

ГЕМАТОЛОГИЯ

Задача № 1

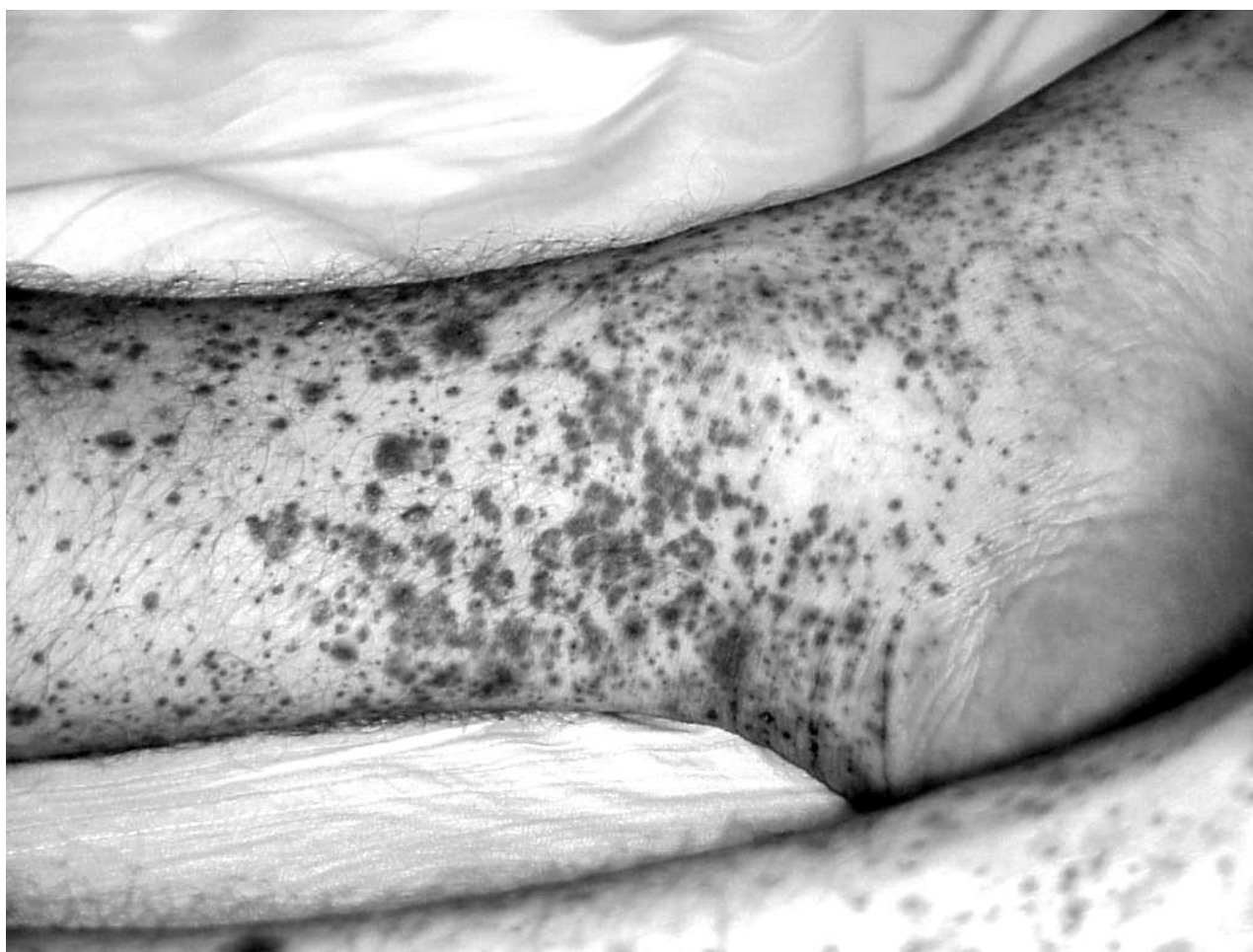
Больной У., 17 лет, учащийся, поступил в стационар с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, появление сыпи на ногах. Дизурии нет, моча светлая. Стул кашицеобразный, без патологических примесей.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больным в течение 6 дней: без видимой причины появилось жжение, а затем ярко-красная мелкоточечная сыпь на коже стоп и нижней трети голеней, постепенно распространившаяся до бедер. В течение последних 2 дней отмечает появление вышеописанных болей в животе. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

Объективно: t тела $36,8^{\circ}\text{C}$, рост 175 см, вес 70 кг. На коже нижних конечностей, предплечий сыпь красно-багрового цвета, возвышающаяся над поверхностью кожи, с диаметром элементов 1-3 мм, местами сливная, некоторые элементы с некрозом в центре (см. рисунок). Видимые слизистые чистые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы внешне не изменены, движения во всех суставах в полном объеме, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные; шумов нет. ЧСС 80 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в мезогастррии и по фланкам. Перитонеальные симптомы отрицательные. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При глубокой пальпации толстого кишечника во всех его отделах определяется урчание и умеренная болезненность. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени по Курлову $9 \times 8 \times 6$ см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, пальпация безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

5. ОАК: Нб – 146 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП – 1,0; тромбоциты $310 \times 10^9/\text{л}$; лейкоц. – $17,1 \times 10^9/\text{л}$, э - 1%, п/я - 3%, с/я - 85%, л - 3%, м - 8%, СОЭ - 16 мм/час.
6. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – 1-3, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.
7. Анализ мочи по Нечипоренко: эр. – $32,0 \times 10^6/\text{л}$, лейкоц. – $1,0 \times 10^6/\text{л}$.
8. Биохимический анализ крови: общий билирубин 9,9 (3,3/6,6) ммоль/л, АСТ – 0,4 ммоль/л, АЛТ – 0,46 ммоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, K^+ - 4,5 ммоль/л.
9. Протеинограмма: общий белок – 84 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 12%, β – 14%, γ – 17%.
10. УЗИ почек: контуры почек ровные, паренхима однородная, размеры обычные. Пиелокаликоектазия слева до 16 мм, расширение полости синусов, тотальное расширение всех групп чашечек до 8,5мм. Конкрементов, объемных образований не выявлено.



ЗАДАНИЕ:

9. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
10. Каков механизм появления жалоб на боли в животе?
11. Какие элементы сыпи изображены на рисунке?
12. Оцените данные анализов крови.
13. Оцените данные общего анализа мочи и анализа мочи по Нечипоренко.
14. Развитие каких осложнений возможно у данного больного?
15. Назначьте дополнительное обследование.
16. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача № 2

Больная В., 20 лет, студент, жалуется на появление сыпи на коже, кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза заболевания. Неделю назад после переохлаждения появились насморк, боль в правом ухе. Лечилась амбулаторно у оториноларинголога, получала амоксициллина клавуланат, ципрофлоксацин. Через 5 дней отметила появление сыпи на коже и слизистой оболочке губ, а также кровянистые выделения из половых путей (menses 2 недели назад).

Из перенесенных заболеваний: частые ОРВИ (самостоятельно принимает антибиотики). Аллергологический анамнез: поллиноз (цветение березы), не переносит цитрусовые, шоколад (крапивница). Лекарственной аллергии нет.

Объективно: ИМТ 20 кг/м². Кожные покровы теплые, обычной влажности, с множественными диффузными безболезненными мелкоточечными и сливными геморрагическими элементами сыпи, не возвышающимися над поверхностью кожи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы размером около 1 см, округлые, ровные, гладкие, однородные, подвижные, не спаянные с окружающей клетчаткой и между собой, слегка болезненные, кожа над ними не изменена. ЧД 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, пальпация безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 128 г/л, эр. - $4,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0; тромбоциты $8,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. – $7,1 \times 10^9$ /л, э - 10%, п/я - 5%, с/я - 30%, л - 49%, м - 6%, СОЭ - 10 мм/час.
2. ОАМ: уд. вес - 1019, белок – отр., эритроциты – 1-3, лейкоциты – 2-3 в п. зр.
3. Биохимический анализ крови: общий билирубин 9,9 (3,3/6,6) ммоль/л, АСТ – 0,37 ммоль/л, АЛТ – 0,4 ммоль/л, креатинин – 0,07 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Каков механизм развития заболевания в данном случае?
3. Какие данные могут быть обнаружены при исследовании селезенки?
4. Оцените данные анализов крови.
5. Оцените данные общего анализа мочи.
6. Развитие каких осложнений возможно у данной больной?
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача № 3

Пациент В., 26 лет, юрист, жалуется на общую слабость, головокружение.

Из анамнеза заболевания. С детства у больного возникают обильные кровотечения при незначительных повреждениях (царапинах, небольших порезах); при легком ушибе неоднократно развивался гемартроз коленных суставов. Пять дней назад, через 3 часа после удаления зуба, возникло кровотечение из десны, продолжавшееся в течение 3,5 часов. Больной в экстренном порядке госпитализирован, кровотечение остановлено с помощью гемостатической губки, не рецидивирует.

Объективно: ИМТ 22 кг/м^2 . Кожные покровы теплые, обычной влажности, чистые. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы размером около 0,5 см, округлые, ровные, гладкие, однородные, подвижные, не спаянные с окружающей клетчаткой и между собой, безболезненные, кожа над ними не изменена. Коленные суставы увеличены в объеме, деформированы, местной гиперемии и гипертермии нет, пальпация слегка болезненна, движения существенно ограничены (сгибательная контрактура), сопровождаются крепитацией. Мышцы нижних конечностей гипотрофичны. ЧД 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени по Курлову $10 \times 8 \times 7$ см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, пальпация безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 68 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП – 0,5; ретикулоциты – 32%, тромбоциты $420,0 \times 10^9/\text{л}$; лейкоц. – $18,1 \times 10^9/\text{л}$, э – 2%, б – 8%, юные – 1%, п/я – 12%, с/я – 53%, л – 20%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/час. В мазке нормоциты ++, пойкилоцитоз +, полихроматофилы +.
2. Время свертывания крови – 30 мин. Время кровотечения – 2 мин.
3. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – 0-1, лейкоциты – 4-5 в п. зр.
4. Рентгенограмма коленных суставов: суставы резко деформированы, суставные поверхности уплощены, эпифизы расширены за счет гиперостозов, диафизы уменьшены, суставная щель резко сужена. Внутрисуставные хрящи разрушены.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Каков механизм развития гипотрофии мышц?
3. С чем связано развитие изменений в коленных суставах?
4. Какие еще проявления кровоточивости возможны у данного больного?
5. Оцените данные ОАК.
6. Оцените данные общего анализа мочи.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача № 4

В отделение поступил пациент Р., 38 лет, пострадавший несколько часов назад во время пожара на производстве. У него имеются ожоги I – II степени кожи правой половины туловища (около 10% поверхности тела). Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,8°C. На пятые сутки состояние пострадавшего усугубилось в связи с инфицированием обожжённой кожи; появились признаки выраженного гнойно-экссудативного воспаления кожи и подкожной клетчатки; температура тела 40,2°C.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК в динамике:

	При поступлении	7-е сутки госпитализации
Нб	125 г/л	125 г/л
Эритроциты	$4,5 \times 10^{12}/л$	$4,7 \times 10^{12}/л$
Ретикулоциты	0,5%	0,8%
Лейкоциты	$10,5 \times 10^9/л$	$18,0 \times 10^9/л$
Нейтрофилы:		
миелоциты	0%	1%
метамиелоциты	0%	4%
палочкоядерные	6%	14%
сегментоядерные	68%	60%
Эозинофилы	2%	0%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	21%	16%
Моноциты	3%	5%

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Оцените данные анализов крови.
3. Что такое индекс ядерного сдвига? Подсчитайте индекс ядерного сдвига нейтрофилов в обоих случаях.
4. Каковы причина и механизм изменений в ОАК при поступлении?
5. Каковы причина и механизм изменений в ОАК на 7-сутки госпитализации?
6. Развитие каких осложнений возможно у данного больного?
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 5

Больной И., 65 лет, пенсионер, жалуется на кратковременные нестерпимые жгучие боли в кончиках пальцев рук и ног, сопровождающиеся покраснением кожи и появлением багрово-синюшных пятен, боли в костях, головную боль, головокружение, шум в ушах, приливы крови к голове, мелькание мушек в глазах, снижение зрения, утомляемость.

Из анамнеза заболевания. В течение 4 лет наблюдается у дерматолога по поводу упорного кожного зуда, усиливающегося после принятия теплой и горячей ванны. В течение последнего года стал отмечать появление красно-синюшной окраски кожных покровов, вышеописанных жалоб.

Объективно: ИМТ 29 кг/м^2 . Кожа красно-вишневого цвета, особенно на лице, шее, кистях. Язык и губы синевато-красного цвета, конъюнктивы глаз гиперемированы. Периферические лимфоузлы не увеличены. При пальпации и поколачивании плоских костей определяется болезненность. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Шейные вены расширены, набухшие. Вены нижних конечностей варикозно изменены. АД 170/100 мм рт.ст. ЧСС 80 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см от правого края грудины, верхняя – в III межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову $11 \times 10 \times 7 \text{ см}$. В левом подреберье определяется нижний полюс селезенки, ровный, с гладкой поверхностью, безболезненный. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 178 г/л , эр. – $7,5 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП – 0,7, ретикулоциты – 20%, тромбоциты $408,0 \times 10^9/\text{л}$; лейкоц. – $12,5 \times 10^9/\text{л}$, э - 6%, п/я - 8%, с/я - 62%, л - 14%, м - 10%, СОЭ - 1 мм/час.
2. Биохимический анализ крови: общий билирубин 9,9 (3,3/6,6) мкмоль/л, АСТ – 0,37 ммоль/л, АЛТ – 0,4 ммоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, мочевая кислота – 812 мкмоль/л (N=210-420).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жалоб?
3. Каков механизм изменения цвета кожи и слизистых, развития кожного зуда?
4. С чем связано развитие оссалгии?
5. Каков механизм развития изменений печени и селезенки?
6. Оцените данные анализов крови.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 6

Пациентка К., 56 лет, бухгалтер, жалуется на: общую слабость, головокружение, сердцебиение, одышку смешанного характера при ходьбе в обычном темпе, шум в ушах, снижение аппетита, нарушение проглатывания сухой, твёрдой пищи. В течение 3 месяцев отмечает выпадение волос и повышенную ломкость ногтей. Около 2 недель назад появилось желание есть мел, сырой фарш.

Из анамнеза заболевания. Вышеперечисленные жалобы появились в течение последних 6 месяцев, в прошлом ничем не болела, менопауза с 54 лет, месячные были обильные по 6-7 дней.

Объективно. Рост 165 см, вес 64 кг: Кожа бледная, сухая, шелушащаяся. Ногти ложкообразной формы, с поперечной исчерченностью. Видимые слизистые бледные, заеды в углах рта. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без особенностей. ЧД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. На яремной вене справа выслушивается «шум волчка». АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке ослабление I тона, нежный систолический шум. Язык влажный, слегка обложен у корня беловатым налетом, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9,5×7×5 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 69 г/л, эр. – $2,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,76, ретикулоциты – 2‰; лейкоц. – $5,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. В мазке: гипохромия эритроцитов +++, анизоцитоз (микроцитоз) ++, пойкилоцитоз ++.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жалоб?
3. Каков механизм изменения цвета кожи и слизистых оболочек?
4. С чем связаны изменения ногтей?
5. Каков механизм возникновения «шума волчка»?
6. Оцените данные анализа крови.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 7

Больной С., 69 лет, пенсионер, жалуется на: выраженную слабость, быструю утомляемость, одышку смешанного характера при ходьбе в пределах квартиры, сердцебиение, головокружение, жжение языка, снижение аппетита, поносы, боли и онемение в ногах, мышечную слабость («ватные ноги»), повышение температуры тела до 37,2°C.

Из анамнеза заболевания. Болен около двух лет; вначале на слабость и утомляемость не обращал внимания, затем постепенно присоединились вышеописанные симптомы. Госпитализирован для обследования и подбора терапии.

Объективно: рост 178 см, вес 85 кг. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, склеры субиктеричны. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышечная сила снижена. При поколачивании по груди, рёбрам и большеберцовым костям определяется болезненность. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, малый, мягкий. На яремной вене справа выслушивается «шум волчка», Тоны сердца ритмичные, глухие, на верхушке выслушивается тихий дующий систолический шум, ЧСС - 107 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, ярко-красный, гладкий («лаковый»), на слизистой щёк имеются единичные афты. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Пальпируется нижний край печени, выступающий на 2,0 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб -56 г/л, эр. - $2,1 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,4, ретикулоциты - 0,5%; тромбоциты $95 \times 10^9/л$; лейкоц. - $3,1 \times 10^9/л$, СОЭ - 36 мм/час. В мазке: анизоцитоз (макроциты, мегалоциты) +++, пойкилоцитоз ++, тельца Жолли и кольца Кебота +, полисегментация нейтрофилов ++.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Каков механизм появления жалоб?
3. Каков механизм изменений данных аускультации сердца?
4. С чем связаны изменения языка больного?
5. Какие изменения могут быть выявлены при исследовании селезенки?
6. Оцените данные анализа крови.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 8

Больной А., 19 лет, студент, жалуется на: боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39°C с ознобом, профузные ночные поты, кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, выраженную слабость, боли в костях.

Заболел остро неделю назад.

Объективно: рост 185 см, вес 70 кг, температура тела 38,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. На коже туловища, предплечий и бёдер множественные подкожные кровоизлияния. Симптомы «жгута» и «щипка» положительные. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы размером с горошину, безболезненные, не спаяны между собой и с кожей, мягко-эластичной консистенции, кожа над ними не изменена. Поколачивание по плоским и трубчатым костям болезненно. ЧД 18 в минуту. При сравнительной перкуссии над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 110 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Из рта неприятный гнилостный запах. Зев гиперемирован, на миндалинах и задней стенке глотки видны язвенно-некротические изменения слизистой оболочки. Дёсны рыхлые, легко кровоточат при касании шпателем. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пальпируется безболезненный ровный, мягкий край печени, выступающий из-под рёберной дуги на 3,0 см. При перкуссии длинник селезёнки - 12 см, поперечник - 8 см. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб –70 г/л, эр. – $2,8 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, тромбоциты $65 \times 10^9/л$; лейкоц. – $125 \times 10^9/л$, бласты – 75%, п/я - 3%, с/я - 8%, л - 14%, м - 0%, э – нет, б – нет. СОЭ - 56 мм/час.
2. ОАМ: уд. вес – 1015, белок – 0,66 г/л, цилиндры гиалиновые – 1-2, эритроциты – 1-3, лейкоциты – 4-6 в поле зрения.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жалоб?
3. С чем связано появление изменений в зеве?
4. С чем связано развитие оссалгии и лимфаденопатии?
5. Каков механизм развития изменений печени и селезенки?
6. Оцените данные анализов крови и мочи.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 9

Больной Б., 62 г., токарь, жалуется на: общую слабость, быструю утомляемость, припухлость в области шеи и в подмышечных областях, повышенную потливость, субфебрильную температуру.

Из анамнеза заболевания. В течение последних 5 лет при профилактических диспансерных осмотрах отмечалось увеличение в крови количества лимфоцитов до 60% при нормальном количестве лейкоцитов. В течение последнего года стал чаще болеть простудными заболеваниями, которые протекают более длительно и тяжело. Полгода назад появились вышеперечисленные жалобы, в связи с чем был госпитализирован.

Объективно: температура тела 36,9°C, рост 175 см, вес 62 кг. Кожные покровы бледные, чистые, обычной влажности. Отеков нет. Шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы размером от фасолины до грецкого ореха, подвижные, не спаяны между собой, эластично-тестоватой консистенции, безболезненные, кожные покровы над ними не изменены. Опорно-двигательный аппарат без особенностей. ЧД 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 140/80 мм рт.ст. ЧСС 76 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2,0 см, край ровный, плотноватой консистенции, безболезненный. Длинник селезёнки – 11 см, поперечник – 7 см, пальпируется край плотноватой, гладкой, безболезненной селезёнки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 90 г/л, эр. – $3,7 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,95; лейкоц. – $35 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с/я - 15%, э – 1%, л - 80%, м - 3%, СОЭ - 30 мм/час.
2. Рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жалоб?
3. С чем связано появление лимфаденопатии?
4. Каков механизм развития изменений печени и селезенки?
5. Оцените данные анализа крови.
6. Наличие какого симптома характерно для данного заболевания при морфологическом исследовании периферической крови?
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 10

Больная Д., 52 лет, библиотекарь, жалуется на: выраженную общую слабость, тяжесть в левом подреберье, повышение температуры тела до 37,8 - 38,5°C с проливными потами, «ломоту» в костях.

Из анамнеза заболевания. В течение последних 4-х месяцев дважды болела ангиной и трижды – острым респираторным заболеванием. Лечилась амбулаторно без существенного улучшения.

Объективно: температура 38,0°C, рост 162 см, вес 52 кг. Кожа и видимые слизистые бледные, на коже предплечий и бёдер множество небольших кровоподтёков. Подмышечные и паховые лимфоузлы размером с горошину, мягкие, подвижные, безболезненные. Пальпация и поколачивание по плоским и трубчатым костям болезненно. ЧД 19 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС 90 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Изо рта неприятный запах. На слизистой полости рта неглубокие круглые и овальные язвочки, центр которых покрыт легко снимающейся сероватой пленкой. Края язв ровные, вокруг них кольцо гиперемии. Десны утолщены, рыхлые, при касании шпателем кровоточат. Отмечается асимметрия живота за счёт выбухания в левом подреберье. Нижний край печени выступает на 4,0 см из-под края рёберной дуги, гладкий, безболезненный. Размеры селезёнки по Курлову: 16/10 см. При пальпации селезёнка выступает из-под края рёберной дуги на 6 см, гладкая, плотная, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 60 г/л, эр. – $2,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,85; лейкоц. – $205 \times 10^9/л$, бласты – 6%, промиелоциты – 4%, миелоциты – 20 %, метамиелоциты – 21%, п/я – 13%, с/я – 11%, э – 6,5%, б – 4,5%, л – 10%, м – 3%, СОЭ – 50 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жалоб?
3. С чем связано появление лимфаденопатии?
4. Каков механизм развития изменений печени и селезенки?
5. Оцените данные анализа крови.
6. Чем объясняется развитие изменений эритроцитарного и тромбоцитарного ростков?
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 11

Больной В., 20 лет, лаборант химического производства, жалуется на резкую слабость, быструю утомляемость при нагрузках, появление высыпаний на коже, сухой приступообразный кашель, насморк. Физиологические отправления не нарушены.

Из анамнеза заболевания. В течение последнего месяца без видимой причины появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: температура тела 36,0°C, рост 182 см, вес 70 кг. Кожные покровы бледные, обычной влажности, на коже голеней обильная петехиальная сыпь. Видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Дыхание через нос затруднено. Из носа слизисто-гнойное отделяемое, ЧД 20 в минуту. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. АД 90/70 мм рт.ст. ЧСС 118 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 0,5 см выступает из-под реберной дуги, край ее ровный, плотно-эластичный, безболезненный. В левом подреберье определяется нижний полюс селезенки – на 0,5 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 45 г/л, эр. – $1,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – нет, тромбоциты – $8,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $1,0 \times 10^9$ /л, п/я - 0%, с/я - 16%, э – 3%, б – 0%, л - 67%, м - 14%, СОЭ - 60 мм/час.
2. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – 0-1, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 76,5 г/л, АСТ - 0,69 ммоль/л, АЛТ - 0,47 ммоль/л, креатинин 46 мкмоль/л (N= 44-97), мочевины 2,6 ммоль/л (N= 2,5-6,4), сывороточное железо 23 мкмоль/л (N= 11,64-30,43), ОЖСС 55,7 мкмоль/л (N= 50–84 мкмоль/л), общий билирубин 9,9 мкмоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление кожной сыпи?
3. С чем связано появление систолического шума на верхушке сердца?
4. Каков механизм развития изменений со стороны системы дыхания?
5. Оцените данные ОАК и ОАМ.
6. Оцените данные, характеризующие обмен железа.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 12

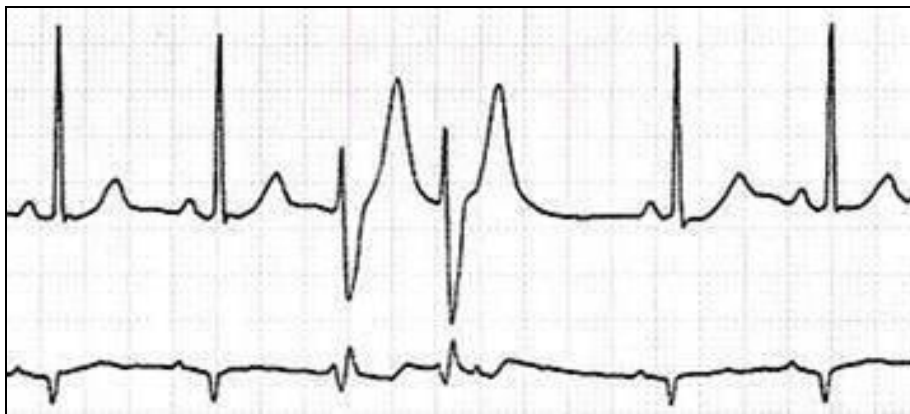
Больная Н., 32 лет, кассир, жалуется на общую слабость, утомляемость, сонливость днем, выпадение волос, жжение в языке.

Из анамнеза заболевания. В течение года отмечает постепенное нарастание вышеуказанной симптоматики. Хронические заболевания отрицает. Месячные по 6-7 дней, обильные. Беременностей – 5, мед. аборт – 2, родов – 3 (детям 6 лет, 4 года, 1,5 года). Все дети находились на естественном вскармливании до 1,5 лет.

Объективно: рост 168 см, вес 68 кг. Кожа сухая, бледная, высыпаний нет, тургор сохранен. Волосы тусклые, секущиеся. Ногти с поперечной исчерченностью, слоющиеся, ломкие. Отеков нет. ЧД 21 в минуту. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 105 в минуту. Тоны сердца приглушены, неритмичные, акцент II тона не определяется, на аорте короткий систолический шум. Язык ярко-красного цвета, со сглаженными сосочками, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9×7×6 см. Печень и селезенка не пальпируются, область пальпации безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 67 г/л, эр. – $3,0 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,7, тромбоциты – $288,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $5,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 18 мм/час.
2. ФГДС: признаки хронического гастрита, хронического дуоденита.
3. ЭКГ:



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. С чем связано появление жжения в языке?
3. С чем связано появление систолического шума на аорте? Куда он может проводиться?
4. Какие факторы риска заболевания имеются у данной больной?
5. Оцените данные ОАК.
6. Оцените данные ЭКГ.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Сформулируйте предварительный диагноз.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Задача 1

1. Геморрагический (васкулитно-пурпурный тип), абдоминальный болевой.
2. Геморрагические высыпания на слизистой оболочке желудка и кишечника, на брюшине.
3. Петехии и пурпура.
4. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз без сдвига формулы, ускорение СОЭ. Остальные показатели в пределах нормы.
Биохимический анализ крови, протеинограмма – вариант нормы.
5. ОАМ: микрогематурия.
Анализ мочи по Нечипоренко: гематурия.
6. Кишечная непроходимость, перфорация кишечника, желудочно-кишечные кровотечения, перитонит, ДВС — синдром, быстро прогрессирующий гломерулонефрит.
7. Коагулограмма, фибриноген, фактор Виллебранда, гамма-глобулин
8. Геморрагический васкулит.

Задача 2

1. Геморрагический (петехиально-пятнистый тип), лимфаденопатия.
2. Угнетение тромбоцитарного ростка на фоне приема антибиотиков у больной с отягощенным аллергологическим анамнезом.
3. При неиммунной форме: селезенка не пальпируется, размеры ее по Курлову в пределах нормы. При аутоиммунной – спленомегалия.
4. ОАК: тромбоцитопения, умеренный лимфоцитоз.
Биохимический анализ крови: патологии не выявлено.
5. ОАМ: микрогематурия.
6. Маточное, носовое, внутреннее кровотечение, кровоизлияние в мозг.
7. Определение факторов свертывающей системы крови. Выявление аутоантител к тромбоцитам. Аспирационная биопсия и трепанобиопсия костного мозга.
8. Тромбоцитопеническая пурпура.

Задача 3

1. Геморрагический (гематомный тип), суставной, острой кровопотери.

2. Щажение коленных суставов в течение длительного времени; вероятно – внутримышечные гематомы.
3. Рецидивирующие гемартрозы вызывают хронический синовит и хронический геморрагически-деструктивный остеоартроз (фиброзное перерождение синовиальной оболочки). В малоподвижных коленных суставах кровоизлияния в виде отдельных, окруженных фиброзной капсулой кист, локализуются в верхнем и боковых заворотах, в области межмышцелковой ямки, а иногда и в толще гипертрофированной капсулы. Кистозные изменения приводят к повреждению костных структур и дальнейшему прогрессированию патологического процесса.
4. Внутримышечные и забрюшинные гематомы, длительные кровотечения при травмах, операциях. Кровоизлияния в органы брюшной полости, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, внутричерепные геморрагии.
5. ОАК: анемия гипохромная, гиперрегенераторная, нормоцитарная, тяжелой степени; тромбоцитоз; нейтрофильный лейкоцитоз с гиперрегенераторным сдвигом влево (острая кровопотеря, костномозговая фаза)
6. ОАМ: патологии не выявлено.
7. Генеалогическое исследование. Коагулограмма (АЧТВ – удлинение), активность факторов свертывания VIII или IX
8. Гемофилия (дефицит фактора -?). Острая постгеморрагическая анемия. Гемофилическая артропатия.

Задача 4

1. **Интоксикационный синдром.**
2. При поступлении: лейкоцитоз нейтрофильный, без ядерного сдвига нейтрофилов влево. Других отклонений от нормы нет.
На 7-е сутки госпитализации: нейтрофильный лейкоцитоз, регенераторный ядерный сдвиг влево.
3. Изменения соотношения зрелых и незрелых форм нейтрофилов могут быть оценены количественно — путём расчёта индекса ядерного сдвига. Он отражает отношение процентного содержания суммы всех молодых форм нейтрофилов (палочкоядерных, метамиелоцитов, миелоцитов, промиелоцитов) к их зрелым формам. У здоровых взрослых людей индекс ядерного сдвига колеблется от 0,05 до 0,10. Увеличение его свидетельствует о ядерном сдвиге нейтрофилов влево, уменьшение — о сдвиге вправо.
При поступлении: индекс ядерного сдвига нейтрофилов 0,09.
На 7-е сутки госпитализации: индекс ядерного сдвига 0,32.
4. Причина лейкоцитоза в первый день госпитализации – ожог кожи. Механизм лейкоцитоза перераспределительный.

5. Причина лейкоцитоза на 7-е сутки после ожога – ожог, осложнённый присоединившейся гнойной инфекцией. По механизму развития этот лейкоцитоз регенераторный (истинный), о чём свидетельствует выраженный ядерный сдвиг нейтрофилов влево.
6. Возможно развитие флегмоны подкожной клетчатки, сепсиса, ДВС-синдрома.
7. Посев с пораженных участков кожи на флору и чувствительность к антибиотикам; гемокультура; коагулограмма, продукты деградации фибрина (РФМК, С-пептид, фибрин-мономер).
8. Ожог 10% кожи I-II степени. Осложнение: Флегмона подкожной клетчатки? Сепсис?

Задача 5

1. Синдромы: **полицитемический**, АГ, гепатоспленомегалии.
2. Появление болей объясняется повышенным количеством тромбоцитов и возникновением в капиллярах микротромбов (эритромелалгия). Другие жалобы – следствие АГ, ухудшения кровоснабжения периферических тканей и компенсаторной реакции сосудистого русла на увеличение вязкости крови.
3. Своеобразный оттенок кожи и слизистых оболочек возникает вследствие переполнения поверхностных сосудов кровью и замедления её движения. В результате этого большая часть гемоглобина успевает перейти в восстановленную форму. Кожный зуд связан с высвобождением из форменных элементов крови гистамина, серотонина и простагландина.
4. Гиперплазия костного мозга.
5. Гепатоспленомегалия обусловлена чрезмерным кровенаполнением и участием гепато-лиенальной системы в миелопролиферативном процессе.
6. ОАК: эритроцитоз гиперрегенераторный, гипохромный; тромбоцитоз; нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево; замедление СОЭ. Биохимический анализ крови: гиперурикемия.
7. Гематокрит, миелограмма, уровень эритропоэтина.
8. Эритремия.

Задача 6

1. Синдромы: **анемический, сидеропенический**, дисфагии (синдром Пламмера-Винсона-Бехтерева), миокардиодистрофии.
2. Тканевая гипоксия при дефиците железа.
3. Проявления анемического синдрома.
4. Койлонихии – симптом тяжелой сидеропении.

5. Ускорение кровотока на фоне изменения реологических свойств крови.
6. Анемия гипохромная, гипорегенераторная, тяжелой степени.
7. ОАК с лейкоцитарной формулой и тромбоцитами. Сывороточное железо, ОЖСС, коэффициент насыщения трансферрина, сывороточный ферритин. ФГДС. ФКС. Консультация гинеколога.
8. Хроническая ЖДА тяжелой степени, неуточненного генеза.

Задача 7

1. Синдромы: **анемический**, полинейропатический (фуникулярный миелоз), диспепсический.
2. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот и обмена жирных кислот в костном мозге и других тканях приводит к атрофии эпителия (жжение языка, поносы), тканевой гипоксии (слабость, одышка, головокружение). Макроциты разрушаются в печени и селезенке (повышение температуры тела). Фуникулярный миелоз является следствием дисметаболической дегенерации задних и частично боковых канатиков спинного мозга (боли и онемение в ногах, «ватные» ноги).
3. глухость тонов – анемическая миокардиодистрофия. Систолический шум на верхушке – из-за ускорения кровотока (изменение реологических свойств крови)
4. Выраженная атрофия сосочков языка на фоне гипоксии и нарушения синтеза ДНК.
5. Возможна умеренная спленомегалия.
6. Анемия гиперхромная, гипорегенераторная, мегалобластическая, тяжелой степени; тромбоцитопения; лейкоцитопения; повышение СОЭ,
7. Биохимический анализ крови (билирубин, содержание витамина В₁₂). Кал на яйца гельминтов. Кoproграмма. ФГДС. ФКС. Миелограмма.
8. В₁₂-дефицитная анемия тяжелой степени. Фуникулярный миелоз.

Задача 8

1. Синдромы: **гиперпластический, геморрагический, анемический, интоксикационный.**
2. Манифестация острого лейкоза: проявления интоксикации, костномозговой недостаточности.
3. Язвенно-некротическая ангина как следствие нейтропении и инфильтрации миндалин опухолевыми клетками.

4. Проявления гиперпластического синдрома (пролиферация бластных клеток в костном мозге и метастатическое поражение лимфоузлов).
5. Проявления гиперпластического синдрома.
6. ОАК: анемия нормохромная, средней степени тяжести; тромбоцитопения; гиперлейкоцитоз, лейкоэмический «провал»; повышение СОЭ.
ОАМ: протеинурия, микрогематурия.
7. Миелограмма. Цитохимические маркерные реакции (ШИК-реакция на гликоген, реакция на миелопероксидазу, неспецифическую эстеразу). Коагулограмма. УЗИ органов брюшной полости и почек. Консультация гематолога, ЛОР.
8. Острый лейкоз, дебют. Некротическая ангина.

Задача 9

1. Синдромы: **лимфопролиферативный**, **интоксикационный**, иммунодефицита.
2. Проявления лимфаденопатии и интоксикации.
3. Проявление лимфопролиферативного синдрома.
4. Лимфоидная инфильтрация печени и селезенки.
5. Анемия нормохромная, средней степени тяжести.
6. Тени Боткина-Гумпрехта, пролимфоциты.
7. Миелограмма. УЗИ органов брюшной полости и почек. Консультация гематолога.
8. Хронический лимфолейкоз, развернутая стадия.

Задача 10

1. Синдромы: **гиперпластический**, **геморрагический**, **анемический** и **интоксикационный**.
2. Проявления интоксикации и инфильтрации селезенки бластными клетками.
3. Проявление гиперпластического синдрома.
4. Миелоидная инфильтрация печени и селезенки.
5. Анемия нормохромная, тяжелой степени; гиперлейкоцитоз, отсутствие лейкоэмического «провала», эозинофильно-базофильная ассоциация, повышение СОЭ.
6. Лейкозная гиперплазия и инфильтрация костного мозга приводят к угнетению нормального кроветворения, в результате чего развиваются анемия и тромбоцитопения.

7. Миелограмма. УЗИ органов брюшной полости и почек. Рентгенография органов грудной клетки. Выявление филадельфийской хромосомы. Консультация гематолога.
8. Хронический миелолейкоз, развернутая стадия.

Задача 11

1. Синдромы: геморрагический, **анемический**, **интоксикационный**, иммунодефицита.
2. С тромбоцитопенией.
3. «Невинный» анемический шум из-за изменения реологических свойств крови.
4. Развитие воспаления на фоне агранулоцитоза.
5. ОАК: анемия тяжелой степени, тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз, повышение СОЭ.
ОАМ: вариант нормы.
6. Показатели, характеризующие обмен железа, в пределах нормы.
7. Миелограмма, трепанобиопсия из крыла подвздошной кости. УЗИ органов брюшной полости и почек. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация ЛОР, гематолога.
8. Аплазия костного мозга неуточненного генеза.

Задача 12

1. Синдромы: **анемический**, миокардиодистрофии.
2. Проявление железодефицита (нарушение тканевого дыхания, атрофия эпителия).
3. «Невинный» анемический шум, может проводиться на подключичные и сонные артерии (по току крови).
4. Повышенное расходование железа (повторные беременности, длительные периоды лактации), хроническая кровопотеря (обильные месячные), вероятное нарушение всасывания железа (хронический гастрит, дуоденит).
5. Анемия гипохромная тяжелой степени; повышение СОЭ.
6. Ритм синусовый. Желудочковая экстрасистолия.
7. ОАК с лейкоцитарной формулой и тромбоцитами. Сывороточное железо, ОЖСС. Консультация гинеколога.
8. ЖДА тяжелой степени.