 6%, СОЭ – 7мм/час. Время кровотечения по Дьюку 7 мин, время свертывания по Сухареву - начало 2 мин, конец – 4 мин.

**Миелограмма:** костный мозг клеточный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 60%, эозинофилы 5%, лимфоциты 10%, эритроидный росток – 24%, мегакариоциты – 0,4% (1 на 250) – молодые формы со слабой отшнуровкой тромбоцитов.

**Общий анализ мочи:** цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1015, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – 2-4 в п/зр., лейкоциты – 1-4 в п./зр., цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

### ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача приёмного отделения? Сформулируйте Ваш диагноз.
2. Приведите классификацию данного заболевания.

3. Какие симптомы и результаты лабораторного исследования являются важными для диагностики?
4. Назовите тип кровоточивости у пациента.
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут возникнуть при этом заболевании?
7. Назовите индукторы агрегации тромбоцитов для оценки их функциональных свойств.
8. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

### **ЗАДАЧА 1**

Диагноз: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, острое течение.

## ЗАДАЧА 2

Мальчик, 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боль и ограничение подвижности правого коленного сустава, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность и ограничение их подвижности.

При поступлении состояние тяжелое. Жалобы на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий, болезненный, движения в нем ограничены.

**Клинический анализ крови:** Нь – 100 г/л; эр. –  $3,0 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты – 3%; тромб. –  $300,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. –  $8,3 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 63%, э.– 3%, л. – 22%, м. – 9%, СОЭ – 12 мм/час.

**Длительность кровотечения по Дьюку** – 2 мин 30 сек.

**Время свертывания крови по Ли-Уайту** – более 15 мин.

**Общий анализ мочи:** цвет соломенно-желтый, относительная плотность - 1020, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – ед. в п./зр., лейкоциты – 4-5 в п./зр., эритроциты – неизм. ед. в п./зр., цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какая фаза гемостаза страдает при этом заболевании?
4. Назначьте лечение этому больному.
5. Укажите тип кровоточивости у больного.
6. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?
7. Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?
8. Какие методы обследования показаны этому больному? Предполагаемые изменения.

## ЗАДАЧА 2

Диагноз: Гемофилия А, тяжелая форма.

### ЗАДАЧА 3

Ребенок 14 лет, поступил с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов.

Из анамнеза известно, что месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больной получал антибактериальную терапию без эффекта, затем получил курс УВЧ-терапии на область увеличенных лимфатических узлов, после чего отмечалось их увеличение, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически высоко лихорадит до 38,5°C, что сопровождается ознобом, беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0x7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

**Клинический анализ крови:** Hb - 132 г/л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,88, тромбоциты -  $495,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $8,4 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 72%, э. - 1%, м. - 3%, л. - 20%, СОЭ - 37 мм/час.

**Биоптат шейного лимфатического узла:** обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

**Рентгенограмма органов грудной клетки** – расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

**Миелограмма** – костный мозг клеточный, бласты 0,2%, нейтрофильный росток 65%, эритроидный росток 21%, лимфоциты 8%, эозинофилы 6%, мегакариоциты 1 на 200 миелокариоцитов.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии заболевания?
3. Какую стадию заболевания можно поставить на основании приведенных данных?
4. Были ли ошибки участкового врача в тактике ведения больного, если да, то какие?
5. Что включает в себя лечение данной патологии?
6. От чего зависит объем лечебных мероприятий?
7. Назовите лабораторные показатели, характеризующие активность процесса.
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
9. Назовите морфологические особенности клеток Березовского-Штернберга.
10. Назовите группы лимфатических узлов, наиболее часто поражающиеся при данном заболевании.
11. Каков прогноз заболевания в данном случае?
12. Каким образом проводится диспансеризация больных с данной патологией?

### **ЗАДАЧА 3**

Диагноз: Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), стадия II Б.

## ЗАДАЧА 4

Девочка. 11 лет, поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних трех месяцев девочка стала быстрее уставать, снизился аппетит. Две недели назад родители заметили, что кожные покровы ребёнка стали бледными. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до  $39,3^{\circ}\text{C}$ , увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В клиническом анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до  $200,0 \times 10^9/\text{л}$ , с подозрением на опухолевое заболевание девочка была госпитализирована.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 2,0 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

**Клинический анализ крови:** Hb - 86 г/л, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , ЦП - 0,8, тромбоциты - единичные, лейкоциты -  $208,0 \times 10^9/\text{л}$ , бласты - 76%, п/я - 1%, с/я - 4%, л. - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

**Миелограмма** – костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакариоциты не найдены.

**Цитохимическое исследование костного мозга** – ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

**Иммунологического исследования костного мозга** - на бластных клетках выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

**Исследование ликвора** – цитоз - 200/3, белок - 960 ммоль/л, реакция Панди +++ , бласты - 100%.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?

4. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
5. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
6. Объясните патогенез клинических симптомов.
7. Опишите морфологические особенности лимфобласта.
8. Какие цитохимические реакции характерны для миелобластов? Для лимфобластов?

#### **ЗАДАЧА 4**

Диагноз: Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант, нейролейкоз, первый острый период.

## ЗАДАЧА 5

Ребенок Виталий Б., 12 лет поступил в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев мальчик стал часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

**Клинический анализ крови:** Нв - 72г/л, эритроц. -  $2,7 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,8, ретикулоциты - 0,2%, тромбоц. - единичные, лейкоц. -  $1,3 \times 10^9/л$ , с/я - 1%, п/я - 4%, л - 95%, СОЭ - 35 мм/час.

**Миелограмма:** костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, лимфоциты 80%, мегакариоциты не найдены.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, относительная плотность - 1018, белок - следы, эпителий - 2-4 в п./ зр., лейкоц. - 0-1 в п/ зр, эритроциты - 25-30 в п/ зр, цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании может идти речь у данного больного?
2. Какие исследования необходимо еще провести, и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
6. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этого больного?



7. Опишите гистологическую картину костного мозга, характерную для данного заболевания.
8. Какова продолжительность жизни эритроцитов?

### **ЗАДАЧА 5**

Диагноз: Приобретенная апластическая анемия.