**ЧАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**ФОС**

**3 курс, V семестр**

**ЧАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ (ТК) №3**

**Тема: ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ. ПАТОЛОГИЯ ОЦК, ЭРИТРОЦИТОВ, ЛЕЙКОЦИТОВ, ТРОМБОЦИТОВ**

**Форма контроля**

**1.Тестовые задания**

**2. Ситуационные задачи**

**3 курс, V семестр**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 1 ВАРИАНТ 1**

**1. Концентрация эритропоэтина в крови повышается при:**

а) любом абсолютном эритроцитозе;

б) эритремии (болезнь Вакеза);

в) эритроцетозе вследствии гипоксии;

г) любом относительном эритроцитозе;

д) спленомегалии

**2. Укажите главное звено патогенеза 1й стадии острой постгеморрагической анемии:**

а) повреждение сосуда;

б) уменьшение объема циркулирующей крови;

в) гипоксия гемического типа;

г) дефицит железа;

д) снижение содержания эритроцитов в крови

**3. Усиление эритропоэза без повышения синтеза эритропоэтина возникает при:**

а) любом абсолютном эритроцитозе;

б) эритремии (болезнь Вакеза);

в) эритроцитозе вследствии гипоксии;

г) любом относительном эритроцетозе;

д) гипернефроме (болезни Вильмса)

**4. Первая стадия острой постгеморрагической анемии называются:**

а) гидремическая;

б) геморрагическая;

в) рефлекторная;

г) гипоксическая;

д) фаза усиленного кроветворения

**5. Вторая стадия острой постгеморрагической анемии называется:**

а) гидремическая;

б) геморрагическая;

в) рефлекторная;

г) гипоксическая;

д) фаза усиленного кроветворения

***6.Железодефицитная анемия возникает при:***

а) дифиллоботриозе;

б) спленомегалия;

в) беременности;

г) вегетарианском питании;

д) эритремии

***7. Гиперхромная анемия связана с:***

а) дефицитом железа;

б) дефицитом фолиевой кислоты;

в) болезнью Вакеза;

г) острой кровопотетей;

д) хроническими кровопотерями

***8. Концентрация эритропоэтина в крови повышается при:***

а) любом абсолютном эритроцитозе;

б) эритремии (болезнь Вакеза);

в) эритроцетозе вследствии гипоксии;

г) любом относительном эритроцитозе;

д) спленомегалии

***9. Для какой анемии характерен мегалобластический тип кроветворения?***

а) α-талассемия;

б) анемии, связанной с дефицитом железа;

в) анемии, связанной с резекцией подвздошной кишки;

г) апластической анемии;

д) серповидноклеточной анемии.

***10. Какие показатели обмена железа не характерны для железодефицитной анемии?***

а) увеличение коэффициента насыщения трансферрина;

б) уменьшение содержания сидеробластов в красном костном мозге;

в) уменьшение коэффициента насыщения трансферрина;

г) увеличение латентной железосвязывающей способности сыворотки;

д) увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки.

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 1 ВАРИАНТ 2**

**1. Укажите процесс, не имеющий приспособительного значения организма в ближайшие минуты и часы после острой кровопотери:**

а) уменьшение венозного возврата крови;

б) периферическая вазоконстрикция;

в) централизация кровообращения;

г) олигурия;

д) гипервентиляция.

**2. Укажите факторы, понижающие вязкость крови:**

а) замедление кровотока;

б) повышение содержания в крови фибриногена;

в) повышение в крови альбумина;

г) повышение содержания в крови глобулинов;

д) повышение гематокрита.

**3. Характерно ли для острой кровопотери повышение свертываемости крови**

а) да

б) нет

**4. Сразу после острой кровопотери возникает:**

а) олигоцитемическая гиповолемия

б) полицитемическая гиповолемия

в) простая гиповолемия

г) олигоцитемическая нормоволемия

**5. Первая стадия острой постгеморрагической анемии называются:**

а) гидремическая;

б) геморрагическая;

в) рефлекторная;

г) гипоксическая;

д) фаза усиленного кроветворения

***6. Для В12-(фолиево) - дефицитных анемий характерны следующие признаки:***

а) гипохромия эритроцитов;

б) уменьшение содержания железа в сыворотке крови;

в) положительный прямой тест Кумбса;

г) наличие в крови эритроцитов с тельцами Жолли и кольцами Кебота.

***7. Укажите наиболее частые причины железодефицитной анемии:***

а) недостаточное поступление железа с пищей у детей;

б) хроническая кровопотеря;

в) беременность и лактация;

д) заболевания желудочно-кишечного тракта;

5) все перечисленное.

***8. Усиление эритропоэза без повышения синтеза эритропоэтина возникает при:***

а) любом абсолютном эритроцитозе;

б) эритремии (болезнь Вакеза);

в) эритроцитозе вследствии гипоксии;

г) любом относительном эритроцетозе;

д) гипернефроме (болезни Вильмса)

***9. Первая стадия острой постгеморрагической анемии называются:***

а) гидремическая;

б) геморрагическая;

в) рефлекторная;

г) гипоксическая;

д) фаза усиленного кроветворения

***10. Вторая стадия острой постгеморрагической анемии называется:***

а) гидремическая;

б) геморрагическая;

в) рефлекторная;

г) гипоксическая;

д) фаза усиленного кроветворения

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 1 ВАРИАНТ 3**

***1. Лейкоцитозом называется увеличение количества лейкоцитов в крови более:***

а) 5×109/л;

б) 4×109/л;

в) 9×109/л;

г) 6×109/л;

д) 8×109/л

***2. Для какого состояния не характерно развитие эозинопении?***

а) злокачественных опухолей;

б) ответа острой фазы;

в) атопического дерматита;

г) стрессовых состояний;

д) миелотоксического агранулоцитоза.

***3. Какое состояние сопровождается развитием абсолютной нейтропении?***

а) острая лучевая болезнь;

б) острый инфаркт миокарда;

в) ответ острой фазы;

г) стрессовые состояния;

д) острая гемолитическая анемия.

***4. Для каких из перечисленных заболеваний характерен панцитоз (увеличение содержания в крови эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов)?***

а) хронического миелоидного лейкоза;

б) хронического лимфолейкозв;

в) эритремии (болезни Вакеза).

***5. Какие изменения в периферической крови характерны для хронического лимфолейкоза?***

а) увеличение содержания лейкоцитов в 1 л. крови?

б) лейкопения;

в) нейтрофилия;

г) преобладание незрелых лимфоцитов;

д) эозинофилия.

***6 Укажите какие из перечисленных веществ относятся к антикоагулянтам :***

1. Антитромбин 3
2. Гепарин
3. Каллидин
4. Проконвертин
5. Тромбоксан А2

***7 Укажите патологические явления и болезни, которым сопутствуют гипокоагулопатии:***

1. Паренхиматозная желтуха
2. Атеросклероз
3. Недостаточность расщепления и всасывания липидов
4. Острая постгеморрагическая анемия
5. Гипертоническая болезнь

***8 Укажите патологические процессы и болезни, сочетающиеся, как правило, с гиперкоагуляцией :***

1. Атеросклероз
2. Эритремия
3. ИБС
4. Гиполипидемия
5. Авитаминоз К

***9 Укажите наpушения, хаpактеpные для тpомбастении Гланцмана***

1. Сниженный синтез тpмбоксана А2
2. Дефицит тpомбостенина в тpомбоцитах
3. Отсутствие агpегации тpомбоцитов пpи воздействии АДФ, тpомбина и адpеналина
4. Снижение pеакции освобождения тpомбоцитами АДФ и сеpотонина
5. Ослабление pетpакции кpовяного сгустка в пpоцессе свеpтывания кpови

***10. Выберите правильный ответ :*** Тромбоцитопения - это снижение количества тромбоцитов в крови ниже :

1. 5OO\*1O 9 /л
2. 25O\*1O 9 /л
3. 15O\*1O 9 /л

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 1 ВАРИАНТ 4**

***1.Выберите правильный ответ :*** Тромбоцитопатия это:

1. Отклонение от нормы физиологических функций тромбоцитов независимо от изменения их количества
2. Изменение функций тромбоцитов, облигатно сочетающееся с изменением количества тромбоцитов
3. Изменение функций тромбоцитов, облигатно сочетающееся со снижением количества тромбоцитов

***2. Укажите основные виды иммунных тромбоцитопений:***

1. Аутоиммунные
2. Изоиммунные
3. Трансиммунные
4. Гетероиммунные
5. Все перечисленное

***3.Укажите факторы и явления, вызывающие, как правило, развитие тромбоцитопений:***

1. Угнетение пролиферации мегакариобластов
2. Повышенное 'потребление' тромбоцитов
3. Иммунные повреждения тромбоцитов
4. Ионизирующее излучение
5. Лейколизис

***4. Дефицит каких ферментов нарушает синтез и освобождение тромбоцитами факторов гемостаза :***

1. Циклооксигеназы
2. Тромбоксан - синтетазы
3. Фосфолипазы
4. Фосфорилазы

***5. При тромбоцитопениях нарушения гемокоагуляции развиваются преимущественно***

1. В артериях и венах крупного калибра
2. В артериях и венах среднего калибра
3. В микрососудах

***6. Какие изменения в крови не характерны для нейтрофильного лейкоцитоза?***

а) уменьшение процентного содержания лимфоцитов;

б) появление метамиелоцитов;

в) абсолютный лимфоцитоз;

г) появление полисегментированных нейтрофилов;

д) увеличение количества лейкоцитов в литре крови.

***7. Причиной относительного лимфоцитоза является:***

а) кровопотеря;

б) плазмопотеря;

в) снижение образования нейтрофилов;

г) повышение образования лимфоцитов;

д) обезвоживание организма.

***8. При каком состоянии не наблюдается увеличение показателя гематокрита?***

а) при комбинированном митральном пороке сердца;

б) на 4-5 сутки после острой кровопотери;

в) при ожоговом шоке;

г) при эритремии (болезни Вакеза);

д) при снижении содержания в эритроцитах 2,3-дифосфоглицерата.

***9. Лейкопенией называется уменьшение содержания лейкоцитов в крови ниже:***

а) 5×109/л;

б) 4×109/л;

в) 9×109/л;

г) 7×109/л;

д) 8×109/л

***10. Для какого заболевания на характерна эозинофилия?***

а) поллинозы;

б) эхинококкоз печени;

в) хронический лимфолейкоз;

г) аллергический ринит;

д) хронический миелолейкоз.

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 1 ВАРИАНТ 5**

***1. Какое состояние не сопровождается развитием абсолютной лимфоцитопении?***

а) инфекционный мононуклеоз;

б) гиперкортизолизм;

в) лимфогранулематоз;

г) острая лучевая болезнь;

д) стрессовые состояния.

***2. Какие изменения гематологических показателей характерны для иммунной формы агранулоцитоза?***

а) умеренная анемия;

б) относительный лимфоцитоз;

в) нейтрофилия;

г) абсолютный лимфоцитоз;

д) тромбоцитопения.

***3. Какие признаки характерны для иммунного агранулоцитоза?***

а) осложнение язвенно-некротической ангиной, сопровождающейся выраженной лихорадочной реакцией;

б) осложнение язвенно-некротической ангиной;

в) нормальной температурой тела;

г) возможное осложнение пневмонией с характерными симптомами;

д) анемия и геморрагический синдром.

***4. Какие изменения в периферической крови не характерны для хрон. миелолейкоза?***

а) наличие миелоцитов;

б) "лейкемический провал";

в) тромбоцитопения;

г) появление единичных миелобластов;

д) анемия.

***5. Назовите наиболее частую причину смерти при лейкозах:***

а) кровотечение;

б) развитие дыхательной недостаточности;

в) расстройство функции печени;

г) расстройство функции почек.

***6.Укажите факторы и явления, вызывающие адгезию и агрегацию тромбоцитов :***

1. Повреждение эндотелия
2. Освобождение тканевого тромбопластина
3. Накопление цАМФ в тромбоцитах
4. Накопление АДФ в крови
5. Оголение субэндотелиального слоя коллагена

***7.Укажите проявления, характерные для тяжелых форм гемофилии А и В :***

1. Уровень факторов VIII и IХ в плазме - 30-50% относительно средней нормы
2. Уровень факторов VIII и IХ в плазме - 5% и ниже относительно средней нормы
3. Подкожные и внутримышечные гематомы
4. Носовые кровотечения
5. Длительное кровотечение при удалении зубов, хирургических операциях, травмах

***8. Укажите патогенетические факторы нарушения гемостаза при наследственных тромбоцитопатиях :***

1. Отсутствие в мембранах тромбоцитов гликопротеинов II
2. Нарушения реакции дегрануляции тромбоцитов
3. Дефицит рецепторов к фактору Виллебранда
4. Гипеpфибpиногенемия
5. Нарушение взаимодействия тромбоцитов с коллагеном субэндотелиального слоя

***9. Перечислите внутритромбоцитарные факторы, ингибирующие образование тромбоксана А2 :***

1. Дефицит фосфолипазы
2. Низкая активность циклооксигеназы
3. Высокий уровень цАМФ
4. Высокий уровень цГМФ

***10. Укажите возм-е иммунные осложнения, возникающие при терапии гемофилии А:***

1. Анафилактический шок
2. Высокий титр иммунных ингибиторов фактора VIII
3. Синдром приобретенного иммунодефицита
4. Дефицит фактора VIII
5. Дефицит антитромбина

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

Задача №1.

Пострадавший доставлен в больницу через 40 минут после огнестрельного ранения в брюшную полость. При поступлении: сознание спутанное, кожные покровы бледные, дыхание учащенное поверхностное, пульс частый слабый. Артериальное давление - 65/35 мм рт ст.

Анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, эритроциты - 4,2x1012/л, цветовой показатель - 1,01. В связи с признаками внутреннего кровотечения и гемоперитонеума пострадавшему проведена перевязка ветви артерии брыжейки. В анализе крови, сделанном на четвертый день пребывания пострадавшего в клинике: гемоглобин - 68 г/л, эритроциты - 2,8x1012/л, ретикулоциты - 10%, артериальное давление -115/70 мм.рт.ст.

1. Какое патологическое состояние развивается в организме вследствие массивной кровопотери?
2. Периоды данного патологического состояния.
3. Оцените изменения и сделайте заключения по результатам анализов крови на первый и четвертый день после ранения пациента.

4. Какими компенсаторными механизмами организм отвечает на острую кровопотерю?

5. Принципы лечения данной патологии.

Задача №2.

Ребенок В., 2 года, родился недоношенным от 5 беременности (матери 25 лет), с 2-х недельного возраста находился на искусственном вскармливании, часто болел простудными заболеваниями. У ребенка отмечается пониженный аппетит, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, ангулярный стоматит, склонность к употреблению штукатурки, угля, мела.

Анализ крови: гемоглобин - 60 г/л, эритроциты - 3,0х1012/л, ретикулоциты - 2,5% тромбоциты - 180х109/л, лейкоцитарная формула: миелоциты - 0, метамиелоциты - 0, П - 3, С - 49, Э - 2, Б - 0, Л - 39, М - 7, СОЭ - 18 мм/ч, выраженный анизоцитоз (микроциты), пойкилоцитоз умеренный; эритроциты с базофильной зернистостью.

Железо сыворотки - 5,1 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12 мкмоль/л.

1. Укажите, для какой формы анемии характерна данная гемограмма.

2. Причины данной анемии.

3. Картина крови при данной патологии.

4. Клинические признаки данной анемии.

5. Принципы лечения данной разновидности анемий.

Задача №3.

Больной К., 55 лет, поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, сердцебиение, одышку, боли в языке. Периодически возникает ощущение «ватных» ног, онемение конечностей. В последние годы отмечает признаки диспепсических расстройств.

Объективно: больной удовлетворительного питания, лицо одутловатое. Кожа, видимые слизистые, склеры желтушны. Температура тела - 37,5°С. При осмотре ротовой полости язык воспален, сосочки атрофированы. На слизистой оболочке афты.

При исследовании анализа желудочного сока установлено резкое снижение желудочной секреции. При рентгеноскопии желудка выявлено нарушение эвакуаторной деятельности, уплощение и сглаженность складок. При фиброгастродуоденоскопии обнаружены признаки атрофии слизистой желудка.

Общий анализ крови: эритроциты- 1,8х1012/л, гемоглобин- 80г/л, тромбоциты-130х109/л, показатели гематокрита- 0,25г/л, лейкоциты-3,0х109/л, лейкоцитарная формула: б.-0, э- 0, м-0, ю-0, п-3, с-50, л-40, мон.-7. Анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++, анизохромия +++. Содержание сывороточного железа- 11,9 мкмоль/л. СОЭ-30 мм/л.

1. Дать обоснованное заключение о нарушении в системе крови.
2. Укажите основные гематологические показатели данной анемии.
3. Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений.
4. Чем отличается B12-дефицитная анемия от анемии с недостатком фолиевой кислоты?
5. Укажите причины мегалобластических анемий.
6. Проявления в полости рта при В12-дефицитной анемии.

Задача №4.

Больная Б., 24 года, поступила в отделение с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, одышку в покое, появление кровоподтеков на теле, кровоточивость десен, боли при глотании. При осмотре отмечались бледность кожных покровов, множественные геморрагии, признаки язвенно-некротической ангины. Печень, селезенка и лимфатические узлы в паховой и подмышечной областях не увеличены.

Анализ крови: НЬ - 50г/л, эритроциты - 1,5х1012/л, ретикулоциты 0%, тромбоциты-28х109/л, лейкоциты-1,5х109/л, лейкоцитарная формула: миелоциты-0, метамиелоциты-0, п/я-1; с/я-18, э-0, лф-79, м-2. СОЭ-40мм/ч. В мазке крови: выраженный анизоцитоз и пойкилоцитоз; выраженная токсогенная зернистость эритроцитов. Железо сыворотки - 41,8 мкмоль/л, билирубин - 19 мкмоль/л.

При исследовании костного мозга выявлено уменьшение ядросодержащих клеток.

1. Укажите для какой патологии системы крови характерна данная гемограмма.
2. Этиология данной патологии.
3. Патогенез данного заболевания.
4. Особенности костно-мозгового кроветворения при данной патологии.
5. Особенности периферической крови.

Задача №5.

Ребенок Б., 12 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье. Из анамнеза: родители фенотипически здоровы. У отца при анализе крови в мазке - микроцитоз эритроцитов.

Объективно: у больного башенный квадратный череп, микроофтальмия. Мизинцы укорочены. При осмотре ротовой полости - высокое небо, неправильное расположение зубов. При абдоминальном УЗИ выявлены камни в желчном пузыре, спленомегалия.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,5 х1012/л, тромбоциты – 190х109/л, гемоглобин - 100 г/л, ЦП - 0,86, показатель гематокрита - 0,25, ретикулоциты - 5%, лейкоциты - 7,0x109/л, содержание сывороточного железа - 13,5 мкмоль/л, СОЭ - 17 мм/ч, лейкоцитарная формула -Б-0, Э-2, нейтрофилы: Миэ-0, Ю-0, П-5, С-65, Л-24, М-4. Анизоцитоз (+++), микроцитоз, пойкилоцитоз (+++), сфероцитоз, анизохромия (++). Осмотическая резистентность эритроцитов снижена. Билирубин 40 мкмоль/л.

1. Дать обоснованное заключение о нарушении в системе крови.

2. Напишите классификацию данной патологии.

3. Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений.

4. Укажите характерный диагностический лабораторный признак этой анемии.

5. Принципы лечения гемолитических анемий.

Задача №6.

У мужчины 36 лет при проведении УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение правой почки. Компьютерная томография выявила образование размером 1,2x1,5x1,5 см у верхнего полюса правой почки. В связи с этим мужчина был госпитализирован. При обследовании в клинике: Hb 180 г/л, эритроциты 7,5х 1012 /л , ретикулоциты 10 %, лейкоциты 4,0х109/л, тромбоциты 250х109/л, Ht 0,61, эритропоэтин – на 20% выше нормы, АД 150/90 мм рт.ст. Гистологическое исследование пунктата образования, обнаруженного у верхнего полюса правой почки, показало наличие почечно-клеточного рака. Пациенту была проведена операция по удалению опухоли. Через 3 недели после операции его самочувствие и лабораторные показатели нормализовались.

1. Какая форма патологии развилась у пациента в связи с ростом гипернефромы? Охарактеризуйте эту патологию с учетом данных из задачи.
2. В чем причина этой формы патологии?
3. Каковы механизмы ее развития и симптомов, имеющихся у пациента?
4. Какие другие разновидности первичных и вторичных форм этой патологии могут встретиться у человека?

Задача №7.

Больная Г., 17 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, недомогание, повышение температуры тела с ознобом, боли в горле при глотании. Анализ крови: Нв – 150 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, ретикулоциты – 0,7%, тромбоциты – 245×109/л, лейкоциты –16×109/л; метамиелоциты – 8, П – 20, С – 66, Э – 2, Б – 0, Л – 11, М – 3, СОЭ – 24 мм/ч.

1. Напишите заключение об изменениях в гемограмме.
2. Виды лейкоцитозов и их механизм.
3. Что такое ядерный индекс нейтрофилов и какой у больной?
4. Укажите виды ядерных сдвигов.

Задача №8.

Больная Б., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на многократные приступы чихания с обильными водянистыми выделениями из носа, заложенность и зуд носа, зуд век, слезотечение, светобоязнь, резь в глазах. Подобное состояние наблюдается в течение последних 4-лет с начала июня до конца июля. Анализ крови: Нb- 140 г/л, эритроцитов – 4,2х1012/л, ретикулоцитов – 0,7%, тромбоцитов – 250×109/л, лейкоцитов – 9,0×109/л, СОЭ 20 мм/ч. лейкоцитарная формула: Б-0, Э-14, нейтрофилы: метамиелоциты – 0, П-4, С-50, Л-27, М-5.

1. Для какой патологии системы крови характерна данная гемограмма?
2. Причины эозинофилии.
3. Специфические функции эозинофилов.
4. Дайте определение лейкоцитарной формулы и ее значение.

Задача №9.

Больной П., 14 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, головокружение, повышение температуры тела, боли при глотании. Из анамнеза известно, что больной в течение 3-х месяцев с наркотической целью вдыхал пары бензола. При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов. Множественные геморрагии в виде мелкоточечных и пятнистых кровоизлияний, некротические язвы слизистой зева и полости рта. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв – 60 г/л, эритроциты – 2,0×1012/л, ретикулоциты – 0% , тромбоциты – 28×109 /л, лейкоциты – 1,5×109/л; метамиелоциты – 0, П – 0, С – 15, Э – 0, Б – 0, Л – 82, М – 3, СОЭ – 44 мм/ч. В мазке крови анизоцитоз, пойкилоцитоз. В пунктате костного мозга признаки гемобластоза отсутствуют. Содержание железа в сыворотке крови – 40 мкмоль/л, непрямого билирубина – 10 мкмоль/л.

Для какой патологии системы крови характерна данная гемограмма?

Клинические проявления агранулоцитоза.

Виды агранулоцитозов и их причины, патогенез.

Укажите патогенетические варианты агранулоцитоза.

Задача №10.

Больная 15 лет, школьница, поступила с жалобами на головную боль, общую слабость, шум в ушах, повышенную температуру.

Больной считает себя 2 месяца с момента, когда появились и стали нарастать перечисленные выше явления.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Печень у края реберной дуги слегка болезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Температура 37,5-38,5°С. Анализ крови: НЬ 85 г/л. эр. 2,8х10 12/л, цветовой показатель 0.9, л. 20х109 /л, б.э. 0%, п. 3%. с. 8%, мон. 2%, лимф. 19,5%, бластные клетки 67,5%, ретикулоциты 0,8%, тромбоциты 120.0 х109/л, СОЭ-52 мм в час.

Бластные клетки средних размеров, правильной формы с высоким ядерно-цитоплазматическим отношением, зернистости в цитоплазме нет.

1.О каком патологическом состоянии говорят объективные данные и анализ крови?

2. Особенности клинической картины.

3. Картина крови и красного костного мозга при остром лимфолейкозе.

4. Перечислите лабораторную и инструментальную диагностику острых лейкозов.

Задача №11.

Больной 27 лет, электрик, поступил с жалобами на быструю утомляемость, недомогание, тяжесть в левом подреберье, особенно после еды. Год назад при случайном исследовании крови обнаружен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево при отсутствии каких-либо клинических проявлений. В течение последнего месяца стати беспокоить слабость, повышенная утомляемость, тяжесть в левом подреберье. После исследования крови направлен в стационар.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Состороны органов грудной клетки без особенностей. Печень у края реберной дуги безболезненная. Селезенка выступает из подреберья на 5 см. плотная, слегка болезненная при пальпации. Температура 37-37,5° С.

Анализ крови: НЬ 116 г/л., эр. 3.8х1012/л, цветовой показатель 0,9, л. 125х109/л, б. 6.5%, э. 10%, промиелоциты 1%, миелоциты 24%, метамиелоциты 21%, п. 15,5%, с. 14,5%, лимф. 7.5%, тромбоциты 355x109 /л; СОЭ 10 мм в час.

При цитогенетическом исследовании костного мозга обнаружена филадельфийская хромосома в 98% метафаз.

1. Какое заболевание органов кроветворения обнаружено у больного?

2. Что подтверждает данную патологию?

3. Патогенез данной патологии.

4. Укажите проявления опухолевой прогрессии.

Задача №12.

Больной 50 лет, фотограф, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на увеличение лимфатических узлов шеи, которое стал отмечать в течение последнего месяца.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пальпируются увеличенные шейные и подключичные лимфатические узлы величиной с фасоль и лесной орех, тестовато - эластической консистенции, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Печень не увеличена. Отчетливо пальпируется нижний полюс селезенки (длинник 16 см.)

Анализ крови: НЬ 123 г/л, эр. 4,7х 1012/л., цветовой показатель 0.9, л., 51,0x 109 /л, э.0,5%, п.1%, с.24.5%, мон.2%, лимф.72%, тромбоциты 210x109/л, СОЭ 17 мм в час.

Среди лимфоцитов периферической крови преобладают малые узкоцитоплазменные формы (почти голые ядра), обнаруживаются в значительном количестве тени Боткина-Гумпрехта. Пролимфоциты составляют 1,5%.

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?

2. Что подтверждает данное заболевание?

3. Какая стадия лейкоза у больного?

4. Какие чаще всего бывают осложнения у больных и почему?

Задача №13.

Больной С. 58 лет поступил в клинику с жалобами на головные боли, носовые кровотечения, боли в костях, повышение артериального давления. Анализ крови: НЬ-210,6 г/л, эритроциты 7,2х1012/л, ретикулоциты 2,6%, тромбоциты 785 х109/л, лейкоциты 12,5х109/л, СОЭ 1 мм/час, показатель гематокрита 69%.

Лейкоцитарная формула: базофилы 1%, эозинофилы - 4%, нейтрофилы: метамиелоциты 1%, палочкоядерные -10%, сегментоядерные-59%.

1. Какая форма патологии имеется у больного?
2. Каковы причины и основные звенья патогенеза симптомов имеющихся у больного: жалобы на головные боли, боли в костях, повышение артериального давления?
3. Каковы различия между первичной и вторичной формами данной патологии?

Задача №14.

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты–3,1х1012/л, тромбоциты –380х109/л, лейкоциты –4,5х109/л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?

2. Патогенез данного заболевания.

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.

4. Виды тромбоцитопатий.

5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №15.

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N 125-135 г/л), эритроциты- 2,8×1012 /л, ретикулоциты- 0,2% ( N 2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275×109 /л), лейкоциты- 1,3×109/л (N 6- 8×109 /л), п/я - 1% (N 1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакариоциты не найдены.

1. Какая форма патологии гемостаза у больной?
2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
3. Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
4. Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Терапия тромбоцитопений.

Задача 16.

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстравазаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4–летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – 3,0×1012/л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×109/л, лейкоциты – 8,3×109/л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?

2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?

3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.

4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.

5. Принципы терапии.

Задача №17.

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за последние 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 101 г/л, эритроциты – 3,2×1012 /л, тромбоциты – 12×10 9/л, лейкоциты – 6,4×109/л, п/я – 2%, с – 59%, э – 3%, л – 27%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/час.

1. Укажите основную причину геморрагического васкулита у ребенка.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Клинические проявления геморрагического васкулита.
4. Какой гемостаз нарушен у ребенка? Какие виды гемостаза Вы знаете?
5. Какие показатели отражают нарушение гемостаза данного вида?
6. Основные проявления данного заболевания в полости рта и механизмы их развития.

**ЧАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ (ТК) №4**

**Тема: Патофизиология ССС. Сердечная недостаточность. Аритмии. Коронарная недостаточность. Патология тонуса сосудов.**

**Форма контроля**

**1.Тестовые задания**

**2. Ситуационные задачи**

**3 курс, V семестр**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 2 ВАРИАНТ 5**

***1. Укажите возможные причины некоронарогенного некроза миокарда:***

а) Тяжелая анемия

б) Тромбоцитопения

в) Гиперпродукция стероидных гормонов

г) Гиперкатехоламинемия

д) Образование миокардиоцитотоксинов

***2. При недостаточности аортальных клапанов уменьшается коронарный кровоток?***

а) Да

б) Нет

***3. Укажите возможные причины уменьшения коронарного кровотока:***

а) Возбуждение бета-адренорецепторов миоцитов коронарных артерий

б) Гипокапния

в) Недостаточность аортальных клапанов

г) Возбуждение альфа-адренорецепторов миоцитов коронарных артерий

***4. Коронарная недостаточность в условиях повышенного коронарного кровотока:***

а) Бывает

б) Нет

***5. Фибрилляция желудочков это:***

а) Групповая желудочковая экстрасистолия

б) Полная диссоциация сокращений предсердий и желудочков

в) Хаотическое сокращение отдельных групп кардиомиоцитов

г) Пароксизмальная тахикардия с ритмом выше 25O в минуту

***6. Коронарная недостаточность возникает в результате:***

а) Пароксизмальной тахикардии

б) Спазма коронарных артерий

в) Накоплений аденозина в миокарде

г) Стенозирующего коpонаросклероза

***7. Последствия продолжительного приступа пароксизмальной желудочковой тахикардии:***

а) Увеличение сердечного выброса

б) Развитие тромбоэмболии

в) Увеличение коронарного кровотока

г) Уменьшение коронарного кровотока

***8. Укажите последствия острой коронарной недостаточности:***

а) Инфаркт миокарда

б) Артериальная гипотензия

в) Аритмии

г) Анемия

***9. Укажите, нарушения каких свойств проводящей системы сердца приводят к развитию аритмий:***

а) Автоматизма

б) Возбудимости

в) Проводимости

г) Сократимости

***10. В основе компенсаторной паузы после желудочковой экстрасистолы лежит?***

а) Острая общая гипоксия

б) Острая артериальная гипотензия

в) Приход очередного импульса возбуждения в миокард желудочка в фазу абсолютной рефрактерности

г) Гиперкатехоламинемия

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 2 ВАРИАНТ 6**

***1. Явления, при которых гиперадреналинемия вызывает повреждение миокарда:***

а) Снижение потребления кислорода миокардом

б) Абсолютное уменьшение доставки кислорода кровотоком к миокарду

в) Относительное уменьшение доставки кислорода кровотоком к миокарду

г) Снижение эффективности процесса сопряжения аэробного окисления и фосфорилирования в кардиомиоцитах

***2. Характерные изменения содержания катионов в кардиомиоцитах при их ишемии:***

а) Увеличение содержания ионов Na, Ca и водорода

б) Снижение содержания ионов Na, Ca и водорода

в) Уменьшение ионов калия

г) Увеличение ионов калия

***3. Укажите патогенетические факторы развития сердечных аритмий:***

а) Внутриклеточный ацидоз кардиомиоцитов

б) Потери ионов калия кардиомиоцитами

в) Накопление ионов калия кардиомиоцитами

г) Дефицит АТФ

***4. Гиперкалиемия вызывает:***

а) Тахикардию

б)Брадикардию

в) Атриовентрикулярную блокаду

г) Артериальную гипертензию

***5. Какие виды аритмий относятся к номотопным:***

а) Атриовентрикулярный ритм

б) Идиовентрикулярный ритм

в) Синусовая аритмия

***6. Какие виды аритмий относятся к гетеротопным:***

а) Фибрилляция желудочков

б) Пароксизмальная желудочковая тахикардия

в) Синусовая тахикардия

г) Левожелудочковая экстрасистола

***7. Укажите некоронарогенные причины коронарной недостаточности:***

а) Накопление аденозина в миокарде

б) Острая артериальная гипотензия

в) Резкое увеличение частоты сокращений сердца

г) Увеличение лактата в миокарде

***8. Какие утверждения ошибочны:***

а) Перекисное окисление липидов ( П О Л ) в зоне ишемии и инфаркта усиливается

б) Субстратами П О Л являются насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты мембран

в) Субстратами П О Л являются ненасыщенные жирные кислоты мембран

г) П О Л способствует выходу ферментов из лизосом в гиалоплазму

10***. Избыток каких факторов в крови и миокарде увеличивает потребление кислорода?***

а) Катехоламинов

б) Аденозина

в) Высших жирных кислот

г) Ацетилхолина

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 2 ВАРИАНТ 7**

*1 Факторами риска развития эссенциальной гипертензии (гипертонической болезни) является:*

**а) избыточная масса тела;**

**б) частые стрессы;**

**в) избыточное употребление соли;**

**г) гиподинамия;**

**д) все указанные факторы.**

***2 Укажите нейрогуморальные системы, активация которых способствует подъёму АД при артериальной гипертензии:***

а) активация простагландин-кининовой системы в почках

б) активация ренин-ангиотензиновой системы в почках

в) увеличение продукции Na-уретического фактора

***3. К числу эндогенных веществ, способствующих снижению артериального давления путем снижения периферического сосудистого сопротивления, не относится:***

а) брадикинин

б) ангиотензин-II

в) простациклин

г) NO

д) предсердный натрийуретический фактор

***4. К числу эндогенных веществ, способствующих подъему артериального давления путем повышение периферического сосудистого сопротивления, относятся:***

а) катехоламины

б) ангиотензин II

в) вазопрессин (АДГ)

г) эндотелины

д) все перечисленное верно

***5. Гипернатриемия способствует развитию артериальной гипертензии посредством следующих процессов, кроме:***

а) усиления образования ангиотензина III

б) развития гиперволемии

в) повышения чувствительности адренорецепторов к прессорным факторам

г) развитие отёка клеток стенок сосудов

*6. Факторами риска развития эссенциальной гипертонии (гипертонической болезни) являются:*

**а) избыточная масса тела;**

**б) частые стрессы;**

в) избыточное употребление соли;

г) все указанные факторы

***7. Укажите болезни и состояния, которые сопровождаются развитием систолической артериальной гипертензии:***

а) недостаточность аортальных клапанов

б) Базедова болезнь

в) узловатый гипертиреоидный зоб

г) все перечисленное верно

***8. Укажите вещества, не обладающие прямым вазопрессорным действием:***

а) ренин

б) ангиотензин II

в) АДГ

г) адреналин

д) норадреналин

***9. Понятие "артериальная гипертензия" означает:***

а) стойкое увеличение артериального давления выше 140 мм рт.ст. систолического и 90 мм рт.ст. диастолического

б) увеличение артериального давления выше 160 мм рт.ст. систолического, 95 мм рт.ст. диастолического и нормализующегося сразу после прекращения действия причинного фактора

***10. Понятие "артериальная гипертензивная реакция" означает:***

а) временный подъём артериального давления выше нормы

б) стойкий подъём артериального давления выше 160 мм рт.ст. систолического и 95 мм рт.ст. диастолического

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ 2 ВАРИАНТ 8**

***1. Гипертонический криз в первую очередь характеризует устойчивый подъем***

а) систолического давления свыше 230-250 мм рт ст

б) систолического давления свыше 200 мм рт ст

в) диастолического давления выше 120-130 мм рт ст

г) диастолического выше 100 и систолического выше 180 мм рт ст

***2. Укажите наиболее вероятную причину гипертонической болезни:***

а) гипертиреоз

б) хрон. психоэмоц. перенапряжение

в) хронический нефрит

г) сахарный диабет

д) атеросклероз сосудов

***3. Патогенез гипертон. болезни предположительно включает следующие звенья, кроме:***

а) стойкое повышение возбудимости и реактивности симпатических нервных центров заднего отдела гипоталамуса;

б) снижение тормозного влияния коры ГМ, оказываемого ею в норме на подкорковые прессорные центры;

в) генетически обусловленное стойкое снижение Na,Cl- и H2Oвыделительной функций почек

г) генерализованный наследственный дефект мембранных ионных насосов: Ca2+,Na+,K+

д) генетически обусловленная гипопродукция минералокортикоидов

***4. Укажите заболевание, которое не сопровождаются повышением артериального давления:***

а) синдром Иценко-Кушинга

б) болезнь Иценко-Кушинга

в) гипотиреоз

г) гипертиреоз

д) гиперкортицизм

е) феохромоцитома

***5. Сосудосуживающий эффект ангиотензина II обусловлен:***

а) сокращением гладких мышц артериол;

б)сенсибилизацией сосудистой стенки артериол к вазоконстрикторным агентам;

в) усилением высвобождения катехоламинов из везикул аксонов симпатических нейронов;

г) стимуляцией секреции альдостерона;

д) все перечисленное верно

***6.Укажите вещества, выраб-мые почками, обладающие пр. вазодилатацией:***

а) простагландин F2;

б) простагландины А, Е, брадикинин;

в) ангиотензин II;

г) ренин

***7. Эндокринные гипертензии возникают при следующих заболеваниях, кроме:***

а) гиперфункции мозгового слоя надпочечников;

б) гиперфункции клубочковой зоны коркового слоя надпочечников;

в) гипофункции щитовидной железы;

г) сахарном диабете;

д) тиреотоксикозе

***8. Укажите возможные последствия хронической артериальной гипертензии:***

а)перегрузочная СН

б) гипертрофия сердца

в) кардиосклероз

г) инсульт

д) все перечисленное верно

***9. Какие нарушения могут возникнуть при острой артериальной гипотензии?***

а) расстройства микроциркуляции

б) коронарная недостаточность

в) циркуляторная гипоксия

г) обморок

д) все перечисленное верно

***10. Укажите величины АДсистол. и диастол. давления, свидетельствующие о наличии артериальной гипотензии у людей в возрасте от 20 до 60 лет:***

а) 115/80

б) 100/60

в) 108/70

г) 90/55

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

Задача №1.

##### Пациент В. 46 лет госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1,5 ч. Из анамнеза: накануне в течение недели интенсивно работал, мало спал, больше обычного курил, пил чай и кофе. До настоящего заболевания считал себя здоровым человеком, занимался спортом.

##### При осмотре: общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, акроцианоз. При аускультации — в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движении — 28 в минуту, тоны сердца приглушены, ритм синусовый 100 ударов/мин, АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: подъём сегмента ST в I, AVL, V1–V6–отведениях, формирование патологического зубца Q. В анализе крови: лейкоциты 9,2×109/л, другие показатели в пределах нормы.

###### Какая форма патологии сердца у пациента?

###### Перечислите типовые механизмы повреждения миокарда.

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения повреждения миокарда?
2. Является ли особенностью течения рецидивирующего афтозного стоматита у больных с сердечно-сосудистой недостаточностью то, что слизистая полости рта – без цианотичного оттенка?

Задача №2.

##### Пациент З. 40 лет, страдающий туберкулёзом, обратился с жалобами на одышку, боли в правом подреберье, субфебрильную лихорадку. Эти жалобы появились и стали постепенно нарастать около 4 недель назад. При осмотре: лицо бледное и одутловатое, ортопноэ (больной сидит, наклонившись вперёд), при перкуссии расширение границ относительной тупости сердца влево и вправо на 2 см, ЧСС 100, АД 90/60 мм рт.ст., при аускультации: тоны сердца глухие, в лёгких мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах, частота дыхательных движений — 26 в минуту, отмечаются набухшие вены шеи, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, болезненная при пальпации, пастозность ног. При рентгенографии органов грудной полости отмечается шаровидная тень сердца.

###### Имеется ли у пациента сердечная недостаточность? Что свидетельствует об этом?

###### Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения формы патологии сердца?

1. Сделайте заключение о форме сердечной недостаточности.

Задача №3.

К больному К., 60 лет, страдающему атеросклерозом, после эмоционального стресса был вызван врач скорой помощи. Больной находился в неподвижном состоянии и жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая распространялась в левую руку, под левую лопатку и резко усиливалась при движении. Объективно: умеренная бледность кожных покровов, пульс частый, расширена левая граница сердца. Доставлен в стационар. Лабораторные данные: лейкоциты – 12×109/л, СОЭ – 8 мм/ч, повышение активности лактатдегидрогеназы и креатинфосфокиназы на 50%. На ЭКГ – изменение сегмента ST и зубца Т.

1. Признаки какого повреждения сердца есть у больного, каков механизм развития?
2. Дайте определение инфаркта миокарда.
3. Что является особенностью рецидивирующего афтозного стоматита у больных с сердечно-сосудистой недостаточностью?

Задача №4.

Больная Б., 56 лет, предъявляет жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах, возникающие по ночам приступы удушья, чувство тяжести в правом подреберье. Объективно; кожные покровы к видимые слизистые бледные с цианотичным оттенком. Печень значительно увеличена. В брюшной полости определяется свободная жидкость. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. Частота дыхания 43 мин-1. Частота сердечных сокращений -142 мин-1. Левая граница сердца смещена на 2,5 см от срединно-ключичной линии влево. Правая - смещена на 2,5 см вправо от правого края грудины.

1. Какая форма недостаточности развилась у больной?

2. Какие виды сердечной недостаточности знаете?

3. Назовите основные причины недостаточности кровообращения.

Задача №5.

У больного М., 46 лет, во время интенсивной физической работы на садовом участке, появились сильные боли за грудиной, которые были курированы приемом нитроглицерина. Раньше боли давящего характера в области сердца возникали при физической нагрузке, но быстро проходили в покое. Вечером боли возобновились и не курировались нитроглицерином. Появилась отдышка и кашель с обильной жидкой мокротой. Больной был госпитализирован с диагнозом – инфаркт миокарда.

Объективно: больной среднего роста, гиперстеник, кожные покровы и видимые слизистые бледные с цианотичным оттенком. Дыхание частое 42 мин-1. Частота сердечных сокращений -120 мин-1. При аускультации над всей поверхностью правого и левого легких выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Минутный объем сердца составляет 2,8 л, АД 110/70 мм рт. ст. Содержание оксигемоглобина в артериальной крови - 81 %, в венозной - 45%. Содержание эритроцитов в периферической крови 5,0 × 10'2 /л, лейкоцитов - 19,0×109/л. Лейкоцитарная формула: Б-0, Э-1, Ю-2, П-16, С-62, Л-14, М-5.

1. Какова возможная причина инфаркта миокарда?
2. Назовите опасные для жизни осложнения, развитие которых возможно при инфаркте миокарда.
3. Чем характеризуется состояние гибернации миокарда?

Задача №6.

##### На обследование в клинику поступил пациент 40 лет с артериальной гипертензией неясной этиологии. АД 175/115 мм рт.ст. Жалобы на мышечную слабость, головные боли. Выявлены: полиурия, значительная гипокалиемия, повышенное содержание 17-оксикортикостероидов в моче.

###### 1. Какова предполагаемая причина повышения АД у данного пациента?

###### 2. Каковы возможные механизмы развития гипертензии? Ответ обоснуйте.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза? Назовите результаты, которые подтверждают Ваше заключение.

4. Есть ли необходимость учитывать наличие гипертонической болезни у пациента при использовании анестетиков, содержащих адреналин врачом-стоматологом?

**ЧАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ (РК) №2**

**Тема: Патофизиология крови, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, эндокринной, нервной системы.**

**Форма контроля**

**1.Тестовые задания**

**2. Устный опрос по билетам.**

**3. Ситуационные задачи**

**3 курс, V семестр**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_1\_ (РК2)**

Пострадавший доставлен в больницу через 40 минут после огнестрельного ранения в брюшную полость. При поступлении: сознание спутанное, кожные покровы бледные, дыхание учащенное поверхностное, пульс частый слабый. Артериальное давление - 65/35 мм рт ст.

Анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, эритроциты - 4,2x1012/л, цветовой показатель - 1,01. В связи с признаками внутреннего кровотечения и гемоперитонеума пострадавшему проведена перевязка ветви артерии брыжейки. В анализе крови, сделанном на четвертый день пребывания пострадавшего в клинике: гемоглобин - 68 г/л, эритроциты - 2,8x1012/л, ретикулоциты - 10%, артериальное давление -115/70 мм.рт.ст.

1. Какое патологическое состояние развивается в организме вследствие массивной кровопотери?
2. Периоды данного патологического состояния.
3. Оцените изменения и сделайте заключения по результатам анализов крови на первый и четвертый день после ранения пациента.

4. Какими компенсаторными механизмами организм отвечает на острую кровопотерю?

5. Принципы лечения данной патологии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_2\_ (РК2)**

Ребенок В., 2 года, родился недоношенным от 5 беременности (матери 25 лет), с 2-х недельного возраста находился на искусственном вскармливании, часто болел простудными заболеваниями. У ребенка отмечается пониженный аппетит, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, ангулярный стоматит, склонность к употреблению штукатурки, угля, мела.

Анализ крови: гемоглобин - 60 г/л, эритроциты - 3,0х1012/л, ретикулоциты - 2,5% тромбоциты - 180х109/л, лейкоцитарная формула: миелоциты - 0, метамиелоциты - 0, П - 3, С - 49, Э - 2, Б - 0, Л - 39, М - 7, СОЭ - 18 мм/ч, выраженный анизоцитоз (микроциты), пойкилоцитоз умеренный; эритроциты с базофильной зернистостью.

Железо сыворотки - 5,1 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12 мкмоль/л.

1. Укажите, для какой формы анемии характерна данная гемограмма.

2. Причины данной анемии.

3. Картина крови при данной патологии.

4. Клинические признаки данной анемии.

5. Принципы лечения данной разновидности анемий.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_3\_ (РК2)**

Больной К., 55 лет, поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, сердцебиение, одышку, боли в языке. Периодически возникает ощущение «ватных» ног, онемение конечностей. В последние годы отмечает признаки диспепсических расстройств.

Объективно: больной удовлетворительного питания, лицо одутловатое. Кожа, видимые слизистые, склеры желтушны. Температура тела - 37,5°С. При осмотре ротовой полости язык воспален, сосочки атрофированы. На слизистой оболочке афты.

При исследовании анализа желудочного сока установлено резкое снижение желудочной секреции. При рентгеноскопии желудка выявлено нарушение эвакуаторной деятельности, уплощение и сглаженность складок. При фиброгастродуоденоскопии обнаружены признаки атрофии слизистой желудка.

Общий анализ крови: эритроциты- 1,8х1012/л, гемоглобин- 80г/л, тромбоциты-130х109/л, показатели гематокрита- 0,25г/л, лейкоциты-3,0х109/л, лейкоцитарная формула: б.-0, э- 0, м-0, ю-0, п-3, с-50, л-40, мон.-7. Анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++, анизохромия +++. Содержание сывороточного железа- 11,9 мкмоль/л. СОЭ-30 мм/л.

1. Дать обоснованное заключение о нарушении в системе крови.
2. Укажите основные гематологические показатели данной анемии.
3. Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений.
4. Чем отличается B12-дефицитная анемия от анемии с недостатком фолиевой кислоты?
5. Укажите причины мегалобластических анемий.
6. Проявления в полости рта при В12-дефицитной анемии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_4\_ (РК2)**

Больная Б., 24 года, поступила в отделение с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, одышку в покое, появление кровоподтеков на теле, кровоточивость десен, боли при глотании. При осмотре отмечались бледность кожных покровов, множественные геморрагии, признаки язвенно-некротической ангины. Печень, селезенка и лимфатические узлы в паховой и подмышечной областях не увеличены.

Анализ крови: НЬ - 50г/л, эритроциты - 1,5х1012/л, ретикулоциты 0%, тромбоциты-28х109/л, лейкоциты-1,5х109/л, лейкоцитарная формула: миелоциты-0, метамиелоциты-0, п/я-1; с/я-18, э-0, лф-79, м-2. СОЭ-40мм/ч. В мазке крови: выраженный анизоцитоз и пойкилоцитоз; выраженная токсогенная зернистость эритроцитов. Железо сыворотки - 41,8 мкмоль/л, билирубин - 19 мкмоль/л.

При исследовании костного мозга выявлено уменьшение ядросодержащих клеток.

1. Укажите для какой патологии системы крови характерна данная гемограмма.
2. Этиология данной патологии.
3. Патогенез данного заболевания.
4. Особенности костно-мозгового кроветворения при данной патологии.
5. Особенности периферической крови.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_5\_ (РК2)**

Ребенок Б., 12 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье. Из анамнеза: родители фенотипически здоровы. У отца при анализе крови в мазке - микроцитоз эритроцитов.

Объективно: у больного башенный квадратный череп, микроофтальмия. Мизинцы укорочены. При осмотре ротовой полости - высокое небо, неправильное расположение зубов. При абдоминальном УЗИ выявлены камни в желчном пузыре, спленомегалия.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,5 х1012/л, тромбоциты – 190х109/л, гемоглобин - 100 г/л, ЦП - 0,86, показатель гематокрита - 0,25, ретикулоциты - 5%, лейкоциты - 7,0x109/л, содержание сывороточного железа - 13,5 мкмоль/л, СОЭ - 17 мм/ч, лейкоцитарная формула -Б-0, Э-2, нейтрофилы: Миэ-0, Ю-0, П-5, С-65, Л-24, М-4. Анизоцитоз (+++), микроцитоз, пойкилоцитоз (+++), сфероцитоз, анизохромия (++). Осмотическая резистентность эритроцитов снижена. Билирубин 40 мкмоль/л.

1. Дать обоснованное заключение о нарушении в системе крови.

2. Напишите классификацию данной патологии.

3. Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений.

4. Укажите характерный диагностический лабораторный признак этой анемии.

5. Принципы лечения гемолитических анемий.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_6\_ (РК2)**

У мужчины 36 лет при проведении УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение правой почки. Компьютерная томография выявила образование размером 1,2x1,5x1,5 см у верхнего полюса правой почки. В связи с этим мужчина был госпитализирован. При обследовании в клинике: Hb 180 г/л, эритроциты 7,5х 1012 /л , ретикулоциты 10 %, лейкоциты 4,0х109/л, тромбоциты 250х109/л, Ht 0,61, эритропоэтин – на 20% выше нормы, АД 150/90 мм рт.ст. Гистологическое исследование пунктата образования, обнаруженного у верхнего полюса правой почки, показало наличие почечно-клеточного рака. Пациенту была проведена операция по удалению опухоли. Через 3 недели после операции его самочувствие и лабораторные показатели нормализовались.

1. Какая форма патологии развилась у пациента в связи с ростом гипернефромы? Охарактеризуйте эту патологию с учетом данных из задачи.
2. В чем причина этой формы патологии?
3. Каковы механизмы ее развития и симптомов, имеющихся у пациента?
4. Какие другие разновидности первичных и вторичных форм этой патологии могут встретиться у человека?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_7\_ (РК2)**

Больная Г., 17 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, недомогание, повышение температуры тела с ознобом, боли в горле при глотании. Анализ крови: Нв – 150 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, ретикулоциты – 0,7%, тромбоциты – 245×109/л, лейкоциты –16×109/л; метамиелоциты – 8, П – 20, С – 66, Э – 2, Б – 0, Л – 11, М – 3, СОЭ – 24 мм/ч.

1. Напишите заключение об изменениях в гемограмме.
2. Виды лейкоцитозов и их механизм.
3. Что такое ядерный индекс нейтрофилов и какой у больной?
4. Укажите виды ядерных сдвигов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_8\_ (РК2)**

Больная Б., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на многократные приступы чихания с обильными водянистыми выделениями из носа, заложенность и зуд носа, зуд век, слезотечение, светобоязнь, резь в глазах. Подобное состояние наблюдается в течение последних 4-лет с начала июня до конца июля. Анализ крови: Нb- 140 г/л, эритроцитов – 4,2х1012/л, ретикулоцитов – 0,7%, тромбоцитов – 250×109/л, лейкоцитов – 9,0×109/л, СОЭ 20 мм/ч. лейкоцитарная формула: Б-0, Э-14, нейтрофилы: метамиелоциты – 0, П-4, С-50, Л-27, М-5.

1. Для какой патологии системы крови характерна данная гемограмма?
2. Причины эозинофилии.
3. Специфические функции эозинофилов.
4. Дайте определение лейкоцитарной формулы и ее значение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_9\_ (РК2)**

Больной П., 14 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, головокружение, повышение температуры тела, боли при глотании. Из анамнеза известно, что больной в течение 3-х месяцев с наркотической целью вдыхал пары бензола. При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов. Множественные геморрагии в виде мелкоточечных и пятнистых кровоизлияний, некротические язвы слизистой зева и полости рта. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв – 60 г/л, эритроциты – 2,0×1012/л, ретикулоциты – 0% , тромбоциты – 28×109 /л, лейкоциты – 1,5×109/л; метамиелоциты – 0, П – 0, С – 15, Э – 0, Б – 0, Л – 82, М – 3, СОЭ – 44 мм/ч. В мазке крови анизоцитоз, пойкилоцитоз. В пунктате костного мозга признаки гемобластоза отсутствуют. Содержание железа в сыворотке крови – 40 мкмоль/л, непрямого билирубина – 10 мкмоль/л.

Для какой патологии системы крови характерна данная гемограмма?

Клинические проявления агранулоцитоза.

Виды агранулоцитозов и их причины, патогенез.

Укажите патогенетические варианты агранулоцитоза.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_10\_ (РК2)**

Больная 15 лет, школьница, поступила с жалобами на головную боль, общую слабость, шум в ушах, повышенную температуру.

Больной считает себя 2 месяца с момента, когда появились и стали нарастать перечисленные выше явления.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Печень у края реберной дуги слегка болезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Температура 37,5-38,5°С. Анализ крови: НЬ 85 г/л. эр. 2,8х10 12/л, цветовой показатель 0.9, л. 20х109 /л, б.э. 0%, п. 3%. с. 8%, мон. 2%, лимф. 19,5%, бластные клетки 67,5%, ретикулоциты 0,8%, тромбоциты 120.0 х109/л, СОЭ-52 мм в час.

Бластные клетки средних размеров, правильной формы с высоким ядерно-цитоплазматическим отношением, зернистости в цитоплазме нет.

1.О каком патологическом состоянии говорят объективные данные и анализ крови?

2. Особенности клинической картины.

3. Картина крови и красного костного мозга при остром лимфолейкозе.

4. Перечислите лабораторную и инструментальную диагностику острых лейкозов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_11\_ (РК2)**

Больной 27 лет, электрик, поступил с жалобами на быструю утомляемость, недомогание, тяжесть в левом подреберье, особенно после еды. Год назад при случайном исследовании крови обнаружен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево при отсутствии каких-либо клинических проявлений. В течение последнего месяца стати беспокоить слабость, повышенная утомляемость, тяжесть в левом подреберье. После исследования крови направлен в стационар.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Состороны органов грудной клетки без особенностей. Печень у края реберной дуги безболезненная. Селезенка выступает из подреберья на 5 см. плотная, слегка болезненная при пальпации. Температура 37-37,5° С.

Анализ крови: НЬ 116 г/л., эр. 3.8х1012/л, цветовой показатель 0,9, л. 125х109/л, б. 6.5%, э. 10%, промиелоциты 1%, миелоциты 24%, метамиелоциты 21%, п. 15,5%, с. 14,5%, лимф. 7.5%, тромбоциты 355x109 /л; СОЭ 10 мм в час.

При цитогенетическом исследовании костного мозга обнаружена филадельфийская хромосома в 98% метафаз.

1. Какое заболевание органов кроветворения обнаружено у больного?

2. Что подтверждает данную патологию?

3. Патогенез данной патологии.

4. Укажите проявления опухолевой прогрессии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_12\_ (РК2)**

Больной 50 лет, фотограф, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на увеличение лимфатических узлов шеи, которое стал отмечать в течение последнего месяца.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пальпируются увеличенные шейные и подключичные лимфатические узлы величиной с фасоль и лесной орех, тестовато - эластической консистенции, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Печень не увеличена. Отчетливо пальпируется нижний полюс селезенки (длинник 16 см.)

Анализ крови: НЬ 123 г/л, эр. 4,7х 1012/л., цветовой показатель 0.9, л., 51,0x 109 /л, э.0,5%, п.1%, с.24.5%, мон.2%, лимф.72%, тромбоциты 210x109/л, СОЭ 17 мм в час.

Среди лимфоцитов периферической крови преобладают малые узкоцитоплазменные формы (почти голые ядра), обнаруживаются в значительном количестве тени Боткина-Гумпрехта. Пролимфоциты составляют 1,5%.

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?

2. Что подтверждает данное заболевание?

3. Какая стадия лейкоза у больного?

4. Какие чаще всего бывают осложнения у больных и почему?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_13\_ (РК2)**

Больной С. 58 лет поступил в клинику с жалобами на головные боли, носовые кровотечения, боли в костях, повышение артериального давления. Анализ крови: НЬ-210,6 г/л, эритроциты 7,2х1012/л, ретикулоциты 2,6%, тромбоциты 785 х109/л, лейкоциты 12,5х109/л, СОЭ 1 мм/час, показатель гематокрита 69%.

Лейкоцитарная формула: базофилы 1%, эозинофилы - 4%, нейтрофилы: метамиелоциты 1%, палочкоядерные -10%, сегментоядерные-59%.

1. Какая форма патологии имеется у больного?
2. Каковы причины и основные звенья патогенеза симптомов имеющихся у больного: жалобы на головные боли, боли в костях, повышение артериального давления?
3. Каковы различия между первичной и вторичной формами данной патологии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_14\_ (РК2)**

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты–3,1х1012/л, тромбоциты –380х109/л, лейкоциты –4,5х109/л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?

2. Патогенез данного заболевания.

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.

4. Виды тромбоцитопатий.

5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_15\_ (РК2)**

##### Пациент В. 46 лет госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1,5 ч. Из анамнеза: накануне в течение недели интенсивно работал, мало спал, больше обычного курил, пил чай и кофе. До настоящего заболевания считал себя здоровым человеком, занимался спортом.

##### При осмотре: общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, акроцианоз. При аускультации — в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движении — 28 в минуту, тоны сердца приглушены, ритм синусовый 100 ударов/мин, АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: подъём сегмента ST в I, AVL, V1–V6–отведениях, формирование патологического зубца Q. В анализе крови: лейкоциты 9,2×109/л, другие показатели в пределах нормы.

###### Какая форма патологии сердца у пациента?

###### Перечислите типовые механизмы повреждения миокарда.

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения повреждения миокарда?
2. Является ли особенностью течения рецидивирующего афтозного стоматита у больных с сердечно-сосудистой недостаточностью то, что слизистая полости рта – без цианотичного оттенка?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_16\_ (РК2)**

##### Пациент З. 40 лет, страдающий туберкулёзом, обратился с жалобами на одышку, боли в правом подреберье, субфебрильную лихорадку. Эти жалобы появились и стали постепенно нарастать около 4 недель назад. При осмотре: лицо бледное и одутловатое, ортопноэ (больной сидит, наклонившись вперёд), при перкуссии расширение границ относительной тупости сердца влево и вправо на 2 см, ЧСС 100, АД 90/60 мм рт.ст., при аускультации: тоны сердца глухие, в лёгких мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах, частота дыхательных движений — 26 в минуту, отмечаются набухшие вены шеи, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, болезненная при пальпации, пастозность ног. При рентгенографии органов грудной полости отмечается шаровидная тень сердца.

###### Имеется ли у пациента сердечная недостаточность? Что свидетельствует об этом?

###### Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения формы патологии сердца?

1. Сделайте заключение о форме сердечной недостаточности.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_17\_ (РК2)**

К больному К., 60 лет, страдающему атеросклерозом, после эмоционального стресса был вызван врач скорой помощи. Больной находился в неподвижном состоянии и жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая распространялась в левую руку, под левую лопатку и резко усиливалась при движении. Объективно: умеренная бледность кожных покровов, пульс частый, расширена левая граница сердца. Доставлен в стационар. Лабораторные данные: лейкоциты – 12×109/л, СОЭ – 8 мм/ч, повышение активности лактатдегидрогеназы и креатинфосфокиназы на 50%. На ЭКГ – изменение сегмента ST и зубца Т.

1. Признаки какого повреждения сердца есть у больного, каков механизм развития?
2. Дайте определение инфаркта миокарда.
3. Что является особенностью рецидивирующего афтозного стоматита у больных с сердечно-сосудистой недостаточностью?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_18\_ (РК2)**

Больная Б., 56 лет, предъявляет жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах, возникающие по ночам приступы удушья, чувство тяжести в правом подреберье. Объективно; кожные покровы к видимые слизистые бледные с цианотичным оттенком. Печень значительно увеличена. В брюшной полости определяется свободная жидкость. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. Частота дыхания 43 мин-1. Частота сердечных сокращений -142 мин-1. Левая граница сердца смещена на 2,5 см от срединно-ключичной линии влево. Правая - смещена на 2,5 см вправо от правого края грудины.

1. Какая форма недостаточности развилась у больной?

2. Какие виды сердечной недостаточности знаете?

3. Назовите основные причины недостаточности кровообращения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_19\_ (РК2)**

У больного М., 46 лет, во время интенсивной физической работы на садовом участке, появились сильные боли за грудиной, которые были курированы приемом нитроглицерина. Раньше боли давящего характера в области сердца возникали при физической нагрузке, но быстро проходили в покое. Вечером боли возобновились и не курировались нитроглицерином. Появилась отдышка и кашель с обильной жидкой мокротой. Больной был госпитализирован с диагнозом – инфаркт миокарда.

Объективно: больной среднего роста, гиперстеник, кожные покровы и видимые слизистые бледные с цианотичным оттенком. Дыхание частое 42 мин-1. Частота сердечных сокращений -120 мин-1. При аускультации над всей поверхностью правого и левого легких выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Минутный объем сердца составляет 2,8 л, АД 110/70 мм рт. ст. Содержание оксигемоглобина в артериальной крови - 81 %, в венозной - 45%. Содержание эритроцитов в периферической крови 5,0 × 10'2 /л, лейкоцитов - 19,0×109/л. Лейкоцитарная формула: Б-0, Э-1, Ю-2, П-16, С-62, Л-14, М-5.

1. Какова возможная причина инфаркта миокарда?
2. Назовите опасные для жизни осложнения, развитие которых возможно при инфаркте миокарда.
3. Чем характеризуется состояние гибернации миокарда?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_20\_ (РК2)**

Больной А., 23 года, переведен на искусственное дыхание. При изучении газового состава крови обнаружено, что напряжение кислорода в артериальной крови составляет 85 мм рт. ст., а углекислого газа – 45 мм рт. ст.

1. Можно ли считать достаточной компенсацию нарушений внешнего дыхания в данном случае?

2. Назовите причины альвеолярной вентиляции.

3. Чем характеризуется обструктивный тип альвеолярной гиповентиляции?

4. Каков характер асфиксии при закупорке бронхов инородным телом?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_21\_ (РК2)**

Больной К., 8 лет, жалуется на участившиеся приступы удушья, возникающие без очевидных причин. Во время приступа дыхание становится затрудненным, сопровождается кашлем, отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты. Во время выдоха слышны свистящие хрипы.

В анамнезе бронхиальная астма с 5 лет.

1. Какой тип одышки характерен для данной патологии?
2. Какой тип нарушения легочной вентиляции имеет место в данном случае во время приступов удушья?
3. Чем характеризуется рестриктивный тип альвеолярной гиповентиляции?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_22\_ (РК2)**

Больная В., 56 лет. Страдает сахарным диабетом на протяжении 20 лет. Доставлена в клинику в предкоматозном состоянии: головная боль, слабость, тошнота, вялость, выраженная одышка. Несмотря на предпринимаемые меры состояние больной прогрессивно ухудшалось. Развилась диабетическая кома. Больная без сознания. Пульс учащенный, слабый. Артериальное давление снижено.

1. Сохранится ли одышка у больной в коматозном состоянии?
2. Назовите основные причины расстройств биомеханики внешнего дыхания, приводящие к развитию альвеолярной гиповентиляции по обструктивному типу.
3. Как меняются показатели функции легких при гиповентиляции легких по обструктивному типу?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_23\_ (РК2)**

Больной Т., 19 лет. На 3-й день заболевания обратился к врачу и с диагнозом «острая пневмония» был направлен на стационарное лечение. При поступлении дыхание 32 в минуты, поверхностное. В дыхательных движениях выслушивается мелкопузырчатые влажные и сухие хрипы. При рентгеноскопии легких – изменения, характерные для двусторонней крупозной пневмонии. При исследовании эффективности внешнего дыхания выявлено снижение оксигенации крови – насыщение артериальной крови составляет 86%.

1. Какая форма нарушения внешнего дыхания имеется у больного и каковы механизмы ее развития?
2. Нарушение каких процессов внешнего дыхания преимущественно обусловливает снижение оксигенации крови в данном случае?
3. Назовите основные звенья патогенеза респираторного дистресс-синдрома взрослых.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_24\_ (РК2)**

Больная С., 50 лет, поступила в клинику с высокой температурой, жалобами на тянущие боли в правом подреберье, тошноту, горечь и сухость во рту, слабость, утомляемость. Объективно: температура 38ºС, подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации, на коже мелкие узелковые высыпания, желтушность кожных покровов и видимых слизистых. При биохимическом исследовании гипергаммаглобулинемия, гиперпротеинемия - общий белок 100 г/л, (норма 65-85 г/л), повышенное содержание иммунолобулинов G . При биопсии печени выявлены признаки активного гепатита.

1. Какой патологический процесс можно предполагать у больной.

2. Объясните патогенез развития данного процесса, используя данные условия задачи.

3. Выделите основные причины и приведите классификацию гепатитов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_25\_ (РК2)**

В анамнезе у больного цирроз печени. После длительного приема антибиотиков тетрациклинового ряда (по поводу пневмонии), состояние резко ухудшилось. Больной потерял сознание. В крови обнаружено повышение концентрации билирубина до 50 мкмоль/л (N 3,4-22,2 мкмоль/л), в основном за счет связанного билирубина, аланинаминотрансферазы до 1,8 (N 0,1-0,088 -мккат/л), снижение холестерина до 2,18 - ммоль/л (N< 5,18 ммоль/л), снижение холинэстеразы до 80-ммоль/ч/л (N 108-318 ммоль/ч/л), содержание альбуминов до 28 г/л (N 36-50 г/л), и резкое повышение концентрации аммиака до 60 мкмоль/л -(N 17,6- 47,0мкмоль/л).

Вопросы:

1. Какой патологический процесс имеются у пациента?

2. Есть ли в данном случае признаки печеночной недостаточности?

3. Какие формы печеночной комы выделяют по патогенезу?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_25\_ (РК2)**

Больная С., 30 лет, в течение ряда лет страдала приступами боли в правом подреберье, иногда они сопровождались повышением температуры и легкой желтушностью склер, кожных покровов. В последнее время беспокоили вздутие кишечника, боли в правом подреберье. Затем развилась желтуха, сопровождавшаяся потемнением мочи, обесцвечиванием кала. На 9-й день отмечалась сонливость, головные боли, временами спутанное сознание и беспокойство. Доставлена в клинику. Объективно: кожные покровы, склеры и видимые слизистые желтушны, язык влажный, обложен белым налетом, имеются небольшие расчесы в области живота и бедер. Печень выходит из-под ребер на 2 см, плотна и болезненна. Анализ крови: билирубин крови и активность щелочной фосфатазы повышены, ГГТ (гаммаглутамилтрансферазы) и холестерин выше нормы. При УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре один из них обтурирует просвет выводного протока.

Вопросы:

1. О каком патологическом процессе можно думать в данном случае?
2. Каков патогенез данной патологии?
3. Перечислите основные синдромы подпеченочной (механической) желтухи.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_27\_ (РК2)**

У больного Б. тяжелое течение вирусного гепатита. Отмечается печеночный запах изо рта, явление геморрагического диатеза. Поступила в клинику по поводу выраженного кровотечения из лунки после экстракции зуба. Содержание альбуминов в сыворотке крови 28 г/л - (N=36,0-50,0 г/л), активность - аланинаминотрансферазы превышает 5,5 мккат/л (N=0,1-0,88/л), общее содержание билирубина превышает 171 ммоль/л (N=3,4 -22,2 ммоль/л), фибриноген 1,2 г/л (N=1,5-3,6 г/л).

Вопросы:

1. Какая форма патологии имеется у пациента?
2. Каковы механизмы отклонений лабораторных показателей от нормы у данного пациента?
3. Механизм действия вирусных гепатитов.
4. Чем объясните кровотечение после удаления зуба?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_28\_ (РК2)**

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов. Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось заменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до 37,8ºС, ребенок пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия – гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные, с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий безболезненный. Печень +1 см., селезенка +4 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Общий анализ крови: Hb – 72 г/л, Эр – 2,0×1012/л, Ц.п. – 1,12, ретик – 16%, лейк – 10,2×109/л, п/я – 2%, с – 45%, э – 3%, л – 37%, м – 13%, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, билирубин: непрямой – 140,4 мкмоль/л, прямой – нет.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min – 0,58, max – 0,32. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

1. О каком заболевании Вы подумали?
2. Объясните его патогенез и механизмы развития изменений в анализах.
3. По какому типу наследования передается это заболевание?
4. Назовите виды энзимопатических печеночных желтух .

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_29\_ (РК2)**

К врачу обратился больной И., 40 лет, с жалобами на тупые, ноющие боли в поясничной области справа, на головную боль, слабость, частое мочеиспускание, озноб, повышение температуры тела до 38ºС.

Объективно: при осмотре полости рта выявлены множественные кариозные полости. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, заметна пастозность лица, симптом Пастернацкого справа положительный. АД повышено, левая граница сердца увеличена.

Лабораторные данные: моча мутная, с хлопьями, реакция щелочная, уд. вес 1013. Лейкоцитурия. Проба по Нечипоренко: лейкоцитов - 3000 (N до 2000), эритроцитов - 1100 (N до 1000). Общее количество мочи 3000 мл.

1. Сделайте заключение о патологическом процессе у больного.

2. Объясните механизм развития данной патологии.

3. Проявления нарушений экскреторной функции почки при данной патологии

4. Пути проникновения инфекции в почки, какой путь инфицирования предполагается у пациента?

**ЧАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**Темы СРС**

**Форма контроля**

**1.Тестовые задания**

**3. Ситуационные задачи**

**3 курс, V семестр**

***Тематический план план СРС для студентов 3-курса по специальности***

***“Лечебное дело”***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Темы заданий | Задания на СРС | К-  -во  час | Фор-ма конт-роля | | Бал  Лы | Лит  - ра | Срок  сда-чи |
|  | **Модуль 1** | | | | | |  |  |
| 1. | **Тема 1.** Стволовые клетки и медицинские биотехнологии | 1.История медицинской биотехнологии.  2. Основные направления и задачи медицинской биотехнологии.  3.Биологические возможности применения стволовых для восстановительного лечения поврежденных органов.  4. Клеточные технологии с применением пуповинной крови в терапии неизлечимых заболеваний. | 2 | | Реферат | 1 | 1,2  4,5,  8,13 | 1-я нед |
| 2 | **Тема 2.**  Геморрагические диатезы | 1. Дайте понятие о геморрагическом диатезе.  2.Перечислите этиологии геморрагических диатезов.  3.Объясните патогенез геморрагических диатезов.  4. Перечислите проявлении и осложнении геморрагических диатезов. | 3 | | Иллюстр. Схема | 2 | 1,2  4,5,  8,13 | 2-я нед |
| 3 | **Тема 3.**  Аритмии | 1. Дайте понятие и классифицируйте нарушений ритма сердца.  2. Объясните этиологии основных видов нарушений сердечного ритма.  3. Нарисуйте ЭКГ-признаки аритмий и блокад сердца и объясните их механизмы.  4. Объясните механизмы изменения гемодинамики при аритмиях (общего и коронарного кровообращения).  5..Что такое искусственные водители ритма. | 3 | | Иллюстр. Схема | 2 | 1,2  4,5,  8,13 | 3-я нед |
| 4 | **Тема 4.**  Приобретенные пороки митрального клапана. | 1. Дайте понятие и классифицируйте приобретенные пороки митрального клапана.  2. Объясните роль стрептококков в развитии митральных пороков  3.Объясните механизмы изменения гемодинамики при стенозе митрального клапана.  4.Объясните механизмы изменения гемодинамики при стенозе митрального клапана. | 3 | | Иллюстр. Схема | 2 | 1,2  4,5,  8,13 | 6-я нед |
| 8 | **Итого**  **модуль 1** |  | **18ч** | |  | **10б** |  | **7**  **Нед** |
|  | **Тема 5.**  Дыхательная недостаточность | 1. Перечислите этиологию дыхательной недостаточности. 2. Объясните причины и патогенез нарушения легочного кровотока. 3. Что такое сурфактантная система легких и факторы, влияют на созревание сурфактантной системы. 4. Расскажите, в каких условиях показано назначения искусственной вентиляции легких. 5. Объясните виды, механизмы развития одышки. 6. Перечислите патологические формы дыхания. |  | |  |  |  | 9-я нед |
| 5 | **Тема 5.**  Желчекаменная болезнь | 1. Дайте понятие и классифицируйте желчекаменную болезнь.  2. Объясните роль наследственности и неправильного питания в развитии ЖКБ.  3. Объясните механизмы симптомов ЖКБ.  4. Определите тактику лечений при различных формах ЖКБ. | 3 | | Презентация | 2 | 1,2  4,5,  8,13 | 10-я нед |
| 6 | **Тема 6.**  Печеночная недостаточность. | 1. Дайте понятие о печеночной недостаточности. Классифицируйте. 2. Объясните механизмы нарушения углеводного, белкового, липидного обмена и обмена витаминов при недостаточности печени. 3. Анализируйте индикаторы печеночно-клеточной недостаточности. 4. Расскажите, как происходить нарушения образования и выделения желчи при печеночной недостаточности. | 3 | | Реферат | 1 | 1,2  4,5,  8,13 | 11-я нед |
| 7 | **Тема 7.** Почечная недостаточность | 1. Дайте понятие о почечной недостаточности.  2.Классифицируйте причины ПН  3.Объясните механизмы нарушения клубочковой фильтрации при недостаточности почек  4. Объясните механизмы симптомов возникающих при ПН.  5.Анализируйте индикаторы почечной недостаточности. | 3 | | Реферат | 1 | 1,2  4,5,  8,13 | 12-я нед |
| 8 | **Тема 8.** Экстремальные состояния. | 1.Дайте понятие и классифицируйте экстремальные состояния.  2.Объясните основные патогенетические звенья шока.  3. Объясните, что такое гипоксия и "шоковая клетка".  4. Анализируйте механизмы изменения функции органов и систем в различные стадии шока (нейро-эндокринная система, сердце, почки, печень, легкие, мозг).  5. Дайте определение коллапса и объясните механизмы развития, этиопатогенетические отличия от шока.  6. Перечислите виды комы. Объясните этиологию и патогенез коматозных состояний, стадии комы. | 3 | | Сит. Задачи | 1 | 1,2  4,5,  8,13 | 12-я нед |
| 9 | **Тема 9.** Аутоиммунный тиреоидит | 1.Объясните этиопатогенез аутоиммунного тиреоидита.  2. Анализируйте механизмы изменения функции органов и систем при тиреоидите.  3. Объясните механизмы симптомов при тиреоидите.  4. Перечислите методы диагностики и принципы лечения аутоиммунного тиреоидита. |  | |  |  |  | 14-я нед |
|  | **Итого**  **модуль 2** |  | **12ч** | |  | **5б** |  | **12**  **нед** |
|  | **ВСЕГО:** |  | **30ч** | |  | **15б** |  | **15**  **нед** |

**Учебно-методическое обеспечение курса**

**Основная литература**

1. Патофизиология. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений / под редакцией Новицкого В.В., Гольдберга Е.Д. – Изд-во ТГУ. – Томск, 2001. – 713С.
2. Патологическая физиология. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений / под редакцией Фролов В.А, Дроздова Г.А, Казанская Т.А., и др авторов
3. Патофизиология в трех томах. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений / под редакцией А.И. Воложина, Г.В. Порядина. М.: ИД «Академия», 2007 год – 3 тома.
4. Патофизиология. Учебник для студентов высших медицинских вузов под ред. Литвицкого П.Ф. М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2002. – Т.1.
5. Атлас по патофизиологии. Учебное пособие под редакцией Войнов В.А. М.: ИД «МИА», 2003 год -218 стр.:ил.
6. Общая патофизиология с основами иммунопатологии. Учебник для студентов медвузов под редакцией Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. СПб.: 2008.-ЭЛБИ-СПб 656с., илл
7. Патохимия Учебник для студентов медвузов под редакцией Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. СПб.: 2008.-ЭЛБИ-СПб 768 с., илл

**Дополнительная литература:**

1. Механизмы развития болезней и синдромов Учебник для студентов медвузов под редакцией Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. СПб.: 2008.-ЭЛБИ-СПб 507 с., илл
2. Задачи и тестовые задания по патофизиологии. –Учебное пособие для вузов/ под редакцией П.Ф. Литвицкого М.: ИД «ГЭОТАР-МЕД», 2002 год – 384 С.
3. Учебно-методические рекомендации по патологической физиологии / Р. К. Калматов, И. Н. Атабаев,.- Ош ГУ, 2013.
4. Курс патологической физиологии / Учебное пособие., Р. К. Калматов, Ош ГУ, 2011

**ЧАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ (ТК) №1**

**Тема: ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ. ПАТОЛОГИЯ РЕАКТИВНОСТИ. БВФВС. НАРУШЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ. ВОСПАЛЕНИЕ. ЛИХОРАДКА.**

**Форма контроля**

**1.Тестовые задания**

**2. Ситуационные задачи**

**3 курс, V семестр**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 1**

***1. Правильными являются нижеперечисленные утверждения:*** а) патологический процесс является основой любой болезни; б) один и тот же патологический процесс может быть вызван различными факторами; в) понятия патологический процесс и болезнь тождественны; г) один и тот же патологический процесс может быть компонентом различных болезней. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, б, г;

3) а, в, г;

4) а, б;

5) все ответы правильны.

***2. Причиной болезни является:*** а) взаимодействие этиологического фактора и организма при наличии достаточных условий; б) фактор, вслед за действием которого последовала болезнь; в) фактор, влияющий на тяжесть и длительность болезни; г) фактор, без воздействия которого данная болезнь не может возникнуть; д) фактор, определяющий специфические особенности болезни. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д;

2) а, б, д;

3) а, б, в, г;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***3. К типовым патологическим процессам относятся:*** а) воспаление; б) ожог; в) лихорадка; г) голодание; д) гипоксия; е) уремия. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д, е;

2) а, б, в, д;

3) а, в, д;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***4. Специфические черты болезни зависят от:***

1) причины болезни

2) условий, способствующих развитию болезни

3) реактивности организма

***5. К срочным механизмам выздоровления относятся:*** а) включение защитных рефлексов (рвота, кашель); б) увеличение числа эритроцитов; в) переключение системы терморегуляции; г) нейтрализация ядов путем их окисления; д) компенсаторная гипертрофия органа; е) реакция, направленная на поддержание АД. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г;

2) а, б, д;

3) а, е;

4) а, в, г, е;

5) все ответы правильны.

***6. К относительно устойчивым механизмам выздоровления относятся****:* а) развитие иммунитета; б) увеличение числа эритроцитов; в) переключение системы терморегуляции; г) нейтрализация ядов путем их окисления; д) компенсаторная гипертрофия органа. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б;

2) а, в, г;

3) б, в, г;

4) б, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***7. К устойчивым механизмам выздоровления относятся***: а) увеличение числа эритроцитов; б) компенсаторная гипертрофия органа; в) нейтрализация ядов белками крови; г) репаративная регенерация; д) развитие иммунитета. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г, д;

2) б, г, д;

3) а, б, в, г;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***8. Болезнью являются:*** *а)* воспаление б) грипп в) опухолевый рост г)аппендицит д) рак легкого

1) б,г,д

2) а,б,в

3) в,г,д

***9. Аварийными механизмами саногенеза являются:*** *а)* рвота б)активация эритропоэза

в) развитие коллатералей г) слезотечение д) образование антител

1) б, в

2) а, г

3) а, д

***10. Роль главного этиологического фактора в развитии болезни играет:***

1. Высокая влажность воздуха

2. Переутомление

3. Возраст

4. Удар электротоком

5. Плохое зрение

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 2**

***1. Основным этиологическим фактором острой горной (высотной) болезни является:***

1) снижение барометрического давления;

2) снижение рО2 в воздухе;

3) ультрафиолетовое излучение;

4) низкая температура.

*2. Какое изменение в организме не характерно для стадии компенсации острой горной (высотной) болезни?*

1) увеличение частоты сердечных сокращений;

2) гипервентиляция легких;

3) увеличение числа эритроцитов в крови;

4) увеличение продукции эритропоэтинов почками;

5) снижение артериального давления.

***3. Какие из указанных симптомов характерны для первых 6 часов острой лучевой болезни у взрослого, однократно тотально облученного в дозе 2-6 Гр?*** а) тошнота, рвота; б) лимфоцитопения; в) нейтрофильный лейкоцитоз; г) кровоточивость; д) эритема; е) анемия. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, б, в, д;

3) а, в, г;

4) б, е.

***4. Что является главной мишенью в клетке при действии на неё ионизирующей радиации?***

1) цитоплазматическая мембрана;

2) ДНК;

3) саркоплазматический ретикулум;

4) рибосомы;

5) митохондрии.

***5. Для стадии компенсации острой горной болезни характерны следующие изменения***:

а) увеличение чсс; б) уменьшение чсс; в) гипервентиляция легких; г) гиповентиляция легких; д) эритроцитоз; е) увеличение продукции эритропоэтинов почками. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д, е;

2) б, г, д;

3) а, в, д;

4) а, в, д, е;

5) все ответы правильны.

***6. К механизмам компенсации при острой гипоксии относятся следующие изменения***: а) перераспределение крови; б) эритроцитоз; в) усиление гликолиза; г) увеличение вентиляции легких; д) увеличение МОС; е) понижение мембранного потенциала клеток. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г, д;

2) б, г, д;

3) а, в, д;

4) в, е;

5) все ответы правильны.

***7. К компенсаторным реакциям организма, возникающим в процессе развития гипотермии, относятся:*** а) спазм периферических сосудов; б) расширение периферических сосудов; в) снижение интенсивности обмена веществ; г) увеличение гликогенолиза в печени и мышцах; д) увеличение потоотделения; е) мышечная дрожь (озноб). Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, е;

2) б, г, д;

3) а, в, е;

4) а, в, г, е;

5) все ответы правильны.

***8. Основными признаками гипотермии в фазе декомпенсации являются***: а) угнетение бульбарных центров; б) расширение периферических сосудов; в) увеличение чсс; г) уменьшение чсс; д) увеличение чдд; е) снижение АД. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д, е;

2) б, г, д;

3) а, в, д;

4) а, б, г, е;

5) нет правильных ответов.

***9. Перечислите условия, способствующие перегреванию организма***: а) высокая влажность воздуха на фоне высокой температуры окружающей среды; б) увеличение потоотделения; в) уменьшение потоотделения; г) разобщение окисления и фосфорилирования; д) расширение периферических сосудов; е) сужение периферических сосудов. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, е;

2) б, г, д;

3) а, в, д;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***10. Перечислите условия, усиливающие патогенное действие электрического тока на организм***: а) сухая кожа; б) эмоциональная готовность к воздействию тока; в) влажная кожа; г) легкое алкогольное опьянение; д) переутомление; е) сильное алкогольное опьянение. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д;

2) б, г, д;

3) в, г, д;

4) в, д, е;

5) все ответы правильны.

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 3**

***1. К первичным радиотоксинам относятся следующие классы веществ: а***) гидроперекиси и пероксиды; б) кетоальдегиды; в) фенолы и полифенолы; г) липидные РТ; д) хиноны и семихиноны; е) белки и полипептиды. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д;

2) а, б, д;

3) а, б, в, г;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***2. Для латентного периода тяжелой формы лучевой болезни характерны***: а) неустойчивость артериального давления; б) кишечная аутоинтоксикация; в) изменения электроэнцефалограммы; г) нейтрофильный лейкоцитоз; д) тромбоцитопения; е) лейкопения. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д, е;

2) а, б, в, г, д;

3) а, в, д, е;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***3. Радиочувствительными являются следующие клетки, органы и ткани***: а) головной мозг (нервные клетки); б) костный мозг; в) костная ткань; г) мышечная ткань; д) ростковый слой кожи и слизистых оболочек; е) яичники и семенники. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д;

2) б, д, е;

3) а, б, в, г;

4) нет правильных ответов;

5) все ответы правильны.

***4. Какие из перечисленных веществ являются вторичными радиотоксинами?***

1) липоперекиси;

2) вода;

3) гидроксильный радикал;

4) супероксидный анион-радикал;

5) озон.

***5. В каких случаях повышается чувствительность органа (ткани) к ионизирующей радиации***: а) при гипоксии; б) при дефиците витамина Е; в) в процессе регенерации ткани; г) в присутствии цитостатических препаратов; д) при избытке супероксиддисмутазы; е) при избытке кислорода. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д;

2) а, б, д;

3) а, б, в, г;

4) б, в, е;

5) все ответы правильны.

***6. Радиорезистентными являются следующие клетки, органы и ткани***: а) кожа и слизистые оболочки; б) головной мозг (нервные клетки); в) лимфоциты; г) семенники; д) мышечная ткань; е) костная ткань. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г;

2) б, д, е;

3) а, в, д;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***7. Для 1 периода острой лучевой болезни у взрослого однократно тотально облученного в дозе 1-2 Гр, характерны следующие симптомы:*** а) тошнота; б) многократная рвота; в) однократная рвота; г) сухость во рту; д) лимфоцитоз; е) лимфоцитопения. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, е;

2) б, е;

3) а, в, г;

4) а, в, г, д;

5) все ответы правильны.

***8. Перечислите формы острой лучевой болезни, при которых наблюдается 100% летальный исход:*** а) церебральная; б) желудочно-кишечная; в) костно-мозговая; г) токсемическая. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г;

2) б, г;

3) а, б, г;

4) а, г;

5) все ответы правильны.

***10. Типичная костно-мозговая форма лучевой болезни возникает при однократном тотальном облучении в дозе:***

1) 0,2 Гр;

2) 0,4-0,6 Гр;

3) 0,8-1,0 Гр;

4) 1,2-1,4 Гр;

5) 10-20 Гр.

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 4**

***1. Сосуды какого диаметра относятся к микроциркуляторному руслу?***

1) 70-110 мкм

2) 90-160мкм

3) 20-50 мкм

4) 100-150 мкм

5) более 150 мкм

***2. Факторы, способствующие "включению" коллатерального кровообращения в зоне ишемии и вокруг нее:*** а) увеличение концентрации аденозина в ишемированной ткани; б) тахикардия; в) увеличение градиента давления крови в артериальных сосудах выше и ниже окклюзии артерии; г) ацидоз в зоне ишемии; д) К+-гипериония в зоне ишемии; е) гипокалиемия в зоне ишемии. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д;

2) а, б, д, е;

3) б, г, д, е;

4) б, в, г, д;

5) а, г, д, е.

***3. Последствия длительной венозной гиперемии:*** а) повышение оксигенации тканей; б) сдавление тканей отеком и атрофия их паренхиматозных элементов; в) склерозирование, цирроз органа; г) снижение функции органа и ткани. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) б, в, г;

3) а, в, г;

4) г;

5) в, г.

***4. Укажите признаки артериальной гиперемии:***

1) покраснение органа или ткани

2) повышение температуры поверхностно расположенных тканей или органов

3) выраженный отек органа

4) цианоз органа

5) правильно 1, 2

***5. Какие изменения могут возникать в зоне ишемии?*** а) некроз; б) ацидоз; в) ослабление функции; г) усиление функции; д) накопление Са2+ в гиалоплазме клеток; е) повышение содержание К+ в клетках. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, е;

2) в, г, д, е;

3) а, г, д, е;

4) а, б, в, д.

***6. Факторы, способствующие стазу:*** а) увеличение фильтрации альбуминов в окружающей ткани; б) непосредственное влияние на ткани высокой или низкой температуры; в) дилатация приносящих сосудов; г) повреждение тканей кислотами и щелочами; д) констрикция приносящих сосудов. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д;

2) а, б, г, д;

3) б, в, г, д;

4) а, б, в, д;

5) а, б, в, г.

***7. Назовите основные виды артериальной гиперемии по её происхождению:***

1) нейротоническая

2) обтурационная

3) компрессионная

4) миопаралитическая

***8. Какие изменения микроциркуляции характерны для ишемии?***

1) повышение артерио-венозной разницы давлений

2) понижение внутрисосудистого давления

3) повышение линейной скорости кр/тока

4) усилением окислительных процессов

5) разрастание соединительной ткани

***9. Какие из перечисленных факторов могут привести к развитию ишемии?***

1) усиление гликолиза

2) сдавление вен рубцующейся тканью

3) устранение гипоксии

4) нарушение целостности периферических нервов

5) атеросклеротические изменения сосудов сдавление артерии опухолью

***10. Какие биологически активные вещества могут вызвать ишемию?***

1) гистамин

2) катехоламины

3) ацетилхолин

4) брадикинин

5) адреналин

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 5**

***1. Чем обусловлена алая окраска органа при нарушении его кровообращения?***

1) увеличением содержания **Hb** в крови

2) уменьшением содержания **Hb** в крови

3) увеличением артерио-венозной разницы по **O2**

4) уменьшением объемной скорости кровотока

5) увеличением содержания восстановленного **Hb** в крови

***2. Артериальная гиперемия по нейротоническому механизму возникает вследствие:***

1) стимуляции H-холинорецепторов миоцитов стенок артериол

2) стимуляции А-адренорецепторов миоцитов стенок артериол

3) спонтанного снижения мышечного тонуса артериол

4) усиления парасимпатических влияний на стенки артериол

5) ослабления парасимпатических влияний на стенки артериол

***3. Укажите патогенетические факторы, вызывающие нейропаралитическчй тип артериальной гиперемии:***

1) повышение активности парасимпатической системы

2) блокада адренергической системы

3) активация гистаминергической системы

4) угнетение серотонинергической системы

***4. Повышение температуры органа или ткани в области артериальной гиперемии обусловлено:***

1) повышенным притоком артериальной крови

2) усилением окислительных процессов

3) увеличением числа функционирующих капилляров

4) верно все выше перечисленное

) усилением лимфообразования

***5. Можно ли назвать постишемическую гиперемию физиологической?***

1) да

2) нет

***6. Укажите признаки венозной гиперемии***

1) повышение тургора тканей

2) отек органа

3) понижение температуры внутренних органов

4) повышение температуры поверхностных тканей

5) покраснение органа или ткани

***7. Укажите последствия венозной гиперемии:***

1) разрастание соединительной ткани

2) усиление функции органа

3) усиление лимфотока из ткани

4) улучшение микроциркуляции в подлежащей ткани

5) увеличение артерио-венозной разницы давлений

***8. Какие изменения микроциркуляции характерны для венозной гиперемии?***

1) усиление функции органа

2) маятникообразный кровоток

3) усиление лимфотока из ткани

4) уменьшение функционирующих вен и капилляров

5) увеличение артерио-венозной разницы давлений

***9. Какие из перечисленных факторов могут привести к развитию венозной гиперемии***

1) перерезка периферических нервов

2) механическое раздражение органа

3) тромбоз вен при недостаточном коллатеральном оттоке крови

4) активация гистаминергической и серотонинергической систем

5) повышение тонуса сосудосуживающих нервов

***10. В каких органах функционально абсолютно недостаточны коллатерали?***

1) Сердечная мышца

2) Скелетные мышцы

3) Печень

4) Стенка желудка

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 6**

***1. Какие изменения микроциркуляции характерны для артериальной гиперемии?***

1) увеличение количества функционирующих капилляров

2) увеличение скорости кровотока в капиллярах

3) усиление лимфотока из ткани

4) усиление фильтрации жидкости из сосудов в ткань

5) все перечисленное верно

***2. Какие биологически активные вещества могут вызвать артериальную гиперемию?***

1) серотонин

2) катехоламины

3) гистамин

4) адреналин

5) тромбоксан А2

***3. Какие из перечисленных факторов могут привести к развитию артериальной гиперемии?***

1) перерезка периферических нервов

2) ослабления парасимпатических влияний на стенки артериол

3) сдавление вен разросшейся опухолью

4) закрытие просвета артерии тромбом

5) спонтанного снижения мышечного тонуса артериол

***4. Каковы возможные ранние последствия реперфузии ткани миокарда после кратковременной (до 10 мин) ишемии?***

1) восстановление интенсивности тканевого дыхания в митохондриях

2) усиление гликолиза

3) очаговый некроз

4) повышение артерио-венозной разницы давлений

5) стабилизация мембран клеток

***5. Какие изменения могут возникать в зоне ишемии?***

1) некроз

2) алкалоз

3) функции органа не меняется

4) усиление функции

5) содержания K+ в клетках повышение содержания Na+ в клетках

***6. Какие факторы определяют нарушения реологических свойств крови в микрососудах?***

1) уменьшение жесткости мембраны эритроцитов

2) увеличение деформируемости эритроцитов

3) усиление агрегации эритроцитов с образованием сетчатой суспензии

4) слипание эритроцитов и образование "монетных столбиков"

5) изменение структуры потока крови в капиллярах

***7. Укажите факторы, способствующие стазу:***

1) увеличение фильтрации альбуминов в окружающие ткани

2) непосредственное влияние на ткани высокой или низкой температуры

3) констрикция приводящих артерий

4) повреждение тканей кислотами или щелочами

5) верно все

***8. Повышение температуры органа или ткани в области артериальной гиперемии обусловлено:***

1) повышенным притоком артериальной крови

2) усилением окислительных процессов

3) увеличением числа функционирующих капилляров

4) верно все выше перечисленное

5) усилением лимфообразования

***9. Можно ли назвать постишемическую гиперемию физиологической?***

1) да

2) нет

***10. Укажите признаки венозной гиперемии***

1) повышение тургора тканей

2) отек органа

3) понижение температуры внутренних органов

4) повышение температуры поверхностных тканей

5) покраснение органа или ткани

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 7**

***1. Воспаление рассматривается как адаптивная реакция организма, потому что:***

а) отграничивает место повреждения, препятствуя распространению флогогенного фактора и продуктов альтерации в организме

б) инактивирует флогогенный агент и продукты альтерации тканей

в) способствует восстановлению или замещению повреждённых тканевых структур

г) мобилизует специфические и неспецифические факторы защиты организма

д) верно все перечисленное

***2. Укажите возможные причины нарушения фагоцитоза на стадии внутриклеточного переваривания:***

а) усиленная активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

б) недостаточность пиноцитоза

в) усиленное образование активных форм кислорода в фагоцитозе

г) недостаточная активность ферментов лизосом

д) активация синтеза глюкуронидазы

***3. Какие признаки могут свидетельствовать о наличии воспалительного процесса в организме?***

а) лекоцитоз

б) тромбоз

в) а;г;д;

г) лихорадка

д) увеличение СОЭ

***4. Медиаторами воспаления, образующимися из фосфолипидов клеточных мембран, являются:***

а) простагландины; б) лейкотриены; в) ФАТ; г) брадикинин. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***5. Какие из перечисленных веществ обладают свойствами эндогенных пирогенов?*** а) ИЛ-1; б) ИЛ-6; в) ИЛ-2; г) ИЛ-4. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, б;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***6. Острый воспалительный ответ характеризуется:*** а) образованием воспалительных гранулем; б) увеличением проницаемости микроциркуляторных сосудов; в) накоплением в очаге воспаления гигантских многоядерных клеток; г) накоплением в очаге воспаления нейтрофилов. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***7. Активированные компоненты комплемента:*** а) осуществляют лизис чужеродных клеток; б) выполняют роль хемоаттрактантов для нейтрофилов и моноцитов; в) выполняют роль опсонинов; г) вызывают дегрануляцию тучных клеток. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***8. Вещества, обладающие свойствами хемоаттрактантов для нейтрофилов:***

а) липополисахариды бактерий; б) лейкотриен В4; в) интерлейкин-8; г) фрагмент комплемента С5А; д) ФАТ. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в, д;

3) б, г;

4) г, д;

5) все ответы.

***9. К "клеткам хронического воспаления" относятся:*** а) эпителиоидные клетки; б) тучные клетки; в) макрофаги; г) нейтрофилы. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***10. Какие из указанных клеток служат источником медиаторов воспаления***?

а) базофилы; б) тромбоциты; в) эозинофилы; г) эндотелиальные клетки. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №1**

**ВАРИАНТ 8**

***1. Какие из перечисленных веществ обладают свойствами опсонинов:***

а) иммуноглобулины класса G; б) иммуноглобулины класса Е; в) фрагмент С3b комплемента; г) простагландин Е2. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***2. Проявления, характерные для ответа острой фазы:*** а) лихорадка; б) увеличение продукции кортизола надпочечниками; в) гипоальбуминемия; г) положительный азотистый баланс. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***3. Концентрация каких белков повышается в крови при ответе острой фазы?***

а) С-реактивного белка; б) 1-антитрипсина; в) фибриногена; г) сывороточного амилоида А. Укажите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) а, в;

3) б, г;

4) г;

5) все ответы.

***4. Медиаторами ранней фазы воспаления (первичными медиаторами) являются:***

а) гистамин;

б) серотонин;

в) простагландины

г) кинины;

д) все перечисленное верно

***5. Воспаление характеризуют:***

а) изменение микроциркуляции в очаге воспаления;

б) повышение сосудистой проницаемости;

в) миграция лейкоцитов в зону повреждения;

г) транссудация;

д) все выше перечисленное верно

***6. Какие факторы способствуют развитию отёка в очаге воспаления?***

а) повышение онкотического давления плазмы крови

б) постепенное снижение онкотического давления межклеточной жидкости

в) резкое снижение онкотического давления межклеточной жидкости

г) повышение проницаемости сосудистой стенки

д) снижение осмотического давления межклеточной жидкости

***7. Укажите факторы, обусловливающие боль при воспалении:***

а) простагландины группы Е

б) гистамин

в) лихорадка

г) повышение адреналина

е) повышение температуры ткани

***8. Основные различия транссудата и гнойного экссудата при воспалении заключаются в том, что последний содержит:***

а) большое количество клеток крови (лейкоцитов и др.)

б) большое количество разрушенных и повреждённых тканевых элементов

в) небольшое количество белка

г) большое количество белка

д) правильно а;б;г

***9. Для участка острого воспаления характерны следующие физико-химические изменения:***

а) гиперонкия

б) гипероксия

в) гипосомия

г) алкалоз

д) гипоонки

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

Больная К., 45 лет, жалуется на периодическую сухость во рту, жжение в полости рта, боль при приеме пищи, чувство жжения и рези в глазах. После стресса отмечает неоднократное увеличение околоушных слюнных желез, постепенное снижение слюноотделения, сухость во рту усиливалась при волнении, разговоре, требовала дополнительного приема жидкостиво врёмя еды. Затем появилась боль при приеме пищи, чувство жжения языка, покраснение, трещина на языке, жжение и резь в глазах. Больная отмечает значительное снижение веса, появление сухости и шелушения кожи, сухости и ломкости волос. У матери – СКВ. Обратилась к стоматологу по поводу множественного кариеса зубов.

Объективно: больная гипотрофична, лимфатические узлы пальпируются, безболезненные, выявлено опухолевидное увеличение околоушных слюнных жёлез. Наблюдается сухость и ломкость волос на волосистой части головы. Кожа лица, красная кайма губ сухие, тонкие. Язык увеличен в размерах, отпечатки зубов на боковой поверхности языка. Спинка языка ярко-красного цвета, рельеф сглажен. При массировании околоушных слюнных желез слюна не выделяется. Лабораторных данные: Hb-100г/л, эритроциты 3,5х1012/л, лейкоциты-4х109/л., СОЭ-20 мм/ч. IgG – 21 г/л (5,65-17,65). Обнаружены антитела к выводным протокам слюнных желез.   
Сиалография: В паренхиме слюнной железы отмечается сужение мелких протоков, облитерация, расширения выводных протоков.

1. Развитие какого патологического процесса можно предполагать в данном случае?
2. Каковы возможные причины и механизмы развития данного патологического состояния?
3. Перечислите признаки ксеростомии;
4. Укажите порог ощущения сухости в полости рта;
5. Укажите стадии и степени в развитии ксеростомии.

Задача №2.

У новорожденного отмечено обильное слюнотечение (до 1 литра в сутки).

1. Для какого заболевания это характерно. Чем оно характеризуется?

2. Какие еще синдромы, характеризующиеся обильным слюнотечением, Вы знаете?

3. Назовите причины вторичных сиалорей.

4. Каков механизм концентрационной функции слюнных желез?

5. Какую роль играет ионизированный кальций слюны?

Задача №3.

Больной Р., 50 лет, поступил в клинику с жалобами на боль и припухлость в области околоушной железы (ОУСЖ). Первые признаки заболевания появились 2 года назад, когда после приема кислой пищи эти железы увеличились. Отмеченные явления самостоятельно стихли, и железа не беспокоила 2 года. Три дня назад во время еды вновь увеличилась левая ОУСЖ, появилась нарастающая боль.

При внешнем осмотре: левая ОУСЖ увеличена. Кожа над ней гиперемирована, в складку собирается с трудом. Железа при пальпации плотная и резко болезненная. Региональные лимфатические узлы немного увеличены. Рот открывается на 3 см. В полости рта: из околоушного прокока слева выделяется слюна с гноем. При бимануальной пальпации определяется уплотнение железы.

1. Поставьте предварительный диагноз;
2. Укажите факторы, способствующие возникновению слюннокаменной болезни;
3. Каков патофизиологический механизм развития данной патологии?
4. Перечислите клинические периоды данного заболевания.

Задача №4.

Ребенку 8 лет, обратились с жалобами на болезненное припухание околоушных слюнных желез, сопровождающееся повышением температуры тела до 38°С, недомоганием. При осмотре обнаружено выделение из протоков мутной слюны с гнойными пробками, устья протоков зияют, слизистая оболочка около устьев гиперемирована. Больной имел контакт с ребенком больным вирусным паротитом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы предраспологают к развитию острых форм данной патологии?
3. Какие еще этиологические факторы развития данной патологии Вы знаете?
4. Перечислите пути внедрения инфекции в слюнные железы.

Задача №5.

Больной Ж., 72 лет, предъявляет жалобы на постоянную жажду и сухость во рту. Из анамнеза – у пациента сахарный диабет 1 типа.

1. Каков механизм развития ксеростомии при сахарном диабете?
2. При каких еще эндокринопатиях снижается саливация?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Каков патофизиологический механизм развития сахарного диабета?
5. Какие осложнения при сахарном диабете могут возникнуть в полости рта?

Задача №6.

Больной И., 36 лет, более года страдает воспалением слизистых оболочек гайморовых пазух, за последние две недели ухудшилось общее состояние: температура тела колебалась в пределах 37,5 – 38,5 градусов С, усилились головные боли, дыхание через нос стало затрудненным. Слизистая оболочка носовых ходов резко гиперемирована и отечна. Со стороны крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

1. Какой патологический процесс имеет место у больного? Этиология.
2. Перечислите местные признаки воспаления у данного больного, их патогенез.
3. Какие признаки общего характера свидетельствуют о развитии воспаления?
4. Механизмы развития воспаления – медиаторы клеточные и плазменные, лейкоцитарные, производные полиненасыщенных жирных кислот. Их характеристика.
5. Виды воспаления.

Задача №7.

У больного через два дня после травматического удаления 6 зуба верхней челюсти справа температура тела в подмышечной впадине повысилась от 36,6°С до 39,9°С.

Объективно: у больного выраженная дрожь. Кожные покровы бледные, сухие и холодные на ощупь. Открывание рта болезненно. Состояние больного не удовлетворительное.

1. Каков патогенез повышения температуры тела у больного?
2. Что понимается под термином «установочная точка».
3. Какая стадия развития лихорадочной реакции у данного больного?
4. Каким образом поддерживается температурный гомеостаз у здорового человека?
5. Как меняются процессы теплообразования и теплоотдачи в разные периоды лихорадки?

Задача №8.

Больной Г., 16 лет, обратился к стоматологу с жалобами отечность и боль в области 5 и 6 зубов снизу слева.При осмотре: неглубокая кариозная полость в шестом зубе снизу слева, отек десны, боль при надавливании на зуб, при­пухлость окружающих тканей, увеличение регионарных лимфоузлов. Клинический диагноз: хронический периодонтит.

1. Какой типовой патологический процесс выявлен у данного пациента?

2. Укажите основные причины хронизации процесса воспаления и причины возникновения хронического процесса в зубо-челюстной области?

3. От чего зависит интенсивность альтеративных явлений при развитии воспаления в полости рта?

Задача №9.

Больной П., 15 лет находится на стационарном лечении в клинической больнице по поводу острого лимфаденита правой подчелюстной области, возникшего после острого переохлаждения. В анамнезе у больного хронический тонзиллит, рекомендовано оперативное лечение. Состояние больного неудовлетворительное. Голова наклонена вправо. Справа в подчелюстной области пальпируется плотный инфильтрат, болезненный при пальпации. Температура тела в подмышечной впадине - 38,3ºС. Комплимент С-3 плазмы крови - 2,3 г/л (норма 1,3-1,7 г/л), НСТ - тест 40% (норма 15%), (тест восстановления тетразоля нитросинего отражает степень активации кислородзависимых механизмов бактерицидной активности фагоцитирующих клеток). С - реактивный белок в плазме крови (++), СОЭ - 35 мм/час.

1. Какому патологическому процессу присущи выявленные изменения?
2. Какие симптомы общих реакций организма на воспаление вы выявили при анализе истории болезни?

3. Какие местные симптомы воспалительной реакции приведены в задаче?

4. Какие исходы воспалительной реакции вы знаете?

5. Приведите пример общего анализа крови:

а) при остром воспалении;

б) хроническом.

Задача №10.

Больной Б., 46 лет, поступил в стоматологическое отделение клинической больницы с жалобами на лихорадку (температура до 39ס С), пульсирующую боль в подчелюстной области справа. Заболевание началось после резкого переохлаждения четыре дня назад. Объективно – в подчелюстной области справа инфильтрат красно-синюшного цвета с участком размягчения по центру. При неотложной помощи произведено вскрытие абсцесса. При лабораторном исследовании в экссудате обнаружено высокое содержание нейтрофильных лейкоцитов. В гемограмме выявлены: ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ. В плазме крови выявлены «белки острой фазы».

1. Для какого воспаления, острого или хронического, более типична указанная ситуация?
2. Что понимается под термином «белки острой фазы» при воспалении?
3. О каких изменениях в организме свидетельствует нахождение «белков острой фазы» в крови и динамика их изменения в разных стадиях заболевания, значение для прогноза.
4. Механизм ускорения СОЭ при воспалении.
5. Причины возникновения хронического процесса в зубо – челюстной области.

**ЧАСТНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ (ТК) №2**

**Тема: ИММУНОПАТОЛОГИЯ. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ КЛЕТКИ. ОПУХОЛИ ЧЛО. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ.**

**Форма контроля**

**1.Тестовые задания**

**2. Ситуационные задачи**

**3 курс, V семестр**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

У ребенка с гемолитической анемией обнаружена склонность к частым инфекционным заболеваниям, отмечается задержка умственного развития. При комплексном обследовании обнаружен наследственный дефект гена, кодирующего глутатион-синтетазу. При стоматологическом обследовании было выявлено: слизистая полость рта гиперемирована с мелкоотечными кровоизлияниями, отмечаются единичные язвенно-некротические очаги, десны отечны, при контакте кровоточат.

1. Механизмы клеточной гибели при дефиците глутатион-синтетазы.
2. Объясните патогенетическую связь между недостаточностью глутатион-синтетазы и обнаруженными клиническими симптомами в полости рта.
3. Перечислите типовые механизмы повреждения клетки.
4. Предложите патогенетическую коррекцию выявленных нарушений в полости рта.

Задача №2.

Больная П., 58 лет, после перенесенной психотравмы почувствовала жжение и боли в слизистой оболочки нижней челюсти в области протезного ложа съемного пластмассового протеза. Больная обратилась к стоматологу с жалобами о невозможности пользования съемным протезом. Был поставлен диагноз «Непереносимость съемного пластмассового протеза».

1. Наиболее часты причины непереносимости пластмассовых зубных протезов.
2. Какие заболевания внутренних органов могут вызвать непереносимость зубных протезов и почему?
3. Профилактика непереносимости пластмассовых зубных протезов.
4. Принципы диагностики непереносимости пластмассовых зубных протезов.

Задача №3.

Женщина А. 32 лет, поступила в стоматологическое отделение с жалобами на покраснение, образование пузырей и болезненных язв на слизистой оболочке полости рта, жжение и зуд во рту, затруднения при приеме пищи из-за резкой боли, повышение температуры тела до 38,7סС. Данные проявления больная А. связывает с употреблением эликсира для полоскания полости рта. Объективно: слизистая оболочка полости рта резко гиперемирована со множественными язвенными дефектами, имеет место кровоточивость слизистой полости рта, увеличение подчелюстных лимфотических узлов, их болезненность при пальпации, лихорадка. Больной А. поставлен диагноз аллергический стоматит афтозного типа.

1. Какие изменения в иммунограмме будут характерны для больной с афтозным стоматитом?
2. Перечислите основные принципы лечения и профилактики данного заболевания.
3. Перечислите принципы иммунокоррекции.

Задача №4.

Мальчик 11 лет. В анамнезе рецидивирующие гнойные инфекции, геморрагический синдром (тромбоцитопеническая пурпура), хроническая экзема.

ОАК и иммунограмма:

Эритроциты 1,5х1012/л (4,5-5,5х1012/л); лейкоциты 3х109/л (4-8х109/л); тромбоциты 130х109/л (250-400х109/л); лимфоциты 12% (19-37%); Т-лимфоциты 40% (40-67%); В-лимфоциты 18% (15-37%); Th/Ts 1,3 (1,1-2,2); IgG 13,43 г/л (7,5-15,4г/л) ; IgA 3,6 г/л (1,25-2,5 г/л); IgM 0,2 г/л (0,65-1,65 г/л0; IgE 600 нг/мл (87-350 нг/мл).

1. К каким типовым нарушениям иммуногенной реактивности относится патология, развившаяся у больного?
2. Проанализируйте данные иммунограммы и ОАК у больного.
3. Обоснуйте принципы патогенетической терапии.

Задача №5.

Больная А, 25 лет, предъявляет жалобы на резкое снижение веса, учащение стула, лихорадку. При осмотре больная пониженного питания, при пальпации определяется значительное увеличение подчелюстных, подмышечных и паховых лимфоузлов. На слизистой оболочке рта наблюдается белый налет. В иммунограмме определяется соотношение Т-хелперы: Т-супрессоры - 1:10, резкое снижение CD4+клеток. Из анамнеза известно, что больной 12 месяцев назад была перелита кровь.

1. Назовите типовое нарушение иммуногенной реактивности, которое имеет место у больной? Ответ обоснуйте.
2. Дайте краткую характеристику возбудителю СПИДа.
3. Объясните механизм развития заболевания у данной больной?

Задача №6.

Больная Т., 54 года, находится на стационарном лечении в стоматологическом отделении по поводу острого гнойного периодонтита. На второй недели лечения больная предъявила жалобы на боль, зуд, припухлость на коже ягодиц в местах предыдущих инъекций. Клинический анализ крови: лейкоциты – 9\*10 9/л (N 4-9\*109/л), лимфоциты – 48% (N 19-37%). Иммунограмма: Ig M – 2г/л (N 0,5-2,3), Ig G – 28г/л (N 8,0-16,6), циркулирующие иммунные комплексы – 170 усл.ед. (N 70-100).

1. Предполагаемая патология? К какому типу реакций по классификации Джелла и Кумбса относится данная патология?
2. Патогенез развития аллергических реакций данного типа.
3. Перечислите медиаторы, действующие при данном виде гиперчувствительности, какие эффекты они реализуют?
4. Охарактеризуйте механизм развития аллергической реакции у данного больного.

Задача №7.

Больная, Д., 18 лет, обратилась к врачу-стоматологу по поводу нестерпимого зуда в области углов рта, покраснение и растрескивание в области красной каймы губ, отделяемое на губах слизистого характера.

Объективно – губы отечные, ярко-красного цвета, с множественными трещинками в области красной каймы. Клинический анализ крови: лейкоциты – 6\*109/л (N 4-9\*109\л), лимфоциты – 48% (N 19-37%). Показатели иммунограммы: Ig E – 480 нг/мл (N 50-150), Ig A – 0,3г/л (N 1,4-4,2 г/л).

Аппликационная проба на слизистой губы с предполагаемым антигеном (контурный карандаш для губ) резко положительна.

1. Предполагаемая патология? К какому типу аллергических реакций по классификации Джелла и Кумбса можно отнести данную реакцию?
2. Патогенез развития данной аллергической реакции.
3. Какие БАВ принимают участие в развитии данной аллергической реакции, какие эффекты они реализуют?

Задача №8.

Больная К., 55 лет, обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на повышенную раздражительность, бессонницу, ощущение вкуса металла во рту, жжение, пощипывание в полости рта, извращение вкуса пищи. Данные симптомы появились после протезирования 2 месяца назад полости рта металлическим зубным протезом. Состояние больной не удовлетворительное. Объективно – на участках слизистой оболочки полости рта, контактирующей с зубными протезами – гиперемия, отек слизистой, афты.

1. Как Вы обозначите развившейся у больной патологический симптомокомплекс?
2. Выделите основные виды патологического воздействия металлических включений в полости рта на окружающие ткани и организм в целом.
3. Дайте характеристику аллергической составляющей воздействия металлического зубного процесса на ткани полости рта и организм в целом.
4. Профилактика и лечение аллергической непереносимости металлических протезов.

Задача №9.

Больная А., 30 лет, обратился с жалобами на зуд и покраснение глаз, слезотечение, выделение большого количества жидкой слизи из полости носа. Из анамнеза: аналогичные явления у больного отмечались весной на протяжении нескольких последних лет.

При обследовании выявлен конъюнктивит и ринит. При аллергологическом обследовании обнаружены антитела к пыльце тополя.

1. Какое заболевание развилось у больной и к какому типу по классификации Джелла и Кумбса относится данная патология?
2. Назовите стадии развития данной патологии и объясните механизмы развития каждой стадии?
3. Охарактеризуйте принципы терапии и профилактики данной патологии?

Задача №10.

Больной поступил в приемный покой клинической больницы с жалобами на затрудненное дыхание, причем более затруднен выдох. Положение больного вынужденное, дыхание учащенное, поверхностное, ЧДД 26 в 1мин, Р 90 уд/мин, АД 140/90 мм.рт.ст.

При исследовании эффективности внешнего дыхания выявлено снижение оксигенации крови – насыщение артериальной крови составило 86% (норма до 98%). Индекс Тиффно (ОФВ 1с/ЖЕЛ 65% (норма не менее 80%). Показатель вентиляционно-перфузионных отношений ( V/Q ) 0,7 ( норма 0,8-1,0).

Иммунограмма: лейкоциты – 6\*109 / л (N – 4-6\*109 / л), лимфоциты – 55% ( N 18-38%), Т-лимфоциты 72% (N 35-70%) , Т-хелперы 54% ( N 35-50%), Т-супрессоры – 12% (N 13-35%) , Т-хелперы/Т-супрессоры – 4,5 (N 1,2 – 2,5), В-лимфоциты – 28% (N 11-16%), Ig M – 1 г/л (N 0,55-2,3), Ig C – 3 г/л (N 8,0 – 16,6), Ig А – 0,1 г/л (N 1,4 – 4,2), Ig Е – 500 нг/мл (N 30 – 50).

1. Предполагаемая патология, патогенез?
2. Какой тип расстройства дыхания наблюдается у данного больного? Каким методом исследования это можно подтвердить?
3. Оцените иммунограмму больного, к какому типу по классификации Джелла и Кумбса относится данная патология?
4. Какие местные проявления возможны при данной патологии?
5. Какими биологически активными веществами обусловлены проявления у больного, расскажите о каждом из них.

Задача № 11.

Пациентка Е, 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на множественное кариозное поражение зубов. Объективно: больная гиперстенического телосложения, рост 160 см, масса тела 90 кг.

1. Какое состояние развилось у пациентки?
2. Что является наиболее вероятным фактором риска в развитии у пациентки кариеса?
3. Каково ключевое звено патогенеза кариеса у пациентки Е.?

Задача №12.

Больной К., 40 лет, имеющий в анамнезе гепатит В (страдает им с 20 лет), в последние несколько месяцев отмечает у себя кровоточивость дёсен, расшатывание зубов, медленно заживающие трещины в полости рта и на губах.

1. Предположите состояние, развившееся у пациента.
2. Каково главное звено патогенеза этого состояния?
3. Объясните механизм данных симптомов.
4. Какие данные лабораторного исследования подтвердят Ваше предположение?

Задача №13.

На приёме у стоматолога И., 50 лет, предъявляет следующие жалобы: сухость во рту, покраснение и отёчность его слизистой, боль при жевании и глотании, неприятный запах изо рта. Из дополнительного расспроса выяснилось, что пациент испытывает постоянные голод и жажду, сопровождающуюся обильным мочеиспусканием.

1. Какую форму патологии можно предположить у пациента?
2. Объясните патогенез указанных симптомов.
3. К специалисту какого профиля нужно направить пациента И.?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения данной патологии?

Задача №14.

Ребёнок, 8 лет, страдает болезнью Гирке (дефект фермента глюкозо-6-фосфатазы). При стоматологическом осмотре были выявлены следующие симптомы: сухость во рту, неприятный запах изо рта, расшатывание и кариозное поражение зубов.

1. Каково главное звено патогенеза данной патологии?

2. Объясните патогенез стоматологической симптоматики у ребёнка.

3. Какие ещё изменения со стороны полости рта можно обнаружить у данного пациента?

Задача №15

У больного СПИДом с признаками кахексии обнаружены следующие симптомы: в периоральной области – множественные гнойнички, в полости рта – эрозии и язвы с кровоточащей поверхностью, зубы поражены кариесом.

1. Каково главное звено патогенеза стоматологических проявлений у больного?
2. Объясните патогенез указанных симптомов.
3. Назовите порочный круг в развитии данной патологии.

Задача №16.

Больная К., 26 лет, на приёме у стоматолога жалуется на резкую сухость во рту, боль и кровоточивость дёсен, кариозное поражение зубов, трещины красной каймы губ. Из опроса врача выяснилось, что у пациентки частое и обильное мочеиспускание (около 5 литров в сутки). Появление данных симптомов К. связывает с недавно произошедшим с её участием ДТП.

1. Назовите типовую форму патологии, развившуюся у пациентки.

2. Каков центральный патогенетический фактор данной формы патологии?

3. Объясните механизм указанных симптомов.

Задача №17

Больному Т., 30 лет, провели хирургическую операцию по поводу гиперфункции щитовидной железы. После этого он стал предъявлять жалобы на сухость во рту, увеличение языка с образованием на нём налёта, расшатывание зубов, их множественное кариозное поражение. Из дополнительных симптомов отмечается сухость кожи, ломкость волос и ногтей.

1. Какое патологическое состояние развилось у больного?
2. Каково главное звено патогенеза данного состояния?
3. Каковы механизмы указанных симптомов?
4. Каковы основные принципы терапии данной патологии?

Задача №18.

На профосмотре врача-стоматолога у пациентки Л., 60 лет, выявлено множественное кариозное поражение зубов. Л. сообщила, что с 53 лет страдает остеопорозом.

1. Каков наиболее вероятный фактор стоматологических нарушений у больной?

2. Каково главное звено патогенеза этого нарушения?

Задача №19.

Больной О., 50 лет, страдает хроническим заболеванием кишечника, которое сопровождается диареей. Последние несколько лет отмечает у себя следующую стоматологическую симптоматику: язвы и трещины в полости рта, кровоточивость дёсен, кариозное поражение зубов.

1. Какое состояние развилось у пациента?

2. В чём заключается главное звено патогенеза этого состояния?

3. Объясните патогенез указанных симптомов.

4. Каковы принципы коррекции данной патологии?

Задача №20

Пациентка У., 57 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на болезненные высыпания белого цвета в полости рта, покраснение и отёчность его слизистой, болезненность при приёме пищи. При осмотре выявлено также кариозное поражение зубов. Из анамнеза известно, что У. страдает сахарным диабетом.

1. Какое состояние развилось у пациентки У.?

2. Укажите главное звено патогенеза этого состояния.

3. Каковы принципы коррекции стоматологических проявлений у больной?

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №2** Вариант 1

***1. Укажите клетки, ткани и органы организма, содержащие аутоантигены:***

1. Щитовидная железа
2. Эритроциты
3. Хрусталик глаза
4. Клетки надкостницы

***2. Аутоиммунные болезни могут быть вызваны:***

1. Расстройствами иммунной системы с появлением антител к антигенам собственных нормальных клеток
2. Развитием состояния толерантности
3. Денатурацией белков собственных клеток и тканей
4. Действием вируса гриппа на организм

***3. Вторичные иммунодефициты могут возникать при:***

1. Нефротическом синдроме, обширных ожогах, некоторых формах энтероколитов
2. Некоторых лечебных воздействиях: рентгеновском облучении, кортикостероидной терапии, тимэктомии
3. Дыхательной недостаточности
4. Уремии

***4. Выделяют следующие механизмы развития иммунологической толерантности (укажите правильные ответы):***

1. Изоляционный (изоляция антигена от клеток иммунной системы)
2. Макрофагальный (нарушение процесса передачи информации от макрофагов лимфоцитам)
3. Хелперный (гиперактивация иммунокомпетентных клеток-хелперов)
4. Тромбоцитопенический

***5. Укажите первичные иммунодефициты:***

1. Синдром 'ленивых'лейкоцитов и моноцитопения(синдром Чедиака-Хигаси)
2. Гемолитическая анемия
3. Отсутствие стволовых кроветворных клеток
4. Гиперплазия тимуса

***6. Иммунодефициты могут иметь в своей основе недостаточность следующих 'факторов' и/или процессов:***

1. Антителообразования
2. Лизоцима
3. Фагоцитоза
4. Эритропоэтина

***7. Какие иммунокомпетентные клетки являются основной мишенью вируса ВИЧ?***

1. В-лимфоциты
2. Т-лимфоциты киллеры
3. Т-лимфоциты хелперы
4. Т-лимфоциты супрессоры

***8. Верно ли утверждение, что патогенетическая сущность 'реакции трансплантат против хозяина' заключается в том, что пересаженные лимфоциты приживаются в организме реципиента и повреждают клетки реципиента?***

1. Да
2. Нет

***9. Какие из патологических процессов относят к типовым формам нарушения иммунитета?***

1. Гипотрофия тимуса
2. Лимфоаденопатия
3. Иммунодефицитные состояния
4. Патологическая толерантность

***10. В чем одно из важных отличий клеток А-субсистемы иммунитета от других клеток, обладающих фагоцитарной активностью?***

1. Не способны к завершенному фагоцитозу
2. Обладают более высокой фагоцитарной активностью
3. Обладают фагоцитарной активностью только в кооперации с Т- и В-лимфоцитами
4. Способны передавать информацию о чужеродном антигене Т- и В-лимфоцитам

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №2**  Вариант 2

***1. Укажите клетки, ткани и органы организма, содержащие аутоантигены:***

1. Нервные клетки
2. Сперматозоиды
3. Клетки капсулы почек
4. Клетки миокарда

***2. Аутоиммунные болезни могут быть вызваны:***

1. Образованием антител к белкам клеток и органов изолированным в онтогенезе от иммунной системы
2. Образованием антител, перекрестно реагирующих с чужеродными белками
3. Действием биогенных аминов, освобожденных тучными клетками
4. При повышении температуры тела

***3. Вторичные иммунодефициты могут возникать при:***

1. Вирусных,бактериальных, грибковых, протозойных инфекциях и гельминтозах
2. Злокачественных опухолях
3. Кессонной болезни
4. Газовой эмболии

***4. Выделяют следующие механизмы развития иммунологической толерантности (укажите правильные ответы):***

1. Клональный (гибель или удаление клона лимфоцитов под влиянием избытка антигена плода)
2. Супрессорный (гиперактивация иммунокомпетентных клеток-супрессоров)
3. Тромбоцитозный
4. Гипериммунный (уничтожение чужеродного антигена иммуноглобулинами и Т-лимфоцитами)

***5. Укажите первичные иммунодефициты:***

1. Фенилкетонурия
2. Агаммаглобулинемия (синдром Брутона)
3. Гипогаммаглобулинемия вследствие блока трансформации В-лимфоцитов в плазматические клетки
4. Синдром приобретенного иммунодефицита в детском возрасте

***6. Иммунодефициты могут иметь в своей основе недостаточность следующих 'факторов' и/или процессов:***

1. Т-лимфоцитов
2. Эритропоэтина
3. Системы комплимента
4. Лизоцима

***7. Какие иммунокомпетентные клетки являются основной мишенью вируса ВИЧ?***

1. В-лимфоциты
2. Т-лимфоциты киллеры
3. Т-лимфоциты хелперы
4. Т-лимфоциты супрессоры

***8. Верно ли утверждение, что патогенетическая сущность 'реакции трансплантат против хозяина' заключается в том, что пересаженные лимфоциты приживаются в организме реципиента и повреждают клетки реципиента?***

1. Да
2. Нет

***9. Какие из патологических процессов относят к типовым формам нарушения иммунитета?***

1. Патологическая толерантность
2. Лимфолейкоз
3. Гипертрофия надпочечников
4. Реакция 'трансплантат против хозяина'

***10. В чем одно из важных отличий клеток А-субсистемы иммунитета от других клеток, обладающих фагоцитарной активностью?***

1. Не способны к завершенному фагоцитозу
2. Обладают более высокой фагоцитарной активностью
3. Обладают фагоцитарной активностью только в кооперации с Т- и В-лимфоцитами
4. Способны передавать информацию о чужеродном антигене Т- и В-лимфоцитам

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ №2** Вариант 5

***1. Укажите свойства иммуноглобулинов класса Е:***

1. Термолабильны
2. Термостабильны
3. Способны проникать на поверхность кожи и слизистых
4. Способны фиксироваться на поверхности тучных клеток

***2. Какие клетки пересаженной ткани обеспечивают развитие реакции `трансплантат против хозяина`?***

1. Стромальные
2. Клетки крови, содержащиеся в пересаженном органе
3. Клетки иммунной системы, содержащиеся в ткани
4. Клетки, содержащие гены главного комплекса гистосовместимости

***3. Для врожденной агаммоглобулинемии Брутона характерны следующие признаки:***

1. Встречается только у мальчиков
2. Больные подвежены вирусной инфекции
3. Количество плазматических клеток в организме значительно снижено
4. Содержание IgG в периферической крови не отличается от нормы, а IgA и IgM - незначительно снижено

***4. Какая форма иммунопатологии имеется при:***

- повышении содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови,

- активации пролиферации лейкоцитов в лимфатических узлах,

- обнаружении в сыворотке крови высокого титра антител, реагирующих с антигенами организма?

1. Анафилаксия
2. Состояние иммунной аутоагрессии
3. Иммунодефицитное состояние
4. Гиперчувствительность замедленного типа

***5. Какие аллотрансплантанты можно пересаживать без предварительной иммунодепресии?***

1. Роговицу глаза
2. Почки
3. Костный мозг
4. Хрящ

***6. К иммунодефицитным состояниям с преимущественным поражением клеточного звена иммунитета относятся:***

1. Синдром Ди Джорджи
2. Синдром Чедиака-Хигаси
3. Синдром Вискота-Олдрича
4. Синдром Луи-Бар

***7. Для синдрома Ди Джорджи характерны следующие признаки:***

1. Врожденный характер патологии
2. Генетический характер патологии
3. Недоразвитие тимуса
4. Отсутствие гуморальных антител

***8. Снижение эффективности фагоцитоза наблюдается в условиях:***

1. Лейкопении
2. Активации симпатоадреналовой системы
3. Активации системы комплемента
4. Дефицита опсонина

**ОБЩАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЧЛО**

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ (РК) №1**

**Тема: Общая нозология. БВФВС. Иммунопатология. Аллергия В стоматологии. Патология клетки. Опухоли ЧЛО. Патофизиология обмена веществ.**

**Форма контроля**

**1.Тестовые задания**

**2. Устный опрос по билетам.**

**3. Ситуационные задачи**

**3 курс, V семестр**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_1\_ (РК1)**

Больная К., 45 лет, жалуется на периодическую сухость во рту, жжение в полости рта, боль при приеме пищи, чувство жжения и рези в глазах. После стресса отмечает неоднократное увеличение околоушных слюнных желез, постепенное снижение слюноотделения, сухость во рту усиливалась при волнении, разговоре, требовала дополнительного приема жидкостиво врёмя еды. Затем появилась боль при приеме пищи, чувство жжения языка, покраснение, трещина на языке, жжение и резь в глазах. Больная отмечает значительное снижение веса, появление сухости и шелушения кожи, сухости и ломкости волос. У матери – СКВ. Обратилась к стоматологу по поводу множественного кариеса зубов.

Объективно: больная гипотрофична, лимфатические узлы пальпируются, безболезненные, выявлено опухолевидное увеличение околоушных слюнных жёлез. Наблюдается сухость и ломкость волос на волосистой части головы. Кожа лица, красная кайма губ сухие, тонкие. Язык увеличен в размерах, отпечатки зубов на боковой поверхности языка. Спинка языка ярко-красного цвета, рельеф сглажен. При массировании околоушных слюнных желез слюна не выделяется. Лабораторных данные: Hb-100г/л, эритроциты 3,5х1012/л, лейкоциты-4х109/л., СОЭ-20 мм/ч. IgG – 21 г/л (5,65-17,65). Обнаружены антитела к выводным протокам слюнных желез.   
Сиалография: В паренхиме слюнной железы отмечается сужение мелких протоков, облитерация, расширения выводных протоков.

1. Развитие какого патологического процесса можно предполагать в данном случае?
2. Каковы возможные причины и механизмы развития данного патологического состояния?
3. Перечислите признаки ксеростомии;
4. Укажите порог ощущения сухости в полости рта;
5. Укажите стадии и степени в развитии ксеростомии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_2\_ (РК1)**

У новорожденного отмечено обильное слюнотечение (до 1 литра в сутки).

1. Для какого заболевания это характерно. Чем оно характеризуется?

2. Какие еще синдромы, характеризующиеся обильным слюнотечением, Вы знаете?

3. Назовите причины вторичных сиалорей.

4. Каков механизм концентрационной функции слюнных желез?

5. Какую роль играет ионизированный кальций слюны?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_3\_ (РК1)**

Больной Р., 50 лет, поступил в клинику с жалобами на боль и припухлость в области околоушной железы (ОУСЖ). Первые признаки заболевания появились 2 года назад, когда после приема кислой пищи эти железы увеличились. Отмеченные явления самостоятельно стихли, и железа не беспокоила 2 года. Три дня назад во время еды вновь увеличилась левая ОУСЖ, появилась нарастающая боль.

При внешнем осмотре: левая ОУСЖ увеличена. Кожа над ней гиперемирована, в складку собирается с трудом. Железа при пальпации плотная и резко болезненная. Региональные лимфатические узлы немного увеличены. Рот открывается на 3 см. В полости рта: из околоушного прокока слева выделяется слюна с гноем. При бимануальной пальпации определяется уплотнение железы.

1. Поставьте предварительный диагноз;
2. Укажите факторы, способствующие возникновению слюннокаменной болезни;
3. Каков патофизиологический механизм развития данной патологии?
4. Перечислите клинические периоды данного заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_4\_ (РК1)**

Ребенку 8 лет, обратились с жалобами на болезненное припухание околоушных слюнных желез, сопровождающееся повышением температуры тела до 38°С, недомоганием. При осмотре обнаружено выделение из протоков мутной слюны с гнойными пробками, устья протоков зияют, слизистая оболочка около устьев гиперемирована. Больной имел контакт с ребенком больным вирусным паротитом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы предраспологают к развитию острых форм данной патологии?
3. Какие еще этиологические факторы развития данной патологии Вы знаете?
4. Перечислите пути внедрения инфекции в слюнные железы.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_5\_ (РК1)**

Больной Ж., 72 лет, предъявляет жалобы на постоянную жажду и сухость во рту. Из анамнеза – у пациента сахарный диабет 1 типа.

1. Каков механизм развития ксеростомии при сахарном диабете?
2. При каких еще эндокринопатиях снижается саливация?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Каков патофизиологический механизм развития сахарного диабета?
5. Какие осложнения при сахарном диабете могут возникнуть в полости рта?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_6\_ (РК1)**

Больной И., 36 лет, более года страдает воспалением слизистых оболочек гайморовых пазух, за последние две недели ухудшилось общее состояние: температура тела колебалась в пределах 37,5 – 38,5 градусов С, усилились головные боли, дыхание через нос стало затрудненным. Слизистая оболочка носовых ходов резко гиперемирована и отечна. Со стороны крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

1. Какой патологический процесс имеет место у больного? Этиология.
2. Перечислите местные признаки воспаления у данного больного, их патогенез.
3. Какие признаки общего характера свидетельствуют о развитии воспаления?
4. Механизмы развития воспаления – медиаторы клеточные и плазменные, лейкоцитарные, производные полиненасыщенных жирных кислот. Их характеристика.
5. Виды воспаления.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_7\_ (РК1)**

У больного через два дня после травматического удаления 6 зуба верхней челюсти справа температура тела в подмышечной впадине повысилась от 36,6°С до 39,9°С.

Объективно: у больного выраженная дрожь. Кожные покровы бледные, сухие и холодные на ощупь. Открывание рта болезненно. Состояние больного не удовлетворительное.

1. Каков патогенез повышения температуры тела у больного?
2. Что понимается под термином «установочная точка».
3. Какая стадия развития лихорадочной реакции у данного больного?
4. Каким образом поддерживается температурный гомеостаз у здорового человека?
5. Как меняются процессы теплообразования и теплоотдачи в разные периоды лихорадки?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_8\_ (РК1)**

Больной Г., 16 лет, обратился к стоматологу с жалобами отечность и боль в области 5 и 6 зубов снизу слева.При осмотре: неглубокая кариозная полость в шестом зубе снизу слева, отек десны, боль при надавливании на зуб, при­пухлость окружающих тканей, увеличение регионарных лимфоузлов. Клинический диагноз: хронический периодонтит.

1. Какой типовой патологический процесс выявлен у данного пациента?

2. Укажите основные причины хронизации процесса воспаления и причины возникновения хронического процесса в зубо-челюстной области?

3. От чего зависит интенсивность альтеративных явлений при развитии воспаления в полости рта?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_9\_ (РК1)**

Больной П., 15 лет находится на стационарном лечении в клинической больнице по поводу острого лимфаденита правой подчелюстной области, возникшего после острого переохлаждения. В анамнезе у больного хронический тонзиллит, рекомендовано оперативное лечение. Состояние больного неудовлетворительное. Голова наклонена вправо. Справа в подчелюстной области пальпируется плотный инфильтрат, болезненный при пальпации. Температура тела в подмышечной впадине - 38,3ºС. Комплимент С-3 плазмы крови - 2,3 г/л (норма 1,3-1,7 г/л), НСТ - тест 40% (норма 15%), (тест восстановления тетразоля нитросинего отражает степень активации кислородзависимых механизмов бактерицидной активности фагоцитирующих клеток). С - реактивный белок в плазме крови (++), СОЭ - 35 мм/час.

1. Какому патологическому процессу присущи выявленные изменения?
2. Какие симптомы общих реакций организма на воспаление вы выявили при анализе истории болезни?

3. Какие местные симптомы воспалительной реакции приведены в задаче?

4. Какие исходы воспалительной реакции вы знаете?

5. Приведите пример общего анализа крови:

а) при остром воспалении;

б) хроническом.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_10\_ (РК1)**

Больной Б., 46 лет, поступил в стоматологическое отделение клинической больницы с жалобами на лихорадку (температура до 39ס С), пульсирующую боль в подчелюстной области справа. Заболевание началось после резкого переохлаждения четыре дня назад. Объективно – в подчелюстной области справа инфильтрат красно-синюшного цвета с участком размягчения по центру. При неотложной помощи произведено вскрытие абсцесса. При лабораторном исследовании в экссудате обнаружено высокое содержание нейтрофильных лейкоцитов. В гемограмме выявлены: ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ. В плазме крови выявлены «белки острой фазы».

1. Для какого воспаления, острого или хронического, более типична указанная ситуация?
2. Что понимается под термином «белки острой фазы» при воспалении?
3. О каких изменениях в организме свидетельствует нахождение «белков острой фазы» в крови и динамика их изменения в разных стадиях заболевания, значение для прогноза.
4. Механизм ускорения СОЭ при воспалении.
5. Причины возникновения хронического процесса в зубо – челюстной области.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_11\_ (РК1)**

У ребенка с гемолитической анемией обнаружена склонность к частым инфекционным заболеваниям, отмечается задержка умственного развития. При комплексном обследовании обнаружен наследственный дефект гена, кодирующего глутатион-синтетазу. При стоматологическом обследовании было выявлено: слизистая полость рта гиперемирована с мелкоотечными кровоизлияниями, отмечаются единичные язвенно-некротические очаги, десны отечны, при контакте кровоточат.

1. Механизмы клеточной гибели при дефиците глутатион-синтетазы.
2. Объясните патогенетическую связь между недостаточностью глутатион-синтетазы и обнаруженными клиническими симптомами в полости рта.
3. Перечислите типовые механизмы повреждения клетки.
4. Предложите патогенетическую коррекцию выявленных нарушений в полости рта.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_12\_ (РК1)**

Больная П., 58 лет, после перенесенной психотравмы почувствовала жжение и боли в слизистой оболочки нижней челюсти в области протезного ложа съемного пластмассового протеза. Больная обратилась к стоматологу с жалобами о невозможности пользования съемным протезом. Был поставлен диагноз «Непереносимость съемного пластмассового протеза».

1. Наиболее часты причины непереносимости пластмассовых зубных протезов.
2. Какие заболевания внутренних органов могут вызвать непереносимость зубных протезов и почему?
3. Профилактика непереносимости пластмассовых зубных протезов.
4. Принципы диагностики непереносимости пластмассовых зубных протезов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_13\_ (РК1)**

Женщина А. 32 лет, поступила в стоматологическое отделение с жалобами на покраснение, образование пузырей и болезненных язв на слизистой оболочке полости рта, жжение и зуд во рту, затруднения при приеме пищи из-за резкой боли, повышение температуры тела до 38,7סС. Данные проявления больная А. связывает с употреблением эликсира для полоскания полости рта. Объективно: слизистая оболочка полости рта резко гиперемирована со множественными язвенными дефектами, имеет место кровоточивость слизистой полости рта, увеличение подчелюстных лимфотических узлов, их болезненность при пальпации, лихорадка. Больной А. поставлен диагноз аллергический стоматит афтозного типа.

1. Какие изменения в иммунограмме будут характерны для больной с афтозным стоматитом?
2. Перечислите основные принципы лечения и профилактики данного заболевания.
3. Перечислите принципы иммунокоррекции.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_14\_ (РК1)**

Мальчик 11 лет. В анамнезе рецидивирующие гнойные инфекции, геморрагический синдром (тромбоцитопеническая пурпура), хроническая экзема.

ОАК и иммунограмма:

Эритроциты 1,5х1012/л (4,5-5,5х1012/л); лейкоциты 3х109/л (4-8х109/л); тромбоциты 130х109/л (250-400х109/л); лимфоциты 12% (19-37%); Т-лимфоциты 40% (40-67%); В-лимфоциты 18% (15-37%); Th/Ts 1,3 (1,1-2,2); IgG 13,43 г/л (7,5-15,4г/л) ; IgA 3,6 г/л (1,25-2,5 г/л); IgM 0,2 г/л (0,65-1,65 г/л0; IgE 600 нг/мл (87-350 нг/мл).

1. К каким типовым нарушениям иммуногенной реактивности относится патология, развившаяся у больного?
2. Проанализируйте данные иммунограммы и ОАК у больного.
3. Обоснуйте принципы патогенетической терапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_15\_ (РК1)**

Больная А, 25 лет, предъявляет жалобы на резкое снижение веса, учащение стула, лихорадку. При осмотре больная пониженного питания, при пальпации определяется значительное увеличение подчелюстных, подмышечных и паховых лимфоузлов. На слизистой оболочке рта наблюдается белый налет. В иммунограмме определяется соотношение Т-хелперы: Т-супрессоры - 1:10, резкое снижение CD4+клеток. Из анамнеза известно, что больной 12 месяцев назад была перелита кровь.

1. Назовите типовое нарушение иммуногенной реактивности, которое имеет место у больной? Ответ обоснуйте.
2. Дайте краткую характеристику возбудителю СПИДа.
3. Объясните механизм развития заболевания у данной больной?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_16\_ (РК1)**

Больная Т., 54 года, находится на стационарном лечении в стоматологическом отделении по поводу острого гнойного периодонтита. На второй недели лечения больная предъявила жалобы на боль, зуд, припухлость на коже ягодиц в местах предыдущих инъекций. Клинический анализ крови: лейкоциты – 9\*10 9/л (N 4-9\*109/л), лимфоциты – 48% (N 19-37%). Иммунограмма: Ig M – 2г/л (N 0,5-2,3), Ig G – 28г/л (N 8,0-16,6), циркулирующие иммунные комплексы – 170 усл.ед. (N 70-100).

1. Предполагаемая патология? К какому типу реакций по классификации Джелла и Кумбса относится данная патология?
2. Патогенез развития аллергических реакций данного типа.
3. Перечислите медиаторы, действующие при данном виде гиперчувствительности, какие эффекты они реализуют?
4. Охарактеризуйте механизм развития аллергической реакции у данного больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_17\_ (РК1)**

Больная, Д., 18 лет, обратилась к врачу-стоматологу по поводу нестерпимого зуда в области углов рта, покраснение и растрескивание в области красной каймы губ, отделяемое на губах слизистого характера.

Объективно – губы отечные, ярко-красного цвета, с множественными трещинками в области красной каймы. Клинический анализ крови: лейкоциты – 6\*109/л (N 4-9\*109\л), лимфоциты – 48% (N 19-37%). Показатели иммунограммы: Ig E – 480 нг/мл (N 50-150), Ig A – 0,3г/л (N 1,4-4,2 г/л).

Аппликационная проба на слизистой губы с предполагаемым антигеном (контурный карандаш для губ) резко положительна.

1. Предполагаемая патология? К какому типу аллергических реакций по классификации Джелла и Кумбса можно отнести данную реакцию?
2. Патогенез развития данной аллергической реакции.
3. Какие БАВ принимают участие в развитии данной аллергической реакции, какие эффекты они реализуют?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_18\_ (РК1)**

Больная К., 55 лет, обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на повышенную раздражительность, бессонницу, ощущение вкуса металла во рту, жжение, пощипывание в полости рта, извращение вкуса пищи. Данные симптомы появились после протезирования 2 месяца назад полости рта металлическим зубным протезом. Состояние больной не удовлетворительное. Объективно – на участках слизистой оболочки полости рта, контактирующей с зубными протезами – гиперемия, отек слизистой, афты.

1. Как Вы обозначите развившейся у больной патологический симптомокомплекс?
2. Выделите основные виды патологического воздействия металлических включений в полости рта на окружающие ткани и организм в целом.
3. Дайте характеристику аллергической составляющей воздействия металлического зубного процесса на ткани полости рта и организм в целом.
4. Профилактика и лечение аллергической непереносимости металлических протезов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_19\_ (РК1)**

Больная А., 30 лет, обратился с жалобами на зуд и покраснение глаз, слезотечение, выделение большого количества жидкой слизи из полости носа. Из анамнеза: аналогичные явления у больного отмечались весной на протяжении нескольких последних лет.

При обследовании выявлен конъюнктивит и ринит. При аллергологическом обследовании обнаружены антитела к пыльце тополя.

1. Какое заболевание развилось у больной и к какому типу по классификации Джелла и Кумбса относится данная патология?
2. Назовите стадии развития данной патологии и объясните механизмы развития каждой стадии?
3. Охарактеризуйте принципы терапии и профилактики данной патологии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_20\_ (РК1)**

Больной поступил в приемный покой клинической больницы с жалобами на затрудненное дыхание, причем более затруднен выдох. Положение больного вынужденное, дыхание учащенное, поверхностное, ЧДД 26 в 1мин, Р 90 уд/мин, АД 140/90 мм.рт.ст.

При исследовании эффективности внешнего дыхания выявлено снижение оксигенации крови – насыщение артериальной крови составило 86% (норма до 98%). Индекс Тиффно (ОФВ 1с/ЖЕЛ 65% (норма не менее 80%). Показатель вентиляционно-перфузионных отношений ( V/Q ) 0,7 ( норма 0,8-1,0).

Иммунограмма: лейкоциты – 6\*109 / л (N – 4-6\*109 / л), лимфоциты – 55% ( N 18-38%), Т-лимфоциты 72% (N 35-70%) , Т-хелперы 54% ( N 35-50%), Т-супрессоры – 12% (N 13-35%) , Т-хелперы/Т-супрессоры – 4,5 (N 1,2 – 2,5), В-лимфоциты – 28% (N 11-16%), Ig M – 1 г/л (N 0,55-2,3), Ig C – 3 г/л (N 8,0 – 16,6), Ig А – 0,1 г/л (N 1,4 – 4,2), Ig Е – 500 нг/мл (N 30 – 50).

1. Предполагаемая патология, патогенез?
2. Какой тип расстройства дыхания наблюдается у данного больного? Каким методом исследования это можно подтвердить?
3. Оцените иммунограмму больного, к какому типу по классификации Джелла и Кумбса относится данная патология?
4. Какие местные проявления возможны при данной патологии?
5. Какими биологически активными веществами обусловлены проявления у больного, расскажите о каждом из них.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_21\_ (РК1)**

Пациентка Е, 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на множественное кариозное поражение зубов. Объективно: больная гиперстенического телосложения, рост 160 см, масса тела 90 кг.

1. Какое состояние развилось у пациентки?
2. Что является наиболее вероятным фактором риска в развитии у пациентки кариеса?
3. Каково ключевое звено патогенеза кариеса у пациентки Е.?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_22\_ (РК1)**

Больной К., 40 лет, имеющий в анамнезе гепатит В (страдает им с 20 лет), в последние несколько месяцев отмечает у себя кровоточивость дёсен, расшатывание зубов, медленно заживающие трещины в полости рта и на губах.

1. Предположите состояние, развившееся у пациента.
2. Каково главное звено патогенеза этого состояния?
3. Объясните механизм данных симптомов.
4. Какие данные лабораторного исследования подтвердят Ваше предположение?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_23\_ (РК1)**

На приёме у стоматолога И., 50 лет, предъявляет следующие жалобы: сухость во рту, покраснение и отёчность его слизистой, боль при жевании и глотании, неприятный запах изо рта. Из дополнительного расспроса выяснилось, что пациент испытывает постоянные голод и жажду, сопровождающуюся обильным мочеиспусканием.

1. Какую форму патологии можно предположить у пациента?
2. Объясните патогенез указанных симптомов.
3. К специалисту какого профиля нужно направить пациента И.?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения данной патологии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_24\_ (РК1)**

Ребёнок, 8 лет, страдает болезнью Гирке (дефект фермента глюкозо-6-фосфатазы). При стоматологическом осмотре были выявлены следующие симптомы: сухость во рту, неприятный запах изо рта, расшатывание и кариозное поражение зубов.

1. Каково главное звено патогенеза данной патологии?

2. Объясните патогенез стоматологической симптоматики у ребёнка.

3. Какие ещё изменения со стороны полости рта можно обнаружить у данного пациента?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_25\_ (РК1)**

У больного СПИДом с признаками кахексии обнаружены следующие симптомы: в периоральной области – множественные гнойнички, в полости рта – эрозии и язвы с кровоточащей поверхностью, зубы поражены кариесом.

1. Каково главное звено патогенеза стоматологических проявлений у больного?
2. Объясните патогенез указанных симптомов.
3. Назовите порочный круг в развитии данной патологии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_26\_ (РК1)**

Больная К., 26 лет, на приёме у стоматолога жалуется на резкую сухость во рту, боль и кровоточивость дёсен, кариозное поражение зубов, трещины красной каймы губ. Из опроса врача выяснилось, что у пациентки частое и обильное мочеиспускание (около 5 литров в сутки). Появление данных симптомов К. связывает с недавно произошедшим с её участием ДТП.

1. Назовите типовую форму патологии, развившуюся у пациентки.

2. Каков центральный патогенетический фактор данной формы патологии?

3. Объясните механизм указанных симптомов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_27\_ (РК1)**

Больному Т., 30 лет, провели хирургическую операцию по поводу гиперфункции щитовидной железы. После этого он стал предъявлять жалобы на сухость во рту, увеличение языка с образованием на нём налёта, расшатывание зубов, их множественное кариозное поражение. Из дополнительных симптомов отмечается сухость кожи, ломкость волос и ногтей.

1. Какое патологическое состояние развилось у больного?
2. Каково главное звено патогенеза данного состояния?
3. Каковы механизмы указанных симптомов?
4. Каковы основные принципы терапии данной патологии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_28\_ (РК1)**

На профосмотре врача-стоматолога у пациентки Л., 60 лет, выявлено множественное кариозное поражение зубов. Л. сообщила, что с 53 лет страдает остеопорозом.

1. Каков наиболее вероятный фактор стоматологических нарушений у больной?

2. Каково главное звено патогенеза этого нарушения?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_29\_ (РК1)**

Больной О., 50 лет, страдает хроническим заболеванием кишечника, которое сопровождается диареей. Последние несколько лет отмечает у себя следующую стоматологическую симптоматику: язвы и трещины в полости рта, кровоточивость дёсен, кариозное поражение зубов.

1. Какое состояние развилось у пациента?

2. В чём заключается главное звено патогенеза этого состояния?

3. Объясните патогенез указанных симптомов.

4. Каковы принципы коррекции данной патологии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № \_30\_ (РК1)**

Пациентка У., 57 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на болезненные высыпания белого цвета в полости рта, покраснение и отёчность его слизистой, болезненность при приёме пищи. При осмотре выявлено также кариозное поражение зубов. Из анамнеза известно, что У. страдает сахарным диабетом.

1. Какое состояние развилось у пациентки У.?

2. Укажите главное звено патогенеза этого состояния.

3. Каковы принципы коррекции стоматологических проявлений у больной?

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 1**

1. **Расскажите классификацию, этиологии, патогенез лейкопении. Анализируйте изменения лейкоцитарной формулы при лейкопении.**
2. **Объясните патогенез, проявления холемического синдрома.**
3. **Объясните: этиологию, патогенез, проявления дыхательной недостаточности.**
4. **Объясните этиологию, патогенез, проявления несахарного диабета.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 2**

1. **Объясните условия и механизмы развития физиологических эритроцитозов.**
2. **Объясните патогенез, проявления синдрома портальной гипертензии. Укажите принципы терапии печеночной недостаточности.**
3. **Расскажите бронхолегочную дыхательную недостаточность.**
4. **Объясните виды, этиология, патогенез, проявления гипергонадизма.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 3**

1. **Расскажите виды, этиологии, патогенез постгеморрагической анемии. Анализируйте гематологическую характеристику.**
2. **Объясните механизмы нарушения детоксирующей функции при печеночной недостаточности.**
3. **Объясните виды, этиология, патогенез, проявления, принципы терапии нефро – уролитиазов.**
4. **Объясните виды, этиологию, патогенез, проявления гипогонадизма.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 4**

1. **Объясните виды, этиологии, патогенез постгемолитической анемии. Анализируйте гематологическую характеристику.**
2. **Объясните этиологию, патогенез, последствия нарушения аппетита и слюноотделения**
3. **Объясните общие механизмы и этиология нарушений фильтрации, реабсорбции и секреции. Перечислите виды нефропатии.**
4. **Объясните виды, этиология, патогенез, проявления нейрогипофизарных эндокринопатии.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 5**

1. **Объясните Виды, этиологии, патогенез постгеморрагических анемий. Анализируйте гематологическую характеристику.**
2. **Объясните виды, этиологию, патогенез, проявления гастрита.**
3. **Объясните этиологию, патогенез, проявления недостаточности коронарного кровообращения.**
4. **Объясните этиологию, патогенез, проявления синдрома Иценга-Кушинга.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 6**

1. **Объясните этиологию, патогенез, проявления, принципы терапии аритмии.**
2. **Объясните этиология, патогенез, проявления паренхиматозной желтухи и оценивайте лабораторные данные.**
3. **Объясните этиологию, патогенез, проявления нарушения функций паращитовидных желез.**
4. **Расскажите центрогенную дыхательную недостаточность.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 7**

1. **Объясните этиологию, патогенез, проявления подпеченочной желтухи. Проводите лабораторную диагностику.**
2. **Объясните этиологию, патогенез, проявления гиперпитуитаризма.**
3. **Объясните этиологию, патогенез, проявления, последствия нарушения слюноотделения.**
4. **Объясните этиологию, патогенез, проявления, последсвия мочевого синдрома.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 8**

1. **Расскажите клинические проявления и осложнения лейкопении.**
2. **Расскажите этиологию, патогенез, проявления, принципы терапии острой сердечной недостаточноти.**
3. **Объясните виды, этиологию, патогенез, проявления, принципы терапии пиелонефрита.**
4. **Объясните этиологию, патогенез, проявления, последствия нарушения пищеварения в полости рта.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 9**

1. **Расскажите этиологию и анализируйте роль атеросклероза в развитии патологии.**
2. **Расскажите классификацию лейкоцитозов. Напишите лейкоцитарную формулу.**
3. **Объясните этиологию, патогенез, проявления, принципы терапии острой почечной недостаточности.**
4. **Объясните этиологию, патогенез, проявления, принципы терапии гиперфункция надпочечников.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 10**

1. **Классифицируйте ожирение. Объясните роль лептиновой недостаточности в развитие ожирения.**
2. **Объясните виды, этиология, патогенез, проявления, принципы терапии артериальных (вторичных) гипертензий.**
3. **Объясните виды, этиология, патогенез, проявления, принципы терапии гипотиреоза.**
4. **Расскажите болевой синдром в стоматологии. Объясните патогенез, особенности, принципы терапии.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 11**

1. **Объясните этиологию, патогенез, последствия, принципы терапии тромбоцитопении.**
2. **Объясните: виды, этиология, патогенез, проявления гемолитической желтухи. Проводите лабораторную диагностику.**
3. **Анализируйте роль хронической почечной недостаточности при развитии патологии ЧЛО.**
4. **Объясните виды, этиологию, патогенез, проявления, принципы терапии гипертиреоза.**

**РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ II**

**Вариант 12.**

1. **Расскажите виды, этиологию, патогенез, проявления, последствия эритроцитозов.**
2. **Определите факторы риска, патогенез, проявления, принципы терапии артериальной (первичной) гипертензии.**
3. **Расскажите этиологию, патогенез, проявления, последствия альвеолярной гипервентиляции.**
4. **Объясните этиологию, патогенез, проявления, принципы терапии надпочечникавой недостаточности.**