

Задача №1

Больной А., 8 лет, осмотрен врачом общей практики -семейным врачом на дому с жалобами на повышение температуры, слабость, бледность кожи, боль в ногах, появление синяков на теле, увеличение лимфатических узлов.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение месяца. Сначала появилась слабость, бледность кожи, боли в ногах, повысилась температура, затем отметили увеличение лимфатических узлов. За 2 дня до осмотра появились синяки на теле, обильные носовые кровотечения, кровоточивость из мест инъекций.

Анамнез жизни без особенностей. Физическое, нервно-психическое развитие по возрасту. Наследственность неотягощена. Из перенесенных заболеваний отмечают ОРВИ 2-3 раза в год.

Состояние при поступлении тяжелое: ребенок вялый, кожа бледная. Явления язвенно-некротического стоматита. На коже туловища, конечностей масса петехий, экхимозов различных размеров и окраски. Отмечается увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов до 1-2 см в диаметре. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичные, выслушивается средней интенсивности систолический шум на верхушке, в V точке. Живот увеличен в размере. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см, селезенка — на 6 см.

. При обследовании в поликлинике выявлены изменения в гемограмме: эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 62 г/л, ретикулоциты 0,1%, тромбоциты $13 \times 10^9/л$, лейкоциты $18,4 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, п/ядерные 1%, с/ядерные 2%, лимфоциты 70%, моноциты 6%, бластные клетки 20%, СОЭ 74 мм/час.

Задание:

1. Выделите синдромы заболевания.
2. Для каких заболеваний характерны перечисленные синдромы?
3. Оцените результаты лабораторных исследований.
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
5. Какова тактика врача общей практики — семейной медицины в данном случае?
6. Какое обследование необходимо провести для уточнения заболевания?
7. Каковы принципы терапии данного заболевания?

Задача № 2

Больная 1,5 г., осмотрена врачом общей практики - семейной медицины с жалобами на наличие синяков на туловище, конечностях, частые обильные носовые кровотечения, бледность кожи.

Заболела через 10 дней после проведения профпрививки. Вначале появилась сыпь на руках, ногах, туловище, затем присоединились носовые кровотечения.

Анамнез жизни: ребенок от II нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса при рождении 3100 г. Рос и развивался соответственно возрасту. Профпрививки по календарю. Из перенесенных заболеваний отмечают частые ОРВИ.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, на коже туловища, конечностях петехии, экхимозы, несимметричные, полиморфные, полихромные элементы. Лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, нежный, короткий систолический шум на верхушке, в V точке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Задание:

1. Выделите синдромы заболевания.
2. Для каких заболеваний характерны данные синдромы?
3. Какое дополнительное обследование не обходимо провести?
4. Оцените результаты лабораторные исследований. Укажите причину тромбоцитопении.
5. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
6. Какова тактика врача общей практики – семейной медицины в данном случае?
7. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Данные дополнительных методов исследования к задаче № 2

Гемограмма: гемоглобин 92 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, ретикулоциты 3,5%, тромбоциты $15 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $6,8 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы 2%, п/ядерные 2%, с/ядерные 36%, лимфоциты 52%, моноциты 8%, СОЭ 18 мм/час.

Коагулограмма: фибриноген 200 мг%, время рекальцификации 60 сек., тромбиновое время 18 сек., ПТИ-80%, ретракция кровяного сгустка 30%.

Миелограмма: цитоз $220 \times 10^9/\text{л}$, бласты 0,5%, мегакариоциты в большом количестве.

Задача № 3

К врачу общей практики – семейной медицины обратились родители больная В., 5 лет, с жалобами на появление сыпи на ногах, ягодицах, припухлость и боли в коленных суставах, боли в животе. Из анамнеза заболевания известно, что у ребенка через три дня после перенесенного ОРВИ появилась сыпь на ногах, затем присоединилась припухлость суставов, боли в животе.

Анамнез жизни: от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса при рождении 3700 г. Рос и развивался по возрасту. Привит по календарю. Из перечисленных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронический тонзиллит. Пищевая аллергия (после употребления цитрусовых — крапивница).

При осмотре: состояние средней тяжести. На передней поверхности голеней, ягодицах, на разгибательных поверхностях суставов симметричная папулезная геморрагическая монотипная сыпь. Движения в коленных суставах болезненные, ограничены. Изменений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Проведены дополнительные методы обследования:

Гемограмма: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $15,7 \times 10^9/л$, базофилы 0%, эозинофилы 7%, п/ядерные 1%, с/ядерные 59%, лимфоциты 28%, моноциты 7%, СОЭ 23 мм/час.

Коагулограмма: время свертывания крови 2 мин. Фибриноген 480 мг%, время рекальцификации 60 сек, ПТИ 104%.

Общий анализ мочи: удельный вес 1014, белок отр., лейкоциты 1-1-0 в поле зрения.

Задание:

1. Перечислите синдромы заболевания, выделите ведущий.
2. Для каких заболеваний характерны перечисленные синдромы?
3. Оцените результаты проведенного обследования.
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
5. Какова тактика врача общей практики – семейной медицины в данном случае?
6. Какова причина развития абдоминального синдрома?

7. Каков прогноз заболевания?

Задача № 4

Больной М., 2 лет, поступает с жалобами на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, периодически появляющееся желтушное окрашивание кожи.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен с двух месяцев, когда впервые обратили внимание на желтушное окрашивание, бледность кожи. В условиях стационара ребенок не обследовался, но известно, что мама ребенка в детстве болела подобным заболеванием, по поводу чего была удалена селезенка.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Выявлены стигмы дизэмбриогенеза: «башенный» череп, широкая переносица, готическое небо и др. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, систолический шум функционального характера на верхушке и в V точке. Живот обычной формы. Печень у края реберной дуги, селезенка +5 см из-под края реберной дуги. Стул регулярный, окрашен. Моча светлая.

Гемограмма: эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 81 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 15%, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, базофилы 1%, п/ядерные 2%, с/ядерные 37%, лимфоциты 50%, моноциты 9%, СОЭ 37 мм/час.

Задание:

1. Симптомы сгруппируйте в синдромы. Выделите ведущий синдром.
2. При каких заболеваниях могут наблюдаться данные синдромы?
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Оцените данные обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
6. Укажите тип наследования и основные патогенетические звенья данного заболевания.
7. Какова тактика врача общей практики – семейной медицины в данном случае?
8. Какие осложнения возможны при данном заболевании ?

Задача №5

Батьки хворого Б., 14 років, звернулися до сімейного лікаря зі скаргами на збільшення лімфатичних вузлів, загальну слабкість, блідість шкіри. Захворів у два місяці тому. Захворювання почалось із збільшення шийних та підчелюстних лімфатичних вузлів, підвищення температури. Потім з'явилися загальна слабкість, втомлюваність, блідість, погіршився апетит.

Об'єктивно при огляді стан хворого середньої важкості. Шкіра бліда, суха. Відмічається значне системне збільшення лімфатичних вузлів, в більшому ступені шийних, підчелюстних, підпахвових, пахових. Лімфатичні вузли множинні, розміром від 3х3см до 6х7 см., безболісні, рухливі. В ділянці лопаток, мечеподібного відростка наявні плотні, рухливі утворення, що нагадують звичайні лімфатичні вузелки. В ротоглотці слизова оболонка бліда, поодинокі петехії на твердому піднебінні. Над легеньми перкуторно легеневий звук, аускультативно везикулярне дихання. Відносна серцева тупість права – на 0,5 см. досередини від правої парастернальної лінії, верхня – III ребро, ліва – ліва соскова лінія. Серцеві тони приглушені, чисті, виразні, ритм правильний. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка та селезінка досягають рівня пупкової лінії. Симптом Пастернацького негативний. Фізіологічні відправлення не порушені.

1. Який діагноз повинен запідозрити сімейний лікар?
2. З якими захворюваннями слід провести диференційний діагноз?
3. Які додаткові методи дослідження допоможуть підтвердити попередній діагноз?
4. До яких вузьких спеціалістів слід направити хворого?

Данні додаткових методів дослідження до задачі №5

Загальний аналіз крові: еритроцити – $2,7 \times 10^{12}$ г/л; Нв – 90 г/л, лейкоцити – 3×10^9 г/л; тромбоцити – $13,6 \times 10^9$ г/л; бластні форми 81%; палочкоядерні нейтрофіли – 2%; сегментоядерні – 4%; лімфоцити – 13%; ШОЕ – 37 мм/г.

Пунктат кісткового мозку: повністю представлений бластними клітинами.

Пунктат лімфатичного вузла: 95% лімфобластів.

Задача № 6

Больной А., 7 лет, на приеме у семейного врача с жалобами на повышение температуры, слабость, бледность кожи, боль в ногах, появление синяков на теле, увеличение лимфатических узлов.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение месяца. Сначала появилась слабость, бледность кожи, боли в ногах, повысилась температура, затем отметили увеличение лимфатических узлов. За 2 дня до поступления появились синяки на теле, обильные носовые кровотечения, кровоточивость из мест инъекций.

Анамнез жизни без особенностей. Физическое, нервно-психическое развитие по возрасту. Наследственность неотягощена. Из перенесенных заболеваний отмечают ОРВИ 2-3 раза в год.

Состояние при поступлении тяжелое: ребенок вялый, кожа бледная. Явления язвенно-некротического стоматита. На коже туловища, конечностей масса петехий, экхимозов различных размеров и окраски. Отмечается увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов до 1-2 см в диаметре. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичные, выслушивается средней интенсивности систолический шум на верхушке, в V точке. Живот увеличен в размере. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см, селезенка — на 6 см.

Гемограмма: эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 62 г/л, ретикулоциты 0,1%, тромбоциты $13 \times 10^9/л$, лейкоциты $18,4 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, п/ядерные 1%, с/ядерные 2%, лимфоциты 70%, моноциты 6%, бластные клетки 20%, СОЭ 74 мм/час.

Миелограмма: цитоз $600 \times 10^9/л$, бластные клетки 85%, мегакариоцитарный росток угнетен.

Задание:

1. Выделите синдромы заболевания. Назовите ведущие.
2. Для каких заболеваний характерны перечисленные синдромы?
3. Оцените результаты лабораторных исследований.
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
5. Какое обследование необходимо провести для уточнения варианта заболевания?
6. Каковы принципы терапии данного заболевания?
7. Укажите основные причины неблагоприятного исхода при данном заболевании.
8. Каков прогноз заболевания?

Задача №7

Больная 1,5 г., осмотрена семейным врачом. Мать жалуется на наличие синяков на туловище, конечностях, частые обильные носовые кровотечения, бледность кожи.

Заболела через 10 дней после проведения профпрививки. Вначале появилась сыпь на руках, ногах, туловище, затем присоединились носовые кровотечения (обратились к педиатру, направлена на стационарное лечение).

Анамнез жизни: ребенок от II нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса при рождении 3100 г. Рос и развивался соответственно возрасту. Профпрививки по календарю. Из перенесенных заболеваний отмечают частые ОРВИ.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, на коже туловища, конечностях петехии, экхимозы, несимметричные, полиморфные, полихромные элементы. Лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, нежный, короткий систолический шум на верхушке, в V точке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Гемограмма: гемоглобин 92 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 3,5%, тромбоциты $15 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, п/ядерные 2%, с/ядерные 36%, лимфоциты 52%, моноциты 8%, СОЭ 18 мм/час.

Коагулограмма: фибриноген 200 мг%, время рекальцификации 60 сек., тромбиновое время 18 сек., ПТИ-80%, ретракция кровяного сгустка 30%.

Миелограмма: цитоз $220 \times 10^9/л$, бласты 0,5%, мегакариоциты в большом количестве.

Задание:

1. Выделите синдромы заболевания, назовите ведущий синдром.
2. Для каких заболеваний характерны данные синдромы?
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Оцените результаты лабораторные исследований. Укажите причину тромбоцитопении.
5. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
6. Назначьте лечение.
7. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Задача № 8

Больную В., 5 лет, привели на прием к семейному врачу с жалобами на появление сыпи на ногах, ягодицах, припухлость и боли в коленных суставах, боли в животе. Из анамнеза заболевания известно, что у ребенка через три дня после перенесенного ОРВИ появилась сыпь на ногах, затем присоединилась припухлость суставов, боли в животе. Обратились к участковому педиатру, который направил ребенка на стационарное лечение.

Анамнез жизни: от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса при рождении 3700 г. Рос и развивался по возрасту. Привит по календарю. Из перечисленных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронический тонзиллит. Пищевая аллергия (после употребления цитрусовых — крапивница).

При осмотре: состояние средней тяжести. На передней поверхности голеней, ягодицах, на разгибательных поверхностях суставов симметричная папулезная геморрагическая мономорфная сыпь. Движения в коленных суставах болезненные, ограничены. Изменений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Гемограмма: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $15,7 \times 10^9/л$, базофилы 0%, эозинофилы 7%, п/ядерные 1%, с/ядерные 59%, лимфоциты 28%, моноциты 7%, СОЭ 23 мм/час.

Коагулограмма: время свертывания крови 2 мин. Фибриноген 480 мг%, время рекальцификации 60 сек, ПТИ 104%.

Общий анализ мочи: удельный вес 1014, белок отр., лейкоциты 1-1-0 в поле зрения.

Задание:

1. Перечислите синдромы заболевания, выделите ведущий.
2. Для каких заболеваний характерны перечисленные синдромы?
3. Оцените результаты проведенного обследования.
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
5. Какова причина развития абдоминального синдрома?
6. Назначьте лечение.
7. Каков прогноз заболевания?

Задача № 9

На прием к семейному доктору привели больного А., 7 лет, с жалобами на кровоточивость из лунки удаленного зуба, слабость, головокружение.

Наблюдается по поводу данного заболевания с 2 лет. Но родители отмечали, что с 10-месячного возраста даже при незначительной травме возникали кровоподтеки и кровоизлияния в полость суставов. У дяди по материнской линии подобное заболевание.

Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы, видимые слизистые бледной окраски. Отмечается кровотечение из лунки зуба. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Голеностопные суставы деформированы, движения ограничены. Мышечная гипотония. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Тахикардия до 118 в мин. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Гемограмма: эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 78 г/л, ЦП 0,8, ретикулоциты 6,9%, тромбоциты $280 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, п/ядерные 1%, с/ядерные 63%, лимфоциты 28%, моноциты 7%, СОЭ 20 мм/час.

Время свертывания более 10 мин., уровень VIII фактора 7%. Время кровотечения 4 мин.

Задание:

1. Выделите синдромы.
2. Для каких заболеваний характерен подобный геморрагический синдром?
3. Укажите тип наследования.
4. Поставьте предварительный диагноз.
5. Оцените результаты лабораторных исследований.
6. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
7. Укажите особенности режима данного контингента больных.
8. Каковы принципы терапии?
9. Какие еще виды кровотечения возможны при данном заболевании ?
10. Укажите основную причину инвалидизации больных.

Задача № 10

Больной М., 2 лет, приведен на прием к семейному доктору с жалобами на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, периодически появляющееся желтушное окрашивание кожи.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен с двух месяцев, когда впервые обратили внимание на желтушное окрашивание, бледность кожи. В условиях стационара ребенок не обследовался, но известно, что мама ребенка в детстве болела подобным заболеванием, по поводу чего была удалена селезенка.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Выявлены стигмы дизэмбриогенеза: «башенный» череп, широкая переносица, готическое небо и др. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, систолический шум функционального характера на верхушке и в V точке. Живот обычной формы. Печень у края реберной дуги, селезенка +5 см из-под края реберной дуги. Стул регулярный, окрашен. Моча светлая.

Гемограмма: эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 81 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 15%, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, базофилы 1%, п/ядерные 2%, с/ядерные 37%, лимфоциты 50%, моноциты 9%, СОЭ 37 мм/час.

Минимальная осмотическая стойкость эритроцитов: 0,6% р-ра хлорида натрия. Максимальная осмотическая резистентность в 0,3% р-ре хлорида натрия.

Задание:

1. Симптомы сгруппируйте в синдромы. Выделите ведущий синдром.
2. При каких заболеваниях могут наблюдаться данные синдромы?
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Оцените данные обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
6. Укажите тип наследования и основные патогенетические звенья данного заболевания.
7. Какова причина спленомегалии ?
8. Назначьте лечение.
9. Какие осложнения возможны при данном заболевании ?

Задача 11. (гематология)

Больная 12 лет поступила в стационар в связи с началом первой менструации, перешедшей в маточное кровотечение.

Данные анамнеза: девочка страдает носовыми кровотечениями, на коже часто появляются кровоизлияния разной величины и формы, обычно не соответствующие тяжести полученной травмы. Два года назад после удаления зуба, из лунки отмечалось длительное кровотечение. Известно, что у матери больной также носовые кровотечения и очень обильные менструации. 2 недели назад девочка переболела гриппом.

Данные объективного осмотра при поступлении: кожные покровы бледные, на туловище, верхних и нижних конечностях асимметричные множественные кровоизлияния в виде петехий и экхимозов, полиморфные и полихромные. Слизистая полости рта бледная, единичные петехии. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 28 в минуту. Сердечная деятельность удовлетворительная. АД 90/60, Частота сердечных сокращений 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при глубокой пальпации, печень не увеличена, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1.0 см. Моча светлая, стул нормальный.

Данные лабораторных исследований:

- Общий анализ крови: Нв 88 г/л, эр.- $3.0 \times 10^{12}/л$, ц.п.- 0.9, ретикулоциты – 8%, лейкоц.- $9.8 \times 10^9/л$, п.я.-10%, с.я.-57%, б.-3%, л.-22%, м.-2%, тромбоц.- $11 \times 10^9/л$, СОЭ-18 мм/час. Время свертывания по Бюргеру: начало-3 мин., конец-5 мин. Время кровотечения по Дьюку – 7 мин.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. План лечения.
5. Почему после спленэктомии число тромбоцитов увеличивается?