**Problema de situație 1**

Pacientul în vârstă de 47 ani, se prezintă la clinica stomatologică cu plângeri de durere persistentă în cavitatea bucală, senzații de arsură pe limbă și dificultăți de deglutiție. Pacientul se mai plânge de următoarele acuze: astenie, iritabilitate, mers instabil, cefalee, amețeli, parestezie. Din anamneza pacientului – un an în urmă a fost supus rezecției gastrice.

*Obiectiv:* tegumente palide, limba de culoare roșie aprinsă (glosita Hunter) cu fisuri.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CBC** | **VALUES** | **REFERENCE RANGES** |
| **Hematocrit** | 35 | **Bărbați**  39-49%  **Femei** 35-45% |
| **Hemoglobina** | 11,7 | **Bărbați** 13,6-17,5 g/dL  **Femei**  12,0-15,5 g/dL |
| **Eritrocite** | 3,6 | 4,7-6,1 million/mm3 |
| **Reticulocyte** | 0,3 | 0,5-1,5% |
| **MCV** | 114 | 80 -100 fL |
| **MCH** | 38 | 26 – 34 pg |
| **MCHC** | 33 | 31 -36 g/dL |
| **Leucocite** | 4,6 | 4,800–9,000/cumm |
| **Neutrofile** | 70 | 60 -62% |
| Neutrofile segmentate | 65 | 40-60% |
| Neutrofile nesegmentate | 5 | 1-6% |
| Metamielocite | 0 | 0% |
| Mielocite | 0 | 0% |
| **Bazofile** | 0 | 0- 1,0%  10 -120/cu mm |
| **Eozinofile** | 2 | 1-4%  4- -500 cu mm |
| **Limfocite** | 25 | 25-35%  800 -3,500/cu mm |
| **Monocite** | 3 | 3-7%  200-800/cu mm |
| **trombocite** | 143 | 150,000-450,000/cu mm |
| **Modificări morfologice ale celulelor sanguine** | Anizocitoză , poikilocitoză,  Neutrofile gigante cu  nucleu hipersegmentat, eritrocite cu inele Cabot şi incluziuni Jolli |  |

**Întrebări:**

1. **Ce patologie a sistemului eritrocitar se atestă la acest pacient și care este factorul etiologic? Argumentați prin modificările din hemogramă.**
2. **Care este mecanismul malabsorbției vitaminei B12 la acest pacient?**
3. **În hemogramă sunt reprezentate valorile parametrilor MCV și MCH. Ce indică acești parametri la acest pacient?**
4. **Care este mecanismul patogenetic al glositei Hunter (limba de culoare roșie aprinsă)? (redați prin lanț patogenetic)**
5. **Care este mecanismul patogenetic al semnelor neurologice prezente la pacient?**

**Problema de situație 2**

Pacienta în vârstă de 37 de ani s- a prezentat la medicul stomatolog cu următoarele acuze: timp de câteva luni suferă de sângerări gingivale, în special după periaj. Pacienta se mai plânge de oboseală extremă și slăbiciune. Declară că are o dietă săracă în carne roșie și perioade menstruale ocazionale abundente, dar fără alte probleme cronice de sănătate.

*Obiectiv:* paliditate pronunțată, comisuri labiale și parestezii gustative, mucoasa cavității bucale palidă cu nuanță gri-verzuie, unghii și par fragile.

Hemograma pacientei:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **VALORILE** | **Valori DE REFERINȚĂ** |
| **Hematocrit** | **32** | **Bărbați 39-49%**  **Femei 35-45%** |
| **Hemoglobina** | **9,0** | **Bărbați 13,6-17,5 g/dL**  **Femei 12,0-15,5 g/dL** |
| **Eritrocite** | **4,0** | **4,7-6,1 mln/mm3** |
| **Numărul de reticulocite** | **0,5** | **0,5-1,5%** |
| **MCV** | **74** | **80 -100 fL** |
| **MCH** | **22** | **26 – 34 pg** |
| **MCHC** | **28** | **31 -36 g/dL** |
| **Leucocite** | **5,7** | **4,800–9,000/mm3** |
| **Neutrofile** | **60** | **60 -62%** |
| **Bazofile** | **0,5** | **0- 1,0%**  **10 -120/ mm3** |
| **Eozinofile** | **3** | **1-4%**  **4- -500 mm3** |
| **Limfocite** | **32** | **25-35%**  **800 -3,500/ mm3** |
| **Monocite** | **5** | **3-7%**  **200-800/ mm3** |
| **trombocite** | **258** | **150,000-450,000/ mm3** |
| **Modificări morfologice ale celulelor sanguine** | **Anizocitoză, poikilocitoză, anulocite.** |  |

**Întrebări:**

1. **Ce tip de proces patologic a sistemului eritrocitar se atestă la pacient? Argumentați prin modificările din hemogramă.**
2. **Descrieți mecanismul absorbției fierului în organism.**
3. **Explicați modificările MCH, MCV și MCHC din hemogramă.**
4. **Care este mecanismul patogenetic al semnelor clinice, precum: unghii și păr fragil, comisuri labiale și parestezii gustative?**
5. **Ce reprezintă anulocitoză, anizocitoză, poikilocitoză, și care este mecanismul acestor modificări morfologice?**

**Problema de situație 3**

Pacient, 45 de ani se prezintă la cabinetul stomatologic acuzând dureri intense în zona mandibulară dreaptă și umflături gingivale în regiunea molarilor. Simptomele au început de câteva zile și s-au agravat treptat, pacientul având, de asemenea, febră ușoară, oboseală generalizată și senzație de disconfort facial.

**La examinarea orală:** s-a observat edem gingival, eritem accentuat și secreție purulentă în jurul molarului afectat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CBC** | **Valori** | **Valori de referință** |
| **Hematocrit** | 45 | **Males** 39-49%  **Females** 35-45% |
| **Hemoglobina** | 15,1 | **Males** 13,6-17,5 g/dL  **Females** 12,0-15,5 g/dL |
| **Eritrocite** | 5,6 | 4,7-6,1 million/cu mm |
| **Reticulocite** | 1,3 | 0,5-1,5% |
| **MCV** | 97 | 80 -100 fL |
| **MCH** | 27 | 26 – 34 pg |
| **MCHC** | 34 | 31 -36 g/dL |
| **Leucocite** | 13,7 | 4,800–9,000/cumm |
| **Neutrofile** | 80 | 60 -62% |
| Neutrofile segmentate | 55 | 40-60% |
| Neutrofile nesegmentate | 20 | 1-6% |
| Metamielocite | 5 | 0% |
| Mielocite | 0 | 0% |
| **Bazofile** | 0 | 0- 1,0%  10 -120/cu mm |
| **Eozinofile** | 2 | 1-4%  4- -500 cu mm |
| **Limfocite** | 15 | 25-35%  800 -3,500/cu mm |
| **Monocite** | 3 | 3-7%  200-800/cu mm |
| **Trombocite** | 357 | 150,000-450,000/cu mm |
| **Modificări morfologice celulare** |  |  |

**Întrebări:**

1. **Ce** **modificări în hemogramă sângelui alb se atestă la pacient? Argumentați răspunsul.**
2. **Care este mecanismul patogenetic al acestui proces patologic as sistemului leucocitar?**
3. **Explicați de care tip de deviere nucleară este prezentă în hemograma pacientului?**
4. **În ce tip de patologii se atestă leucocitoza eozinofilă și bazofilă?**
5. **În ce tip de patologii se atestă leucocitoza limfocitară absolută și relativă?**

**Problema de situație 4**

O pacientă în vârstă de 34 de ani se prezintă la clinica stomatologică cu plângeri de durere orală severă, dificultăți la înghițire și o durere în gât persistentă. Ea raportează că simptomele au început acum aproximativ 2 săptămâni și s-au agravat treptat după un tratament cu antibiotice din grupul penicilinelor.

**La examinarea orală:** mucoasa bucală hiperemiată, tumefiată și inflamată, ulcerații multiple pe limbă, mucoasa bucală și orofaringe.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CBC** | **Valori** | **Valori de referință** |
| **Hematocrit** | 45 | **Males** 39-49%  **Females** 35-45% |
| **Hemoglobina** | 14,1 | **Males** 13,6-17,5 g/dL  **Females** 12,0-15,5 g/dL |
| **Eritrocite** | 5,6 | 4,7-6,1 million/cu mm |
| **Reticulocite** | 1,3 | 0,5-1,5% |
| **MCV** | 97 | 80 -100 fL |
| **MCH** | 27 | 26 – 34 pg |
| **MCHC** | 34 | 31 -36 g/dL |
| **Leucocite** | 2,0 | 4,800–9,000/cumm |
| **Neutrofile** | 18 | 60 -62% |
| Neutrofile segmentate | 18 | 40-60% |
| Neutrofile nesegmentate | 0 | 1-6% |
| Metamielocite | 0 | 0% |
| Mielocite | 0 | 0% |
| **Bazofile** | 0 | 0- 1,0%  10 -120/cu mm |
| **Eozinofile** | 0 | 1-4%  4- -500 cu mm |
| **Limfocite** | 75 | 25-35%  800 -3,500/cu mm |
| **Monocite** | 7 | 3-7%  200-800/cu mm |
| **Trombocite** | 357 | 150,000-450,000/cu mm |
| **Modificări morfologice celulare** |  |  |

**Întrebări:**

1. **Ce modificările în hemogramă** **a sângelui alb se atestă la pacient? Argumentați.**
2. **Care este mecanismul patogenetic al acestui proces patologic al sistemului leucocitar?**
3. **Explicați mecanismul patogenetic al ulcerațiilor multiple pe limbă, mucoasa bucală și orofaringe.**
4. **Explicați mecanismul patogenetic al semnelor clinice: mucoasa bucală hiperemiată, tumefiată și inflamată.**

**Problema de situație 5**

Pacientul R., 48 ani s-a adresat la medicul stomatolog cu următoarele acuze: durere moderată la masticație și sensibilitate la rece și cald la nivelul molarului drept superior (dintele 16). La examenul intraoral, se observă o carie profundă pe suprafața ocluzală a molarului 16.

**Din anamneză**: aflăm că pacientul suferă de ciroză hepatică. Nu folosește alcool. Stă la evidența cardiologului de mai mulți ani.

**Obiectiv:** edeme generalizate, pastozitate, acrocianoză, prezenţa lichidului în cavitatea abdominală, dispnee, fatigabilitate, tegumente palide, dilatarea venelor superficiale ale peretelui abdominal, hepato- şi splenomegalie.

Medicul de familie a formulat o **diagnoza prealabilă** - insuficienţă cardiacă decompensată și bolnavul a fost îndreptat pentru concretizarea diagnozei spre un Centru cardiologic specializat unde s-a stabilit diagnoza- Insuficienţă cardiacă, stenoza orificiului tricuspid pe fondal de boală reumatică.

Având în vedere istoricul medical al pacientului, tratamentul stomatologic trebuie planificat astfel încât să nu interfereze cu afecțiunea cardiovasculară și tratamentul său.

**Întrebări:**

1. **Ce compartiment al cordului este afectat preponderent la bolnav? Argumentați răspunsul prin prezența simptoamelor caracteristice.**
2. **Ce tip de suprasolicitare a cordului se dezvoltă în caz de stenoză a orificiului atrioventricular drept? Descrieți modificarea hemodinamicii intracardiace la suprasolicitarea ventriculului drept prin rezistență.**
3. **Ce tip de hipertrofie se dezvoltă la acești bolnavi? Descrieți mecanismul patogenetic.**
4. **Care este mecanismul epuizării funcțiilor cardiace în cadrul hipertrofiei?**
5. **Unde se dezvolta staza venoasă la acest bolnav și prin care mecanisme apar edemele generalizate.**
6. **Descrieți mecanismul acumulării lichidului în cavitatea abdominală precum și a dilatării venelor superficiale ale peretelui abdominal, hepato- şi splenomegaliei.**

**Problema de situație 6**

Pacientul T., 55 ani s-a adresat la medicul stomatolog pentru protezarea dinților.

**Din anamneză**: aflăm că pacientul suferă de 15 ani de Hipertensiune arterială esențială. Nu folosește alcool.

În timpul intervenției au apărut dureri de cap, șuierături în urechi, încețoșarea vederii și bolnavul a fost îndreptat pentru concretizarea stării spre un Centru cardiologic specializat.

**Acuză**: fatigabilitate, cefalee, dispnee, încețoșarea vederii.

**Obiectiv:** tegumentele roșii, pletoric. P/A – 210 pe 100 mm Hg .

**Întrebări:**

1. **Ce compartiment al cordului este afectat preponderent la bolnav în cadrul bolii hipertonice. Argumentați răspunsul.**
2. **Ce tip de suprasolicitare a cordului se dezvoltă în caz de Hipertensiune arterială ? Descrieți modificarea hemodinamicii intracardiace la suprasolicitarea ventriculului stâng prin rezistență.**
3. **Descrieți modificarea hemodinamicii intracardiace la suprasolicitarea ventriculului stâng prin volum- presarcină.**
4. **Ce tip de hipertrofie se dezvoltă la bolnavi cu hipertensiune arterială și care compartiment al cordului suferă preponderent? Descrieți mecanismul patogenetic.**
5. **Care este mecanismul epuizării funcțiilor cardiace în cadrul hipertrofiei concentrice?**
6. **Unde se dezvolta staza venoasă la acest bolnav și prin care mecanisme apare staza venoasă în plămâni și edemul pulmonar ?**

**Problema de situație 7**

**Pacientul D., 50 de ani,** acuză dureri epigastrice persistente, mai intense după mese, asociate cu greață și ocazional vărsături. De asemenea, a raportat o pierdere în greutate de aproximativ 6 kg în ultimele 2 luni. Suferă de constipații. Pacientul are un istoric de consum regulat de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pentru durerile cronice de spate.

**Obiectiv:** sensibilitate epigastrică

**Endoscopia digestivă superioară** atestă o leziune ulcerativă pe peretele anterior al antrului gastric.

**Întrebări:**

1. Care sunt mecanismele patogenetice care au contribuit la ulcerogeneză stomacală pe fondalul consumului cronic de antiinflamatoare nesteroidiene?
2. Ce factori etiologici agresivi pot contribui la ulcerogeneza gastrică și duodenală?
3. Enumerați si explicați mecanismele protective ale mucoasei gastrice ce se opun acțiunilor agresive.
4. Care mecanisme patogenetice contribuie la hiperaciditatea gastrică?
5. Cum se modifică funcția motorie, de evacuare, de absorbție, de rezervor a stomacului în condițiile hiperacidității gastrice.
6. Cum se modifică digestia și motricitatea intestinală în condiții de hiperaciditate gastrică?
7. Ce factori și mecanisme contribuie la hipoaciditatea gastrică?
8. Cum se modifică funcția motorie, de evacuare, de absorbție, de rezervor a stomacului în condițiile hipoacidităţii gastrice.
9. Cum se modifică digestia și motricitatea intestinală în condiții de hipoaciditatea gastrică?
10. Ce consecințe pot apărea in cavitatea bucală în hiperaciditate gastrică?
11. Ce modificări pot apărea in cavitatea bucală ca consecință a hipoacidității gastrice?

**Problema de situație 8**

**Pacientul A., 60 ani a fost internat in în secția de hepatologie. Obiectiv:** pacientul subponderal; tegumentele si mucoasele vizibile icterice; ascită moderată.

**Din anamneză:** 5 ani de tratează de hepatită cronică, deoarece la un control de rutină i- a fost depistat prezența anticorpilor împotrivă virusului hepatitei B, HBS- antigen pozitiv și creșterea nivelului de ASAT, ALAT.

**Examen biochimic:** bilirubina totală -45 µmol/l (N-3,4-22), bilirubina conjugată 25 µmol/l ( N-0 -5,1), bilirubina liberă 20 µmol/l (N-3,4-17);protrombina- 1.0mcM/l (N -1,4-2,1);fibrinogenul –2,0 µmol/l (N-4-10); ALAT-180Ul/l (N 7-55); ASAT- 120 UL/l (N- 11-47); G-Glutamiltransferaza 100 Ul/l (20-76); proteina (fracția totală) -55 g/l (N-65-85); albumina serică 20g/l (N-36-50); coeficientul albumine/globuline 0,3(N -0,64); amoniacul in plasma – 60 mmol/l (N-19-43);

**Urina: culoarea cafenie-brună; bilirubină conjugată (++), urobilină (+++), stercobilină (+).**

**Întrebări:**

1. Ce tip de icter s-a dezvoltat la bolnav pe fondalul hepatitei virale cronice? Argumentați răspunsul bazându-vă pe simptoamele clinice și rezultatele investigațiilor de laborator.
2. Care teste denotă prezența sindromului citolitic la bolnav? Argumentați.
3. Care teste denotă modificarea funcției proteinsintetice a ficatului? Argumentați.
4. Ce consecințe pot apărea la bolnav ca rezultat al hipoalbuminemiei?
5. Care teste denotă tulburarea funcției de amoniogeneză a ficatului? Argumentați? Care pot fi consecinţele dereglării acestei funcții?
6. Descrieți tulburarea metabolizării și circulației pigmenților biliari în cadrul icterului parenchimatos. Argumentați pe baza datelor cazului clinic?
7. Descrieți tulburarea metabolizării și circulației pigmenților biliari în cadrul icterului mecanic. Ce modificări apar în urină și mase fecale?
8. Descrieți tulburarea metabolizării și circulației pigmenților biliari în cadrul icterului mecanic. Ce modificări apar în urină și mase fecale?
9. Cum se modifică digestia intestinală în cadrul obstrucției complete a cailor biliare?