

Патологія наднирників у дітей

1. Семирічна дитина госпіталізована з частим блюванням, ознаками зневоднення. При обстеженні виявлено ознаки зневоднення 1-го ступеня, підсилення пігментації сосків молочних залоз. Рівень натрію в сироватці крові становить 120 ммоль/л, калію – 9 ммоль/л. Ймовірний діагноз?

- A. Первинна недостатність кори надниркових залоз
- B. Природжений гіпотиреозидизм
- C. Сепсис, менінгіт
- D. Пілоростеноз
- E. Пологова травма, внутрішньочерепний крововилив

2. При народженні дитини звернена увага на відсутність яєчок у калитці. Через три місяці виставлений діагноз – двосторонній черевний крипторхізм, стовбурова форма гіпоспадії. На другому році життя дитина почала швидко рости, у 5 років з'явилося оволошіння на лобку. При проведенні герніолапаротомії з метою орхіпексії виявлена наявність яєчника, матки, труб. При обстеженні: зовнішні статеві органи цілком сформовані по чоловічому типу, рівень 17-кетостероїдів – 26,9 мг/добу. Поставте діагноз захворювання ?

- A. Аденогенітальний синдром, вірильна форма
- B. Аденогенітальний синдром, гіпертонічна форма
- C. Справжній гермафродитизм
- D. Аденогенітальний синдром, сільвтрачаюча форма
- E. Передчасний статевий розвиток

3. До шпиталю доставлений хлопчик 4-х років у стані вираженої загальмованості, з гіпертермією, ознаками гіповолемічного шоку та тяжкої артеріальної гіпотензії, діареєю, блюванням. Шкірні покриви холодні, "мармурові", відмічається виражена "засмаглість", симптом "брудних ліктів та колін". Захворювання розвивалося поступово, спостерігалась рефрактерність до терапії. На тлі лікування адреналового кризу хворому ввели АКТГ. Яку відповідь щодо вмісту кортизолу плазми відносно його вихідного рівню слід очікувати ?

- A. Відсутність підвищення кортизолу або незначне його зростання
- B. Зниження вмісту кортизолу більше ніж вдвічі
- C. Підвищення рівня кортизолу та альдостерону
- D. Підвищення кортизолу плазми більше ніж вдвічі
- E. На тлі введення синтетичних кортикостероїдів проведення проби з АКТГ недоцільне

4. У 3-річної дитини, яка проходила стаціонарне лікування з приводу гострої позалікарняної двобічної бактеріальної пневмонії відмічається швидке прогресивне погіршення стану. Рівень свідомості – кома I ст., адинамія, м'язова гіпотонія, шкірні покриви холодні, блідо-ціанотичні. На шкірі і видимих слизових оболонках - геморагії і плями буро-синього кольору. Дихання поверхневе, 38 за хвилину, аускультативно - жорстке, хрипів немає. Пульс ниткоподібний, 152 за хвилину, артеріальний тиск – 60/20 мм.рт.ст., симптом „блідої плями” 3,5 секунди, темп погодинного діурезу 0,25 мл/кг/годину. Не дивлячись на інфузію дофаміну в кардіопресорних дозах артеріальний тиск залишається низьким. Найбільш імовірною причиною розвитку даного стану є ?

- A. Гостра надниркова недостатність
- B. Гостра дихальна недостатність
- C. Гостра серцева недостатність
- D. Гостра ниркова недостатність
- E. Гостра церебральна недостатність

5. У 2,5 місячної дитини відзначаються часта блювота, що не залежить від прийому їжі,

схуднення, слабкість протягом останніх 1,5 місяців. Вага при народженні складала 3400 г, у даний час 2900 г. Дівчинка бліда, клітор пенісоподібний, підшкірно-жировий шар відсутній. Лабораторні аналізи: калій 9,4 ммоль/л, натрій 86 ммоль/л. Який діагноз найбільш ймовірний ?

- А.Адреногенітальний синдром
- В.Пілоростеноз
- С.Пілороспазм
- Д.Ентероколіт
- Е.Часткова кишкова непрохідність

6. У 1-місячної дівчинки відзначається часта блювота “фонтаном” незалежно від прийому їжі, періодично рідкий стілець. Дитина виснажена, зневоднена. Встановлена гіпертрофія клітора. Який діагноз найбільше ймовірний ?

- А.Адреногенітальний синдром
- В.Пілоростеноз
- С.Висока кишкова непрохідність
- Д.Істотний гермафродитизм
- Е.Гостра кишкова інфекція

7. Дитина 1,5 років захворіла гостро, підвищилась t^0 до 40^0C , з'явилася трясця, блювання, шкіра бліда, кінцівки холодні. На сідницях, стегнах з'явилися червоні з ціанотичним відтінком, з некрозом в центрі плями. АТ 60/40 мм рт. ст. Через 10 годин стан різко погіршився – блювання у вигляді “кавовою густини”, на шкірі – “трупні” плями, гематурія. АТ 20/0 мм рт. ст. Чим пояснити погіршення стану хворого?

- А.Гостра надниркова недостатність
- В.Ниркова недостатність
- С.Крововилив у мозок
- Д.Синдром Гасера
- Е.Вазоінсулярний криз

8. Хвора 14-ти років протягом останнього року різко додала в масі 7 кг, у неї частий головний біль, загальна слабкість. Об'єктивно: накопичення жирової клітковини більш виражене на шії, грудній клітці, животі. На бокових поверхнях живота смуги розтягу. Молочні залози розвинені недостатньо, менструації відсутні, спостерігається оволосіння за чоловічим типом. АТ-160/100 мм рт.ст., ЧСС- 92/хв. На рентгенограмах спостерігається виражений осте-опороз, розширене турецьке сидло. Клінічний діагноз:

- А.Хвороба Іценка-Кушинга
- В.Синдром Лоренса-Муна-Барде-Бідля
- С.Синдром Іценка-Кушинга
- Д.Синдром Штейна-Левенталя
- Е.Пубертатний диспітуитаризм

9. У немовляти 7 днів від народження спостерігаються виражена млявість, повторне блювання, іноді фонтаном, рідкі випорожнення, ексікоз, що наростає, виражена гіпотонія. Прибавка маси тіла відсутня. Шкіра землисто-сіра, соски пігментовані. Визначається збільшення клітора, неповне зрощення статевих губ, неповне розділення уретри та вагіни. Виражені гіперкаліємія і гіпонатріємія, метаболічний ацидоз, гіпоглікемія. Рівень альдостерону крові знижений, підвищена активність реніну плазми. Який попередній діагноз?

- А.Адреногенітальний синдром, солевтратна форма
- В.Адреногенітальний синдром, проста вірильна форма
- С.Адреногенітальний синдром, гіпертонічна форма

D.Гермафродитизм

E.Синдром Шерешевського-Тернера