

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

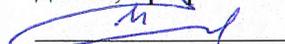
---

Экзаменационные задачи по дисциплине  
«Патофизиология – патофизиология головы и шеи»,  
2 курса для специальности 31.05.03 – Стоматология

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

д.м.н., проф.

 И.А. Соловьёва

« 14 » мая 2020 г.

Задача 1.

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

Вопросы:

1. Наиболее частые причины непереносимости пластмассовых зубных протезов.
2. Какие заболевания внутренних органов могут вызвать непереносимость зубных протезов и почему.
3. Какая имеется связь между гормональными расстройствами (климакс) и возможностью непереносимости зубных протезов.
4. Роль дистресс – синдрома в возникновении непереносимости пластмассовых зубных протезов.
5. Механизмы алергизации промышленными и бытовыми химическими алергенами

Задача 2.

Больная К. 55 лет обратилась к врачу стоматологу с жалобами на повышенную раздражительность, бессонницу, которые сопровождаются вкусом металла во рту, жжением, пощипыванием в полости рта, извращением 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.

Вопросы:

1. Амальгамы, состав и возможные механизмы непереносимости.
2. Местные симптомы непереносимости в полости рта, их патогенез.
3. Общая реакция организма на непереносимость металлических протезов, проявления, патогенез.
4. Принципы диагностики непереносимости металлов в полости рта.
5. Сенсбилизация организма медицинского персонала стоматологических учреждений.

### Задача 3.

Через 20 минут после инъекции антибиотика пациенту с флегмоной мягких тканей лица у него возникли беспокойство, чувство страха, двигательное возбуждение, сильная пульсирующая головная боль, зуд и покраснение кожи на шее, потливость, АД 180/90 мм.рт.ст., пульс 120 в минуту. В связи с этим врач направил пациента в палату и предложил лечь в кровать. Через 20 минут состояние больного резко ухудшилось: появились слабость, бледность кожных покровов, нарастающее чувство удушья с затруднением выдоха, спутанность сознания, клонико-тонические судороги; резко снизилось АД – до 75/55 мм.рт.ст. Пациенту была оказана неотложная медицинская помощь.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у пациента после введения ему антибиотика?
2. Каковы механизмы развития этого патологического состояния?
3. Судя по клинической картине, это состояние имеет несколько стадий. Назовите их и охарактеризуйте особенности патогенеза каждой из стадий; укажите симптомы, подтверждающие правильность вашей версии.
4. Взаимоотношение аллергии и иммунитета, патогенез развития
5. Характеристика аллергенов. Примеры бытовых аллергенов.

### Задача 4.

У больного через 2 дня после травматичного удаления 6 зуба верхней челюсти справа температура тела в подмышечной впадине повысилась от 36,6 градусов Цельсия до 39,9 градусов. Объективно: У больного выраженная холодобоязнь, он дрожит. Кожные покровы бледные, сухие и холодные на ощупь. Открывание рта болезненно. Состояние больного не удовлетворительное.

Вопросы:

1. Патогенез повышения температуры тела у больного?
2. Какая стадия развития лихорадочной реакции у данного больного?
3. Каков характер изменений мембранного потенциала термочувствительности нейронов гипоталамуса под влиянием пирогенных факторов?
4. Каким образом поддерживается температурный гомеостаз у здорового человека?
5. Как меняются процессы теплообразования и теплоотдачи в разные периоды лихорадки?

### Задача 5.

Больная К. 28 лет беременная, третий триместр, при плановом осмотре врачом – акушером, предъявила жалобы на неадекватную возбудимость, парестезии, мышечную слабость, извращение аппетита – желание есть сырою крупу, сырой мясной фарш, сырое тесто. Больная бледная, на слизистой оболочке полости рта явления стоматита. Железо сыворотки крови - 60 ( норма 80 – 95 мкг/дл), ЦП - 0,85 ( н.1), Нв 100 ( н.120 г\л).

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предполагать у беременной?
2. Что означает термин «истощение запасов железа», какими показателями он характеризуется?
3. Проявление железодефицитной анемии в полости рта.
5. Назначьте патогенетическую терапию беременной.

### Задача 6.

В клинику детских болезней поступил Костя Н., 8 лет. Его родители встревожены частым развитием у ребенка стоматита, гингивита, ангина, ринита, конъюнктивита, бронхита, по

поводу которых он лечился в стационаре. Настоящая госпитализация связана с острым периодонтитом верхней челюсти слева.

При поступлении состояние ребенка не удовлетворительное. Его знобит. Кожные покровы бледные и холодные на ощупь. В области левой щеки имеется инфильтрат красного цвета болезненный при пальпации.

При обследовании: в гемограмме выявлена лейкопения за счет значительного снижения числа лимфоцитов, в основном Т-пула и в меньшей мере – В-лимфоцитов; уменьшение содержания в крови IgA и IgE (на 40 и 50% от нормы соответственно), уровень IgG – на нижней границе нормы.

Вопросы:

1. Как вы обозначите патологическое состояние, развившееся у ребенка? Ответ обоснуйте.
2. Каковы его возможные причины и патогенез
3. Приведите классификацию иммунодефицитных состояний.
4. К каким изменениям в организме и, в частности полости рта, приведет снижение в крови и в секрете полости рта IgA и IgE?
5. Какие компоненты неспецифической защиты полости рта вам известны и как вы расцениваете неспецифическую защиту полости рта у данного больного? фактора.

Задача 7.

Пациент М., 56 лет, страдающий более 20 лет атрофическими изменениями слизистой оболочки полости рта – сухость, трещины, заеды, крайне малое количество слюны, предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, боли в области околоушной слюнной железы, плохой аппетит, значительное похудение в последние 4 месяца, постоянную лихорадку.

При лабораторном исследовании: анемия, лейкопения, СОЭ более 50 мм в час.

При цитологическом исследовании отделяемого околоушной слюнной железы обнаружены раковые клетки.

Вопросы:

1. Почему наличие хронического атрофического процесс способствует возникновению и развитию опухоли околоушной слюнной железы
2. Можно ли в данном случае предполагать у пациента недостаточность механизмов антибластомной резистентности организма?
3. Каковы возможные причины и механизмы развития лихорадки и анемии в данном случае?
4. Каковы механизмы развития кахексии?
5. Укажите наиболее типичные предраковые состояния челюстно – лицевой области.

Задача 8.

Пациентке К. по поводу острой кровопотери была перелита одногруппная Rh-1 совместимая кровь. Через 3 недели после переливания крови больная стала раздражительна, отмечалась сонливость днем и бессонница ночью, головные боли, повышенная утомляемость, кожный зуд. Кожа и склеры приняли желтый оттенок. Кал стал бесцветным, а моча – пенящаяся, темно-желтого цвета. Объективно: кожа лица имеет желтушную окраску, на слизистой полости рта имеются геморрагии.

Вопросы:

1. О каком патологическом процессе говорят клинические симптомы?
2. Какие необходимы лабораторные исследования для подтверждения диагноза?
3. Какова причина клинических проявлений?
4. Может ли возникнуть холестаз у больной?
5. Объясните механизм развития геморрагий в полости рта.

#### Задача 9.

У пациента, 21 года, поступившего в стационар в результате отравления грибами, наблюдается снижение диуреза (300 мл в сутки), судороги. Дыхание Куссмауля. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие.

Анализ крови: лейкоциты -  $13 \cdot 10^9$ , тромбоцитов -  $100 \cdot 10^9$  эритроцитов -  $3 \cdot 10^{12}$   
Повышенное содержание мочевины и креатинина.

Анализ мочи: Количество - 300мл. уд. вес 1015. Эритроцитов 19 в поле зрения (N 0-1), цилиндры 10 (N - нет), обнаружены клетки почечного эпителия, белок (N - нет).

Вопросы

1. Сделайте заключение о патологическом процессе у больного.
2. Основные звенья патогенеза данной патологии
3. Какие структуры почек – канальцы или клубочки – поражаются в данном случае в первую очередь
4. Назовите ренальные, преренальные и постренальные причинные факторы, вызывающие ХПН
5. Экстраренальные симптомы и синдромы при заболеваниях почек

#### Задача 10.

Пациентка Р., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на низкий рост, слабую выраженность вторичных половых признаков, отсутствие месячных. Уже с 3 лет начала отставать в росте. При обследовании обнаружено: рост 105 см, телосложение пропорциональное, кожа дряблая, лицо старообразное. Половые органы инфантильны. Грудные железы не развиты. Интеллект сохранен. Основной обмен снижен на 12%. Уровень глюкозы в крови – 3,0 ммоль/л. В моче понижено содержание 17-кетостероидов, отсутствуют эстрогены и андрогены. На рентгенограмме в области турецкого седла обнаружена опухоль.

Вопросы:

1. Какую патологию эндокринной системы можно предположить?
2. Патогенез карликового роста, инфантилизма, дряблости кожи, гипогликемического состояния?
3. Причины, механизмы и основные формы эндокринных нарушений
4. Гормоны аденогипофиза, их свойства, регуляция синтеза и секреции
5. Основные эффекты гормонов аденогипофиза

#### Задача 11.

Вы участковый врач. Пациент М., 45 лет, вызвал вас на дом и предъявил следующие жалобы: в течение последнего месяца его беспокоят сильные головные боли и кожный зуд, боли в области желудка, тошнота, рвота и жидкий стул. Из анамнеза известно, что больной 25 лет страдает пиелонефритом. Объективно: на коже рук, грудной клетки видна петехиальная сыпь и признаки расчесов, кожа сухая, у корней волос беловатая сыпь, изо рта – запах аммиака. В области сердца выслушивается шум трения перикарда, шумное дыхание Куссмауля. Живот болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника и в эпигастральной области.

Вопросы:

1. Развитие какого патологического состояния вы можете заподозрить и почему?
2. Какие заболевания почек могут привести к данной патологии?
3. Чем объясняется кожный зуд и диспепсические расстройства?
4. В чем заключается сердечно – сосудистый синдром этой патологии? Мочевой синдром этой патологии?
5. Каковы возможные расстройства у больного в полости рта?

#### Задача 12.

Пациентка 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 obturiрует просвет выводного протока.

Вопросы:

1. О каком патологическом процессе говорят клинические симптомы?
2. Какие лабораторные данные необходимы для подтверждения диагноза?
3. Каков патогенез клинических симптомов?
4. Патогенез желчно – каменной болезни
5. Патогенез развития нарушений в полости рта при печеночной недостаточности?

#### Задача 13.

У пациента Б., 45 лет сознание отсутствует, отмечается желтуха, печеночный запах изо рта, явление геморрагического диатеза. В анамнезе длительный контакт с фосфором, в течение ряда лет развился цирроз печени. В сыворотке крови - альбуминов 30 г/л - (N=36 -50 г/л) активность бутирилхолинэстеразы составляет 50 ммоль/ч/л (N=108-318 ммоль/ч-л). Содержание фибриногена снижено до 1,0 - г/л (N 1,5 -3,6 г/л). Фибринолитическая активность повысилась до 28% (N=11-19%). Содержание аммиака до 65 мкмоль/л (N= 17,6-47,0) мкмоль/л).

Вопросы:

1. Какая форма патологии имеется у пациента?
2. Есть ли признаки печеночной недостаточности? Ответ аргументируйте данными из условия задачи.
3. Каковы механизмы отклонений лабораторных показателей от нормы у данного пациента? К чему они могут привести?
4. Какие признаки печеночной недостаточности регистрируются в полости рта? Механизм их развития.

#### Задача 14.

Пациентка Р, 30 лет, доставлена скорой помощью с жалобами на резкие боли в верхней части живота, иногда опоясывающие, рвоту, мучительную, неукротимую, не приносящую облегчения, задержку стула, вздутие живота, лихорадку.

Объективно: общий цианоз кожных покровов, пульс- 98 уд в мин., Т- 38,0 С, дыхание — ослабленное, везикулярное тоны сердца ритмичные, АД=105/60 мм рт.ст. Наблюдается напряжение брюшных мышц, наличие синюшных пятен и петехий на отдельных участках кожи живота.

В анамнезе желчекаменная болезнь.

Анализ крови: Количество эритроцитов =  $4,2 \times 10^{12}/л$  [N=3,7~4,7  $\times 10^{12}/л$ ] Hb = 130 г/л, (N= 120 – 140 г/л). Количество лейкоцитов -  $16,0 \times 10^9/л$  [N - 4,0-8,8  $\times 10^9/л$ ] СОЭ = 22мм /г [N=,1-10 mm /ч] Сахар = 9,8 ммоль /л [N = 4,0 -6,0 ммоль / л]

Анализ мочи: Сахар = 0,5 % (N=<0,02%) Диастаза=998ЕД [N=16-64ЕД]

Данные УЗИ и компьютерной томографии:

Выявлено увеличение размеров поджелудочной железы, неравномерность её структуры (участки некроза, нагноения).

Вопросы:

1. Заключение о патологическом процессе у больного.
2. Объяснить изменения показателей крови.
3. Объяснить изменения показателей мочи.
4. Механизм возникновения данного патологического процесса.
5. Возможные отделенные последствия данного заболевания.

Задача 15.

Мужчина, 22 года. Профессия – водитель – дальнобойщик. Обратился к терапевту с жалобами на боль в эпигастральной области малой интенсивности. Боль возникает через 30 минут после еды и проходит самостоятельно через 30 минут. Также беспокоит отрыжка с запахом тухлых яиц, рвота по утрам пищей, принятой за несколько дней до этого.

Объективно: Кожные покровы относительно бледные. Вес стабильный, стул без особенностей. Температура в подмышечной впадине 36.9. При осмотре живота в подложечной области заметны перистальтические и антиперистальтические сокращения желудка. Определяется поздний шум плеска.

Из анамнеза известно: Боль в области желудка беспокоит в течение 6 лет. Наблюдаются периоды обострений и ремиссий. Обострения бывают 2-3 раза в год, чаще в осенне-зимний период. На протяжении длительного времени к врачу не обращался.

Больной имеет вредные привычки - курит в течение 2-х лет в среднем 1 пачку сигарет в день. В пище отдает предпочтение острым и копченым блюдам.

Наследственность отягощена - мать страдает сахарным диабетом, дед по линии матери страдал язвой желудка.

При обследовании с помощью ФГДС была выявлена рубцующаяся язва в области привратника 0.4x2см. а также рядом рубец 0,6x1,5 см.

Анализ крови: НЬ 100г/л (N=130-160), эритроциты 4.0x10<sup>12</sup> (N=4.0 -5.5x10<sup>12</sup>) СОЭ 13 мм/ч (N=1-10мм\ч) ЦП 0.85 (N= 0.85-1.05). Содержание хлора 65 ммоль\л (N=95-110 ммоль\л.)

Вопросы:

1. Какая патология ЖКТ Вами предполагается?
2. Что способствовало развитию заболевания?
3. Какова, по - вашему, этиология боли?
4. Какие изменения образа жизни вы бы порекомендовали?
5. Роль печени в заболеваемости полости рта

Задача 16.

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляющиеся утром, натощак, через 1,5 - 2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу - неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит.

ОБЪЕКТИВНО: болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена, без болей. По другим органам без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок- 72 г/л (N - 58 - 82 г/л); АлАТ— 19 ЕД/л (N - 12 - 16 ЕД/л); АсАТ - 24 Ед/л (N 12-16), ЩФ - 138 Ед/л (N 7-140), амилаза,- 100 Ед/л, (N 10 - 120) тимоловая проба - 4 Ед (N - до 0,2), Билирубин – 15 мкмоль/д (Nср - 10,3 мкмоль/л), из них связ. - 3 мкмоль(N ср-2,56).

Эзофагогастродуоденоскопия: В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект.

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

Вопросы:

1. Ваше заключение, о нарушениях в системе пищеварения у больной, обоснуйте его.
2. Укажите ключевые критерии подтверждающие характер развившихся дисфункций.
3. Этиопатогенез данного заболевания у пациентки.
4. Эпидемиология хеликобактерной инфекции и пути ее передачи.
5. Современные принципы лечения язвенной болезни желудка.

Задача 17.

Пациентка Ж., 72 года, поступил в пульмонологическое отделение с двухсторонней пневмонией. Заболел 5 дней назад. Объективно: состояние больного средней тяжести. Температура тела 40,2°C. Границы сердца расширены, тоны глухие. У верхушки выслушивается систолический шум. АД 105/70 мм рт. ст. Пульс 105 уд. в мин, слабого наполнения. Над нижними долями правого и левого легких перкуторный звук тупой, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, крепитация. Была назначена антибактериальная терапия. Ночью больная сильно потела. Температура тела к утру упала до нормы. Состояние резко ухудшилось, появились головокружение и тошнота. Пульс стал нитевидным, АД упало. Больная потеряла сознание.

Вопросы:

1. Как называется форма патологии, развившаяся у больной?
2. Каковы возможные причины, вызвавшие эту патологию?
3. Каковы принципы выведения пациентов из подобного состояния?
4. Патогенез развития данного состояния?
5. Постреанимационная болезнь

Задача 18.

В кардиологический центр поступил пациент М., 56 лет, с диагнозом " Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка". Жалобы на интенсивные, жгучие, сжимающие боли за грудиной. Объективно: больной бледен, покрыт холодным, липким потом, отмечается цианоз носогубного треугольника, пальцев рук. Сознание заторможено. Гемодинамика: АД - 75/55 мм.рт.ст.(120/80 мм.рт.ст.), МОС - 3,0 л/мин (5-6 л/мин), ЧСС-110 уд в мин (60-70 уд в мин), периферическое сопротивление- 800 дин x сек x см<sup>-2</sup> (900 - 1300), ЦВД-30 мм.вод.ст. ( 60-120 мм.вод.ст.), скорость кровотока 26 сек (11 сек). Диурез -300 мл/сут (1600-2000 мл/сут), мочевины крови-14 ммоль/л (3,3-6,6 ммоль/л), рО<sub>2</sub> - 60 мм.рт.ст.(85-100 мм.рт.ст.), рН крови - 7,3 (7,35 - 7,45), лактат- 2,0 ммоль/л (0,56- 1,67 ммоль/л).

Вопросы:

1. Какое осложнение инфаркта миокарда развилось у больного?
2. Каковы особенности патогенеза этого осложнения?
- 3.Какова стадия развития данного состояния у больного?
- 4.Укажите особенности нарушений микроциркуляции в различные стадии этого состояния.
5. Укажите основные отличия шока от коллапса.

Задача 19.

Пациент М., 33 лет, 2 года назад отмечал гиперемия лица и шеи, зуд на введение новокаина. В поликлинике под местной анестезией новокаином проводилась экстракция 5 зуба на нижней челюсти по поводу хронического периодонтита. Через 5 мин после инъекции новокаина у больного появились резкая слабость, чувство жара, зуд, тошнота и рвота, ощущение нехватки воздуха, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Больной потерял сознание. Объективно: выраженная гиперемия лица, шеи и туловища. Дыхание шумное, поверхностное до 28 в мин. (н.16-18 в мин), в легких при аускультации

множество влажных хрипов. АД 60/15 мм.рт.ст. (н.120/80 мм.рт.ст.), пульс слабого наполнения до 120 уд/мин (60-70 уд/мин), ЦВД 30 мм. вод. ст. (60-120 мм.водст.). В крови: лейкоциты -  $8 \times 10^9$  /л ( $4-8 \times 10^9$  /л), лимф. - 53% (21-35%), эоз.-9% (2-4%), IgE-590 нг/мл (87-350 нг/мл), Ig G- 3,1 г/л (7-16 г/л). Гистамин в периферической крови - 0,98 мкмоль/л 2 0 (0,18-0,72 мкмоль/л).

Вопросы:

- 1.Какое состояние развилось у больного?
- 2.Каковы основные патогенетические механизмы развития этого состояния?
- 3.Укажите особенности нарушений микроциркуляции у пациента
4. Классификация экстремальных состояний
5. Какие методы неотложной терапии необходимо проводить для "выведения" пациента из этого состояния?

Задача 20.

В инфекционную клинику поступил пациент К., 36 лет, с клинической картиной пищевой токсикоинфекции, жалобами на многократную рвоту и профузный понос. Показатели гемодинамики: АД 70/50 мм.рт.ст. (120/70 мм.рт.ст.), МОС- 3 л/мин (5-6 л/мин), ЦВД-40 мм.вод.ст. (N 60-120 мм.вод.ст.).

Анализ крови: эритроциты  $7,5 \times 10^{12}$  /л (N  $4,5-5,3 \times 10^{12}$  /л), Нв 155 г/л (140-160г/л), лейкоциты  $11 \times 10^9$  /л ( $4-8 \times 10^9$  /л), СОЭ 2 мм/ч (2-15 мм/ч), относительная плотность плазмы 1,030 (1,025), Ht -57% (36-48%), рН крови- 7,2 (7,35-7,45). Лактат (молочная кислота) - 2,1 ммоль/л (0,56-1,67 ммоль/л). Стандартный бикарбонат 15,5 ммоль/л (21-25 ммоль/л), ВЕ= +13ммоль/л ( $\pm 2,3$  ммоль/л).

Вопросы:

1. Какое осложнение инфекционного процесса развилось у больного?
2. Каковы патогенетические механизмы развития этого осложнения?
3. Приведите современную классификацию данных состояний.
4. Укажите основные механизмы микроциркуляторных расстройств при этом состоянии.
5. Какие лабораторные данные свидетельствуют о нарушении функции клеток?

Задача 21.

Пациентка К.35 лет находится на стационарном лечении в инфекционном отделении ГКБ № 6 с ДЗ: Диарея невыясненной этиологии. Поступила два дня назад с жалобами на необъяснимую диарею, продолжающуюся более месяца. За последний месяц потеряла более 10% массы тела, лихорадка до 37,6 – 37,8 ежедневно, за последний месяц присоединились творожистые высыпания в полости рта, постоянный кашель, с выделением небольшого количества гнойной мокроты. Кожные покровы в трещинах, экскориациях. Состояние больной не удовлетворительное. Больная призналась, что 6 лет назад некоторое время вводила себе наркотические средства в вену в нестерильных условиях. Затем несколько лет лечилась в наркологическом диспансере.

Вопросы:

- 1.Ваш предварительный ДЗ
- 2.Какие необходимо назначить больной диагностические исследования для подтверждения ДЗ
3. Стадия заболевания у данной пациентки
- 4.Патогенез СПИДа
- 5.Перспективы лечения больных СПИДом

Задача 22.

Пациентка Ш., 38 лет, обратилась к врачу - аллергологу с жалобами на появление красных зудящих пятен на коже лица в холодную погоду. Отмечает также, что при умывании холодной водой у нее возникает зуд и резкий отек кожи в месте соприкосновения с водой.

Холодовая экспозиционная проба на коже плеча путем прикладывания кубика льда в течение 30с. была резко положительная. На месте прикладывания кусочка льда возникли гиперемия, волдырь.

Вопросы:

1. Указать механизмы развития патологии в данном случае. Что является пусковым фактором в развитии нарушений?
2. Что понимается под термином «отмена иммунологической толерантности», чем она обусловлена.
3. Профилактика псевдо – и аллергических реакций.
4. Этиология вторичных иммунодефицитных состояний, клинические примеры
5. Роль экологических факторов в возникновении аллергических заболеваний

Задача 23.

Пациент Г. 42 лет, находился в стационаре по поводу закрытого перелома X и XI ребер справа, не осложненного повреждением легочной ткани. Общее состояние удовлетворительное. Частота дыхания - 13 в минуту, дыхание поверхностное. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При общей спирографии выявлено - дыхательный объем составляет 83% от нормы, минутный объем дыхания - 82%, жизненная емкость легких - 80% от нормы. Индекс Тиффно (ОФВ 1с/ ЖЕЛ) - 85% ( норма - не м. 80%), показатель вентиляционно - перфузионных отношений ( V/Q ) - 0,7 ( норма 0,8 - 1,0).

Вопросы:

1. Определите тип нарушения СВД.
2. Каковы механизмы развития нарушений СВД.
3. Как нарушена биомеханика дыхания у данного больного
4. Какой тип нарушения легочной вентиляции имеет место в данном случае.
5. Значение борьбы с курением в профилактике заболеваний системы внешнего дыхания

Задача 24.

Пациент А. 57 лет, руководитель крупного предприятия, госпитализирован по результатам профилактического осмотра, в ходе которого выявлено: АД 170/100 мм рт.ст. (120/70 мм.рт.ст.), пульс 89 в мин ритмичный (60-80 в мин); объем циркулирующей крови на 20% больше нормального; расширение границ сердца влево, усиление верхушечного толчка; на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка; сужение артериол и повышенная извитость сосудистого рисунка глазного дна; дыхание - 21 в мин (16-18 в мин). Анализ крови: эритроциты  $6,0 \times 10^{12}$  /л ( $4,5-5,3 \times 10^{12}$ /л), гемоглобин 158 г/л (140-160г/л); лейкоциты  $4 \times 10^9$ /л ( $4-8 \times 10^9$ /л); тромбоциты  $330 \times 10^9$ /л ( $180-320 \times 10^9$ ); гипернатриемия; уровень альдостерона в пределах нормы; гиперхолестеринемия. Пациент эмоционален, возбужден; не курит.

Вопросы:

1. Какая форма патологии развилась у пациента? Ответ аргументируйте данными из условия задачи.
2. Какова наиболее вероятная причина и основные звенья патогенеза этой патологии? Ответ обоснуйте.
3. Как Вы объясните факт развития гипернатриемии, гиперволемии при нормальном содержании в крови альдостерона?
4. О чём может свидетельствовать тахикардия, учащённое дыхание и эритроцитоз в данном случае? Какова (каковы) их причина (причины) и значение?
5. Изменения в полости рта при циркуляторной гипоксии

Задача 25.

Мальчик О., 5 лет, обратился 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 экстрavasаты. 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: Нб – 100 г/л, Эр –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ретик – 3%, Тромб –  $300 \times 10^9$ /л, Лейк –  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час.

Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

Вопросы:

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза гемостаза страдает при данной патологии? Патогенез.
3. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
4. Какой вид терапии можно считать патогенетическим?
5. Возможные проявления в полости рта и ведущие звенья патогенеза.

Задача 26.

Мальчик 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 мелкоотечная 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: Нб – 101 г/л, Эр –  $3,2 \times 10^{12}$  /л, Тромб –  $12 \times 10^9$ /л, Лейк. –  $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 59%, э – 3%, л – 27%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/час.

Вопросы:

1. Укажите основную причину геморрагического васкулита у ребенка.
2. Какие лабораторные пробы нужно провести для подтверждения диагноза?
3. Какой гемостаз нарушен у ребенка? Какие виды гемостаза вы знаете?
4. Методы исследования системы гемостаза
5. Важнейшие клинические проявления в полости рта и ведущие звенья патогенеза данного состояния

Задача 27.

У пациента выраженный геморрагический синдром гематомного типа с поражением опорно – двигательного аппарата.

Анализ крови: эритроцитов  $2,3 \times 10^{12}$ /л; тромбоцитов –  $200 \times 10^9$ /л; лейкоцитов –  $5 \times 10^9$ /л.

Активное парциальное тромбопластиновое время 65 с. (норма 35 – 50с.). Протромбиновое время – 4с. (норма 11 – 14 с.). Выявлено выраженное удлинение общего времени

свертывания крови. С помощью коррегирующих проб выявлено отсутствие IX фактора свертывания крови.

Вопросы:

1. О нарушениях какой фазы свертывания крови свидетельствуют приведенные лабораторные показатели?
2. К нарушению образования какого комплекса приводит нарушение данного фактора?
3. Каков вид коагулопатии?
4. Доминирующий тип кровоточивости при данной патологии?
5. Важнейшие клинические проявления в полости рта и ведущие звенья патогенеза.

Задача 28.

Пациентка Н., 15 лет, была доставлена в БСМП бригадой скорой помощи с профузным маточным кровотечением после криминального аборта. Сознание спутано, АД резко снижено, пульс частый, нитевидный.

Анализ крови: эритроцитов –  $1,5 \times 10^{12}/л$ ; тромбоцитов –  $60 \times 10^9/л$ ; лейкоцитов –  $8 \times 10^9/л$ .

Общее время свертывания 25 минут (норма 5 – 11 минут)

Протромбиновое время – 30 сек. (норма 11 – 14 сек.)

Тромбиновое время – 28 сек. (норма 12 – 20 сек.)

Фибриноген – 1,5 г/л (норма 2 – 3,5 г/л)

Ретракция кровяного сгустка резко снижена, продукты деградации фибрина увеличены.

Вопросы:

1. О нарушении какой фазы свертывания крови свидетельствуют приведенные лабораторные показатели?
2. Какие лабораторные показатели свидетельствуют о развитии данной коагулопатии?
3. Каков вид коагулопатии?
4. Причины нарушения вторичного гемостаза?
5. К каким проявлениям в полости рта может привести

Задача 29.

Девочка А., 12 лет. Жалобы – на носовые кровотечения.

Данные анамнеза: в последнее время часто болела, с повышением температуры до фебрильных 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, отмечается незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Нв – 72г/л (N 125-135г/л), Эр. –  $2,8 \times 10^{12}/л$ , Ретик. – 0,2% (N 2,3 – 6,6%), Тромб. – единичные (N –  $228 – 275 \times 10^9/л$ ), Лейк. –  $1,3 \times 10^9/л$  (N 6 –  $8 \times 10^9/л$ ), п/я – 1% (N 1,3 – 2,6%), с – 4% (N – 53,5 – 61,6%), Л. – 95% (N – 27,5 – 38%), СОЭ – 35 мм/час (N – 5 – 13,7мм/час).

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

Вопросы:

1. Сформулируйте заключение о патологическом процессе у больной.
2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
3. Тромбоцитозы, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, патогенетические отличия
4. Виды патологии гемостаза
5. Объясните патогенез клинических проявлений в полости рта.

Задача 30.

КЛИНИКА. Больной Л., 42 года, поступил в клинику в тяжелом состоянии.

Объективно: температура тела-40<sup>0</sup>С. На коже множественные округлые папулезные инфильтраты синюшного оттенка до 1 см в диаметре. При осмотре ротовой полости – десны гиперемированы, с красными участками, напоминающими кровоизлияния, нависают над зубами, некротическая ангина. Гепатомегалия. В легких рассеяны сухие хрипы. Рентгенологически подтверждена пневмония.

#### ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Эритроциты: 1,5x 10<sup>12</sup>/л                      Тромбоциты: 75x 10<sup>9</sup>/л  
 Гемоглобин: 45 г/л                              Показатель гематокрита: 0,62 ЦП: 0,9  
 Ретикулоциты: 0%  
 Содержание сывороточного железа: 6,7 мкмоль/л( норма 9 – 31.3 мкмоль\л),  
 Лейкоциты: 150,0x10<sup>9</sup> /л                      СОЭ: 60 мм/ч

Лейкоцитарная формула:							
Б	Э	Нейтрофилы				Л	М
		М	Ю	П	С		
0	0	0	0	0	14	7	79

Анизоцитоз++. Пойкилоцитоз++. Анизохромия++

ПРИМЕЧАНИЕ: Среди клеток моноцитарного ростка – 59 % бластов.

Цитохимическими реакциями выявлено:

Активность а-нафтилацетатэстеразы++++;

Гликоген расположен диффузно.

Цитогенетически обнаружены нарушения в 8-ой и 11-й парах хромосом.

Значительное повышение лизоцима (муромидазы ) в крови и моче.

Вопросы:

1. Какая форма патологии имеется у больного?
2. Дать обоснованное заключение о нарушении в системе крови.
- 3.Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений.
- 4.Современные представления о молекулярных механизмах канцерогенеза
- 5.Доброкачественные опухоли зубо – челюстной области.

Задача 31.

КЛИНИКА. Больной А., 70 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с признаками интоксикации и геморрагического диатеза.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледные с множественными мелкоотечными образованиями коричневатого цвета, болезненными при пальпации. Температура – 40,0<sup>0</sup>С.

Гепато- и спленомегалия. При УЗИ определяется карбункул почки.

#### ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Эритроциты: 1,4x 10<sup>12</sup>/л                      Тромбоциты: 60x 10<sup>9</sup>/л  
 Гемоглобин: 35 г/л                              Показатель гематокрита: 0,55  
 ЦП: 0,75  
 Ретикулоциты: 0%

Содержание сывороточного железа: 9,0 мкмоль/л( норма 9 – 31.3 мкмоль\л),

Лейкоциты: 140,0x10<sup>9</sup> /л                      СОЭ: 52 мм/ч

ПРЕПАРАТ КРОВИ(МАЗОК)							
Лейкоцитарная формула							
Б	Э	Нейтрофилы				Л	М
		М	Ю	П	С		
2	6	4	6	10	52	14	6

Анизоцитоз++

пойкилоцитоз++

анизохромия++

ПРИМЕЧАНИЕ: Среди клеток миелоцитарного ряда – 2% бластных клеток,

Реакция на миелопероксидазу +++.

Вопросы:

1. Какой патологический процесс имеется у больного?
2. Дать обоснованное заключение о нарушении в системе крови.
3. Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений.
4. Антибластная резистентность организма
5. Опухолевая кахексия

Задача 32.

КЛИНИКА. Больная Н., 38 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с признаками внутреннего кровотечения.

Объективно: кожа бледная, с множественными петехиями и светло-коричневыми плотными, приподнимающимися над поверхностью образованиями. При осмотре ротовой полости – некротическая ангина. Катаральные изменения в носоглотке. Пульс нитевидный, АД 80/40 мм рт.ст. Температура – 38<sup>0</sup> С. Гепато- и спленомегалия.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Эритроциты:  $2,7 \times 10^{12}/л$                       Тромбоциты:  $30 \times 10^9/л$   
Гемоглобин: 65 г/л                                  Показатель гематокрита: 0,48  
ЦП: 0,73  
Ретикулоциты: 0%

Содержание сывороточного железа: 5,2 мкмоль/л, ( норма 9 – 31.3 мкмоль/л),

Лейкоциты:  $120,0 \times 10^9/л$                       СОЭ: 50 мм/ч

ПРЕПАРАТ КРОВИ (МАЗОК)							
Лейкоцитарная формула							
Б	Э	Нейтрофилы				Л	М
		М	Ю	П	С		
0	0	0	0	3	17	7	3

Анизоцитоз++

Пойкилоцитоз++

Анизохромия++

Гипохромия

ПРИМЕЧАНИЕ: Количество бластных клеток – 70 %

Активность миелопероксидазы+++.

Вопросы:

1. Какая форма патологии имеется у больной?
2. Дать обоснованное заключение о нарушениях в системе крови.
3. Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений.
4. Какую роль играют цитохимические показатели в диагностике имеющегося заболевания?
5. Взаимодействие опухоли и организма. Паранеопластические синдромы.

Задача 33.

У пациента Р., 29 лет, в анамнезе ранение плеча с повреждением артерии с предположительной утратой ОЦК в пределах 800 мл (15%). Общий анализ крови: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ , гемоглобин – 130 г/л, ЦП – 0,87, показатель гематокрита – 0,44 л/л, ретикулоциты – 3%, лейкоциты –  $6,0 \times 10^9/л$ , содержание сывороточного железа: 25,8 мкмоль/л, ( норма 9 – 31.3 мкмоль/л), СОЭ – 3 мм/ч, М-8. Анизоцитоз (+), пойкилоцитоз (+), анизохромия (+).

Вопросы:

1. Дайте обоснованное заключение о нарушении в системе крови у больного. Роль гипоксии в развитии стоматологических заболеваний.
2. Объясните патогенез гематологических проявлений.
3. Укажите стадию анемии.

4. Роль гипоксии в развитии стоматологических заболеваний
5. Возможные изменения в полости рта у пациента?

#### Задача 34.

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 –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$ , гемоглобин – 100 г/л, ЦП – 0,86, показатель гематокрита – 0,25 л/л, ретикулоциты – 15%, лейкоциты –  $7,0 \times 10^9/л$ , содержание сывороточного железа – 13,5 мкмоль/л, ( норма 9 – 31,3 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.

Вопросы:

1. Дать обоснованное заключение о нарушении в системе крови.
2. Объяснить патогенез клинико-гематологических проявлений у пациента
3. Роль гипоксии в развитии стоматологических заболеваний
4. Неспецифическая и специфическая защита полости рта, перечислите компоненты
5. Характеристика изменений в полости рта при данной патологии.

#### Задача 35.

Подросток 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 мелкоотечных и пятнистых кровоизлияний, некротические язвы слизистой оболочки зева и полости рта. Печень и селезенки не увеличены. Анализ крови: Нв – 60 г/л, эритроциты –  $2,0 \times 10^{12}$ , ретикулоциты – 0%, тромбоциты –  $28 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $1,5 \times 10^9$ ; 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, ( норма 9 – 31,3 мкмоль/л), непрямой билирубин – 10 мкмоль/л. ( норма до 20,5 мкмоль/л).

Вопросы:

1. Для какой патологии системы крови характерна данная гемограмма?
2. Этиология, патогенез развития, виды лейкопений
3. Ятрогенные лейкопении, профилактика
4. При каких нарушениях системы лейкоцитов повышается непереносимость пластмассовых протезов? Ответ обоснуйте
5. Обоснуйте патогенез изменений в полости рта при лейкопениях.

#### Задача 36.

Пациентка К., 58 лет, страдает артериальной гипертензией. В последние 1,5 года стала отмечать нарастание массы тела, зябкость в ногах, онемение и боли в икроножных мышцах при ходьбе, а затем и в покое (преимущественно в ночное время, вследствие чего у нее нарушился сон). 5 месяцев назад в нижней трети правой голени образовалась эрозия, а затем язва: безболезненная и не поддающаяся лечению. Отмечается постоянная повышенная ( $37,2^0 - 37,4^0$  C) температура тела.

На приеме у врача пациентка предъявила, помимо указанных выше, жалобы на сухость во рту, жажду, повышенный прием жидкости (до 4-5 литров в сутки), частое обильное мочеиспускание.

Объективно: кожа на голенях сухая, бледная, холодная на ощупь. Пальпаторно не определяется пульсации артерий в подколенной ямке и на стопе.

Анализ крови: повышены уровни холестерина, фибриногена, тромбоцитов; глюкоза 12 ммоль/л.

Вопросы:

1. Дайте обоснованный ответ о формах патологии у больной.
2. Приведите «порочный круг» вероятных причин патологии у больной.
3. Каковы основные механизмы развития патологии
4. Механизмы развития имеющихся клинико-лабораторных проявлений?
5. Какие изменения в полости рта могут быть выявлены при данной патологии

Задача 37.

У ребенка натощак содержание глюкозы составляло 2,7 ммоль/л (3,3-5,5 ммоль/л). После приема пищи содержание сахара увеличилось до 3,5 ммоль/л, содержание кетоновых тел в моче составляло 6 ммоль/л. Пробы с введением адреналина и глюкагона повышения содержания глюкозы в крови не вызвали.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у ребенка?
2. Какие Вам известны нарушения в процессе синтеза, депонирования и расщепления гликогена?
3. Что понимается под энергетическим обменом у человека?
4. Факторы, определяющие энергетический обмен, их особенности
5. Проявления в полости рта при нарушениях энергетического обмена

Задача 38.

Пациент М., 60 лет, доставлен в приемное отделение больницы в бессознательном состоянии. При осмотре: кожные покровы сухие, тургор кожи и тонус глазных яблок понижен; дыхание поверхностное; пульс - 96 уд в мин, АД - 70/50 мм рт.ст.; язык сухой; периодически наблюдаются судороги конечностей и мимической мускулатуры лица. Экспресс – анализ крови: гипергликемия - 35 ммоль/л, гиперазотемия, гипернатриемия, рН - 7,32. Из опроса родственницы, сопровождавшей пациента, выяснилось, что он болен сахарным диабетом, в связи с чем принимал небольшие дозы пероральных сахаропонижающих средств. В последний месяц страдал обострением хронического холецистита и колита; нередко были рвота, понос; жаловался на постоянную жажду и выделение большого количества мочи.

Вопросы:

1. Как называется состояние, в котором пациент доставлен в больницу?
2. Патогенез развития гиперосмолярной комы
3. Какие методы используются для выведения пациентов из комы?
4. Осложнения сахарного диабета
5. Изменения в полости рта у больного, их патогенез.

Задача 39.

В анамнезе у больного П. 43 лет 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, аланинотрансферазы до 1,8 (N 0,1-0,088 -мккат/л), снижение холестерина до 2,18 - ммоль/л, (N меньше 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- 47,0) мкмоль/л).

Вопросы:

1. Какой патологический процесс развился у пациента?
2. Имеются ли в данном случае признаки печеночной недостаточности?
3. Какие изменения белкового состава крови имеются у пациента? Патогенез этих изменений.
4. Охарактеризуйте систему детоксикации ксенобиотиков в гепатоцитах.
5. Какие изменения в полости рта могут быть у пациента, их патогенез.

Задача 40.

Пациент С., 46 лет, жалуется на приступообразные боли в суставах пальцев ног и рук. Боли сопровождаются повышением температуры тела. Объективно: больной гиперстенического телосложения. На хрящах ушных раковин мелкие круглые узлы (тофусы). Суставы стоп резко деформированы. При рентгенографии плюсне-фаланговых суставов в эпифизах костей у суставных поверхностей обнаружены хорошо очерченные бесструктурные круглые очаги. Содержание мочевины крови 11,9 ммоль/л. ( норма 3.5 – 9 ммоль/л)

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать в данном случае? Патогенез
2. Накопление каких продуктов нарушенного обмена веществ привело к развитию артрита?
3. Какие изменения в полости рта могут быть у пациента, их патогенез.
4. Какие Вам известны патогенные факторы внешней среды, их характеристика
5. Перечислите неспецифические факторы защиты организма и, в частности, полости рта

Задача 41

Больной П., 20 лет, после перенесенной черепно-мозговой травмы стал жаловаться на постоянную жажду, частое и обильное мочеиспускание (кол-во мочи 10-15 литров в сутки). Беспокоят слабость, головные боли, сердцебиение. Отмечает резкую сухость во рту.

При объективном исследовании отмечается: сухость кожи, отсутствие потоотделения, скудные выделения слюны, микротрещины, воспалительные изменения, изъязвления на деснах. Сахар крови натощак – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какое состояние развилось у пациента? Ответ аргументируйте.
2. Каковы основные звенья патогенеза этого состояния? Какие из имеющихся у пациента симптомов подтверждают Вашу версию?
3. Каковы принципы выведения пациента из этого состояния? Ответ обоснуйте.

Задача 42

У больного П., 12 лет, через 2 дня после травмы правого коленного сустава температура в подмышечной впадине повысилась с 36,2С<sup>0</sup> до 39,5С<sup>0</sup>. Объективно: у больного выраженная холодобоязнь, мальчик дрожит. Кожные покровы бледные, сухие и холодные на ощупь. Состояние больного неудовлетворительное, полное отсутствие аппетита, сухость во рту, тошнота.

Вопросы:

1. Патогенез повышения температуры тела у больного. Стадия лихорадки у больного.
2. Что понимается под термином «установочная точка»?
3. Каким образом поддерживается температурный гомеостаз у здорового человека?

Утвержден на заседании кафедры патологической физиологии имени профессора В.В. Иванова протокол № 7 от «06» марта 2020 г.

Заведующий кафедрой патологической физиологии имени профессора В.В. Иванова

 Т.Г. Рукша

Зам. рекана  
отомского государственного  
университета

 Володимир А. У.