

ГОУ ВПО
РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА

Кафедра детских болезней лечебного факультета

**Ситуационные задачи
и вопросы тестового контроля
для самостоятельной подготовки студентов
лечебного факультета с ответами и пояснениями
(старший возраст)**

Под редакцией заведующего кафедрой детских болезней лечебного
факультета РГМУ, профессора Пауновой С. С.

Москва 2010 г.

Составители: проф. Артамонов Р.Г., доц. Анохина О.В., доц. Бекташянц Е.Г., проф. Выхристюк О. Ф., проф. Ваганов П. Д., доц. Куйбышева Е.В., проф. Паунова С.С., доц. Ревенкова Л.А., доц. Родионова Е.М., проф. Смирнов В.В., асс. Стенина О. И., доц. Темерина Е.А., доц. Чакветадзе С.С., асс. Вавилова Е. А., доцент Манджиева Э. Т., асс. Яновская Э. Ю., асс. Кирнус Н. И.

Технический редактор: доцент Чакветадзе С. С.

Физическое развитие детей старше одного года

Задача 1.

Мальчику 5 лет.

Данные анамнеза жизни. Известно, что ребенок родился от здоровой матери 27 лет, второй нормально протекавшей беременностью, 2 родов. Роды в 39 недель. Масса тела при рождении 3650 г., длина 52 см. На естественном вскармливании до 1 года. Рост в 1 год – 77 см, масса тела 11 кг. Профилактические прививки по возрасту. До 1 года перенес 2 раза ОРВИ в легкой форме, в дальнейшем ежегодно болел ОРВИ 1-2 раза без осложнений, в 3 года перенес ветряную оспу, антибиотики не получал. Детский сад не посещает.

Данные объективного осмотра. Ребенок правильного телосложения, чисто и хорошо разговаривает, правильно отвечает на вопросы.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые, обычной влажности. Тургор тканей не снижен. Лимфатические узлы мелкие, единичные. Носовое дыхание не затруднено. В легких везикулярное дыхание, перкуторно – укорочение легочного звука не наблюдается. Частота дыханий 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота – 98 в минуту. Аппетит хороший. Слизистая рта розовая, блестящая, без гиперемии, миндалина не выходят за передние дужки. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, без патологических признаков. Мочится свободно, моча светлая.

Антропометрические данные в 5 лет:

рост – 112, масса тела – 20.5 кг.

Задание.

1. Оцените антропометрические данные:
 - При рождении, с учетом массо-ростового показателя (МРП);
 - В 1 год;
 - В 5 лет.
2. Оцените степень физического развития и гармоничность развития ребенка в 1 год и в 5 лет.
3. Оцените соотношение частоты дыхания и частоты сердечных сокращений у ребенка в 5 лет.
4. Сделайте заключение о состоянии здоровья и развитии ребенка в 5 лет.

Ответы и пояснения к задаче 1:

1.

- При рождении рост и масса тела в норме, МРП – 70.9;
 - В 1 год – рост 77 см ($52+25=77$ см), масса тела 11 кг (при рождении + за 1 год). Рост и масса тела – максимальные значения нормы, что соответствует 75 центилям;
 - В 5 лет – рост превышает на 4 см максимальную границу нормы (52 см при рождении + 25 (за 1 год) + 12 см (за 2-й год) + 8 см (за 3-й год) + $4-6$ см (в среднем 5 см) + 6 см (за 5-й год) = 108 см. А у ребенка 112 см ($112-108 = 4$ см); масса тела практически соответствует максимальной границе (11 кг в год + $(5 \times 2) = 21$ см).
2. Степень физического развития в 1 год – выше среднего, развитие гармоничное (75 центиля).
Степень физического развития в 5 лет – выше среднего (с небольшим преобладанием роста над массой тела), что можно расценить, как гармоничное развитие (соответствует 75 центилям).
 3. Соотношение частоты дыхания и частоты сердечных сокращений 1:4, что соответствует норме.
 4. Ребенок в 5 лет практически здоров. Степень физического развития – выше среднего, развитие гармоничное. Нервно психическое развитие соответствует норме (в 5 лет ребенок должен хорошо и правильно произносить все буквы и свободно разговаривать на родном языке).

Тесты

Дать один правильный ответ

Тест 1. Рост детей в 4 года равен:

- А) 90 см
- Б) 95 см
- В) 100 см
- Г) 105 см
- Д) 110 см

Правильный ответ: В-100см. В 4 года происходит удвоение роста при рождении ($50 \times 2 = 100$ см)

Тест 2. Масса тела у детей в 10 лет в среднем составляет:

- А) 20 кг
- Б) 25 кг
- В) 30 кг
- Г) 35 кг
- Д) 40 кг

Правильный ответ: В-30 кг. Масса тела в 1 год равна 10 кг. После года ребенок ежегодно прибавляет по 2 кг в год. $10 \text{ кг} + (2 \text{ кг} \times 10) = 30 \text{ кг}$.

Тест 3. Рост детей в 12 лет в среднем составляет:

- А) 130 см
- Б) 135 см
- В) 140 см
- Г) 145 см
- Д) 150 см

Правильный ответ: Д – 150 см. В 12 лет происходит утроение роста при рождении ($50 \times 3 = 150 \text{ см}$).

Болезни сердечно-сосудистой системы

Задача 1.

Мальчик 5 лет, осмотрен участковым педиатром в связи с подъемом температуры до $38,7^{\circ}\text{C}$, отеком и резкой болезненностью правого коленного сустава. В связи с подозрением на остеомиелит правого колена, направлен в хирургическое отделение детской больницы. В приемном отделении остеомиелит исключен. Мальчик госпитализирован в терапевтическое отделение.

Данные анамнеза: от 1-й беременности, протекавшей без особенностей. Мать страдает хроническим тонзиллитом, часто болеет ангинами, систематического лечения не проводит. Род в срок, вес при рождении 3200 г, длина 51 см, закричал сразу. До 3-х месяцев находился на естественном вскармливании, за это время прибавил 2,5 кг. Затем был переведен на искусственное вскармливание. Прививки по возрасту. В 1 год 2 мес. перенес ОРВИ с обструктивным бронхитом. Далее прививки не проводились по требованию матери.

В 3 года перенес скарлатину, 2-3 раза в год болеет ОРВИ с бронхообструкцией. За 3 недели до настоящего заболевания вместе с матерью переболел ангиной. Затем стал вялым, отмечалась бледность кожи, синева под глазами. Во сне стал обильно потеть.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней тяжести, вялый, бледный. На сгибательных поверхностях предплечий и на туловище отмечается бледно-розовая кольцевидная сыпь до 5мм в диаметре. Зев чистый, миндалины гипертрофированы, чистые. Зубы кариозные.

В легких дыхание везикулярное, число дыханий 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца громкие. Частота сердечных

сокращений 122 в минуту (во сне 120 в минуту). При перкуссии: правая граница сердца - по правому краю грудины, левая – на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии на уровне 5 ребра, верхняя-2 межреберье. Систолический шум занимает всю систолу, связан с I тоном, проводится за пределы сердца. Живот мягкий, печень +1 см по среднеключичной линии, селезенка + 0,5 см. Дизурии нет, стул нормальный. Координационные пробы выполняет уверенно.

Осмотр сустава: правый коленный сустав увеличен в размерах, горячий на ощупь, кожа гиперемирована. Объем движений резко ограничен. Локтевой сустав слева ограничен в движении, болезненный при пальпации.

Данные проведенного обследования:

- Общий анализ крови: Нв-102 г/л, эр-3,5 x 10¹²/л, л-18,2 x 10⁹/л, п/я-8, с/я-32, э-5, м-5, лимф.-50, СОЭ-52 мм/час.
- Биохимия крови: белок- 72 г/л, альбумины-54%, альфа-1 глобулины- 4%, альфа-2 глобулины - 12%, бета-10%, гамма - 20%, мочевины-3,1 ммоль/л, СРБ -++++, серомукоид - 0,4 ед., титр АСЛО- 1:1250.
- ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 120 в минуту, PQ- 0,22” Вольтаж зубцов снижен, отклонение электрической оси сердца влево.

Задание:

1. Диагноз
2. План дальнейшего обследования
3. Принципы лечения
4. В семье есть младшая сестра 2г 8 мес. Что следует выполнить с целью профилактики данного заболевания у девочки?
5. Каковы особенности данного заболевания у взрослых?

Задача 2.

Девочка 13 лет стала часто жаловаться на плохое самочувствие, почти постоянно отмечается субфебрильная температура, которая не снижается после приема жаропонижающих средств.

Из анамнеза известно: что беременность и роды протекали нормально, часто болела ОРВИ, неоднократно отмечался синдром крупа в раннем возрасте. До 3-х лет отмечалась тимомегалия. Перенесла ветряную оспу в 5 лет, без осложнений, привита по возрасту, в 6 месяцев после прививки АКДС была гипертермия, сопровождавшаяся приступом клонико-тонических судорог. В настоящее время учится в школе, часто устает.

Данные объективного осмотра: правильного телосложения, температура тела 37.9⁰С, на коже лица на переносице и скуловых дугах

имеются симметрично расположенные папулезные высыпания, сливающиеся. Зев розовый, отеков нет, суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца: правая - по правой парастернальной линии, верхняя – II ребро, левая – на 0.5 см кнаружи от средне-ключичной линии, ЧСС 90 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, систолический шум занимает 2/3 систолы, проводится на аорту. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под ребра по средне-ключичной линии. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, моча цвета «мясных помоев». Стул нормальный. Со стороны нервной системы патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие обследования могут подтвердить диагноз?
3. Какими лекарственными препаратами можно снизить температуру?
4. Принципы лечения данного заболевания.
5. Прогноз.

Ответы и пояснения к задаче 1.

1. Диагноз. Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), полиартрит, НК II А (ФКП). Диагноз поставлен на основании данных анамнеза: генетическая предрасположенность – мать страдает хронической стрептококковой инфекцией (хронический тонзиллит, часто ангина); аллергическая настроенность у ребенка (повторные ОРВИ с обструктивным синдромом); стрептококковая инфекция у ребенка (в 3 года перенес скарлатину, за 3 недели до настоящего заболевания – ангина). Данные объективного осмотра: критерии Джонса:
 - Большие: а) полиартрит (правый коленный и левый локтевой суставы)), б) кольцевидная эритема, в) кардит.
 - Малые: а) повышенные острофазные реактанты СОЭ, С-реактивный белок, диспротеинемия, б) удлинение PQ на ЭКГ, в) повышенные титры АСЛ-О.
2. План дальнейшего обследования:
 - посев из зева,
 - ЭХО-кардиография сердца с Доплером,
 - Рентгенография грудной клетки и сердца,
 - Консультация ЛОР, стоматолога.
3. Принципы лечения:

- Этиотропная терапия: бензилпенициллин 250 000 ЕД х 3 раза в день – 10 дней, затем бициллин 5 – 750 000 Ед 1 раз в 4 недели.
 - Патогенетическая терапия: преднизолон 0.8 мг/кг до исчезновения явных клинических симптомов с последующим снижением.
 - Лечение очагов хронической инфекции.
4. Наблюдение у кардиоревматолога, ЛОР – врача, при наличии стрептококковой инфекции парентеральное введение бензилпенициллина с последующей однократной инъекцией бициллина
 5. У взрослых, в отличие от детей, ОРЛ всегда протекает с поражением сердца, у которых полиартрит и хорея могут протекать изолированно. У взрослых часть тяжелых расстройств кровообращения могут быть связаны с переутомлением миокарда при наличии клапанных пороков сердца или миокардиосклерозом.

Ответы и пояснения к задаче 2.

1. Системная красная волчанка. Обоснование: подострое начало, температура не снижается жаропонижающими средствами, наличие «волчаночной бабочки», миокардита, нефрита.
2. Обнаружение LE клеток, антинуклеарного фактора, ревматоидного фактора, ускорения СОЭ, повышение С-реактивного белка.
3. Глюкокортикоидами, что характерно для лихорадки при всех диффузных болезнях соединительной ткани.
4. Лечение этапное. В остром периоде – стационар, затем больной наблюдается в диспансере. В основе лечения лежит снижение активности патологического процесса, восстановление функций пораженных органов, используют глюкокортикоиды, цитостатики, плазмаферез, симптоматическое лечение. По достижении ремиссии проводят курсы противорецидивного лечения.
5. При своевременном лечении, как правило, достигается ремиссия, в дальнейшем, при условии правильного ведения больного, продолжительность жизни составляет 5-10 лет, но возможно, и больше. При отсутствии лечения прогноз неблагоприятный.

Тесты

Дать один правильный ответ

Тест 1. Характерными признаками ревматического полиартрита являются:

- а) летучесть поражения крупных и средних суставов, кратковременность и доброкачественность,
- б) поражение шейного отдела позвоночника и челюстно-височных суставов, неуклонно прогрессирующее течение с развитием деформаций и контрактур.

Правильный ответ: а) так как в отличие от ревматоидного артрита ревматический полиартрит не поражает мелкие суставы.

Тест 2. Кольцевидная эритема локализуется:

- а) на туловище и проксимальных отделах конечностей,
- б) на лице,
- в) вокруг суставов.

Правильный ответ: а). Кольцевидная эритема локализуется обычно на туловище и проксимальных отделах и не бывает на лице.

Тест 3. «Волчаночная бабочка» определяется:

- а) на животе
- б) на спине
- в) на лице
- г) на мягком небе
- д) вокруг суставов

Правильный ответ: в) на лице.

Это высыпания в области скуловых дуг и переносицы, причем, возможна разная степень тяжести кожного синдрома (от легкого васкулита до выраженной инфильтрации), а локализация всегда типичная.

Тест 4. У больного дерматомиозитом в биохимическом анализе крови всегда повышается:

- а) билирубин
- б) креатининфосфокиназа
- в) мочевины
- г) холестерин
- д) калий

Правильный ответ: б)- креатининфосфокиназа, так как в основе заболевания лежит дегенеративный и воспалительный процесс в мышцах, что и вызывает повышение креатинфосфокиназы.

Тест 5. Синдром Рейно характерен для:

- а) ревматизма
- б) системной склеродермии
- в) системной красной волчанке
- г) дерматомиозита
- д) ювенильного ревматоидного артрита

Правильный ответ: б) – системной склеродермии, так как морфологическая основа заболевания – ангиит.

Болезни органов дыхания

Задача 1.

Ребенок 12 лет. Болен бронхиальной астмой два года.

Данные анамнеза: от 1-й беременности, родился доношенным. На естественном вскармливании находился до 1 мес. С 2-х месяцев отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза. С 1-го года часто болеет респираторными заболеваниями. Первый приступ бронхиальной астмы в 10 лет. Приступы протекают нетяжело, купируются обычно ингаляциями беротека. Частота приступов в год – 3-4. Приступы чаще всего отмечаются ночью. Летом, которое мальчик проводит на даче, приступов никогда не бывает. Специальное аллергологическое обследование не проходил.

Приступ, послуживший поводом для госпитализации, длится уже 6 часов. Купировать его ингаляцией беротека, как обычно, не удалось. Мать ребенка отмечает, что в последнее время мальчик стал часто применять ингаляции лекарства, хотя приступов болезни у него при этом не замечала.

Данные объективного осмотра на дому: состояние средней тяжести. Отмечается экспираторная одышка. Грудная клетка слегка вздута. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание с удлинненным выдохом, выслушиваются сухие свистящие хрипы. Число дыханий 35 в минуту. Тоны сердца, удовлетворительной звучности. Частота сердечных сокращений 85 в минуту.

Задание:

1. В каком периоде болезни находится ребенок во время осмотра?
2. Какие исследования должны были быть проведены ребенку, когда стал очевиден диагноз бронхиальной астмы?
3. Каков, на Ваш взгляд, наиболее вероятный причинный аллерген у данного больного?
4. Показана ли госпитализация больного?
5. Показано ли применение беротека для оказания помощи больному?

Ответы и пояснения к задаче 1.

1. Больной находится в приступном периоде болезни. Как известно, БА протекает в виде чередования периодов обострения (приступов удушья) и ремиссии. В периоде ремиссии при легком течении заболевания (редкие быстро купирующиеся приступы), ребенок может быть практически здоров. Обострение болезни (приступ) сопровождается появлением экспираторной одышки, появлением свистящих хрипов при аускультации легких — эти симптомы имеют место у больного.

2 а. Аллергологические: кожные тесты с диагностическими аллергенами. Цель этих исследований — выявление причинного аллергена (аллергенов).

2 б. Исследования вентиляционных показателей для определения степени гиперреактивности бронхов (ОФВ1 и другие, проба с бронхоконстрикторами или бронходилаторами) Эти исследования позволяют определить степень тяжести заболевания (сохранение нарушения проходимости бронхов в периоде ремиссии — латентный бронхоспазм).

3. Наиболее вероятный причинный аллерген - домашняя пыль поскольку у ребенка отмечаются ночные приступы в домашних условиях.

4. Да, показана госпитализация из-за продолжительности приступа и не эффективности домашней» терапии.

5. Рекомендуется применить препарат другого фармакологического действия (м-холинolitikи, метилксантины), поскольку бета2-адреномиметик (беротек), применявшийся ребенку дома не смог купировать приступ бронхоспазма.

Тесты

Дать один правильный ответ

Тест 1. Назовите один из четырех предлагаемых сроков первой противотуберкулезной прививки:

- а) 3-5 дней от роду
- б) 3-5 месяцев
- в) 3-5 лет
- г) 13-15 лет

Правильный ответ

- а)** первая прививка против туберкулеза в 3-5 дней указана в Национальном календаре прививок РФ.

Тест 2. Выразим туберкулиновых проб называют одну из предложенных ситуации:

- а) переход отрицательной туберкулиновой пробы в положительную
- б) переход положительной пробы в отрицательную
- в) нарастание размеров реакции на туберкулиновую пробу
- г) уменьшение размера реакции на пробу

Правильный ответ: а) переход отрицательной туберкулиновой пробы в положительную свидетельствует об **инфицировании** ребенка и именно такая динамика пробы названа фтизиатрами «виражем».

Тест 3. Возможны следующие этиопатогенетические формы бронхиальной астмы, кроме одной:

- а) аспириновая
- б) гемолитическая
- в) от физического напряжения
- г) пищевая

Правильный ответ б). а) и в) - не аллергические формы бронхиальной астмы, г) – пищевая аллергия в ряде случаев, наряду с кожными реакциями, сопровождается **бронхоспазмом** и типичными приступами болезни.

Тест 4. Клинические формы бронхиальной астмы могут быть следующие, кроме одной:

- а) с типичными приступами
- б) астматический бронхит
- в) приступы спастического кашля
- г) стенозирующий ларинготрахеит

Правильный ответ г) **стенозирующий ларинготрахеит** может быть поводом для дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой, но бронхиальной астмой не является

Тест 5. Из перечисленных рентгенологических признаков только один не является обязательным для приобретенной первичной хронической пневмонии:

- а) локальное повышение прозрачности легочной ткани (викарная эмфизема),
- б) участок понижения прозрачности легочной ткани локального характера,
- в) смещение (изменение топографии) срединной тени,
- г) очаги обызвествления легочной ткани

Правильный ответ г) очаги обызвествления легочной ткани - признак первичного туберкулеза легких, а не хронической пневмонии.

Болезни органов пищеварения у детей старшего возраста

Задача 1.

Девочка 12 лет в течение последних 10 дней жалуется на выраженные боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Боли приступообразные, колющие, иррадиирующие в спину, поясницу и правое плечо.

Данные анамнеза: известно, что ребенок страдает хроническим гастродуоденитом с 10 лет, наблюдается и лечится в районной поликлинике. За последние 6 месяцев стала раздражительной, плаксивой, ухудшился сон, снизилась успеваемость в школе. Боли возникают через 1-2 часа после еды, иногда голодные и ночные, после приема пищи наступает облегчение. За последние 10 дней дважды была рвота без примеси крови, которая принесла облегчение. Стул регулярный, оформленный.

Известно, что девочка питается не регулярно, часто всухомятку, аллергические реакции на цитрусовые, шоколад, яйца. Наследственность отягощена – у мамы и бабушки по линии матери язвенная болезнь 12-перстной кишки. 2 недели назад у ребенка был конфликт в школе.

Данные объективного исследования при поступлении.

Осмотр: рост 160 см, масса 45 кг. Кожа бледная, чистая. Язык – «географический», обложен серовато-белым налетом. Тоны сердца чистые, громкие, пульс 92 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 24 в минуту. При глубокой пальпации живота умеренный мышечный дефанс, положительный симптом Менделя, болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, точках Дежардена и Мейо-Робсона, зоне Губергрица. Стул не изменен.

Половая формула: P₃, Ma₃, Ax₃, Me₀.

Данные проведенного обследования:

- ЭГДС - слизистая пищевода розовая, кардия сомкнута. В желудке мутная слизь; слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечна, на стенках плоские выбухания. Слизистая луковицы отечна, гиперемирована, на передней стенке рубец 0.6 см, на задней – язвенный дефект 1.0x0.8 см округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.
- УЗИ органов брюшной полости: печень и желчный пузырь без патологии. В желудке натощак большое количество содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа:

головка 21 мм (норма-18), тело 18 (норма-15), хвост 24 (норма-18), эхогенность ее снижена.

- Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Задание.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Оцените картину УЗИ.
4. Назначьте лечение данной больной.
5. Какие отягощающие моменты можно выделить в течение данного заболевания.

Задача 2.

Мальчик 12 лет поступил в отделение на обследование в связи с ноющими болями в верхней половине живота после приема жаренной и жирной пищи, снижением аппетита, тошнотой, повторной рвотой.

Данные анамнеза. С 5 лет находится на диспансерном учете у аллерголога с диагнозом: пищевая аллергия, atopический дерматит. В 7 лет перенес гепатит А. Со слов мамы ребенка, диету мальчик не соблюдает. С 9 лет после обеда в школе и физической нагрузки часто беспокоят ноющие боли опоясывающего характера в верхней половине живота, продолжающиеся до 2 часов и ослабевающие в положении сидя с наклоном туловища вперед. Боли сопровождаются тошнотой, метеоризмом, сухостью слизистых полости рта и проходят после приема но-шпы.

Данные объективного осмотра: Масса тела 28 кг, рост 132 см. Мальчик астенического телосложения. Состояние средней тяжести. Температура тела 36.8⁰С. Выражены суборбитальные тени. Кожа чистая, бледная. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, зоне Шоффара, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте. Печень и селезенка не пальпируются. Стул кашицеобразный, без патологических примесей с жирным блеском. Температура 36.8⁰С.

Данные проведенного обследования:

1. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, мочевины 5.2 ммоль/л, холестерин 3.4 ммоль/л, триглицериды 0.72 ммоль/л, β-липопротеиды 42 ммоль/л, билирубин прямой 3.8, не прямой 12.8 мкмоль/л, амилаза 520 ЕД/л.

2. Копрограмма: значительное количество непереваренных мышечных волокон, большое количество нейтрального жира.
3. УЗИ: гиперэхогенность поджелудочной железы, чередование гипер- и гипозоногенных участков, четкий контур, расширение главного панкреатического протока.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. План лечения.
5. Укажите прогноз заболевания.

Ответы и пояснения к задаче 1.

1. Язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки, обострение, средней степени тяжести, неосложненное течение, Нв+. Реактивный панкреатит.

Анамнез: отягощенная наследственность, нарушение диеты, пищевая аллергия, психо-эмоциональный стресс.

Болевой синдром: типичная локализация в эпигастрии и пилорoduоденальной области, возникает после приема пищи через 1-2 часа, голодные и ночные боли; рвота, приносящая облегчение.

Объективно: умеренный мышечный дефанс, болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области;

Данные ЭГДС: наличие язвенного дефекта, воспаление слизистой оболочки желудка, 12-перстной кишки, типичный для гастродуоденита и язвенной болезни;

Биопсийный тест на НВ-инфекцию ++.

Для реактивного панкреатита характерны: болезненность в точке Дежардена, Мейо-Робсона, зоне Губергрица и изменения при УЗИ исследовании: увеличение головки, тела, хвоста поджелудочной железы и снижение ее эхогенности.

2. НВ-инфекция,

- Наследственность,
- Пищевая аллергия,
- Хронический гастродуоденит,
- Стресс

3. Признаки гастрита – (в желудке натощак большое содержание жидкости, стенки его утолщены), признаки реактивного панкреатита – (увеличение размеров поджелудочной железы и снижение ее эхогенности).

4. При этом заболевании необходима комплексная терапия:
- Стол 1 на 4 недели (щадящая слизистую оболочку желудка и 12-перстной кишки),
 - Антибактериальная терапия, учитывая наличие НВ-инфекции. Препаратами выбора являются амоксициллин, кларитромицин; кроме этого назначаются метронидазол, Де-Нол, к которым чувствителен НВ.
 - Для защиты слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки назначаются антациды (омез, омепразол, ранитидин),
 - Учитывая наличие реактивного панкреатита необходимо назначить ферменты: фестал, мезим-форте, креон.
5. Пищевая аллергия, нарушение диеты, стресс (конфликт в школе).

Ответы и пояснения к задаче 2.

1. Рецидивирующий хронический панкреатит, среднетяжелое течение, период обострения. Диагноз выставлен на основании жалоб при поступлении в отделение, данных анамнеза (на учете у аллерголога с 5 лет с диагнозом: пищевая аллергия, перенес гепатит А, не соблюдает диету. Данных объективного осмотра: положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте, болезненность в зоне Шоффара, левом подреберье), данных копрограммы, УЗИ, биохимии крови: амилаза 520 ЕД/л.
- 2.
- Кровь на иммуноглобулины – А, М, аутоантитела к тканевым антигенам поджелудочной железы, к трипсину. При иммунопатологических вариантах хронического панкреатита повышается уровень Ig А и М; антител к трипсину, циркулирующих иммунных комплексов, так как продукты деструкции ткани железы сами играют роль аутоантител.
 - Контроль уровня амилазы крови через 2-12 часов. Отмечается нарастание гиперамилаземии, характерное для обострения хронического панкреатита.
 - Исследование панкреатической секреции (дуоденальное зондирование) в дуоденальном содержимом. При обострении хронического панкреатита снижается экзокринная функция железы и, как следствие, содержание ферментов в дуоденальном содержимом после стимуляции остается тем же или возрастает незначительно.

- Компьютерная томография: позволяет выявить наличие кист, очагов некроза, обызвествления, изменение структуры железы.
 - Общий анализ крови: незначительный лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
 - Общий анализ мочи (уровень амилазы). Норма до 160 г/ч/л. При обострении повышается в 2 и более раза.
3. Необходимо проводить с хроническим гастродуоденитом, хроническим холециститом, хроническими заболеваниями кишечника.
- 4.
- Стол №5. Щадящая диета с низким содержанием грубой клетчатки и тщательной кулинарной обработкой.
 - Панкреатические ферменты (панкреатин, панкурмен, мезим-форте, панцитрат). Заместительная терапия, связанная с низкой активностью экзокринной функции панкреатической железы.
 - Липотропные препараты (липамид, липостабил, метионин, тиоктаcid, галаскорбин).
 - Нормализация кишечной флоры (нормофлорины, лактобактерин, биовестин-лакто, трилакт). Как правило, при хроническом панкреатите отмечается дисбактериоз кишечника, способствующий еще более низкой переваривающей активности желудочно-кишечного тракта.
 - Фитотерапия. Вспомогательная терапия, направленная на нормализацию функции желудочно-кишечного тракта (желудка, 12-перстной кишки, тонкого кишечника, печени и желчевыводящих путей).
5. Зависит от тщательного соблюдения диеты, систематического противорецидивного лечения (до 4 раз в год), санаторно-курортного лечения.

Тесты

Дать один правильный ответ.

Тест 1. Фактор, способствующий развитию хронического гастрита:

- а) длительные перерывы в еде,
- б) редкие мочеиспускания,
- в) запоры,
- г) жирная пища.

Правильный ответ: а) длительные перерывы в еде. Гиперсекреция желудочного сока с последующим химическим поражением слизистой оболочки желудка.

Тест 2. О каком заболевании можно думать при наличии болей в эпигастрии, возникающих через 20-30 минут после еды.

- а) пиелонефрит,
- б) холецистит,
- в) хронический гастрит,
- г) аппендицит.

Правильный ответ: в) хронический гастрит. Типичная локализация и время возникновения болей.

Тест 3. Исследование, подтверждающие гастродуоденит:

- а) кал на яйца глистов,
- б) фиброгастродуоденоскопия,
- в) холецистография,
- г) урография.

Правильный ответ: б) фиброгастродуоденоскопия. Только при ЭГДС можно визуально увидеть повреждение слизистой желудка.

Тест 4. Какой препарат показан при хроническом эрозивном гастродуодените:

- а) преднизолон,
- б) мочегонные,
- в) Де-нол,
- г) желчегонная терапия.

Правильный ответ: в) Де-Нол. Обладает способностью обволакивать слизистые оболочки, имеет антипептическую активность и антимикробное свойство.

Тест 5. Какая рекомендация необходима при заболевании желчных путей:

- а) прием пищи каждые 3 часа,
- б) протертая пища,
- в) пища в отварном или паровом приготовлении,
- г) любая кулинарная обработка.

Правильный ответ: в) пища в отварном или паровом приготовлении. Для исключения возможности приема экстрактивных веществ.

Тест 6. Необходимые лекарственные препараты при язвенной болезни 12- перстной кишки:

- а) тюбажи с минеральной водой,
- б) аллохол,
- в) Де-нол.
- г) ферменты.

Правильный ответ: в) Де-нол. Обладает способностью обволакивать слизистые оболочки, имеет антипептическую активность и антимикробное свойство.

Укажите все правильные ответы

Тест 7. Основными причинами хронического панкреатита у детей являются:

- а) патология 12-перстной кишки и желчевыводящих путей.
- б) бактериально-вирусные инфекции,
- в) пищевая аллергия,
- г) лекарственные препараты,
- д) болезни соединительной ткани

Правильный ответ: а), б), в), г), д), так как вышеописанные причины вызывают очаговые или деструктивные и дегенеративные изменения ацинарной ткани, протоковой системы с развитием функциональной недостаточности с последующим снижением внешне- и внутрисекреторной функции.

Тест 8. Для болевого синдрома, специфичного для хронического панкреатита являются:

- а) приступообразные или ноющие боли, часто опоясывающего характера в верхней половине живота после приема пищи и физической нагрузки,
- б) тупые распирающие боли в верхней половине живота, рвота, метеоризм,
- в) ноющие боли в околопупочной области, рвота после еды, тошнота,
- г) ночные ноющие боли в эпигастрии, изжога, метеоризм,

Правильный ответ: а)

Тест 9. Наиболее информативными методами диагностики хронического панкреатита являются:

- а) эзофагогастродуоденоскопия,
- б) определение ферментного спектра крови и мочи,

- в) копрологическое исследование и определение стеатореи,
- г) холецистография,
- д) УЗИ органов брюшной полости

Правильный ответ: б), в), д).

- б) характерно повышение активности амилазы, трипсина, липазы в сыворотке крови; амилазы, липазы в моче.
- в) повышается содержание нейтрального жира, непереваренных мышечных волокон, фекальной эластазы-1
- д) при УЗИ: неровность контура железы, повышение эхогенности ткани с участками гиперэхогенности, расширение панкреатического протока.

Тест 10. Принципы лечения больных с хроническим панкреатитом.

- а) диетотерапия,
- б) ферменты,
- в) гормоны,
- г) спазмолитики,
- д) антибиотики.

Правильный ответ: а), б), г), д).

- а) лечебное питание – цель в снижении панкреатической и желудочной секреции (стол 5 П), облегчение всасывания пищевых ингредиентов, исключаются экстрактивные вещества и сокогонные продукты (соки, фрукты, сырые овощи).
- б) ферменты с целью заместительной терапии, ликвидация нарушения абсорбции жиров, белков, углеводов.
- г) снять спазмы сфинктера Одди, снизить внутрипротоковое давление, обеспечить пассаж панкреатического сока и желчи в 12-перстную кишку.
- д) для предупреждения вторичного инфицирования, при угрозе формирования кист, свищей.

Эндокринология

Задача 1.

Девочка 8 лет, 4 месяца.

Данные анамнеза: ребенок от 2-й, нормально протекавшей беременности и нормальных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 50 см. Росла и развивалась удовлетворительно. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раза в год, ветряная оспа в 6 лет. Прививки сделаны по возрасту. У бабушки по матери сахарный диабет 2 типа.

Больна 2 месяца. После перенесенного ОРВИ девочка стала жаловаться на жажду, повышенный аппетит, похудание, учащенное

мочеиспускание. За 5 дней до госпитализации состояние резко ухудшилось, появились боли в животе, рвота, сонливость, запах ацетона изо рта. Накануне госпитализации появилась одышка, многократная рвота с болями в животе, сопорозное состояние.

Данные объективного осмотра. При поступлении состояние тяжелое: резкая слабость, спит, но при обращении отвечает на односложные вопросы и тут же засыпает. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Одышка. При аускультации жестковатое дыхание. Тахикардия, тоны сердца приглушены. АД 90/50 мм рт. Столба. Живот при пальпации болезненный. Печень + 1.5 см из под реберной дуги. Мочеиспускание частое, вульва гиперемирована.

Данные проведенного обследования:

- Сахар крови 30 ммоль/л,
- Сахар в моче (300 мл) 5%, ацетон +++++,
- КОС: pH 7.1, BE – (-20).

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Продолжить обследование.
3. Назначить лечение.
4. Обосновать фазу заболевания.
5. Дать оценку показателей КОС.

Задача 2.

Девочка 12 дней.

Данные анамнеза: ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности, от срочных родов. Масса тела при рождении 3600, длина 52 см. Закричала сразу, приложили к груди через 12 часов, сосала активно. Родители молодые, здоровые. Наследственность не отягощена.

При рождении обратили внимание на неправильное строение наружных половых органов: большие половые губы напоминали мошонку, клитор гипертрофирован. После выписки с 8 дня жизни у ребенка появилась рвота, которая в последние дни усилилась, девочка стала отказываться от кормления, заметно похудела.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, вялый, продолжается рвота, тургор тканей снижен, Кожа суховата, пигментация в области сосков. Большой родничок запавший. Дыхание жестковатое. Тоны сердца умеренно приглушены. Живот мягкий, небольшая болезненность в эпигастрии. Стул 1 раз разжиженный. Мочеиспускание редкое.

Данные проведенного обследования:

- Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, мочевины 6.4 ммоль/л, холестерин 4.2 ммоль/л, билирубин общий 4 мкмоль/л,

калий 6.8 ммоль/л, натрий 129.0 ммоль/л, Са 2.4 ммоль/л, АЛТ – 20 Ед/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какой показатель подтверждает диагноз?
3. Назначить лечение.
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
5. Прогноз при неправильной диагностики этого заболевания.

Задача 3.

Ира 10.5 лет

Данные анамнеза: девочка от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х нормальных срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 50 см. Период новорожденности без особенностей, развивалась нормально. Успеваемость в школе была отличной в 1 классе, затем снизилась.

Перенесенные заболевания: корь в тяжелой форме в 6 лет, ОРВЗ – 3-4 раза в год. В 8 лет поставлен диагноз туберкулезной интоксикации, получала фтивазид. С 7 лет отмечено снижение аппетита, появление запоров. С 8 лет перестала расти, нарушилась смена зубов.

Данные объективного осмотра: при поступлении в стационар рост 124 см, вес 26 кг. Пульс 60 в минуту. АД 75/35 мм ртутного столба. Отмечается вялость, сухость кожи, ломкость волос. Аускультативно – глухость тонов сердца, систолический шум. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Данные лабораторных исследований:

- Холестерин 18 ммоль/л, белок крови 79 г/л
- Рентгенограмма кистей: дифференцировка костей соответствует 6 годам.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте дальнейший план обследования
3. Назначьте лечение.

Задача 4.

Экимат, 10 лет

Данные анамнеза: ребенок от 1 беременности, в течении которой неоднократно отмечались острые респираторные заболевания. В родах - обвитие пуповины вокруг шеи. При рождении масса тела 2500 г, длина – 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Перенесенные заболевания :

ОРВЗ, краснуха в 4 года, ветряная оспа в 6 лет, повторные ангины с 1.5 лет.

Год назад мать заметила, что у ребенка появились усталость, слабость, утомляемость, повышение аппетита, похудание, двусторонний экзофтальм. В последние 2 недели состояние ухудшилось: отмечались головокружения, обмороки, раздражительность, дрожание верхних конечностей, изменение почерка, потливость.

Данные объективного осмотра: Рост 142 см, вес 21.5 кг. Отмечается суетливость, лабильность настроения, потливость. Воронкообразная грудная клетка. Выражена пульсация сосудов шеи. Верхушечный толчок в V межреберье, усилен. Границы относительной сердечной тупости: левая – по средне ключичной линии, правая – по правому краю грудины. Тоны сердца акцентированы. Пульс 138 в минуту, АД – 120/45 мм ртутного столба. Печень +1 см. Щитовидная железа деформирует шею, эластична, однородна, безболезненна. Экзофтальм, симптом Грефе +, симптом Мебиуса +. Тремор век, языка, пальцев вытянутых рук. Половое развитие А_{х0}Р₀.

Данные лабораторных исследований:

- Клинический анализ крови: эритроциты $5.4 \times 10^{12}/л$, Нв 126 г/л, лейкоциты $7.9 \times 10^9/л$, тромбоциты $344 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 57%, лимфоциты 24%, эозинофилы – 3%, СОЭ 5 мм/час. Длительность кровотечения 3¹, свертываемость крови: начало 1¹, конец – 3¹.
- Общий анализ мочи: прозрачная, светло-желтая, относительная плотность 1025, белок – отсутствует, сахар – нет, лейкоциты – 1 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.
- Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, мочевины 3.6 ммоль/л, триглицериды – 0.99, холестерин – 2.8 ммоль/л, β – липотпротеиды – 26, билирубин непрямо 15 мкмоль/л, серомукоид – 0, 231, сахар 6.6 ммоль/л, тимоловая проба – 3.4, К – 3.9 ммоль/л, Са⁺⁺, 1.12 ммоль/л.
- Анализ крови на гормоны: Т₃ своб. – 35 (норма 4.25-8.10), Т₄ своб. 80.3 (норма 10 – 25.0), ТТГ – 0 (норма 0.24 – 3.5).

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. Оценить исследования.
3. Продолжить обследование.
4. Назначить лечение.

Задача 5.

Вячеслав 12 лет

Данные анамнеза: мальчик от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре. Роды в срок, самостоятельные. В родах аспирация зеленых околоплодных вод. Масса тела при рождении 3600 г,

длина 54 см. Закричал после отсасывания слизи. На 4-й день диагностирована пневмония. В процессе обследования и лечения в отделении новорожденных был выявлен врожденный порок сердца (незаращение боталлового протока), по поводу которого ребенок был оперирован в 3-х летнем возрасте.

Наследственность отягощена: брат – ВПС (дефект межпредсердной перегородки; бабушка по линии отца – сахарный диабет II типа, дед по линии отца – ВПС (дефект межпредсердной перегородки).

В феврале-марте 2005 года у ребенка начала темнеть кожа, появилась слабость, головная боль, тяга к соленому. За лето потемнение кожи приобрело интенсивность, несвойственную обычной реакции на инсоляцию. С октября этого года приступы головной боли участились, снизился аппетит, отмечались перепады АД с тенденцией к снижению, сонливость.

Находился на лечении в неврологическом отделении, где проводилась церебропротекторная и симптоматическая терапия. Состояние ухудшилось и ребенок был переведен в эндокринологическое отделение.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, в сознании. На осмотр реагирует негативно. Положение пассивное. Температура тела 36.1° C. Кожные покровы бронзового цвета (даже на закрытых от инсоляции участках тела), участки гиперпигментации особенно ярко выражены на разгибательных поверхностях обеих локтевых и коленных суставов, крестца, родимых пятен, мошонки. Мышечный и подкожно-жировой слой недостаточно выражен, тургор тканей сохранен, волосы светлые. Слизистая десен грязно-серого цвета. Язык обложен серым налетом. Дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений 92 в минуту, АД 80/40 мм. ртутного столба. Аппетит отсутствует.

Данные лабораторных исследований:

- Клинический анализ крови: гемоглобин 123 г/л, эритроциты - 4.2×10^{12} /л, цв. показатель - 0.88, тромбоциты - 246000, лейкоц.- 9.4×10^9 /л, п.я. – 1%, с. я. – 74%, лимф. – 16%, мон. – 2%, СОЭ 3 мм/час.
- Общий анализ мочи: цвет – желтый, плотность – 1015, прозрачность – прозрачная, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, кетоновые тела – отсутствуют, реакция на кровь – отрицательная, эпителий – отсутствует, лейкоциты – 1 в поле зрения, цилиндры – отсутствуют, бактерии – нет.
- Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, мочевины 9.0 ммоль/л, креатинин 54.0 мкмоль/л, холестерин общий 2.7 ммоль/л, триглицериды 0.78, β -липопротеиды 21, К 6.0 ммоль/л, натрий 109 ммоль/л, кальций $^{++}$ 1.1 ммоль/л, АлАТ 25, АсАТ 31, ЛДГ 300, глюкоза 3.5 ммоль/л.
- Анализ крови на глюкозу: в 9^{00} - 2.8 ммоль/л, в 13^{00} - 4.5 ммоль/л.

- Гормональный профиль: кортизол 87 (норма 150-660).

Задание.

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. Оценить исследования.
3. Продолжить обследование.
4. Назначить лечение.

Ответы и пояснения к задаче 1.

1. Сахарный диабет I типа, семейный, кетоацидотическая кома II степени, вульвит.

Обоснование: жажда, повышенный аппетит, похудание, учащенное мочеиспускание, сухость кожи, запах ацетона изо рта, прогрессирующее нарастание перечисленных симптомов, появление сонливости, рвоты, адинамии, одышки, боли в животе, увеличение печени, гиперемия вульвы, сахар крови 30 ммоль/л, ацетон в моче +++++, у бабушки сахарный диабет – характерно для сахарного диабета I типа.

Сопор, многократная рвота, одышка, боли в животе, резкая слабость, метаболический декомпенсированный ацидоз – характерны для диабетической кетоацидотической комы II степени.

2. Анализы крови на сахар каждые 3-4 часа, глюкозурический профиль, КОС каждые 3-4 часа биохимический анализ крови (белок и фракции, мочевины, холестерин, липопротеиды, билирубин, трансаминазы, электролиты), ЭКГ.
3. Инфузионная терапия: 5-10% глюкоза + физиологический раствор, 4-5% раствор хлорида К, панангин, гепарин, витамин С.
4. Сопор, многократная рвота, одышка, боли в животе, резкая слабость, метаболический декомпенсированный ацидоз – характерны для диабетической кетоацидотической комы II степени.
5. Декомпенсированный метаболический ацидоз (рН – 7.1, ВЕ(-20)).

Ответы и пояснения к задаче 2.

1. Можно думать о врожденной дисфункции коры надпочечников, сольтеряющей форме. В клинике отмечается неправильное строение половых органов (большие половые губы напоминают мошонку, клитор гипертрофирован, пигментация вокруг сосков). Отмечается рвота, эксикоз, в биохимическом анализе крови выявлена гиперкалиемия и гипонатриемия.

2. Для подтверждения диагноза необходимо определение 17-оксипрогестерона в крови.
3. Для коррекции гормонального профиля назначают глюко- и минералкортикоиды.
4. Сольтерющую форму врожденной дисфункции коры надпочечников следует дифференцировать с пилоростенозом.
5. При позднем начале лечения дети, как правило, на всю жизнь остаются низкорослыми.

Ответы и пояснения к задаче 3.

1. Гипотиреоз приобретенный, средней тяжести. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и клиники. В пользу приобретенного гипотиреоза свидетельствует возраст начала заболевания (с 7 лет), и такие клинические симптомы, как снижение аппетита, запоры, нарушение сроков смены зубов, задержка роста, ломкость волос, брадикардия, глухость тонов сердца, артериальная гипотония до 75/35 мм ртутного столба, увеличение размеров печени. Типичные клинические симптомы выражены умеренно, что свидетельствует о средней тяжести заболевания.
При обследовании отмечается гиперхолестеринемия до 18 ммоль/л, отставание костного возраста.
2. УЗИ щитовидной железы: может быть уменьшение размеров и признаки аутоиммунного тиреоидита.
Гормональный профиль: снижение T_4 и T_3 , изменения ТТГ (повышение при первичном, снижение при вторичном или третичном гипотиреозе). При снижении ТТГ исключить патологию гипоталамо-гипофизарной области (рентгенограмма черепа- турецкого седла, ЭЭГ, КТ головного мозга).
В общем анализе крови нередко может быть выявлена анемия железо – и белководефицитного характера.
На ЭКГ отмечается брадикардия, низкий вольтаж зубцов, блокады.
3. Основным является пожизненная заместительная гормональная терапия.
Чаще других применяется L-тироксин в индивидуально подобранной дозе на фоне которой должны исчезнуть все клинические симптомы и нормализоваться метаболические и гормональные показатели.

Ответы и пояснения к задаче 4.

1. Диффузный токсический зоб, II степени, средней тяжести.
Щитовидная железа увеличена и деформирует шею, что соответствует II степени зоба (по классификации ВОЗ).

Железа при пальпации эластична, однородна, что характерно для диффузного зоба.

Выражены следующие симптомы тиреотоксикоза: утомляемость, повышение аппетита, похудание, раздражительность, тремор рук, изменение почерка, потливость, тахикардия до 138 ударов в минуту, повышение систолического АД, снижение диастолического АД, то есть высокое пульсовое АД (120/45), экзофтальм, положительные глазные симптомы (Грефе, Мебиуса), тремор век, языка пальцев вытянутых рук. Вышеуказанные данные выражены умеренно, что соответствует средней тяжести заболевания.

2. Диагноз подтвержден гормональным профилем – повышение T_3 своб., T_4 своб., снижение ТТГ. На ЭКГ выявлена тахикардия, синусовая аритмия, повышение активности миокарда левого желудочка. Метаболические изменения в крови – снижение холестерина и повышение глюкозы характерны для тиреотоксикоза.
3. Рентгенограмма кисти – для данной патологии характерно ускорение костного возраста.
4. Основным в лечении являются тиреостатики (мерказолил, метизол), перед назначением которых необходимы исследования общего анализа крови с гемосиндромом.

При назначении этих препаратов может быть побочное действие: лейкопения, тромбоцитопения, нейтропения, что может быть противопоказанием для назначения этих препаратов. Необходим контроль этих показателей в динамике. Начальная доза тиреостатика 0.5-1 мг/кг массы тела в 3 приема.

При снижении симптомов тиреотоксикоза доза препарата снижается до поддерживающей (5-10 мг/сут).

Для нормализации частоты пульса и АД назначаются β – адреноблокаторы. Показана седативная терапия в виде препаратов валерианы.

Ответы и пояснения к задаче 5.

1. Хроническая надпочечниковая недостаточность, первичная, приобретенная, фаза декомпенсации.

В пользу приобретенной хронической надпочечниковой недостаточности свидетельствуют следующие жалобы и данные анамнеза: слабость, головная боль, тяга к соленому, потемнение кожи, снижение аппетита, похудание, которые продолжались около полугода. Потемнение кожи свидетельствует в пользу первичности данной патологии.

2. Диагноз подтверждается метаболическими изменениями: типично – повышение К, снижение натрия и глюкозы, снижение кортизола. Отсутствие лечения явилось причиной декомпенсации заболевания: резкая слабость, тошнота, снижение артериального давления, потемнение кожи и слизистых.
3. Продолжить обследование: ЭКГ – так как при данном заболевании выражены электролитные нарушения (на ЭКГ отмечаются признаки гиперкалиемии, возможно нарушение ритма), УЗИ надпочечников – при первичном генезе заболевания иногда выявляется уменьшение их размеров, ЭКГ и электролиты в динамике на фоне лечения.
4. Пожизненная заместительная гормональная терапия. Индивидуально подбирается доза глюкокортикоидов (кортефа, преднизолон) и минералкортикоидов (кортинефа).

Тесты

Дать один правильный ответ

Тест 1. Укажите симптом, характерный для диабетического кетоацидоза:

- а) одышка
- б) отеки
- в) брадикардия
- г) повышение артериального давления

Правильный ответ: а) одышка. Гипервентиляция вызвана накоплением кетоновых тел в крови и выделением их через легкие.

Тест 2. Признак, характерный для гипогликемической комы:

- а) сухость кожи
- б) брадикардия
- в) румянец на щеках
- г) снижение артериального давления

Правильный ответ: б) брадикардия. Обусловлена раздражением парасимпатического центра вегетативной нервной системы при тяжелой гипогликемии.

Тест 3. С каким заболеванием приходится дифференцировать сахарный диабет?

- а) геморрагический васкулит

- б) несахарный диабет
- в) острый гломерулонефрит

Правильный ответ: б) несахарный диабет. Больные имеют схожие симптомы: полидипсия, полиурия.

Тест 4. Осложнение, типичное для сахарного диабета I типа в остром периоде:

- а) геморрагический синдром
- б) вульвит
- в) артрит

Правильный ответ: б) вульвит. Обусловлено выделением с мочой глюкозы (питательная среда для микроорганизмов) и сниженной иммунологической реактивностью.

Тест 5. Жизненноважный препарат, который применяется при сахарном диабете I типа:

- а) панзинорм
- б) актрапид
- в) но-шпа
- г) кортинеф

Правильный ответ: б) актрапид. Актрапид – это препарат инсулина, который восполняет дефицит эндогенного инсулина.

Дать один правильный ответ

Тест 6.

У детей с нелеченной врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН) рост:

- а) выше среднего
- б) ниже среднего
- в) средний

Правильный ответ: б) ниже среднего, потому что при ВДКН повышен уровень андрогенов надпочечников. При этом вначале отмечается усиленный рост, а затем быстрое закрытие зон роста. То есть конечный рост больного ВДКН низкий или ниже среднего.

Тест 7.

Для сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников характерно:

- а) отставание костного возраста по сравнению с паспортным
- б) ускорение костного возраста по сравнению с паспортным
- в) костный возраст соответствует паспортному.

Правильный ответ: б) ускорение костного возраста по сравнению с паспортным, так как повышенный уровень андрогенов надпочечников закрытие зон роста.

Тест 8.

Для врожденной дисфункции коры надпочечников в крови характерно повышение:

- а) кортизола
- б) 17- оксипрогестерона
- в) альдостерона

Правильный ответ: б) 17- гидроксипрогестерона. 17-прогестерон является предшественником кортизола. При недостаточности фермента 21-гидроксилазы блокируется преобразование 17-гидроксипрогестерона, что приводит к снижению выработки кортизола и накоплению предшественников этого гормона – 17-гидроксипрогестерона и других.

Тест 9.

Симптомом врожденной дисфункции коры надпочечников является:

- а) анемия
- б) пигментация ареол
- в) отеки
- г) судороги

Правильный ответ: б) пигментация ареол в результате компенсаторного повышения АКТГ. Вместе со стимуляцией выработки АКТГ повышается выработка всех пептидов гипофиза, в частности меланоцит-стимулирующего гормона, а также β и γ – липотропинов, (которым присуща активность меланоцит-стимулирующего гормона).

Тест 10.

Препарат, применяемый для лечения врожденной дисфункции коры надпочечников:

- а) аспирин
- б) амоксицилин

в) кортинеф

Правильный ответ: в) кортинеф. При вирульной форме ВДКН необходима пожизненная заместительная терапия глюкокортикоидами и минералкортикоидами. Кортинеф является препаратом с таким комбинированным действием.

Болезни почек

Задача 1.

Девочка 8 лет, поступила в больницу с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание.

Данные анамнеза: ребенок от I-й беременности, родился в срок. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ. Из дополнительного анамнеза известно, что девочку периодически беспокоят боли в животе; часто на этом фоне повышается температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

Данные объективного осмотра: при поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, температура 38°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно.

Данные проведенного обследования:

- Общий анализ крови: Нв – 114 г/л, эр – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $18,5 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с – 70%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 30 мм/час.
- Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06 ‰, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, бактерии – много.
- УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон, больше слева. Подозрение на удвоение левой почки.

Задание.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. С какой целью необходимо проведение цистографии?
4. Какое исследование необходимо провести для назначения адекватной терапии?

5. Длительность диспансерного наблюдения за больной в стадии ремиссии.

Задача 2.

Девочка 4-х лет поступила в отделение с жалобами на отеки.

Данные анамнеза: ребенок от I нормально протекавшей беременности, роды в срок. Масса при рождении 3200 гр., длина 50см. Физическое психомоторное развитие без особенностей. Перенесенные заболевания: ветр. оспа, часто болеет ОРВИ. Аллергологический анамнез: атопический дерматит до 3х лет.

После перенесенного ОРВИ у девочки появились отеки на лице, редкие мочеиспускания. Участковым врачом был поставлен диагноз, отек Квинке, назначен супрастин. Несмотря на проводимую терапию, отеки нарастают, и девочка была госпитализирована.

Данные объективного осмотра: при поступлении в стационар состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голени, стоп, передней брюшной стенки, асцит. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 34 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 ударов в минуту, АД – 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень +2.0 см из-под края реберной дуги. Мочится редко. Выделила за сутки 180 мл мочи.

Данные проведенного обследования:

- В анализе мочи белок 8.0 ‰, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.
- Общий анализ крови: Нв – 127 г/л, эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $10,2 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 36%, л – 54%, э – 2%, м – 8%, СОЭ – 50 мм/час.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие биохимические показатели крови необходимы для уточнения диагноза?
4. Диета при данном заболевании
5. Назначьте лечение.

Ответы и пояснения к задаче 1.

1. Вторичный хронический пиелонефрит на фоне аномалии развития почек, стадия обострения.
 - Хронический, т.к. в анамнезе – неоднократные подъемы температуры, сочетающиеся с болями в животе и болезненными мочеиспусканиями

- Вторичный, т.к. по данным УЗИ выявлено расширение собирательных систем обеих почек и подозрение на удвоение почки слева (аномалия развития)
 - Пиелонефрит в стадии обострения, т.к. в анамнезе и при поступлении – явления общеинфекционного токсикоза, положительный с-м Пастернацкого, выраженная лейкоцитурия и бактериурия, воспалительная реакция периферической крови
2. Микробиологическое исследование мочи (типирование микрофлоры с учетом чувствительности к антибиотикам), ан. мочи по Зимницкому (для пиелонефрита характерно умеренное ограничение концентрационной способности почек), цистография, цистоскопия по показаниям, нефросцинтиграфия через 6 мес. после купирования атаки пиелонефрита (наличие очагов сморщивания паренхимы почек у ребенка с хроническим воспалительным процессом)
 3. По данным УЗИ (расширение собирательной системы почек) нельзя исключить наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
 4. Определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам (антибиотикограмма)
 5. До передачи подростка во взрослую сеть.

Ответы и пояснения к задаче 2.

1-2. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом (идиопатический нефротический синдром).

Дошкольный возраст, дебют заболевания после ОРВИ, выраженный отечный синдром, олигурия, массивная протеинурия, ускорение СОЭ типичны для нефротического синдрома (морфологически- скорее всего, болезнь минимальных изменений)

3. Протеинограмма (можно ожидать выраженную гипопротеинемию в сочетании с гипоальбуминемией), липидограмма (компенсаторное повышение холестерина и триглицеридов).

Повышенные мочевины, креатинин, электролиты крови (возможна гиперкалиемия) могут свидетельствовать о развитии почечной недостаточности острого периода.

Коагулограмма (тенденция к гиперкоагуляции)

4. Исключение соли и мяса (содержит хлорид натрия), ограничение белка (при массивной протеинурии), прием жидкости в соответствии с диурезом и желанием больного.

5. Постельный режим на период выраженных отеков, далее двигательную активность не ограничивать (профилактика остеопороза)

- Диета (см. выше),

- Антибактериальная терапия коротким курсом на период выраженных отеков (профилактика бактериальных осложнений-пневмония, перитонит при анасарке).
- Иммуносупрессивная терапия – преднизолон 2 мг/кг или 60 мг/м² поверхности тела на 6 недель ежедневно с последующим переходом на альтернирующий режим 1-1,5 мг/кг или 40 мг/м² на 6 недель с последующей постепенной отменой при нормальных анализах мочи.
- Антикоагулянты, антиагреганты (гепарин, курантил) для предупреждения микротромбообразования при выраженной гиповолемии
- Мочегонные препараты- крайне осторожное введение петлевых диуретиков на фоне адекватной гидратации больного (в/в капельное введение реополиглюкина с последующим медленным введением лазикса 1-5 мг/кг в 150 мл глюкозы)
- В дальнейшем- гепатопротективная терапия, антациды (побочные действия кортикостероидов на ЖКТ)

Тесты

Указать все правильные ответы

Тест 1. Для пиелонефрита характерны:

- а) ацидоз
- б) бактериурия
- в) азотемия
- г) лейкоцитурия

Правильные ответы: б), бактериурия г) лейкоцитурия.

Пиелонефрит является микробно-воспалительным заболеванием почек, для которого характерны наличие патогенной микрофлоры в пробах мочи и нейтрофильная лейкоцитурия.

Тест 2. Для нефротического синдрома характерны:

- а) массивные отеки (анасарка)
- б) артериальная гипертензия
- в) протеинурия более 2 г/сутки
- г) протеинурия менее 2 г/сутки
- д) гипофосфатемия
- е) гиперхолестеринемия
- ж) гипопроteinемия
- з) гипокальциемия

Правильные ответы: а) массивные отеки, в) протеинурия, е) гиперхолестеринемия, ж) гипопроteinемия.

Нефротический синдром развивается у детей вследствие нарушений функций Т-лимфоцитов с последующей выработкой лимфокинов, факторов сосудистой проницаемости и др. факторов, влияющих на структуру подоцитов. Все это приводит к чрезмерной проницаемости гломерулярного фильтра и массивной протеинурии.

Протеинурия приводит к значительной гипопроteinемии, снижению онкотического давления крови и, как следствие, к развитию массивных отеков.

Компенсаторно в печени повышается синтез липидов (гиперхолестеринемия).

Тест 3. Больным с нефритическим синдромом показано:

- а) увеличение потребления жидкости
- б) бессолевая диета
- в) потребление жидкости с учетом диуреза
- г) увеличение калорийности питания
- д) увеличение потребления мяса и белка

Правильные ответы: б) бессолевая диета, в) потребление жидкости с учетом диуреза.

Для нефритического синдрома характерно снижение диуреза. Диета без соли и мяса (мясо также содержит хлорид натрия) и ограничение потребляемой жидкости предупреждает развитие гипергидратации и обладает гипотензивным действием

Тест 4. Состояния, требующие немедленной коррекции при ОПН:

- а) гиперпаратиреозидизм
- б) гипопроteinемия
- в) гиперволемия
- г) гиперкалиемия
- д) ацидоз
- е) аминоацидурия
- ж) уремия

Правильные ответы: в) гиперволемия, г) гиперкалиемия, д) ацидоз, ж) уремия.

Остро развивающиеся гиперволемия, уремия и ацидоз приводят к отеку мозга и эклампсии. Состояние усугубляется нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы в результате гиперкалиемии. Все синдромы вместе и каждый в отдельности являются угрожающими жизни больного и требуют немедленной коррекции вплоть до проведения диализа.

Тест 5. Основными принципами консервативного лечения ХПН являются:

- а) инфузионная терапия
- б) диетотерапия
- в) стимуляция эритропоэза
- г) мочегонная терапия
- д) коррекция КОС
- е) физиотерапия
- ж) коррекция кальций-фосфорного обмена
- з) антибактериальная терапия

Правильные ответы: б) диетотерапия, в) стимуляция эритропоэза, д) коррекция КОС, ж) коррекция кальций-фосфорного обмена.

Раннее развитие анемии, ацидоз и нарушение кальций-фосфорного обмена ухудшают качество жизни больного с ХПН и осложняют посттрансплантационный период. Гипокальциемия в сочетании с гиперфосфатемией приводит к остеопорозу и замедлению роста больного.

Целью консервативного лечения ХПН является максимальное продление функций почек на уровне, не требующем заместительной терапии (щадящая диета с ограничением белка), борьба с анемией (назначение рекомбинантного эритропоэтина с препаратами железа) и коррекция ацидоза. Профилактика ренальной остеодистрофии (назначение препаратов, связывающих фосфор, карбоната кальция и активных метаболитов витамина Д) способствуют нормальному росту костей.

Геморрагические диатезы и болезни крови

Задача 1.

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. Appetit снижен. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Стул был после клизмы, оформленный, с небольшим количеством слизи.

Формула полового развития: Ma_2, P_2, A_2, Me_0 .

Данные проведенного обследования:

- Анализ крови: гем.-126 г/л, эр.- 4.0×10^{12} /л, цв.п.-0.95, тромб.- 322×10^9 /л, лейкоц.- 7.4×10^9 /л, п.я.-6%, с.я.-64%, эоз.-8%, л.-18%. м-4%, 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.
2. Какие клинические синдромы характерны для этого заболевания?
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Какие факторы могли способствовать развитию заболевания?

Задача 2.

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 незначительная 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, эр.- 2.5×10^{12} /л, ц.п.-0.9, тромбоциты- 15×10^9 /л, лейкоц.- 42.0×10^9 /л, бласты-98%, лимф. – 2%, СОЭ-29 мм/час.

Задание.

1. Поставить диагноз.
2. План дополнительного обследования.
3. Какое исследование позволит уточнить форму заболевания?
4. План лечения.
5. С какими заболеваниями по клинической картине необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Ответы и пояснения к задаче 1.

1. Геморрагический васкулит с кожным, суставным и абдоминальным синдромом. Диагноз ставится на основании анамнеза (экссудативный диатез на 1-м году жизни, пищевая аллергия на яйца, шоколад, цитрусовые). Данное заболевание развилось через 2 недели после перенесенной ангины. В клинике болезни данного ребенка типичные проявления на коже – экссудативно-геморрагическая сыпь на бедрах, голенных ягодицах, болезненность и отечность голеностопных суставов, схваткообразные боли в животе типичны для абдоминального синдрома.
2. а) кожный, б) суставной, в) абдоминальный, г) почечный
3. а) анализ крови + время кровотечения и время свертывания, б) коагулограмма, в) кал на копрологию, г) анализ мочи д) биохимический анализ крови (белок и его фракции, мочевины, креатинин, калий, натрий).
4. а) стол язвенный б) дезинтоксикационная терапия, в) гепаринотерапия, г) десенсибилизирующая терапия д) санация очагов инфекции.
5. а) аллергическая настроенность организма (экссудативный диатез, пищевая аллергия, б) частые ОРВЗ, в) перенесенная за 2 недели фолликулярная ангина.

Ответы и пояснения к задаче 2.

1. Острый лейкоз. Обоснование: за месяц до поступления ухудшился аппетит, появились боли в животе, периодически повышалась температура до $38 - 38.5^{\circ}\text{C}$ без признаков воспалительного процесса. При осмотре отмечаются признаки интоксикации (кожа бледная с сероватым оттенком, слизистые тоже бледные). На коже петехии и экхимозы, увеличены все группы лимфатических узлов, печень и селезенка. Тахикардия, шум в сердце. В анализе крови снижены эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, лейкоцитоз, бласты 98%.
2. План дополнительного обследования:
 - Пункция костного мозга, для подтверждения диагноза и оценки нормального костно-мозгового кроветворения.
 - Рентгенография правого коленного сустава. Следует провести для выявления причины болей в нем (остеопороз, деструкция).
3. Какое исследование позволит уточнить форму заболевания?
 - Цитохимическое исследование позволит дифференцировать основные варианты острого лейкоза (лимфобластный, миелобластный, монобластный, эритромиелоз).
 - Иммунологическое. Применение иммунодиагностики лейкозных клеток позволит выделить Т, В, О – подварианты острого лимфобластного лейкоза, имеющие клинические особенности и различную чувствительность к проводимой терапии.
4. План лечения.
 - Комбинация химиопрепаратов: 6 меркаптопурин, метотрексат, преднизолон, винкристин, циклофосфан, рубомицин, L-аспарагиназа. Химиотерапевтическое лечение осуществляется в соответствии с данными клеточной кинетики, от чего зависит очередность и ритм введения их.
 - Гемотерапия. Это переливание цельной крови или ее компонентов (эритромаcсы, лейкомаcсы, тромбомаcсы) с заместительной целью в связи с развитием анемии, нейтропении, тромбоцитопении.
 - Антибиотикотерапия. Антибиотикотерапия применяется для профилактики септических осложнений, так как у этой группы больных угнетается резистентность организма (фагоцитоз, иммунный ответ) в результате опухолевого процесса и длительной цитостатической терапии.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
 - Гипопластическая анемия. Общие клинические признаки: анемия (бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия), геморрагический синдром (петехии, синяки, кровотечения).

Отличия в клинической картине: при гипопластической анемии отсутствует гиперпластический синдром (увеличение лимфоузлов, печени и селезенки, не характерны боли в костях и суставах). В анализах крови отсутствуют бластные клетки, а в пунктате костного мозга количество клеток костного мозга резко снижается.

- Тромбоцитопеническая пурпура. Общие клинические признаки: геморрагический синдром (петехии, синяки, кровотечения). Отличия в клинической картине: самочувствие больного удовлетворительное, нет синдрома интоксикации (сероватый оттенок кожи, слабость, вялость, снижение аппетита). Отсутствует увеличение лимфатических узлов, печени, селезенки. В анализах крови нормальное количество нейтрофилов, отсутствуют бластные клетки. В костном мозге изменен лишь мегакариоцитарный росток (либо повышен, либо снижен).
- Инфекционный мононуклеоз. Общие клинические признаки: лимфопролиферативный синдром (увеличение всех групп лимфатических узлов, печени, селезенки). Отличия в клинической картине: отсутствует анемический и геморрагический¹ синдромы. В анализах крови обнаруживаются атипичные мононуклеары и отсутствуют бластные клетки.
- Лимфогрануломатоз. Общие клинические симптомы: увеличение лимфатических узлов. Отличия в клинике: при лимфогрануломатозе имеется в начале ограниченное увеличение лимфатических узлов, зуд кожи, потливость. В крови отсутствуют бластные клетки. При пункции лимфоузла выявляются клетки Березовского-Штернберга.

Тесты

Укажите один правильный ответ.

Тест 1. Свертывающая способность крови при геморрагическом васкулите меняется в сторону:

- а) гипокоагуляции,
- б) гиперкоагуляции,
- в) не меняется

Правильный ответ: б) гиперкоагуляции. Для периферической крови характерно: гипертромбоцитоз, в плазме преобладает снижение антикоагулянтных свойств, сокращение тромбированного времени, ускорение нейтрамуации гепарина, угнетение фибринолитической системы.

Тест 2. Повреждение сосудистой стенки при геморрагическом васкулите обусловлено:

- а) бактериальными токсинами,
- б) иммунными комплексами,
- в) вирусами,
- г) простейшими

Правильный ответ: б) иммунными комплексами. В острый период в крови высокий уровень Ig A, M, G, C₃- компонента, фибриногена.

Тест 3. Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите характеризуется:

- а) экхиматозами,
- б) носовыми кровотечениями,
- в) симметричной пятнисто-папулезной геморрагической сыпью,
- г) гемартрозами

Правильный ответ: в) симметричной пятнисто-папулезной геморрагической сыпью. Пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь на коже симметричная и группируется на вокруг суставов, на ягодицах, внутренней поверхности бедер, разгибательных поверхностях конечностей. Волнообразность высыпаний – типичный признак.

Тест 4. Абдоминальный синдром при геморрагическом васкулите характеризуется:

- а) схваткообразными, резкими болями,
- б) голодными болями,
- в) тенезмами,
- г) опоясывающими болями

Правильный ответ: а) схваткообразными, резкими болями. Внезапные схваткообразные, очень резкие боли, чаще локализуются около пупка, могут сопровождаться выделением стула черного или алого цвета (мелена), тошнотой, повторной рвотой. Боли могут повторяться в течение дня, недели.

Тест 5. Для лечения геморрагического васкулита не используют препараты:

- а) антигистаминные,
- б) сердечные гликозиды,

- в) β -адреноблокаторы,
- г) антиагреганты,
- д) гепарин,
- е) преднизолон

Правильный ответ: в) β -адреноблокаторы. Так как поражение сердца при геморрагическом васкулите не характерно.

Дать все правильные ответы.

Тест 6. Какие симптомы характерны для острого лейкоза?

- а) желтуха
- б) кровотечения
- в) отеки
- г) увеличение лимфатических узлов
- д) бледность слизистых оболочек

Правильные ответы: б), г), д). Для острого лейкоза типично бледность слизистых, кровотечения, увеличение лимфатических узлов, что связано с редукцией нормальных ростков кроветворения (эритроидного, мегакариоцитарного) и гиперплазией опухолевых клеток в костном мозге и лимфатических узлах.

Тест 7. Изменения в анализе крови, типичнее для острого лейкоза?

- а) нейтропения
- б) эритроцитоз
- в) тромбоцитопения
- г) гипохромия эритроцитов
- д) ретикулоцитоз
- е) бластные клетки

Правильные ответы: а), б), е). При остром лейкозе в костном мозге разрастаются опухолевые клетки, которые сужают плацдарм нормальных клеток гемопоэза. Поэтому в периферической крови снижается количество нейтрофилов и тромбоцитов и резко увеличивается число бластных клеток.

Тест 8. Выберите препараты, которые применяются для лечения острого лейкоза.

- а) 6 меркаптопурин
- б) обзидан
- в) циклофосфан
- г) винкристин
- д) мерказолил

Правильные ответы: а), в), г). Перечисленные препараты, включаясь в клеточный цикл бластной клетки, блокируют ее деление, тем самым останавливая опухолевой процесс.

Тест 9. Типичные изменения в анализе крови при хроническом миелолейкозе.

- а) лейкопения
- б) гиперлейкоцитоз
- в) нейтрофилез со сдвигом влево
- г) гипохромия эритроцитов
- д) значительное увеличение бластных клеток

Правильные ответы: б), в). Для хронического миелолейкоза характерно резкое увеличение лейкоцитов ($>100.0 \times 10^9$) и нейтрофилов с наличием всех переходных клеток миелоидного ряда (палочкоядерные, метамиелоциты, миелоциты). Эти изменения связаны с бурным делением и созреванием патологических клеток.

