

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра патологическая физиология

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания
Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «31» августа 2016 г. № 9**

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология»
для студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия**

**Рассмотрено и одобрено на заседании
Цикловой учебно-методической комиссии
от 29. 08. 2016 г. (протокол № 1)**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от « 01 » июля 2016 г. (протокол № 12)**

**Заведующий кафедрой
К.м.н., доцент**

Ф.С.Датиева

г. Владикавказ 2016 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - эталоны тестовых заданий, типовых и ситуационных задач (с титульным листом и оглавлением),
 - экзаменационные билеты по зачету/экзамену,

**УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология»
для студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре патологической физиологии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 «Педиатрия».

Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью учебно-методического управления.

Фонд оценочных средств включает в себя билеты для оценки фундаментальных знаний, банк тестовых заданий, типовых и ситуационных за экзаменационные билеты (билеты на зачет).

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе патофизиологии, клинической и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет 700. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины/практики достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов составляет 35, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагаются 67 ситуационных задач (анализы, типовые задачи и т.д.). Ситуационные задачи (и др.) представлены отдельно, от билета, на выбор студентов и дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала.

Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет. В целом, фонд оценочных средств по патофизиологии, клинической патофизиологии способствует качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по патофизиологии, клинической патофизиологии может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у студентов 3 и 5 курса.

Рецензент:

*Зав. кафедрой фармакологии
ФГОУ ВО СОГМА МЗ РФ
д.м.н., профессор*

Болиева Л.З.

«__» _____ 20__ г.

М.П.

ИНСТИТУТ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ - ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО

**ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НАУКИ ФЕДЕРАЛЬНОГО
НАУЧНОГО ЦЕНТРА "ВЛАДИКАВКАЗСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ
АКАДЕМИИ НАУК"**

РЕЦЕНЗИЯ

**по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология»
для студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре патологической физиологии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 «Педиатрия».

Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью учебно-методического управления.

Фонд оценочных средств включает в себя билеты для оценки фундаментальных знаний, банк тестовых заданий, типовых и ситуационных за экзаменационные билеты (билеты на зачет).

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе патофизиологии, клинической и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет 700. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины/практики достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов составляет 35, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагаются 67 ситуационных задач (анализы, типовые задачи и т.д.). Ситуационные задачи (и др.) представлены отдельно, от билета, на выбор студентов и дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала.

Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет. В целом, фонд оценочных средств по патофизиологии, клинической патофизиологии способствует качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по патофизиологии, клинической патофизиологии может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у студентов 3 и 5 курса.

Рецензент:

*Зав. отделом физиологии и патологии
висцеральных систем ИБМИ ВНЦ РАН
Заслуженный деятель ВШ РФ,
д.м.н., профессор*

«__» _____ 20__ г.

В.Б.Брин

М.П.

Паспорт фонда оценочных средств

**по учебной дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология»
по специальности 31.05.02 Педиатрия**

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемо й компетенци и(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
Общая нозология			
Модуль	Введение. Предмет, разделы и методы патофизиологии. Основные понятия общей нозологии Патогенное действие факторов внешней и внутренней среды. Наследственность, изменчивость и патология Общий адаптационный синдром. Стресс. Патофизиология воспаление. Белки острой фазы. Системное воспаление. Гипер- и гипотермии. Лихорадка. Патофизиология гипоксии и гипероксии. Типовые формы патологии системы крови. Патология гемостаза Типовые формы патологии системы кровообращения. Типовые формы патологии газообменной функции легких. Типовые формы нарушений пищеварения в желудке и кишечнике. Язвенная болезнь. Печеночная недостаточность. Желтухи Типовые формы патологии почек. Типовые формы патологии эндокринной системы. Типовые формы патологии нервной системы и высшей нервной деятельности. Патофизиология боли. Патофизиология сердечно-сосудистой системы Патофизиология экстремальных состояний Патофизиология системы гемостаза Имунопатофизиология Патофизиология инфекционного процесса. Воспаление. Патофизиология гипоксии. Хронические обструктивные болезни легких. Хронобиология, хрономедицина.	ОПК -1 ОПК-7 ОПК-9 ПК-6 ПК-21	Собеседование по вопросам, типовым и ситуационным задачам, тестирование письменное

	биоритмы.		
--	-----------	--	--

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра патологическая физиология

**Эталоны тестовых заданий, типовых и ситуационных задач
по дисциплине «Патофизиология, клиническая патофизиология»
для студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия**

**Рассмотрено и одобрено на заседании
Цикловой учебно-методической комиссии
от 29 августа 2016 г. (протокол № 1)**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от « 01 » июля 2016 г. (протокол № 12)**

**Заведующий кафедрой
К.м.н., доцент**

Ф.С.Датиева

г. Владикавказ 2016год
Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Промежуточный			
1.	«Нозология», «Наследственная патология», «Аллергия».	203	ОПК -1, 7, ПК- 6, 21	8 - 40
2.	«Типовые патологические процессы: местные расстройства кровообращения, воспаление, лихорадка».	53	ПК- 6, 21	40 - 53
3.	«Типовые патологические процессы: гипоксия, нарушения обмена веществ».	116	ПК- 6, 21	53 - 86
4.	«Патофизиология системы крови».	82	ПК- 6, 21	86 - 112
5.	«Патофизиология сердечно-сосудистой и дыхательной систем».	86	ПК- 6, 21	113- 141
6.	«Патофизиология системы пищеварения, печени и почек».	104	ПК- 6, 21	141 - 165
7.	«Патофизиология эндокринной системы», «Патофизиология ЦНС».	123	ПК- 6, 21	166 - 189

- Наименование контролируемого раздела (темы)/ или тем (разделов) дисциплины/модуля, учебной/ производственной практики берется из рабочей программы.
- Выписка из протокола заседания кафедры об алгоритме формирования теста для каждого вида тестирования (1 раз в год).
- Выписка из протокола заседания кафедры с записями об актуализации (внесение изменений, аннулирование, включение новых оценочных средств)(1 раз в год).
- Выписка из протокола заседания Цикловой учебно-методической комиссии об утверждении оценочных средств (по мере необходимости)

НОЗОЛОГИЯ

1. Какие вопросы рассматривает общая нозология?

- а) общие закономерности нарушения функций различных систем; диагностику болезней человека; патофизиологию органов и систем;
- +б) понимание сущности болезни на разных этапах развития медицины; классификацию болезней; формы возникновения, развития, течения и исходов болезней

2. Что такое этиология?

- +а) учение о причинах и условиях возникновения болезни;
- б) учение о причинах заболеваний;
- в) учение о совокупности условий, вызывающих развитие заболеваний

3. Какое из приведенных ниже определений патогенеза является правильным?

Патогенез - это:

- а) совокупность механизмов, возникающих в организме под влиянием нарушения вредоносными факторами рефлекторных реакций, ведущих к изменению биохимического и ферментативного состава крови, обуславливающие возникновение, течение и исход заболевания;
- +б) совокупность механизмов, включающихся в организме под влиянием действия на него вредоносных факторов и проявляющихся в динамическом и в, тоже время, стереотипном развёртывании ряда физиологических, биохимических и морфологических реакций, обуславливающих возникновение, течение и исход заболевания

4. Предполагает ли изучение патогенеза выяснение механизмов развития болезни?

- +а) да;
- б) нет

5. Укажите наиболее близкое к определению ВОЗ понятие "здоровье":

- а) состояние жизнедеятельности организма, которое обеспечивает ему наиболее совершенную деятельность и адекватные условия существования;
- б) состояние жизнедеятельности организма, при которой отмечается соответствие структуры и функции организма, и выявляется способность регуляторных систем поддерживать постоянство внутренней среды организма, что обеспечивает ему полноценную трудоспособность и социально полезную деятельность;
- +в) состояние жизнедеятельности организма, которое характеризуется не только отсутствием болезни, но и полным физическим, психическим и социальным благополучием, что обеспечивает полноценную трудоспособность и социально полезную деятельность

6. Укажите наиболее адекватное (из перечисленных) определение понятия "болезнь"?

- а) болезнь представляет собой сумму ненормальных жизненных отклонений, совершающихся в поврежденных, так или иначе, органах и тканях;
- +б) болезнь – это своеобразный жизненный процесс, связанный с действием на организм вредоносных факторов, проявляющийся в комплексе структурных и функциональных изменений, нарушающих адаптационные возможности организма и снижающих его трудоспособность и социально полезную деятельность;
- в) болезнь – это сложная реакция организма на действие болезнетворного агента, качественно новый процесс жизнедеятельности, характеризующийся ограничением или нарушением регуляции функций и приспособляемости

7. Укажите наиболее адекватное (из перечисленных) определение понятия

"предболезнь":

а) это период жизнедеятельности организма между началом действия патогенного фактора и возникновением первых признаков болезни;

б) это период жизнедеятельности организма от появления первых признаков болезни до полного развития его симптомов;

+в) это период жизнедеятельности организма, характеризующийся значительным снижением его адаптивных возможностей при сохранении постоянства внутренней среды (гомеостаза)

8.Укажите периоды болезни:

+а) латентный, продромальный, разгар, исход;

б) острый, подострый, хронический

9.Какова продолжительность течения острых заболеваний?

+а) до 2-х недель;

б) до 4-х недель;

в) до 6-ти недель;

г) до 8-ми недель

10.Какова продолжительность течения хронических заболеваний?

а) более 2-х недель;

+б) более 4-х недель;

в) более 6-ти недель;

г) более 8-ми недель

11.Как называется временное ослабление или исчезновение клинических проявлений хронического заболевания?

а) осложнение;

+б) ремиссия;

в) рецидив;

г) обострение

12.Как называется наступление нового цикла той же самой болезни после периода исчезновения или уменьшения ее клинических проявлений?

а) осложнение;

б) ремиссия;

+ в) рецидив

13.Как называется новая болезнь или патологический процесс, возникающий на фоне имеющейся болезни?

+а) осложнение;

б) ремиссия;

в) рецидив;

г) обострение

14.Укажите возможные исходы заболевания:

+а) выздоровление, смерть;

б) рецидив;

в) ремиссия;

г) осложнение;

д) инкубация

15. Укажите терминальные состояния:

- а) латентное;
- +б) преагональное;
- в) продромальное;
- +г) агональное;
- +д) клиническая смерть;
- е) биологическая смерть;
- +ж) терминальная пауза

16. Укажите проявления, характерные для преагонального периода:

- а) сознание отсутствует; повышение рефлекторной деятельности;
- +б) сознание сохранено или спутано; снижение рефлекторной деятельности
- +в) артериальное давление снижено; преобладает аэробный гликолиз;
- г) артериальное давление повышено; судорожное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры; преобладает анаэробный гликолиз

17. Укажите проявления, характерные для агонального периода:

- а) сознание отсутствует;
- б) резкое снижение условнорефлекторной деятельности на фоне преобладания безусловнорефлекторной;
- в) артериальное давление повышается после предшествующего снижения во время терминальной паузы;
- г) судорожное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры;
- д) преобладает анаэробный гликолиз;
- +е) все перечисленные

18. Укажите изменения, характерные для клинической смерти:

- а) сознание отсутствует;
- б) глазные рефлексы отсутствуют;
- в) артериальное давление равно нулю;
- г) дыхание не определяется;
- +д) все верны

19. Что способствует увеличению продолжительности периода клинической смерти?

- +а) длительный период умирания; умирание в условиях гипотермии; умирание в период новорожденности;
- б) короткий период умирания; умирание в условиях гипертермии; умирание в зрелом возрасте

20. Что способствует уменьшению продолжительности периода клинической смерти?

- а) длительный период умирания; умирание в условиях гипотермии; умирание в период новорожденности;
- +б) короткий период умирания; умирание в условиях гипертермии; умирание в зрелом возрасте

21. Какова роль массажа сердца в реанимационных мероприятиях?

- а) прекращает фибрилляцию желудочков;
- б) способствует поддержанию кровообращения;
- в) способствует восстановлению сердечной деятельности;
- +г) все верны

22.Какова роль внутриартериального нагнетания крови в реанимационных мероприятиях?

- +а) происходит раздражение рецепторов сердца и коронарных сосудов, что способствует восстановлению его деятельности; приводит к восстановлению коронарного кровотока;
- б) прекращает фибрилляцию желудочков сердца; способствует лучшему наполнению кровью левого желудочка

23. Какой способ искусственного дыхания является наиболее эффективным?

- а) способ Сильвестра;
- б) дыхание "рот в рот" или "рот в нос";
- +в) аппаратное дыхание

24.При дефиците кислорода компенсаторные реакции происходят на:

- а) клеточном уровне;
- б) органном уровне;
- +в) на всех уровнях;
- г) системном уровне;
- д) организменном уровне

25.Укажите компенсаторные реакции организма в ответ на гипоксемию и гипоксию

- а) брадикардия;
- +б) тахикардия;
- в) брадипноэ;
- +г) тахипноэ
- +д) повышение АД;
- е) снижение АД;
- +ж) выход эритроцитов из депо;
- з) депонирование эритроцитов

26.Что такое причинный фактор?

- +а) это фактор (предмет или явление), который, непосредственно воздействуя на организм, при определенных условиях вызывает болезнь и сообщает ей специфические черты;
- б) это фактор (предмет или явление), который сам заболевание не вызывает, но оказывает влияние на его возникновение и течение

27.Что такое условие?

- а) это фактор (предмет или явление), который, непосредственно воздействуя на организм, при определенных условиях вызывает болезнь и сообщает ей специфические черты
- +б) это фактор (предмет или явление), который сам заболевание не вызывает, но оказывает влияние на его возникновение и течение

28.Укажите основные свойства причинного фактора в возникновении болезни

- +а) необходимость для возникновения болезни;
- +б) незаменимость;
- в) широкая заменяемость;
- +г) непосредственное действие на организм; д) опосредованное действие;
- +е) определение специфических черт болезни

29.Какие вопросы рассматривает общая нозология?

- а) общие закономерности нарушения функций различных систем; диагностику болезней

человека; патофизиологию органов и систем;

+б) понимание сущности болезни на разных этапах развития медицины; классификацию болезней; формы возникновения, развития, течения и исходов болезней

30.Правомерно ли считать неадекватную ответную реакцию на действие раздражителя патологическим процессом?

а) да;

+б) нет

31.Правомерно ли считать неадекватную ответную реакцию на действие раздражителя патологической реакцией?

+а) да;

б) нет

32.Правомерно ли считать неадекватную ответную реакцию на действие раздражителя патологическим состоянием?

а) да;

+ б) нет

33.Как называется стойкое малоизменяющееся нарушение структуры и функции органа (ткани)?

а) патологическая реакция;

б) патологический процесс;

+ в) патологическое состояние;

г) болезнь

34.Можно ли считать стойкое малоизменяющееся нарушение структуры и функции органа (ткани) патологической реакцией?

а) да;

+ б) нет

35.Правомерно ли считать стойкое малоизменяющееся нарушение структуры и функции органа (ткани) патологическим состоянием?

+а) да;

б) нет

36.Укажите основные свойства причинного фактора в возникновении болезни

+а) необходимость для возникновения болезни;

+б) незаменимость;

в) широкая заменяемость;

+г) непосредственное действие на организм; д) опосредованное действие;

+е) определение специфических черт болезни

37.Правильно ли утверждение, что патологический процесс может не сопровождаться снижением приспособляемости организма и ограничением трудоспособности?

+а) да;

б) нет

38.Верно ли утверждение, что болезнь – это комбинация нескольких патологических процессов?

+а) да;

б) нет

39.Правомерно ли считать стойкое малоизменяющееся нарушение структуры и функции органа (ткани) болезнью?

а) да;

+ б) нет

40.Укажите примеры патологических реакций:

+а) кратковременное неадекватное повышение артериального давления после нервного напряжения;

б) понижение уровня сахара в крови (гипогликемия) в связи с введением больших доз инсулина;

в) рубцовые изменения тканей

г) культя;

д) атрофия альвеолярных отростков челюсти в связи с удалением зубов;

+е) спазм артериол сердца при тромбозе легочной артерии;

ж) приобретенный дефект клапанного аппарата сердца;

ж) воспаление легочной ткани при пневмонии

41.Укажите примеры патологических состояний:

+а) рубцовые изменения тканей; культя;

б) кратковременное неадекватное повышение артериального давления после нервного напряжения;

в) понижение уровня сахара в крови (гипогликемия) в связи с введением больших доз инсулина

г) спазм артериол сердца при тромбозе легочной артерии;

+д) приобретенный дефект клапанного аппарата сердца;

е) воспаление легочной ткани при пневмонии; г) фурункулез

42.Укажите примеры патологических процессов:

а) культя;

б) атрофия альвеолярных отростков челюсти в связи с удалением зубов;

+в) воспаление легочной ткани при пневмонии;

г) спазм артериол сердца при тромбозе легочной артерии

д) приобретенный дефект клапанного аппарата сердца;

+е) лихорадка при брюшном тифе;

ж) фурункулез;

з) инфаркт миокарда

43.Предполагает ли изучение патогенеза выяснение механизмов развития болезни?

+а) да;

б) Нет

44.Начальным звеном патогенеза является

а) вторичное повреждение;

б) обострение заболевания;

в) переход в хроническую форму;

+г) первичное повреждение;

д) формирование порочного круга

45.Основные звенья патогенеза заболевания – это:

а) повреждение, влекущее возникновение порочных кругов;

- +б) повреждение, обуславливающее большинство проявлений заболевания;
- в) причины и условия возникновения заболевания;
- г) повреждения, являющиеся необратимыми

46.Порочный круг в патогенезе заболеваний – это:

- а) переход первично возникшей острой фазы в хроническую форму с периодами обострения и ремиссии;
- б) циклическое течение заболевания, при котором каждый новый цикл отличается от предыдущего прогрессирующим нарастанием выраженности расстройств;
- +в) возникновение положительной обратной связи между отдельными звеньями патогенеза, способствующей прогрессии болезни

47.Порочный круг в патогенезе заболевания означает:

- а) истощение компенсаторных механизмов, ведущее к ухудшению состояния;
- б) возникновение любой патологической реакции;
- в) постепенная смена стадий болезни;
- +г) усугубление какого-либо звена патогенеза в результате возникающих реакций организма;
- д) последовательность терминальных состояний

48.Какие положения характеризуют понятие «патогенез»?

- +а) учение о механизмах возникновения, течения и исхода болезни;
- б) учение о причинах и условиях возникновения болезни;
- +в) конкретные механизмы развития патологических процессов;
- г) учение о типовых патологических процессах;
- д) учение о типовых формах патологии органа

49.Реактивность - это

- а) ответная реакция организма на раздражитель;
- +б) свойство организма как целого отвечать изменениями жизнедеятельности на воздействия окружающей среды;
- в) защитная реакция организма на действие патогенного раздражителя;
- г) устойчивость организма к болезнетворным воздействиям;
- д) неспецифическая резистентность организма

50.Специфической реактивностью называется свойство

- +а) организма отвечать на антигенный раздражитель;
- б) организма данного вида отвечать на воздействия окружающей среды;
- в) группы индивидов данного вида отвечать на воздействия окружающей среды;
- г) организма отвечать определенным образом на воздействия физических факторов;
- д) конкретного организма отвечать на воздействия окружающей среды.

51.Примером неспецифической патологической реактивности является реактивность при

- а) аллергии;
- б) иммунодефицитных состояниях;
- в) иммунодепрессивных состояниях;
- г) иммунно-пролиферативных заболеваниях;
- +д) шоковых состояниях

52.Примером специфической физиологической реактивности является

- а) аллергия;

- б) иммунодефицитные состояния;
- в) иммунодепрессивные состояния
- г) аутоиммунные процессы;
- +д) иммунитет.

53.Дизергией называют

- а) повышенную ответную реакцию организма на раздражитель;
- б) пониженную ответную реакцию организма на раздражитель;
- в) отсутствие ответной реакции организма на раздражитель;
- +г) извращенную ответную реакцию на раздражитель;
- д) адекватную ответную реакцию организма на раздражитель

54. Уникальность каждого индивидуума определяется

- а) видовой реактивностью;
- б) групповой реактивностью;
- +в) индивидуальной реактивностью;
- г) половой принадлежностью;
- д) конституциональными особенностями

55.Воздействие патогенного фактора одной и той же силы не вызывает одинаковых изменений жизнедеятельности у разных людей, что является примером:

- а) видовой реактивности;
- б) групповой реактивности;
- в) половой реактивности;
- г) возрастной реактивности;
- +д) индивидуальной реактивности

56.Новорожденные легче переносят гипоксию, чем взрослые. Это пример:

- а) биологической реактивности;
- б) видовой реактивности;
- +в) возрастной реактивности
- г) половой реактивности;
- д) индивидуальной реактивности

57.Классификации конституциональных типов Черноруцкого соответствует:

- +а) нормостеник;
- б) сангвиник;
- в) атлетический тип;
- г) мышечный тип;
- д) сильный, уравновешенный, подвижный тип.

58.Классификации конституциональных типов Черноруцкого соответствует:

- а) астеник;
- б) нормостеник;
- в) гиперстеник
- +г) все перечисленные

59.Классификации конституциональных типов И.П.Павлова соответствует:

- а) холерик;
- б) флегматик;
- в) меланхолик;
- +г) сильный, уравновешенный, подвижный

д) астеник

60. Гиперстеники склонны к:

- а) понижению уровня артериального давления;
- б) анемии;
- в) понижению уровня глюкозы крови;
- +г) повышению содержания холестерина крови;
- д) понижению всасывательной способности кишечника
- е) относительно высокая жизненная емкость легких;
- ж) низкий уровень холестерина в крови;
- з) пониженная функция надпочечников;
- +и) более высокое артериальное давление

61. Астеническая конституция предрасполагает к развитию:

- а) гипертонической болезни;
- б) ишемической болезни сердца;
- в) желчекаменной болезни
- +г) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- д) сахарного диабета

62. Какие утверждения являются верными?

- +а) реактивность зависит от конституции организма;
- +б) реактивность зависит от состояния нервной и эндокринной систем;
- в) реактивность не зависит от факторов внешней среды;
- г) реактивность и резистентность организма не зависят от состояния обмена веществ
- +д) реактивность организма зависит от пола и возраста

63. Выберите признаки, характерные для гиперстенического типа конституции человека:

- а) высокий рост;
- б) узкая грудная клетка;
- +в) высокое положение диафрагмы;
- +г) горизонтальное положение сердца;
- +д) сильно выраженный мышечный и подкожно-жировой слой

64. Выберите признаки, характерные для астенического типа конституции человека:

- а) тупой эпигастральный угол;
- +б) высокий уровень основного обмена;
- в) низкий уровень основного обмена;
- г) склонность к ожирению;
- д) склонность к повышению АД

65. К особенностям патологии детского возраста относится

- а) хроническое течение болезней;
- б) угнетение биосинтетических процессов;
- +в) высокая проницаемость биологических барьеров;
- г) большая частота опухолевых заболеваний;
- д) множественность патологии.

66. Женщины менее резистентны, чем мужчины к:

- а) голоданию;

- б) острой кровопотере;
- в) гипоксии;
- г) низкой температуре;
- +д) действию наркотиков.

67.Резистентность организма - это свойство организма

- а) отвечать на любые воздействия окружающей среды;
- б) отвечать на физиологические воздействия окружающей среды;
- в) отвечать только на экстремальные факторы окружающей среды;
- +г) оказывать сопротивление патогенному воздействию окружающей среды;
- д) оказывать сопротивление любым воздействиям окружающей среды

68.Резистентность организма - это

- а) свойство организма отвечать изменением жизнедеятельности на воздействия окружающей среды;
- б) ответная реакция организма на раздражитель;
- в) пониженная реакция организма на раздражитель;
- +г) устойчивость организма к болезнетворным воздействиям;
- д) чувствительность организма к действию факторов окружающей среды

69.Примером пассивной резистентности является

- а) процесс нейтрализации яда;
- б) лейкоцитоз при воспалении;
- +в) гистогематические барьеры;
- г) образование антител; д) фагоцитоз

70.Примером активной резистентности является

- а) плотные покровы насекомых, черепах;
- б) кожа, слизистые, препятствующие проникновению микробов;
- в) кости и другие ткани опорно-двигательного аппарата;
- +г) фагоцитоз;
- д) гистогематические барьеры

71.Что относится к проявлениям пассивной резистентности организма?

- а) обезвреживание и выделение токсинов;
- б) ответ острой фазы повреждения
- +в) барьерные функции кожи и слизистых оболочек;
- г) иммунитет после перенесенного инфекционного заболевания;
- +д) содержание HCl в желудочном соке

72.Что относится к проявлениям активной резистентности организма?

- +а) обезвреживание и выделение токсинов;
- +б) ответ острой фазы повреждения;
- в) барьерные функции кожи и слизистых оболочек;
- +г) иммунитет после перенесенного инфекционного заболевания;
- д) содержание HCl в желудочном соке

73.Верным является утверждение:

- а) реактивность не зависит от конституции организма;
- +б) реактивность зависит от состояния нервной и эндокринной системы;
- в) реактивность не зависит от факторов внешней среды;
- г) реактивность и резистентность организма не зависят от состояния обмена веществ;

д) реактивность организма не зависит от пола и возраста.

74.Верным является утверждение:

- +а) высокая реактивность организма не всегда сопровождается высокой резистентностью;
- б) реактивность и резистентность проявляются независимо;
- в) низкая реактивность организма всегда сопровождается высокой резистентностью;
- г) низкая реактивность организма всегда способствует устойчивости к инфекции.

75.Верным является утверждение:

- +а) реактивность – это свойство организма как целого отвечать изменениями жизнедеятельности на воздействие внутренней или внешней среды
- б) реактивность – свойство живых объектов отвечать на воздействие внешней среды изменениями своего состояния или деятельности
- в) реактивность – это устойчивость организма к патогенным воздействиям

ПАТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

76.Что характерно для фазы декомпенсации горной болезни?

- а) газовый ацидоз;
- +б) газовый алкалоз;
- +в) гипокапния;
- г) гиперкапния
- +д) замедление окислительно-восстановительных процессов;
- е) усиление окислительно-восстановительных процессов;
- ж) эйфория;
- +з) угнетение ЦНС

77.В каком случае наступает баротравма легких?

- а) при постепенном повышении давления в лёгких;
- +б) при мгновенном выраженном повышении давления в лёгких

78.Сатурация развивается при переходе:

- +а) от нормального давления к повышенному;
- б) от повышенного давления к нормальному;
- в) от нормального давления к пониженному;

79.Десатурация развивается при переходе:

- а) от нормального давления к повышенному;
- +б) от повышенного давления к нормальному;
- в) от нормального давления к пониженному;

80.Укажите возможные отрицательные последствия десатурации:

- а) высотная тканевая эмфизема;
- б) токсическое действие кислорода;
- +в) газовая эмболия;
- +г) скопление пузырьков газа в полостях

81.Какое изменения с наибольшей вероятностью может наблюдаться у человека, длительное время проживающего высоко в горах?

- а) снижение активности дыхательных ферментов;
- +б) эритроцитоз;

- в) гипотрофия сердца;
- г) гиповентиляция лёгких

82. Укажите причину смерти при горной и высотной болезнях:

- +а) первичная остановка дыхания из-за паралича дыхательного центра;
- б) первичная остановка сердца;

83. При каких условиях патогенное действие электрического тока на организм будет более значительным?

- +а) при прохождении электрического тока через влажную кожу;
- б) при прохождении электрического тока через сухую кожу

84. Как изменяется чувствительность организма к повреждающему действию электрического тока при тиреотоксикозе, гипертермии, кровопотере?

- +а) повышается;
- б) понижается

85. В каком случае патогенное действие электрического тока на организм будет больше?

- +а) в состоянии бодрствования;
- б) во время наркотического сна

86. В каком случае действие электрического тока на организм будет более значительным?

- +а) в случае, если поражение происходит неожиданно;
- б) в случае если ожидается действие электрического тока

87. От каких факторов зависит патогенное действие технического электричества?

- +от вида тока
- +от напряжения
- +от силы тока
- от атмосферного давления
- +от сопротивления тканей

88. Ток какого напряжения вызывает 100% летальность?

- а) 100 В
- б) 200 В
- в) 500 В
- г) 1 000 В
- +д) 30 000 В

89. Какой ток вызывает судороги?

- +постоянный силой 50 мА
- +переменный 50-60 Гц силой 15-25 мА
- переменный 50 Гц силой 5 мА
- постоянный силой 20-25 мА
- переменный 1 000 000 Гц силой 5 мА

90. Ток какого напряжения не вызывает смертельных поражений организма?

- до 100 В
- до 200 В
- +до 40 В

до 220 В

до 150 В

91.Ток какой силы является смертельно опасным?

10 мА

25 мА

50 мА

+100 мА

+500 мА

92.Что обладает наибольшим сопротивлением электрическому току?

кости

сухожилия

мышцы

+эпидермальный слой кожи

кровь

93.Что снижает резистентность организма к электротравме?

состояние наркоза

глубокое алкогольное опьянение

+легкое алкогольное опьянение

+гипоксия

+перегревание

94. От чего наступает смерть при поражении человека молнией?

от судорожного сокращения мышц

от паралича дыхательного центра

+от остановки сердца

+от понижения температуры тела

95.Чем может быть обусловлена остановка дыхания при электротравме:

повышением тонуса блуждающего нерва

+спазмом дыхательной мускулатуры

+спазмом позвоночных артерий, снабжающих дыхательный центр

+поражением дыхательного центра

+нарушением проходимости дыхательных путей вследствие ларингоспазма

96.Что способствует снижению тяжести поражений при электротравме?

тиреотоксикоз

+глубокое алкогольное опьянение

+состояние наркоза

гипоксия

перегревание

97.Укажите, какие механизмы действия электрического тока не оказывают прямого повреждающего действия на организм

биологическое действие

электротермическое действие

электромеханическое действие

+электромагнитное действие

электрохимическое действие

98. При какой температуре не возникают знаки тока:

- 80°C
- +60°C
- 100°C
- 130°C

99. Несмертельная электротравма вызывает:

- +судорожное сокращение мышц
- +потерю сознания
- остановку сердца
- остановку дыхания
- развитие клинической смерти

100. Местные реакции организма на электротравму:

- тонические судороги
- +знаки тока
- остановка сердца
- +ожоги

101. Виды ожогов, возникающих при электротравме:

- электрические
- +контактные
- химические
- +термические

102. Наиболее опасным является прохождение тока через:

- +головной мозг
- легкие
- +сердце
- нижние конечности

103. Остановка сердца может возникнуть во всех случаях, кроме:

- фибрилляции желудочков
- спазма коронарных сосудов
- поражения сосудодвигательного центра
- +понижения тонуса блуждающего нерва
- повышения тонуса блуждающего нерва

104. Для первых 6 часов острой лучевой болезни у взрослого, однократно totally облученного в дозе 2-6 Гр, характерны:

- +а) тошнота, рвота;
- +б) лимфоцитопения;
- +в) нейтрофильный лейкоцитоз;
- г) кровоточивость;
- д) эритема;
- е) анемия

105. Чувствительность органа (ткани) к ионизирующей радиации повышается:

- а) при гипоксии;
- +б) при дефиците витамина Е;
- +в) в процессе регенерации ткани;
- г) в присутствии цитостатических препаратов;

+д) при гипертермии; +е) при избытке кислорода

106. Главная мишень в клетке при действии на нее ионизирующей радиации:

- а) цитоплазматическая мембрана;
- +б) ДНК;
- в) ЭПС;
- г) рибосомы;
- д) митохондрии;
- е) лизосомы;
- ж) комплекс Гольджи

107. Радиационному повреждению клеток способствуют:

- +а) повышение содержания кислорода в крови;
- б) понижение содержания кислорода в крови;
- +в) недостаток витамина Е;
- +г) высокая митотическая активность;
- д) низкая митотическая активность

108. Какие клетки больше поражаются при действии ионизирующего излучения?

- а) зрелые;
- +б) эмбриональные;
- +в) недифференцированные

109. Укажите механизмы прямого действия радиации в облучаемой среде:

- +а) ионизация молекул;
- +б) разрыв наименее прочных связей в молекулах;
- в) образование перекиси водорода, радикала гидропероксида, атомарного кислорода;
- +г) возбуждение молекул;
- +д) отрыв свободных радикалов;
- е) повреждение свободными радикалами химических связей и функциональных групп ферментов;
- ж) изменение химического строения ДНК

110. Укажите механизмы непрямого (опосредованного) действия радиации в облучаемой среде:

- а) ионизация молекул;
- б) разрыв наименее прочных связей в молекулах;
- +в) образование перекиси водорода, радикала гидропероксида, атомарного кислорода;
- г) возбуждение молекул;
- д) отрыв свободных радикалов;
- +е) повреждение свободными радикалами химических связей и функциональных групп ферментов;
- +ж) изменение химического строения ДНК;
- +з) образование липидных радиотоксинов;
- +и) образование хиноновых радиотоксинов

111. Укажите ткани, обладающие относительно высокой радиочувствительностью:

- +а) лимфоидная;
- +б) эпителиальная;
- в) костная;
- г) нервная;

- +д) кроветворная;
- е) мышечная

112. Укажите ткани, обладающие относительно невысокой радиочувствительностью:

- а) лимфоидная;
- б) эпителиальная;
- +в) костная;
- +г) нервная;
- д) кроветворная;
- +е) мышечная

113. Что характерно для 2-го периода острой лучевой болезни?

- +а) начинающееся угнетение кроветворения;
- б) резкое угнетение кроветворения;
- в) кровоизлияния во внутренние органы;
- +г) отсутствие видимых клинических проявлений заболевания;
- д) яркие клинические проявления болезни

114. Что характерно для 3-го периода острой лучевой болезни?

- +а) резкое угнетение кроветворения;
- б) незначительное угнетение кроветворения;
- +в) кровоизлияния во внутренние органы;
- +г) повышенная проницаемость клеточных мембран;
- д) пониженная проницаемость клеточных мембран;
- +е) угнетение иммунитета;
- ж) иммунитет не страдает

115. Укажите основные изменения периферической крови 1-го периода острой лучевой болезни:

- +а) лейкоцитоз;
- +б) лимфопения;
- в) лейкопения;
- г) лимфоцитоз

116. Укажите основные изменения периферической крови 2-го периода острой лучевой болезни:

- а) лейкоцитоз;
- +б) лимфопения;
- +в) лейкопения;
- г) лимфоцитоз

117. Укажите основные изменения периферической крови 3-го периода острой лучевой болезни:

- а) лейкоцитоз;
- +б) лейкопения;
- в) эритроцитоз;
- +г) анемия;
- д) тромбоцитоз;
- +е) тромбоцитопения.

118. Укажите основные клинические проявления 3 периода острой лучевой болезни:

- +а) инфекционные осложнения;

- б) лучевой шок;
- +в) кровоизлияния в кожу;
- г) возбуждение ЦНС;
- +д) внутренние кровотечения;
- е) "рентгеновское похмелье"

119. Геморрагический синдром при острой лучевой болезни обусловлен:

- +а) снижением количества тромбоцитов в 1 мкл;
- б) повышением количества тромбоцитов в 1 мкл;
- +в) снижением способности тромбоцитов к агрегации;
- г) повышением способности тромбоцитов к агрегации;
- д) снижением проницаемости сосудистой стенки;
- +е) повышением проницаемости сосудистой стенки

120. О наследственном характере заболевания свидетельствуют:

- а) высокая конкордантность болезни у разнояйцевых близнецов, живущих в одинаковых условиях;
- +б) высокая конкордантность болезни у однояйцевых близнецов, живущих в разных, резко контрастирующих условиях;
- в) низкая конкордантность болезни у однояйцевых близнецов, живущих в разных условиях.

121. Укажите признаки наследственных болезней:

- +а) проявляется в родословной не менее чем в 2-х поколениях;
- б) не проявляется в родословной данного пациента;
- +в) могут передаваться по наследству от заболевших родителей потомству;
- +г) есть аномалии в генотипе пациента;
- д) нет аномалий в генотипе, но механизм передачи наследственной информации нарушен.

122. Какие из перечисленных болезней являются хромосомными?

- а) фенилкетонурия;
- +б) болезнь Дауна;
- в) серповидноклеточная анемия;
- г) гемофилия;
- д) дальтонизм;
- +е) синдром Клайнфельтера;
- +ж) синдром Тернера-Шерешевского;
- +з) синдром трисомии X.

123. К какой категории патологии относится врожденная косолапость?

- а) болезнь;
- б) патологический процесс;
- +в) патологическое состояние;
- г) патологическая реакция.

124. Укажите механизмы реализации патогенных генов у взрослого человека:

- +а) прекращение синтеза структурного белка;
- +б) прекращение синтеза фермента;
- +в) прекращение синтеза информационной РНК;

- +г) синтез информационной РНК, кодирующей патологический процесс;
- +д) синтез патологического белка;
- +е) синтез эмбрионального белка;
- ж) транслокация гена.

125. Выберите кариотипы, характерные для синдрома Клайнфельтера:

- а) 22 пары аутосом +ХО;
- б) 22 пары аутосом +ХХ;
- в) 22 пары аутосом +ХХХ;
- +г) 22 пары аутосом +ХХУ;
- д) 23 пары аутосом +УО;
- +е) 22 пары аутосом +ХХХУ.

126. Укажите агенты, способные вызвать мутации генов:

- а) гипертонический раствор;
- +г) 22 пары аутосом +ХХУ;
- д) 23 пары аутосом +УО;
- +е) 22 пары аутосом +ХХХУ.

127. Какой набор половых хромосом характерен для синдрома Шерешевского-Тернера:

- а) УО;
- б) ХУ;
- в) ХХХ;
- г) ХХ;
- +г) 22 пары аутосом +ХХУ;
- д) 23 пары аутосом +УО;
- +е) 22 пары аутосом +ХХХУ.

128. Укажите соответствие кариотипа синдрому Кляйнфельтера:

- а) ХО;
- +б) ХХУ;
- в) трисомия по 21-й аутосоме;
- г) ХХХ.

129. Укажите логическую последовательность наследования ферментопатии:

- а) признак;
- +б) ген;
- +в) белок;
- г) 1 фермент.

130. Укажите синдромы, развивающиеся при нарушении расхождения половых хромосом:

- а) синдром Дауна;
- +б) синдром Кляйнфельтера;
- +в) синдром трисомии Х;
- +г) синдром Шерешевского-Тернера;
- д) синдром Марфана;
- е) гемофилия А;

- ж) гемофилия В;
- +з) синдром УО.

131.Какой набор половых хромосом свидетельствует о хромосомных aberrациях в женском организме:

- +а) ХО;
- б) ХУ;
- в) ХХ;
- +г) ХХХ;
- д) ХХУ;
- е) УО.

132.Укажите соответствие кариотипа синдрому Шерешевского-Тернера:

- +а) ХО;
- б) ХХУ;
- в) трисомия по 21-й аутосоме;
- г) ХХХ.

133.Укажите, для каких из перечисленных состояний характерно наличие телец Барра:

- а) в норме у мужчин;
- +б) при синдроме Кляйнфельтера;
- в) при синдроме Шерешевского-Тернера;
- +г) в норме у женщин.

134. Какие из перечисленных заболеваний относятся к наследственным, сцепленным с полом?

- а) алкаптонурия;
- б) полидактилия;
- +в) гемофилия;
- +г) дальтонизм;
- д) альбинизм;
- е) синдром Дауна;
- ж) фенилкетонурия;
- +з) некоторые формы сидеробластных анемий.

135.Укажите соответствие кариотипа болезни Дауна:

- а) ХО;
- б) ХХУ;
- +в) трисомия по 21 -й аутосоме;
- г) ХХХ.

136.Синдром Дауна характеризуется:

- +а) слабоумием;
- +б) мышечной гипотонией;
- +в) монголоидным типом лица;
- +г) снижением иммунитета;
- д) увеличением размеров мозга;
- +е) «обезьяньей складкой» на ладони;
- +ж) увеличением содержания СОД;

- +з) повышенной склонностью к лейкозу;
- и) уменьшением содержания пуринов.

137. Выберите из нижеперечисленных наследственных заболеваний хромосомные:

- а) гемофилия;
- б) алкаптонурия;
- +в) синдром Дауна;
- +г) синдром Паттау;
- д) хорея Гантингтона;
- +е) синдром Кляйнфельтера;
- ж) серповидноклеточная анемия;
- з) болезнь Альцгеймера.

138. Укажите, для каких из нижеперечисленных состояний характерно отсутствие телец Барра:

- +а) в норме у мужчин;
- б) при синдроме Кляйнфельтера;
- +в) при синдроме Шерешевского-Тернера;
- г) в норме у женщин.

139. В каких случаях при аутосомно-доминантном типе передачи наследственных болезней родители могут иметь фенотипически здоровых детей?

- а) когда они оба гомозиготны по аномальному признаку;
- +б) когда они оба гетерозиготны по аномальному признаку;
- в) когда один из них гомозиготен по аномальному признаку, а второй гетерозиготен;
- г) когда один из них гомозиготен по аномальному признаку, а второй здоров.

140. Заболеваниями, относящимися к болезням с наследственной предрасположенностью, являются:

- +а) атеросклероз;
- б) ахондроплазия;
- в) близорукость;
- г) гемофилия А;
- +д) сахарный диабет;
- +е) атопическая бронхиальная астма.

141. Мутагенами называют:

- а) вещества, способные вызвать состояние повышенной чувствительности у человека;
- +б) факторы, способные вызвать изменения в генной структуре биологического объекта, которые передаются затем по наследству.

АЛЛЕРГИЯ

142. Приведите примеры реакций, развивающихся по I типу (реагиновому) иммунного повреждения:

- +а) крапивница;
- б) миастения гравис;
- +в) «пылевая» бронхиальная астма;

- +г) анафилактический шок;
- +д) отек Квинке;
- е) сывороточная болезнь;
- +ж) поллиноз;
- +з) инсектная аллергия.

143. Укажите оптимальные сроки для воспроизведения анафилактического шока у морских свинок после проведения пассивной сенсibilизации:

- а) 15-20 мин;
- б) 6-8 ч;
- +в) 22-24 ч;
- г) 6-8 сут;
- д) 14-15 суток.

144. Какими методами можно обнаружить специфические антитела при atopических заболеваниях?

- +а) кожными пробами;
- б) реакцией связывания комплемента;
- в) реакцией преципитации;
- +г) реакцией Праустница-Кюстнера;
- +д) РАСТ;
- е) РИСТ;
- +ж) провокационными тестами.

145. Укажите, при каких способах введения разрешающей дозы аллергена может развиваться анафилактический шок у человека:

- +а) внутрикожном;
- +б) подкожном;
- +в) внутримышечном;
- +г) внутривенном.
- д) внутрибрюшинном;
- е) парентеральным

146. Укажите, какие из перечисленных ниже заболеваний могут развиваться по III типу иммунного повреждения:

- а) поллиноз;
- б) анафилактический шок;
- +в) atopическая бронхиальная астма;
- +г) сывороточная болезнь;
- +д) местные реакции по типу феномена Артюса;
- +е) лекарственная аллергия;
- +ж) аллергический альвеолит.

147. Для аллергической реакции, развивающейся по I типу (реагиновому) иммунного повреждения, характерно:

- +а) ведущая роль в патогенез иммуноглобулина E;
- +б) проявление реакции через 15-20 мин после повторного контакта с аллергеном;
- в) проявление реакции через 24-48 ч после повторного контакта с аллергеном;

- +г) что в механизме развития проявлений заболевания основную роль играют: гистамин, ФАТ, кинины, лейкотриены;
- д) что в механизме развития проявлений заболевания основную роль играют лимфокины.

148. Укажите время максимального проявления кожных реакций после повторного воздействия аллергена при аллергических реакциях, развивающихся по IV типу иммунного повреждения:

- а) 15-30 мин;
- б) 6-8 ч;
- +в) 24-48 ч;
- г) 10-14 сут.

149. Укажите, какие процессы играют основную роль в патогенезе заболеваний, развивающихся по I типу иммунного повреждения:

- а) взаимодействие циркулирующих антител (IgG, IgM-классов) с антигеном, находящимся на поверхности клеток-мишеней при участии комплемента, фагоцитов и NK-клеток;
- б) взаимодействие циркулирующих антител (IgG, IgM-классов) с имеющимся в избытке антигеном и с образованием иммунных комплексов при участии комплемента;
- в) взаимодействие сенсibilизированных лимфоцитов с антигеном;
- +г) взаимодействие фиксированных на клетках-мишенях антител (IgE, IgG4) с антигеном без участия комплемента.

150. Укажите вторичные клетки-мишени при аллергических реакциях, развивающихся по I типу иммунного повреждения:

- +а) нейтрофилы;
- б) базофилы;
- +в) эозинофилы;
- +г) фибробласты;
- д) тучные клетки.

151. Укажите, какие процессы играют основную роль в патогенезе заболеваний, развивающихся по IV типу иммунного повреждения:

- а) взаимодействие циркулирующих антител (IgG, IgM-классов) с антигеном, находящимся на поверхности клеток-мишеней при участии комплемента, фагоцитов и NK-клеток;
- б) взаимодействие циркулирующих антител (IgG, IgM-классов) с имеющимся в избытке антигеном и с образованием иммунных комплексов при участии комплемента;
- +в) взаимодействие сенсibilизированных лимфоцитов с антигеном;
- г) взаимодействие фиксированных на клетках-мишенях антител (IgE, IgG4) с антигеном без участия комплемента.

152. Для аллергических реакций, развивающихся по IV типу (гиперчувствительность замедленного типа) иммунного повреждения, характерно:

- +а) ведущая роль сенсibilизированных Т-лимфоцитов в патогенезе;
- +б) начало проявления реакции через 6-8 ч и достигает максимума через 24-48 часов после повторного контакта с аллергеном;
- в) начало проявления реакции через 20-30 мин;

- +г) основная роль лимфокинов в механизмах развития проявлений заболевания;
- д) ведущая роль гистамина, ФАТ, кининов, лейкотриенов в механизмах развития проявлений заболевания.

153. Укажите, какие из перечисленных экспериментальных феноменов можно отнести к аллергическим реакциям, развивающимся по I типу иммунного повреждения:

- а) феномен Артюса;
- +б) феномен Овери;
- +в) феномен Шульца-Дейла (анафилаксия изолированного кишечника);
- +г) анафилактический шок.

154. Реакция иммунного повреждения по III типу наблюдается при:

- а) контактном дерматите;
- +б) аллергических васкулитах;
- в) аутоиммунной гемолитической анемии;
- г) реакции отторжения трансплантата;
- д) сенной лихорадке.

155. Какие из перечисленных медиаторов играют основную роль в патогенезе заболеваний, развивающихся по I типу иммунного повреждения:

- +а) лейкотриены;
- +б) ФАТ;
- в) ИЛ-2;
- +г) ФХЭ-А;
- +д) ФХН-А;
- е) фактор переноса;
- ж) ФАМ;
- з) ФУМ;
- и) лимфотоксин;
- +к) гистамин.

156. Какие клетки составляют основу воспалительного инфильтрата при заболеваниях, развивающихся по IV типу иммунного повреждения:

- а) нейтрофилы;
- +б) лимфоциты;
- +в) моноциты;
- г) эозинофилы.

157. Выберите заболевания, для диагностики которых следует использовать кожные пробы с аллергеном:

- +а) аллергический ринит;
- б) лекарственная аллергия;
- +в) атопическая бронхиальная астма;
- +г) аллергический контактный дерматит;
- +д) поллиноз;
- е) иммунный агранулоцитоз;
- +ж) туберкулез легких;
- +з) бруцеллез.

158.Какие из перечисленных ниже антигенов являются наиболее частой причиной развития атопических заболеваний?

- +а) домашняя пыль;
- б) бактериальные токсины;
- +в) постельные микрочлещи;
- +г) эпидермальные аллергены;
- +д) пыльца растений;
- +е) споры грибов;
- +ж) коровье молоко.

159.Какие явления наблюдаются в 1-й стадии аллергических реакций реактинового типа?

- +а) кооперация Т-, В-лимфоцитов и макрофагов;
- б) кооперация тучных клеток, нейтрофилов и эозинофилов;
- +в) трансформация дифференцированных В-лимфоцитов в лимфобласты;
- г) образование клона плазматических клеток;
- д) образование клона специфических Т-лимфоцитов-эффекторов;
- +е) синтез и накопление антител;
- ж) активация тучных клеток.

160.Какие реакции и болезни человека относятся к атопическим?

- +а) поллинозы;
- +б) «пылевая» бронхиальная астма;
- +в) крапивница;
- +г) отек Квинке;
- д) сывороточная болезнь.

161.Какие из перечисленных диагностических тестов являются провокационными?

- а) скарификационные кожные пробы;
- б) внутрикожное введение аллергена;
- +в) интраназальное введение аллергена;
- +г) ингаляция аллергена в виде аэрозоля;
- +д) закапывание аллергена на конъюнктиву глаз;
- е) реакция Праустница-Кюстнера;
- ж) РАСТ;
- з) РИСТ.

162.Какие медиаторы тучных клеток синтезируются вновь:

- +а) фактор активации тромбоцитов;
- б) фактор хемотаксиса нейтрофилов;
- в) фактор хемотаксиса эозинофилов;
- г) гистамин;
- д) базофильный калликреин;
- е) гепарин;
- +ж) лейкотриены C4, D4;
- +з) простагландин D2.

163.Какие из перечисленных медиаторов играют роль в патогенезе заболеваний, развивающихся по IV типу иммунного повреждения:

- а) лейкотриены;

- б) ФАТ;
- +в) ИЛ-2;
- г) ФХЭ-А;
- д) ФХН-А;
- +е) фактор переноса;
- +ж) ФАМ;
- +з) ФУМ;
- +и) лимфотоксин;
- к) гистамин.

164. Выберите иммунопатологические заболевания, развивающиеся преимущественно по III типу иммунного повреждения:

- +а) феномен Артюса;
- б) миастения;
- +в) сывороточная болезнь;
- г) иммунный агранулоцитоз;
- +д) острый гломерулонефрит;
- е) аутоиммунная гемолитическая анемия.

165. Какие клетки составляют основу воспалительного инфильтрата при заболеваниях, развивающихся по IV типу иммунного повреждения:

- а) нейтрофилы;
- +б) лимфоциты;
- +в) моноциты;
- г) эозинофилы.

166. К какому классу иммуноглобулинов относятся антитела при заболеваниях, развивающихся по II и III типам иммунного повреждения:

- +а) Ig G1;
- б) Ig G4;
- +в) Ig G3;
- г) Ig E;
- +д) Ig M;
- е) Ig A.

167. Укажите, какие из перечисленных ниже заболеваний могут развиваться по I типу иммунного повреждения:

- +а) поллиноз;
- +б) анафилактический шок;
- +в) атопическая бронхиальная астма;
- г) сывороточная болезнь;
- д) местные реакции по типу феномена Артюса;
- +е) лекарственная аллергия;
- ж) аллергический альвеолит.

168. Какие реакции и заболевания развиваются по IV типу иммунного повреждения:

- +а) контактный дерматит;
- +б) феномен Артюса;
- +в) бактериальная аллергия;

- г) пищевая аллергия;
- +д) отторжение трансплантата;
- +е) тиреоидит Хашимото.

169. Какие медиаторы и ферменты продуцируют активированные тучные клетки:

- +а) гистамин;
- +б) лейкотриены C₄ D₄;
- +в) простагландины;
- г) арилсульфатаза;
- д) гистаминаза;
- е) оксиданты;
- ж) основные белки;
- з) лизосомальные ферменты.
- +и) ФАТ.

170. Укажите характерные особенности гаптена:

- +а) молекулярная масса 1 тыс. дальтон и менее;
- б) молекулярная масса 50 тыс. дальтон и более;
- +в) имеет 1-2 антигенные детерминанты;
- г) имеет 5-10 и более детерминантных групп;
- д) способен непосредственно индуцировать образование специфических антител и сенсibilизированных лимфоцитов;
- +е) становится иммуногеном после соединения с белками организма;
- +ж) способен специфически взаимодействовать с антителами и сенсibilизированными лимфоцитами.

171. Укажите первичные клетки-мишени при аллергических реакциях реактинового типа:

- а) нейтрофилы;
- +б) базофилы;
- в) эозинофилы;
- +г) тучные клетки;
- д) тромбоциты.

172. К заболеваниям, в патогенезе которых ведущая роль принадлежит иммунным комплексам, относятся:

- а) контактный дерматит;
- б) поллиноз;
- +в) ревматоидный артрит;
- +г) сывороточная болезнь.

173. Какие факторы могут быть наиболее вероятной причиной развития гиперчувствительности замедленного (IV) типа?

- а) домашняя пыль;
- б) постельные микрочлещи;
- +в) бактерии;
- +г) вирусы;
- +д) красители;
- +е) соли металлов (хрома, кобальта, платины).

174. Заболеваниями, развивающимися преимущественно по II типу иммунного повреждения, являются:

- +а) пернициозная анемия Аддисона-Бирмера;
- б) сывороточная болезнь;
- +в) иммунный агранулоцитоз;
- г) острый гломерулонефрит;
- д) аутоиммунная гемолитическая анемия.

175. Активную сенсibilизацию организма можно вызвать путем:

- а) введения специфических антител;
- +б) введения антигенов;
- в) введения сенсibilизированных лимфоцитов-эффекторов;
- г) введения иммуностимуляторов;
- д) введения иммунодепрессантов.

176. Какие из перечисленных утверждений являются верными?

- +а) при atopических заболеваниях синтезируются реагены или кожно-сенсibilизирующие антитела;
- б) при atopических заболеваниях антитела относятся к классу IgG₁ и IgG₂;
- +в) при atopических заболеваниях антитела обладают высокой клеточной активностью;
- г) реагены после фиксации на клетках-мишенях вызывают их повреждение;
- д) важнейшую роль в патогенезе atopических заболеваний играют оксиданты, анафилатоксины и лизосомальные ферменты.

177. Какие медиаторы и ферменты продуцируют активированные эозинофилы:

- а) гистамин;
- +б) лейкотриены C₄, D₄;
- +в) простагландины;
- +г) арилсульфатаза;
- +д) гистаминаза;
- +е) оксиданты;
- +ж) основные белки;
- +з) лизосомальные ферменты;
- +и) ФАТ.

178. Укажите клетки, играющие основную роль в 1-й стадии аллергических реакций, развивающихся по I типу иммунного повреждения?

- +а) В-лимфоциты;
- +б) Т-лимфоциты;
- +в) макрофаги;
- г) эозинофилы;
- д) нейтрофилы;
- е) тучные клетки;
- +ж) плазматические клетки.

179. Заболеваниями, развивающимися преимущественно по III типу иммунного повреждения, являются:

- а) миастения гравис;

- +б) сывороточная болезнь;
- в) иммунный агранулоцитоз;
- +г) острый гломерулонефрит;
- +д) экзогенный аллергический альвеолит;
- +е) реакция по типу Артюса;
- ж) аутоиммунная гемолитическая анемия.

180. Какие из перечисленных медиаторов играют основную роль в патогенезе заболеваний, развивающихся по III типу иммунного повреждения:

- +а) гистамин;
- б) лейкотриены C₄, D₄;
- в) фактор активации тромбоцитов;
- +г) катионные белки;
- +д) оксиданты;
- +е) анафилотоксины;
- +ж) C₅₆₇-компонент комплемента;
- +з) кинины.

181. Какие из перечисленных медиаторов играют основную роль в патогенезе заболеваний, развивающихся по I типу иммунного повреждения:

- +а) гистамин;
- +б) лейкотриены C₄, D₄;
- +в) фактор активации тромбоцитов;
- г) катионные белки;
- д) оксиданты;
- е) анафилотоксины;
- ж) C₅₆₇-компонент комплемента;
- +з) кинины.

182. Укажите свойства аллергических антител при atopических заболеваниях:

- а) относятся к Ig G₁;
- +б) относятся к Ig E;
- в) относятся к Ig M;
- г) проникают через плаценту;
- +д) не проникают через плаценту;
- е) термостабильны;
- +ж) термолабильны;
- +з) выявляются при кожных пробах;
- и) связывают комплемент;
- +к) способны фиксироваться на тучных клетках и базофилах крови.

183. Заболеваниями, развивающимися преимущественно по III типу иммунного повреждения, являются:

- а) миастения гравис;
- +б) сывороточная болезнь;
- в) иммунный агранулоцитоз;
- +г) острый гломерулонефрит;
- +д) экзогенный аллергический альвеолит;
- +е) реакция по типу Артюса;

ж) аутоиммунная гемолитическая анемия.

184.Какие аллергены являются причиной поллинозов?

- а) домашняя пыль;
- +б) пыльца злаковых трав;
- в) постельные микроклеши;
- +г) пыльца деревьев;
- +д) пыльца сорняков;
- +е) антибиотики;
- ж) споры грибов.

185.Укажите, какие из перечисленных ниже заболеваний могут развиваться по IV типу иммунного повреждения:

- +а) тиреодит Хашимото;
- +б) туберкулиновая реакция;
- +в) контактный дерматит;
- г) острый гломерулонефрит;
- д) аутоиммунная гемолитическая анемия.

186.Укажите заболевания, относящиеся к аутоиммунным:

- +а) тиреодит Хашимото;
- б) феномен Артюса;
- +в) ревматоидный артрит;
- г) миастения гравис;
- +д) крапивница;
- +е) системная красная волчанка;
- +ж) аутоиммунная гемолитическая анемия.

187.Можно ли при аутоиммунных заболеваниях обнаружить патогенетические механизмы II и IV типов иммунного повреждения?

- +а) да;
- б) нет.

188.Аутоиммунные болезни могут быть вызваны:

- +а) расстройствами иммунной системы, выражающимися в появлении антител к антигенам собственных нормальных клеток;
- +б) денатурацией белков собственных клеток и тканей;
- +в) образованием антител к белкам клеток и органов, изолированных в онтогенезе от иммунной системы;
- +г) образованием антител, перекрестно реагирующих с чужеродными и собственными белками;
- д) действием биогенных аминов, освобождаемых тучными клетками;
- е) развитием состояния толерантности.

189.Возможно ли участие Т-лимфоцитов-эффекторов в патогенезе аутоиммунных заболеваний?

- +а) да;
- б) нет.

190. Укажите болезни, обязательным звеном патогенеза которых являются аутоиммунные реакции:

- а) атоническая форма бронхиальной астмы;
- б) крапивница;
- +в) ревматизм;
- +г) посттравматическое «симпатическое» воспаление глазного яблока;
- д) поллиноз;
- е) сывороточная болезнь.

191. Укажите клетки, ткани и органы, содержащие первичные аутоантигены:

- +а) щитовидная железа;
- +б) хрусталик глаза;
- в) клетки надкостницы;
- +г) нервные клетки;
- +д) сперматозоиды;
- е) клетки капсулы почек;
- ж) клетки миокарда.

191. Псевдоаллергические реакции отличаются от истинных

- а) наличием патофизиологической стадии
- б) наличием патохимической стадии
- +в) отсутствием иммунологической стадии
- д) отсутствием дегрануляции тучных клеток
- е) отсутствием выделения медиаторов.

.....

Дополните:

192. Дайте определение понятию «болезнь»

Ответ: Болезнь – жизнь поврежденного организма при участии процессов компенсации нарушенных функций, сопровождающих снижением трудоспособности

193. Назовите примеры типового патологического процесса.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: 1. воспаление 2. лихорадка 3. гипоксия 4. нарушения КОС

Назовите стадии болезни (А) и ее возможные исходы (Б)

А. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Б. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: А.- латентный период, продромальный, манифестация (собственно болезнь), исход

Б. – полное, неполное, хронизация, смерть

194. Электрохимическое действие электрического тока в организме выражается в том, что у анода рН смещается в _____ сторону и возникает _____ некроз, а у катода рН смещается в _____ в сторону и возникает _____ некроз

Ответ: кислую – коагуляционный, щелочную – колликовационный

195. Назовите основные этапы умирания:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Ответ: 1.преагония 2.терминальная пауза 3.агония 4.клиническая смерть
5.биологическая смерть

196.Назовите стадии костно-мозговой формы лучевой болезни

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: первичные реакции, мнимого благополучия, разгара, выздоровление

197.Назовите основные свойства электрического тока

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: тепловое, химическое, механическое, биологическое (возбуждение)

198.Какая триада симптомов обычно характерна для хромосомных болезней?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Ответ: множественные пороки развития, тяжелые расстройства психики, значительное сокращение продолжительности жизни.

199.Перечислите основные методы изучения наследственных болезней:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Ответ: 1. клинико-генеалогический 2.близнецовый 3.популяционно-статистический;
4.кариологический 5.дерматоглифика

200.Как проводят специфическую гипосенсибилизацию?

Ответ: специфическую гипосенсибилизацию проводят малыми дозами антигена (аллергена), постепенно их увеличивая, подкожно.

Укажите соответствие:

201.Укажите, какие из перечисленных ниже аллергических заболеваний могут развиваться:

1). по I типу

а) поллиноз

б) анафилактический шок

2). по III типу иммунного повреждения:

в) атопическая бронхиальная астма

г) сывороточная болезнь

д) местные реакции по типу феномена Артюса

е) лекарственная аллергия

ж) аллергический альвеолит

Ответ: 1)а,б,в,е 2)б,в,г,д,е,ж

202.Какие клетки составляют основу воспалительного инфильтрата при аллергических реакциях, развивающихся

1) по I типу,

а) нейтрофилы

б) лимфоциты

2) по IV типу

в) моноциты

иммунного повреждения

г) эозинофилы

Ответ: 1) а,г 2) б,в

203. Укажите, какие процессы играют основную роль в патогенезе аллергических реакций, развивающихся по:

- | | |
|--------------|---|
| 1). I типу | а) взаимодействие циркулирующих антител (IgG, IgM-классов) с антигеном находящимся на поверхности клеток-мишеней при участии комплемента, фагоцитов и NK-клеток |
| 2). II типу | |
| 3). III типу | б) взаимодействие циркулирующих антител (IgG, IgM-классов) с антигеном в избытке с образованием растворимых иммунных комплексов при участии комплемента |
| 4). IV типу | в) взаимодействие сенсibilизированных лимфоцитов с антигеном
г) взаимодействие фиксированных на клетках-мишенях антител (IgE, IgG ₄ -классов) с антигеном без участия комплемента |

Ответ: 1) г; 2) а; 3) б; 4) в

Задача 1

Беременная женщина М. обратилась в генетическую консультацию. Она сообщила, что её брат по матери (отцы — разные) болен фенилкетонурией. Её дочь от первого брака здорова. Она также сообщила, что в роду её второго супруга Н. были браки между близкими родственниками, но никто не болел фенилкетонурией. Обследование женщины М. и её настоящего супруга не выявило отклонений в состоянии их здоровья.

Вопросы

1. Каков тип наследования фенилкетонурии и чем он характеризуется?
2. Какова вероятность развития фенилкетонурии у сыновей и дочерей женщины М?
3. Каковы проявления фенилкетонурии и чем они обусловлены?
4. Какой белок (фермент, структурный белок, рецептор, мембранный переносчик) кодируется аномальным геном при данной форме патологии.
5. Каким образом осуществляется распознавание этой болезни у новорождённых?
6. Как можно предупредить развитие фенилпировиноградной олигофрении у детей?

Ответы к ситуационной задаче 1

1. Фенилкетонурия наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Этот тип наследования характеризуется следующим:
 - больной ребенок рождается у здоровых гетерозиготных родителей,
 - болеют мужчины и женщины,
 - заболевание могут передавать и мужчины, и женщины;
 - вероятность наследования 25% (если родители гетерозиготны),
 - в гомозиготном состоянии, как правило, наблюдается полная пенетрантность, заболевание протекает со сравнительно одинаковой тяжестью у разных больных;
 - симптомы болезни, как правило, выявляются в раннем детском возрасте;
 - новые мутации крайне редки,
 - заболевание возникает в результате мутаций генов, кодирующих синтез ряда фермента (в подавляющем большинстве случаев — фенилаланин гидроксилазы).
2. Если супруг не является носителем дефектного гена, то вероятность заболеть у потомков М. равна 0.
3. Клинические проявления фенилкетонурии: олигофрения, патологические рефлексy, эпилептические припадки. Другое название данного заболевания — фенилпировиноградная олигофрения. Причины развития олигофрении точно не установлены; предполагается повреждение нервных клеток продуктами метаболизма фенилаланина (возможно, фенилпироватом).

4. При фенилкетонурии нарушен синтез фенилаланин гидроксилазы.
5. Существует ориентировочная проба с хлорным железом (тестируют мочу на пелёнках). Скрининговая программа (в том числе федеральная программа в России) предусматривает определение уровня фенилаланина в плазме крови, фенилпирувата в моче. Кровь у новорождённых берут на 3–5-й день после рождения, т.е. ещё в родильном доме (ранее 3 дней неэффективно из-за большого числа ложноотрицательных заключений). В случае положительного результата проводится уточняющая биохимическая диагностика. Это уже более сложная процедура, иногда многоэтапная. Во-первых, необходимо подтвердить гиперфенилаланинэмию и, во-вторых, разобраться в её причине. Она может быть обусловлена типичной (классической) фенилкетонурией (недостаточность фенилаланин гидроксилазы), вариантными или атипичными формами этой болезни, резистентными к диетотерапии, наследственной гиперфенилаланинемией (доброкачественной), другими формами нарушения метаболизма.
6. Развитие болезни можно предотвратить, если значительно снизить приём фенилаланина с пищей. Такой диеты рекомендуется придерживаться постоянно.

Задача 7

В клинику детских болезней поступил Костя Н. 8 лет. Его родители встревожены частым развитием у ребёнка отитов, ангин, ринитов, конъюнктивитов, бронхитов, пневмоний, энтероколитов. Настоящая госпитализация связана с подозрением на развитие эндокардита и сепсиса.

При обследовании обнаружено: лейкопения за счёт значительного снижения числа лимфоцитов, в основном их Т-пула и в меньшей мере — В-лимфоцитов; уменьшение содержания в крови IgA и IgE (соответственно на 40 и 50% от нормы), уровень IgG — на нижней границе нормы; реакция лимфоцитов на фитогемагглютинин снижена.

Вопросы

1. Как Вы обозначите патологическое состояние, развившееся у ребёнка? Ответ обоснуйте.
2. Каковы его возможные причины?
3. Каков механизм развития и последствия этого состояния, если судить по лабораторным данным?
4. Как Вы объясните факты снижения реакции лимфоцитов на фитогемагглютинин и значительного уменьшения содержания в крови IgA и IgE при норме IgG?
5. Какие проявления болезненного состояния ребёнка в большей мере могут являться результатом снижения уровня IgA и IgE?

Ответы к ситуационной задаче 7

1. Комбинированное Т- и В-иммунодефицитное состояние. Об этом свидетельствуют: частые инфекции, снижение числа лимфоцитов, в основном их Т-пула, в меньшей степени В-пула; понижена функциональная активность Т-лимфоцитов, а также содержание в крови IgA и IgE.
2. Это наследственная форма патологии. Аутосомно-рецессивный тип наследования. Синдром Луи-Бар. Снижение продукции IgA и IgE и повышение уровня фетальных белков (α-фетопротеинов) характерно для этого синдрома. Наличие фетальных белков является следствием аплазии тимуса.
- 3, 4. Состояние, развившееся у ребёнка, является следствием нарушения пролиферации и созревания Т-лимфоцитов, в том числе и Т-лимфоцитов-хелперов и, как следствие — расстройства регуляции процессов пролиферации и дифференцировки В-лимфоцитов в плазматические клетки, продуцирующие IgA и IgE (о чём свидетельствуют лабораторные данные). В связи с этим снижена реакция бласттрансформации на стимулятор этой реакции — фитогемагглютинин, а также — последующее созревание Т-лимфоцитов. Пониженный титр IgA и IgE при норме IgG обусловлен значительным селективным нарушением транспорта ионов кальция, которые влияют на пролиферацию и созревание Т-лимфоцитов (в частности, Т-хелперов). В связи с этим создаётся дефицит Т-хелперов. При синдроме Луи-Бар

возможны нормальные показатели Ig, у некоторых больных наблюдается гипергаммаглобулинемия.

5. Снижение содержания IgA можно объяснить прежде всего отсутствием плазматических клеток, синтезирующих эти АТ. Формирование анти-IgA-АТ также повышает катаболизм IgA. Склонность к респираторным заболеваниям отмечается у больных с дефицитом IgA, дефицит IgE создаёт неблагоприятные условия для развития некоторых форм пневмоний, энтероколитов.

I. НАРУШЕНИЯ РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

- +1) восстановление интенсивности тканевого дыхания в митохондриях
- 2) усиление сократительной функции миокарда
- 3) очаговый некроз
- 4) устранение гипоксии
- 5) развитие артериальной гиперемии в зоне реперфузии
- 6) стабилизация мембран клеток
- 7) активация свободнорадикальных реакций и СПОЛ

2. Назовите основные виды венозной гиперемии по её причине:

- 1) кардиогенная (при сердечной недостаточности)
- 2) кардиогенная (при увеличении минутного выброса крови)
- +3) обтурационная
- 4) нейропаралитическая
- 5) миопаралитическая
- 6) компрессионная

3. Назовите основные виды артериальной гиперемии по её происхождению:

- +1) нейротоническая
- 2) обтурационная
- +3) нейропаралитическая
- 4) миопаралитическая
- 5) компрессионная

4. Какие изменения могут возникать в зоне ишемии?

- 1) некроз**
- 2) ацидоз
- 3) ослабление функции
- 4) усиление функции
- 5) накопление Ca^{2+} в цитозоле
- 6) повышение содержания K^{+} в клетках
- 7) повышение содержания Na^{+} в клетках

5. Для венозной гиперемии характерно:

- 1) увеличение кровенаполнения органа или ткани**
- 2) уменьшение кровенаполнения органа или ткани
- 3) увеличение количества протекающей через орган или ткань крови
- 4) уменьшение количества протекающей через орган или ткань крови
- 5) затруднение оттока крови по венам**
- 6) увеличение объёмной скорости кровотока

- 7) увеличение резорбции жидкости в венулах
- 8) цианоз ткани
- 9) побледнение ткани

6. Для ишемии характерно:

- 1) уменьшение кровенаполнения органа или ткани**
- 2) как правило, сужение артериальных сосудов**
- 3) нарушение оттока крови по венам
- 4) увеличение лимфообразования
- 5) снижение объёмной скорости кровотока
- 6) повышение давления крови в сосудах ишемизированной области
- 7) цианоз ткани
- 8) побледнение ткани

7. Укажите возможные причины ишемии:

- 1) эмболия вены
- 2) облитерация артерии**
- 3) спазм артериолы**
- 4) компрессия венулы
- 5) обтурация артериолы
- 6) болевое раздражение**

8. Укажите верные утверждения:

- 1) ишемия может возникать в результате внезапного снижения и прекращения артериального кровотока или развиваться постепенно**
- 2) острая ишемия может привести к ишемическим некрозам**
- 3) печень, имеющая двойное кровоснабжение, не подвержена некрозу
- 4) коллатерали коронарных артерий являются функционально недостаточными
- 5) коллатерали артерий скелетных мышц являются функционально относительно недостаточными

9. Как изменяется артериально-венозная разница крови по кислороду при венозной гиперемии?

- 1) увеличится**
- 2) уменьшится
- 3) не изменится

10. В каких органах имеются функционально абсолютно недостаточные коллатерали?

- 1) головной мозг**
- 2) скелетные мышцы
- 3) сердце**
- 4) селезёнка
- 5) почки
- 6) печень
- 7) стенка желудка

11. Могут ли частицы жира при переломе длинных трубчатых костей вызвать эмболию микрососудов почек, мозга, сердца?

- 1) да**
- 2) нет

12. Артериальная гиперемия по нейротоническому механизму возникает вследствие:
- 1) **усиление тонических влияний на $\alpha\alpha$ -адренорецепторы ГМК стенок артериол**
 - 2) усиления тонических влияний на α -адренорецепторы ГМК стенок артериол
 - 3) спонтанного снижения миогенного тонуса артериол
 - 4) **усиления парасимпатических влияний на стенки артериол**
 - 5) ослабления парасимпатических влияний на артерии
13. Повышение температуры органа или ткани в области артериальной гиперемии обусловлено:
- 1) **повышенным притоком артериальной крови**
 - 2) усилением окислительных процессов
 - 3) усилением лимфообразования
 - 4) увеличением числа функционирующих капилляров
14. Для артериальной гиперемии характерно:
- 1) **увеличение объёма органа или ткани**
 - 2) **увеличение кровенаполнения органа или ткани**
 - 3) расширение просвета артериальных сосудов
 - 4) сужение просвета артериальных сосудов
 - 5) нарушение оттока крови по венам и лимфатическим сосудам
 - 6) снижение объёмной скорости кровотока
 - 7) увеличение лимфообразования
 - 8) снижение лимфообразования
15. Укажите неверные утверждения:
- 1) эмболами могут быть частицы тромба, чужеродные тела, клетки тканей, жир, пузырьки воздуха, паразиты
 - 2) **артериальные эмболы обычно задерживаются в лёгочной сосудистой сети, венозные эмболы могут обтурировать сосуды любого органа**
 - 3) угрожающей жизни является эмболия главной лёгочной артерии и её ветвей, коронарных и церебральных артерий
 - 4) эмболы, закупоривающие мелкие сосуды и вызывающие инфаркты в органах, задерживаются в венах и венулах
 - 5) артериальные тромбоэмболы могут возникать при деструкции тромбов в левом желудочке сердца при инфаркте миокарда и некоторых аритмиях
16. Укажите факторы, способствующие включению коллатерального кровообращения в зоне ишемии и вокруг неё:
- 1) **увеличение концентрации аденозина в ишемизированной ткани**
 - 2) тахикардия
 - 3) уменьшение градиента давления крови выше и ниже окклюзии артерии
 - 4) **ацидоз в зоне ишемии**
 - 5) K^+ -гиперииония в зоне ишемии
 - 6) гипокалиемия в зоне ишемии
 - 7) увеличение градиента давления крови в артериальных сосудах выше и ниже окклюзии артерии
17. Укажите возможные причины газовой эмболии:
- 1) быстрое повышение барометрического давления

- 2) ранение крупных вен шеи
- 3) быстрое снижение барометрического давления от повышенного к нормальному**
- 4) вдыхание воздуха с высокой концентрацией инертных газов
- 5) быстрый перепад барометрического давления от нормального к низкому

18. У больного выявлена тромбоэмболия лёгочной артерии. Возможным источником эмболии являются:

- 1) створки аортального клапана
- 2) створки правого предсердно-желудочкового клапана**
- 3) аорта
- 4) венозный тромб нижних конечностей

19. Какие биологически активные вещества могут вызвать артериальную гиперемию?

- 1) ацетилхолин**
- 2) катехоламины
- 3) гистамин**
- 4) брадикинин
- 5) тромбоксан A_2

20. Какие из перечисленных воздействий и факторов могут привести к развитию артериальной гиперемии?

- 1) перерезка периферических нервов
- 2) механическое раздражение ткани или органа**
- 3) снятие эластического жгута с конечности
- 4) закрытие просвета артерии тромбом
- 5) действие горчичников на кожу**
- 6) сдавление вен опухолью

21. Артериальная гиперемия по нейропаралитическому механизму возникает вследствие:

- 1) стимуляции α -адренорецепторов ГМК стенок артериол
- 2) стимуляция β -адренорецепторов ГМК стенок артериол
- 3) усиления парасимпатических влияний на стенки артериол
- 4) ослабления парасимпатических влияний на стенки артериол**

22. Какие из перечисленных воздействий и факторов могут привести к развитию венозной гиперемии:

- 1) перерезка периферических нервов
- 2) повышение давления в крупных венах
- 3) тромбоз вен при недостаточном коллатеральном оттоке крови**
- 4) сдавление вен увеличенной маткой при беременности**
- 5) повышение концентрации катехоламинов в крови
- 6) механическое раздражение органа

ВОСПАЛЕНИЕ

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

- 1) ограничивает место повреждения, препятствуя распространению флогогенного фактора и продуктов альтерации в организме**
- 2) инактивирует флогогенный агент и продукты альтерации тканей
- 3) препятствует алергизации организма

- 4) мобилизует специфические и неспецифические факторы защиты организма
- 5) способствует восстановлению или замещению повреждённых тканевых структур
2. Укажите возможные причины нарушения фагоцитоза на стадии внутриклеточного переваривания:
- 1) **недостаточная активность глюкозо–6-фосфатдегидрогеназы**
 - 2) недостаточность пиноцитоза
 - 3) уменьшение образования активных форм кислорода в фагоцитозе
 - 4) **недостаточная активность ферментов лизосом**
 - 5) активация синтеза глюкуронидазы
 - 6) нарушение образования фаголизосом
3. Укажите причины гиперкалиемии в воспалительном экссудате:
- 1) **внеклеточный ацидоз и вытеснение K^+ из связи с белками H^+**
 - 2) **усиление гликогенолиза в клетках в очаге воспаления**
 - 3) нарушение энергообеспечения клеток в зоне воспаления
 - 4) интенсивная деструкция повреждённых клеток
 - 5) активация пролиферативных процессов
 - 6) повышение проницаемости стенки капилляров
4. Какие признаки могут свидетельствовать о наличии воспалительного процесса в организме?
- 1) **лейкоцитоз**
 - 2) тромбоз
 - 3) эритроцитоз
 - 4) **лихорадка**
 - 5) **увеличение СОЭ**
 - 6) гипопроотеинемия
 - 7) увеличение содержания α_2 -глобулинов в сыворотке крови
 - 8) накопление в крови С-реактивного белка
5. Какие из указанных факторов относят к медиаторам воспаления клеточного происхождения?
- 1) кинины
 - 2) компоненты системы комплемента
 - 3) ферменты лизосом
 - 4) **простагландины**
 - 5) **лейкотриены**
 - 6) ИЛ1
 - 7) ИФН
6. Укажите эндогенные агенты, избыток которых вызывает разобщение окисления и фосфорилирования в клетках в очаге воспаления:
- 1) **Ca^{2+}**
 - 2) K^+
 - 3) ненасыщенные жирные кислоты
 - 4) глюкокортикоиды
 - 5) **H^+**
 - 6) динитрофенол
7. Укажите последовательность изменений кровотока, как правило, наблюдаемую в очаге воспаления:
- 1) **артериальная гиперемия**

- 2) ишемия
- 3) венозная гиперемия
- 4) стаз
- 5) маятникообразное движение в микрососудах
- 2, 1, 3, 5, 4

8. Какие факторы способствуют развитию отёка в очаге воспаления?

- 1) повышение онкотического давления крови
- 2) повышение онкотического давления межклеточной жидкости**
- 3) снижение онкотического давления межклеточной жидкости
- 4) повышение проницаемости сосудистой стенки**
- 5) снижение осмотического давления межклеточной жидкости
- 6) повышение давления в венозном отделе капилляров и венул**
- 7) повышение осмотического давления межклеточной жидкости

9. Укажите «очерёдность» эмиграции различных видов лейкоцитов в очаг острого гнойного воспаления:

- 1) лимфоциты, моноциты, нейтрофилы
- 2) нейтрофилы, моноциты, лимфоциты**
- 3) моноциты, нейтрофилы, лимфоциты

10. Укажите факторы, обуславливающие боль при воспалении:

- 1) Пг группы Е**
- 2) гистамин**
- 3) H^+ -гиперииония
- 4) K^+ -гиперииония
- 5) кинины
- 6) повышение температуры ткани
- 7) механическое раздражение нервных окончаний**

11. Укажите клетки, обеспечивающие устранение дефекта ткани в очаге воспаления:

- 1) Т-лимфоциты
- 2) В-лимфоциты
- 3) фибробласты**
- 4) моноциты
- 5) гистиоциты**
- 6) паренхиматозные клетки**

12. Причинами развития асептического воспаления могут быть:

- 1) тромбоз венозных сосудов**
- 2) транзиторная гипероксия тканей
- 3) некроз ткани**
- 4) кровоизлияние в ткань**
- 5) хирургическое вмешательство, проведённое в строго асептических условиях
- 6) парентеральное введение стерильного чужеродного белка
- 7) энтеральное введение нестерильного чужеродного белка

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

- 1) большое количество клеток крови (лейкоцитов и др.)**

- 2) большое количество разрушенных и повреждённых тканевых элементов**
- 3) небольшое количество белка
- 4) большое количество белка**

14. Кроме моноцитов и тканевых макрофагов, входящих в систему мононуклеарных фагоцитов, фагоцитоз в очаге воспаления обычно осуществляется:

- 1) ретикулоцитами
- 2) плазматическими клетками
- 3) нейтрофилами**
- 4) В-лимфоцитами
- 5) тромбоцитами
- 6) эозинофилами**

15. Выберите правильный ответ:

- 1) альтерация — изменение структуры клеток тканей и органов
- 2) альтерация — изменения метаболизма, структуры и функции клеток, приводящие к нарушению нормальных жизненных процессов**

16. Какие физико-химические изменения наблюдаются в очаге острого асептического воспаления?

- 1) ацидоз**
- 2) алкалоз
- 3) гиперосмия**
- 4) гиперонкия**
- 5) гипоонкия
- 6) гипоосмия
- 7) ионный дисбаланс

17. Какие из перечисленных веществ принято относить к медиаторам воспаления?

- 1) кинины**
- 2) Пг**
- 3) биогенные амины**
- 4) K^+
- 5) H^+
- 6) лимфокины
- 7) лейкотриены
- 8) нуклеиновые кислоты

18. Какие из перечисленных факторов оказывают стимулирующее влияние на процесс пролиферации клеток в очаге воспаления?

- 1) кейлоны
- 2) ингибиторы кейлонов
- 3) цАМФ
- 4) цГМФ**
- 5) глюкокортикоиды
- 6) ИЛ2**

19. Укажите вещества, обладающие свойствами хемоаттрактантов для нейтрофилов:

- 1) ЛПС бактерий**

- 2) лейкотриен В₄
- 3) ИЛ8
- 4) компонент C5b системы комплемента
- 5) фактор активации тромбоцитов
- 6) ИЛ2
- 7) ИЛ1
- 8) лизоцим

20. Острое воспаление характеризуется:

- 1) образованием воспалительных гранулём
- 2) **увеличением проницаемости стенок микроциркуляторных сосудов**
- 3) накоплением в очаге воспаления гигантских многоядерных клеток
- 4) **накоплением в очаге воспаления нейтрофилов**
- 5) инфильтрацией очага воспаления мононуклеарными лейкоцитами
- 6) **отёком очага воспаления**

21. Какие из указанных клеток относятся к «клеткам хронического воспаления»?

- 1) **макрофаги**
- 2) **лимфоциты**
- 3) **эпителиоидные клетки**
- 4) тучные клетки
- 5) нейтрофилы
- 6) эозинофилы

НАРУШЕНИЯ ТЕПЛОВОГО БАЛАНСА ОРГАНИЗМА. ЛИХОРАДКА.

1. Какие изменения вызывает вторичный пироген в нейронах гипоталамических терморегулирующих центров?

- 1) увеличение образования ИЛ1
- 2) накопление ЛПС
- 3) **усиление образования Пг группы Е**
- 4) ослабление образования Пг группы Е
- 5) **усиление образования цАМФ**
- 6) ослабление образования цАМФ
- 7) повышение возбудимости «тепловых» нейронов
- 8) **повышение возбудимости «холодовых» нейронов**

2. Как могут изменяться абсолютные величины теплопродукции и теплоотдачи на первой стадии развития лихорадочной реакции?

- 1) **теплопродукция увеличивается, теплоотдача снижается**
- 2) теплопродукция не изменяется, теплоотдача снижается
- 3) теплопродукция увеличивается, теплоотдача также увеличивается, но в меньшей степени
- 4) теплопродукция и теплоотдача изменяются эквивалентно
- 5) теплопродукция снижается, теплоотдача не изменяется

3. При каких патологических процессах развивается неинфекционная лихорадка?

- 1) **некроз тканей**
- 2) гиперпродукция тиреоидных гормонов
- 3) **воспаление, вызванное физическим или химическим фактором**

- 4) **злокачественная опухоль**
- 5) экзогенное перегревание
- 6) **обширное кровоизлияние**
- 7) **внутрисосудистый гемолиз эритроцитов**

4. Какие утверждения являются правильными?

- 1) повышение температуры тела человека всегда свидетельствует о развитии лихорадочной реакции
- 2) лихорадка характеризуется не только повышением температуры тела, но и обязательными признаками интоксикации организма
- 3) **лихорадка — реакция теплокровных животных на действие пирогенных факторов**
- 4) **лихорадка может иметь как патогенное так и защитное значение для организма**

5. Какие из перечисленных явлений можно наблюдать после в/в введения бактериального пирогена животному?

- 1) стойкое снижение количества циркулирующих в крови лейкоцитов
- 2) кратковременная лейкопения, сменяющаяся перераспределительным лейкоцитозом
- 3) **усиление феномена краевого стояния лейкоцитов**
- 4) **активация фагоцитов**
- 5) **активация лейкоцитов и освобождение ими вторичных пирогенов**
- 6) **повышение возбудимости и активности «холодовых» нейронов гипоталамуса**
- 7) **повышение возбудимости и активности «тепловых» нейронов гипоталамуса**

6. Пирогенным действием обладают:

- 1) **ПгЕ**
- 2) биогенные амины
- 3) **ИЛ1**
- 4) **фактор некроза опухолей**
- 5) ЛПС
- 6) ИЛ6
- 7) кинины
- 8) АКТГ

7. Укажите клетки, являющиеся основными продуцентами вторичных пирогенов:

- 1) тромбоциты
- 2) **моноциты**
- 3) **тканевые макрофаги**
- 4) эритроциты
- 5) лимфоциты
- 6) гранулоциты

8. Какая из указанных групп первичных пирогенов обладает наиболее выраженной пирогенной активностью?

- 1) мукополисахариды
- 2) чужеродный белок
- 3) **ЛПС**
- 4) фосфолипиды
- 5) ЛП

9. Какие утверждения являются правильными?

1) **пирогенной активностью обладают не только патогенные, но и непатогенные виды микробов**

2) **пирогенные свойства патогенных микроорганизмов не всегда коррелируют с их вирулентностью**

3) **пирогенной активностью обладают только эндотоксины**

4) **пирогенной активностью могут обладать компоненты оболочек бактериальных клеток**

5) **прямой пирогенной активностью обладают нуклеиновые кислоты моноклеарных фагоцитов**

10. Быстрое повышение температуры тела при пиретической лихорадке, как правило, сопровождается:

1) покраснением кожных покровов и ознобом

2) **бледностью кожных покровов и ознобом**

3) покраснением кожных покровов и чувством жара

4) усилением выделительной функции почек

5) усилением потоотделения

6) **снижением потоотделения**

11. Укажите механизмы участвующие в повышении температуры тела при лихорадке:

1) увеличение сопряжённости окисления и фосфорилирования

2) **периферическая вазоконстрикция**

3) **усиление сократительного («мышечного») термогенеза**

4) **уменьшение потоотделения**

5) **активация биологического окисления**

6) усиление потоотделения

7) усиление секреции альдостерона

12. Выберите правильное утверждение:

1) при лихорадке организм утрачивает способность поддерживать постоянную температуру тела при изменениях внешней температуры

2) при экзогенной гипертермии в системе терморегуляции организма происходят принципиально такие же изменения, как при лихорадке

3) **при лихорадке сохраняется терморегуляция организма**

13. Выберите правильное утверждение:

1) жаропонижающую терапию необходимо применять при субфебрильной лихорадке

2) жаропонижающую терапию необходимо применять при фебрильной лихорадке

3) **жаропонижающую терапию следует применять при длительной пиретической лихорадке**

14. Характер температуры кривой при лихорадке существенно зависит от:

1) **этиологического фактора**

2) **особенностей патогенеза основного заболевания**

3) **функционального состояния эндокринной системы**

4) температуры окружающей среды

5) лечебных мероприятий

6) функционального состояния иммунной системы

15. Отрицательное влияние лихорадки может быть обусловлено:

1) **гиперфункцией сердца при длительной высокой лихорадке**

2) **быстрым снижением температуры тела от пиретического до нормального или**

субнормального уровней

- 3) гектической динамикой температуры тела
- 4) метаболическими нарушениями, обусловленными высокой температурой
- 5) увеличением диуреза
- 6) снижением потоотделения
- 7) снижением тонуса скелетной мускулатуры
- 8) увеличением скорости клубочковой фильтрации

16. Положительное значение лихорадки может быть обусловлено:

- 1) бактериостатическим действием повышенной температуры тела**
- 2) торможением репликации вирусов**
- 3) активацией клеточного звена иммунитета**
- 4) активацией гуморального звена иммунитета
- 5) активацией функций пищеварительной системы
- 6) повышением антитоксической функции печени**
- 7) активацией фагоцитоза**
- 8) активацией экскреторной функции почек
- 9) гипервентиляцией

17. Компенсаторными реакциями у человека при повышении температуры окружающей среды являются:

- 1) сужение периферических сосудов
- 2) расширение периферических сосудов**
- 3) расширение сосудов внутренних органов
- 4) усиление потоотделения**
- 5) повышение мышечного тонуса
- 6) мышечная дрожь
- 7) учащение дыхания**
- 8) урежение дыхания
- 9) брадикардия

18. Гипертермия организма развивается в результате:

- 1) активации теплопродукции при эквивалентно повышенной теплоотдаче
- 2) снижения теплоотдачи при пониженной теплопродукции
- 3) активации теплопродукции при неизменившейся теплоотдаче**
- 4) активации теплопродукции при сниженной теплоотдаче**
- 5) снижения теплоотдачи при нормальной активности процессов теплопродукции

9. Укажите изменения в организме на стадии компенсации (адаптации) гипертермии:

- 1) тахикардия**
- 2) брадикардия
- 3) учащение дыхания**
- 4) урежение дыхания
- 5) расширение периферических сосудов**
- 6) расширение сосудов внутренних органов
- 7) гемодилюция
- 8) гемоконцентрация
- 9) максимальное напряжение механизмов терморегуляции
- 10) срыв механизмов терморегуляции

20. Укажите изменения в организме на стадии декомпенсации (деадаптации) гипертермии:

- 1) тахикардия
- 2) **брадикардия**
- 3) учащение дыхания
- 4) **расширение периферических сосудов**
- 5) **расширение сосудов внутренних органов**
- 6) максимальное напряжение механизмов терморегуляции
- 7) **срыв механизмов терморегуляции**
- 8) урежение дыхания
- 9) гемоконцентрация
- 10) гемодилюция

Дополните:

21. Назовите виды стаза:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Ответ: ишемический, застойный, истинный капиллярный

22. Местные признаки артериальной гиперемии

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: ярко-красный цвет тканей, повышение температуры тканей, увеличение тургора

23. Местные признаки венозной гиперемии

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: синюшный цвет тканей, понижение температуры тканей, отек

24. Укажите обычную последовательность эмиграции лейкоцитов в очаг острого воспаления

1. _____ 2. _____ 3. _____

Ответ: нейтрофилы, лимфоциты, моноциты

25. Перечислите виды нарушений периферического кровообращения:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: артериальная гиперемия, венозная гиперемия, ишемия, стаз

26. Движение лейкоцитов по направлению повышенной концентрации химических раздражителей называется _____

Ответ: хемотаксис

27. Внутри фагосом нейтрофилов создается высокая концентрация протеолитических ферментов, источником которых является _____

Ответ: лизосомы

28. Моноциты крови, перешедшие (эмигрированные) в очаг воспаления, дифференцируются в _____

Ответ: в макрофаги

29. Наиболее выраженной пирогенной активностью обладают первичные пирогены – _____

Ответ: липополисахариды

30. В повышении температуры тела при лихорадке участвуют, следующие механизмы:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: периферическая вазоконстрикция, усиление сократительного термогенеза, уменьшение потоотделения, активация биологического окисления

31. Компенсаторными реакциями у человека при значительном повышении температуры окружающей среды являются:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: расширение периферических сосудов, усиление потоотделения, учащение дыхания

32. Укажите патогенетические факторы, вызывающие

- | | |
|---|---|
| 1) нейротонический | а) повышение активности парасимпатической системы |
| 2) нейропаралитический тип артериальной гиперемии | б) возбуждение холинергической системы
в) блокада адренергической системы
г) активация гистаминергических и серотонинергических систем
д) активация вегетативной системы |

Ответ: 1) а, б, г 2) в

33. Укажите последствия

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) артериальной | а) разрастание соединительной ткани |
| 2) венозной гиперемии | б) усиление функции органа
в) дистрофия тканей
г) кровоизлияние |

Ответ: 1) б, г 2) а, в

34. Какие из указанных свойств характеризуют

- | | |
|---------------|---|
| 1) нейтрофилы | а) относятся к облигатным (профессиональным) фагоцитам |
| 2) моноциты | б) способны генерировать кислородные радикалы
в) обладают миелопероксидазой
г) содержат азурофильные гранулы
д) способны к дифференцировке в очаге воспаления
е) способны распознавать и фагоцитировать собственные нежизнеспособные клетки
ж) участвуют в остром воспалительном ответе
з) продуцируют медиаторы воспаления
и) сливаясь друг с другом в очаге воспаления образуют гигантские многоядерные клетки
к) живут в очаге воспаления не более 1-2 суток |

Ответ: 1) а, б, в, ж, з, к 2) а, б, д, е, ж, з, и

35. Укажите эффекты, вызываемые при ответе острой фазы

- | | |
|----------------------|--|
| 1) интерлейкином – 1 | а) развитие лихорадки
б) Т-клеточная активация |
| 2) интерлейкином - 2 | в) В-клеточная активация
г) усиление синтеза иммуноглобулинов
д) синтез белков острой фазы печенью
е) активация макрофагов и гранулоцитов
ж) анорексия
з) активация эндотелиальных клеток |

Ответ: 1) а, б, в, д, е, ж, з 2) а, б, в, г, д

36. Укажите, изменения в организме при гипотермии на стадии:

- | | |
|-------------------------|--|
| 1) компенсации | а) расширение периферических сосудов
б) сужение периферических сосудов |
| 2) декомпенсации | в) расширение периферических сосудов
г) усиление потоотделения
д) снижение потоотделения
е) тахикардия
ж) брадикардия
з) снижение уровня основного обмена
и) максимальное напряжение механизмов терморегуляции
к) артериальная гипотензивная реакция
л) артериальная гипертензивная реакция
м) урежение дыхания
н) срыв механизмов терморегуляции
о) снижение потоотделения
п) повышение потоотделения
р) гипергликемия |

Ответ: 1) б, е, и, о, р 2) в, ж, з, к, м

ГИПОКСИЯ

1. К механизмам компенсации при острой гипоксии относятся:

- +а) перераспределение крови;
- +б) увеличение вентиляции легких;
- в) уменьшение вентиляции легких;
- +г) тахикардия;
- д) уменьшение МОС;
- +е) выброс эритроцитов из депо;
- ж) уменьшение скорости кровотока.

2. Для гипоксии циркуляторного типа характерны:

- +а) снижение линейной скорости кровотока;
- б) уменьшение артерио-венозной разницы по кислороду;
- в) уменьшение содержания кислорода в артериальной крови;
- +г) снижение объемной скорости капиллярного кровотока;
- +д) увеличение артерио-венозной разности по кислороду;
- +е) ацидоз.

3. Возможные причины уменьшения кислородной емкости крови:

- а) полицитемическая гиповолемия;
- +б) олигоцитемическая гиперволемия;
- +в) образование карбоксигемоглобина;
- +г) образование метгемоглобина;
- д) снижение p_aO_2 ;
- е) снижение p_vO_2 ;
- +ж) анемия.

4. Как изменяется потребление кислорода тканями при действии разобщителей биологического окисления:

Варианты ответа:

- +а) увеличивается;
- б) уменьшается;
- в) без изменений.

5. Укажите механизмы, ведущие к увеличению кислородной ёмкости крови при умеренной повторной гипоксии:

- а) увеличение сердечного выброса;
- +б) увеличение образования эритропоэтина;
- +в) ускорение выхода эритроцитов из костного мозга в кровь;
- +г) увеличение числа эритроцитов в крови;
- д) повышение объема альвеолярной вентиляции;
- е) увеличение проницаемости аэрогематического барьера для кислорода.

7. Укажите причины гипоксии гемического типа:

- а) снижение pO_2 в воздухе;
- +б) отравление CO;
- в) эмфизема легких;
- +г) отравление нитратами;
- +д) хроническая кровопотеря;
- е) недостаточность митральных клапанов;
- +ж) гиповитаминоз B_{12} ;
- з) 4 возбуждимости дыхательного центра.

8. Укажите причины гипоксии экзогенного типа:

- а) гиповитаминоз B_i ;
- б) гиповитаминоз PP;
- в) гиповитаминоз B_{12} ;
- +г) высотная болезнь;
- д) отравление цианидами;
- е) отравление угарным газом;
- +ж) горная болезнь.

9. Укажите причины гипоксии циркуляторного типа:

- а) травматический шок;
- б) хроническая кровопотеря;
- в) острая массивная кровопотеря;
- г) легочная артериальная гипертензия;
- +д) миокардит;
- е) отравление нитратами;
- +ж) неосложненный инфаркт миокарда.

10. Какие изменения в клетке можно считать компенсаторными при гипоксии:

- а) торможение гликолиза;
- б) 4 активности K^+/K^+ и Ca^{2+} АТФаз;
- +в) активации гликолиза;
- г) активации фосфолипазы A2;
- +д) мобилизации креатинфосфата;

- +е) мобилизации гликогена;
- ж) активации ПОЛ;
- з) увеличение в клетке натрия.

11. ***Как изменяется газовый состав и рН крови в типичных случаях гипоксии циркуляторного типа:***

- +а) артериально-венозная разница по кислороду возрастает;
- б) артериально-венозная разница по кислороду уменьшается;
- в) P_a кислорода снижается;
- +г) P_a кислорода не изменяется;
- д) P_v кислорода увеличивается;
- +е) P_v кислорода снижается;
- +ж) рН снижается;
- з) рН увеличивается.

12. ***Укажите возможные причины гипоксии тканевого типа:***

- а) отравление метгемоглобинообразователями;
- +б) отравление цианидами;
- в) острая кровопотеря;
- г) увеличение образование простогландина E_2 ;
- +д) снижение активности ферментов тканевого дыхания;
- е) повышение активности ферментов тканевого дыхания.

13. ***Сродство гемоглобина к кислороду уменьшается при:***

- +а) ацидозе;
- б) алкалозе;
- +в) гиперкапнии;
- г) гипокапнии.

14. ***Укажите реакции экстренной адаптации к гипоксии:***

- +а) увеличение объема альвеолярной вентиляции;
- +б) мобилизация депонированной крови;
- +в) усиление анаэробного гликолиза;
- г) снижение диссоциации оксигемоглобина;
- +д) перераспределение кровотока;
- е) увеличение количества митохондрий в клетке;
- +ж) тахикардия;
- з) активация эритропоэза.

15. ***Какие изменения наблюдаются в организме при острой гипоксии в стадии компенсации:***

- +а) тахикардия;
- +б) увеличение гематокрита;
- +в) тахипноэ;
- г) спазм коронарных сосудов;
- +д) гиперпноэ;
- е) расширение сосудов мышц;
- ж) уменьшение вентиляции альвеол;
- +з) расширение сосудов мозга.

16. **Укажите изменения в крови, характерные для начального этапа экзогенной гипобарической гипоксии:**
- а) гиперкапния;
 - +б) гипокапния;
 - +в) гипоксемия;
 - +г) газовый алкалоз;
 - д) газовый ацидоз;
 - е) метаболический ацидоз.
17. **Укажите причины гипоксии дыхательного типа:**
- а) снижение pO_2 в воздухе;
 - б) отравление CO;
 - +в) эмфизема легких;
 - г) отравление нитратами;
 - д) хроническая кровопотеря;
 - е) недостаточность митральных клапанов;
 - ж) гиповитаминоз B_{12} ;
 - +з) 4 возбудимости дыхательного центра.
18. **Укажите причины гипоксии тканевого типа:**
- +а) гиповитаминоз B_1 ;
 - +б) гиповитаминоз PP;
 - в) гиповитаминоз B_{12} ;
 - г) высотная болезнь;
 - +д) отравление цианидами;
 - е) отравление угарным газом;
 - ж) горная болезнь.
19. **Укажите причины гипоксии смешанного типа:**
- +а) травматический шок;
 - б) хроническая кровопотеря;
 - +в) острая массивная кровопотеря;
 - +г) легочная артериальная гипертензия;
 - д) миокардит;
 - е) отравление нитратами;
 - ж) неосложненный инфаркт миокарда.
20. **В патогенезе гипоксического повреждения клетки ведущую роль играют:**
- а) торможение гликолиза;
 - б) увеличение pH в клетке;
 - в) мобилизация креатинфосфата;
 - +г) увеличение в клетке натрия;
 - +д) активация фосфолипазы A2;
 - +е) высвобождение лизосомальных ферментов;
 - ж) торможение ПОЛ;
 - +з) накопление Ca^{2+} в митохондриях.
21. **Каковы возможные причины уменьшения эффективности кислородной емкости крови?**
- а) полицитемическая гиповолемия;
 - +б) олигоцитемическая гиперволемия;
 - +в) образование HbCO;
 - +г) образование MetHb;
 - д) снижение paO_2 ;

е) снижение $p^{^2}_2$;

+ж) анемия.

22. **Укажите механизмы, ведущие к увеличению кислородной емкости крови при умеренной повторной гипоксии:**

а) увеличение сердечного выброса;

+б) увеличение образования эритропоэтина и усиление его действия на клетки костного мозга;

+в) ускорение эритропоэза в костном мозге и выброса эритроцитов в кровь;

+г) увеличение числа эритроцитов в крови;

д) повышение объема альвеолярной вентиляции;

е) увеличение проницаемости аэрогематического барьера для кислорода.

23. **Что относят к активным формам кислорода?**

а) карбоген;

б) CO;

в) CO₂;

+г) H₂O₂;

д) HbCO;

+е) OH[•];

+ж) O₂[•];

з) O_{1 2};

и) ¹O₂.

24. **Укажите изменения в крови, характерные для начального этапа экзогенной гипобарической гипоксии:**

а) гиперкапния;

+б) гипокапния;

+в) гипоксемия;

г) газовый алкалоз;

+д) газовый ацидоз;

+е) метаболический ацидоз.

Задача 2

У пациента 65 лет с хроническим бронхитом после перенесённого инфаркта миокарда, развились признаки вялотекущей пневмонии: кашель с умеренным количеством вязкой мокроты, притупление в нижне-задних отделах лёгких при перкуссии, мелкопузырчатые хрипы при аускультации, слабо выраженная лихорадка. Анализ крови: эритроцитоз, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы нейтрофилов влево до промиелоцитов, ускорение СОЭ, гиперглобулинемия.

Вопросы

1. Каковы возможные причины слабой выраженности воспалительного процесса у больного?

2. Каковы механизмы развития каждого из симптомов пациента?

3. С помощью каких мероприятий можно повысить эффективность адаптивных механизмов (назовите их), развивающихся при воспалении?

Ответы к ситуационной задаче 2

1. Вялое течение воспаления можно объяснить гипоксией из-за недостаточности лёгочного кровообращения, гиповентиляции лёгких, изменения реологических свойств крови.

2. Кашель возникает при раздражении эпителия бронхов накапливающейся слизью; притупление при перкуссии в нижне-задних отделах обусловлено отёком лёгких в результате уменьшения сократительной функции сердца; мелкопузырчатые хрипы при аускультации связаны со скоплением в просветах мелких бронхов и бронхиол жидкого секрета; лихорадка — результат образования пирогенных факторов в процессе воспаления;

эритроцитоз является адаптивной реакцией организма на респираторную и циркуляторную гипоксию. Он обусловлен повышением секреции эритропоэтина при снижении HbO_2 ниже 100 г/л; лейкоцитоз — результат мобилизации лейкоцитов из костномозгового пула под действием ИЛ, образующихся в очаге воспаления; ускорение СОЭ обусловлено нарушением соотношения основных глобулиновых фракций крови, избыточным накоплением в крови белков острой фазы воспаления (С-реактивного белка и амилоида), накоплением в плазме крови положительно заряженных веществ (белки, катионы).

3. Стимуляция работы сердца; стимуляция функции лёгких (дыхательная гимнастика); нормализация реологических свойств крови (переливание крови и кровезаменителей).

Задача 16

Рабочий горнорудной промышленности Ч. 36 лет поступил в клинику с подозрением на силикоз. Жалуется на одышку, особенно выраженную при ходьбе и физическом напряжении, постоянный кашель (сухой, иногда с небольшим количеством мокроты), боли в грудной клетке.

Данные газового состава артериальной крови и спирометрии:

Газовый состав артериальной крови	
$p_a\text{O}_2$ (мм рт.ст.)	90
После пробы с произвольной гипервентиляцией лёгких	92
$p_a\text{CO}_2$ (мм рт.ст.)	40
Кислородная ёмкость	19,2
	объёмных %
$S_a\text{O}_2$	94,3%
Спирометрия	
ЖЁЛ	4,2 л
ФЖЁЛ ₁	2,6 л
ЖЁЛ (% от должной величины)	92
Коэффициент <i>Тиффно</i>	?
	(рассчитать)
МОД (% от должной величины)	124
Дополнительные данные	
Частота дыхания	19 в 1 минуту

Вопросы

1. Имеются ли у пациента признаки расстройства газообменной функции лёгких? Если да, то укажите их. Ответ аргументируйте.
2. Есть ли у пациента расстройства альвеолярной вентиляции? Если да, то определите тип расстройства (обструктивный или респираторный).
3. Учитывая возможность развития пневмокониоза, как Вы предлагаете оценить диффузионную способность лёгких?
4. Каково Ваше общее заключение о возможном характере нарушений газообменной функции системы внешнего дыхания?

Ответы к ситуационной задаче 16

1. Признаками расстройств газообменной функции лёгких у данного пациента являются: одышка, увеличение частоты дыхания и МОД, гипоксемия, снижение коэффициента *Тиффно*; отсутствие существенного изменения $p_a\text{O}_2$ после пробы с произвольной гипервентиляцией.
2. У пациента имеются признаки нарушения альвеолярной вентиляции преимущественно обструктивного типа. Об этом свидетельствуют снижение коэффициента *Тиффно* (менее 62%), повышение частоты дыхания и МОД.
3. Диффузионную способность аэрогематического барьера оценивают по результатам пробы с произвольной гипервентиляцией лёгких. В данном случае показатель $p_a\text{O}_2$ (92 мм рт.ст.) мало

отличается от такового до пробы. Следовательно, диффузионная способность лёгких для кислорода снижена.

4. Общее заключение: у пациента нарушена газообменная функция лёгких вследствие расстройства альвеолярной вентиляции преимущественно обструктивного типа (по-видимому, в связи с обтурацией воздухоносных путей мокротой), а также в результате снижения диффузионной способности стенок альвеол.

ТИПОВЫЕ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА БЕЛКОВ, ВИТАМИНОВ, НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ. ГОЛОДАНИЕ

1. Укажите состояния, которые сопровождаются положительным азотистым балансом:

- +а) рост организма;
- +б) беременность;
- в) голодание;
- г) термические ожоги;
- +д) избыточная секреция или назначение анаболических гормонов;
- е) избыточная секреция или назначение катаболических гормонов;
- ж) инфекционные заболевания.

2. Укажите формы патологии, основу которых составляет наследственный дефект в метаболизме аминокислоты фенилаланина:

- а) алкаптонурия;
- б) тирозиноз;
- +в) фенилкетонурия;
- г) альбинизм.

3. Укажите патологические состояния, сопровождающиеся гипо-протеинемией:

- +а) голодание;
- б) сгущение крови;
- в) усиление синтеза антител;
- +г) заболевания печени;
- +д) нарушение всасывания белков;
- +е) протеинурия.

4. Аммиачная энцефалопатия может развиваться при:

- +а) гепатитах;
- б) стрессе;
- в) длительном эмоциональном возбуждении;
- +г) циррозе печени.

5. Белково-калорийная недостаточность характеризуется:

- а) снижением содержания в крови аминокислот;
- б) повышением содержания в крови аминокислот;
- +в) снижением содержания белков крови;
- г) повышением содержания белков крови;
- +д) снижением содержания в крови мочевины;
- е) повышением содержания в крови мочевины.

6. **Укажите общие проявления, характерные для синдромов белковой недостаточности — квашиоркора и маразма:**

- а) характерный «красный» цвет кожи;
- б) возникновение у детей после отнятия от груди;
- в) развитие отеков;
- +г) умственная отсталость;
- +д) нарушения роста;
- е) развитие гипогликемии.

7. **Укажите, какие изменения сопровождают дефицит витамина Е:**

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- +г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

8. **Укажите, какие изменения сопровождают дефицит витамина К:**

Варианты ответа:

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- +в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

9. **Укажите признаки, соответствующие дефициту витамина Д:**

- +а) рахит;
- +б) остеомаляция;
- в) светобоязнь;
- г) мышечная слабость;
- д) воспаление языка и губ;
- +е) позднее зарастание родничков.

10. **Укажите, какие изменения в обмене веществ соответствуют дефициту витамина Д:**

- а) гиперкальциемия;
- б) гиперфосфатемия;
- +в) гипокальциемия;
- +г) гипофосфатемия;
- д) активация ПОЛ;
- е) образование и отложение фосфорнокислого кальция.

11. **Укажите состояния, которые сопровождаются отрицательным азотистым балансом:**

- а) рост организма;
- б) беременность;
- +в) голодание;
- +г) термические ожоги;
- д) избыточная секреция или назначение анаболических гормонов;
- +е) избыточная секреция или назначение катаболических гормонов;
- +ж) инфекционные заболевания.

12. **Укажите формы патологии, основу которых составляет наследственный дефект в метаболизме аминокислоты тирозина:**

- +а) алкаптонурия;
- б) тирозиноз;
- в) фенилкетонурия;
- +г) альбинизм.

13. **Укажите патологические состояния, сопровождающиеся гиперпротеинемией:**

- а) голодание;
- +б) сгущение крови;
- +в) усиление синтеза антител;
- г) заболевания печени;
- д) нарушение всасывания белков;
- е) протеинурия.

14. **С обменом каких аминокислот связано образование биогенных аминов?**

- а) аргинина;
- б) аланина;
- +в) гистидина;
- г) тирозина;
- +д) триптофана.

15. **Укажите клинико-лабораторные характеристики болезни квашиоркор:**

- +а) гипергликемия;
- +б) отеки;
- в) «волчий» аппетит;
- +г) стеаторея;
- +д) замещение мышечной ткани жировой.

16. **Дефицит витамина Д сопровождаются:**

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- +б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

17. **Дефицит витамина С сопровождаются:**

- +а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

18. **Дефицит витамина В₆ сопровождаются:**

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- +д) повышение возбудимости нервной ткани.

19. **Укажите признаки, соответствующие дефициту витамина В2:**
- а) рахит;
 - б) остеомалация;
 - +в) светобоязнь;
 - +г) мышечная слабость;
 - +д) воспаление языка и губ;
 - е) позднее зарастание родничков.
20. **Укажите, какие изменения в обмене веществ соответствуют избытку витамина Д:**
- +а) гиперкальциемия;
 - б) гиперфосфатемия;
 - в) гипокальциемия;
 - г) гипофосфатемия;
 - +д) активация ПОЛ;
 - +е) образование и отложение фосфорнокислого кальция.
21. **Среди причин снижения основного обмена выделяют:**
- а) состояние сенсibilизации;
 - б) гипоксии различного генеза;
 - в) эндокринные заболевания;
 - +г) голодание;
 - +д) состояние сна.
22. **Причинами повышения основного обмена являются:**
- +а) умеренная активация сердечной деятельности и дыхания;
 - +б) повышение тонуса симпатической нервной системы;
 - +в) лихорадочные и лихорадоподобные состояния;
 - г) гипофункция эндокринных желез;
 - д) поражение ЦНС.
23. **Для 1-го периода голодания характерны:**
- +а) снижение основного обмена;
 - б) повышение концентрации инсулина в крови;
 - +в) снижение концентрации глюкозы в крови;
 - г) увеличение запасов гликогена;
 - +д) активация глюконеогенеза.
24. **К проявлениям 2-го периода голодания относятся:**
- +а) сонливость;
 - б) тахикардия;
 - +в) брадикардия;
 - г) лейкоцитоз;
 - +д) развитие отеков.
25. **Отложению уратов в тканях способствуют:**
- +а) ацидоз;
 - б) алкалоз;

- в) высокая температура;
- +г) низкая температура;
- +д) гипоксия.

26. Гиперурикемию вызывают:

- а) повышение содержания фтора в воде;
- б) повышение содержания железа в организме;
- +в) отравление свинцом;
- +г) голодание;
- +д) ацидоз.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ

1. Укажите типовые формы нарушения углеводного обмена:

- а) СД;
- б) гипергликемии;
- +в) гипогликемии;
- г) почечный диабет;
- +д) гексозурии;
- +е) пентозурии;
- ж) диабетические комы;
- +з) гликогенозы;
- +и) агликогенозы;
- к) гипергликемия алиментарная.

2. Для гиперинсулинизма характерны:

- а) торможение транспорта глюкозы через клеточные мембраны;
- +б) активация транспорта глюкозы через клеточные мембраны;
- +в) активация гликогеногенеза;
- +г) торможение гликогенолиза;
- д) замедление окисления глюкозы;
- е) активация окисления глюкозы.

3. Глюкозурия наблюдается при:

- +а) СД;
- б) несахарном диабете;
- +в) гиперосмолярной диабетической коме;
- г) гиперлипидемии;
- д) гиперлактацидемии.

4. Какое нарушение играет роль основного звена патогенеза при диабетической коме у пациента с СД 1-го типа?

- а) гипернатриемия;
- б) гипергликемия;
- +в) гиперкетонемия;
- г) гиперкалиемия.

5. Укажите причину полиурии на ранней стадии СД:

- +а) микроангиопатия почек;

- +б) гипергликемия;
- +в) кетонемия;
- +г) гиперхолестеринемия.

6. ***Развитию диабетических ангиопатий способствуют:***

- +а) чрезмерное гликозилирование белков;
- +б) гиперлипопротеидемия; в) дислипопротеидемия;
- +г) отложение сорбита в стенках сосудов;
- д) усиление гликогеногенеза в клетках сосудов.

7. ***Каковы возможные причины гликогенозов?***

- а) алиментарная гипергликемия;
- +б) репрессия генов, кодирующих синтез ферментов гликогенолиза;
- в) нарушение синтеза гликогена из глюкозы в печени;
- г) нарушение экскреции глюкозы почками;
- +д) мутация генов, кодирующих синтез ферментов гликогенолиза;
- +е) низкая активность ферментов гликогенолиза;
- ж) низкая активность гликогенсинтетаз.

8. ***Какие факторы, вызывающие развитие СД, относятся к вне-панкреатическим?***

- а) понижение активности инсулиназы;
- +б) повышение активности инсулиназы;
- +в) усиление образования антител к инсулину;
- г) уменьшение образования антител к инсулину;
- +д) повышение продукции контринсулярных гормонов.

9. ***Выберите наиболее характерные проявления нарушений жирового обмена при сахарном диабете:***

- +а) усиление липолиза;
- б) угнетение липолиза;
- +в) жировая инфильтрация печени;
- +г) угнетение липогенеза;
- д) усиление липогенеза;
- +е) усиление кетогенеза.

10. ***Укажите факторы, вызывающие гипогликемию:***

- +а) преобладание процессов торможения в ЦНС;
- б) преобладание процессов возбуждения в ЦНС;
- в) потребление большого количества углеводов с пищей;
- +г) ограничение потребления углеводов с пищей;
- д) повышение активности симпатической нервной системы;
- +е) снижение активности симпатической нервной системы.

11. ***Выберите наиболее характерные проявления нарушений белкового обмена при СД:***

- а) положительный азотистый баланс;
- +б) отрицательный азотистый баланс;
- +в) усиление глюконеогенеза;
- г) ослабление глюконеогенеза;

- +д) увеличение содержания аминокислот в крови;
- е) снижение содержания аминокислот в крови.

12. ***Избыток каких гормонов может вызвать гипергликемию?***

- +а) адреналина;
- б) тиреоидных гормонов (T_3 , T_4);
- +в) глюкокортикоидов;
- г) соматотропного гормона;
- д) инсулина;
- е) вазопрессина;
- ж) АДГ;
- +з) глюкагона.

13. ***Укажите возможные причины относительного гипoinsулинизма:***

- а) 4 образования и выделения инсулина поджелудочной железой;
- +б) 4 чувствительности тканей к инсулину;
- в) недостаток соматотропного гормона;
- +г) хронический избыток соматотропного гормона;
- +д) хронический избыток адреналина;
- е) длительное избыточное поступление углеводов с пищей.

14. ***Какие нарушения играют роль основных звеньев патогенеза при гиперосмолярной диабетической коме?***

- а) резко выраженная гипернатриемия;
- +б) резко выраженная гипергликемия;
- в) некомпенсированный кетоацидоз;
- +г) значительная гиперкалиемия;
- д) гиперосмия гиалоплазмы клеток;
- +е) гиперосмия крови и межклеточной жидкости.

15. ***Что является главным патогенетическим звеном гипогликемической комы?***

- +а) углеводное и энергетическое «голодание» нейронов головного мозга;
- б) углеводное «голодание» миокарда;
- в) гипоосмия крови;
- г) некомпенсированный кетоацидоз.

16. ***Глюкозурию при СД вызывают:***

- а) кетонемия;
- +б) гипергликемия;
- +в) снижение почечного порога для экскреции глюкозы;
- г) микроангиопатия капилляров почечных клубочков.

17. ***Укажите осложнения длительно протекающего СД:***

- а) иммунодефицитные состояния;
- б) ускорение развития атеросклероза;
- в) снижение резистентности к инфекциям;
- г) снижение противоопухолевой устойчивости;
- д) микроангиопатии;
- е) макроангиопатии;
- +ж) все выше перечисленные

18. **Укажите возможные причины пентозурии:**
а) усиленный катаболизм высших жирных кислот;
б) усиленный катаболизм белков;
+в) нарушение обмена нуклеиновых кислот;
+г) гиперпентоземия;
д) ферментопатии клеток клубочков почек;
+е) снижение реабсорбции пентоз в канальцах почек.
19. **Какие факторы, вызывающие развитие СД, относятся к вне-панкреатическим?**
+а) усиление связи инсулина с переносящими белками в крови;
б) ослабление связи инсулина с переносящими белками в крови;
в) повышение чувствительности тканей к инсулину;
+г) понижение чувствительности тканей к инсулину;
+д) усиление разрушения инсулина протеолитическими ферментами;
е) ослабление разрушения инсулина протеолитическими ферментами.
20. **Укажите факторы, вызывающие гипергликемию:**
а) преобладание процессов торможения в ЦНС;
+б) преобладание процессов возбуждения в ЦНС;
+в) потребление большого количества углеводов с пищей;
г) ограничение потребления углеводов с пищей;
+д) повышение активности симпатической нервной системы;
е) снижение активности симпатической нервной системы.
21. **Для СД характерны:**
а) повышение синтеза белков в организме;
+б) понижение синтеза белков в организме;
в) усиление накопления гликогена в печени;
+г) торможение накопления гликогена в печени;
д) усиление гликолиза, пентозного цикла;
+е) торможение гликолиза, пентозного цикла;
+ж) стимуляция липолиза.
22. **При инсулиновой недостаточности гипергликемия обусловлена:**
+а) уменьшением утилизации глюкозы тканями;
б) увеличением продукции глюкозы в печени;
в) увеличением продукции глюкозы в мышцах;
г) ускорением гексокиназной реакции;
+д) усилением глюконеогенеза.
23. **Увеличение каких липидов в крови играет атерогенную роль?**
+а) холестерина;
б) ЛПВП;
+в) ЛПОНП;
+г) ЛПНП.
24. **Развитию атеросклероза способствуют:**
+а) снижение активности липопротеинлипазы;
+б) дефицит рецепторов к ЛПНП;

- в) избыток рецепторов к ЛПНП;
- г) увеличение содержания гепарина крови.

25. Укажите факторы риска развития атеросклероза:

- +а) гипоинсулинизм;
- +б) гиперлипидемия;
- +в) ожирение;
- +г) артериальная гипертензия;
- +д) хроническое повреждение сосудистой стенки;
- е) гипервитаминоз Е;
- +ж) табакокурение;
- з) тромбоцитопения.

26. Развитию атеросклероза при ожирении способствуют:

- +а) гиперхолестеринемия
- +б) гипергликемия
- в) полиурия
- г) полидипсия
- +д) гипертриглицеридемия
- +е) дислиппротеидемия

27. Развитию атеросклероза способствуют:

- +а) гиперхолестеринемия;
- +б) наследственная гиперлипидемия;
- +в) гипертоническая болезнь;
- г) фенилкетонурия;
- д) гликогенозы;
- +е) СД.

28. Развитию атеросклероза при СД способствуют:

- +а) избыточное накопление сорбита в стенках сосудов;
- б) накопление гликогена в мышечных клетках стенок сосудов;
- +в) чрезмерное гликозилирование белков ткани сосудистой стенки;
- +г) дислиппротеидемия;
- +д) гиперхолестеринемия;
- +е) гиперлиппротеидемия.

29. Сквамиджер-рецепторы предусмотрены для контакта с:

- а) гликозилированными липопотеидами;
- +б) ЛПНП всех модификаций;
- в) десалирированными липопотеидами;
- г) липопотеидами в результате пероксидации.

30. Развитию атеросклероза при СД не способствует:

- а) избыточное накопление сорбита в стенках сосудов;
- +б) накопление гликогена в мышечных клетках стенок сосудов;
- в) чрезмерное гликозилирование белков ткани сосудистой стенки;
- г) дислиппротеидемия;
- д) гиперхолестеринемия;

е) гиперлипопротеидемия.

31. **Наиболее частые последствия и осложнения атеросклероза:**

- +а) аневризмы аорты и крупных артерий;
- б) гемофилии;
- в) сосудистый спазм;
- +г) ишемическая болезнь сердца;
- +д) тромбоз артерий;
- е) тромбоз вен;
- +ж) тромбоэмболия;
- +з) инсульт мозга.

32. **Назовите основные этиологические факторы ожирения:**

- а) голодание;
- +б) гиподинамия;
- +в) гиперкортизолизм;
- г) гипертиреоз;
- +д) гипогонадизм;
- +е) дефицит соматотропина;
- +ж) повреждение вентромедиальных ядер гипоталамуса, сопровождающееся полифагией.

33. **Перечислите гормоны, стимулирующие мобилизацию жира из жировых депо:**

- а) адреналин;
- +б) норадреналин;
- +в) соматотропин;
- +г) глюкокортикоиды;
- +д) тироксин;
- +е) трийодтиронин.

34. **Назовите процессы, характеризующие увеличение кетоновых тел в крови:**

- +а) голодание;
- б) сахарный диабет;
- +в) недостаточность печени.

35. **Всасывание липидов в тонком кишечнике может нарушаться при:**

- +а) желчнокаменной болезни;
- б) недостаточном выделении с панкреатическим соком липазы и фосфолипазы;
- в) недостаточной выработке липокаина в поджелудочной железе;
- +г) поражении эпителия тонкого кишечника;
- +д) нарушении фосфорилирования глицерина в энтероцитах;
- е) недостаточном образовании триглицеридлипазы в адипоцитах.

36. **Для ЛПВП характерны следующие свойства:**

- +а) высокое относительное содержание белков;
- б) высокое относительное содержание триглицеридов;
- в) основной белковый компонент — апоЛП В;
- +г) антиатерогенная активность;

- +д) основной белковый компонент — апоЛП А;
 - е) образуются в печени;
 - +ж) образуются в циркулирующей крови.
37. **Укажите возможные причины и механизмы гиперлипопротемии:**
- +а) патология рецепторов для ЛПНП;
 - б) недостаточная активность триглицеридлипазы адипоцитов;
 - +в) мутации гена, кодирующего апоЛП Е;
 - +г) снижение активности ЛПЛазы плазмы крови;
 - д) повышенное образование липокаина клетками поджелудочной железы;
 - е) избыточное выделение в кровь глюкагона;
 - +ж) печеночная недостаточность с выраженной холемией;
- з) мутация гена, кодирующего апоЛП А, В, при которой апобелки не синтезируются.
38. **Гиполипопротемия может быть обусловлена:**
- +а) мутациями гена, кодирующего апоЛП А;
 - б) снижением активности ЛПЛазы плазмы крови;
 - +в) мутациями гена, кодирующего апоЛП В;
 - +г) поражением печени с развитием печеночной недостаточности;
 - д) дефицитом образования тиреоидных гормонов;
 - е) диетой, обедненной жирами.
39. **Врожденная недостаточность ЛПЛазы сопровождается:**
- +а) нарушением превращения хиломикрон в ремнантные частицы;
 - +б) нарушением превращения ЛПОНП в остаточные частицы;
 - +в) гиперлипидемией;
 - г) гиполипидемией;
 - д) нарушением перехода ЛПВП в ЛПНП;
 - +е) нарушением перехода ЛПОНП в ЛПНП;
 - ж) резкой активацией атерогенеза.
40. **Негативные последствия ожирения заключаются в следующем:**
- +а) ускорении атерогенеза;
 - б) нарушении пищеварения;
 - +в) повышенном риске возникновения СД;
 - +г) повышенном риске развития гипертонической болезни;
 - д) жировой дистрофии печени;
 - е) слабости скелетной мускулатуры.
41. **Ожирение развивается при:**
- +а) синдроме Иценко-Кушинга;
 - +б) микседеме;
 - в) гипертиреозе;
 - г) альдостеронизме;
 - +д) дефиците липотропного гормона гипофиза.
42. **В основе модификации ЛП могут лежать следующие процессы:**
- +а) гликозилирование;
 - +б) образование АТ против апоЛП;

- +в) активация СПОЛ;
- +г) образование комплекса с гликозамингликанами межклеточного вещества;
- д) расщепление липидов под действием триглицеридлипазы;
- +е) частичный протеолиз апоЛП;
- ж) этерификация холестерина;
- з) ресинтез ЛП из КТ и белков.

43. ***Макрофаги поглощают ЛП при участии следующих рецепторов:***

- +а) рецептора для ЛПНП;
- б) «скэвенджер-рецептора»;
- в) рецептора для холестерина;
- +г) рецептора для ЛПОНП;
- д) рецептора для фосфолипидов.

44. ***Ожирению печени препятствуют:***

- +а) липокаин;
- +б) метионин;
- в) витамин Е;
- +г) холин;
- д) биотин;
- е) соли желчных кислот.

НАРУШЕНИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ, ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНОВ

1. Какие из приведенных утверждений являются правильными?

- а) при ацидозе может наблюдаться увеличение концентрации бикарбоната в плазме крови;
- б) при алкалозе сродство гемоглобина к кислороду повышается;
- в) при хроническом алкалозе развивается остеопароз;
- г) введение бикарбоната для коррекции нарушения кислотно-основного состояния при газовом ацидозе нецелесообразно;
- +д) все утверждения являются правильными

2. К каким нарушениям КОС организма может привести альвеолярная гиповентиляция?

- +а) к смешанному ацидозу;
- б) к негазовому алкалозу;
- +в) к газовому ацидозу;
- г) к газовому алкалозу.

3. Компенсаторными реакциями организма при метаболическом ацидозе являются:

- +а) связывание ионов водорода белками;
- +б) гипервентиляция легких;
- +в) обмен ионов водорода на ионы калия и кальция клеток;
- г) усиленное выделение бикарбоната почками в мочу;
- д) гиповентиляция легких.

4. **Какие из перечисленных процессов участвуют в компенсации респираторного ацидоза?**
- +а) активация ацидо- и аммиониогенеза;
 - б) уменьшение реабсорбции в канальцах почек гидрокарбоната;
 - +в) увеличение реабсорбции в канальцах почек HCO_3^- ;
 - +г) связывание избытка H^+ -ионов восстановленным гемоглобином;
 - д) освобождение из белков ионов водорода в обмен на ионы Na^+ и K^+ ;
 - +е) освобождение из белков ионов натрия и калия в обмен на H^+ -ионы;
 - ж) гиперкалиемия;
 - +з) перемещение ионов хлора в эритроциты в обмен на HCO_3^- .
5. **Укажите причины негезового ацидоза:**
- +а) избыточное введение минеральных кислот;
 - б) альвеолярная гиповентиляция;
 - +в) избыточное образование кислых продуктов обмена;
 - +г) потеря большого количества кишечного сока;
 - +д) недостаточное выделение кислых метаболитов почками.
6. **Дефицит оснований (BE-) характерен для:**
- а) метаболического ацидоза;
 - б) респираторного ацидоза;
 - +в) метаболического алкалоза;
 - +г) компенсированного респираторного алкалоза.
7. **Укажите почечные механизмы компенсации сдвигов КОС:**
- а) ресинтез гликогена из молочной кислоты;
 - +б) экскреция кислых и щелочных соединений;
 - +в) калий-натриевый ионообменный механизм;
 - +г) ацидогенез;
 - д) уролитиаз;
 - +е) аммиониогенез;
 - ж) реабсорбция аминокислот.
8. **Основными буферными системами организма являются:**
- а) ацетатная;
 - +б) бикарбонатная;
 - +в) фосфатная;
 - г) аммиачная;
 - +д) белковая;
 - е) тетраборатная;
 - ж) гидротартратная;
 - +з) гемоглобиновая.
9. **Для компенсированного респираторного алкалоза характерно:**
- а) избыток оснований (BE+);
 - +б) дефицит оснований (BE-);
 - в) незначительное Т содержания SB;
 - +г) незначительное X содержания SB;
 - +д) снижение pCO_2 артериальной крови;

е) повышение $p\text{CO}_2$ артериальной крови.

10. **К числу факторов, обуславливающих развитие негазового алкалоза, относятся:**

- +а) гиповолемия;
- +б) гипокалиемия;
- в) гипоальдостеронизм;
- +г) избыток глюкокортикоидов;
- +д) длительное применение диуретиков (фуросемида).

11. **Какие из перечисленных факторов являются причинами метаболического ацидоза?**

- +а) голодание;
- +б) потеря кишечного сока (кишечный свищ);
- +в) нарушение обмена веществ при СД 1 типа;
- +г) почечная недостаточность;
- +д) гипоксия;
- е) потеря желудочного сока при неукротимой рвоте;
- ж) гипервентиляция легких;
- +з) хроническая недостаточность кровообращения;
- +и) нарушение обмена веществ при злокачественных опухолях.

12. **Какие показатели используют для оценки КОС?**

- +а) буферные основания;
- +б) избыток (или дефицит) оснований;
- в) кислородное насыщение венозной крови;
- +г) стандартные бикарбонаты;
- д) клиренс инсулина;
- е) скорость оседания эритроцитов.

13. **Некомпенсированный газовый ацидоз характеризуется:**

- +а) снижением $p\text{H}$ артериальной крови;
- +б) повышением $p\text{CO}_2$ в плазме крови;
- в) низкой концентрацией бикарбонатов в плазме крови;
- +г) диффузией ионов хлора из эритроцитов во внеклеточную жидкость;
- +д) повышением титруемой кислотности мочи.

14. **Для компенсированного метаболического ацидоза характерны:**

- +а) гипервентиляция;
- +б) гипокапния;
- в) гипокалиемия;
- +г) снижение эффектов катехоламинов;
- +д) усиление парасимпатических эффектов.

15. **Метаболический ацидоз развивается при:**

- +а) СД;
- б) угнетении дыхательного центра;
- +в) почечной недостаточности;
- г) пилоростенозе;
- +д) диарее;
- +е) обширных ожогах, травмах;

ж) гипервентиляции легких.

16. **Метаболический алкалоз характеризуется:**

- +а) повышением рН крови;
- +б) увеличением концентрации бикарбонатов в плазме;
- в) компенсированным уменьшением напряжения CO_2 в плазме крови;
- +г) ослаблением аммионогенеза в почках;
- +д) понижением титруемой кислотности мочи.

17. **При газовом алкалозе компенсация нарушенного КОС осуществляется за счет:**

- а) увеличения альвеолярной вентиляции;
- +б) увеличения почечной экскреции бикарбоната;
- +в) выхода ионов водорода и хлора из клеток во внеклеточную жидкость;
- +г) увеличения продукции молочной кислоты.

18. **Какие из перечисленных факторов являются причинами респираторного ацидоза?**

- +а) гиповентиляция легких;
- +б) снижение возбудимости дыхательного центра;
- в) снижение pO_2 в воздухе;
- г) хроническая недостаточность кровообращения;
- д) гипоксия;
- +е) скопление экссудата в плевральной полости;
- ж) гипервентиляция легких при искусственном дыхании;
- +з) вдыхание газовых смесей с высоким содержанием CO_2 .

19. **Какие из перечисленных процессов участвуют в компенсации метаболического ацидоза?**

- +а) повышение выделение с мочой хлорида аммония;
- б) альвеолярная гиповентиляция;
- в) альвеолярная гипервентиляция;
- г) перемещение H^+ -ионов в костную ткань в обмен на ионы Na^+ и Ca^{2+} ;
- д) поступление H^+ -ионов в клетки в обмен на ионы калия;
- е) усиленное выведение HCO_3^- с мочой;
- +ж) связывание H^+ -ионов основным компонентом бикарбонатного буфера;
- +з) связывание H^+ -ионов белками.

20. **Для метаболического ацидоза характерно:**

- а) избыток оснований (BE^+) $> +2,0$;
- +б) дефицит оснований (BE^-) $< -2,0$;
- в) повышение содержания SB;
- +г) снижение содержания SB;
- +д) снижение pCO_2 артериальной крови;
- е) повышение pCO_2 артериальной крови.

21. **Для метаболического алкалоза характерно:**

- +а) избыток оснований (BE^+);
- б) дефицит оснований (BE^-);
- +в) повышение содержания SB;
- г) снижение содержания SB.

22. **Какие из перечисленных факторов являются причинами респираторного алкалоза?**

- +а) повышение возбудимости дыхательного центра;
- +б) вдыхание воздуха с понижением pO_2 (при подъеме на высоту);
- в) хроническая недостаточность кровообращения;
- +г) гипервентиляция легких при искусственном дыхании;
- д) гиповентиляция легких;
- +е) гипервентиляция легких при раздражении дыхательного центра.

23. **Укажите причины, приводящие к развитию дыхательного ацидоза:**

- +а) недостаточность внешнего дыхания;
- б) почечная патология;
- +в) расстройства кровообращения в легких;
- г) длительное употребление с пищей «кислых» продуктов;
- +д) высокая концентрация CO_2 в окружающей среде;
- е) СД.

24. **Развитие негазового ацидоза может быть обусловлено:**

- +а) увеличением поступления летучих кислот извне;
- +б) нарушением обмена веществ, сопровождающимся накоплением органических кислот;
- в) накоплением углекислоты вследствие нарушения выведения ее из организма;
- +г) неспособностью почек выводить кислые продукты;
- +д) чрезмерным выведением оснований через почки и желудочно-кишечный тракт.

25. **Укажите причины, приводящие к развитию метаболического алкалоза:**

- +а) пилоростеноз;
- б) СД;
- +в) гиперсекреция минерало- и глюкокортикоидов;
- г) инфаркт миокарда;
- +д) введение в организм большого количества щелочей;
- е) возбуждение дыхательного центра;
- ж) снижение секреции минерало- и глюкокортикоидов.

26. **Газовый алкалоз характеризуется:**

- +а) повышение pH крови;
- +б) понижением pCO_2 в плазме крови;
- +в) гипервентиляцией легких;
- г) увеличением содержания бикарбонатов в плазме крови;
- +д) снижением титруемой кислотности мочи.

27. **Обезвоживание при газовом алкалозе развивается в связи с:**

- +а) выведением солей натрия и калия из организма
- б) задержкой солей натрия и калия в организме
- +в) уменьшением осмотического давления
- г) увеличением осмотического давления

28. **Возникновение дыхательного ацидоза возможно при:**

- а) неукротимой рвоте;

- +б) пневмосклерозе;
- в) профузных поносах;
- +г) повышении концентрации CO_2 в воздухе;
- д) пребывании в условиях высокогорья.

29. ***В компенсации респираторного ацидоза участвуют следующие процессы:***

- +а) ацидо- и аммонийогенез в почках;
- б) увеличение реабсорбции в почках бикарбоната;
- в) уменьшение реабсорбции в почках бикарбоната;
- +г) связывание избытка протонов гемоглобином;
- д) гипокалиемия.

30. ***Компенсированный метаболический ацидоз характеризуется:***

- +а) низким значением рН крови;
- б) низкой концентрацией бикарбоната в плазме крови;
- +в) компенсаторным уменьшением pCO_2 в плазме крови;
- г) ослаблением аммонийогенеза в почках;
- +д) повышением титруемой кислотности мочи.

31. ***Какие из перечисленных процессов участвуют в компенсации респираторного алкалоза?***

- а) гипервентиляция легких;
- +б) связывание катионов белковым буфером с высвобождением ионов H^+ ;
- +в) выход в кровь ионов водорода из клеток в обмен на ионы K^+ ;
- г) уменьшение выделения HCO_3^- с мочой;
- +д) увеличение выделения HCO_3^- с мочой;
- +е) поступление в кровь ионов водорода из костной ткани в обмен на катионы кальция и натрия;
- +ж) уменьшение реабсорбции гидрокарбоната в почках;
- з) увеличение реабсорбции гидрокарбоната в канальцах почек.

32. ***Выраженная гиперкапния при газовом ацидозе приводит к:***

- +а) спазму артериол;
- б) расширению артериол;
- +в) повышению АД;
- г) снижению АД;
- д) бронходилатации;
- +е) бронхоспазму.

33. ***Для компенсированного респираторного ацидоза характерно:***

- +а) избыток оснований (BE^+);
- б) дефицит оснований (BE^-);
- +в) повышение содержания SB ;
- г) снижение содержания SB ;
- д) снижение pCO_2 артериальной крови;
- +е) повышение pCO_2 артериальной крови.

35. ***Укажите причины негазового алкалоза:***

- +а) избыточное поступление щелочей в организм;

- б) альвеолярная гипервентиляция;
- +в) значительная потеря желудочного сока;
- +г) гиперпродукция (избыточное введение) минералокортикоидов;
- +д) недостаточное выведение оснований почками.

36. *Для каких форм нарушения кислотно-основного состояния характерно развитие тетании?*

- а) метаболического ацидоза;
- +б) метаболического алкалоза;
- в) газового ацидоза;
- +г) газового алкалоза.

37. *Дефицит или избыток каких гормонов может приводить к нарушениям водного баланса организма?*

- +а) Т4;
- +б) адреналина;
- в) окситоцина;
- +г) вазопрессина;
- +д) альдостерона;
- +е) инсулина;
- ж) меланоцитостимулирующих.

38. *Какие изменения обуславливают развитие отека?*

- а) повышение онкотического давления крови;
- +б) повышение онкотического давления межклеточной жидкости;
- +в) увеличение венозного давления;
- г) снижение венозного давления;
- +д) повышение осмотического давления межклеточной жидкости;
- е) понижение осмотического давления межклеточной жидкости;
- +ж) понижение онкотического давления крови.

39. *Укажите факторы патогенеза асцита при циррозе печени:*

- +а) повышение гидростатического давления в системе воротной вены;
- б) понижение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;
- +в) снижение синтеза белка в печени;
- +г) уменьшение расщепления альдостерона в печени.

40. *Укажите виды отеков, в патогенезе которых ведущая роль принадлежит онкотическому фактору:*

- +а) при голодании;
- б) Квинке;
- в) при воспалении;
- +г) при сердечной недостаточности;
- +д) при нефротическом синдроме;
- +е) при печеночной недостаточности.

41. *Укажите виды отеков, в патогенезе которых ведущая роль принадлежит повышению проницаемости сосудистой стенки:*

- а) при сердечной недостаточности;

- б) Квинке;
 - в) при печеночной недостаточности;
 - +г) от укусов пчел;
 - +д) при воспалении.
42. **Причинами, приводящими к развитию гиперосмолярной дегидратации, являются:**
- +а) ограничение поступления воды в организм;
 - б) рвота и диарея;
 - +в) несахарный диабет;
 - г) гиперальдостеронизм;
 - +д) потеря жидкости через легкие при гипервентиляции.
43. **Причинами, приводящими к развитию гипоосмолярной дегидратации, являются:**
- а) ограничение поступления воды в организм;
 - б) рвота и диарея;
 - +в) СД;
 - г) потеря жидкости через легкие при гипервентиляции;
 - +д) потеря жидкости через кожу при обильном потоотделении.
44. **Причинами, приводящими к развитию гиперосмолярной гипергидратации, являются:**
- +а) избыточное введение гипертонических растворов в организм;
 - +б) вторичный альдостеронизм;
 - в) ограничение поступления воды в организм;
 - +г) употребление морской воды;
 - д) избыточная продукция антидиуретического гормона.
45. **Причинами, приводящими к развитию гипоосмолярной гипергидратации, являются:**
- а) избыточное введение гипертонических растворов в организм;
 - б) вторичный альдостеронизм;
 - в) ограничение поступления воды в организм;
 - г) употребление морской воды;
 - +д) избыточная продукция антидиуретического гормона.
46. **Гиперволемическая гипотоническая гипонатриемия развивается:**
- а) в олигурическую фазу острой почечной недостаточности;
 - +б) при выраженном гипотиреозе;
 - в) при приеме тиазидных диуретиков;
 - +г) при первичной психогенной полидипсии;
 - +д) при гиперсекреции антидиуретического гормона.
47. **Причинами гиперфосфатемии являются:**
- а) дефицит витамина D;
 - +б) гипопаратиреоз и псевдогипопаратиреоз;
 - +в) острая и хроническая почечная недостаточность;
 - +г) повышенное потребление фосфатов с пищей;
 - д) использование тиазидных диуретиков.

48. **Недостаток меди в организме проявляется:**
- а) развитием макроцитарной анемии и лейкоцитоза;
 - +б) дефектами соединительной ткани;
 - +в) депигментацией кожи;
 - +г) развитием микроцитарной анемии и лейкопении;
 - д) поликистозом почек.

Типовые нарушения обмена витаминов.

1. Укажите какие изменения сопровождают дефицит витамина D

угнетение окислительно-восстановительных реакций;
+нарушение минерализации костной ткани;
нарушение синтеза факторов свертывания крови;
развитие стерильности;
повышение возбудимости нервной ткани.

2. Укажите какие изменения сопровождают дефицит витамина E:

угнетение окислительно-восстановительных реакций;
нарушение минерализации костной ткани;
нарушение синтеза факторов свертывания крови;
+развитие стерильности;
повышение возбудимости нервной ткани.

3. Укажите какие изменения сопровождают дефицит витамина C:

+ угнетение окислительно-восстановительных реакций;
нарушение минерализации костной ткани;
нарушение синтеза факторов свертывания крови;
развитие стерильности;
повышение возбудимости нервной ткани.

4. Укажите какие изменения сопровождают дефицит витамина K:

угнетение окислительно-восстановительных реакций;
нарушение минерализации костной ткани;
+нарушение синтеза факторов свертывания крови;
развитие стерильности;
повышение возбудимости нервной ткани.

5. Укажите какие изменения сопровождают дефицит витамина B₆;

угнетение окислительно-восстановительных реакций;
нарушение минерализации костной ткани;
нарушение синтеза факторов свертывания крови;
развитие стерильности;
+повышение возбудимости нервной ткани.

6. Укажите, какие изменения в обмене веществ соответствуют дефициту витамина D;

гиперкальциемия;
гиперфосфатемия;
+гипокальциемия;
+гипофосфатемия;
дактивация перекисного окисления липидов;
образование и отложение фосфорно-кислого кальция.

7. Укажите, какие изменения в обмене веществ соответствуют избытку витамина D:

- +гиперкальциемия;
- +гиперфосфатемия;
- гипокальциемия;
- гипофосфатемия;
- +активация перекисного окисления липидов;
- +образование и отложение фосфорно-кислого кальция.

8. Укажите, какие изменения сопровождают дефицит витамина E:

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- +г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

9. Укажите, какие изменения сопровождают дефицит витамина K:

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- +в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

10. Укажите признаки, соответствующие дефициту витамина D:

- +а) рахит;
- +б) остеомалация;
- в) светобоязнь;
- г) мышечная слабость;
- д) воспаление языка и губ;
- +е) позднее зарастание родничков.

11. Укажите, какие изменения в обмене веществ соответствуют дефициту витамина D:

- а) гиперкальциемия;
- б) гиперфосфатемия;
- +в) гипокальциемия;
- +г) гипофосфатемия;
- д) активация ПОЛ;
- е) образование и отложение фосфорнокислого кальция.

12. Дефицит витамина D сопровождают:

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- +б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

13. Дефицит витамина C сопровождают:

- +а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- д) повышение возбудимости нервной ткани.

14. Дефицит витамина В6 сопровождают:

- а) угнетение окислительно-восстановительных реакций;
- б) нарушение минерализации костной ткани;
- в) нарушение синтеза факторов свертывания крови;
- г) развитие стерильности;
- +д) повышение возбудимости нервной ткани.

15. Укажите признаки, соответствующие дефициту витамина В₂:

- а) рахит;
- б) остеомаляция;
- +в) светобоязнь;
- +г) мышечная слабость;
- +д) воспаление языка и губ;
- е) позднее зарастание родничков.

16. Укажите, какие изменения в обмене веществ соответствуют избытку витамина Д:

- +а) гиперкальциемия;
- +б) гиперфосфатемия;
- в) гипокальциемия;
- г) гипофосфатемия;
- +д) активация ПОЛ;
- +е) образование и отложение фосфорнокислого кальция.

17. Для нормального световосприятия необходим:

- Ретинол;
- Токоферол;
- Рибофлавин;
- +Пиридоксаль;
- Биотин.

18. Активными формами витамина В₂ являются:

- Пиридоксальфосфат;
- +Флавинмонопнуклеотид;
- Никотинамидадениндинуклеотид;
- Тиаминпирофосфат;
- Флавинадениндинуклеотид.

19. Антигеморрагическим действием обладает витамин:

- Эргокальциферол;
- Ретинол;
- +Филлохинон;
- Рутин;
- Аскорбиновая кислота.

20. Ксерофтальмию вызывает дефицит в организме витамина:

- Аскорбиновой кислоты;
- Тиамин;
- +Ретинола;
- Холекальциферола;
- Токоферола.

21. К группе водорастворимых витаминов относится:

Витамин А;
+Витамин В₆;
Витамин D;
Витамин Е;
Витамин К.

22. На проницаемость капилляров влияет:

Никотинамид;
Рибофлавин;
Пиридоксин;
+Рутин;
Пангамовая кислота.

23. Активными формами витамина РР являются:

Пиридоксальфосфат;
Флавиномононуклеотид;
+Никотинамидадениндинуклеотид;
Тиаминпирофосфат;
+Никотинамидадениндинуклеотидфосфат.

24. Повышение проницаемости и хрупкость сосудов возникают при недостаточности витамина:

Тиамин;
Ниацин;
Пиридоксин;
+Аскорбиновой кислоты;
Токоферола.

Дополните:

25. Наиболее выраженной пирогенной активностью обладают первичные пирогены –

Ответ: липополисахариды

26. В повышении температуры тела при лихорадке участвуют, следующие механизмы:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: периферическая вазоконстрикция, усиление сократительного термогенеза, уменьшение потоотделения, активация биологического окисления

27. Компенсаторными реакциями у человека при значительном повышении температуры окружающей среды являются:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: расширение периферических сосудов, усиление потоотделения, учащение дыхания

28. При метаболическом ацидозе титрационная кислотность мочи _____.

Ответ: уменьшается

29. Назовите наиболее типичные последствия гипокалиемии:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: мышечная слабость, аритмия, парезы и параличи, остановка сердца в систоле.

30. Для какой формы нарушений КОС характерно развитие судорог и почему

1. _____ 2. _____

Ответ: 1. для алкалоза, 2. обусловлены гипокальциемией

31. Состояние, когда из организма выводится меньше азота, чем поступает с пищей, называется _____ азотистый баланс.

Ответ: положительный

Укажите соответствие:

32. Укажите патологические состояния, сопровождающиеся

- | | |
|----------------------|---------------------------------------|
| 1) гипопроотеинемией | а) голодание |
| 2) гиперпротеинемией | б) сгущение крови |
| | в) усиление синтеза антител |
| | г) заболевание печени |
| | д) нарушение всасывания белков |
| | е) выход белков из кровеносного русла |
| | ж) протеинурия |

Ответ: 1) а, г, д, е, ж 2) б, в

33. Укажите факторы способствующие развитию атеросклероза при

- | | |
|---------------------|---|
| 1) ожирении | а) артериальная гипертензия |
| 2) сахарном диабете | б) гиперхолестеринемия |
| | в) гипергликемия |
| | г) избыток накопления сорбита в стенках сосудов |
| | д) чрезмерное гликозилирование белков тканями сосудистой стенки |
| | е) гипертриглицеридемия |
| | ж) дислипидемия |
| | з) гиперхолестеринемия |

Ответ: 1) а, б, е, ж 2) г, д, ж, з

34. Укажите, какие процессы

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1). стимулируют | а) повышение осмолярности плазмы |
| 2). подавляют продукцию вазопрессина | б) АТ – II |
| | в) стимуляция α -адренорецепторов |
| | г) стимуляция β -адренорецепторов |
| | д) увеличение наполнения полостей сердца |
| | е) понижение АД |
| | ж) увеличение ОЦК |
| | з) боль |
| | и) прием алкоголя |
| | к) гипоксия |

Ответ: 1) а, б, г, е, з, к 2) в, д, ж, и

35. Укажите причины

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) Газового ацидоза | а) избыточное введение минеральных кислот |
| 2) Негазового ацидоза | б) альвеолярная гиповентиляция |
| | в) избыточное образование кислых продуктов обмена |
| | г) потеря большого количества кишечного сока |
| | д) недостаточное выделение кислых метаболитов почками |

Ответ: 1) б 2) а, в, г, д

36. Укажите, изменения в организме при гипотермии на стадии:

- 1) компенсации а) расширение периферических сосудов
 б) сужение периферических сосудов
 2) декомпенсации в) расширение периферических сосудов
 г) усиление потоотделения
 д) снижение потоотделения
 е) тахикардия
 ж) брадикардия
 з) снижение уровня основного обмена
 и) максимальное напряжение механизмов терморегуляции
 к) артериальная гипотензивная реакция
 л) артериальная гипертензивная реакция
 м) урежение дыхания
 н) срыв механизмов терморегуляции
 о) снижение потоотделения
 п) повышение потоотделения
 р) гипергликемия

Ответ: 1) б, е, и, о, р 2) в, ж, з, к, м

Ситуационные задачи**ГИПОКСИЯ**

При решении задач 1 -10 следует ориентироваться на значения приведённых ниже показателей.

Показатели, характеризующие состояние газообменной функции лёгких в норме

$p_{\text{атм}}$	750–765 мм рт.ст.	$p_{\text{а}}\text{CO}_2$	38–42 мм рт.ст.
$p_{\text{атм}}\text{O}_2$	158–160 мм рт.ст.	$S_{\text{а}}\text{O}_2$	97–98%
$p_{\text{а}}\text{O}_2$	105–110 мм рт.ст.	$S_{\text{в}}\text{O}_2$	60–75%
$p_{\text{а}}\text{O}_2$	95–100 мм рт.ст.	$V_{\text{а}}\text{O}_2$	19,5–21 объёмны х %
$p_{\text{в}}\text{O}_2$	45–55 мм рт.ст.	МОД	6–8 л/мин

Знак «–» означает, что показатель у данного пациента не определялся.

дополнительные показатели

МОК (минутный объём кровообращения): 5–6 л/мин

ТК (титруемая кислотность суточной мочи): 20–40 мэкв/л

Задачи 1 - 10

Определите типы гипоксии, назовите возможные причины возникновения и механизмы их развития.

130*, 131

	1	2
$p_{\text{атм}}\text{O}_2$ (мм рт.ст.)	158	158
$p_{\text{а}}\text{O}_2$ (мм рт.ст.)	88	105
$p_{\text{а}}\text{O}_2$ (мм рт.ст.)	61	95
$p_{\text{а}}\text{CO}_2$ (мм рт.ст.)	59	28
$p_{\text{в}}\text{O}_2$ (мм рт.ст.)	16	18
$S_{\text{а}}\text{O}_2$ (%)	88	95
$S_{\text{в}}\text{O}_2$ (%)	25	27
МОД (л/мин)	2,85	8,80

МОК (л/мин)	8,5	2,85
pH	7,25	7,31
МК (мг%)	20,0	26,0
ТК (мэкв/л)	60	50
Hb	140 г/л	—

Заключение к задаче 1

Смешанный: респираторный и циркуляторный типы гипоксии. О респираторном типе, обусловленном гиповентиляцией, свидетельствует снижение p_aO_2 , повышение p_aCO_2 и низкий МОД. На циркуляторный тип указывает высокая артериовенозная разница по O_2 : $S_aO_2-S_vO_2$. Снижение pH обусловлено накоплением лактата и H_2CO_3 в крови. Функция почек, судя по их способности секретировать H^+ , не нарушена. Об этом свидетельствует высокое значение ТК.

3, 4

	3	4
$p_{атм}O_2$ (мм рт.ст.)	90	158
p_AO_2 (мм рт.ст.)	72	105
p_aO_2 (мм рт.ст.)	61	95
p_vO_2 (мм рт.ст.)	20	38
p_aCO_2 (мм рт.ст.)	24	40
S_aO_2 (%)	88	70
S_vO_2	34	20
V_aO_2 (объёмных %)	—	15,2
МОК (л/мин)	7,3	7,0
МОД (л/мин)	9,4	7,5
pH	7,42	7,30
МК (мг%)	19,0	20,5
MetHb	—	40%

5, 6

	5	6
$p_{атм}O_2$ (мм рт.ст.)	158	160
p_AO_2 (мм рт.ст.)	105	110
p_aO_2 (мм рт.ст.)	95	88
p_vO_2 (мм рт.ст.)	60	29
p_aCO_2 (мм рт.ст.)	30	34
S_aO_2 (%)	98	96
S_vO_2 (%)	86	52
МОД (л/мин)	8,5	8,5
МОК	6,9	6,3
pH	7,31	7,38
МК (мг%)	26,5	16,5

7,8

	7	8
$p_{атм}O_2$ (мм рт.ст.)	160	155
p_AO_2 (мм рт.ст.)	109	104

p_aO_2 (мм рт.ст.)	96	95
p_vO_2 (мм рт.ст.)	41	36
p_aCO_2 (мм рт.ст.)	30	34
S_aO_2 (%)	67	96,5
S_vO_2	18	65
Hb (г/л)	142	38
МОД (л/мин)	8,0	8,5
МОК (л/мин)	5,7	6,8
pH	7,34	7,36
МК (мг%)	20,2	17,2

9, 10

	9	10
$p_{атм}O_2$ (мм рт.ст.)	150	105
p_AO_2 (мм рт.ст.)	94	55
p_aO_2 (мм рт.ст.)	76	40
p_vO_2 (мм рт.ст.)	21	12
p_aCO_2 (мм рт.ст.)	48	58
S_aO_2 (%)	93	67
S_vO_2	36	11
МОД (л/мин)	4,6	4,5
МОК (л/мин)	6,4	3,4
pH	7,31	7,28
ТК (мэкв/л)	—	68

КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЕ РАВНОВЕСИЕ

Задачи 11–27

Определите типы расстройств КЩР, назовите возможные причины их возникновения и механизмы развития:

11, 12*

11. Приступ бронхиальной астмы.

12. Выполняется операция с применением аппарата искусственного кровообращения.

	11	12
pH	7,35	7,34
pCO_2 (мм рт.ст.)	52	37
SB (мэкв/л)	22	14
BB(мэкв/л)	45	29
BE(мэкв/л)	+2	-12

Заключение к задаче 12

У пациента некомпенсированный ацидоз (так как pH ниже границы нормы — 7,35). Этот ацидоз не газового характера (поскольку нет увеличения pCO_2 и SB). Снижение показателя SB свидетельствует о накоплении в крови нелетучих кислот. Судя по условию задачи, у пациента наблюдается метаболический ацидоз вследствие недостаточности системы кровообращения.

13. Предварительный диагноз «Сахарный диабет».

14. Диагноз «Хронический диффузный гломерулонефрит в стадии обострения».

	13	14
pH	7,36	7,28
pCO_2 (мм рт.ст.)	36	35

рт.ст.)		
SB (мЭКВ/л)	19,5	16,5
BB (мЭКВ/л)	39	35
BE (мЭКВ/л)	-5	-9
ТК (мЭКВ/л)	37	8
NH ⁺ ₄ (мЭКВ/л)	-	17

15. Свищ тонкого кишечника с длительной потерей кишечного сока.

16. Тяжёлая форма токсического поражения печени и почек с олигурией.

	15	16
pH	7,35	7,25
pCO ₂ (мм рт.ст.)	36	47
SB (мЭКВ/л)	14	18,5
BB (мЭКВ/л)	24	40,5
BE (мЭКВ/л)	-8	-7
МК (мг%)	-	28
NH ⁺ ₄ (мЭКВ/л)	-	15
ТК (мЭКВ/л)	-	8

17. Острая недостаточность левого желудочка сердца с развитием отёка лёгких.

18. Проводится операция с применением ИВЛ.

	17	18
pH	7,24	7,47
pCO ₂ (мм рт.ст.)	51	25
SB (мЭКВ/л)	18	20
BB (мЭКВ/л)	45	40
BE (мЭКВ/л)	-8	-2

19. У пациента неукротимая рвота, тетания.

20. Сотрясение головного мозга, сопровождающееся повторной рвотой и одышкой.

	19	20
pH	7,50	7,56
pCO ₂ (мм рт.ст.)	36	30
SB (мЭКВ/л)	28	28
BB (мЭКВ/л)	57	50
BE (мЭКВ/л)	+ 5,5	+ 5

21. У больного острая кровопотеря.

22. В реанимации после операции по удалению тромба брюшного отдела аорты.

	21	22
pH	7,19	7,35
pCO ₂ (мм рт.ст.)	25	49
SB (мЭКВ/л)	11	19,5
BB (мЭКВ/л)	27	44
BE (мЭКВ/л)	-17	-3,0
Ht	0,36	-
МК (мг%)	23	-

23. Гемолитическая анемия неясной этиологии.

24. Сотрясение головного мозга, повторная рвота.

	23	24
pH	7,31	7,43
pCO ₂ (мм рт.ст.)	35	28
SB (мЭКВ/л)	18	25
BB (мЭКВ/л)	42	48
BE (мЭКВ/л)	-5,5	+4,0
ТК (мЭКВ/л)	12	—
МК (мг%)	—	12
Ht	0,30	—

25. Кровь взята у пациентки после приступа истерии.**26. Пациент госпитализирован 9 дней назад с диагнозом «Острый инфаркт миокарда».**

	25	26
pH	7,42	7,22
pCO ₂ (мм рт.ст.)	30	51
SB (мЭКВ/л)	20,0	15
BB (мЭКВ/л)	50,5	38
BE (мЭКВ/л)	-0,5	-12,5
Ht	0,40	—
ТК (мЭКВ/л)	—	18
МК (мг%)	—	25

27

У больного гнойный перитонит.

pH	7,48	BB	52,5 мЭКВ/л
pCO ₂	49 мм рт.ст.	BE	+6 мЭКВ/л
SB	26,5 мЭКВ/л	ТК	18 мЭКВ/л

Задача 5

При осмотре поступившего в клинику больного 32 лет — наряду с другими признаками нездоровья — выявлено явное увеличение массы тела: при росте 168 см он весил 84,5 кг. Лицо одутловатое, веки набухшие, глазные щели сужены. Кожа имеет бледный оттенок, при надавливании в области тыльной поверхности стоп и на голених долгое время остаётся чёткий отпечаток.

Больной отмечает, что к вечеру обувь становится тесной. При исследовании основных показателей функции системы кровообращения, кроме незначительной артериальной гипотензии, существенных нарушений не отмечено, хотя границы сердца слегка увеличены. Суточный диурез в пределах нормы.

Вопросы

1. Чем может быть обусловлено увеличение веса больного?
2. Есть ли в данном случае основания говорить о нарушении водно-электролитного обмена?
3. О каком типе отёка можно думать в данном случае?
4. Какие дополнительные данные необходимы для уточнения вида отёка и его патогенеза?
5. С учётом всех данных определите тип отёка.
6. В какой форме и в каком водном секторе организма скапливается жидкость при этом типе отёков?

Ответы к ситуационной задаче 5

1. Ожирением и отёком, обусловленным изменением гидрофильности соединительной ткани (микседемой; избыточным скоплением свободной жидкости в межклеточном секторе и серозных полостях).
2. Да. Об этом свидетельствуют внешний вид больного и пальпаторная проба.
3. По данным обследования можно исключить сердечный отёк. Из других причин наиболее вероятен по совокупности данных — один из почечных вариантов. Возможны печёночный и гастро-интестинальный.
4. Исследование состояния метаболических функций печени, клинический анализ мочи, анализ крови (клеточный и белковый состав), наличие признаков мальабсорбции. Результаты дополнительного исследования:
 - функция печени без грубой патологии;
 - моча — много белка (протеинурия, в том числе глобулинурия, гиалиновые и восковидные цилиндры);
 - кровь — анемия отсутствует, существенное снижение общего белка, главным образом за счёт альбуминов, при некотором увеличении глобулинов;
 - признаки синдрома мальабсорбции отсутствуют.
5. Почечный (нефротический). Инициальный механизм — гипоонкия крови, обусловленная протеинурией.
6. Во внеклеточном секторе, в виде частично свободной воды (пальпаторная проба).

Анемии

1. К основным патогенетическим факторам, обуславливающим развитие анемий, относятся:

- +а) недостаточная продукция эритроцитов
- +б) повышенное разрушение эритроцитов
- в) повышенная продукция эритроцитов
- г) недостаточное разрушение эритроцитов
- +д) потеря эритроцитов

2. Гипорегенераторными анемиями являются:

- +а) хроническая постгеморрагическая анемия
- б) острая постгеморрагическая анемия
- +в) анемия при дифиллоботриозе
- +г) наследственная сидеробластная анемия
- д) наследственная микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара

3. Наиболее частыми причинами железодефицитной анемии являются:

- а) достаточное поступление железа с пищей у детей
- +б) хроническая кровопотеря
- +в) беременность и лактация
- +г) заболевания желудочно-кишечного тракта
- +д) тяжёлые изнуряющие болезни, сопровождающиеся ответом острой фазы

4. К развитию железодефицитных анемий наиболее часто приводят:

- +а) хроническая кровопотеря
- б) действие ионизирующего излучения
- +в) затяжные энтериты
- +г) анацидный гастрит
- д) длительный дефицит фолатов в пище

5. Для гипопластической анемии характерны:

- а) гипохромия эритроцитов
- б) нейтрофилия
- +в) нормохромия эритроцитов
- +г) относительный лимфоцитоз
- +д) нейтропения
- +е) уменьшение ОЖСС

6. Причинами гипопластических анемий являются:

- а) гастрит
- +б) лейкозы
- в) недостаток в пище витамина В₁
- +г) токсикомания
- +д) ионизирующая радиация

7. Развитие В12-дефицитной анемии могут вызвать:

- а) лучевая болезнь
- +б) длительный дефицит фолатов в пище
- +в) недостаточность фактора Кастла
- +г) резекция тощей кишки
- +д) дифиллоботриоз

8. Мегалобластический тип кроветворения: характерен для:

- а) постгеморрагических анемий
- б) наследственных гемолитических анемий
- +в) анемии Аддисона-Бирмера
- +г) анемии при дифиллоботриозе
- +д) анемии от недостаточности фолатов

9. Существенную роль в патогенезе В₁₂-(фолиево)-дефицитных анемий играют:

- а) недостаточная гемоглобинизация эритроцитов
- б) нарушение синтеза ДНК в ядрах эритробластов
- в) укорочение срока жизни эритроцитов
- бв

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

- а) гипохромия эритроцитов
- б) макроцитоз
- в) мегалобластический тип кроветворения
- г) уменьшение содержания железа в сыворотке крови
- д) появление в крови эритроцитов с тельцами Жолли и кольцами Кэбота
- бвд

11. Повышенный цветовой показатель обнаруживается при:

- а) железодефицитной анемии
- б) анемии Аддисона-Бирмера
- в) анемии при дифиллоботриозе
- г) гипопластической анемии
- бв

12. К наследственным анемиям относятся:

- а) гемолитическая анемия новорожденных
- б) микросфероцитарная анемия

- в) талассемия
- г) серповидно-клеточная анемия
- бвг

13. Повышенная вязкость крови наблюдается при:

- а) относительном эритроцитозе
- б) абсолютном эритроцитозе
- в) эритремии (болезнь Вакеза)
- г) анемии Аддисона-Бирмера
- д) сидеробластных анемиях
- абв

14. К регенераторным и гиперрегенераторным анемиям относят:

- а) железодефицитную анемию
- б) хроническую постгеморрагическую анемию
- в) гемолитическую анемию Минковского-Шоффара
- г) аутоиммунную гемолитическую анемию
- д) фолиеводефицитную анемию

вг

15. Основное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической анемии это:

- а) повреждение сосуда
- б) уменьшение объёма циркулирующей крови
- в) гипоксия гемического типа
- г) дефицит железа
- д) снижение содержания эритроцитов в крови

б

16. Микроцитоз эритроцитов характерен для:

- а) железодефицитной анемии
- б) гемолитической анемии Минковского-Шоффара
- в) острой постгеморрагической анемии
- г) хронической постгеморрагической анемии
- д) гипопластической анемии
- абг

17. Выраженной гипохромией эритроцитов характеризуются:

- а) хроническая постгеморрагическая анемия
- б) гипопластическая анемия
- в) острая постгеморрагическая анемия
- г) анемия при дифиллоботриозе
- д) наследственная сидеробластная анемия
- ад

18. К гемоглобинопатиям относят:

- а) наследственную микросфероцитарную анемию
- б) ахлоргидрические анемии
- в) серповидно-клеточную
- г) пароксизмальную ночную гемоглобинурию
- д) талассемию

вд

19. Внутрисосудистый гемолиз характерен для:

- а) конфликта по ABO системе
 - б) серповидно-клеточной анемии
 - в) пароксизмальной ночной гемоглобинурии
 - г) отравления уксусной кислотой
 - д) наследственной микросфероцитарной анемии
- авг

20. Внесосудистый гемолиз характерен для:

- а) приобретённой гемолитической анемии
 - б) серповидно-клеточной анемии
 - в) сепсиса
 - г) отравления уксусной кислотой
 - д) наследственного микрофероцитоза эритроцитов
- бд

Лейкоцитозы, лейкопении

1 Возвращение нейтрофилов обратно в кровь после проникновения в ткани возможно:

- а) да
- б) нет

б

2. У людей с повышенным тонусом парасимпатической нервной системы содержание лейкоцитов в крови:

- а) повышено
- б) понижено

б

3. Абсолютный лимфоцитоз имеется, если лейкоцитов $10 \times 10^9/\text{л}$, а лимфоцитов в лейкоцитарной формуле - 50%:

- а) да
- б) нет

а

4. Для регенеративного сдвига ядра нейтрофилов влево характерно появление в крови промиелоцитов:

- а) да
- б) нет

б

5. К дегенеративным изменениям нейтрофилов относят:

- а) наличие в цитоплазме грубо выраженной зернистости
- б) наличие в цитоплазме пылевидной зернистости
- в) палочковидное ядро
- г) вакуолизация цитоплазмы
- д) пикноз ядра

агд

6. Эозинофилией сопровождаются:

- а) поллинозы
- б) эхинококкоз печени
- в) хронический лимфолейкоз
- г) бактериальная пневмония

- д) аллергический ринит
- е) хронический миелолейкоз

Абде

7. Эозинофильным лейкоцитозом сопровождаются:

- а) острый аппендицит
- б) краснуха
- в) атопическая бронхиальная астма
- г) трихинелез
- д) описторхоз

Вгд

8. Эозинопения характерна для:

- а) недостаточности надпочечников
 - б) ответа острой фазы
 - в) атопического дерматита
 - г) стрессовых состояний
 - д) миелотоксического агранулоцитоза
- бгд

9. Для нейтрофильного лейкоцитоза с регенеративным ядерным сдвигом влево характерны:

- а) увеличение процентного содержания палочкоядерных нейтрофилов на фоне нейтрофилии
 - б) значительное увеличение процентного содержания палочкоядерных нейтрофилов на фоне нейтропении
 - в) наличие в крови полисегментированных нейтрофилов
 - г) появление в крови нейтрофильных метамиелоцитов
 - д) появление в крови единичных промиелоцитов
- аг

10. Абсолютной нейтрофилией могут сопровождаться:

- а) острый аппендицит
 - б) воспаление легких
 - в) хронический миелолейкоз
 - г) хронический лимфолейкоз
 - д) брюшной тиф
 - е) туберкулез легких
- абв

11. Нейтрофильный лейкоцитоз с регенеративным ядерным сдвигом влево наблюдается при:

- а) миогенном лейкоцитозе
 - б) пищеварительном лейкоцитозе
 - в) крупозной пневмонии
 - г) ответе острой фазы
 - д) остром инфаркте миокарда
- вгд

12. Острый аппендицит сопровождается нейтрофильным лейкоцитозом:

- а) да
- б) нет

а

13. Хроническое воспаление всегда сопровождается нейтрофилёзом:

- а) да
- б) нет
- б

14. Для агранулоцитоза характерна лейкопения:

- а) да
- б) нет
- а

15. Для иммунного агранулоцитоза характерны:

- а) осложнение язвенно-некротической ангиной, сопровождающейся выраженной лихорадочной реакцией
- б) осложнение язвенно-некротической ангиной, сопровождающейся нормальной температурой тела
- в) возможное осложнение пневмонией со скудной симптоматикой
- г) возможное осложнение пневмонией с характерными симптомами
- д) анемия и геморрагический синдром
- ав

16. Для иммунной формы агранулоцитоза характерны:

- а) умеренная анемия
- б) относительный лимфоцитоз
- в) нейтропения
- г) абсолютная эозинофилия
- д) тромбоцитопения
- бв

17. Развитием моноцитоза часто сопровождаются:

- а) корь
- б) брюшной тиф
- в) инфаркт миокарда
- г) инфекционный мононуклеоз
- д) краснуха
- агд

18. При длительном лечении глюкокортикоидами могут наблюдаться:

- а) лимфоцитоз
- б) эозинофилия
- в) лимфоцитопения
- г) нейтрофилия
- д) эозинопения
- е) нейтропения
- вгд

20. Глюкокортикоиды влияют на костномозговое кроветворение:

- а) угнетают созревание и выход в кровь гранулоцитов
- б) ускоряют созревание и выход в кровь гранулоцитов
- в) угнетают образование эозинофилов
- г) увеличивают образование эозинофилов в крови

- д) угнетают образование лимфоцитов
бвд

21. При лечении глюкокортикоидами может возникнуть эозинопения:

- а) да
б) нет
а

22. Развитием абсолютной лимфоцитопении сопровождаются:

- а) инфекционный мононуклеоз
б) гиперкортизолизм
в) иммунная форма агранулоцитоза
г) лимфогрануломатоз
д) острая лучевая болезнь
е) стрессовые состояния
бгде

Лейкозы

1. Укажите классы клеток, которые могут быть источником лейкозов:

- а) I – II
б) I – IV
в) II – V
г) V – VI

б

2. Укажите свойства лейкозных клеток:

- а) гипертрофия
б) гиперплазия
в) атрофия
г) метаплазия
д) анаплазия
е) атипизм

бгде

3. Укажите стадии развития лейкозов:

- а) стабильная
б) моноклоновая
в) нестабильная
г) поликлоновая
д) начальная

бг

4. Укажите синдромы, связанные с метастазированием лейкозных клеток:

- а) увеличение лимфоузлов, печени, селезенки
б) остеопороз
в) костно-суставной
г) синдром нейрорлейкоза
д) уремия
е) сердечная недостаточность
ж) кожный синдром
з) пневмонит

авгежз

5. Анемия при лейкозе:

- а) гиперхромная
- б) нормохромная
- в) регенераторная
- г) гипорегенераторная
- д) нормобластическая
- е) мегалобластическая
- ж) диспластическая

бгдж

6. Назовите наиболее частые причины смерти при лейкозах:

- а) кровотечение
- б) присоединение вторичной инфекции
- в) кровоизлияния в жизненно-важные органы
- г) расстройство функции почек

абв

7. Укажите гистохимическую реакцию на соответствующий вид бластных клеток:

- 1) лимфобласты
- 2) миелобласты
- а) ШИК-реакция
- б) реакция на миелопероксидазу

1)а 2)б

8. При сублейкемическом лейкозе количество лейкоцитов в крови:

- а) менее $4 \times 10^9/\text{л}$
- б) более $50 \times 10^9/\text{л}$
- в) $20-50 \times 10^9/\text{л}$

в

9. Укажите вариант течения характерный для острых лейкозов:

- а) лейкопенический
- б) алейкемический
- в) сублейкемический
- г) лейкемический

аб

10. Укажите вариант течения характерный для хронических лейкозов:

- а) лейкопенический
- б) алейкемический
- в) сублейкемический
- г) лейкемический

вг

11. В детском возрасте чаще всего встречается:

- а) хронический миелолейкоз
- б) хронический лимфолейкоз
- в) острый лимфобластный лейкоз

в

12. Назовите изменения периферической крови характерные для острого миелобластного лейкоза:

- а) появление бластных клеток с отрицательной реакцией на липиды
- б) появление бластных клеток с положительной реакцией на миелопероксидазу
- в) появление промиелоцитов, миелоцитов и метамиелоцитов
- г) отсутствие промиелоцитов, миелоцитов и метамиелоцитов
- д) увеличение содержания эозинофилов и базофилов
- е) анемия и тромбоцитопения

бге

13. При остром миелобластном лейкозе в мазке крови имеются клетки-тени Гумпрехта-Боткина:

- а) да
- б) нет

б

14. Назовите изменения в периферической крови характерные для острого лимфобластного лейкоза:

- а) появление бластных клеток с отрицательной реакцией на липиды
- б) появление бластных клеток с положительной реакцией на липиды
- в) появление бластных клеток с положительной реакцией на гликоген в виде глыбок
- г) большое количество в крови миелоцитов и промиелоцитов
- д) анемия и тромбоцитопения

авд

15. Назовите изменения в периферической крови характерные для хронического миелолейкоза:

- а) наличие в крови миелоцитов
- б) «лейкемический провал»
- в) тромбоцитопения
- г) появление в крови единичных миелобластов
- д) анемия
- е) появление лимфобластов
- ж) уменьшение лейкоцитов в литре крови

авгд

16. Лейкоциты сохраняют способность к дифференцировке до зрелых форм при хронических миелолейкозах:

- а) да
- б) нет

а

17. Наиболее характерен для типичного течения хронического лимфолейкоза следующий вариант:

- а) лейкопения с относительным лимфоцитозом
- б) нормальное количество лейкоцитов с абсолютным лимфоцитозом
- в) значительное увеличение количества лейкоцитов с лимфоцитозом до 40%
- г) значительное увеличение количества лейкоцитов с лимфоцитозом до 80%

г

18. Назовите изменения периферической крови характерные для хронического лимфолейкоза:

- а) увеличение содержания лейкоцитов в 1л крови
- б) лейкопения

- в) наличие в мазке крови клеток-теней Боткина-Гумпрехта
- г) преобладание зрелых лимфоцитов
- д) преобладание незрелых лимфоцитов
- е) эозинофилия

авг

19. Назовите изменения гематологических показателей характерные для эритремии (болезни Вакеза):

- а) тромбоцитопения
- б) гиперхромия эритроцитов
- в) увеличение показателя гематокрита
- г) нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом влево
- д) пойкилоцитоз эритроцитов
- е) уменьшение процентного содержания лимфоцитов

вгде

20. Панцитоз (увеличение содержания в крови эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов) характерен для:

- а) хронического миелолейкоза
- б) хронического лимфолейкоза
- в) эритремии (болезни Вакеза)

в

Гемостаз

1. Назовите свойства обуславливающие тромборезистентность сосудистой стенки

- а) выделение тканевого тромбопластина
- б) синтез тканевого активатора плазминогена
- в) активация системы антикоагулянтов
- г) синтез простациклина (ПГ₂)
- д) синтез фактора Виллебранда
- е) связывание тромбина тромбомодуллином

бвге

2. к антикоагулянтам относятся

- а) антитромбин III
- б) гепарин
- в) каллидин
- г) проконвертин
- д) тромбоксан А₂

Аб

3. Агрегацию тромбоцитов стимулируют следующие агенты:

- а) тромбин
- б) тромбоксан А₂
- в) АДФ
- г) ФАТ
- д) простациклин

абвг

4. Активации адгезии тромбоцитов способствуют:

- а) повышение синтеза фактора Виллебранда
- б) понижение концентрации ионов кальция в цитоплазме тромбоцитов
- в) обнажение коллагеновых волокон при повреждении сосудов

г) экспрессия на мембране тромбоцитов рецепторов фактора Виллебранда
авг

5. Лизис тромба осуществляет:

- а) плазмин
- б) антитромбин III
- в) гепарин

а

6. Развитие геморрагического синдрома может быть следствием:

- а) повышения проницаемости сосудистой стенки
- б) дефицита прокоагулянтов
- в) повышения активности системы плазминогена
- г) повышения концентрации ингибиторов фибринолиза
- д) уменьшения количества тромбоцитов
- е) нарушения функциональных свойств тромбоцитов
- ж) понижения активности системы плазминогена

абвде

7. Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз может быть нарушен вследствие:

- а) уменьшения количества тромбоцитов
- б) нарушения функции тромбоцитов
- в) наследственной ангиопатии
- г) дефицита фактора VIII
- д) дефицита фактора Виллебранда
- е) экспрессии на мембране тромбоцитов рецепторов фибриногена
- ж) отсутствия на мембране тромбоцитов рецепторов фактора Виллебранда

абвдж

8. Тромбоцитопения - это снижение количества тромбоцитов в крови ниже:

- а) $500 \times 10^9/\text{л}$
- б) $350 \times 10^9/\text{л}$
- в) $150 \times 10^9/\text{л}$

в

9. Укажите факторы, действие которых вызывает развитие тромбоцитопений:

- а) угнетение пролиферации мегакариобластов
- б) вытеснение мегакариоцитарного ростка костного мозга лейкозными клетками
- в) активация лейкоцитарного ростка костного мозга при воспалении
- г) повышенное "потребление" тромбоцитов в процессе тромбообразования
- д) иммунные повреждения тромбоцитов
- е) высокая доза ионизирующего излучения
- ж) лейколизис

абгде

10 Укажите последовательность звеньев патогенетической цепи тромбоцитопенической пурпуры:

- а) развитие геморрагического синдрома
- б) срыв механизма естественной иммунологической толерантности
- в) уменьшение количества тромбоцитов
- г) укорочение продолжительности жизни тромбоцитов
- д) нарушение механизмов первичного гемостаза

- е) синтез антитромбоцитарных антител

Бегвда

11. Укажите нарушения, характерные для тромбоцитопатий:

- а) сниженный синтез адреналина
- б) дефицит гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов
- в) отсутствие или слабая агрегация тромбоцитов при воздействии проагрегантов: АДФ, тромбина и адреналина
- г) снижение реакции освобождения тромбоцитами АДФ и серотонина
- д) ослабление ретракции кровяного сгустка в процессе тромбообразования

бвгд

12. Дефицит каких ферментов сопровождается нарушением синтеза и освобождения тромбоцитами факторов системы гемостаза:

- а) тромбоксан-синтетазы
- б) аланинтрансферазы
- в) фосфоорилазы
- г) циклооксигеназы
- д) фосфолипазы
- е) пероксидазы

авгд

13. Укажите патогенетические факторы нарушения гемостаза при наследственных тромбоцитопатиях:

- а) отсутствие в мембранах тромбоцитов гликопротеинов
- б) дефицит плотных гранул I и II типа тромбоцитов
- в) нарушения реакции дегрануляции тромбоцитов
- г) дефицит рецепторов тромбоцитов к фактору Виллебранда
- д) гиперфибриногенемия
- е) нарушение взаимодействия тромбоцитов с коллагеном субэндотелиального слоя
- ж) нарушение синтеза простациклина

абвге

14. Укажите тромбоцитарные факторы, препятствующие образованию тромбоксана A_2 :

- а) низкая активность циклооксигеназы
- б) высокий уровень цАМФ
- в) дефицит фосфолипазы A_2
- г) высокий уровень цГМФ
- д) дефицит липоксигеназы

абв

15. Укажите патологические состояния и болезни, которые сопровождаются гипокоагуляцией:

- а) хроническая механическая желтуха
- б) острая гемолитическая анемия
- в) гипертоническая болезнь
- г) гиперлипидемия
- д) атеросклероз
- е) паренхиматозная желтуха
- ж) хронические лейкозы

аеж

16. Нарушение вторичного (коагуляционного) гемостаза характерно для следующих заболеваний:

- а) цирроз печени
 - б) тромбоцитопатии
 - в) гемофилии
 - г) геморрагический васкулит
- ав

17. Для гемофилии (А, В, С) характерно укорочение времени образования протромбиназы

- а) да
- б) нет

б

18. Укажите факторы, определяющие патогенез тромбообразования:

- а) локальный ангиоспазм
- б) повышение активности системы плазминогена
- в) повреждение сосудистой стенки
- г) активация коагуляционного гемостаза
- д) повышение вязкости крови
- е) активация агрегации тромбоцитов

авгде

19. Укажите патологические состояния и болезни, сочетающиеся, как правило, с гиперкоагуляцией:

- а) наследственный дефицит антитромбина III
- б) избыточный синтез простациклина
- в) системный атеросклероз
- г) дефицит простациклина
- д) тромбоцитозы
- е) эритремия
- ж) гиперлипидемия
- з) авитаминоз К

авгде

20. К развитию тромботической болезни могут привести следующие причины:

- а) дефицит антитромбина III
- б) дефицит тканевого активатора плазминогена
- в) повышение синтеза ингибиторов фибринолиза
- г) повышение синтеза простациклина
- д) дефицит протеина С

абвд

21. Патогенетическая терапия тромбозов включает следующие принципы:

- а) нормализация гемодинамики
- б) назначение антиагрегантов
- в) понижение активности системы плазминогена
- г) назначение антикоагулянтов
- д) нормализация реологических свойств крови

абгд

22. В патогенезе первой стадии тромбгеморрагического синдрома играют роль следующие факторы:

- а) нарушение микроциркуляции
- б) диссеминированное микротромбообразование
- в) массивное повреждение тканей организма
- г) понижение продукции тканевого тромбопластина
- д) активация агрегации тромбоцитов
- е) метаболический ацидоз
- ж) нарушение реологических свойств крови
- з) понижение активности фибринолитической системы

абвдзж

23. Укажите наиболее частые причины ДВС-синдрома:

- а) травматично выполненная обширная хирургическая операция
- б) синдром "длительного раздавливания"
- в) феномен Артюса
- г) злокачественные опухоли
- д) авитаминоз К
- е) сепсис
- ж) акушерская патология
- з) гемофилия В

абгеж

24. Укажите правильную последовательность механизмов развития ДВС:

- 1) активация факторов свертывающей системы крови и тромбоцитарного гемостаза
 - 2) снижение активности антикоагулянтов
 - 3) диссеминированное тромбообразование с развитием гипоксии, дистрофии тканей и органов
 - 4) коагулопатия "потребления" (коагулянтов и тромбоцитов) с истощением противосвертывающих факторов
 - 5) геморрагии
- а) 1,2,3,4,5
 - б) 2,1,3,4,5
 - в) 3,2,1,4,5

а12345

25. Укажите правильную последовательность стадий ДВС-синдрома:

- 1) выраженная гипокоагуляция белков крови
 - 2) гиперкоагуляция белков крови + начальные признаки гипокоагуляции
 - 3) генерализованная гиперкоагуляция белков крови и агрегация тромбоцитов
- а) 3,2,1
 - б) 1,2,3
 - в) 2, 1, 3

а321

26. Развитие кровотечений при тромбгеморрагическом синдроме обусловлено:

- а) активацией системы плазминогена
- б) повышенным потреблением прокоагулянтов
- в) тромбоцитопенией потребления
- г) повышенным потреблением тканевого тромбопластина

абв

27. Гемоглобинопатия М и отравление нитритами, окисью углерода и HbS вызывают развитие гипоксии _____ типа:

Ответ: гемическая

28. Укажите, какие изменения объема крови наблюдаются

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1) сразу после острой кровопотери | а) олигоцитемическая гиповолемия |
| 2) через 5-6 часов | б) простая гиповолемия |
| 3) через 4-5 суток после острой кровопотери средней тяжести | в) олигоцитемическая нормоволемия |
| | г) простая нормоволемия |

Ответ: 1) б 2) а 3) в

29. Укажите гематологические признаки характерные для

- | | |
|---|---|
| 1) железо-дефицитной | а) уменьшение содержания железа в сыворотке крови |
| 2) наследственной сидеробластной анемии | б) увеличение содержания в сыворотке крови |
| | в) уменьшение латентной железосвязывающей способности сыворотки |
| | г) увеличение латентной железосвязывающей способности сыворотки |
| | д) уменьшение содержания сидеробластов в красном костном мозге |
| | е) увеличение содержания сидеробластов в красном костном мозге |

Ответ: 1) а, г, д 2) б, в, е

30. Укажите, какие показатели обмена железа характерны для

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1) апластической | а) увеличение коэффициента насыщения трансферина |
| 2) железо-дефицитной анемии | б) уменьшение содержания сидеробластов в красном костном мозге |
| | в) уменьшение латентной железосвязывающей способности сыворотки |
| | г) уменьшение коэффициента насыщения трансферина |
| | д) увеличение латентной железосвязывающей способности сыворотки |
| | е) увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки |

Ответ: 1) а, б, в 2) г, д, е

31. Укажите, какие гематологические показатели характерны для

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1) гемолитического криза при наследственной анемии | а) сдвиг формулы нейтрофилов вправо |
| 2) анемии Аддисона-Бирмера | б) гиперхромия эритроцитов |
| | в) гипербилирубинемия |
| | г) выраженный ретикулоцитоз |
| | д) сдвиг формулы нейтрофилов влево |
| | е) анизоцитоз, пойкилоцитоз |

Ответ: 1) в, г, д, е 2) а, б, в, е

32. Укажите, какие гематологические показатели характерны для

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1) острой постгеморрагической анемии | а) анизоцитоз, пойкилоцитоз |
| 2) гемолитического криза при аутоиммунной гемолитической анемии | б) ретикулоцитоз до 30-40% |
| | в) нейтрофилия |
| | г) гипербилирубинемия |
| | д) ретикулоцитоз до 15-20% |

Ответ: 1) в, д 2) а, б, в, г

33. Укажите, какие гематологические показатели характерны для

- | | |
|---|---|
| 1) острой постгеморрагической анемии | а) выраженная гипохромия эритроцитов |
| | б) уменьшение лейко-эритробластического отношения в костном мозге |
| 2) хронической постгеморрагической анемии | в) увеличение латентной железосвязывающей способности сыворотки |
| | г) выраженный ретикулоцитоз |
| | д) анизоцитоз, пойкилоцитоз |
| | е) выраженный нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом влево |

Ответ: 1) б, г, д, е 2) а, б, в, д

34. Укажите, какие признаки характерны для

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1) анемии Аддисона-Бирмера | а) гиперхромия эритроцитов |
| | б) лейкопения, тромбоцитопения |
| 2) фолиеводефицитной анемии | в) атрофический глоссит |
| | г) высокий процент неэффективного эритропоэза |
| | д) симптомы фуникулярного миелоза |
| | е) увеличение латентной железосвязывающей способности сыворотки |

Ответ: 1) а, б, в, г, д 2) а, б, в, г

35. Выберите гематологические признаки, характерные для

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1) гемолитических анемий | а) анизо- и пойкилоцитоз эритроцитов |
| | б) ретикулоцитоз |
| 2) гипопластических анемий | в) отсутствие ретикулоцитов |
| | г) лейкопения, тромбоцитопения |
| | д) нормохромия эритроцитов |
| | е) гиперплазия костного мозга |
| | ж) гипоплазия костного мозга |

Ответ: 1) а, б, д, е 2) а, в, г, д, ж

36. Укажите, какие заболевания сопровождаются

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1) абсолютным лимфоцитозом | а) иммунная форма агранулоцитоза |
| | б) вирусная инфекция |
| 2) относительным лимфоцитозом | в) туберкулез |
| | г) гипопластическая анемия |
| | д) инфекционный мононуклеоз |

Ответ: 1) б, в, д 2) а, г

37. Укажите, какие изменения в периферической крови характерны для

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1) хронического миелоидного лейкоза | а) появление в крови единичных миелобластов |
| | б) увеличение содержания в крови нейтрофильных палочкоядерных лейкоцитов |
| 2) нейтрофильного лейкоцитоза | в) появление в крови нейтрофильных метамиелоцитов |
| | г) тромбоцитопения |
| | д) сдвиг формулы нейтрофилов влево |
| | е) отсутствие в крови промиелоцитов |

Ответ: 1) а, б, в, г, д 2) б, в, д, е

38. Укажите, какие изменения гематологических показателей характерны для

- | | |
|--|---|
| 1) хронического миелоидного лейкоза | а) появление в крови единичных миелобластов |
| 2) лейкемоидной реакции миелоидного типа | б) увеличение содержания лейкоцитов до десятков миллиардов в 1 л крови |
| | в)) появление в крови миелоцитов и метамиелоцитов |
| | г) увеличение содержания в крови палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов |
| | д) тромбоцитопения |
| | е) появление лейкоэмических инфильтратов |

Ответ: 1) а, б, в, г, д, е 2) а, б, в, г

39. Укажите, какие изменения гематологических показателей характерны для

- | | |
|---|--|
| 1) лейкемоидной реакции миелоидного типа, например, при сепсисе | а) увеличение содержания лейкоцитов до 10 миллиардов в 1 л крови |
| | б) увеличение содержания лейкоцитов до 15-20 миллиардов в 1 л крови |
| | в) сдвиг лейкоцитарной формулы нейтрофилов до метамиелоцитов |
| 2) нейтрофильного лейкоцитоза, при остром аппендиците | г) сдвиг лейкоцитарной формулы нейтрофилов до миелоцитов и промиелоцитов |
| | д) инфильтрация клетками крови печени и селезенки |
| | е) морфологический и биохимический атипизм лейкоцитов |

Ответ: 1) а, г 2) б, в

40. Укажите состояния, сопровождающиеся

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1) замедлением свертывания крови | а) атеросклероз |
| 2) ускорением свертывания крови | б) гемофилии А, В, С |
| | в) тромбоцитопении (лейкозы, лучевая болезнь, болезнь Верльгофа) |
| | г) ревматизм |
| | д) диффузные поражения печени |
| | е) гипертоническая болезнь |

Ответ: 1) б, в, д 2) а, г

Задача 10

В медсанчасть поступил рабочий 38 лет, пострадавший несколько часов назад во время пожара на производстве. У него имеются ожоги кожи степени I-II правой половины туловища (около 10% поверхности тела). Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 °C.

На пятые сутки состояние пострадавшего усугубилось в связи с инфицированием обожжённой кожи; появились признаки выраженного гнойно-экссудативного воспаления кожи и подкожной клетчатки; температура тела 40,2 °C.

В медсанчасти у пострадавшего дважды проводили анализ крови:

	Анализ «А»	Анализ «Б»
Нб	125 г/л	125 г/л
Эритроциты	$4,5 \pm 10^{12}/л$	$4,7 \pm 10^{12}/л$
Ретикулоциты	0,5%	0,8%
Лейкоциты	$10,5 \pm 10^9/л$	$18,0 \pm 10^9/л$
Нейтрофилы:		
миелоциты	0%	1%
метамиелоциты	0%	4%
палочкоядерные	6%	14%
сегментоядерны	68%	60%

е		
Эозинофилы	2%	0%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	21%	16%
Моноциты	3%	5%

Вопросы

1. Проведите анализ гемограмм «А» и «Б» и сформулируйте заключение по каждой из них. В чём, на Ваш взгляд, их различие?
2. Один из анализов проведён в день поступления, а другой — на пятые сутки пребывания пациента в медсанчасти. Какая из гемограмм («А» или «Б») типична для состояния пациента в первые сутки после ожога и какая более характерна для состояния на пятые сутки?
3. Каковы причины и механизмы изменений в крови, учитывая динамику ожогового процесса у данного пациента?

Ответы к ситуационной задаче 10

1. Анализ «А»

Нв — норма.

Эритроциты — норма.

Цветовой показатель — норма.

Лейкоциты — небольшой нейтрофильный лейкоцитоз.

Нейтрофилы — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное (абсолютная нейтрофилия):

палочкоядерные — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное;

сегментоядерные — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное;

индекс ядерного сдвига нейтрофилов 0,09.

Лимфоциты — абсолютное и относительное содержание нормальное.

Моноциты — абсолютное и относительное число нормальное.

Заключение: Лейкоцитоз нейтрофильный, без ядерного сдвига нейтрофилов влево. Других отклонений от нормы нет.

2. Анализ «Б»

Нв — норма.

Эритроциты — норма.

Цветовой показатель — норма.

Лейкоциты — значительный лейкоцитоз.

Нейтрофилы — абсолютная и относительная нейтрофилия:

миелоциты — абсолютное и относительное число увеличено,

метамиелоциты — абсолютное и относительное количество увеличено,

палочкоядерные — абсолютное и относительное содержание увеличено,

сегментоядерные — абсолютное и относительное число увеличено,

индекс ядерного сдвига нейтрофилов 0,32.

Лимфоциты — абсолютное и относительное количество нормальное.

Моноциты — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное.

Заключение. *Значительный нейтрофильный лейкоцитоз, регенераторный ядерный сдвиг влево, индекс ядерного сдвига 0,32.*

2. Гемограмма «А» характерна для состояния пациента на первые сутки после ожога, а гемограмма «Б» — 7-е сутки.

3. Причиной лейкоцитоза в первый день госпитализации (гемограмма «А») является ожог кожи. Механизм лейкоцитоза перераспределительный. Причина лейкоцитоза на 7-е сутки после ожога (гемограмма «Б») — ожог, осложнённый присоединившейся гнойной инфекцией. По механизму развития этот лейкоцитоз регенераторный (истинный), о чём свидетельствует выраженный ядерный сдвиг нейтрофилов влево.

Задача 11

Пациент А. доставлен в хирургическую клинику с места автокатастрофы с множественными повреждениями грудной клетки, живота, ног и потерей большого количества крови.

Объективно: сознание сохранено, но пострадавший не ориентируется во времени и ситуации; кожные покровы бледные; тахикардия, «нитевидный» пульс, АД 65/15 мм рт.ст. Пациенту произведена операция по перевязке кровоточащих кровеносных сосудов, перелито 1200 мл донорской крови (срок хранения от 2 до 17 дней) и 2000 мл кровезаменителей.

В реанимационном отделении: состояние пациента тяжёлое, сохраняются тахикардия, артериальная гипотензия, одышка, суточный диурез значительно меньше нормы; возникло кровотечение из мелких сосудов повреждённых тканей. Данные лабораторных исследований свидетельствуют о понижении свёртываемости крови, гипопротромбинемии, гипофибриногенемии и тромбоцитопении.

На вторые сутки развились явления острой почечной недостаточности. Смерть наступила от прогрессирующей почечной и сердечно-сосудистой недостаточности. На вскрытии обнаружены признаки множественного тромбоза мелких сосудов внутренних органов.

Вопросы

1. Какой патологический процесс развився у пациента: а) вскоре после травмы, б) в реанимационном отделении?
2. Каков патогенез патологического процесса, который развився у пациента в реанимационном отделении?
3. Каковы механизмы развития: а) почечной недостаточности, б) сердечно-сосудистой недостаточности у больного?
4. Трансфузионная терапия оказалась неэффективной. Выскажите предположение — почему?

Ответы к ситуационной задаче 11

1.а) Вскоре после травмы у пациента развився травматический и постгеморрагический шок.

б) В реанимационном отделении у пациента развився синдром ДВС, который вызван массивным повреждением тканей и образованием большого количества активного тромбопластина в циркулирующей крови.

2. Патогенез ДВС-синдрома: гиперкоагуляция белков, гиперагрегация тромбоцитов и других форменных элементов крови → коагулопатия потребления и как следствие → понижение свёртывания белков крови, гипопротромбинемия, гипофибриногенемия и тромбоцитопения.

3.а) Механизм развития почечной недостаточности: образование микротромбов в сосудах микроциркуляции и нарушение функции почек.

б) Механизм развития сердечно-сосудистой недостаточности: массивная травма, кровопотеря, геморрагии, синдром ДВС, миокардиальная недостаточность + гиповолемия + нарушение тонуса сосудов.

4. Трансфузионная терапия оказалась неэффективной, предположительно по одной из следующих причин:

- перелита несовместимая или «некачественная» (срок годности!) кровь;
- скорее всего, переливание крови и плазмозаменителей произведено с опозданием (поскольку интервал времени между травмой, началом кровотечения и произведённой операцией не указан);
- трансфузия сравнительно большого объёма крови (1200 мл) донорской крови и 2000 мл кровезаменителя (полиглюкин) может сопровождаться гемолизом части эритроцитов, а также (возможно) потенцированием тромбообразования и фибринолиза.

Задача 44

В медсанчасть поступил рабочий 38 лет, пострадавший несколько часов назад во время пожара на производстве. У него имеются ожоги кожи степени I-II правой половины туловища (около 10% поверхности тела). Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 °С.

На пятые сутки состояние пострадавшего усугубилось в связи с инфицированием обожжённой кожи; появились признаки выраженного гнойно-экссудативного воспаления кожи и подкожной клетчатки; температура тела 40,2 °С.

В медсанчасти у пострадавшего дважды проводили анализ крови:

	Анализ «А»	Анализ «Б»
Нв	125 г/л	125 г/л
Эритроциты	$4,5 \pm 10^{12}/л$	$4,7 \pm 10^{12}/л$
Ретикулоциты	0,5%	0,8%
Лейкоциты	$10,5 \pm 10^9/л$	$18,0 \pm 10^9/л$
Нейтрофилы:		
миелоциты	0%	1%
метамиелоциты	0%	4%
палочкоядерные	6%	14%
сегментоядерные	68%	60%
е		
Эозинофилы	2%	0%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	21%	16%
Моноциты	3%	5%

Вопросы

1. Проведите анализ гемограмм «А» и «Б» и сформулируйте заключение по каждой из них. В чём, на Ваш взгляд, их различие?
2. Один из анализов проведён в день поступления, а другой — на пятые сутки пребывания пациента в медсанчасти. Какая из гемограмм («А» или «Б») типична для состояния пациента в первые сутки после ожога и какая более характерна для состояния на пятые сутки?
3. Каковы причины и механизмы изменений в крови, учитывая динамику ожогового процесса у данного пациента?

Ответы к ситуационной задаче 44

1. Анализ «А»

Нв — норма.

Эритроциты — норма.

Цветовой показатель — норма.

Лейкоциты — небольшой нейтрофильный лейкоцитоз.

Нейтрофилы — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное (абсолютная нейтрофилия):

 палочкоядерные — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное;

 сегментоядерные — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное;

 индекс ядерного сдвига нейтрофилов 0,09.

Лимфоциты — абсолютное и относительное содержание нормальное.

Моноциты — абсолютное и относительное число нормальное.

Заключение: Лейкоцитоз нейтрофильный, без ядерного сдвига нейтрофилов влево. Других отклонений от нормы нет.

Анализ «Б»

Нв — норма.

Эритроциты — норма.

Цветовой показатель — норма.

Лейкоциты — значительный лейкоцитоз.

Нейтрофилы — абсолютная и относительная нейтрофилия:

миелоциты — абсолютное и относительное число увеличено,

метамиелоциты — абсолютное и относительное количество увеличено,

палочкоядерные — абсолютное и относительное содержание увеличено,

сегментоядерные — абсолютное и относительное число увеличено,

индекс ядерного сдвига нейтрофилов 0,32.

Лимфоциты — абсолютное и относительное количество нормальное.

Моноциты — абсолютное число увеличено, относительное число нормальное.

Заключение. Значительный нейтрофильный лейкоцитоз, регенераторный ядерный сдвиг влево, индекс ядерного сдвига 0,32.

2. Гемограмма «А» характерна для состояния пациента на первые сутки после ожога, а гемограмма «Б» — 7-е сутки.

3. Причиной лейкоцитоза в первый день госпитализации (гемограмма «А») является ожог кожи. Механизм лейкоцитоза перераспределительный. Причина лейкоцитоза на 7-е сутки после ожога (гемограмма «Б») — ожог, осложнённый присоединившейся гнойной инфекцией. По механизму развития этот лейкоцитоз регенераторный (истинный), о чём свидетельствует выраженный ядерный сдвиг нейтрофилов влево.

Задачи 45–180

Охарактеризуйте изменения в гемограмме, назовите возможные причины их возникновения, механизмы развития и последствия. Сформулируйте общее заключение по гемограмме.

45, 46

	45	46
Нв	150 г/л	112 г/л
Эритроциты	$4,7 \pm 10^{12}/л$	$4,1 \pm 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0,5%	0,2%
Тромбоциты	$220,0 \pm 10^9/л$	$130,0 \pm 10^9/л$
Лейкоциты	$17,0 \pm 10^9/л$	$1,5 \pm 10^9/л$
Нейтрофилы:		
миелоциты	0%	0%
метамиелоциты	4%	0%
палочкоядерные	16%	0%
сегментоядерные	60%	3%
эозинофилы	1%	0%
базофилы	0%	0%
лимфоциты	15%	89%

МОНОЦИТЫ	4%	8%
В мазке единичные лимфобласты		
47, 48		
	47	48
Нб	34 г/л	80 г/л
Эритроциты	$1,0 \pm 10^{12}/л$	$3,0 \pm 10^{12}/л$
СОЭ	68 мм/час	
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0%	0%
Тромбоциты	единичные в поле зрения	$85,0 \pm 10^9/л$
Лейкоциты	$1,3 \pm 10^9/л$	$0,9 \pm 10^9/л$
Плазмоциты	4 на 100 лейкоцитов	
Нейтрофилы:		0%
миелоциты	0%	
метамиелоциты	0%	
палочкоядерные	2%	
сегментоядерные	10%	
Эозинофилы	0%	10%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	78%	
В-лимфоциты		55%
лимфобласты	7%	
Моноциты	3%	12%
	*	**

* Резко выраженный анизоцитоз эритроцитов (микроцитоз). ** В крови: высокий титр IgG, IgM, факторов комплемента; увеличено содержание непрямого билирубина

49, 50		
	49	50
Нб	18 г/л	162 г/л
Эритроциты	$0,8 \pm 10^{12}/л$	$4,7 \pm 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0,3%	1%
Тромбоциты	$180,5 \pm 10^9/л$	$250,0 \pm 10^9/л$
Лейкоциты	$88,0 \pm 10^9/л$	$39,0 \pm 10^9/л$
Нейтрофилы:		
промиелоциты	0%	3%
миелоциты	0%	3%

метамиелоциты	0%	10,5%
палочкоядерные	1%	19,0%
сегментоядерные	2%	25,5%
Эозинофилы	1%	0%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	60%	27,0%
лимфобласты	35%	0%
Моноциты	1%	12,0%

51, 52

	51	52
Нб	100 г/л	95 г/л
Эритроциты	$3,6 \pm 10^{12}/л$	$3,7 \pm 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0,6%	3%
Тромбоциты	$200,0 \pm 10^9/л$	$110,0 \pm 10^9/л$
Лейкоциты	$36,0 \pm 10^9/л$	$2,9 \pm 10^9/л$
Нейтрофилы:		
миелобласты	0%	33%
промиелоциты	0%	1%
миелоциты	0%	0%
метамиелоциты	6%	0%
палочкоядерные	9%	2%
сегментоядерные	11%	10%
Эозинофилы	60%	20%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	12%	32%
Моноциты	2%	2%

53, 54

	53	54
Нб	190 г/л	170 г/л
Эритроциты	$7,4 \pm 10^{12}/л$	$5,3 \pm 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	1,6%	0,5%
Тромбоциты	$550,0 \pm 10^9/л$	$480,0 \pm 10^9/л$
Лейкоциты	$11,0 \pm 10^9/л$	$16,5 \pm 10^9/л$
Нейтрофилы:		
миелоциты	0%	0%
метамиелоциты	0,5%	3%
палочкоядерные	16%	16%
сегментоядерные	56%	70%
Эозинофилы	11%	1%

Базофилы	1,5%	0%
Лимфоциты	12%	3%
Моноциты	3%	7%
СОЭ	10 мм/час	1 мм/час
	*	**

* В мазке: полихроматофилия эритроцитов, единичные нормобласты. ** Анизоцитоз эритроцитов (макроцитоз)

55, 56

	55	56
Нб	82 г/л	64 г/л
Эритроциты	$3,02 \pm 10^{12}/л$	$2,0 \pm 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0%	0%
Тромбоциты	$0,15 \pm 10^9/л$	$120,0 \pm 10^9/л$
Гранулоциты	$0,32 \pm 10^9/л$	$84,0 \pm 10^9/л$
нейтрофилы	0%	2%
эозинофилы	10%	0%
базофилы	0%	0%
Лимфоциты	78%	2,5%
лимфобласты (миелобласты ?)	0%	90,5%
Моноциты	12%	5,0%
	*	**

* Резко выраженный анизоцитоз эритроцитов (микроцитоз). ** Реакция на пероксидазу положительная

Заключение к задаче 55

Признаки гипохромной, арегенераторной анемии нормобластического типа. Тромбоцитопения. Лейкопения, относительная эозинофилия, абсолютное содержание эозинофилов в границах нормы, относительный лимфоцитоз и абсолютная лимфопения, относительный моноцитоз и абсолютная моноцитопения. Можно думать о наличии апластической анемии, так как у пациента нарушена пролиферация всех видов клеток крови.

56, 57

	56	57
Нб	168 г/л	34 г/л
Эритроциты	$4,8 \pm 10^{12}/л$	$1,08 \pm 10^{12}/л$
Ретикулоциты		0,1%

Цветовой показатель	?	?
Тромбоциты	$240,0 \pm 10^9$ /л	единичные в поле зрения
Лейкоциты	$41,0 \pm 10^9$ /л	$1,3 \pm 10^9$ /л
Нейтрофилы:		
промиелоциты	2%	0%
миелоциты	5,5%	0%
метамиелоциты	28,0%	0%
палочкоядерные	20,5%	2%
сегментоядерные	26,5%	10%
Эозинофилы	0%	20%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	6%	50%
Лимфобласты	0%	16%
Моноциты	11,5%	2%
СОЭ	—	80 мм/час

58, 59

	58	59
Нв	76 г/л	99 г/л
Эритроциты	$2,8 \pm 10^{12}$ /л	$3,8 \pm 10^{12}$ /л
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0,1%	—
Тромбоциты	$0,8 \pm 10^9$ /л	$5,0 \pm 10^9$ /л
Лейкоциты	$128,0 \pm 10^9$ /л	$2,8 \pm 10^9$ /л
Миелобласты	97%	31%
Промиелоциты	0,5%	1%
Миелоциты	0%	0%
Метамиелоциты	0%	0%
Нейтрофилы:		
палочкоядерные	0%	4%
сегментоядерные	2,5%	10%
Эозинофилы	0%	22%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	0%	30%
Моноциты	0%	2%

60, 61

	60	61
--	----	----

Нв	58 г/л	62 г/л
Эритроциты	$3,1 \times 10^{12}/л$	$3,9 \times 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Лейкоциты	$182,0 \times 10^9/л$	$67,5 \times 10^9/л$
Миелобласты	4%	0%
Промиелоциты	12%	10%
Нейтрофилы		
миелоциты	14,5%	4,5%
метамиелоциты	10,0%	6,0%
палочкоядерные	8,0%	39,0%
сегментоядерные	37,5%	22,0%
Эозинофилы	5,0%	0,5%
Базофилы	9,0%	0%
Лимфоциты	0%	14,5%
Моноциты	0%	3,5%

62, 63

	62	63
Нв	98 г/л	108 г/л
Эритроциты	$3,9 \times 10^{12}/л$	$4,0 \times 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Тромбоциты	$200,0 \times 10^9/л$	$490,0 \times 10^9/л$
Лейкоциты	$38,0 \times 10^9/л$	$23,9 \times 10^9/л$
Промиелоциты	0%	2,5%
Нейтрофилы:		
миелоциты	0%	4%
метамиелоциты	3%	6%
палочкоядерные	14%	14%
сегментоядерные	62%	43%
Эозинофилы	8%	4,5%
Базофилы	0%	3%
Лимфоциты	12%	18%
Моноциты	1%	5%

64, 65

	64	65
Нв	115 г/л	80 г/л
Эритроциты	$3,5 \times 10^{12}/л$	$2,9 \times 10^{12}/л$
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0,4%	0,1%
Лейкоциты	$14,8 \times 10^9/л$	$38,0 \times 10^9/л$
Промиелоциты	0%	2%
Нейтрофилы:		
миелоциты	0%	6%

метамиелоциты	0%	10%
палочкоядерные	3,5%	17%
сегментоядерные	42,0%	51%
Эозинофилы	0,5%	0,5%
Базофилы	0%	0%
Лимфоциты	43,0%	12,0%
Моноциты	11,0%	1,5%

66, 67

	66	67
Нв	128 г/л	118 г/л
Эритроциты	$4,1 \times 10^{12}/л$	$3,6 \times 10^{12}/л$
Нт	—	0,38
Цветовой показатель	?	?
Ретикулоциты	0,4%	0,3%
Лейкоциты	$42,0 \times 10^9/л$	$3,8 \times 10^9/л$
Промиелоциты	2%	0%
Нейтрофилы:		
миелоциты	3%	0%
метамиелоциты	9%	0%
палочкоядерные	14%	4%
сегментоядерные	44%	56%
Эозинофилы	4,5%	4,5%
Базофилы	1,5%	1,0%
Лимфоциты	20,0%	30,0%
Моноциты	2,0%	4,5%

Сердечно-сосудистая система

1. Назовите функции сердца, нарушения которых могут привести к возникновению сердечных аритмий:

- а) автоматизм
- б) возбудимость
- в) проводимость
- г) сократимость

абв

2. Укажите механизм, обуславливающий развитие номотопных аритмий:

- а) аномальный автоматизм гипополяризованных клеток миокарда
- б) изменение нормального автоматизма синоатриального узла
- в) повторный вход импульса и его круговое движение

б

3. К номотопным аритмиям относятся:

- а) синусовая тахикардия
- б) синусовая брадикардия
- в) синусовая аритмия'
- г) синдром слабости синусового узла
- д) трепетание предсердий
- е) пароксизмальная тахикардия желудочков

абвг

4. Назовите пункты соответствующие дыхательной аритмии:

- а) увеличение частоты сердечных сокращений на вдохе
- б) увеличение частоты сердечных сокращений на выдохе
- в) относится к нотопопным аритмиям
- г) относится к гетеротопным аритмиям
- д) связана с периодическими изменениями кровенаполнения правого предсердия
- е) связана с периодической миграцией водителя ритма
- ж) связана с возбуждением рецепторов растяжения легких
- з) встречается преимущественно у молодых
- и) встречается преимущественно у пожилых

авдз

5. Назовите факторы, которые способствуют появлению кругового движения (циркуляции) возбуждения в миокарде:

- а) укорочение пути возможного кругового движения возбуждения
- б) удлинение пути возможного кругового движения возбуждения
- г) укорочение периода рефрактерности миокарда
- д) уменьшение скорости распространения возбуждения

бгд

6. Механизм повторного входа волны возбуждения (re-entry) может привести к возникновению следующих аритмий:

- а) мерцательной аритмии
- б) пароксизмальной тахикардии
- в) экстрасистолии по типу аллоритмий (бигеминии, тригеминии)
- г) синоатриальная блокада

абв

7. Возникновение эктопических ритмов сердца может быть обусловлено:

- а) снижением автоматизма СА-узла
- б) увеличением возбудимости клеток СА-узла
- в) блокадой проведения импульсов по проводящей системе сердца
- г) ослаблением тонуса блуждающего нерва

ав

8. Гиперкалиемия вызывает:

- а) атриовентрикулярную блокаду проведения импульсов возбуждения
- б) формирование высокого заостренного зубца Т на ЭКГ
- в) артериальную гипертензию
- г) тахикардию
- д) брадикардию

абд

9. Эктопический очаг возбуждения может быть локализован:

- а) в предсердиях
- б) в синусном узле
- в) в пучке Гиса
- г) в волокнах сократительного миокарда

авг

10. Перечислите признаки характеризующие пароксизмальную тахикардию желудочков:

- а) внезапное начало

- б) частота сердечных сокращений увеличивается до 140-220/мин
- в) ритм сердечных сокращений в большинстве случаев неправильный
- г) относится к гетеротопным аритмиям
- д) относится к нотопоным аритмиям
- е) комплекс QRS деформирован и уширен

абге

11. Укажите последствия продолжительного приступа пароксизмальной желудочковой тахикардии:

- а) увеличение сердечного выброса
- б) уменьшение сердечного выброса
- в) увеличение коронарного кровотока
- г) уменьшение коронарного кровотока
- д) повышение систолического артериального давления
- е) понижение систолического артериального давления
- ж) увеличение ударного выброса
- з) уменьшение ударного выброса

бгез

12. Укажите признаки трепетания предсердий:

- а) частота возбуждения предсердий увеличивается до 200-400/мин
- б) возникает в результате формирования кругового движения возбуждения по предсердиям (механизм "re-entry")
- в) желудочковые комплексы имеют, как правило, нормальную форму
- г) частота сокращений желудочков соответствует частоте возбуждения предсердий
- д) на ЭКГ обнаруживаются регулярные волны F

абвд

13. Во время мерцания предсердий ритм возбуждения желудочков:

- а) правильный
- б) определяется клетками водителями ритма атриовентрикулярного узла
- в) определяется желудочковыми эктопическими очагами возбуждения
- г) определяется импульсами поступающими из предсердий

г

14. Возникновению фибрилляции желудочков способствуют:

- а) электрическая неомогенностью миокарда
- б) перерастяжение волокон миокарда
- в) повышение внеклеточной концентрации ионов K^+ в миокарде
- г) понижение внеклеточной концентрации ионов K^+ в миокарде
- д) возбуждение симпатической нервной системы

абвд

15. При недостаточности аортальных клапанов уменьшается коронарный кровоток:

- а) да
- б) нет

а

16. Укажите возможные причины некоронарогенного некроза миокарда:

- а) значительное длительное увеличение работы сердца
- б) гиперпродукция стероидных гормонов
- в) образование антимииокардиоцитарных антител

- г) гиперкатехоламинемия
- д) гемоконцентрация
- е) тромбоцитопения
- ж) гемодилюция

абвг

17. Укажите стадии гипертрофии миокарда:

- а) компенсаторной гиперфункции
- б) аварийная
- в) завершившейся гипертрофии и относительно устойчивой гиперфункции
- г) начинающейся гипертрофии
- д) прогрессирующего кардиосклероза

бвд

18. Коронарная недостаточность может возникнуть в результате:

- а) стенозирующего коронаросклероза
- б) накопления аденозина в миокарде
- в) спазма коронарных артерий
- г) пароксизмальной тахикардии
- д) гиперкапнии

авг

19. Укажите возможные последствия острой коронарной недостаточности:

- а) артериальная гипотензия
- б) сердечная недостаточность
- в) увеличение сердечного выброса
- г) инфаркт миокарда
- д) аритмии
- е) анемия
- ж) гиперволемиа

абгд

20. Укажите некоронарогенные причины ишемии миокарда:

- а) накопление избытка аденозина в миокарде
- б) острая артериальная гипотензия
- в) резкое увеличение частоты сокращений сердца
- г) увеличение содержания лактата в миокарде
- д) гиперкатехоламинемия
- е) общая гипоксия

бвде

21. Укажите факторы, играющие существенную роль в механизме ишемического повреждения миокарда:

- а) активация фосфолипаз
- б) активация ПОЛ
- в) активация гликогенолиза
- г) повышение концентрации ионов кальция в цитоплазме кардиомиоцитов
- д) повреждение митохондрий

абгд

22. Укажите изменения биохимических показателей крови, характерные для острого инфаркта миокарда:

- а) понижение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ)
- б) повышение активности креатинфосфокиназы (КФК)
- в) увеличение содержания тропонина
- г) уменьшение содержания молочной кислоты

д) повышение активности лактатдегидрогеназы

бвд

23. О нарушении работы ионных насосов при ишемии миокарда свидетельствуют:

- а) повышение концентрации внеклеточного калия
- б) понижение концентрации внеклеточного калия
- в) понижение концентрации внутриклеточного калия
- г) повышение концентрации внутриклеточного кальция
- д) повышение концентрации внутриклеточного натрия

авгд

24. 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) активация ренин-ангиотензиновой системы в тканях,
- г) увеличение продукции Na-уретического фактора.

бв

25. После назначения лекарственного препарата у больного увеличилось среднее артериальное давление, а общее периферическое сопротивление току крови понизилось. Вероятно, этот препарат вызвал:

- а) вазоконстрикцию и уменьшение МОС
- б) вазодилатацию и уменьшение МОС
- в) вазоконстрикцию и увеличение МОС
- г) вазодилатацию и увеличение МОС

г

26. К числу эндогенных веществ, способствующих снижению артериального давления путем снижения периферического сосудистого сопротивления, относятся:

- а) катехоламины
- б) брадикинин
- в) ангиотензин-II
- г) простагландин
- д) NO

бгд

27. Укажите состояния, которые сопровождаются развитием систолической артериальной гипертензии:

- а) недостаточность аортальных клапанов
- б) аортальный стеноз
- в) тиреотоксикоз
- г) нефроз

ав

28. К числу эндогенных веществ, способствующих подъёму артериального давления путем повышения периферического сосудистого сопротивления, относятся:

- а) брадикинин
- б) катехоламины
- в) ангиотензин II
- г) простагландин
- д) вазопрессин (антидиуретический гормон)

- е) оксид азота (NO)
- ж) эндотелины

бвдж

29. Гипернатриемия способствует развитию артериальной гипертензии посредством:

- а) усиления образования ренина
- б) торможения обратного захвата норадреналина нервными окончаниями
- в) развития гиперволемии
- г) повышения чувствительности адренорецепторов к прессорным факторам
- д) развитие отёка клеток стенок сосудов
- е) сгущение крови
- ж) активация синтеза простациклина клетками эндотелия

бвгд

30. Укажите виды "симптоматических" артериальных гипертензии:

- а) гиповолемическая
- б) тиреоидная
- в) портальная
- г) цереброишемическая
- д) почечные
- е) эссенциальная
- ж) рефлексогенная
- з) гипопизарная

бгджз

31. Эндокринные гипертензии возникают при:

- а) тотальной гипопункции коркового слоя надпочечников
- б) гиперфункции мозгового слоя надпочечников
- в) гиперфункции клубочковой зоны коркового слоя надпочечников
- г) гипопункции щитовидной железы
- д) гипопизарной кахексии
- е) тиреотоксикозе

бве

32. Укажите возможные последствия хронической артериальной гипертензии:

- а) перегрузочная сердечная недостаточность
- б) гипертрофия сердца
- в) миокардит
- г) кардиосклероз
- д) инсульт
- е) гипоальдостеронизм
- ж) аритмии

абгдж

33. Укажите болезни и состояния, которые сопровождаются повышением артериального давления:

- а) синдром Иценко-Кушинга
- б) синдром Клайнфельтера
- в) болезнь Иценко-Кушинга
- г) гипокортицизм
- д) гипотиреоз
- е) гипертиреоз
- ж) гиперкортицизм
- з) феохромоцитома

авежз

34. Увеличение секреции ренина вызывается:

- а) увеличением перфузионного давления в артериолах клубочков почек
- б) уменьшением перфузионного давления в артериолах клубочков почек
- в) гипонатриемией и гиперкалиемией
- г) гипернатриемией и гипокалиемией
- д) снижением уровня ангиотензина II в крови

бв

35. Патогенез гипертонической болезни предположительно включает следующие звенья:

- а) стойкое повышение возбудимости и реактивности симпатических нервных центров заднего отдела гипоталамуса
- б) снижение тормозного влияния коры головного мозга, оказываемого ею в норме на подкорковые прессорные центры
- в) истощение функции коры надпочечников
- г) генетически обусловленное стойкое снижение натрий-, хлор- и водовыделительной функций почек
- д) генерализованный наследственный дефект мембранных ионных насосов: кальциевого и натрий-калиевого
- е) генетически обусловленная гипопродукция минералокортикоидов

абгд

36. Укажите вещества, вырабатываемые почками, обладающие прямым сосудорасширяющим эффектом:

- а) простагландин F₂
- б) каллидин
- в) простагландины A, E
- г) ангиотензин II
- д) брадикинин
- е) ренин

бвд

37. К факторам риска развития гипертонической болезни относится:

- а) гиперэргия симпато-адреналовой системы
 - б) гиперэргия парасимпатической системы
 - в) гиподинамия
 - г) гипертиреоз
 - д) ожирение
- авж

38. Острая артериальная гипотензия вызывает:

- а) расстройства микроциркуляции
- б) коронарную недостаточность
- в) циркуляторную гипоксию
- г) гемическую гипоксию
- д) обморок
- е) асцит
- ж) полиурию
- з) анурию

абвдз

39. Интенсивность функционирования гипертрофированных кардиомиоцитов в фазе устойчивой компенсации:

- а) предельно увеличивается
- б) снижается до нормы

в) прогрессивно падает

б

40 Выберите возможную причину уширения и деформации желудочкового комплекса (QRS):

- а) гипертрофия одного из желудочков
- б) блокада ножек пучка Гиса
- в) миграция суправентрикулярного водителя ритма

б

41. Назовите изменения внутрисердечной гемодинамики при миогенной дилатации желудочков сердца:

- а) растет скорость систолического изгнания крови из желудочков
- б) увеличивается диастолический объем крови в полости желудочков
- в) увеличивается остаточный систолический объем крови в полости желудочков
- г) снижается давление крови в правом предсердии и устьях полых вен
- д) уменьшается ударный выброс сердца

бвд

42. Укажите в каких случаях увеличивается

- 1) *преднагрузка*,
- 2) *постнагрузка* для левого желудочка сердца:
 - а) недостаточность митрального клапана;
 - б) стеноз устья аорты,
 - в) артериальная гипертензия,
 - г) недостаточность аортального клапана,
 - д) сочетанный порок митрального клапана,
 - е) увеличение объема крови.

1агде 2бвд

43. Укажите верное утверждение:

- а) при сердечной недостаточности нагрузка на сердце превышает его способность совершать адекватную ей работу, что сопровождается снижением сердечного выброса ниже потребного и развитием циркуляторной гипоксии
- б) при сердечной недостаточности уменьшается объемная скорость и увеличивается линейная скорость кровотока, что сопровождается снижением ударного выброса и повышением перфузионного давления в артериолах

а

44. Недостаточность сердца от перегрузки повышенным объемом (преднагрузка) развивается в следующих случаях:

- а) врожденные дефекты перегородок сердца
- б) гипертензия большого круга кровообращения
- в) недостаточность клапанов сердца
- г) гиперволемиа
- д) стеноз аортального отверстия
- е) тиреотоксикоз

авг

45. Укажите факторы, состояния и болезни, которые могут вызвать сердечную недостаточность посредством прямого повреждения миокарда:

- а) недостаточность трикуспидального клапана
- б) недостаток витамина В₁ (тиамина)
- в) гипертоническая болезнь

- г) септические состояния
- д) стеноз устья аорты
- е) алкоголь
- ж) инфаркт лёгкого
- з) амилоидоз

бгез

46. Перегрузка левого желудочка сердца повышенным давлением (посленагрузка) развивается при:

- а) стенозе аорты
- б) гипертонической болезни
- в) недостаточности митрального клапана
- г) симптоматических артериальных гипертензиях
- д) эритремиях

абг

47. Укажите возможные причины правожелудочковой недостаточности:

- а) артериальная гипертензия большого круга кровообращения
- б) артериальная гипертензия малого круга кровообращения
- в) инфаркт передней стенки левого желудочка сердца
- г) дефект межжелудочковой перегородки
- д) недостаточность митрального клапана
- е) хроническая пневмония
- ж) коарктация аорты
- з) тетрада Фалло

бгез

48. Перегрузка левого желудочка сердца повышенным давлением (посленагрузка) развивается при:

- а) стенозе аорты
- б) гипертонической болезни
- в) недостаточности митрального клапана
- г) симптоматических артериальных гипертензиях
- д) эритремиях

абг

49. К отёку лёгких могут приводить

- а) правожелудочковая сердечная недостаточность
- б) левожелудочковая сердечная недостаточность
- в) тотальная сердечная недостаточность

бв

50. Чувствительность к катехоламинам гипертрофированного сердца при хронической сердечной недостаточности:

- а) уменьшается
- б) увеличивается

а

51. В патогенезе отеков при застойной сердечной недостаточности участвуют следующие факторы:

- а) повышение гидростатического давления в венозной части капилляров
- б) повышение содержания в крови альдостерона и вазопрессина
- в) понижение содержания в крови альдостерона и вазопрессина

- г) истощение предсердного натрийуретического фактора
- д) динамическая лимфатическая недостаточность
- е) уменьшение реабсорбции натрия и воды в канальцах почек

абгд

Дыхательная система

1. К метаболическим функциям лёгких относятся:

- а) превращение ангиотензина I в ангиотензин II
- б) превращение ангиотензиногена в ангиотензин I
- в) инактивация простагландинов E и F₂
- г) образование гемопоетинов
- д) синтез опиоидных пептидов
- е) инактивация брадикинина
- ж) инактивация норадреналина

авдеж

2. О дыхательной недостаточности в стадии декомпенсации могут свидетельствовать следующие изменения газового состава и КОС артериализованной капиллярной крови:

- а) гипоксемия
- б) гипероксемия
- в) газовый ацидоз
- г) гиперкапния
- д) гипокапния
- е) газовый алкалоз

авг

3. Для дыхательной недостаточности характерны:

- а) одышка
- б) анемия
- в) тахикардия
- г) цианоз
- д) изменение напряжения O₂ и CO₂ в крови
- е) изменения показателей вентиляции легких
- ж) изменение кислотно-основного состояния
- з) гипоксия

авгдежз

4. Назовите виды патологии, которые сопровождаются развитием альвеолярной гипервентиляции:

- а) экссудативный плеврит
- б) бронхиальная астма
- в) силикоз
- г) перегревание
- д) опухоль лёгкого
- е) истерия
- ж) кровопотеря

геж

5. Назовите комплекс изменений газового состава крови при альвеолярной гиповентиляции:

- а) гипоксемия, гипокапния, ацидоз
- б) гипоксемия, гипокапния, алкалоз
- в) гипоксемия, гиперкапния, ацидоз
- г) гипоксемия, гиперкапния, алкалоз

в

6. Укажите причины нарушения проходимости нижних дыхательных путей:

- а) ларингоспазм
- б) спазм бронхиол
- в) сужение просвета трахеи
- г) отек гортани
- д) утолщение слизистой бронхиол
- е) сдавление трахеи увеличенной щитовидной железой

бд

7. Инспираторная одышка наблюдается при следующих патологических состояниях:

- а) I стадия асфиксии
- б) эмфизема легких
- в) отек гортани
- г) приступы бронхиальной астмы
- д) стеноз трахеи
- е) закрытый пневмоторакс

авде

8. Укажите состояния, при которых в большинстве случаев наблюдается экспираторная одышка:

- а) эмфизема легких
- б) приступ бронхиальной астмы
- в) сужение просвета трахеи
- г) отек гортани
- д) закрытый пневмоторакс
- е) сдавление трахеи увеличенной щитовидной железой
- ж) снижение эластических свойств лёгких

абж

9. Укажите возможные причины развития дыхательной недостаточности преимущественно обструктивного типа:

- а) спадение бронхиол при утрате лёгкими эластических свойств
- б) повышение внутрилёгочного давления (при приступе длительного интенсивного кашля)
- в) нарушение синтеза сурфактанта
- г) бронхиальная астма
- д) пневмоторакс
- е) плеврит

абг

10. В патогенезе стенотического дыхания главную роль играет:

- а) понижение возбудимости дыхательного центра

- б) повышение возбудимости дыхательного центра
- в) ускорение рефлекса Геринга-Брейера
- г) запаздывание рефлекса Геринга-Брейера

Г

11. Назовите тип дыхания при стенозе гортани:

- а) частое поверхностное дыхание (полипноэ)
- б) частое глубокое дыхание (гиперпноэ)
- в) редкое глубокое дыхание с затрудненным выдохом
- г) редкое глубокое дыхание с затрудненным вдохом
- д) дыхание типа Биота

Г

12. Назовите возможные показатели коэффициента Тиффно у больных с ателектазом лёгких:

- а) 40%
- б) 50%
- в) 80%
- г) 90%

ВГ

13. Раннее экспираторное закрытие дыхательных путей возникает в тех случаях, когда в момент выдоха:

- а) уменьшается сопротивление воздушному потоку
 - б) увеличивается сопротивление воздушному потоку
 - в) увеличивается осевое давление воздушного потока в бронхиоле
 - г) увеличивается радиальное давление воздушного потока в бронхиоле
 - д) увеличивается транспульмональное давление
 - е) уменьшается радиальное давление воздушного потока в бронхиоле
- бвде

14. Появление у больного дыхания Куссмауля с наибольшей вероятностью свидетельствует о развитии у него:

- а) респираторного алкалоза
 - б) метаболического алкалоза
 - в) респираторного ацидоза
 - г) метаболического ацидоза
- Г

15. Назовите последствия искусственной гипервентиляции, приводящей к гипокемии:

- а) снижение нервно-мышечной возбудимости
 - б) уменьшение коронарного кровотока
 - в) увеличение диссоциации оксигемоглобина
 - г) уменьшение мозгового кровотока
 - д) повышение системного артериального давления
 - е) понижение системного артериального давления
- бге

16. Укажите возможные причины развития посткапиллярной формы лёгочной гипертензии:

- а) левожелудочковая недостаточность сердца
- б) правожелудочковая недостаточность сердца

- в) стеноз устья лёгочных вен
- г) инфаркт миокарда, сопровождающийся правожелудочковой недостаточностью
- д) сдавление лёгочных вен (опухолью, спайками)
- е) тромбоз лёгочной артерии

авд

17. Нарушение диффузных свойств альвеоло-капиллярных мембран играет основную роль в развитии дыхательной недостаточности при:

- а) интерстициальном отёке лёгкого
- б) пневмотораксе
- в) бронхиальной астме
- г) отёке гортани
- д) силикозе

ад

18. Укажите наиболее частые причины нарушений коронарного кровотока

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: тромбоз, атеросклероз, спазм, тромбоэмболии

19. Назовите 4 важнейших фактора, способствующих развитию фибрилляции сердца в результате обширного инфаркта миокарда

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: острая дилатация полостей сердца, электрическая неомогенность миокарда, появление эктопических очагов возбуждения, повышение концентрации внеклеточного К

20. Назовите три последствия обширного инфаркта миокарда левого желудочка, угрожающие жизни больного в течении первых 3-х суток после начала болезни.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: кардиогенный шок, отек легких, фибрилляция сердца, разрыв миокарда

21. Перечислите причины, которые могут вызвать острую перегрузку левого сердца повышенным давлением.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: гипертонический криз, сосудистый спазм, острое повреждение клапанов

22. Перечислите причины, которые могут вызвать острую перегрузку правого сердца повышенным давлением.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: эмболия ветвей легочной артерии, тромбоз ветвей легочной артерии, спазм ветвей легочной артерии.

23. Укажите важнейшие клинические признаки застойной сердечной недостаточности

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: отек, бледность кожных покровов, холодная кожа наощупь, тахикардия

24. Перечислите факторы риска возникновения гипертонической болезни:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: наследт. предрасположенность, увеличение в рационе NaCl, атеросклероз и гиподинамия, увеличение массы тела.

25. Укажите патогенетические механизмы артериальной гипертензии при заболеваниях почек

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: задержка Na и жидкости в организме, увеличение ренина, снижение синтеза простагландинов и кининов почками.

26.Перечислите причины сужения просвета верхних дыхательных путей:

1._____2._____3._____4._____

Ответ: отек гортани, спазм голосовой щели, сдавление опухолью извне, инородные тела

27.Перечислите причины сужения просвета нижних дыхательных путей:

1._____2._____3._____4._____

Ответ: снижение эластичности легких, утолщение слизистой бронхов, спазм бронхов, попадание жидкостей в просвет бронхов

28.Укажите причины гиперпноэ

1._____2._____3._____4._____

Ответ: физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, изменение газового состава окружающего воздуха, анемии, ацидоз, недостаточность кровообращения.

29.Перечислите причины уменьшения эластичности легких

1._____2._____3._____4._____

Ответ: дефицит сурфактанта, эмфизема, пневмония

30.Назовите факторы, приводящие к дефициту сурфактанта

1._____2._____3._____4._____

Ответ: нарушение синтеза, повышение удаление, повышенное разрушение

31.Назовите формы дыхательной недостаточности (по патогенезу)

1._____2._____3._____4._____

Ответ: вентилиционная, диффузионная, перфузионная, смешанная.

32.Понятие

- | | |
|--|--|
| 1) «артериальная гипертензия» | а) стойкое увеличение артериального давления выше 160 мм.рт.ст. систолического и 95 мм.рт.ст. диастолического |
| 2) «артериальная гипертензивная реакция» означает: | б) увеличение артериального давления выше 160 мм.рт.ст. систолического и 95 мм.рт.ст. диастолического и нормализующегося сразу после прекращения действия причинного фактора |
| | в) временный подъем артериального давления выше нормы |

Ответ: 1) а 2) в

33.Укажите изменения показателей, характерные для

- | | |
|------------------------|--|
| 1) обструктивного типа | а) ОФВ ₁ уменьшен |
| 2) рестриктивного типа | б) резервный объем вдоха всегда уменьшен |
| нарушений вентиляции | в) ОФВ ₁ не изменен |
| | г) максимальная объемная скорость выдоха снижена |
| | д) коэффициент Тиффно снижен |
| | е) максимальная объемная скорость не изменена |
| | ж) коэффициент Тиффно не изменен |
| | з) частота дыхания увеличена |

Ответ: 1) а, г, д, з 2) а, б, е, ж, з

34.Как характеризуется амплитуда дыхания

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 1) при дыхании Чейн-Стокса | а) нарастающая, затем убывающая |
| 2) при дыхании Биота | б) постоянная |
| 3) при гаспинг-дыхании | в) убывающая |
| | г) нарастающая |
- Ответ: 1) а 2) б 3) в

35. Укажите патогенетические факторы, соответствующие

- | | |
|----------------------------|---|
| 1) при дыхании Куссмауля | а) выключение пневмотаксического центра |
| 2) гаспинг-дыханию | б) угнетение центра вдоха |
| 3) апнейстическому дыханию | в) выключение центров вдоха и выдоха |
| | г) возбуждение гаспинг-центра |
| | д) преобладание центра выдоха |
| | е) возбуждение апнейстического центра |

Ответ: 1) а 2) г 3) е

Задача 3

Больной 45 лет, злоупотребляющий алкоголем, в последние месяцы отмечал слабость, головокружение, жажду. Они были выражены по утрам (особенно при отсутствии завтрака). Обычно связывал слабость с употреблением алкоголя. Накануне вечером перенёс психоэмоциональный стресс (напряжённые семейные отношения). Утром отметил появление одышки, резкую слабость, потливость. В транспорте потерял сознание.

Вызванная бригада «Скорой помощи» при обследовании пациента обнаружила бледные кожные покровы, АД 70/45 мм рт.ст., тахикардию (120 ударов в минуту), нарушение дыхания (развилось дыхание Чейна-Стокса). Больной был госпитализирован.

Вопросы

1. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения ситуации?
2. Какая форма патологии углеводного обмена предположительно развилась у больного? Какова роль алкогольной интоксикации в развитии данной формы патологии и комы у пациента?
3. С какими состояниями можно дифференцировать данную патологию?

Ответы к ситуационной задаче 3

1. Исследование уровней инсулина и глюкозы в крови, ЭКГ (для исключения сердечной патологии, в частности инфаркта миокарда).
2. Вероятнее всего, у больного латентный СД тяжёлого течения. Развитие гипогликемической комы провоцируется нарушением диеты, приёмом алкогольных напитков, стрессами.
3. Алкогольные психозы. Гликогенозы. Инфаркт миокарда.

Задача 6

Пациенту К. 50 лет после выведения его из тяжёлого состояния, вызванного внезапно начавшимся дома обильным кровотечением из поражённого опухолью желудка, была проведена гастрэктомия (удаление желудка) под наркозом с использованием ИВЛ. В ходе проведения противошоковой терапии и операции больному вводили различные плазмозаменители (в пределах 1,0 л) и перелили 2,5 л цельной донорской крови после двухдневного её хранения. На 3-и сутки после операции, несмотря на восстановление до нормы концентрации Нб в крови, у пациента состояние продолжало оставаться тяжёлым: слабость, головная боль, головокружение, кожа рук и ног холодная, гипотензия (70/30 мм рт.ст.), тяжёлые расстройства внешнего дыхания, почечная недостаточность и желтуха (желтушность кожи и склер). Пациент был переведён на ИВЛ.

Вопросы

1. Какое состояние наблюдалось у пациента на третьи сутки после операции? Ответ обоснуйте.

2. Каковы причины и механизмы развития гипоксии: а) в предоперационном периоде, б) в ходе операции, в) на третьи сутки послеоперационного периода?

Ответы к ситуационной задаче 6

1. Шок. На это состояние указывают симптомы, характерные для системного расстройства микроциркуляции: снижение температуры кожи (нарушение периферического кровообращения), слабость, головокружение и расстройства внешнего дыхания (нарушение церебрального кровообращения), почечная недостаточность (нарушение перфузии почек). Артериальная гипотензия является также одним из главных симптомов шока.
2. Искусственная гипервентиляция ведёт к алкалозу и снижению диссоциации HbO_2 .
 - а) В предоперационном периоде могла быть гипоксия вследствие анемии мегалобластного типа (в связи с поражением желудка, что привело к дефициту внутреннего фактора Касла и нарушению эритропоэза), постгеморрагической анемии (если больной имел скрытое хроническое кровотечение).
 - б) В ходе операции гипоксия могла усугубиться вследствие гипервентиляции при проведении ИВЛ (сдвиг кривой диссоциации HbO_2 влево, т.е. снижение диссоциации HbO_2 в условиях алкалоза).
 - в) В послеоперационном периоде гипоксия может нарастать вследствие использования долго хранящейся донорской крови (для справки: через 8 дней хранения крови содержание 2,3-дифосфоглицерата в эритроцитах снижается более чем в 10 раз, что нарушает дезоксигенацию Hb).

Задача 12

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 движений — 28 в минуту, тоны сердца приглушены, аритмичны, АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: периодическая мерцательная аритмия предсердий с частотой 360, блокада проведения импульсов в правой ножке пучка Хиса, подъём сегмента ST в I, AVL, V₁–V₄–отведениях. В анализе крови: лейкоциты $9,2 \cdot 10^9/\text{л}$, другие показатели в пределах нормы.

Вопросы

1. Какие формы патологии сердца развились у пациента? Ответ аргументируйте.
2. Какова, по Вашему мнению, причинно-следственная связь между названными Вами формами патологии? Ответ обоснуйте.
3. Что является наиболее вероятной причиной состояния, сопровождавшегося болью за грудиной?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения повреждения миокарда?

Ответы к ситуационной задаче 12

1. Коронарная недостаточность, стенокардия или состояние предстенокардии (основание: изменения ЭКГ и АД), аритмия (основание: наличие мерцательной аритмии).
2. Наиболее вероятная причинно-следственная связь между указанными формами патологии: коронарная недостаточность, ишемия миокарда $\rightleftharpoons$ снижение образования АТФ $\rightleftharpoons$ нарушение функции ионных насосов $\rightleftharpoons$ образование патологических очагов возбуждения в миокарде $\rightleftharpoons$ нарушение проведения импульсов возбуждения (мерцательная аритмия) + блокада правой ножки пучка Хиса.
3. Наиболее вероятной причиной загрудинных болей при коронарной недостаточности является накопление биологически активных веществ в кардиомиоцитах в связи с ишемией миокарда.
4. Необходимо определение в крови содержания макромолекул, находящихся в норме в кардиомиоцитах: МВ фракции КФК и миокардиального пула лактатдегидрогеназы (ЛДГ₁).

Задача 13

Пациент 3. 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.

Вопросы

1. Имеется ли у пациента сердечная недостаточность? Что свидетельствует об этом?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения формы патологии сердца?
3. Сделайте заключение о форме сердечной недостаточности.

Ответы к ситуационной задаче 13

1. У пациента тотальная сердечная недостаточность. Об этом свидетельствуют: вынужденное положение, тахикардия, мелкопузырчатые хрипы в лёгких, набухание вен шеи, увеличение печени, отёки.
2. УЗИ сердца. При этом исследовании определяется выпот в полости перикарда.
3. Тотальная сердечная недостаточность, развившаяся вследствие выпотного перикарда туберкулёзной этиологии.

Задача 14

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.

Вопросы

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.

Ответы к ситуационной задаче 14

1. Гормонпродуцирующая опухоль коры надпочечника — альдостерома.
2. Гиперпродукция минералокортикоидов вызывает задержку Na^+ в организме и повышение ОЦК; избыток Na^+ в крови увеличивает чувствительность рецепторов ГМК периферических сосудов к вазопрессорным агентам.
3. Определение содержания альдостерона в крови. У данного пациента оно существенно увеличено. Следствием гиперальдостеронемии являются симптомы, имеющиеся у данного пациента.

Задача 15

Пациентка В. 36 лет, более 13 лет болеющая СД, обратилась к врачу с жалобами на быстрое ухудшение зрения, мелькание «мушек» и «прозрачных мелких предметов» перед глазами, резь в глазах при чтении мелкого шрифта. При обследовании установлено: значительное снижение остроты зрения, сужение латеральных полей зрения обоих глаз; неравномерное утолщение стенок микрососудов глазного дна, наличие в них микроаневризм и пристеночных микротромбов; отёк ткани сетчатки, наличие в ней новообразованных сосудов и микрогеморрагий.

В беседе с пациенткой врач сообщил, что ухудшение зрения у неё является результатом диабетической микроангиопатии — патологических изменений в стенках микрососудов глазного яблока, дал необходимые рекомендации и назначил соответствующее лечение.

Вопросы

1. Какие виды расстройств микроциркуляции в ткани сетчатки глаза имеются у данной пациентки? Ответ обоснуйте.
2. К каким нарушениям микроциркуляции и каким образом могут привести микроаневризмы, утолщение стенок и пристеночные микротромбы сосудов?
3. О наличии какой формы (или форм) расстройств микроциркуляции свидетельствует отёк ткани сетчатки глаза?

Ответы к ситуационной задаче 15

1. Имеются все основные виды расстройств микроциркуляции. Наличие микротромбов, микрогеморрагий, утолщений стенок микрососудов свидетельствует об интраваскулярных и трансмуральных нарушениях микроциркуляции; ухудшение зрения, отёк ткани сетчатки, образование новых сосудов позволяет говорить об экстраваскулярных расстройствах микроциркуляции в сосудах глазного дна.
2. Микроаневризмы стенок микрососудов приводят к интраваскулярным и трансмуральным расстройствам (возникновение турбулентности, микротромбоз, сдвиг, повышение проницаемости стенок микрососуда). Неравномерное утолщение их и пристеночные микротромбы обуславливают развитие интраваскулярных, трансмуральных и экстраваскулярных нарушений микроциркуляции, а также ишемии ткани.
3. Отёк сетчатки глаза связан с развитием экстраваскулярных расстройств микроциркуляции.

Задача 22

Врач Д. 59 лет накануне поступления в клинику, утром поднявшись с постели, заметил, что с трудом удерживает равновесие, постоянно падая влево. После того, как ему помогли лечь в постель, почувствовал сильное головокружение и тошноту. Позвав на помощь во второй раз, он обратил внимание на развитие у него афонии (а). Спустя примерно час отметил появление и затем нарастание признаков парестезии (б) в правой половине туловища. Во время приёма жидкой пищи (твёрдую пищу не принимал из-за тошноты) часто возникала её регургитация (в).

При неврологическом обследовании обнаружено: парез (г) мягкого нёба слева; при взгляде в сторону — горизонтальный нистагм (д), более выраженный при взгляде влево; левосторонняя гемигипестезия (е) лица и туловища; в левых конечностях — мышечная гипотония (ж) и гипорефлексия (з); дискоординация движений при пальценосовой и пяточноколенной пробах, тремор конечностей (и) слева. АД 195/106 мм рт.ст., расширение границ сердца влево на 1,5 см, пульс 90.

Вопросы

1. Какая (какие) форма (формы) патологии развилась (развились) у пациента? Ответ обоснуйте с учётом данных задачи.
2. Какова его наиболее вероятная причина? Имеются ли признаки нарушения пирамидной и экстрапирамидной систем?
3. Опишите симптомы, помеченные буквами, соответствующими медицинскими терминами. Каковы возможные причины возникновения этих симптомов?

Ответы к ситуационной задаче 22

1. Вероятнее всего, инсульт. Об этом свидетельствует выявленные при неврологическом обследовании признаки (парез мягкого нёба, нистагм, гемигипестезия и др.).
2. Наиболее вероятная причина инсульта — расстройство мозгового кровообращения с развитием ишемии участка мозга или кровоизлияния в него. У пациента имеются признаки поражения проводящих путей пирамидной системы.
- 3.(а) афония — отсутствие голоса при сохранности шёпотной речи (наблюдается при опухлях, рубцах гортани, параличе её мышц, неврозах);

- (б) парестезия — ощущение онемения, ползания «мурашек», покалывания при отсутствии раздражителя (имеет место при: местных поражениях чувствительных путей вследствие нарушения кровообращения, токсикозах, переохлаждениях);
- (в) регургитация — перемещение содержимого полого органа в направлении, противоположном физиологическому (в данном случае — попадание пищи изо рта в нос) в связи с парезом мышц мягкого нёба;
- (г) парез — уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений (возникает вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц);
- (д) нистагм — непроизвольные ритмические двухфазные (с быстрой и медленной фазами) движения глазных яблок (симптом полиэтиологичен, наблюдается, например, при центральном параличе, поражении структур пирамидной системы);
- (е) гемигиперестезия — одностороннее снижение чувствительности (результат нарушения проводимости афферентных импульсов);
- (ж) гипотония — снижение тонуса мышц (например, при вялых параличах);
- (з) гипорефлексия — состояние, характеризующееся понижением рефлексов (в основном спинальных в связи с нарушением проведения нервных импульсов);
- (и) тремор — непроизвольные, стереотипные, ритмичные колебательные низкоамплитудные движения всего тела или его частей (наблюдается при алкоголизме, истерии, паркинсонизме, поражении мозжечка).

Печень, желтухи

1. Для гемолитической желтухи синдром холемии характерен:

- а) да
- б) нет

б

2. Наследственные или приобретенные гемолитические анемии всегда сопровождаются развитием синдрома холестаза:

- а) да
- б) нет

б

3. У больных с гемолитической желтухой как правило развивается брадикардия и снижение артериального давления:

- а) да
- б) нет

б

4. Придают темный цвет моче больного при надпеченочной желтухе:

- а) конъюгированный билирубин
- б) неконъюгированный билирубин
- в) уробилин
- г) стеркобилин

вг

5. При надпеченочной желтухе возможно поражение ядер головного мозга:

- а) да
- б) нет

а

6. Перечислить признаки характерные для ахолии:

- а) усиление всасывания витамина К
- б) понижение свёртываемости крови
- в) повышение свёртываемости крови
- г) кишечная аутоинтоксикация
- д) гиперкоагуляция белков крови
- е) метеоризм
- ж) креаторея
- з) стеаторея

бгежз

7. Перечислить признаки характерные для холемии:

- а) артериальная гипертензия
- б) артериальная гипотензия
- в) гипорефлексия
- г) брадикардия
- д) гиперрефлексия
- е) кожный зуд
- ж) тахикардия

бвге

8. Обтурация камнем или опухолью общего желчного протока приводит к развитию первичного холестаза:

- а) да
- б) нет

б

9. Назовите желтухи для которых характерен синдром холестаза:

- а) печеночная
- б) подпеченочная
- в) надпеченочная

аб

10. Для синдрома холестаза характерно увеличение в крови:

- а) желчных кислот
- б) аланинаминотрансферазы (АЛТ)
- в) холестерина и фосфолипидов
- г) 5-нуклеотидазы
- д) конъюгированного билирубина
- е) аспартатаминотрансферазы (АСТ)
- ж) щелочной фосфатазы (ЩФ)
- з) гаммаглутамилтранспептидазы (ГТТ)

авгджз

11. Назовите пигменты придающие темный цвет моче при подпеченочной желтухе:

- а) конъюгированный билирубин
- б) неконъюгированный билирубин
- в) уробилин
- г) стеркобилин

а

12. Укажите последствия прекращения или резкого уменьшения поступления желчи в кишечник:

- а) усиление моторики кишечника
- б) ослабление моторики кишечника
- в) уменьшение всасывания витаминов А, Д, Е, К
- г) увеличение всасывания витаминов В₁, В₂, С
- д) усиление пристеночного расщепления жиров
- е) усиление гниения белков в кишечнике
- ж) усиление секреции поджелудочной железы
- з) усиление эмульгирования жиров

бве

13. Для подпеченочной желтухи характерен синдром холемии

- а) да
- б) нет

а

14. Механизм брадикардии при холемии обусловлен

- а) активацией парасимпатических влияний на сердце
- б) блокадой проведения импульса по ножкам пучка Гиса
- в) прямым действием желчных кислот на синусный узел
- г) активацией механизма повторного входа импульса в синусном узле

ав

15. Синдромы холемии и ахолии являются следствием холестаза

- а) да
- б) нет

а

16. Выберите признаки характерные для подпеченочной желтухи:

- а) цвет кожи лимонно-желтый
- б) увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- в) увеличение в крови конъюгированного билирубина
- г) появление в моче конъюгированного билирубина
- д) зуд кожи
- е) брадикардия
- ж) уменьшение в крови мочевины
- з) увеличение в крови аммиака
- и) стеаторея
- к) креаторея

вгдеик

17. Укажите кожные симптомы, которые встречаются у больных с печёночной недостаточностью:

- а) гиперпигментация ладоней
- б) истончение кожи на руках и подмышечных впадин (пергаментная кожа)
- в) пальмарная эритема
- г) геморрагические высыпания
- д) телеангиэктазии
- е) ксантомы
- ж) зуд кожи

бвгдеж

18. К химическим гепатотропным ядам относятся:

- а) фосфорорганические соединения
- б) четырёххлористый углерод
- в) мышьяковистые соединения
- г) органические растворители
- д) двуокись углерода
- е) этанол
- ж) стрихнин

абвге

19. При нарушении функции печени развивается гиповитаминоз А, Д, Е и К:

- а) да
- б) нет

а

20. Назовите признаки характерные для клинически выраженной паренхиматозной желтухи:

- а) повышение содержания прямого билирубина в крови
- б) повышение содержания непрямого билирубина в крови
- в) появление прямого билирубина в моче
- г) появление непрямого билирубина в моче
- д) уменьшение стеркобилиногена в кале и в моче
- е) увеличение стеркобилиногена в кале и в моче
- ж) холемия

абвдж

21. При тяжелой форме печеночной желтухи нарушен захват билирубина гепатоцитами и его конъюгация:

- а) да
- б) нет

а

22. Появление в крови печёночных трансаминаз характерно для:

- а) печёочно-клеточной желтухи
- б) гемолитической желтухи
- в) энзимопатической желтухи
- г) для любого типа

а

23. Назовите признаки характерные для нарушений углеводного обмена при печёночной недостаточности:

- а) гипогликемия при длительных физических нагрузках
- б) усиление глюконеогенеза
- в) алиментарная гипергликемия
- г) гипогликемия натощак

авг

24. При печеночной недостаточности в крови может повышаться количество альдостерона:

- а) да
- б) нет

а

25. Одним из способов предотвращения развития комы при печёночной недостаточности является ограничение в диете:

- а) углеводов
- б) жиров
- в) белков
- г) жидкости
- д) солей

в

26. Вирусный гепатит В может сопровождаться аутоиммунным повреждением печени:

- а) да
- б) нет

а

27. Назовите признаки характерные для тотальной печеночной недостаточности:

- а) увеличение содержания протромбина в крови
- б) гипогликемия натощак
- в) гипергликемия натощак
- г) гипербилирубинемия
- д) гипопротеинемия
- е) диспротеинемия
- ж) гиперонкия крови
- з) гипоонкия крови

бгдз

28. Укажите факторы, которые играют важную роль в патогенезе асцита, развивающегося при портальной гипертензии:

- а) увеличение гидростатического давления в системе воротной вены
- б) уменьшение лимфообразования
- в) увеличение лимфообразования
- г) снижение онкотического давления крови
- д) активация РААС (ренин-ангиотензин-альдостероновой системы)

авгд

29. Образование асцита при циррозе печени обусловлено:

- а) гипоальбуминемией
- б) гиперальбуминемией
- в) вторичным гиперальдостеронизмом
- г) гиповитаминозом А, D, Е, К
- д) гиперфибриногенемией
- е) портальной гипертензией

аве

30. При печеночной недостаточности имеет место гипераминоацидемия и аминокацидурия:

- а) да
- б) нет

а

31. Назовите токсичные для организма продукты обмена билирубина:

- а) билирубин прямой (конъюгированный)
- б) билирубин не прямой (неконъюгированный)
- в) желчные кислоты
- г) уробилиноген
- д) стеркобилиноген

бв

32. Портокавальное шунтирование может привести к развитию токсемии:

- а) да
- б) нет

а

33. Назовите вид желтухи, при которой в моче может появиться не прямой (неконъюгированный) билирубин:

- а) при механической
- б) при гепатоцеллюлярной
- в) при гемолитических
- г) ни при одной из перечисленных

г

34. Снижение антитоксической функции печени может привести к появлению в организме эндогенных канцерогенов – метаболитов тирозина и триптофана:

- а) да
- б) нет

а

35. Гиперспленизм сопровождается уменьшением в крови эритроцитов, гранулоцитов и тромбоцитов:

- а) да
- б) нет

а

36. Увеличение в крови аланин- и аспартатаминотрансфераз (АЛТ и АСТ) объясняется развитием синдрома холестаза:

- а) да
- б) нет

б

37. Укажите причины развития анемии при печеночной недостаточности:

- а) гиперспленизм
- б) нарушение синтеза церрулоплазмينا
- в) дефицит цианкобаламина
- г) дефицит железа
- д) гипоонкия
- е) геморрагический синдром
- ж) действие ложных нейромедиаторов

авге

38. Выберите признаки, характерные для печеночной комы:

- а) угнетение сознания
 - б) судороги
 - в) увеличение в крови мочевины
 - г) увеличение в крови аммиака
 - д) увеличение протромбинового индекса
 - е) появление ложных нейромедиаторов
 - ж) увеличение альбумино-глобулинового коэффициента
- абге

39. Увеличение в крови щелочной фосфатазы (ЩФ) и 5-нуклеотидазы характерно для холестатической желтухи:

- а) да
 - б) нет
- а

40 Для печеночной недостаточности характерно увеличение в крови мочевины:

- а) да
 - б) нет
- б

41. Назовите признаки нарушения белкового обмена при печеночной недостаточности:

- а) гипоальбуминемия
- б) диспротеинемия
- в) уменьшение в крови аминокислот
- г) аминоацидурия
- д) увеличение в крови аммиака
- е) увеличение в крови мочевины
- ж) увеличение в крови фибриногена

Абгд

42. Развитие геморрагического синдрома при печеночной недостаточности объясняется нарушением белковосинтетической функции печени:

- а) да
 - б) нет
- а

Пищеварительная система

1. Для гиперхлоргидрии и повышенной секреторной функции желудочных желез характерно:

- а) склонность к запорам
 - б) повышение активности пепсина
 - в) зияющий привратник
 - г) спазм привратника
 - д) гипокинез желудка
- абг

2. Эвакуация пищевых масс из желудка при одновременном повышении секреции и

кислотности желудочного сока:

- а) замедлится
- б) ускорится

а

3. Укажите возможные причины развития желудочной гиперсекреции:

- а) чрезмерная парасимпатическая стимуляция желудка
- б) чрезмерная симпатическая стимуляция желудка
- в) увеличение выработки и выделения гастрина
- г) дефицит выработки гастрина
- д) увеличение образования и выделения гистамина в стенке желудка
- е) увеличение активности гистаминазы

авд

4. Укажите факторы, участвующие в патогенезе изжоги:

- а) зияние кардии
- б) гастро-эзофагальный рефлюкс
- в) спазм и антиперистальтика пищевода
- г) понижение кислотности желудочного сока
- д) увеличение содержания в желудке органических кислот
- е) понижение чувствительности рецепторов пищевода

абвд

5. Укажите факторы, участвующие в патогенезе отрыжки:

- а) брожение и гниение в желудке
- б) увеличение внутрижелудочного давления
- в) кардиоспазм
- г) спазм привратника
- д) рефлекторное сокращение мышц желудка и диафрагмы
- е) рефлекторное сокращение мускулатуры брюшного пресса

абгде

6. В развитии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки могут участвовать следующие факторы:

- а) инфекция
- б) избыточная продукция глюкокортикоидов
- в) повышение тонуса парасимпатических нервов
- г) повышение образования слизи
- д) повышение тонуса симпатических нервов
- е) дуоденогастральный рефлюкс

абвде

7. Укажите, что способствует устойчивости *Helicobacter pilori* к бактерицидному действию желудочного сока:

- а) приспособленность к обитанию под слизью в желудке
- б) приспособленность к обитанию в слизистой оболочке
- в) способность расщеплять мочевины
- г) наличие защитного "облака" аммония
- д) низкая каталазная активность

авг

8. Укажите факторы патогенеза "аспириновых" язв желудка:

- а) уменьшение синтеза простагландинов группы Е
- б) увеличение синтеза простагландинов группы Е
- в) увеличение образования слизи
- г) уменьшение образования слизи
- д) увеличение обратной диффузии H^+ в слизистой желудка
- е) уменьшение обратной диффузии H^+ ионов в слизистой желудка

агд

9. К каким изменениям в желудке приводит чрезмерное повышение тонуса парасимпатических нервов:

- а) увеличение образования слизи
- б) уменьшение образования слизи
- в) увеличение секреции желудочного сока
- г) уменьшение выделения гистамина
- д) увеличение выделения гистамина
- е) гиперсекреция соляной кислоты

бвде

10. Укажите последствия ахлоргидрии желудочного сока:

- а) уменьшение выделения секрета слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
- б) снижение активности пептических ферментов желудочного сока
- в) замедление эвакуации пищевых масс из желудка в кишечник

аб

11. Эвакуация пищевых масс из желудка при одновременном снижении секреции и кислотности желудочного сока:

- а) замедлится
- б) ускорится

б

12. Отсутствие в желудочном соке ферментов и соляной кислоты называется:

- а) ахлоргидрия
- б) ахолия
- в) ахилия

в

13. Укажите возможные причины развития желудочной гипосекреции:

- а) чрезмерная парасимпатическая стимуляция желудка
- б) чрезмерная симпатическая стимуляция желудка
- в) снижение выработки и выделения гастрина
- г) увеличение выработки и выделения гистамина
- д) снижение выработки и выделения секретина
- е) увеличение образования энтерогастрона
- ж) уменьшение секреции холецистокинина

бве

14. Укажите, какие сочетания типов секреции и видов кислотности желудочного сока встречаются чаще всего:

- а) гипосекреция с пониженной кислотностью
- б) гипосекреция с повышенной кислотностью
- в) гиперсекреция с пониженной кислотностью

г) гиперсекреция с повышенной кислотностью

аг

15. Укажите последствия плохого пережевывания пищи:

- а) уменьшение рефлексорного отделения желудочного сока
- б) усиление секреции желудочного сока
- в) уменьшение рефлексорного отделения панкреатического сока
- г) увеличение секреции панкреатического сока
- д) возможное механическое повреждение слизистой пищевода, желудка

авд

16. Укажите симптомы, свидетельствующие о нарушении переваривания углеводов:

- а) рвота
- б) изжога
- в) коликообразные боли в животе
- г) метеоризм
- д) запор
- е) понос

вге

17. Укажите последствия ахолии:

- а) ухудшение переваривания и всасывания жиров
- б) ухудшение всасывания воды и электролитов
- в) ухудшение переваривания белков
- г) усиление секреции панкреатического сока
- д) ослабление моторики кишечника

авд

18 При ахолии значительно снижается всасывание витаминов:

- а) витамина А
- б) витамина В1
- в) витамина В2
- г) витамина В12
- д) витамина D
- е) витамина Е
- ж) витамина К
- з) фолиевой кислоты

адеж

19. Назовите процент разрушения поджелудочной железы при котором появляются клинические признаки нарушения кишечного пищеварения:

- а) 25-30%
- б) 50%
- в) 70%
- г) 95%

г

20. Укажите, о чем может свидетельствовать появление стеатореи и большого количества мышечных волокон в каловых массах после приема мясной и жирной пищи:

- а) о панкреатической ахолии
- б) о гиперсекреции желудочного сока

- в) об отсутствии желудочного сока
- г) об ахолии

аг

21. Назовите нарушения пищеварения, которые могут обусловить возникновение стеатореи:

- а) недостаточность переваривания и всасывания углеводов
- б) недостаточность синтеза панкреатических и кишечных липаз
- в) недостаточность синтеза трипсиногена в поджелудочной железе
- г) ахолия

бг

22. Укажите проявления синдрома мальабсорбции:

- а) метеоризм
- б) понос
- в) запор
- г) уменьшение массы тела
- д) гипопротеинемия
- е) уменьшение аммиака в крови
- ж) стеаторея

абгдж

23. Укажите основные причины развития синдрома мальабсорбции

- а) атрофия микроворсинок тонкого кишечника
- б) обширная резекция тонкого кишечника
- в) гиперацидный гастрит
- г) хронические энтериты
- д) ахолия
- е) холецистэктомия

абгд

24. Назовите возможные проявления синдрома мальабсорбции:

- а) похудание, астения
- б) рвота, отрыжка, изжога
- в) полигиповитаминоз
- г) артериальная гипотензия
- д) анемия
- е) отёки
- ж) ожирение
- з) иммунодефицит

авдез

25. Укажите возможные причины кишечной аутоинтоксикации:

- а) гипосекреция желудочного сока
- б) гипосекреция панкреатического сока
- в) усиление эвакуаторной функции кишечника
- г) ослабление эвакуаторной функции кишечника
- д) обширное повреждение микроворсинок тонкого кишечника
- е) гипертрофия микроворсинок тонкого кишечника
- ж) ахолия

бгдж

26. Укажите патогенетические звенья нарушения пищеварения при дисбактериозе:

- а) увеличение рН выше оптимального в кишечнике
- б) увеличение токсических веществ в просвете кишечника
- в) разрушение пищеварительных ферментов
- г) конкуренция микробов за питательные вещества
- д) уменьшение проницаемости кишечной стенки
- е) ухудшение дезинтоксикационной функции печени
- ж) ухудшение регенерации кишечного эпителия

бвгжз

27. Приводят к усилению перистальтики кишечника:

- а) ахилия
- б) понижение тонуса парасимпатических нервов
- в) повышение возбудимости рецепторов кишечной стенки
- г) воспаление в желудочно-кишечном тракте (о. энтерит)
- д) постоянное употребление пищи, бедной клетчаткой

авг

28. Укажите причины нарушения мембранного пищеварения:

- а) заболевания печени, поджелудочной железы, приводящие к нарушению полостного пищеварения
- б) резекция 25% тощей кишки
- в) нарушение структуры и ультраструктуры стенки тонкой кишки
- г) нарушение ферментного слоя на поверхности кишечной стенки
- д) нарушение микрофлоры кишечника
- е) нарушение двигательной и выделительной функций тонкой кишки

авгде

29. Укажите вещества, обуславливающие развитие кишечной аутоинтоксикации:

- а) сероводород
- б) путресцин
- в) скатол
- г) кадаверин
- д) индол

авд

30. Укажите причины нарушения всасывания питательных веществ в кишечнике:

- а) воспаление, вызванное инфекционными агентами
- б) воспаление, вызванное действием эндотоксинов (при диабете, уремии)
- в) резекция 25% тонкой кишки
- г) резекция 75% тонкой кишки
- д) атрофические процессы слизистой оболочки тонкой кишки

абгд

Патология почек

1. Укажите механизмы, приводящие к увеличению клубочковой фильтрации:

- а) повышение тонуса приносящей артерии
- б) снижение тонуса приносящей артерии
- в) повышение тонуса выносящей артерии
- г) повышение онкотического давления крови
- д) снижение онкотического давления крови
- е) повышение внутривисцерального давления

ж) снижение внутрипочечного давления
бвдж

2. Укажите механизмы, приводящие к уменьшению клубочковой фильтрации:

- а) повышение тонуса приносящей артерии
- б) снижение тонуса приносящей артерии
- в) повышение тонуса выносящей артерии
- г) повышение онкотического давления крови
- д) снижение онкотического давления крови
- е) повышение внутрипочечного давления
- ж) снижение внутрипочечного давления

аге

3. Назовите причины, способствующие снижению клубочковой фильтрации почек:

- а) спазм отводящих артериол клубочка
- б) спазм приносящих артериол клубочка
- в) препятствие оттоку мочи
- г) гипопроteinемия
- д) отложение иммунных комплексов в клубочках почек

бвд

4. Причинами, способствующими снижению клубочковой фильтрации, являются:

- а) снижение системного артериального давления
- б) уменьшение онкотического давления крови
- в) препятствие оттоку мочи
- г) спазм приносящих артериол клубочка
- д) спазм отводящих артериол клубочка

авг

5. Показателями, характеризующими нарушение клубочковой фильтрации, являются:

- а) лейкоцитурия
- б) азотемия
- в) аминоацидурия
- г) снижение клиренса креатинина
- д) неселективная протеинурия
- е) олигурия
- ж) появление в моче выщелоченных эритроцитов

бгдеж

6. Назовите показатели, характеризующие нарушение функции канальцев почек:

- а) снижение клиренса креатинина
- б) гипостенурия
- в) аминацидурия
- г) почечная глюкозурия

бвг

7. Полиурия возникает при недостатке:

- а) соматотропного гормона
- б) вазопрессина
- в) адреналина
- г) альдостерона
- д) окситоцина

е) инсулина

бге

8. Укажите ведущие звенья патогенеза нефротического синдрома при болезнях почек:

- а) повышение проницаемости стенок капилляров
- б) снижение онкотического давления плазмы крови,
- в) нарушение реабсорбции белка в канальцах
- г) нарушение проницаемости гломерулярного фильтра
- д) массивная протеинурия
- е) вторичный альдостеронизм
- ж) гипоальбуминемия

бвгдеж

9. Артериальная гипертензия при хроническом диффузном гломерулонефрите развивается в результате:

- а) блокирования канальцев почек цилиндрами
- б) активации системы "ренин - ангиотензин - альдостерон - вазопрессин"
- в) снижения выработки почками простагландинов А и Е
- г) повышения выработки почками простагландинов F
- д) снижения выработки почками кининов
- е) повышения выработки почками кининов

бвд

10. Назовите изменения в моче характерные для нефритического синдрома:

- а) глюкозурия
- б) протеинурия
- в) кетонурия
- г) уробилинурия
- д) цилиндрурия
- е) гематурия

бде

11. Механизмы развития почечного ацидоза это

- а) усиление аммионогенеза
- б) снижение канальцевой секреции протонов
- в) избыточная реабсорбция ионов натрия
- г) снижение секреции аммиака
- д) избыточная экскреция мочевой кислоты
- е) снижение экскреции молочной кислоты и кетоновых тел

бге

12. Механизмами глюкозурии являются

- а) увеличение фильтрационного давления в клубочках почек
- б) блокирование ферментов фосфорилирования в эпителии
- в) структурные повреждения проксимальных канальцев
- г) повышение проницаемости капилляров клубочков почек
- д) избыточное содержание глюкозы в крови (> 10 ммоль/л)

бвд

13. Формированию ренальной гипертензии способствуют

- а) активация ренин-ангиотензивной системы
- б) активация калликреин-кининовой системы

- в) снижение выработки почками кининов
- г) задержка ионов натрия в организме
- д) снижение синтеза ренина
- е) снижение синтеза почечных простагландинов

авге

14. Ведущие механизмы развития анемии при хронической почечной недостаточности:

- а) снижение синтеза эритропоэтина
- б) потеря трансферрина
- в) спленомегалия
- г) миелотоксическое действие уремических токсинов
- д) выработка антител к эритроцитам

абг

15. К группе иммунных нефропатий относятся

- а) гломерулонефриты
- б) поликистозная дегенерация почки
- в) мочекаменная болезнь
- г) коллагенозные нефропатии
- д) пиелонефриты

аг

16. К группе наследственных нефропатий относятся

- а) туберкулез почек
- б) поликистозная дегенерация почек
- в) гломерулонефрит
- г) пиелонефрит
- д) синдром Фанкони

бд

17. К группе метаболических нефропатий относятся

- а) поликистозная дегенерация почки
- б) пиелонефрит
- в) мочекаменная болезнь
- г) нефропатия Фанкони
- д) туберкулез почек

в

18. Назовите факторы обуславливающие развитие уро - и нефролитиаза:

- а) уменьшение содержания в моче солюбилизаторов
- б) увеличение содержания в моче солюбилизаторов
- в) инфицирование паренхимы почек и мочевыводящих путей
- г) увеличение концентрации солей в моче
- д) гипопротеинемия
- е) протеинурия
- ж) полиурия

авге

19. К группе инфекционно-воспалительных нефропатий относят:

- а) гломерулонефриты
- б) пиелонефриты
- в) мочекаменная болезнь'

- г) туберкулез почек
- д) нефропатия беременных

бг

20. Назовите нарушения гомеостаза характерные для олигоанурической стадии ОПН:

- а) метаболический алкалоз
- б) увеличение концентрации мочевины в крови
- в) увеличение концентрации креатинина в крови
- г) гиповолемия
- д) гиперкалиемия
- е) повышение концентрации в плазме крови фосфатов и сульфатов

бвде

21. Назовите нарушения гомеостаза характерные для полиурической стадии острой почечной недостаточности:

- а) нарастающая азотемия
- б) дегидратация организма
- в) гипонатриемия
- г) развитие иммунодефицитного состояния
- д) концентрация мочевины менее 6,6 ммоль/л

бвг

22. Укажите факторы играющие существенную роль в патогенезе 2 стадии острой почечной недостаточности:

- а) усиление синтеза ренина почками
- б) обтурация канальцев почек цилиндрами
- в) увеличение клубочковой фильтрации
- г) уменьшение реабсорбции натрия в канальцах почек
- д) уменьшение эффективного фильтрационного давления
- е) отек почечной паренхимы

абгде

23. Для латентной стадии хронической почечной недостаточности характерны:

- а) выраженная азотемия
- б) снижение концентрационной функции почек
- в) изменение результатов проб на разведение мочи
- г) ацидоз

бв

24. Для уремической стадии хронической почечной недостаточности характерны:

- а) азотемия
- б) метаболический ацидоз
- в) снижение клиренса креатинина
- г) метаболический алкалоз
- д) явление гастроэнтерита
- е) развитие плеврита и перикардита

абвде

25. Уменьшение клубочковой фильтрации наблюдается при:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: снижение системного артериального давления, повышение тонуса приносящей

артерии, повышение онкотического давления крови, повышение внутривисочного давления.

26. Факторы, способствующие увеличению клубочковой фильтрации:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: снижение тонуса приносящей артерии, повышение тонуса выносящей артериолы, понижение онкотического давления крови, понижение внутривисочного давления.

27. Перечислите механизмы патологической протеинурии при заболеваниях почек:

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

Ответ: потеря свойств фильтра по отношению к заряду белков; потеря свойств фильтра по отношению к размеру белков; Дисфункция проксимального канальца, перегрузочная протеинурия.

28. Укажите, как меняется активность пепсина при

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1) гипоацидном | а) понижается |
| 2) гиперацидном | б) повышается |
| состоянии | в) не изменяется |

Ответ: 1) а 2) б

29. Укажите признаки, характерные для

- | | |
|------------------------|---|
| 1) повышенной | а) ускоренной эвакуации пищи из желудка |
| 2) пониженной секреции | б) замедление эвакуации пищи из желудка |
| желудочного сока | в) натецак большое количество желудочного сока с рН < 2,0 |
| | г) отсутствие активности пепсина |
| | д) длительные спазм привратника |
| | е) изжога, отрыжка «кислым» |
| | ж) уменьшение образования панкреатического сока |
| | з) усиление перистальтики кишечника, поносы |
| | и) гиповитаминозы |

Ответ: 1) б, в, д, е, и 2) а, г, ж, з, и

30. Укажите заболевания, вследствие которых нарушается главным образом

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 1) полостное | а) механическая желтуха |
| 2) мембранное | б) хронический панкреатит |
| пищеварение | в) недостаточность лактозы |
| | г) дуоденит |
| | д) глютенотвая энтеропатия |

Ответ: 1) а, б, г 2) в, д

31. Увеличение каких ферментов в крови характерно для печеночной желтухи

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1) гепато-целлюлярной | а) щелочной фосфатазы |
| 2) холестатической | б) 5-нуклеозидазы |
| 3) смешанной формы | в) аламинаминотрансферазы (АЛТ) |
| | г) аспартатаминотрансферазы (АСТ) |

Ответ: 1) в, г 2) а, б 3) а, б, в, г

32. Какие из перечисленных патологических симптомов и синдромов могут развиваться в

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1) олиго-анурическую | а) иммунодефицитные состояния |
| 2) полиурическую | б) гиперволемиа |
| стадии острой почечной | в) дегидратация организма |

- недостоточности г) гипостенурия
 д) отек мозга
 е) ацидотическая кома

Ответ: 1) а, б, г, д, е 2) а, в, г

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК

Задачи 28 - 36

Определите изменения в анализах мочи, назовите возможные причины их возникновения и механизмы развития. Сформулируйте общее заключение по анализам.

28, 29

	28	29
Диурез	800 мл	2800 мл
Плотность	1,029	1,009
Белок	1 г/л	2 г/л
Глюкоза	нет	нет
КТ	нет	нет
Микроскопия осадка		
Эритроциты	(в том числе выщелоченные) 40– 50 в поле зрения; единичные гиалиновые и эритроцитарные цилиндры	Единичные в поле зрения, выщелоченные; единичные гиалиновые цилиндры
Дополнительные данные:		
АД	165/105 мм рт.ст.	185/100 мм рт.ст.
Остаточный азот крови	50 мг%	80 мг%
	Высокое содержание антистрептолизина О в плазме крови	

Заключение к задаче 28

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Олигурия | 2. Гиперстенурия |
| 3. Протеинурия | 4. Гематурия |
| 5. Цилиндрuria (гиалиновая +
эритроцитарная цилиндрурия) | 6. Артериальная гипертензия |
| 7. Азотемия | 8. Антистрептолизин в крови |

У пациента имеются признаки нефритического синдрома. Гиперстенурия указывает на сохранение функции канальцев. Олигурия, гематурия, артериальная гипертензия и азотемия свидетельствуют о повреждении клубочков. По-видимому, это острый процесс (при хронической почечной недостаточности происходит повреждение всех отделов нефрона).

Общее заключение: Острый диффузный гломерулонефрит, вызванный стрептококком. Артериальная гипертензия (нефрогенная)

30, 31

30	31.
----	-----

Диурез	1000 мл	1600 мл
Плотность	1,037	1,025
Белок	33 г/л	нет
Глюкоза	нет	2,5%
КТ	нет	нет
Микроскопия осадка	Зернистые и восковидные цилиндры в большом количестве	
Дополнительные данные:		
АД 120/65 мм рт.ст. ГПК 80 мг%.		
Остаточный азот крови 35 мг%		

32, 33

	32	33
Диурез	5500 мл	340 мл
Плотность	1,040	1,035
Белок	нет	1,5 г/л
Глюкоза	4%	нет
КТ	Да	нет
Микроскопия осадка		Эритроциты 30–35 в поле зрения, Зернистые и эритроцитарные цилиндры 2–3 в поле зрения.
Дополнительные данные	ГПК 300 мг %	Остаточный азот крови 210 мг %, АД 145/100 мм рт.ст.

34, 35

	34	35
Диурез	165 мл	3800 мл
Плотность	1,015	1,014
Белок	3,5 г/л	нет
Глюкоза	нет	нет
КТ	нет	нет
Микроскопия осадка	Единичные выщелоченные эритроциты и гиалиновые цилиндры в поле зрения	Единичные гиалиновые цилиндры в препарате
Дополнительные данные	АД 145/90 мм рт.ст. Остаточный азот крови 58 мг%	АД 115/80 мм рт.ст. Остаточный азот крови 35 мг%

36

Диурез	1600 мл	Глюкоза	1,5%
Плотность	1,020	КТ	нет

Белок нет ТК суточной мочи 5 мэкв/л
Микроскопия осадка: в большом количестве кристаллы солей
Дополнительные данные:
 реакции на цистеин и аргинин в моче положительные
 повышено содержание фосфатов
 ГПК 95 мг%

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ

37

	кровь	моча	экскременты
Билирубин общий	2,6 мг%,	–	–
Билирубин прямой	0,15 мг%	нет	–
Уробилиноген (ин)	обнаружен	обнаружен	–
Стеркобилиноген (ин)	увеличен	Увеличен	увеличен
Жёлчные кислоты	нет	Нет	–

Заключение к задаче 37

У пациента содержание общего билирубина повышено за счёт непрямого билирубина (2,6 мг% – 0,15 мг% = 2,45 мг%). Увеличение уровня стеркобилина в экскрементах и моче свидетельствует о повышенном поступлении прямого билирубина в кишечник. Эти данные позволяют говорить о том, что возрастанием уровня непрямого билирубина в крови обусловлено нарушением его захвата гепатоцитами. Увеличение экскреции билирубина с жёлчью связано с повышенным поступлением в неё непрямого билирубина. Последний в избытке образуется при гемолизе эритроцитов. Возрастание уровня уробилиногена в крови и моче обусловлено увеличением его абсорбции в кишечнике, поскольку гепатоциты не могут полностью его захватывать из крови (вследствие насыщения переносчика пигмента).

Общее заключение: Гемолитическая желтуха

38

	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин общий	4,8 мг%	–	–
Билирубин прямой	0,35 мг%	«следы»	-
Уробилиноген (ин)	нет	нет	-
Стеркобилиноген (ин)	уменьшен	уменьшен	уменьшен
Жёлчные кислоты	обнаружены	обнаружены	-
Активность АЛТ	значительно увеличена		
Активность АСТ	увеличена		

39

	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин общий	1,8 мг%	–	–
Билирубин прямой	0,2 мг%	нет	–

Уробилиноген (ин)	нет	нет	—
Стеркобилиноген (ин)	норма	норма	норма
Жёлчные кислоты	нет	нет	—

40

	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин общий	3,5 мг%	—	—
Билирубин прямой	2,1 мг%	обнаружен	—
Уробилиноген (ин)	нет	нет	—
Стеркобилиноген (ин)	«следы»	«следы»	уменьшен
Жёлчные кислоты	обнаружены	обнаружены	—
Активность АЛТ	увеличена	—	—

41

	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин общий	4,4 мг%	—	—
Билирубин прямой	0,35 мг%	«следы»	—
Уробилиноген (ин)	обнаружен	обнаружен	—
Стеркобилиноген (ин)	увеличен	увеличен	норма
Жёлчные кислоты	нет	нет	—
Активность АЛТ	увеличена	—	—

42

	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин общий	2,1 мг%	—	—
Билирубин прямой	0,2 мг%	нет	—
Уробилиноген (ин)	нет	нет	—
Стеркобилиноген (ин)	увеличен	увеличен	увеличен
Жёлчные кислоты	нет	нет	—
Активность АЛТ	норма	—	—

43

	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин общий	3,6 мг%	—	—
Билирубин прямой	2,5 мг%	обнаружен	—
Уробилиноген (ин)	нет	нет	—
Стеркобилиноген (ин)	нет	нет	«следы»
Жёлчные кислоты	нет	нет	—
Активность АЛТ	норма	—	—

Задача 4

Пациент К. 48 лет в течение 5 лет болен хроническим диффузным гломерулонефритом. В последние недели появились ноющие боли в сердце, сердцебиение, выраженные отёки, особенно нижних конечностей при ходьбе. Анализ мочи: суточный диурез 1100 мл, плотность 1,042, белок 3,3%. Микроскопия осадка мочи: зернистые и восковидные цилиндры в большом количестве. АД 170/95 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 70 мг%, общий белок 4,8 г%, альбумины 1,5 г%, глобулины 2,8 г%, гиперлипидемия, гипернатриемия.

Вопросы

1. О развитии каких форм патологии свидетельствуют имеющиеся у пациента симптомы?
2. Какие формы нарушения липидного обмена могут при этом возникать и каковы механизмы их развития?
3. Каковы возможные последствия гиперлипидемии при условии её длительного существования?
4. Имеются ли у больного признаки почечной недостаточности и уремии?

Ответы к ситуационной задаче 4

1. Нефротический синдром, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, отёк, гиперлипопротеинемия, гипопротеинемия.
2. Гиперлипопротеинемии типа IIa (гипербетапопротеинемия), IIb (гипербетапопротеинемия), IV (гиперпребетапопротеинемия) и V (гиперпребетапопротеинемия и гиперхиломикронемия). Повышенная секреция ЛПОНП гепатоцитами, замедленное разрушение ЛПОНП из-за снижения активности липопротеинлипазы, секреция печенью ЛПНП, замедленное разрушение ЛПОНП и ЛПНП, повышенный синтез триглицеридов вследствие гиперлипидемии.
3. Длительная гиперлипопротеинемия сопровождается увеличением образования модифицированных ЛП и развитием атеросклеротического повреждения сосудов.
4. У больного имеются признаки почечной недостаточности и уремии: повышение уровня остаточного азота в крови, гипопротеинемия (в связи с протеинурией), гиперлипидемия, гипернатриемия, гиперстенурия.

Задача 8

Больная 46 лет обратилась с жалобами на частое мочеиспускание с макрогематурией и общую адинамию. Проведена цистоскопия, найдено опухолевидное разрастание, взят биоптат этой ткани и прилегающей слизистой оболочки. При гистологическом исследовании биоптата: опухолевидное разрастание состоит из правильно расположенных клеток, но местами имеются скопления атипичных клеток. Больная более 10 лет работает на ткацком комбинате в красильном цехе, где используют анилиновые красители.

Вопросы

1. Какой тип опухоли развился у больной?
2. Какова возможная причина новообразования?
3. К какому классу канцерогенов относятся анилиновые красители?
4. Какие механизмы противоопухолевой резистентности оказались неэффективными у пациентки?

Ответы к ситуационной задаче 8

1. Судя по данным гистологического исследования (при котором выявлены атипичные клетки), у пациентки развилась злокачественная опухоль.
2. Вероятной причиной развития этого новообразования являются анилиновые красители.
3. К экзогенным химическим канцерогенам.
4. Неэффективными оказались антиканцерогенные и антимулационные механизмы антибластомной резистентности.

Задача 9

У мужчины 36 лет при проведении УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение правой почки. Компьютерная томография выявила образование размером $1,2 \times 1,5 \times 1,5$ см у верхнего полюса правой почки. В связи с этим мужчина был госпитализирован. При обследовании в клинике: Hb 180 г/л, эритроциты $7,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 10%, лейкоциты $4,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты 250×10^9 /л; Ht 0,61, эритропоэтин — на 20% выше нормы, АД 150/90 мм рт.ст. Гистологическое исследование пункта образования, обнаруженного у верхнего полюса правой почки, показало наличие гипернефромы. Пациенту была проведена операция по удалению опухоли. Через 3 нед после операции его самочувствие и лабораторные показатели нормализовались.

Вопросы

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

Ответы к ситуационной задаче 9

1. У пациента развился вторичный (приобретённый) абсолютный эритроцитоз. Он характеризуется усилением эритропоэза в костном мозге и выходом избытка эритроцитов в сосудистое русло. В связи с этим повышается число эритроцитов в крови (до $7,5 \times 10^{12}$ /л), ретикулоцитов (10%), уровень Hb (до 180 г/л), Ht (0,61), увеличивается АД (150 и 90 мм рт.ст. систолическое и диастолическое соответственно).
2. Причиной развития вторичного абсолютного эритроцитоза в данном случае является гиперпродукция эритропоэтина (уровень его в крови на 20% выше нормы) клетками гипернефромы — опухоли правой почки.
3. Повышение уровня эритропоэтина в крови обуславливает стимуляцию эритропоэза в костном мозге и выхода избытка эритроцитов (в том числе их молодых форм) в циркулирующую кровь. Это, в свою очередь, приводит к эритроцитозу, увеличению Ht и содержания Hb в крови. Повышенное АД является результатом эритроцитоза, обусловившего гиперволемию.
4. У человека могут развиваться несколько разновидностей эритроцитозов:
 - I. Первичные (самостоятельные болезни): эритремии (например, болезнь Вакеза), семейные (наследуемые) эритроцитозы.

Задача 17

Больной В. 46 лет поступил в клинику с диагнозом «Подозрение на рак поджелудочной железы». Масса тела 59 кг при росте 179 см; похудел за последний год на 14 кг. Стул 3–4 раза в сутки, обильный. Метеоризм. Язык обложен, аппетит значительно снижен. Болей в животе нет, температура тела нормальная.

В анамнезе: больной злоупотребляет алкоголем в течение 15–20 лет; 10 лет назад после очередного алкогольного эксцесса перенёс острый панкреатит (с госпитализацией); после этого ещё 2–3 раза были эпизоды сильных болей в животе, но к врачу не обращался, не лечился, диету не соблюдал, продолжал употреблять алкоголь.

В анализах, проведённых в клинике: гипергликемия 20,6 ммоль/л (371 мг%), глюкозурия 4% (при суточном диурезе 3–4 л), выраженная стеаторея, снижение в 5 раз по сравнению с нормой показателя максимальной активности трипсина при дуоденальном зондировании с использованием стимуляционного теста — в/в введения секретина и панкреозимина.

Результаты УЗИ и компьютерной томографии поджелудочной железы: диффузное уплотнение и неравномерность структуры железы, наличие в ней кальцификатов.

Вопросы

1. Оцените функциональное состояние поджелудочной железы у больного, приведя необходимые для этого доказательства (клинические данные, результаты лабораторных анализов и инструментальных исследований).
2. На основании оценки функций поджелудочной железы выскажите предположение о том, какие патологические процессы развились в поджелудочной железе и какова их возможная причина?
3. Какие дополнительные исследования следовало бы провести, чтобы с более высокой степенью вероятности подтвердить (или отвергнуть) «входной диагноз» у больного?
4. Могут ли предполагаемые Вами патологические процессы развиваться в поджелудочной железе независимо друг от друга? А в анализируемом случае — могут ли они быть взаимосвязаны? Если да, то какова их наиболее вероятная последовательность возникновения?
5. Каким заболеванием (или какими заболеваниями), по Вашему мнению, страдает больной.
6. Как можно объяснить развитие столь значительного похудения больного за последнее время?

Ответы к ситуационной задаче 17

1. У больного наблюдается недостаточность следующих функций поджелудочной железы:
 - а) секреторной (признаки: выраженное снижение активности трипсина, стеаторея, нарушение стула, метеоризм, значительное снижение аппетита, похудание, слабость);
 - б) инкреторной (признаки гиперинсулинизма: гипергликемия, глюкозурия, полиурия, похудание, слабость).
2. Наиболее вероятное предположение: хронический воспалительный процесс алкогольной этиологии и недостаточность функций островковых клеток железы, вызванная как алкогольной интоксикацией, так и воспалительной (вторичной) альтерацией островкового аппарата.
3. С этой целью можно было бы рекомендовать (в дополнение к УЗИ и компьютерной томографии) диагностическую лапароскопию, тот или иной метод биопсии поджелудочной железы, цитологическое исследование панкреатического сока и др.
4. Недостаточность секреторного и инкреторного аппаратов поджелудочной железы могут развиваться независимо друг от друга, под влиянием разных причин. Однако в анализируемом случае эти процессы взаимосвязаны. При хроническом алкоголизме более чувствительным оказывается секреторный аппарат, реагирующий первичной и вторичной альтерацией в ходе развития воспалительного процесса. Поражение при этом островкового аппарата развивается, как правило, позднее — при прогрессировании хронического воспалительного процесса, приводящего к расстройствам кровообращения в железе, её фиброзу и т.п. С другой стороны, возникающая вторично инсулярная недостаточность может утяжелять течение воспалительного процесса, нарушая трофику ткани железы, её регенераторные способности и т.д.
5. Наиболее вероятным представляется следующее диагностическое предположение: первичный (алкогольный) хронический панкреатит, осложнившийся вторичным возникновением СД.
6. Значительное похудание больного вызвано в основном двумя причинами:
 - а) нарушением переваривания и, следовательно, всасывания основных компонентов пищи — белков, жиров, углеводов (вследствие выраженной секреторной недостаточности поджелудочной железы);
 - б) нарушением углеводного, а вторично — также белкового и жирового обмена (вследствие развития у больного СД).

Задача 19

Пострадавший А доставлен в клинику через 5 ч. после дорожно-транспортного происшествия. Врач «Скорой помощи» обнаружил множественные переломы рёбер, ушибы мягких тканей таза и нижних конечностей с образованием обширных гематом. На момент поступления: спутанность сознания, бледность кожных покровов,

нитевидный пульс, АД 60/20 мм рт.ст., периодический характер дыхания. Через сутки после проведения интенсивной плазмозамещающей терапии (влито 3 л полиглюкина и реополиглюкина) и переливания 0,5 л крови АД поднялось до 110/60 мм рт.ст. На протяжении первых суток диурез отсутствовал. В последующие трое суток состояние продолжало оставаться тяжёлым. Пациент жаловался на сильную головную боль, головокружение, отмечалась частая, неукротимая рвота, общая заторможенность, наблюдались кратковременные судороги, развитие отёка подкожной клетчатки, брадикардия, эпизодическая экстрасистолия. Диурез не превышал 150–250 мл в сутки, АД 160/90 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 90 мг%, гиперкалиемия, гипермагниемия, гипонатриемия и гипохлоремия, рН 7,30; анализ мочи: удельный вес составлял 1,040, незначительная протеинурия и цилиндрурия, единичные лейкоциты в поле зрения, миоглобинурия.

На 5–7-е сутки у больного зарегистрировано резкое возрастание диуреза (до 2500 мл/сут), улучшение общего состояния (прекратились рвота, судороги, головные боли), уменьшилась выраженность отёков. Анализ мочи: удельный вес 1,010–1,012, умеренная протеинурия, большое количество зернистых цилиндров.

Вопросы

1. Какой почечный синдром развился у пациента и каковы его причины?
2. Каковы причины анурии в период шока до восстановления АД?
3. Почему не произошло восстановления диуреза после проведения интенсивной трансфузионной терапии?
4. Каковы механизмы развития симптомов у пациента на 2–4-е сутки после травмы?

Ответы к ситуационной задаче 19

1. Острая почечная недостаточность вследствие травматического шока и окклюзии почечных канальцев миоглобином (миоглобиновый нефроз).
2. Низкое давление в почечных клубочках (при АД ниже 70 мм рт.ст. почечный кровоток снижается на 90% и более); увеличение секреции Na^+ в канальцах (в результате изменения положения Na^+, K^+ -АТФазы с базолатеральной позиции на «канальцевое» положение). Следствие этого — увеличение выделения ренина в кровь и последующий спазм почечных сосудов. Повышение уровня ренина обусловлено также снижением АД в артериолах почек.
3. Ишемия почек, вызванная шоком, а также обтурация миоглобином канальцев привела к отслоению эпителия и закупорке канальцев. Следствием этого явилось увеличение давления в интерстиции и дальнейшая окклюзия канальцев. Кроме того, увеличение давления жидкости в канальцах уменьшило скорость фильтрации. В совокупности это препятствует нормализации диуреза.
4. Сильная головная боль, головокружение, частая (неукротимая) рвота, общая заторможенность свидетельствуют о развитии отёка мозга вследствие нарушения выведения жидкости из организма. Отёку мозга также способствует повышенное АД, (гипертензия типична для отёка мозга в связи с увеличением внутричерепного давления). Увеличение остаточного азота в крови, гиперкалиемия и гипермагниемия являются следствием снижения скорости клубочковой фильтрации и нарушения канальцевой реабсорбции. Гипонатриемия и гипохлоремия обусловлены неукротимой рвотой, что должно было бы привести к развитию гипохлоремического алкалоза. Однако, вследствие расстройства функций канальцев происходит нарушения ацидо- и аммониегенеза. Это и привело к выделительному ацидозу. Возрастание в последующем диуреза при сниженном удельном весе мочи свидетельствует о нарушении концентрационной способности почек (реабсорбции солей, белков и воды).

Задача 23

Рабочий рудника попал под обвал. Мелкой породой придавило нижние конечности. В таком состоянии находился 12 часов, в момент освобождения из завала артериальное давление 140/80 мм рт. ст., пульс 84 в 1 мин.

Вопросы:

1. Какое осложнение может развиваться у больного и почему?

2. Каковы особенности его транспортировки в лечебное учреждение?

Ответы к ситуационной задаче 23

В результате длительного сдавления мышц нижних конечностей крово- и лимфообращение в них нарушается, происходит разрушение мышечных клеток с выходом миоглобина и продуктов его катаболизма в интерстициальные пространства и кровь. С восстановлением кровообращения развивается острая нарастающая интоксикация этими продуктами. Как результат синдрома длительного раздавливания (crash-синдром) развивается острая почечная недостаточность. При транспортировке пострадавшего необходимо положить жгуты на нижние конечности, обложить их пузырями со льдом и начать трансфузионную дезинтоксикационную терапию.

Задача 24

Больной 53 лет накануне случайно выпил 150 мл раствора сулемы (1:1000). В поликлинике промыт желудок. В первые 12 часов состояние больного было удовлетворительным. На следующий день головная боль, тошнота, рвота, анурия. При поступлении состояние средней тяжести. Жалуется на жажду, сухость во рту, слабость, тошноту, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ крови: Гемоглобин - 14,0 г%, эритроциты - 3,5 млн., л-10400, СОЭ-33 мм/час, мочевины крови - 21,6 ммоль/л, калий - 6,7 мэкв/л, натрий - 127 мэкв/л.

Вопросы. Поставьте диагноз и обоснуйте лечебную тактику.

Ответы к ситуационной задаче 22

Острое отравление сулемой, острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия. Показаны гемодиализ и комплексная лекарственная терапия.

Задача 25

Больная 32 лет жалуется на общую слабость, тошноту, рвоту, жажду, сухость во рту, головную боль, тупую ноющую боль в поясничных областях. Постепенное нарастание этих симптомов отмечает на протяжении последних 5 лет. Кожные покровы бледные, сухие, артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Пульс 76 в 1 мин. С обеих сторон пальпируются увеличенные бугристые, умеренно болезненные почки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Родственники по линии матери страдали заболеваниями почек.

Удельная плотность мочи 1007, реакция нейтральная, лейкоциты 12-15 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Обоснуйте предварительный диагноз и последовательность дополнительных исследований с целью установления окончательного диагноза.

Ответы к ситуационной задаче 25

Жалобы больной, данные анамнеза, артериальная гипертензия, 2-стороннее увеличение и бугристая поверхность почек, низкая удельная плотность мочи и лейкоцитурия позволяют предполагать поликистоз почек, осложненный хроническим пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью. Для уточнения диагноза необходимы ультразвуковое исследование почек, магнитно-резонансная урография, динамическая нефросцинтиграфия, проба Зимницкого, исследование азотистых шлаков сыворотки крови, электролитов, показателей кислотно-щелочного состояния.

Задача 26

Больной 34 лет на протяжении 10 лет страдает нефролитиазом. После приступов почечной колики справа и слева с мочой неоднократно отходили мелкие конкременты. Последняя почечная колика слева около 1 года назад, в последующем незначительная тупая боль в левой поясничной области. 10 часов назад почечная колика справа, купированная введением

спазмоаналгетиков, анурия. Состояние средней тяжести. Беспокоит ноющая боль в правой поясничной области, субфебрильная температура тела, жажда, головная боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Левая почка не пальпируется, справа пальпируется увеличенная, слегка болезненная почка.

Поставьте диагноз и проведите дифференциальный диагноз вида анурии.

Ответы к ситуационной задаче 26

Нефролитиаз, подозрение на камни мочеточников. После обзорного снимка мочевой системы, на котором могут быть выявлены тени, подозрительные на конкременты, ультразвукового исследования почек и магнитно-резонансной урографии, при которых могут быть выявлены характер и уровень дилатации чашечно-лоханочных систем, показана цистоскопия и 2-сторонняя катетеризация мочеточников для подтверждения постренальной анурии и обеспечения оттока мочи из почек. При невозможности катетеризации - пункционная нефростомия под ультразвуковым и рентгеновским контролем (вначале на более функционально сохранной стороне).

Задача 28

У больной 22 лет спустя 2 недели после перенесенной в тяжелой форме скарлатины появились жалобы на головные боли, боли в области поясницы, одышка, сердцебиение. За последнюю неделю она прибавила в массе тела 11,5 кг. Объективно: лицо бледное, веки набухшие, глазные щели сужены. Голени и стопы пастозны. Границы сердца расширены, АД 180/100 мм рт.ст. Диурез резко снижен, в моче – эритроциты и белок. В крови повышен титр антистрептококковых АТ.

Вопросы:

- 1) Есть ли основание считать, что у больной возникло поражение почек? Если да, то каков возможный механизм этой патологии?
- 2). Что обуславливает возникшую гипергидрацию: резкое снижение выделительной функции почек или усиление механизмов активной задержки воды в организме?
- 3) Каковы механизмы развития данного типа отека?

Ответы к ситуационной задаче 28

- 1). Да. Об этом свидетельствуют резкое снижение диуреза, изменение состава мочи (наличие белка, эритроцитов), боли в области поясницы. Вероятно, речь идет об иммуногенном поражении почек, при котором в качестве Аг может выступать антигентрансформированная под влиянием экзотоксина стрептококка ткань почек. По механизму развития – это преимущественно цитотоксический тип аллергической реакции.
- 2). И то и другое. Иммуногенное поражение почек сопровождается уменьшением числа нормально функционирующих клубочков и снижением площади фильтрации; возникающее при воспалении расстройство микроциркуляции и клубочкового кровотока приводит к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). В данном случае это проявляется усилением реабсорбции натрия и воды в почечных канальцах, а также повышением АД.
- 3). Так как при этом типе иммунного поражения почек подверглись агрессии стенки микрососудов не только почек, но и других тканей (диффузный капилляротоксикоз), то в патогенезе нефритических отеков принимает участие и мембраногенный фактор.

ОБЩАЯ ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВ

1. К патологии центральных механизмов регуляции деятельности эндокринных желёз относят:

- 1) инактивацию и нарушение метаболизма гормонов в периферических тканях

- 2) изменения гормональных рецепторов в клетках-мишенях
- + 3) нарушение обратной связи между эндокринной железой и гипоталамусом
- 4) дефицит пермиссивных гормонов
- + 5) нарушения баланса либеринов и статинов в гипоталамусе
- + 6) нарушение связей между лимбической системой и гипоталамусом

2. К периферическим (внежелезистым) механизмам изменения активности гормонов относят:

- + 1) дефицит пермиссивных гормонов
- 2) нарушения баланса либеринов и статинов в гипоталамусе
- 3) нарушение обратной связи между эндокринной железой и гипоталамусом
- + 4) нарушения связывания гормонов с транспортными белками крови
- + 5) изменения гормональных рецепторов в клетках-мишенях
- + 6) инактивацию и нарушение метаболизма гормонов в периферических тканях

3. Нарушения синтеза и секреции гормонов при гипофункции эндокринной железы развиваются вследствие:

- + 1) **уменьшения массы паренхимы железы (атрофия)**
- 2) увеличения массы железистого эпителия (гиперплазия)
- +3) недостаточности ферментов и кофакторов синтеза гормонов**
- 4) активации ферментов синтеза гормонов
- +5) блокады механизмов депонирования и секреции гормонов**

4. Укажите гормоны, взаимодействующие с внутриклеточными рецепторами клеток-мишеней:

- +1) T₃, T₄**
- 2) окситоцин
- +3) эстрогены, андрогены**
- +4) глюкокортикоиды**
- 5) адреналин
- 6) глюкагон

5. Укажите гормоны, взаимодействующие с рецепторами плазматической мембраны клеток:

- 1) T₃, T₄
- +2) адреналин**
- 3) эстрогены, андрогены
- +4) глюкагон**
- 5) глюкокортикоиды
- +6) ТТГ**
- +7) пролактин**
- +8) АКТГ**

6. Гиперпродукция каких гормонов сопровождается развитием гиперпигментации кожи?

- 1) СТГ
- +2) кортиколиберина**
- +3) меланотропина**
- +4) АКТГ**
- 6) пролактина
- 7) ТТГ

7. Каково наиболее вероятное изменение чувствительности клеток-мишеней к гормонам при длительном повышении их уровня в крови: (1)

- 1) повышение
- +2) понижение**
- 3) отсутствие изменений

8. Недостаточность каких гормонов может возникнуть в организме после внезапной отмены длительной терапии кортикостероидами: (2)

- 1) ПТГ
- 2) кортизола**
- 3) адреналина
- 4) норадреналина
- 5) АКТГ**
- 6) T₃**
- 7) АДГ

9. Низкорослость может быть обусловлена дефицитом в организме следующих гормонов: (5)

- 1) СТГ**
- 2) T₄**
- 3) соматокрина**
- 4) соматостатина
- 5) инсулиноподобного фактора роста**
- 6) тестостерона**
- 7) АКТГ
- 8) ФСГ

10. Секреция каких гормонов усиливается при блокаде механизма отрицательной обратной связи между периферической железой и гипоталамусом? (4)

- 1) T₃, T₄**
- 2) глюкокортикоидов**
- 3) адреналина
- 4) секретина
- 5) холецистокинина
- 6) пролактина**
- 7) андрогенов**

11. При патологическом усилении секреции гормона клетками периферической железы возможно включение следующих компенсаторных механизмов: (5)

- 1) повышение связывания гормона с белками плазмы**
- 2) ослабление связывания гормона с белками плазмы
- 3) уменьшение плотности рецепторов к гормону в клетках-мишенях**
- 4) усиление метаболической инактивации избытка гормона**
- 5) гипертрофия гормон-продуцирующих клеток железы, секретирующей избыток гормона
- 6) атрофия гормон-продуцирующих клеток парной железы**
- 7) стимуляция выброса либерины клетками гипоталамуса
- 8) торможение выброса либерины клетками гипоталамуса**

12. При каких формах патологии развитие артериальной гипертензии связано с первичным нарушением центральных (на уровне гипоталамуса и гипофиза) механизмов регуляции водно-солевого обмена? (2)

- 1) болезнь Иценко-Кушинга**
- 2) синдром Иценко-Кушинга
- 3) аденома щитовидной железы

- 4) адреногенитальный синдром
- 5) феохромоцитома
- 6) СНАДГ**
- 7) синдром Конна

13. Для какой из указанных пар гормонов гиперсекреция первого стимулирует секрецию второго? (2)

- 1) тироксин — тиролиберин
- 2) кортизол — АКТГ
- 3) эстрадиол — лютропин**
- 4) СТГ — соматостатин**
- 5) прогестерон — лютропин

14. В патогенезе каких форм эндокринной патологии значительную роль могут играть аутоиммунные процессы? (3)

- 1) адипозогенитальная дистрофия
- 2) диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса)**
- 3) тиреоидит Хасимото**
- 4) СД типа II**
- 5) адреногенитальный синдром
- 6) синдром Шеана

15. При каких формах эндокринных расстройств основным фактором патогенеза является изменение чувствительности гормональных рецепторов клеток-мишеней: (3)

- 1) синдром Конна
- 2) СД типа II**
- 3) синдром персистирующей лактации
- 4) нефрогенная форма несахарного диабета**
- 5) нанизм (карликовость) Ларона**
- 6) болезнь Аддисона

16. Какие железы относятся к независимому от гипофиза типу? (3)

- 1) мозговой слой надпочечников**
- 2) кора надпочечников
- 3) паращитовидные железы**
- 4) щитовидная железа
- 5) островки Лангерханса поджелудочной железы**
- 6) фолликулы яичников у женщин

17. Деятельность каких желёз регулируется гипофизом? (4)

- 1) щитовидная железа**
- 2) кора надпочечников**
- 3) мозговой слой коры надпочечников
- 4) интерстициальная ткань яичка**
- 5) паращитовидные железы
- 6) молочные железы**
- 7) островки Лангерханса

18. При тяжёлой патологии печени усиливается физиологический эффект следующих гормонов: (4)

- 1) кортизол**
- 2) СТГ

- 3) АДГ
- 4) тестостерон**
- 5) альдостерон**
- 6) АКТГ
- 7) эстрадиол
- 8) адреналин

19. Укажите состояния, для которых характерно развитие симптоматического СД: (3)

- 1) акромегалия**
- 2) инсулинома**
- 3) микседема
- 4) болезнь Аддисона
- 5) синдром Иценко-Кушинга**

20. Укажите гормоны, к которым повышена вероятность образования АТ: (4)

- 1) кортизол
- 2) СТГ**
- 3) прогестерон
- 4) АКТГ**
- 5) ТТГ**
- 6) инсулин**

21. цАМФ является вторым посредником для клеточных рецепторов следующих гормонов: (5)

- 1) АКТГ**
- 2) ТТГ**
- 3) фоллитропин**
- 4) окситоцин
- 5) гастрин
- 6) адреналин (при действии на α -адренорецепторы)**
- 7) адреналин (при действии на β -адренорецепторы)
- 8) вазопрессин**

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ГИПОТАЛАМУСА И ГИПОФИЗА

1. При каких состояниях увеличена продукция гипофизом АКТГ? (2)

- 1) при врождённом кортико-генитальном синдроме**
- 2) при болезни Иценко-Кушинга**
- 3) при синдроме Иценко-Кушинга
- 4) при опухоли коры надпочечников

2. Какие состояния могут возникнуть при гиперпродукции СТГ? (2)

- 1) гипофизарное ожирение
- 2) акромегалия**
- 3) болезнь Аддисона
- 4) гигантизм**

3. Чрезмерная продукция АКТГ ведёт к усилению секреции: (3)

- 1) андрогенных кортикостероидов**
- 2) норадреналина
- 3) кортикостерона**
- 4) альдостерона

5) адреналина

6) кортизола

4. Гиперпродукция СТГ повышает: (3)

1) мобилизацию жирных кислот из жировой ткани

2) захват аминокислот клетками различных тканей

3) уровень ГПК

4) синтез триглицеридов

5) катаболизм белка

5. При парциальной гипофункции передней доли гипофиза возможно развитие следующих форм патологии? (6)

1) артериальная гипотензия

2) гипергликемия

3) гипогликемия

4) карликовость

5) микседема

6) базедова болезнь

7) гипогонадизм

8) ожирение

6. При парциальной гиперфункции передней доли гипофиза могут возникнуть следующие формы патологии, болезни или синдромы: (3)

1) преждевременное половое созревание

2) евнухоидизм

3) болезнь Иценко-Кушинга

4) синдром Иценко-Кушинга

5) СД

6) карликовость

7) галакторея

8) первичный гипертиреоз

(4) 7. Продукция каких гормонов уменьшается при тотальной гипофункции аденогипофиза?

1) ФСГ (фоллитропина)

2) меланотропина

3) СТГ

4) окситоцина

5) пролактина

6) ТТГ

7) АДГ

(5) 8. Какие причины могут вызывать тотальную недостаточность передней доли гипофиза?

1) метастазы опухоли в гипофиз или окружающие его участки

2) тяжёлые послеродовые кровопотери

3) дефицит гормонов щитовидной железы и надпочечников

4) дефицит гормонов коры надпочечников, яичников и щитовидной железы

5) кровоизлияние в гипофиза

6) длительное голодание

7) энцефалит

8) длительное переедание

9. Укажите факторы, стимулирующие секрецию АДГ: (5)

- 1) **повышение осмолярности плазмы крови**
- 2) понижение осмолярности плазмы крови
- 3) **внеклеточная и внутрисосудистая дегидратация**
- 4) внеклеточная и внутрисосудистая гипергидратация
- 5) **стимуляция ренин-ангиотензиновой системы**
- 6) угнетение ренин-ангиотензиновой системы
- 7) **гипертермия**
- 8) **психоэмоциональное напряжение**

10. Может ли возникнуть несахарное мочеизнурение (несахарный диабет) при нормальной продукции и поступлении в кровь АДГ? (1)

- 1) **да**
- 2) нет

11. К каким последствиям приведёт поражение супраоптического и паравентрикулярного ядер гипоталамуса? (4)

- 1) уменьшению синтеза кортиколиберина
- 2) ожирению
- 3) уменьшению секреции соматостатина
- 4) **уменьшению секреции окситоцина**
- 5) **снижению секреции АДГ**
- 6) **дегидратации организма**
- 7) уменьшению синтеза тиролиберина
- 8) **недостаточности родовых схваток**

12. Укажите нарушения обмена веществ, характерные для акромегалии: (7)

- 1) **усиление мобилизации жира из депо**
- 2) **активация синтеза белков и торможение их распада**
- 3) гипогликемия
- 4) **снижение толерантности к глюкозе**
- 5) **усиление глюконеогенеза в печени**
- 6) **снижение использования глюкозы жировой и мышечной тканью**
- 7) стимуляция секреции глюкагона
- 8) **стимуляция секреции инсулина и торможение его распада**
- 9) **гиперкальциемия**

13. Какие нарушения секреции гормонов возникают после разрыва или сдавления ножки гипофиза? (1)

- 1) повышение секреции АКТГ, СТГ, ТТГ; снижение секреции АДГ и окситоцина, нормальная секреция пролактина
- 2) **снижение секреции АКТГ, СТГ, ТТГ; нормальная секреция АДГ и окситоцина, повышение секреции пролактина**
- 3) снижение секреции АКТГ, СТГ, ТТГ; повышение секреции АДГ и окситоцина, снижение секреции пролактина

14. При снижении выработки гормонов клетками зависимой от гипофиза железы в гипоталамусе и гипофизе усиливается секреция следующих факторов: (1)

- 1) нейрофизинов и транскортина
- 2) **тропинов и статинов**
- 3) либеринов и тропинов
- 4) либеринов и статинов

15. Избыточная секреция СТГ обусловлена следующими причинами: (3)

- 1) **эктопическим образованием рилизинг-фактора для СТГ при развитии злокачественной опухоли**
- 2) **гормон-продуцирующей аденомой гипофиза**
- 3) избыточным образованием соматостатина в клетках преоптической зоны переднего гипоталамуса
- 4) **эктопическим образованием СТГ клетками злокачественной опухоли**
- 5) разрывом ножки гипофиза с нарушением его связи с гипоталамусом

16. Дефицит каких гормонов гипофиза может приводить к ожирению?: (3)

- 1) **СТГ**
- 2) АКТГ
- 3) фоллитропина
- 4) **β-липотропина**
- 5) **ТТГ**
- 6) меланотропина
- 7) пролактина
- 8) окситоцина

17. Укажите, какие формы патологии можно наблюдать при развитии гормонально-неактивных опухолей гипофиза: (3)

- 1) **сужение полей зрения**
- 2) галакторея
- 3) анемия
- 4) **гипогонадизм**
- 5) акромегалия
- 6) появление патологических рефлексов
- 7) **тотальный гипопитуитаризм**
- 8) развитие лихорадки

18. Повреждение гипоталамуса может проявляться следующим образом: (6)

- 1) развитием иммунодефицитного состояния
- 2) **развитием лихорадки**
- 3) **ожирением**
- 4) **притуплением чувства жажды**
- 5) усилением сухожильных рефлексов
- 6) **анорексией**
- 7) **гипергликемией**
- 8) **бессонницей**

19. Нарушение сперматогенеза у мужчин, обусловленное снижением секреции лютропина и фоллитропина гонадотропными клетками аденогипофиза, наблюдается в следующих случаях:

- 1) **синдром Иценко-Кушинга**
- 2) хроническая надпочечниковая недостаточность
- 3) **врождённая гиперплазия надпочечников**
- 4) акромегалия
- 5) **гиперпролактинемия при аденоме гипофиза**
- 6) болезнь Шеана
- 7) аденома щитовидной железы
- 8) **гиперпролактинемия в результате длительного приёма аминазина**

20. Введение в организм эстрогена оказывают следующее влияние на секрецию гонадотропных гормонов у женщин: (2)

1) при низких дозах возрастает частота ритма секреции люлиберина в гипоталамусе

2) при низких дозах уменьшается частота ритма секреции люлиберина в гипоталамусе

3) при стабильно высоких концентрациях в крови угнетается секреция лютропина в гипофизе и люлиберина в гипоталамусе

4) при стабильно высоких концентрациях стимулируется секреция лютропина в гипофизе и его либерина в гипоталамусе

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

1. Продукция каких гормонов уменьшается при гипофункции коркового слоя надпочечников? (4)

1) дезоксикортикостерона

2) соматостатина

3) андрогенов

4) норадреналина

5) альдостерона

6) АДГ

7) кортизола

8) адреналина

2. Укажите признаки, характерные для острой тотальной надпочечниковой недостаточности: (4)

1) повышение тонуса скелетной мускулатуры

2) артериальная гипотензия

3) артериальная гипертензия

4) гипонатриемия

5) гипернатриемия

6) гиперкалиемия

7) гипергликемия

8) гипогликемия

3. Укажите основные причины хронической надпочечниковой недостаточности: (5)

1) метастазы опухоли в кору надпочечников

2) кровоизлияние в кору надпочечников

3) поражение туберкулёзным процессом

4) амилоидоз

5) атрофия в результате аутоиммунного поражения

6) хроническая интоксикация

7) стресс

4. Какие явления характерны для болезни Аддисона? (5)

1) гиперпигментация кожи

2) артериальная гипертензия

3) гипонатриемия, гиперкалиемия

4) гипернатриемия, гипокалиемия

5) артериальная гипотензия

6) прогрессирующая общая и мышечная слабость

7) судороги

8) нарушение секреции пищеварительных соков

5. Какие явления характерны для первичного гиперальдостеронизма? (6)

1) повышение вазоконстрикторного эффекта катехоламинов

2) полиурия на поздней стадии

3) олигурия на ранней стадии

4) артериальная гипотензия

5) мышечная слабость

6) судороги

7) гипонатриемия

8) гипокалиемия

6. Какие свойства глюкокортикоидов способствуют их противовоспалительному, противоаллергическому и иммунодепрессивному действию? (6)

1) пермиссивное действие по отношению к кининам

2) торможение адгезии и эмиграции лейкоцитов

3) торможение синтеза Пг

4) активация системы комплемента

5) усиление секреции гистамина

6) разрушение Т-лимфоцитов

7) стабилизация биомембран

8) активация гистаминазы

9) блокада гиалуронидазы

7. Укажите последствия нарушений белкового обмена при гиперкортизолизме: (5)

1) повышение продукции АТ

2) снижение продукции АТ

3) атрофические изменения в мышцах, стрии

4) усиление глюконеогенеза из белков

5) снижение глюконеогенеза из белков

6) остеопороз

7) снижение резистентности к инфекциям

8) уменьшение выделения азота с мочой

8. Охарактеризуйте нарушения водно-электролитного обмена при гиперкортизолизме: (4)

1) увеличение реабсорбции Na^+ и уменьшение реабсорбции K^+ в почечных канальцах

2) увеличение реабсорбции K^+ и уменьшение реабсорбции Na^+ в почечных канальцах

3) увеличение объёма циркулирующей плазмы

4) уменьшение объёма циркулирующей плазмы

5) усиление экскреции Ca^{2+} с мочой

6) уменьшение экскреции Ca^{2+} с мочой

7) торможение всасывания Ca^{2+} в кишечнике

9. Повышение АД при гиперкортизолизме обусловлено действием следующих факторов: (6)

1) повышением ОЦК

2) активацией ренин-ангиотензиновой системы

3) гипернатриемией

4) гиперкалиемией

5) повышением чувствительности стенки сосудов к катехоламинам

- 6) **повышенным образованием и секрецией адреналина**
- 7) **торможением инактивации катехоламинов за счёт ингибирования кортизолом катехол-О-метилтрансферазы**
- 8) **усиленным образованием кининов и Пг клетками эндотелия сосудов**

10. Укажите триаду патогенетических факторов, характерных для врождённого адреногенитального синдрома: (3)

- 1) **низкий уровень кортизола в крови**
- 2) высокий уровень кортизола в крови
- 3) **высокое содержание АКТГ в крови**
- 4) низкое содержание АКТГ в крови
- 5) **двусторонняя гиперплазия коры надпочечников**
- 6) двусторонняя гипоплазия коры надпочечников

11. Для врождённого адреногенитального синдрома характерны следующие явления: (6)

- 1) **уменьшение синтеза кортизола, кортикостерона и альдостерона в коре надпочечников**
- 2) усиленное образование эстрогенов в сетчатой зоне коры надпочечников
- 3) **усиленное образование андрогенов в сетчатой зоне коры надпочечников**
- 4) **торможение секреции гонадотропинов клетками гипофиза**
- 5) **раннее половое созревание**
- 6) **ускоренный рост трубчатых костей и мышечной массы в раннем возрасте**
- 7) задержка физического развития в раннем возрасте
- 8) **недоразвитие половых желёз во взрослом состоянии**

12. Задержка Na^+ в организме происходит при следующих формах патологии надпочечников: (5)

- 1) **феохромоцитома**
- 2) **кортикостерона**
- 3) **синдром Конна**
- 4) болезнь Аддисона
- 5) **синдром Иценко-Кушинга**
- 6) аутоиммунный адреналин
- 7) **адреногенитальный синдром, обусловленный дефицитом 11 β -гидроксилазы**

13. Какие признаки характерны для болезни Иценко-Кушинга? (4)

- 1) **двусторонняя гиперплазия надпочечников**
- 2) односторонняя опухоль из коры надпочечников с атрофией парного органа
- 3) **введение дексаметазона подавляет секрецию глюкокортикоидов**
- 4) введение дексаметазона не подавляет секрецию глюкокортикоидов
- 5) **высокий уровень АКТГ в плазме крови**
- 6) низкий уровень АКТГ в плазме крови
- 7) секреция андрогенов клетками коры надпочечников понижена
- 8) **секреция андрогенов клетками коры надпочечников повышена**

14. Вторичный альдостеронизм развивается при следующих формах патологии: (4)

- 1) **сердечная недостаточность**
- 2) **цирроз печени**
- 3) **нефритический синдром**
- 4) отёк Квинке
- 5) **гипертоническая болезнь**
- 6) альдостерома

7) множественный эндокринный аденоматоз

15. Криз при феохромоцитоме сопровождается следующими проявлениями: (5)

- 1) **артериальная гипертензия**
- 2) **профузное потоотделение**
- 3) полиурия
- 4) **сердцебиения**
- 5) **тошнота, головные боли**
- 6) брадикардия
- 7) **чувство страха**
- 8) сонливость

16. Какие из перечисленных изменений у женщин могут свидетельствовать о наличии врождённого адреногенитального синдрома? (4)

- 1) полиурия
- 2) **повышение мышечного тонуса**
- 3) **усиленное развитие скелетной мускулатуры**
- 4) снижение мышечного тонуса
- 5) увеличение ОЦК
- 6) **вирилизм**
- 7) **гипоплазия матки и молочных желёз**

17. Укажите основные причины острой надпочечниковой недостаточности: (4)

- 1) **кровоизлияния в надпочечники при менингококцемии (у детей)**
- 2) **оперативное вмешательство у больных с хронической надпочечниковой недостаточностью**
- 3) выработка АТ против клеток коры надпочечников
- 4) метастазы опухоли в кору надпочечников
- 5) **кровоизлияния в надпочечники при гипокоагулянтной терапии**
- 6) **быстрая отмена глюкокортикоидных препаратов**
- 7) синдром Иценко-Кушинга

18. При в/в введении дексаметазона с постоянной скоростью концентрация кортизола в плазме крови в течение 7 ч. снижается в следующих случаях: (2)

- 1) **в норме**
- 2) **при болезни Иценко-Кушинга**
- 3) при кортикостероме (синдром Иценко-Кушинга)
- 4) при эктопическом АКТГ-синдроме (секреции АКТГ негипофизарной опухолью)

19. При поражении коры надпочечников могут развиваться следующие синдромы и заболевания: (4)

- 1) **синдром Конна**
- 2) **болезнь Аддисона**
- 3) **синдром Иценко-Кушинга**
- 4) **адреногенитальный синдром**
- 5) болезнь Симмондса
- 6) феохромоцитоме

20. Как влияют глюкокортикоиды на систему крови? (4)

- 1) **активируют эритропоэз**
- 2) угнетают эритропоэз
- 3) активируют образование лимфоцитов

- 4) вызывают лимфопению
- 5) вызывают нейтрофильный лейкоцитоз
- 6) угнетают образование нейтрофилов
- 7) вызывают эозинофилию
- 8) вызывают эозинопению

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Укажите основные эффекты тиреоидных гормонов (6)

- 1) усиление белкового анаболизма (в физиологических концентрациях)
- 2) перmissive действие в отношении катехоламинов
- 3) увеличение потребления кислорода тканями
- 4) мобилизация жира из депо
- 5) усиление липогенеза
- 6) усиление гликогеногенеза
- 7) гипердинамия сердца
- 8) усиление термогенеза

2. Гипертиреоз может быть обусловлен избыточной секрецией следующих гормонов: (4)

- 1) T_3
- 2) окситоцина
- 3) тироксина
- 4) СТГ
- 5) АКТГ
- 6) альдостерона
- 7) ТТГ
- 8) тиролиберина

3. Укажите возможные причины гипертиреоидных состояний: (6)

- 1) усиления превращения T_4 в T_3 в клетках-мишенях
- 2) слабая связь с транспортными белками крови
- 3) избыток тиреостимулирующих Ig
- 4) увеличение количества рецепторов для T_3 , T_4
- 5) аденома паращитовидных желёз
- 6) недостаток тиролиберина
- 7) избыток ТТГ
- 8) тиреоидит

4. Укажите основные проявления гипертиреоза (5)

- 1) повышение основного обмена
- 2) повышение температуры тела
- 3) усиление катаболизма белков
- 4) гиперхолестеринемия
- 5) похудание
- 6) гипогликемия
- 7) гипергликемия
- 8) брадикардия

5. Избыточное образование йодсодержащих тиреоидных гормонов наблюдается при следующих формах патологии

-
- 1) диффузный токсический зоб
 - 2) микседема

- | | |
|---------------------------------|--|
| 3) эндемический зоб | 4) тиреоидит Хасимото (на ранней стадии) |
| 5) аденома щитовидной железы | 6) спорадический кретинизм |
| 7) адипозогенитальная дистрофия | |

6. В основе каких заболеваний лежит гипопункция щитовидной железы?

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1) эндемический кретинизм | 2) спорадический кретинизм |
| 3) болезнь Иценко-Кушинга | 4) несахарный диабет |
| 5) болезнь Аддисона | 6) микседема |
| 7) евнухоидизм | 8) акромегалия |

7. Какие признаки характерны для выраженного гипотиреоза у взрослых?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1) снижение основного обмена | 2) потливость |
| 3) ожирение | 4) гиперхолестеринемия |
| 5) тахикардия | 6) брадикардия |
| 7) сухость кожи | 8) артериальная гипертензия |

8. Укажите возможные причины гипотиреоидных состояний:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1) блокада поглощения йода тиреоцитами и реакций органификации | 2) врождённый дефицит йодпероксидазы |
| 3) дефицит йода в пище и воде | 4) дефицит Ig |
| 5) дефицит рецепторов для T ₃ , T ₄ | 6) аутоиммунный тиреоидит |
| 7) избыток тиролиберина | 8) избыток АКТГ |

9. Для гипотиреоидной комы характерны следующие явления:

- | | |
|---|--|
| 1) значительное снижение основного обмена | 2) пониженная температура тела |
| 3) повышенная температура тела | 4) тахикардия |
| 5) брадикардия | 6) экстерорецепторная гипо- и арефлексия |
| 7) артериальная гипотензия | 8) дыхание КуССмауля |

10. Для тиреотоксикоза характерен следующий набор признаков:

- | | |
|--|--|
| 1) экзофтальм, холодная кожа, тахикардия | 2) периорбитальный отёк, тахикардия, мышечная слабость |
| 3) отставание верхнего века при взгляде вниз, тахикардия, повышение основного обмена | 4) заторможенность, горячая кожа, гипотония |
| 5) потливость, раздражительность, тремор пальцев рук | 6) гипертермия, запоры, снижение памяти |
| 7) гипертермия, поносы, артериальная гипертензия | |

1

1. Для гипотиреоза характерен следующий набор признаков:

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1) зябкость, замедление | 2) заторможенность, горячая кожа, |
|-------------------------|-----------------------------------|

основного обмена, запоры	гипотония
3) периорбитальный отёк, холодная кожа, брадикардия	4) артериальная гипотензия, потливость, раздражительность
5) снижение интеллекта, гипертермия, поносы	6) гипотермия, снижение памяти, запоры
7) снижение памяти, мышечная слабость, апатия	

12. В патогенезе диффузного токсического зоба основную роль играют следующие факторы:

1) избыточное образование ТТГ в передней доле гипофиза	2) избыточное образование тиролиберина в гипоталамусе
3) повышенная активность йодпероксидазы	4) образование тиреостимулирующих АТ, реагирующих с рецепторами для ТТГ
5) ускоренное поглощение йода тироцитами	6) развитие гормон-продуцирующей опухоли из клеток щитовидной железы
7) наследственная недостаточность иммунной системы, связанная с пролиферацией запрещённых клонов Т-хелперов	

13. Какие факторы могут способствовать повреждению сердечной мышцы при избытке йодсодержащих тиреоидных гормонов?

1) гиперфункция миокарда	2) повышение чувствительности сердечной мышцы к катехоламинам
3) прямое токсическое действие катехоламинов на сердечную мышцу	4) повышение содержания гликогена в миокарде
5) усиление белково-катаболических процессов в миокарде	6) относительная коронарная недостаточность
7) уменьшение сердечного выброса	

14. Какая форма патологии щитовидной железы сопровождается развитием офтальмопатии и претибиальной микседемы:

1) микседема	2) аденома щитовидной железы
3) болезнь Грейвса	4) эндемический зоб
5) тиреоидит Хасимото	6) спорадический кретинизм

15. При лечении тиреотоксикоза используются препараты йода, так как избыток йодидов оказывает следующее действие:

1) тормозит секрецию ТТГ в передней доле гипофиза	2) тормозит отщепление тиреоидных гормонов от молекулы тиреоглобулина
3) уменьшает чувствительность рецепторов к ТТГ	4) уменьшает выработку тиролиберина в гипоталамусе

5) тормозит окисление и органификацию йода в тиреоцитах

16. Какие признаки характерны для врождённой гипоплазии щитовидной железы?

- | | |
|--|--|
| 1) ожирение | 2) резкая задержка роста |
| 3) недоразвитие половых органов | 4) гипергликемия |
| 5) артериальная гипертензия | 6) снижение уровня основного обмена |
| 7) гипотермия | 8) гиперхолестеринемия |
-

17. Какие из перечисленных факторов способны увеличить функциональную активность щитовидной железы?

- | | |
|--|---|
| 1) богатая белками пища | 2) внешнее охлаждение |
| 3) углеводная пища | 4) высокая температура окружающей среды |
| 5) пребывание в условиях морского климата | 6) беременность |
| 7) яркий свет | 8) темнота |
-

18. Как изменяется уровень ТТГ в крови при диффузном токсическом зобе и эндемическом зобе?

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1) снижается в обоих случаях | 2) в первом случае возрастает, во втором — снижается |
| 3) возрастает в обоих случаях | 4) в первом случае снижается, во втором — возрастает |
-

19. Какие из перечисленных признаков характерны только для гипотиреотической комы:

- | | |
|---|---|
| 1) отсутствие сознания | 2) резкое ослабление или отсутствие сухожильных рефлексов |
| 3) тахикардия | 4) дыхание Куссмауля |
| 5) значительная гипотермия | 6) выраженная брадикардия |
| 7) признаки микседематозного отёка | 8) отсутствие реакции зрачков на свет |
-

20. Гипофункция щитовидной железы в детском возрасте может проявляться:

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1) задержкой умственного развития | 2) дефицитом массы тела |
| 3) ослаблением мышечного тонуса | 4) ослаблением иммунитета |
| 5) гипохолестеринемией | 6) отставанием в росте |
-

НЕВРОЗЫ

1. Для неврозов характерно развитие:

- | | |
|---|--|
| 1) патоморфологических изменений в коре головного мозга | 2) локомоторных и сенсорных расстройств |
| 3) нервно-трофических расстройств | 4) нарушений вегетативных функций |
| 5) периферических параличей | 6) фазовых состояний |
-

2. Развитие каких заболеваний может быть патогенетически непосредственно связано с неврозом?

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1) язвенная болезнь желудка | 2) болезнь Иценко-Кушинга |
| 3) диффузный гломерулонефрит | 4) гипотоническая болезнь |
| 5) гепатит | 6) гипертоническая болезнь |
| 7) экзема | |

3. Под «силой» нервных процессов в коре головного мозга понимают:

- | | |
|---|--|
| 1) быстроту истощения возбуждения или торможения нейронов при воздействии сильного положительного или тормозного раздражителя | 2) преобладание процессов возбуждения нейронов над процессами торможения |
| 3) способность нейронов возбуждаться в ответ на слабые стимулы | |

4. Как проявляются экспериментальные неврозы?

- | | |
|---|---|
| 1) выпадение ранее выработанных условных рефлексов | 2) облегчение выработки условных рефлексов |
| 3) расстройство вегетативных функций (слюноотделения, желудочной секреции и т.д.) | 4) невозможность выработки новых условных рефлексов |
| 5) злобность, агрессивность | 6) общее угнетение, заторможенность |
| 7) усиление познавательной функции | 8) гипо- и гиперкинезы, расстройства чувствительности |

5. Как можно вызвать перенапряжение подвижности основных нервных процессов?

- | | |
|--|--|
| 1) длительным действием условного раздражителя | 2) сверхсильным условным раздражителем |
| 3) переделкой динамического стереотипа | 4) сложной дифференцировкой |
| 5) отставлением подкрепления | |

6. Какие методы могут вызвать перенапряжение тормозного процесса?

- | | |
|---|---|
| 1) воздействие биологически отрицательных раздражителей | 2) длительное действие сильных условных раздражителей |
| 3) отставление подкрепления | 4) сложная дифференцировка |
| 5) большое число условных раздражителей | 6) переделка динамического стереотипа |

7. Как можно вызвать перенапряжение возбудительного процесса?

- | | |
|---|--|
| 1) применение сверхсильного безусловного раздражителя | 2) сложная дифференцировка |
| 3) отставление подкрепления | 4) одновременное действие нескольких сильных |

5) действие сложного условного или необычного раздражителя	раздражителей 6) переделка динамического стереотипа
8. Чем проявляется парадоксальное фазовое состояние?	
1) выпадением реакций на сигнал любой интенсивности	2) сильной реакцией на слабый условный раздражитель и слабой реакцией на сильный условный раздражитель
3) одинаковой реакцией на условные сигналы разной интенсивности	4) выпадением реакции на условный сигнал низкой и средней интенсивности, но сохранением реакции на условный сигнал высокой интенсивности
9. Какой невроз можно моделировать перенапряжением тормозного процесса:	
1) невроз с преобладанием возбуждения	2) невроз с преобладанием торможения
3) невроз с патологической подвижностью нервных процессов	
10. Какой невроз можно моделировать перенапряжением возбудительного процесса?	
1) невроз с преобладанием торможения	2) невроз с патологической подвижностью нервных процессов
3) невроз с преобладанием возбуждения	
11. Каковы типичные проявления экспериментального невроза с патологической подвижностью нервных процессов?	
1) повышенная инертность реакций животного	2) вялое, пассивное поведение
3) злобное, агрессивное поведение	4) суетливость, незавершённость действий
12. Укажите характерные черты невроза у человека?	
1) сопровождается бредом, галлюцинациями	2) вызывается психическими факторами и не обусловлен органическими изменениями в головном мозге
3) сопровождается расстройствами вегетативных функций	4) сопровождается нарушениями чувствительности и моторной функции
5) представляет собой срыв личности в её общественных отношениях при сохранности критики к своему состоянию и поведению	6) характеризуется полным нарушением рассудочной функции, утратой способности к интеллектуальной деятельности
7) характеризуется обострением патологических черт личности	8) возникает после периода идеаторной переработки ситуации
13. Укажите последовательность этапов формирования невроза:	

- 1) сенсо-моторные реакции,
- 2) идеаторная переработка ситуации и выработка компенсаций,
- 3) вегетативные реакции,
- 4) аффективные реакции.

А. 1,4,2,3 Б. 3,1,4,2

В. 4,2,1,3

14. Укажите причины неврозов:

- | | |
|--|--|
| 1) наследственно обусловленные черты личности, нарушающие её социальную адаптацию | 2) психотравма в детстве |
| 3) длительное существование в условиях лишения, когда не удовлетворяются базисные потребности личности (в еде, безопасности, любви и т.д.) | 4) неожиданная потеря близкого человека |
| 5) изменения привычных условий жизни | 6) тяжёлое неизлечимое заболевание |
| 7) утрата дома или средств к существованию | 8) дегенеративные процессы в нервной системе |

15. Укажите условия, способствующие развитию неврозов:

- | | |
|---|---|
| 1) наличие патологических личностных черт, нарушающих социальную адаптацию | 2) психотравма в детстве |
| 3) длительное существование в условиях лишения, когда не удовлетворяются базисные потребности личности (в еде, безопасности и т.д.) | 4) неожиданная потеря близкого человека |
| 5) воспитание по типу «кумир семьи» или полной зависимости от родителей | 6) тяжёлое неизлечимое заболевание |
| 7) утрата дома или средств к существованию | |

16. Укажите характерные черты неврастения:

- | | |
|--|--|
| 1) повышенная возбудимость и раздражительность в сочетании с быстрой утомляемостью | 2) появление контрастных влечений |
| 3) слёзы по ничтожному поводу, повышенная обидчивость | 4) необоснованные страхи, фобии |
| 5) повышенная физическая и умственная истощаемость | 6) нарушение способности сознательно контролировать движения своего тела |
| 7) неожиданная утрата памяти | 8) постоянное чувство усталости, головные боли |

17. Укажите симптомы невроза навязчивых состояний:

- | | |
|--|---|
| 1) нарушение способности сознательно контролировать движения своего тела | 2) появление навязчивых идей, побуждений, образов, которые регулярно приходят на ум, несмотря на сопротивление больного |
| 3) повышенная физическая и умственная истощаемость | 4) появление контрастных влечений |
| 5) выполнение ритуальных действий | 6) бред, галлюцинации |

для облегчения тревоги

18. Как проявляется истерический невроз?

- | | |
|---|---|
| 1) нарушением способности сознательно контролировать движения своего тела, не связанным с органическим повреждением нервной системы | 2) повышенной физической и умственной истощаемостью |
| 3) неожиданной потерей памяти на важные события, не обусловленной органическим поражением головного мозга или злоупотреблением алкоголя | 4) бредом, галлюцинациями |
| 5) бесцельным бродяжничеством | 6) потерей зрения, появлением областей кожной анестезии при действии стрессогенного фактора |
| 7) жалобами на недомогание, которое не подтверждается объективными данными | 8) психогенно обусловленными парезами, параличами или отсутствием реакций на внешние стимулы (ступор) |
-

19. Фобия:

- | | |
|--|---|
| 1) постоянный ощущение страха, вне связи с ситуацией и определёнными стимулами окружающей среды | 2) повторно возникающие навязчивые и нежелательные идеи, мысли или образы угрожающего характера |
| 3) избыточный и необоснованный страх, возникающий всегда при встрече человека с определёнными раздражителями | |
-

20. Агорафобия: (1)

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1) страх замкнутого пространства | 2) страх открытого пространства |
| 3) страх высоты | 4) страх открытого пространства, страх толпы или страх оказаться в ситуации, выход из которой затруднен |
-

Нервная система

1. Нейротропным токсическим действием обладают:

- а) альдостерон
 - б) соединения ртути
 - в) соединения свинца
 - г) соединения марганца
 - д) алкоголь
 - е) наркотики
 - ж) аденозин
 - з) стрихнин
- бвгдез

2. Укажите изменения в нерве при нарушении его целостности:

- а) периферическая часть его регенерирует
- б) проксимальная часть его регенерирует
- в) дистальная часть его дегенерирует
- г) проксимальная часть его дегенерирует

бв

3. Выраженный денервационный синдром развивается в результате:

- а) разобщения центральных отделов вегетативной нервной системы и периферических нейронов
- б) частичной декорткации
- в) разобщения нервной системы с органами и тканями
- г) разобщения коры большого мозга с подкорковыми центрами

в

4. Назовите миастенические синдромы, которые обусловлены нарушением выброса ацетилхолина из окончаний двигательных нервов:

- а) отравление ботулиническим токсином
- б) синдром Итона-Ламберта
- в) тяжелая миастения
- г) гипокальциемия
- д) нарушения аксоплазматического тока

абг

5. Травматический перерыв аксонов нижних мотонейронов сопровождается:

- а) уоллеровской дегенерацией дистального отрезка аксона
- б) ретроградной дегенерацией мотонейронов
- в) дегенеративными изменениями в высших мотонейронах
- г) атрофией соответствующих мышц

абг

6. Периферические neuropathies характеризуются:

- а) утратой рефлекторных и произвольных движений
- б) понижением мышечного тонуса
- в) атрофией мышц
- г) появлением в крови саркоплазматических ферментов
- д) появлением в мышцах спонтанной электрической активности

абвд

7. Признаками центрального паралича являются

- а) потеря произвольных движений
- б) отсутствие рефлексов
- в) повышение мышечного тонуса
- г) атония мышц
- д) появление патологических рефлексов
- е) дистрофия и атрофия мышц
- ж) усиление сухожильных рефлексов

авдж

8. К проявлениям центральных параличей относят

- а) сохранение произвольных движений
- б) утрата произвольных движений
- в) усиление сухожильных рефлексов
- г) отсутствие сухожильных рефлексов
- д) появление патологических рефлексов
- е) атрофия мышц
- ж) повышение тонуса мышц

бвдж

9. Назовите признаки характеризующие периферический паралич:

- а) потеря произвольных движений
- б) отсутствие рефлексов
- в) повышение мышечного тонуса
- г) атония мышц
- д) повышение сухожильных рефлексов
- е) дистрофия и атрофия мышц
- ж) отсутствие атрофии мышц
- з) изменение электровозбудимости мышц
- и) снижение кожных рефлексов
- к) изменение чувствительности мышц к медиаторам и ядам
- л) появление патологических рефлексов

абгезк

10. Назовите проявления характерные для периферических параличей:

- а) усиление спинальных рефлексов
- б) появление патологических рефлексов
- в) гипотрофия мышц
- г) мышечная гипотония
- д) гипертонус мышц
- е) гипо-, арефлексия

вге

11. Наиболее частой причиной монопарезов, обусловленных гибелью высших мотонейронов, у человека является:

- а) повреждение коры головного мозга
- б) кровоизлияние во внутреннюю капсулу
- в) повреждение пирамидного тракта на уровне продолговатого мозга
- г) повреждение пирамидного тракта на уровне спинного мозга

а

12. Наиболее частой причиной гемипарезов у человека является:

- а) повреждение коры головного мозга
- б) кровоизлияние во внутреннюю капсулу
- в) повреждение пирамидного тракта на уровне продолговатого мозга
- г) повреждение пирамидного тракта на уровне спинного мозга

б

13. Повреждения мозжечка могут сопровождаться:

- а) мышечной астенией
- б) ахолией
- в) атаксией
- г) астазией
- д) гиперкинезией
- е) афазией

авг

14. Укажите двигательные расстройства, характеризующие повреждение мозжечка:

- а) асинергия
- б) гиперметрия
- в) гипометрия
- г) дрожание (тремор) мышц в покое

- д) дисдиадохокинез (неспособность производить быстрые попеременные возвратно-поступательные движения)
 - е) понижение мышечного тонуса
- абвде

15. Мышечный тремор в покое, усиление мышечного тонуса (ригидность), затруднения при выполнении произвольных движений – эта триада симптомов характерна для:

- а) болезни Паркинсона
- б) болезни Альцгеймера
- в) эпилепсии
- г) повреждения мозжечка
- д) повреждения двигательной коры головного мозга

а

16. Болезнь (синдром) Паркинсона характеризуют следующие указанные признаки:

- а) дрожание скелетных мышц в покое
- б) повышение тонуса скелетных мышц
- в) гибель значительной части нейронов черного вещества головного мозга
- г) повышение содержания дофамина в полосатом теле
- д) ослабление симптомов после систематического приема Л-ДОФА

абвд

17. Положительный эффект применения Л-ДОФА при болезни Паркинсона обусловлен:

- а) восстановлением нигростриарных связей
- б) восстановлением нитроталамических связей
- в) восстановлением кортикостриарных связей
- г) восстановлением таламокортикальных связей

а

18. Болезнь Альцгеймера характеризуют:

- а) появление внутри нейронов головного мозга фибриллярных клубков |
- б) накопление амилоида вокруг мозговых сосудов
- в) снижение содержания в коре больших полушарий и в гиппокампе ацетилхолина.
- г) снижение содержания в головном мозге глутаминовой кислоты

абв

19. При тяжелой миастении можно обнаружить:

- а) появление в крови антител к рецептору ацетилхолина
- б) опухоли тимуса
- в) повышенную мышечную утомляемость
- г) снижение числа ацетилхолиновых рецепторов в нервно-мышечном соединении
- д) избыточное накопление ацетилхолина в синаптической щели

абвг

20. Ботулиническая интоксикация характеризуется:

- а) мышечной слабостью
- б) парезами кишечника
- в) наличием в крови антител к рецепторам ацетилхолина
- г) снижением выброса ацетилхолина из окончаний двигательных нервов

абг

21. В отличие от "физиологической", патологическая боль характеризуется:

- а) возникновением при повреждении, чрезмерном раздражении или разрушении нервов и/или рецепторов
- б) возникновением при повреждении или раздражении таламической зоны нервной системы
- в) снижением резистентности организма к патогенным воздействиям
- г) как правило, преходящим характером
- д) обычно непрерывным ощущением её
- е) обычно точным локальным ощущением
- ж) как правило, разлитым или иррадиирующим характером

абвдж

22. Укажите свойства, соответствующие физиологической боли:

- а) неадекватна воздействию
- б) адекватна силе и характеру воздействия
- в) дезорганизует организм
- г) обеспечивает мобилизацию защитно-приспособительных реакций
- д) длительна
- е) прекращается при устранении раздражителя
- ж) возникает в отсутствие патогенного раздражителя

бге

23. Укажите свойства, соответствующие патологической боли:

- а) неадекватна воздействию
- б) адекватна силе и характеру воздействия
- в) дезорганизует организм
- г) обеспечивает мобилизацию защитно-приспособительных реакций
- д) длительна
- е) прекращается при устранении раздражителя
- ж) возникает в отсутствие патогенного раздражителя

авдж

24. Назовите типы волокон периферических нервов, которые проводят «болевою импульсацию»:

- а) волокна А- альфа
- б) волокна А- бета
- в) волокна А- гамма
- г) волокна А- дельта
- д) волокна группы С

гд

25. Периферические окончания ноцицептивных волокон возбуждают:

- а) сильные механические стимулы
- б) нагревание кожи выше 45°C
- в) электрические стимулы
- г) ионы K⁺
- д) ионы H⁺
- е) ионы Na⁺

абвгд

26. Веществами, стимулирующими ноцицептивные окончания, являются:

- а) эндорфины
- б) ионы H⁺

- в) ионы K^+
- г) энкефалины
- д) гистамин
- е) брадикинин.

бвде

27. Назовите повреждение спинного мозга приводящее к преимущественной потере болевой и температурной чувствительности:

- а) дорсальных столбов
- б) дорсолатеральных отделов боковых столбов
- в) вентролатеральных отделов боковых столбов
- г) вентральных столбов

в

28. Повреждения мозжечка могут сопровождаться:

- а) мышечной астенией
- б) ахолией
- в) атаксией
- г) астазией
- д) гиперкинезией
- е) афазией

авг

29. Для неврозов характерны следующие проявления:

- а) патоморфологические изменения в коре головного мозга
- б) локомоторные и сенсорные расстройства
- в) нервно-трофические расстройства
- г) нарушения вегетативных функций
- д) поражение периферического нерва
- е) фазовые состояния

бвге

30. Для ваготонии характерны:

- а) увеличение АД
- б) снижение АД
- в) эрготропный эффект
- г) трофотропный эффект
- д) параличи

31. Какие характерные изменения развиваются в периферической крови при избытке глюкокортикоидов?

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: нейтрофильный лейкоцитоз с регенеративным сдвигом влево, эритроцитоз, лимфопения, эозинопения.

32. Какие изменения в коре надпочечников происходят в 1, 2 и 3 стадии острого адаптационного синдрома?

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Ответ: гиперплазия коры надпочечников и обогащение клеток пучковой зоны секреторными гранулами, устойчивая гиперплазия коры, обеднение коры надпочечников липидами, истощение коры и уменьшение надпочечников в объеме

33. Ведущим звеном патогенеза данного вида шока является:

- 1) при кардиогенном шоке _____
- 2) при постгеморрагическом шоке _____
- 3) при септическом шоке _____

Ответ: 1. ослабление нагнетательной функции сердца, 2. Уменьшение объема крови, 3. падение тонуса сосудов

34. Укажите расстройства эндокринных функций, которые могут быть обусловлены

- | | |
|------------------------------|--|
| 1) нарушение | а) образование антител к некоторым гормонам |
| центральной регуляции | б) генетические дефекты синтеза гормонов |
| эндокринных желез | в) нехватка субстратов для синтеза гормонов |
| 2) патологическим | г) нарушение связи гормона с белком-переносчиком |
| процессами в самой | д) повреждение гипоталамуса |
| железе | е) поражение лимбических структур головного мозга |
| 3) периферическими | ж) передозировка гормонов |
| механизмами нарушений | з) снижение экспрессии рецепторов к гормонам в клетках-мишенях |
| активности гормонов | |

Ответ: 1) д, е 2) б, в 3) а, г, ж, з

35. Укажите железы, регуляция функций которых осуществляется

- | | |
|----------------------|--|
| 1) транsgiпофизарным | а) щитовидная |
| 2) парагипофизарным | б) парашитовидная |
| путем | в) мозговой слой надпочечников |
| | г) половые |
| | д) островки Лангерганса поджелудочной железы |

Ответ: 1) а, в, г, д 2) а, б, в, г, д

36. Укажите этиологические факторы

- | | |
|------------------|---|
| 1) ИЗД- I типа , | а) вирусная инфекция |
| 2) ИНЗД-II типа: | б) снижение количества рецепторов к инсулину |
| | в) генетическая предрасположенность |
| | г) переедание, сопровождающееся ожирением |
| | д) разрушение – клеток о. Лангерганса аутоантителами |
| | е) уменьшение чувствительности периферических тканей к инсулину |

Ответ: 1) а, в, д; 2) б, в, г, е

37. Какова последовательность изменений, приводящих к гиперпигментации кожи и слизистых при бронзовой болезни? (**составьте патогенетическую цепочку**)

- а) усиление синтеза и секреции проопиомеланокортина гипофизом
- б) недостаточность кортизол-продуцирующей функции коры надпочечников
- в) усиление синтеза АКТГ и меланоцит-стимулирующего гормона гипофиза
- г) гиперпродукция меланина меланоцитами
- д) усиление отложения пигмента в коже и слизистых

Ответ: б-а-в-г-д

38. Укажите обычную последовательность развития основных стадий стресс-реакции:

- | | |
|--------------------|------------|
| 1) резистентности, | а. 1, 2, 3 |
| 2) тревоги, | б. 2, 1, 3 |
| 3) истощения. | в. 3, 1, 2 |
| | г. 1, 3, 2 |

Ответ: а

39. Какие из перечисленных проявлений характерны для гормонально-активной опухоли

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1) пучковой зоны, | а) остеопороз |
| 2) сетчатой зоны коры надпочечников? | б) артериальная гипертензия |
| | в) усиление мышечного тонуса |
| | г) повышение кортизола в крови |
| | д) ослабление мышечного тонуса |
| | е) эозинопения |
| | ж) повышение уровня андрогенов (или эстрогенов) в крови |

Ответ: 1) а, б, г, д, е; 2) б, в, ж

40. Укажите, нарушение выработки какого гормона (гормонов) лежит в основе:

- | | |
|--|---------|
| 1) болезни Симмондса, | а) СТГ |
| 2) акромегалии, | б) АКТГ |
| 3) евнухоидизма, | в) ТТГ |
| 4) гигантизма, | г) ГТГ |
| 5) болезни Иценко-Кушинга, | д) АДГ |
| 6) гипертиреоза, | |
| 7) преждевременного полового созревания, | |
| 8) несахарного мочеизнурения | |

Ответ: 1) а, б, в, г 2) а 3) г 4) а 5) б 6) в 7) г 8) д

41. Укажите, как изменятся при гиперпродукции альдостерона:

- | | |
|--|-----------------|
| 1) содержание в крови Na | а) снизится |
| 2) реактивные свойства сосудистой стенки к катехоламинам | б) не изменится |
| 3) объем циркулирующей крови | в) повысится |
| 4) артериальное давление | |
| 5) содержание в крови калия | |
| 6) РН крови | |

Ответ: 1) в 2) в 3) в 4) в 5) а 6) в

42. Влияние стрессоров на организм

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) усиливают | а) активация опиоидной системы |
| 2) ослабевают факторы | б) активация серотонинергической системы |
| | в) активация симпато-адреналовой системы |
| | г) усиление секреции кортиколиберина гипоталамусом |
| | д) торможение перекисного окисления липидов в тканях |
| | е) усиления образования в тканях пролостагландинов |
| | ж) гиперпродукция АКТГ базофильными клетками гипофиза |

Ответ: 1) в, г, ж 2) а, б, д, е

Задача 18

Больной К. 31 года доставлен в клинику машиной «Скорой помощи». При поступлении: пассивен, заторможен, апатичен, не всегда сразу и адекватно отвечает на вопросы. Язык

обложен. Температура 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые желтушны, на коже верхней части туловища имеются телеангиэктазии, отмечается эритема ладоней. Живот увеличен за счёт асцитной жидкости, что затрудняет пальпацию печени. Отмечаются отёки нижних конечностей. Граница левого желудочка сердца несколько увеличена. АД 160/95 мм рт.ст., ЧСС 90, пульс ритмичный.

Результаты лабораторного исследования крови:

Общий анализ крови:

НЬ 108 г/л; эритроциты $4,0 \pm 10^{12}$ /л, лейкоциты $4,8 \pm 10^{12}$ /л; СОЭ 35 мм в час

Биохимическое исследование крови:

общий билирубин 7,1 мг%
глюкоза 80 мг%
КТ выше нормы
содержание мочевины снижено
протромбиновый индекс понижен
активность холинэстеразы снижена

Австралийский Аг не обнаружен

Вопросы

1. Каковы механизмы развития указанных изменений структуры кожных сосудов и стойкой эритемы ладоней у пациента? Какие ещё симптомы обусловлены этим же эффектом?
2. Каковы варианты патогенеза портальной гипертензии и асцита? Какова роль асцита во вторичных нарушениях функций организма?
3. Есть ли признаки печёночной недостаточности? Если да, то каков механизм их развития?
4. С учётом клинических и лабораторных данных, о чём в большей степени можно думать: о СД, остром воспалительном поражении печени, циррозе печени? Почему?
5. Какие дополнительные данные Вам необходимы для точного ответа на два последних вопроса?

Ответы к ситуационной задаче 18

1. Эритемы ладоней связана с изменением структуры стенок микрососудов, в том числе расширением капилляров с утолщением адвентиции в зоне венул и их сужением (телеангиэктазии). Структурные изменения обусловлены, в основном, избытком эстрогенов. Обычно эти симптомы появляются при дистрофических поражениях печени, т.к. печёночные клетки утрачивают свойство инактивировать стероидные гормоны, в том числе надпочечникового происхождения.
2. Причинными факторами портальной гипертензии и асцита могут быть:
 - а) длительное повышение системного венозного давления при правожелудочковой недостаточности сердца. Венозное полнокровие печени ведёт к дистрофическим изменениям в ней и деструкции микрососудов в связи с развитием склероза (цирроза);
 - б) прямое поражение паренхимы (вирусное, токсическое, алкогольное) может закончиться деструкцией значительного количества гепатоцитов и развитием цирроза. Это делает невозможным нормальное прохождение крови через печёночные капилляры, что приводит к развитию застойной венозной гиперемии кишечника. Нарушение транкапиллярного обмена приводит к выходу жидкости из микрососудов и накоплению её в брюшной полости — развитию асцита.

Вторичные последствия: отвлечение части жидкости из общего объёма циркулирующей крови, механическое сдавление органов брюшной полости, формирование порто-кавальных анастомозов вследствие портальной гипертензии.

3. Признаки, указывающие на повреждение печёночных клеток и наличие печёночной недостаточности:
 - нарушение белкового обмена (гипоальбулинемия, гипоонкия крови, онкотические отёки);
 - понижение уровня протромбина (нарушение свёртываемости крови);
 - снижение синтеза холестерина и холинэстеразы,

- низкий уровень мочевины в крови,
 - повышение содержания билирубина (прямого и непрямого) в крови,
 - наличие компенсированного негазового ацидоза.
4. Системное расстройство углеводного обмена, обусловленное СД, можно исключить, т.к. нет ни одного кардинального признака последнего. Возрастание КТ обусловлено нарушением их метаболизма в печёночных клетках. Можно исключить также и острое воспалительное поражение печени: нет лихорадки, лейкоцитоза, есть сформировавшаяся портальная гипертензия, асцит; в то же время есть признаки повреждения печёночных клеток невоспалительного характера. Это подтверждается другими данными: увеличение и уплотнение печени, расширение воротной вены, вен пищевода, снижение барьерной функции печени, что типично для цирроза. В целом, учитывая также неврологические изменения, можно говорить о развитии прекоматозного состояния.
5. Для уточнения ответа необходимы дополнительные данные. Они получены при специальном исследовании:
- анализ крови: лимфоцитоз, тромбоцитопения;
- биохимический анализ крови: свободный билирубин 5,1 мг%, общий белок 7,8 г%, альбумины 3,0 г%, содержание холестерина снижено, АСТ 88 МЕ, АЛТ 60 МЕ;
- анализ мочи: диурез 1200 мл/с, уд. вес 1,021, цвет обычный, белок 0,05%, сахар — нет, уробилиноген не обнаружен;
- КЩР: рН 7,34; рСО₂ 40 мм Нг; SB 19 ммол/л; BE –3,5 ммол/л;
- УЗИ: печень увеличена, отмечаются очаги диффузного уплотнения. Диаметр портальной вены увеличен. Наличие жидкости в брюшной полости;
- эзофагоскопия: варикозное расширение вены пищевода,
- из анамнеза: больной страдает хроническим алкоголизмом.

Задача 20

Мужчина К. 32 лет, в прошлом спортсмен-боксёр высокого класса в тяжёлом весе, обратился к врачу с жалобами на быстро нарастающий вес тела (за 6 мес прибавил 7 кг), мышечную слабость, появление «синяков» на коже после несильных ударов, головокружение, головную боль (чаще в области затылка), периодически — мелькание «мушек» и «спиралей» перед глазами; повышенную жажду (за сутки выпивает 5–6 л жидкости), частое обильное мочеиспускание.

При осмотре: пациент гиперстенического телосложения, с избытком жировых отложений на лице (лунообразное лицо), шее (бизоний горб), над ключицами; на животе — пурпурные полосы; избыточное оволосение на груди и спине; большое число «синяков» различного цвета на ногах и руках. АД 185/110 мм рт.ст. Анализ крови: Hb 130 г/л, эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $10 \cdot 10^9/л$, нейтрофилия, относительная лимфопения, отсутствие эозинофилов; СОЭ 5 мм/час; ГПК 210 мг%; гипернатриемия. Анализ мочи: диурез 4000 мл/сутки, относительная плотность 1,035, глюкозурия, белка и КТ не обнаружено, повышено содержание свободного кортизола.

Вопросы

1. Какая (какие) форма (формы) эндокринной патологии развилась у пациента? Ответ обоснуйте.
2. Если Вы предполагаете наличие нескольких форм эндокринопатий, то какова между ними патогенетическая связь?
3. Если форм эндокринопатий несколько, то какая из них является первичной? Какова её причина и механизмы развития?
4. Каковы механизмы развития каждого из симптомов, имеющих у пациента?

Ответы к ситуационной задаче 20

1. У больного парциальная гиперфункция передней доли гипофиза и вторичная гиперфункция коркового слоя надпочечников.

2. Гиперпродукция АКТГ приводит к активации корковой части надпочечников (болезнь Иценко-Кушинга).
3. Первоначально развилась гиперфункция аденогипофиза (в результате её гипертрофии или роста опухоли). В связи с увеличением содержания в крови АКТГ повысилась продукция минерало- и глюкокортикоидов корой надпочечников.
4. Артериальная гипертензия и гипернатриемия является следствием повышенной активности клубочковой зоны (гиперпродукция альдостерона); гипергликемия — результат усиления процесса гликонеогенеза в связи с повышением выработки и высвобождения глюкокортикоидов пучковой зоной коры надпочечников.

Задача 21

На диспансерном учёте у эндокринолога — две женщины (мать в возрасте 50 лет [М.], дочь в возрасте 26 лет [Д.]). У обеих щитовидная железа увеличена до степени 2–3, клиническая картина тиреотоксикоза. На основании клинических и лабораторных исследований обоим больным был поставлен диагноз «Диффузный токсический зоб». Больная Д. после проведённого лечения отметила улучшение самочувствия. При повторном осмотре эндокринолога после проведённой терапии тиреостатическими препаратами через 8 мес М. предъявила жалобы, которые не отмечала ранее: вялость, медлительность, сонливость днём и нарушение ночного сна, ухудшение памяти, снижение работоспособности, появление отёчности лица и конечностей, зябкость, низкую температуру тела. М. отметила появление указанных симптомов после перенесённой вирусной инфекции. Врач заподозрил тиреоидит Хасимото и изменил лекарственную терапию, назначив больной М. ЛС другой группы.

Вопросы

1. Какие синдромы характерны для тиреотоксикоза и можно ли рассматривать появление новых симптомов у больной М. как осложнение лечения тиреостатиками?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза больной М.?
3. С какими клиническими формами нарушений функции щитовидной железы следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Имеются ли общие механизмы в развитии диффузного токсического зоба и тиреоидита Хасимото?

Ответы к ситуационной задаче 21

1. Для тиреотоксикоза характерны:
 - сердечно-сосудистые расстройства,
 - синдром поражения ЦНС и вегетативной нервной системы,
 - катаболический синдром, проявляющийся: похуданием, субфебрилитетом, миопатиями, остеохондрозом;
 - поражение ЖКТ,
 - признаки поражения других желёз внутренней секреции: надпочечниковая недостаточность, дисфункция яичников, формирование фиброзно-кистозной мастопатии;

Нерациональный приём тиреостатиков может вызвать картину, характерную для гипотиреоза.

2. Для уточнения диагноза следует определить в крови больной М. Т₃, Т₄, ТТГ, провести иммунологические исследования (АТ к тиреоглобулину, микросомальному Аг, рецепторам ТТГ), сделать пункционную биопсию щитовидной железы (она может выявить гистологические признаки аутоиммунного тиреоидита).
3. Дифференциальный диагноз следует проводить с острым или подострым тиреоидитом.
4. Общим является участие иммунопатологических механизмов. Так, при тиреоидите Хасимото в крови обнаруживаются АТ к тиреоглобулину, микросомальному Аг, рецептору ТТГ; образуются иммунные комплексы, которые вызывают деструктивные изменения в

тиреоцитах. Следствием этого сначала (за счёт большого поступления в кровь йодсодержащих гормонов) может быть тиреотоксикоз, а по мере нарастания деструкции и инфильтрации лимфоцитами фолликулов щитовидной железы гиперфункция переходит в гипофункцию с характерной для неё клинической картиной.

Задача 27

Пациентка Л., 30 лет, жалуется на быструю утомляемость, мышечную слабость, бессонницу, постоянное сердцебиение, потливость, плохую переносимость тепла, частый стул, значительное похудание. 3 года назад перенесла вирусную инфекцию, после которой у нее изредка беспричинно возникали боли в области щитовидной железы. К врачу по этому поводу не обращалась.

При обследовании: щитовидная железа при пальпации плотная, малоболлезненная, незначительно увеличена; ЧСС 98, АД 150/65 мм рт.ст., признаки гипертрофии миокарда левого желудочка сердца; кожа теплая, влажная; экзофтальм, отставание верхнего века при движении глазных яблок вниз. В сыворотке крови снижен уровень ТТГ, повышено содержание IgG.

Вопросы:

- 1) Какая форма патологии развилась у пациентки Л.? Ответ обоснуйте данными из задачи.
- 2) Каковы причины и механизм развития этой патологии? Может ли играть патогенетическую роль в данном случае повышение содержания в крови IgG?
- 3) Каковы механизмы развития симптомов, имеющихся у пациентки?

Ответы к ситуационной задаче 27

1) У пациентки гиперфункция щитовидной железы – диффузный токсический зоб. Для этого состояния характерны:

- а) поражение ССС,
- б) патология центральной и периферической нервной системы,
- в) глазные симптомы,
- г) метаболические нарушения,
- д) поражение органов пищеварения,
- е) патология других желез внутренней секреции

2) Перенесенная вирусная инфекция могла послужить триггером развития иммуноагрессивной реакции. Вирусы, взаимодействуя с белками мембраны тиреоцита, образуют иммунные комплексы. Это стимулирует образование АТ к макрокомплексу «вирус-АТ к нему –мембрана тиреоцита». Кроме того, белки отдельных участков мембраны под влиянием вирусной инфекции приобретают антигенные свойства (в данном случае необходима дифференциальная диагностика между диффузным токсическим зобом и другими заболеваниями щитовидной железы: подострым тиреоидитом, тиреоидитом *Хасимото*, токсической аденомой щитовидной железы и др., которые могут сопровождаться транзиторным тиреотоксикозом).

В пользу диффузного токсического зоба свидетельствует повышение IgG (тиреостимулирующие Ig). Они способны активировать аденилатциклазу с образованием цАМФ и тем самым оказывать стимулирующее влияние на рецепторы к ТТГ.

Повышение содержания в крови тиреостимулирующих Ig имеет важное патогенетическое значение при развитии тиреотоксикоза. Вероятно, у пациентки имеется наследственная предрасположенность к иммунопатологическим состояниям. Повышенная функция щитовидной железы (в данном случае в условиях сниженного уровня ТТГ) скорее всего развивается за счет иммунопатологических механизмов. Иницилирующими факторами могут служить инфекция, психическая травма, избыток катехоламинов и др.

3) Симптомы, имеющиеся у пациентки, являются результатом гиперпродукции (и циркуляции крови) гормонов щитовидной железы, главным образом Т₄.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету № 1

1. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.

2. Тромбоцитарно-сосудистый (первичный) гемостаз. Механизмы тромборезистентности сосудистой стенки и причины их нарушения. Роль тромбоцитов в первичном и вторичном гемостазе.
3. Патогенез инфекционного процесса. Специфические и неспецифические проявления инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету № 2

1. Этиологию шока. Стадии и основные механизмы
2. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
3. Нарушения кровообращения при расстройствах функции сердца. Сердечная недостаточность, ее формы. Миокардиальная сердечная недостаточность, ее этиология и патогенез. Некоронарогенные повреждения сердца (при общей гипоксии и дефиците в организме субстратов биологического окисления, значительной перегрузке сердца).

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету № 3

1. Общий патогенез шока. Стадии и основные механизмы.
2. Общая этиология и патогенез расстройств кровообращения. Недостаточность кровообращения; ее формы, основные гемодинамические показатели и проявления.
3. Взаимодействие человека с микроорганизмами окружающей среды: факторы, способствующие возникновению инфекционного процесса; факторы естественной резистентности, противостоящие развитию инфекционного процесса. Этиологию инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №4

1. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
2. Роль факторов свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем в обеспечении оптимального агрегатного состояния крови и развитии патологии системы гемостаза.
3. Патологический десинхронизм - как форма недостаточности адаптации, патогенетическая основа для развития доклинических форм нарушений здоровья и обязательная составляющая нозологических форм.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №5

1. Коматозные состояния. Определение понятия. Виды. Этиологию коматозных состояний.
2. Перегрузочная форма сердечной недостаточности. Перегрузка объемом и давлением крови в полостях сердца, причины перегрузки сердца. Пороки клапанов сердца, их виды. Механизмы срочной и долговременной адаптации сердца к перегрузкам.
3. Хронотерапия гипертонической болезни и некоторых других заболеваний.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №6.

1. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы:
2. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.
3. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №7

1. Патофизиологические различия отдельных видов коматозных состояний.

2. Вторичные («симптоматические») артериальные гипертензии, их виды, причины и механизмы развития. Артериальная гипертензия и атеросклероз. Особенности гемодинамики при различных видах артериальных гипертензий. Осложнения и последствия артериальных гипертензий
3. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №8

1. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
2. Коагуляционный (вторичный) гемостаз. Роль факторов противосвертывающей системы, первичных и вторичных антикоагулянтов, фибринолиза в первичном и вторичном гемостазе.
3. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №9

1. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы.

2. Гиперкоагуляционно-тромботические состояния. Тромбозы. Этиология, патогенез, исходы. Особенности тромбообразования в артериальных и венозных сосудах. Принципы патогенетической терапии тромбозов.
3. Стадии инфекционного процесса. Взаимодействие микроорганизмов с иммунной системой хозяина. Отличия периода выздоровления при инфекционном процессе.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №10

1. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
2. Гипокоагуляционно-геморрагические состояния. Виды. Нарушения первичного гемостаза, роль тромбоцитопений и тромбоцитопатий в их возникновении. Нарушения вторичного гемостаза (дефицит прокоагулянтов: протромбина, фибриногена, антигемофильных глобулинов, преобладание противосвертывающей системы).
3. Д - как типовой патологический процесс, доклиническая форма нарушений здоровья. Д - физиологический и патологический, внутри- и межсистемный, острый и хронический.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №11

1. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.

2. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
3. Методы хронодиагностики и хронокоррекции десинхроноза. Понятие о хронопатофизиологии, хронофармакологии, хронотерапии. Валеология, её роль в обучении и организации охраны здоровья.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №12

1. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.
2. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
3. Взаимодействие человека с микроорганизмами окружающей среды: факторы, способствующие возникновению инфекционного процесса; факторы естественной резистентности, противостоящие развитию инфекционного процесса. Этиологию инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №13

1. Этиологию шока. Стадии и основные механизмы
2. Тромбоцитарно-сосудистый (первичный) гемостаз. Механизмы тромборезистентности сосудистой стенки и причины их нарушения. Роль тромбоцитов в первичном и вторичном гемостазе.
3. Патогенез инфекционного процесса. Специфические и неспецифические проявления инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №14

1. Общий патогенез шока. Стадии и основные механизмы.
2. Общая этиология и патогенез расстройств кровообращения. Недостаточность кровообращения; ее формы, основные гемодинамические показатели и проявления.
3. Нарушения кровообращения при расстройствах функции сердца. Сердечная недостаточность, ее формы. Миокардиальная сердечная недостаточность, ее этиология и патогенез. Некоронарогенные повреждения сердца (при общей гипоксии и дефиците в организме субстратов биологического окисления, значительной перегрузке сердца).

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №15

1. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.

2. Перегрузочная форма сердечной недостаточности. Перегрузка объемом и давлением крови в полостях сердца, причины перегрузки сердца. Пороки клапанов сердца, их виды. Механизмы срочной и долговременной адаптации сердца к перегрузкам.
3. Патологический десинхроноз - как форма недостаточности адаптации, патогенетическая основа для развития доклинических форм нарушений здоровья и обязательная составляющая нозологических форм.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №16

1. Коматозные состояния. Определение понятия. Виды. Этиологию коматозных состояний.
2. Роль факторов свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем в обеспечении оптимального агрегатного состояния крови и развитии патологии системы гемостаза.
3. Хронотерапия гипертонической болезни и некоторых других заболеваний.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №17.

1. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы:
2. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.
3. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №18

1. Патофизиологические различия отдельных видов коматозных состояний.
2. Вторичные («симптоматические») артериальные гипертензии, их виды, причины и механизмы развития. Артериальная гипертензия и атеросклероз. Особенности гемодинамики при различных видах артериальных гипертензий. Осложнения и последствия артериальных гипертензий
3. Стадии инфекционного процесса. Взаимодействие микроорганизмов с иммунной системой хозяина. Отличия периода выздоровления при инфекционном процессе.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №19

1. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
2. Коагуляционный (вторичный) гемостаз. Роль факторов противосвертывающей системы, первичных и вторичных антикоагулянтов, фибринолиза в первичном и вторичном гемостазе.
3. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Билет к зачету №20

1. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы.
2. Гипокоагуляционно-геморрагические состояния. Виды. Нарушения первичного гемостаза, роль тромбоцитопений и тромбоцитопатий в их возникновении. Нарушения вторичного гемостаза (дефицит прокоагулянтов: протромбина, фибриногена, антигемофильных глобулинов, преобладание противосвертывающей системы).
3. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Билет к зачету №21

1. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
2. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
3. Десинхроноз- как типовой патологический процесс, доклиническая форма нарушений здоровья. Д - физиологический и патологический, внутри- и межсистемный, острый и хронический.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ лечебный _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №22

1. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.
2. Гиперкоагуляционно-тромботические состояния. Тромбозы. Этиология, патогенез, исходы. Особенности тромбообразования в артериальных и венозных сосудах. Принципы патогенетической терапии тромбозов.
3. Методы хронодиагностики и хронокоррекции Д. Понятие о хронопатофизиологии, хронофармакологии, хронотерапии. Валеология, её роль в обучении и организации охраны здоровья.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 1

1. Понятие о патологическом процессе, патологической реакции, патологическом состоянии, типовом патологическом процессе, типовых формах патологии органов и функциональных систем.
2. Воспаление, его основные признаки, формы, этиология. Основные феномены воспаления: альтерация, сосудистые изменения в очаге воспаления, пролиферация. Развитие воспаления в онтогенезе.
3. Классификация одышек. Патологические типы дыхания. Агональное дыхание. Механизм одышек.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 2

1. Стадии болезни и патологического процесса. Их исходы. Выздоровление. Смерть.
2. Этиология, патогенез, клинические и гематологические проявления, принципы диагностики железодефицитных анемий.
3. Расстройства коронарного кровообращения: транзиторная ишемия, инфаркт миокарда. Функциональные аритмии у детей. Фибрилляция сердца, тампонада сердца (причины и последствия).

Зав. кафедрой, уч. степень _____

И.О. Фамилия _____

Дата утверждения на ЦКУМС

«____» _____ 201_ г. Пр. № _____

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 3

1. Патогенез наследственных форм патологии. Мутации: генные, хромосомные и геномные; спонтанные и индуцированные. Мутации как инициальное звено изменения наследственной информации. Типовые варианты патогенеза наследственной патологии.
2. Эмиграция лейкоцитов и экссудация (механизмы и значения). Фагоцитоз. Особенности эмиграции, фагоцитоза у новорожденных. Виды экссудатов.
3. Нарушение гемодинамики сосудистого типа: обморок, коллапс, шок; изменения гемодинамики и обмена веществ. Особенности шока у детей.

Зав. кафедрой, уч. степень _____

И.О. Фамилия _____

Дата утверждения на ЦКУМС

«____» _____ 201_ г. Пр. № _____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 4

1. Понятие о патогенезе и этиологии. Этиотропный принцип профилактики и терапии болезней детского возраста. Наиболее важные этиологические факторы детской патологии (простуда, перегревание, нарушение пищевого режима, инфекции, травматизм, вред алкоголя и курения).
2. Патологическая форма артериальной гиперемии. Нейрогенный и гуморальный механизмы местной вазодилатации; нейромиеопаралитический механизм артериальной гиперемии. Изменения микроциркуляции при патологической артериальной гиперемии. Виды, симптомы и значение артериальной гиперемии.
3. Механизмы срочной и долговременной адаптации сердца к прерывистым и постоянным нагрузкам. Гиперфункция и гипертрофия миокарда, особенности гипертрофированного сердца. Физиологическая и патологическая гипертрофия миокарда. Механизмы декомпенсации у детей при сердечных пороках (врожденных и приобретенных).

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_ г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 5

1. Предмет и задачи патофизиологии. Патофизиология как теоретическая и методологическая база клинической медицины. Методы патофизиологии. Моделирование как основной и специфический метод патофизиологии.
2. Понятие и общая характеристика лихорадки. Особенности раннего возраста.
3. Неврозы, их биологические и социальные аспекты. Экспериментальные неврозы. Роль типологических особенностей нервной системы и социальных факторов (психоэмоциональный стресс, информационные перегрузки, нарушение биоритмов). Особенности этиологии и патогенеза неврозов у детей.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 6

1. Патогенное влияние на организм факторов внешней среды: действие электрического тока.
2. Сосудистые реакции: изменения тонуса стенок сосудов, их проницаемости, крово- и лимфообращения в очаге воспаления; их стадии и механизмы. Особенности сосудистой реакции в период новорожденности.
3. Наследственные тубулопатии у детей.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 7

1. Хромосомные болезни: полиплоидии, анэуплоидии (синдромы: Шерешевского-Тернера, трипло-Х, Клайнфельтера, Дауна и др.), их проявления и патогенетические особенности.
2. Экзо- и эндогенные пирогены. Механизм их действия в организме. Пиротерапия. Патофизиологические принципы жаропонижающей терапии.
3. Изменение основных гемодинамических показателей: систолический, минутный объем сердца, скорость кровотока; артериальное СД, ДД, венозное давление, артериовенозная разность в содержании O₂ при расстройствах кровообращения сердечного типа у детей.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 8

1. Методы патофизиологии. Значение эксперимента в развитии патофизиологии и клинической медицины. Моделирование, его виды, возможности, ограничения. Особенности моделирования болезней детского возраста. Экспериментальная терапия, как важный метод разработки новых способов лечения.
2. Лейкоцитозы, лейкопении. Агранулоцитоз, алейкия, их виды, причины и механизмы развития. Изменения лейкоцитарной формулы нейтрофилов. Нарушения структуры и функции отдельных видов лейкоцитов, их роль в патологических процессах.
3. Нарушение дыхания при различных видах пневмоторакса. Причины его развития у детей раннего возраста.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_ г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 9

1. Терминальные состояния. Механизмы смерти. Патологическая физиология основ интенсивной терапии и реанимации у детей, искусственная гипотермия (Андреев, Неговский). Постреанимационные расстройства.
2. Перегревание и лихорадка особенности механизма повышения температуры в обоих случаях в детском возрасте.
3. Наследственная предрасположенность и провоцирующие факторы в патогенезе гипертонических состояний у детей.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_ г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 10

1. Норма, здоровье, предболезнь. Современное определение болезни. Взгляды на болезнь и ее симптомы (Сиденгам, Павлов).
2. Роль гипоксии в патогенезе различных патологических процессов и заболеваний. Принципы классификации гипоксических состояний. Типы гипоксий. Показатели дыхательной функции крови при различных типах гипоксий. Особенности детского возраста.
3. Патогенез почечной гипертензии. Ренопрессорный и ренопривный механизмы.

Зав. кафедрой, уч. степень _____

И.О. Фамилия _____

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_ г. Пр. № ___

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 11

1. Патогенное влияние на организм факторов внешней среды: лучевая болезнь. Картина крови при острой и хронической лучевой болезни.
2. Изменения обмена веществ при лихорадке, функции кровообращения, дыхания, пищеварения и мочеотделения. Участие нервной, эндокринной и иммунной систем в развитии лихорадки.
3. Механическая желтуха и анализ сопровождающих ее изменений в детском организме.

Зав. кафедрой _____

Ф.С.Датиева _____

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» _____ марта 2014г. Пр. №3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 12

1. Биоритмы и адаптация. Десинхронозы, их классификация. Понятие о хрономедицине: хронодиагностика, хронотерапия, хронопрофилактика.
2. Тромбоз и эмболия как частные причины местных нарушений кровотока. Патогенез и последствия. Особенности регионального кровообращения у новорожденных.
3. Классификация и краткая характеристика расстройств обмена билирубина при различных видах желтух.

Зав. кафедрой

Ф.С.Датиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» _____ марта 2014г. Пр.№3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 13

1. Патологические десинхронозы - форма доклинических нарушений здоровья.
2. Пирогенные вещества: экзопирогены (липополисахариды бактерий) и эндопирогены (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО и др.). Механизм реализации действия эндопирогенов. Медиаторы лихорадки.
3. Патофизиология расстройств, связанных с нарушением адrenокортикотропной активности гипофиза (болезнь Иценко-Кушинга, аддисонизм).

Зав. кафедрой

Ф.С.Датиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» _____ марта 2014г. Пр.№3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 14

1. Ишемия. Причины, механизмы развития, проявления; расстройства микроциркуляции при ишемии. Последствия ишемии. Значение уровня функционирования ткани и органа, шунтирования и коллатерального кровообращения в исходе ишемии.
2. Гемолитическая анемия у детей. Особенности патогенеза, картина крови. Гемолитическая болезнь новорожденных, клинические формы.
3. Патофизиология парацитовидных желез. Гипер- и гипопаратиреоз.

Зав. кафедрой

Ф.С.Датиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» _____ марта 2014г. Пр.№3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 15

1. Роль конституции, возраста, пола, врожденных и приобретенных свойств нервной системы, эндокринной, иммунной в патологии детского возраста. Иммунодефицитные состояния у детей.
2. Дегенеративный, регенеративный и смешанные ядерные сдвиги и их значения для клиники.
3. Синдром нарушения всасывания и токсической диспепсии.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«____» _____ 201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 16

1. Изменения обмена веществ, кровообращения, дыхания, пищеварения и мочеотделения при лихорадке. Патогенез коллапса при лихорадочных заболеваниях.
2. Голодание. Причины и виды голодания. Периоды голодания: изменение обмена веществ и физиологических функций. Понятие о лечебном голодании.
3. Синдром печеночной недостаточности, причины, проявления, методы диагностики. Нарушения углеводного, белкового, липидного, водно-электролитного обменов, регуляции состава и физико-химических свойств крови при печеночной недостаточности. Нарушения барьерной и дезинтоксикационной функций печени.

Зав. кафедрой

Ф.С.Датиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» _____ марта 2014г. Пр.№3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 17

1. Классификация нарушений кислотно-основного равновесия в организма. механизмы компенсации при острых и хронических нарушениях кислотно-основного равновесия и значение в клинике.
2. Этиология, патогенез, клинические и гематологические проявления, принципы диагностики апластической анемии. Анемии при лейкозах и других опухолевых поражениях костного мозга.
3. Нефротический синдром. Патомеханизмы развития почечной недостаточности.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 18

1. Итоги болезней. Выздоровление полное и неполное. Ремиссия, рецидив, осложнение. Защитные, компенсаторные и восстановительные реакции организма. Механизмы выздоровления.
2. Аллергия. Определение понятия. Классификация аллергенов. Аллергические антитела. Виды аллергий. Патогенез аутоиммунных заболеваний.
3. Патофизиология расстройств, связанных с нарушением соматотропной активности гипофиза: гигантизм, акромегалия, гипопитарный нанизм.

Зав. кафедрой, уч. степень _____

И.О. Фамилия _____

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_ г. Пр. №___

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 19

1. Эмиграция форменных элементов крови из микрососудов. Стадии и механизмы. Фагоцитоз; его виды, стадии и механизмы. Недостаточность фагоцитоза; ее причины и значение при воспалении.
2. Виды анемий в зависимости от их этиологии и патогенеза, типа кроветворения, цветового показателя, регенераторной способности костного мозга, размера и формы эритроцитов.
3. Нарушение дыхания при пневмонии, плеврите, эмфиземе и бронхиальной астме. Причины и механизмы развития у детей раннего возраста.

Зав. кафедрой _____

Ф.С.Датиева _____

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» марта 2014г. Пр.№3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 20

1. Значение лихорадки для организма. Ее зависимость от реактивности организма. Отличие от гипертермии. Особенности лихорадочных реакций периода новорожденности.
2. Общая характеристика анемий и принципы их классификации.
3. Основные патофизиологические механизмы эндокринопатий. Роль гипоталамо-гипофизарной нейросекреторной системы в их возникновении. Дисгормональные расстройства материнского организма, их значение в развитии эндокринопатии плода.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 21

1. Соотношение местных проявлений воспаления и общего состояния организма, их взаимовлияние в детском организме. Нейроэндокринная регуляция воспаления. Экспериментальное моделирование воспаления. Опыт Конгейма.
2. Наследственные нарушения аминокислотного обмена (фенилкетонурия, альбинизм, алкаптонурия) и обмена иммуноглобулинов. Иммунодефицитные состояния детского возраста.
3. Изменение дыхания и кровообращения при стенозе трахеи и в различные фазы асфиксии. Внутривисцеральная асфиксия и асфиксия новорожденных. Гиалиновые мембраны легких у новорожденных и недоношенных детей.

Зав. кафедрой

Ф.С.Датиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» марта 2014г. Пр.№3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 22

1. Значение классических исследований Мечникова для понимания воспаления, как приспособительной реакции, развившейся в процессе эволюции. Критика метафизических и механических представлений о воспалении.
2. Лейкозы. Определение понятие, общая характеристика, опухолевая природа лейкозов. Особенности лейкозов у детей. Принципы терапии и профилактики.
3. Желтухи у новорожденных и недоношенных детей. Болезнь Жильбера. Билирубиновая энцефалопатия.

Зав. кафедрой

Ф.С.Датиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«19» марта 2014г. Пр.№3

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 23

1. Патофизиология расстройств углеводного обмена приобретенного и врожденного характера (галактоземия, гликогенозы). Особенности диабетической комы у детей.
2. Дегенеративные и регенеративные формы эритроцитов. Экспериментальные модели анемий и полицитемий.
3. Ранние и поздние формы гипотиреоза: микседема, кретинизм. Эндемический зоб (патомеханизмы, основы профилактики).

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 24

1. Гипоксия плода и новорожденного: возрастная чувствительность плода к гипоксии.
2. Особенности кроветворения при лейкозах и лейкемоидных реакциях. Картина периферической крови при лейкозах. Экспериментальные модели лейкозов.
3. Язвенная болезнь и симптоматические язвы желудка и 12-перстной кишки. Теории ulcerogenesis. Современные взгляды на этиологию и патогенез язвенной болезни у подростков. Принципы лечения.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 25

1. Адаптация к гипоксии. Экстренные и долговременные адаптивные реакции, их механизмы. Патофизиологические основы профилактики и терапии гипоксических состояний.
2. Нарушения белкового обмена. Положительный и отрицательный азотистый баланс. Нарушение усвоения белков пищи; обмена аминокислот и аминокислотного состава крови; гипераминацидемии.
3. Нарушение центральной регуляции сердца: рефлекторные изменения в работе сердца в физиологических условиях (рефлекс Ловена, Бейнбриджа и др.) и в условиях патологии (рефлекс Китаева), адекватные висцеро-кардиальные рефлексы. Возрастные

особенности организации экстракардиальных механизмов компенсации в норме и патологии.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 26

1. Особенности воспаления в период новорожденности. Особенности эмиграции, фагоцитоза, сосудистой реакции.
2. Аллергические реакции замедленного типа. Примеры и основная характеристика этих реакций. Медиаторы аллергических реакций замедленного типа. Стадии аллергических реакций замедленного типа, их механизмы. Аллергии новорожденных. Источники аллергизации детей, значение в патогенезе диатезов.
3. Типовые формы патологии газообменной функции легких: их виды, общая этиология и патогенез. Характеристика понятия “дыхательная недостаточность”; ее виды по этиологии, течению, степени компенсации, патогенезу у детей.

4. Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

5.

6. Дата утверждения на ЦКУМС

7. «___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 27

1. Типические нарушения аминокислотного, белкового обмена при различных патологических процессах. Белковое голодание; особенности детского возраста.
2. Патогенез почечной гипертензии. Ренопрессорный и ренопривный механизмы.
3. Патофизиология расстройств, связанных с нарушением задней доли гипофиза. Несахарный диабет.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 28

1. Возрастные особенности обмена белков и углеводов у детей.
2. Нарушения барьерной функции кишечника; кишечная аутоинтоксикация; колисепсис, дисбактериозы.
3. Гипер- и гипокортицизм. Синдром Кушинга, адреногенитальный синдром, болезнь Аддисона, альдостеронизм.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 29

1. Венозная гиперемия, ее причины. Микроциркуляция в области венозного застоя. Симптомы и значение венозной гиперемии. Синдром хронической венозной недостаточности.
2. Основные свойства и функции крови. Возрастные особенности морфологического состава крови. Нарушение регуляции эритро- и лейкопоэза.
3. Этиология и патофизиологические механизмы развития основных клинико-лабораторных синдромов почечной недостаточности у детей при острых нефритических синдромах.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 30

1. Хроническое воспаление. Общие закономерности развития, значение иммунных реакций. Воспаление и аллергия.
2. Острая и хроническая постгеморрагическая анемия. Патогенез и картина крови.
3. Патофизиология щитовидной железы (патомеханизмы гипертиреоза и тироксиновой интоксикации).

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 31

1. Особенности нарушений водного обмена у детей, обезвоживание, отеки, их патогенез и принципы терапии.
2. Анемия от недостатка антианемического фактора. Патогенез и картина крови.
3. Этиология и патофизиологические механизмы развития основных клинко-лабораторных синдромов почечной недостаточности у детей при хронических нефритических синдромах

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 32

1. Регенеративные и дегенеративные формы лейкоцитов.
2. Нарушение дыхания при муковисцидозе и болезни гиалиновых мембран. Роль сурфактанта в нарушениях функции альвеол.
3. Сахарный диабет у детей и экспериментальный панкреатический диабет. Современные взгляды на патомеханизмы возникновения и лечения. Особенности диабетической комы у детей.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Экзаменационный билет № 33

1. Признаки недостаточности эритропоэза.
2. Патогенез кишечной аутоинтоксикации при заболеваниях желудка и печени у детей разных возрастов. Характеристика синдрома мальабсорбции. Этиология и патогенез целиакии.
3. Общий адаптационный синдром Г. Селье и болезни адаптации. Стадии адаптации. Особенности перинатального стресса у детей. Механизм стресса у детей в раннем возрасте.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 34

1. Пролиферация. Репаративная стадия воспаления; механизмы пролиферации; ее стимуляторы и ингибиторы.
2. Экспериментальное моделирование основных видов патологии печени: ангиостомия по Лондону, фистула Экка-Павлова; экстирпация печени. Методы и последствия.
3. Патофизиология расстройств, связанных с нарушением гонадотропной активности гипофиза и половых желез. Психофизиологические особенности личности, связанные с нарушением секреции половых гормонов у детей.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 3
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Экзаменационный билет № 35

1. Альтерация: изменения структур, функции, обмена веществ, состояния мембран клеток и клеточных органелл; механизмы повышения проницаемости.
2. Поверхностное дыхание (патогенез и значение для клиники). Особенности нарушений дыхания при пневмонии у недоношенных детей.

3. Возрастные особенности нарушений пищеварения у детей. Нарушение пристеночного пищеварения и значение в развитии диспепсий.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету № 1

4. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.
5. Тромбоцитарно-сосудистый (первичный) гемостаз. Механизмы тромборезистентности сосудистой стенки и причины их нарушения. Роль тромбоцитов в первичном и вторичном гемостазе.
6. Патогенез инфекционного процесса. Специфические и неспецифические проявления инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету № 2

4. Этиологию шока. Стадии и основные механизмы
5. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
6. Нарушения кровообращения при расстройствах функции сердца. Сердечная недостаточность, ее формы. Миокардиальная сердечная недостаточность, ее этиология и патогенез. Некоронарогенные повреждения сердца (при общей гипоксии и дефиците в организме субстратов биологического окисления, значительной перегрузке сердца).

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету № 3

4. Общий патогенез шока. Стадии и основные механизмы.
5. Общая этиология и патогенез расстройств кровообращения. Недостаточность кровообращения; ее формы, основные гемодинамические показатели и проявления.
6. Взаимодействие человека с микроорганизмами окружающей среды: факторы, способствующие возникновению инфекционного процесса; факторы естественной резистентности, противостоящие развитию инфекционного процесса. Этиологию инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра _____ патологическая физиология

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Билет к зачету №4

4. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
5. Роль факторов свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем в обеспечении оптимального агрегатного состояния крови и развитии патологии системы гемостаза.
6. Патологический десинхронизм - как форма недостаточности адаптации, патогенетическая основа для развития доклинических форм нарушений здоровья и обязательная составляющая нозологических форм.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра _____ патологическая физиология

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Билет к зачету №5

4. Коматозные состояния. Определение понятия. Виды. Этиологию коматозных состояний.
5. Перегрузочная форма сердечной недостаточности. Перегрузка объемом и давлением крови в полостях сердца, причины перегрузки сердца. Пороки клапанов сердца, их виды. Механизмы срочной и долговременной адаптации сердца к перегрузкам.
6. Хронотерапия гипертонической болезни и некоторых других заболеваний.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_г. Пр. №__

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра _____ патологическая физиология

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Билет к зачету №6.

4. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы.
5. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.
6. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_г. Пр. №__

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра _____ патологическая физиология

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология

Билет к зачету №7

4. Патофизиологические различия отдельных видов коматозных состояний.

5. Вторичные («симптоматические») артериальные гипертензии, их виды, причины и механизмы развития. Артериальная гипертензия и атеросклероз. Особенности гемодинамики при различных видах артериальных гипертензий. Осложнения и последствия артериальных гипертензий
6. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №8

4. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
5. Коагуляционный (вторичный) гемостаз. Роль факторов противосвертывающей системы, первичных и вторичных антикоагулянтов, фибринолиза в первичном и вторичном гемостазе.
6. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №9

4. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы.

5. Гиперкоагуляционно-тромботические состояния. Тромбозы. Этиология, патогенез, исходы. Особенности тромбообразования в артериальных и венозных сосудах. Принципы патогенетической терапии тромбозов.
6. Стадии инфекционного процесса. Взаимодействие микроорганизмов с иммунной системой хозяина. Отличия периода выздоровления при инфекционном процессе.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №10

4. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
5. Гипокоагуляционно-геморрагические состояния. Виды. Нарушения первичного гемостаза, роль тромбоцитопений и тромбоцитопатий в их возникновении. Нарушения вторичного гемостаза (дефицит прокоагулянтов: протромбина, фибриногена, антигемофильных глобулинов, преобладание противосвертывающей системы).
6. Д - как типовой патологический процесс, доклиническая форма нарушений здоровья. Д - физиологический и патологический, внутри- и межсистемный, острый и хронический.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №11

4. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.

5. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
6. Методы хронодиагностики и хронокоррекции десинхроноза. Понятие о хронопатофизиологии, хронофармакологии, хронотерапии. Валеология, её роль в обучении и организации охраны здоровья.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №12

4. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.
5. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
6. Взаимодействие человека с микроорганизмами окружающей среды: факторы, способствующие возникновению инфекционного процесса; факторы естественной резистентности, противостоящие развитию инфекционного процесса. Этиологию инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №13

4. Этиологию шока. Стадии и основные механизмы
5. Тромбоцитарно-сосудистый (первичный) гемостаз. Механизмы тромборезистентности сосудистой стенки и причины их нарушения. Роль тромбоцитов в первичном и вторичном гемостазе.
6. Патогенез инфекционного процесса. Специфические и неспецифические проявления инфекционного процесса.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №14

4. Общий патогенез шока. Стадии и основные механизмы.
5. Общая этиология и патогенез расстройств кровообращения. Недостаточность кровообращения; ее формы, основные гемодинамические показатели и проявления.
6. Нарушения кровообращения при расстройствах функции сердца. Сердечная недостаточность, ее формы. Миокардиальная сердечная недостаточность, ее этиология и патогенез. Некоронарогенные повреждения сердца (при общей гипоксии и дефиците в организме субстратов биологического окисления, значительной перегрузке сердца).

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №15

4. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.

5. Перегрузочная форма сердечной недостаточности. Перегрузка объемом и давлением крови в полостях сердца, причины перегрузки сердца. Пороки клапанов сердца, их виды. Механизмы срочной и долговременной адаптации сердца к перегрузкам.
6. Патологический десинхроноз - как форма недостаточности адаптации, патогенетическая основа для развития доклинических форм нарушений здоровья и обязательная составляющая нозологических форм.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №16

4. Коматозные состояния. Определение понятия. Виды. Этиологию коматозных состояний.
5. Роль факторов свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем в обеспечении оптимального агрегатного состояния крови и развитии патологии системы гемостаза.
6. Хронотерапия гипертонической болезни и некоторых других заболеваний.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №17.

4. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы:
5. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.
6. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №18

4. Патофизиологические различия отдельных видов коматозных состояний.
5. Вторичные («симптоматические») артериальные гипертензии, их виды, причины и механизмы развития. Артериальная гипертензия и атеросклероз. Особенности гемодинамики при различных видах артериальных гипертензий. Осложнения и последствия артериальных гипертензий
6. Стадии инфекционного процесса. Взаимодействие микроорганизмов с иммунной системой хозяина. Отличия периода выздоровления при инфекционном процессе.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____

Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____

Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №19

4. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
5. Коагуляционный (вторичный) гемостаз. Роль факторов противосвертывающей системы, первичных и вторичных антикоагулянтов, фибринолиза в первичном и вторичном гемостазе.
6. Нарушения кровообращения при расстройстве тонуса сосудов. Артериальные гипертензии. Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ее этиология и патогенез, формы и стадии; факторы стабилизации повышенного артериального давления.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №20

4. Общий патогенез коматозных состояний. Стадии и основные механизмы.
5. Гипокоагуляционно-геморрагические состояния. Виды. Нарушения первичного гемостаза, роль тромбоцитопений и тромбоцитопатий в их возникновении. Нарушения вторичного гемостаза (дефицит прокоагулянтов: протромбина, фибриногена, антигемофильных глобулинов, преобладание противосвертывающей системы).
6. Определение понятия инфекционный процесс (ИП)

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС
«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №21

4. Патофизиологические различия отдельных видов шока. Особенности патогенеза инфекционно-септического и кардиогенного шока.
5. Тромбо-геморрагические состояния. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, коагулопатии потребления. Этиология, патогенез, стадии, принципы терапии.
6. Десинхроноз- как типовой патологический процесс, доклиническая форма нарушений здоровья. Д - физиологический и патологический, внутри- и межсистемный, острый и хронический.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра _____ патологическая физиология _____
Факультет _____ педиатрический _____ Курс _____ 5 _____
Дисциплина _____ патофизиология, клиническая патофизиология _____

Билет к зачету №22

4. Определение понятия, этиологию, классификацию, патогенез коллапса.
5. Гиперкоагуляционно-тромботические состояния. Тромбозы. Этиология, патогенез, исходы. Особенности тромбообразования в артериальных и венозных сосудах. Принципы патогенетической терапии тромбозов.
6. Методы хронодиагностики и хронокоррекции Д. Понятие о хронопатофизиологии, хронофармакологии, хронотерапии. Валеология, её роль в обучении и организации охраны здоровья.

Зав. кафедрой, уч. степень

И.О. Фамилия

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____201_г. Пр. №__