федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

В ОРДИНАТУРЕ

**по специальности**

***31.08.37  Клиническая фармакология***

Является частью основной профессиональной образовательной программы

высшего образования- программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности*31.08.37 Клиническая фармакология*, утвержденной

ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**протокол № 11 от «22» июня 2018г.**

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержиттиповыеконтрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**1.Темы рефератов и презентаций**

1. Алгоритм назначения антигипертензивных лекарственных средств

2. Оптимальные комбинации гипотензивных

3. Алгоритмы назначения лекарственных средств при ХСН

4. Взаимодействие препаратов между собой и с другими группами лекарственных средств.

5. Принципы выбора антиаритмических препаратов.

6. Классификация гемостатических средств, механизм их действия, показания к применению.

7. Тактика лечения ЖДА у различных групп больных

8. Алгоритм назначения и комбинации препаратов, используемых при БОС.

9. Принципы фармакотерапии хронического легочного сердца.

10. Особенности лечения пневмонии у больных с иммунодефицитом.

11. Основные схемы эрадикационной терапии, ее продолжительность.

12. Клиническая фармакология ЛС в лечении гепатитов. Циррозы печени: современные подходы к лечению.

13 Клиническая фармакология ЛС, применяемых при синдроме раздраженной толстой кишки.

14 Особенности назначения нестероидных противовоспалительных средств с учетом возраста пациента, сопутствующих заболеваний, беременности, лактации.

15. Дифференцированный подход к назначению антигистаминных средств в зависимости от клинической ситуации.

16. Фармакогенетика. Актуальные вопросы.

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1**. **Общие вопросы клинической фармакологии**

**Модуль 2 Частные вопросы клинической фармакологии**

***1.Карта экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации***

Нужное подчеркнуть

Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

число месяц год

Место проведения экспертизы(консультации):

амбулаторно-поликлиническое учреждение-1,стационар-2

№ истории болезни (с указанием профиля отделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращение по данному заболеванию в текущем году: первичное-1, повторное-2.

Госпитализация по данному заболеванию в текущем году: первичная -1,

повторная-2.

Диагноз заключительный(клинический):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код по МКБ-10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности объективного статуса, клинико-лабораторных и инструментальных исследований:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

Оценка качества фармакотерапии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей | Да | Нет | Не в полной мере |
| 1.Соответствие стандартам и протоколам лечения |  |  |  |
| 2.Рациональность выборв базового лекарственного средства (ЛС) |  |  |  |
| 3.Рациональность выбора комбинации ЛС |  |  |  |
| 4.Адекватность дозового режима |  |  |  |
| 5.Адекватность курсового режима |  |  |  |
| 6.Наличие нежелательных побочных реакций (НПР) |  |  |  |
| 7.Мероприятия. проводимые по предупреждению прогнозируемых НПР |  |  |  |
| 8.Оценка эффективности проводимой фармакотерапии лечащим врачом (клиническая эфыфективность, сроки проведения необходимого комплекса диагностисческих и лабораторных исследований) |  |  |  |

Заключение: проводимая фармакотерапия: 1-коррекции не требует, 2-требует частичной коррекции, 3-требуется изменения схемы лечения

Рекомендации(для протокола консультации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-клинический фармаколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Общие вопросы клинической фармакологии**

**Тема № 1:** Клиническая фармакокинетиека.

**Формы текущего контроля успеваемости-** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Определение фармакокинетики. Путь введения, механизм всасывания, характер связи с белками плазмы крови, биотрансформация в организме лекарственных средств, особенности их микросомального окисления и ацетилирования, феномен “первого прохождения”, распределение, клиренс, пути и скорость выведения, период полувыведения, биодоступность, биоэквивалентность.

2. Динамика фармакокинетических параметров в зависимости от пола, функционального состояния сердечно-сосудистой, нейроэндокринной, мочеполовой, бронхолегочной, пищеварительной, костно-мышечной систем, гемостаза и гомеостаза. Особенности ФК ЛС в различные возрастные периоды (плод, период новорожденности, дети, пожилые люди), у беременных и лактирующих женщин.

3.Современные методы фармакокинетических исследований и пути организации этой службы в стационаре.

4. Роль лекарственного мониторинга при выборе рационального режима дозирования лекарственных средств.

5. Планирование работы по определению концентрации лекарственных средств. Методы, применяемые для определения концентрации лекарственных средств.

**Тестовые задания**

1. **Фармакокинетика - это:**
2. изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств
3. изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
4. изучение токсичности и побочных эффектов
5. методология клинического испытания лекарств
6. **Какие существуют виды абсорбции в ЖКТ:**
7. фильтрация
8. диффузия
9. активный транспорт
10. пиноцитоз
11. все виды
12. **Результатом высокой степени связывания препарата с белками плазмы является:**
13. уменьшение Т 1/2
14. повышение концентрации свободной фракции препарата
15. снижение концентрации свободной фракции препарата
16. **Какие препараты больше подвергаются метаболизму в печени:**
17. липофильные
18. гидрофильные
19. липофобные
20. **Какие факторы фармакокинетики изменяются в пожилом возрасте:**
21. всасывание
22. объём распределения
23. почечная экскреция
24. метаболизм
25. всё перечисленное
26. **Изменяется ли объём распределения лекарственных препаратов при хронической сердечной недостаточности:**
27. уменьшается
28. повышается
29. не изменяется
30. **Биодоступность - это:**
31. процент вещества, выделенного из организма
32. процент вещества, достигшего системного кровотока
33. эффективная доза препарата, оказывающая оптимальный терапевтический эффект
34. **Лекарства преимущественно связываются в плазме с:**
35. альбуминами
36. глобулинами
37. фибриногеном
38. мукопротеинами
39. трансферрином
40. **Терапевтический индекс указывает диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами:**
41. да
42. нет
43. **От чего зависит биодоступность:**
44. всасывания и связи с белком
45. всасывания и пресистемного метаболизма
46. экскреции почками и биотрансформации в печени
47. объёма распределения
48. всего вышеперечисленного
49. **Что такое период полувыведения (Т 1\2):**
50. время выведения препарата из организма
51. время снижения концентрации препарата в плазме на 50%
52. снижение скорости выведения на 50%
53. время достижения терапевтической концентрации
54. **На почечную экскрецию влияют:**
55. уровень клубочковой фильтрации
56. уровень канальцевой реабсорбции
57. уровень канальцевой секреции
58. всё вышеперечисленное
59. **Что является результатом биотрансформации лекарств в печени:**
60. образование активных метаболитов
61. образование неактивных метаболитов
62. образование токсических продуктов
63. всё вышеперечисленное
64. **Биотрансформация препарата приводит к:**
65. меньшей степени ионизации
66. меньшей жирорастворимости
67. снижению связывания с белком
68. **Как изменится почечная экскреция в пожилом возрасте:**
69. не изменится
70. повысится
71. понизится
72. **Более высокий уровень концентрации препарата в плазме при сублингвальном введении, чем пероральном объясняется тем, что:**
73. лекарство не подвергается пресистемному метаболизму
74. лекарство не связывается с белками плазмы
75. лекарства не связываются с тканями
76. **Эффекты препарата, развивающиеся независимо от дозы или фармакодинамических свойств, называются:**
77. токсические
78. аллергические
79. фармакодинамические
80. **Что включает в себя понятие фармакокинетика?**
81. Осложнения лекарственной терапии
82. Биотрансформацию веществ в организме
83. Влияние лекарств на обмен веществ в организме
84. Влияние лекарств на генетический аппарат
85. **Что включает в себя понятие фармакокинетика?**
86. Фармакологические эффекты лекарства
87. Побочные эффекты лекарства
88. Химическое строение лекарственного средства
89. Распределение лекарства в организме
90. **Что включает в себя понятие фармакокинетика?**
91. Локализация действия вещества
92. Механизмы действия вещества
93. Элиминация веществ
94. Взаимодействие веществ
95. **Основной механизм всасывания большинства лекарственных средств в ЖКТ**
96. Активный транспорт
97. Фильтрация
98. Пиноцитоз
99. Пассивная диффузия
100. **Для гидрофильного лекарственного вещества характерно:**
101. Низкая способность проникать через липидные слои клеточных мембран
102. Транспорт через мембраны с помощью пиноцитоза
103. Легкое проникновение через гематоэнцефалический барьер
104. Значительная реабсорбция в почечных канальцах
105. **Что соответствует понятию «активный транспорт»?**
106. Транспорт вещества через мембраны с помощью облегченной диффузии
107. Транспорт, не требующий затраты энергии
108. Инвагинация клеточной мембраны с образованием вакуоли
109. Транспорт против градиента концентрации
110. **Что означает термин « биодоступность»?**
111. Количество неизмененного вещества, которое достигло плазмы крови, относительно исходной дозы препарата
112. Степень связывания вещества с белками плазмы
113. Способность проходить через гематоэнцефалический барьер
114. Количество вещества в моче относительно исходной дозы препарата
115. **Укажите, при каком энтеральном пути введения лекарственное средство попадает в системныйкровоток, минуя печень.**
116. Внутрижелудочный
117. Трансдермальный
118. Ректальный
119. Внутривенный
120. **Что характерно для перорального введения лекарств?**
121. Быстрое развитие эффекта
122. Зависимость всасывания лекарств в кровь от секреции и моторики ЖКТ
123. Всасывание лекарств в кровь, минуя печень
124. Обязательная стерильность используемых форм
125. **Отметить особенность сублингвального пути введения лекарства.**
126. Всасывание начинается довольно быстро
127. Лекарство подвергается воздействию ферментов желудка
128. Лекарство больше обезвреживается в печени
129. Можно назначать в любом диапазоне доз
130. **Отметить особенность ректального пути введения лекарств в сравнении с пероральным.**
131. Более физиологичный путь
132. Лекарство подвергается действию ферментов желудка
133. Значительная часть лекарства поступает в кровоток, минуя печень
134. Можно назначать в любом объеме
135. **Отметить парентеральный путь введения лекарственного средства?**
136. Ректальный
137. Трансбукальный
138. Сублингвальный
139. Ингаляционный
140. **Что характерно для внутримышечного пути введения лекарственных средств?**
141. Возможность введения только водных растворов
142. Возможность введения масляных растворов и взвесей
143. Возможность введения гипертонических растворов
144. Действие развивается медленнее, чем при пероральном применении
145. **Что не характерно для внутривенного пути введения лекарственных средств?**
146. Быстрое развитие эффекта
147. Необходимость стерилизации вводимых растворов
148. Возможность использования масляных растворов и взвесей
149. Высокая точность дозировки
150. **Большинство лекарственных веществ распределяется равномерно. Это выражение:**
151. Верно
152. Не верно
153. **К биологическим барьерам относятся всё, кроме**
     1. Почечные канальцы
154. Плазматические мембраны
155. Стенка капилляров
156. Глиальные элементы (астроглия)
157. **Какова причина затруднения прохождения веществ через гематоэнцефалический барьер?**
158. Высокая липофильность веществ
159. Воспаление мозговых оболочек
160. Отсутствие пор в эндотелии капилляров мозга
161. Высокая степень пиноцитоза в капиллярах мозга
162. **Что входит в понятие «биотрансформация»?**
163. Кумулирование веществ в жировой ткани
164. Связывание веществ с белками плазмы крови
165. Накопление чужеродных веществ в мышечной ткани
166. Комплекс физико-химических и биохимических превращений направленных на выведение чужеродных веществ из организма
     1. **Указать преимущественную направленность изменений лекарственных средств под влиянием микросомальных ферментов печени.**
167. Снижение полярности
168. Повышение фармакологической активности
169. Повышение липофильности веществ
170. Повышение гидрофильности веществ
171. **Индукция микросомальнх ферментов печени может:**
172. Потребовать увеличения дозы некоторых веществ
173. Потребовать уменьшения дозы некоторых веществ
174. Удлинять действие препарата
175. Усиливать побочное действие препарата
176. **Метаболическая трансформация – это:**
177. Метилирование и ацетилирование веществ
178. Превращение веществ за счет окисления, восстановления, гидролиза
179. Взаимодействие с глюкуроновой кислотой
180. Связывание с альбуминами плазмы крови
181. **В результате биотрасформации лекарственное вещество**
182. Быстрее выводится почками
183. Медленнее выводится почками
184. Легче распространяется в организме
185. Больше связывается с мембранами
186. **Конъюгация – это:**
187. Процесс восстановления лекарственного вещества под влиянием редуктаз
188. Процесс оксиления лекарственного веществ под влиянием оксидаз
189. Присоединение к лекарственному веществу молекул эндогенных веществ
190. Процесс растворения в липидах биологических сред
191. **При патологии печени, сопровождающейся снижением активности микросомальных ферментов печени, продолжительность действия ряда веществ**
192. Уменьшается
193. Увеличивается
194. Не изменяется
195. Изменяется незначительно
196. **Какой параметр фармакокинетики обозначают как « t½ ?»**
197. Период полувыведения (полужизни, полуэлиминации)
198. Константа скорости элиминации
199. Общий клиренс
200. Адсорбция из места введения 50% дозы
201. **«Период полужизни» (t ½) лекарственного препарата – это:**
202. Время экскреции из организма 50% вещества
203. Абсорбция из места введения 50% вещества
204. Связывание с белками крови 50% введенного вещества
205. Время снижения содержания вещества в плазме на 50% от введенного количества
206. **Элиминация вещества – это:**
207. Величина реабсорбции препарата из почечных канальцах
208. Скорость очищения от вещества определенного объема крови
209. Время, в течение которого содержание вещества в плазме крови снижается на 50%
210. Процесс освобождения организма от ксенобиотика
211. **Быстро удаляется из организма почками лекарственное вещество, которое хорошо фильтруется и секретируется канальцами, но не реабсорбируется, Это выражение :**
212. Верно
213. Не верно

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Ученик 7-го класса страдает эпилепсией. Длительно получает фенобарбитал. Отмечает, что постепенно уменьшилась сонливость, вызываемая лекарственным средством и его эффективность (чаще стали развиваться судороги).

**Вопросы:**

1. В чём причина этих изменений с позиций фармакокинетики?

2. Что необходимо предпринять для увеличения эффективности фенобарбитала?

3. Что необходимо учитывать при назначении второго лекарственного средства для лечения сопутствующего заболевания?

**Задача 2.**

Пациенту назначено введение папаверина гидрохлорид (в мышцу по 2 мл 2% раствора, 2 раза в день) в течение 5 дней.

**Вопросы:**

1. Чему равна разовая доза?

2. Чему равна суточная доза?

3. Чему равна курсовая доза?

**Задача 3.**

Преступнику ввели липидорастворимый яд. Он умер через 30 минут. Исследовали: печень, головной мозг, кожу, скелетную мышцу, сердце.

**Вопросы:**

1. В каком органе содержание яда оказалось наименьшим?

2. Почему?

**Задача 4.**

Пациента лечили лекарственным средством А, имеющим высокое сродство к альбумину. Его  вводили в количествах, незначительно превышающих связывающую способность альбумина. Затем назначили лекарственное средство В в лечебной дозе. Оно также имело высокое сродство к альбумину. Его количество в 100 раз превышало связывающую способность альбумина.

**Вопрос.** Что произойдёт после введения лекарственного средства В?

**Задача 5.**

Пациенту ввели в вену лекарственное средство А в дозе 80 мг. Максимальная концентрация в плазме составила 20 мг/л.

**Вопросы:**

1. Если предположить его  незначительное выведение, то чему будет равен объем распределения?

2. В каких водных компонентах распределится лекарственное средство?

3. Почему?

4. Приведите пример лекарственного средства с таким объемом распределения.

5. Что необходимо предпринять при передозировке лекарственного средства с таким объемом распределения?

6. Почему?

**Задача 6.**

Для купирования приступа мигрени невропатологи применяют комбинацию ацетилсалициловой кислоты в дозе 500 мг и метокпопрамида в дозе 10 мг.

**Вопросы:**

1.Каковы тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия, лежащего в основе данной рациональной комбинации?

2.Всасывание, каких еще лекарственных средств усиливается при их совместном применении с метоклопрамвдом?

3.Всасывание, каких лекарственных средств угнетается при их совместном применении с метоклопрамидом и почему?

**Задача 7.**

Пациенту 49 лет, с протезированным митральным клапаном, принимающему варфарин в дозе 7,5 мг в сутки (по даннымкоагулограммыMHO 3), в связи с обострением подагрического артрита назначен фенилбутазон у больного возникло носовое кровотечение, макрогематурия, по данным коагулограммы МНО-6.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина возникновения кровотечения у данного пациента?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с варфарином по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 8.**

За период с 1998 по 2000 годы FDA сняло с регистрации блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов астемизол и терфенадин, прокинетикцизаприд. Причиной отмены регистрации являлись случаи возникновения опасного для жизни нарушения ритма (желудочковой тахикардии по типу пирует) при их совместном применении с макролидами и противогрибковыми средствами (клотримазолом, кетоконозолом). В то время как ранее данная нежелательная лекарственная реакция наблюдалась лишь при передозировке астемизола, тефренадина и цизаприд.

**Вопросы:**

1.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

2.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

3.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с астемизолом, терфенадином и цизапридом по подобному механизму?

**Задача 9.**

Пациентке 45 лет, принимающей карбамазепин по поводу невралгии тройничного нерва, в связи с артериальной гипертензией назначена пролонгированная лекарственная форма верапамила в дозе 240 мг в сутки. Несмотря на прием верапамила у пациентки сохранялось повышенное АД.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина неэффективности верапамила у данной пациентки?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще антигипертензивные лекарственные средства могут взаимодействовать с карбамазепином по подобному механизму. 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача 10.**

Пациент 52 лет, страдающий артериальной гипертензией и депрессией, в течение 2-х недель принимал метопролол 25 мг 2 раза в сутки (утром и вечером) совместно с флуоксетином 20 мг 1 раз в сутки (утром). Обратился с жалобами на периодически возникающие эпизоды резкой слабости, сопровождающиеся гипотонией и брадикардией. На ЭКГ зарегистрирована брадикардия, A-V-блокада II степени.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития гипотонии, брадикардии и A-V- блокада II степени у данного пациента.

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия.

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с метопрололом по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 11.**

Пациенту 63 лет в связи с обострением хронического обструктивного бронхита назначена пролонгированная форма теофиллина 300 мг в сутки, ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки, амброксол 30 мг 3 раза в сутки. Через 3 дня после начала терапии у пациента возникает тошнота, рвота, головная боль, сердцебиение, на ЭКГ- синусовая тахикардия, уровень теофиллина в плазме крови- 30 мг/л.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития интоксикации теофиллином?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с теофиллином по подобному механизму. 5 .Предложите дальнейшую тактику ведения пациента

**Задача 12.**

Пациент 60 лет, страдающий гиперлипидемией, принимает в течение 1 месяца правастатин 20 мг 1 раз в сутки (на ночь). В связи с неэффективностью добавлен гемфиброзил 600 мг 2 раза в сутки. Через 7 дней после начала терапии гемфиброзилом обратился с жалобами на боли в мышцах, мышечную слабость, в биохимическом анализе крови - повышение уровне КФК до 1200 ME, МВ-КФК в пределах нормы (5 ME).

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития рабдомиолиза?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с правастатином по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 13**

Чему равен общий клиренс ( Cl ) локрена (бетаксолола), если известно, что его кажущийся объем распределения ( Vd ) равен 6 л/кг, а период полувыведения ( t 1/2 ) составляет 2 часа? Сколько приходится на печеночный клиренс ( Clh ), если почечный клиренс ( Clr ) локрена равен 75%?

**Вопросы:**

Какие дженерики бетаксолола зарегистрированы в России? Опишите механизм действия бетаксолола.

**Задача 14**

Чему равен клиренс ( Cl ) норваска (амлодипина), если его кажущийся объем распределения ( Vd ) 21 л/кг, а период полувыведения ( t 1/2 ) равен 35 часам? Известно, что почечный клиренс ( Clr ) составляет 70%, а при хронической почечной недостаточности период полувыведения ( t 1/2 ) норваска (амлодипина) увеличивается до 65 часов.

**Вопросы:**

Следует ли корригировать дозовый режим норваска (амлодипина) при почечной недостаточности?

**Задача 15**

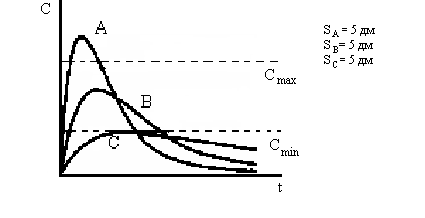
Известно, что кажущийся объем распределения ( Vd ) налгезина (напроксена) равен 10% от массы тела. Определите клиренс ( Cl ) налгезина (напроксена), если человек массой 70 кг принял внутрь 275 мг налгезина (напроксена), а через час концентрация напроксена в плазме составила 23 мкг/мл.

**Вопросы:**

Когда можно ожидать проявление максимального клинического эффекта, если период полувыведения ( t 1/2 ) налгезина (напроксена) 15 часов?

**Задача 16**

Три лекарственных препарата А,В и С приняты внутрь в одной и той же дозе. Их концентрации в крови в зависимости от времени представлены на рисунке.



**Вопросы:**

Являются ли эти препараты биоэквивалентными?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 2: Клиническая фармакодинамика.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Понятие о фармакодинамике. Понятия ФД, рецепторы, мессенджеры, механизм действия, селективность, стереоизомеры, полные и частичные агонисты и антагонисты. Терапевтический индекс, клинический эффект. Связь механизма действия и фармакологического эффекта.

2. Определение основных понятий: фармакологический, клинический эффекты, побочное действие лекарственных средств.

3. Современные методы оценки действия ЛС, требования к ним. Действие ЛС при однократном и курсовом применении.

4. Значение фармакологических проб в выборе ЛС и определение рационального режима их дозирования (разовая, суточная, курсовая дозы; кратность применения). Значение острого лекарственного теста.

5. Понятие о терапевтической широте, минимальной и максимальной дозах. Значение мониторинга на действие ЛС. Особенности ФД ЛС при различных условиях.

6. Взаимосвязь между ФД и ФК.

7. Особенности фармакодинамики ЛС в различные возрастные периоды (плод, период новорожденности, дети, пожилые люди), у беременных и лактирующих женщин.

8. История фармакогенетики. Основные методологические подходы фармакогенетики. Научно-практические задачи фармакогенетики. Медико-генетические, биохимические, фармакологические методы, используемые в фармакогенетике. Фармакогенетика и фармакогеномика. Фармакогенетические исследования: фенотипирование и генотипирование.

9. Значение для развития науки. Наследственная зависимость фармакокинетических и фармакодинамических процессов. Методология экспериментальных фармакогенетических исследований. Проблемы фармакогенетических тестов на пути к клинической практике.

10. Хронофармакология. Термины. Хронофармакологический подход к назначению лекарственных средств

**Тестовые задания**

1. **Фармакодинамика включает в себя изучение следующего:**
2. эффекты лекарственных средств и механизмы их действия
3. абсорбцию и распределение лекарств
4. метаболизм лекарств
5. выведение лекарств
6. всё перечисленное
7. **Что включает в себя понятие фармакодинамика?**
8. Механизмы действия лекарственных веществ
9. Превращение лекарственных средств в организме
10. Распределение лекарственных средств в организме
11. Выведение лекарственных средств из организма
12. **Что включает в себя понятие фармакодинамика?**
13. Сведения о способах введения лекарственных средств
14. Сведения о метаболизме лекарственных средств в организме
15. Условия хранения лекарственных средств
16. Биологические эффекты лекарственных средств
17. **Что включает в себя понятие фармакодинамика?**
18. Сведения об основных механизмах всасывания
19. Сведения о побочных эффектах
20. Сведения о биологических барьерах
21. Сведения о путях выведения лекарства из организма
22. **Резорбтивное действие препарата проявляется:**
23. После его всасывания и поступления в общий кровоток
24. На месте его приложения
25. Всегда как побочное действие
26. Никогда
27. **Действие вещества, развивающееся после его поступления в системный кровоток, называется:**
28. Рефлекторным
29. Побочным
30. Местным
31. Резорбтивным
32. **Какие вещества оказывают местное действие в терапевтических дозах?**
33. Мочегонные средства
34. Гипертензивные средства
35. Обволакивающие средства
36. Антиаритмические средства
37. **Если лекарственное вещество введено внутривенно, какое из перечисленных видов действия не может быть:**
38. Местное
39. Косвенное
40. Прямое
41. Рефлекторное
42. **Рефлекторное действие лекарственного вещества проявляется путем**
43. Изменения ионного состава плазмы крови
44. Воздействия на экстеро- и интерорецепторы
45. Связывания с белками плазмы крови
46. Биотрансформации гидрофильных веществ
47. **Выберите вариант ответа, который наиболее соответствует термину «рецептор»**
48. Ионные каналы биологических мембран, проницаемость которых изменяет лекарственное вещество
49. Ферменты окислительно-восстановительных реакций, активированные лекарственным веществом
50. Активные группировки макромолекул субстратов, с которыми взаимодействует лекарственное вещество
51. Транспортные системы, активированные лекарственным веществом
52. **Что происходит при аллостерическом взаимодействии с рецептором?**
53. Стимуляция высвобождения медиаторов
54. Угнетение высвобождения медиаторов
55. Модуляция основного медиаторного эффекта
56. Изменение генного аппарата и явление мутации
57. **Что обозначается термином «аффинитет»?**
58. Сродство вещества к микросомальным ферментам печени
59. Сродство вещества к рецептору, приводящее к образованию с ним комплекса «вещество-рецептор»
60. Сродство вещества к альбуминам плазмы крови
61. Сродство вещества к транспортным системам организма
62. **Что называется внутренней активностью лекарственного вещества?**
63. Способность вещества при взаимодействии с рецептором угнетать его
64. Способность вещества при взаимодействии с рецептором стимулировать его и вызывать биологический эффект
65. Способность вещества при взаимодействии с транспортными системами вызывать эффект, противоположный возбуждению рецептора
66. Способность вещества при взаимодействии с ферментами плазмы крови уменьшать проницаемость мембран
67. **Агонист - это вещество, которое**
68. При взаимодействии со специфическим рецептором связывается с ним и не вызывает биологического эффекта
69. При взаимодействии со специфическими рецепторами вызывает в них изменения, приводящие к биологическому эффекту
70. Взаимодействует с неспецифическими рецепторами и вызывает биологический эффект
71. Взаимодействует с белками плазмы крови и не вызывает биологический эффект
72. **Если агонист, взаимодействуя с рецептором, вызывает максимальный эффект, его называют**
73. Частичный агонист
74. Парциальный агонист
75. Антагонист
76. Полный агонист
77. **Антагонист - это вещество, которое:**
78. При взаимодействии со специфическим рецептором связывается с ним и вызывает биологический эффект
79. При взаимодействии со специфическими рецепторами вызывает в них изменения, приводящие к биологическому эффекту
80. Взаимодействует с неспецифическими рецепторами и вызывает биологический эффект
81. Связывается с рецептором, но не вызывает его стимуляции
82. **Конкурентные антагонисты - это вещества, которые:**
83. Взаимодействуют с неспецифическими рецепторами
84. Занимают те же рецепторы, с которыми взаимодействуют агонисты
85. Занимают участки макромолекулы, не относящиеся к специфическому рецептору, но взаимосвязанные с ним
    1. Действует на один подтип рецепторов как агонист, и на другой - как антагонист
86. **Как называется вещество, действующее на один подтип рецепторов как агонист, и на другой - как антагонист?**
87. Конкурентный антагонист
88. Неконкурентный антагонист
89. Агонист - антагонист
90. Неполный агонист
91. **Необратимое действие лекарственных средств происходит, как правило, путем:**
92. Ионной связи
93. Водородной связи
94. Ковалентной связи
95. Ван-дер-ваальсовых сил
96. **Что является основой избирательности действия лекарственного средства?**
97. Сродство (аффинитет) вещества к рецептору
98. Электростатическое взаимодействие
99. Связывание с белками плазмы крови
100. Антагонизм с эндогенными лигандами
101. **Отметить вторичный передатчик, который связывает рецептор с эффектором:**
102. Аденилатциклаза
103. Гуанилатциклаза
104. Фосфолипаза С
105. Ионы кальция
106. **Отметьте вещества, в основе действия которых лежит влияние на ионные каналы.**
107. Блокаторы Na+ -каналов
108. Блокаторы Сa+ -каналов
109. Активаторы K+- каналов
110. Все ответы правильные
111. **Какое определение соответствует пороговой (минимальной) терапевтической дозе?**
112. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
113. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
114. Количество вещества, оказывающее у подавляющего большинства больных необходимое фармакотерапевтическое действие
115. Количество вещества, быстро создающее высокую концентрацию лекарственного вещества в организме
116. **Какое определение соответствует средней терапевтической дозе?**
117. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
118. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
119. Количество вещества, оказывающее у подавляющего большинства больных необходимое фармакотерапевтическое действие
120. Количество вещества, быстро создающее высокую концентрацию лекарственного вещества в организме
121. **Какое определение соответствует высшей терапевтической дозе?**
122. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
123. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
124. Количество вещества, превышение которого вызывает токсические эффекты
125. Количество вещества, быстро создающее высокую концентрацию лекарственного вещества в организме
126. **Какое определение соответствует токсической дозе?**
127. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
128. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
129. Количество вещества, оказывающее у подавляющего большинства больных необходимое фармакотерапевтическое действие
130. Количество вещества, быстро создающее высокую концентрацию лекарственного вещества в организме
131. **Какое определение соответствует курсовой дозе?**
132. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
133. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
134. Количество вещества, оказывающее у подавляющего большинства больных необходимое фармакотерапевтическое действие
135. Количество вещества, необходимое на весь период лечения до выздоровления или до наступления стойкой положительной динамики
136. **Какое определение соответствует ударной дозе?**
137. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
138. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
139. Количество вещества, оказывающее у подавляющего большинства больных необходимое фармакотерапевтическое действие
140. Первая доза, превышающая последующие, при необходимости быстро создать высокую концентрацию лекарственного вещества в организме
141. **Широтой терапевтического действия называется диапазон доз**
142. От высшей терапевтической до минимальной токсической
143. От средней терапевтической до минимальной токсической
144. От минимальной терапевтической до минимальной токсической
145. От средней терапевтической до высшей терапевтической
146. **Более удобными для применения являются лекарства**
147. Имеющие высокую активность и высокую токсичность
148. Имеющие большую широту терапевтического действия
149. Имеющие малую широту терапевтического действия
150. Воздействующие одновременно на многие органы и систем
151. **Как называется накопление в организме лекарственного вещества при повторных его введениях?**
152. Функциональная кумуляция
153. Материальная кумуляция
154. Сенсибилизация
155. Тахифилаксия
156. **Как называется снижение эффективности действия вещества при повторном применении?**
157. Идиосинкразия
158. Пристрастие
159. Кумуляция
160. Толерантность
161. **Что включает в себя понятие «привыкание» (толерантность)?**
162. Усиление действия вещества при повторном приеме
163. Снижение действия вещества при повторном приеме
164. Абстиненция
165. Повышенная чувствительность к данному веществу
166. **Привыкание к лекарственному препарату может быть следствием:**
167. Психической зависимости
168. Повышение метаболизма в печени
169. Угнетение выведения препарата почками
170. Активирования молекулы в печени
171. **Привыкание к лекарственному веществу может быть следствием**
172. Индукции микросомальных ферментов печени
173. Повышения чувствительности рецепторов
174. Ингибирования микросомальных ферментов печени
175. Снижение канальцевой секреции в почках
176. **Как называется явление, когда отмена препарата вызывает серьезные психические и соматические нарушения, связанные с расстройством функций многих систем организма вплоть для смертельного исхода?**
177. Синдром отдачи
178. Сенсибилизация
179. Абстиненция
180. Идиосинкразия
181. **К побочному действию относится:**
182. Мутагенное действие
183. Рефлекторное действие
184. Местное действие
185. Центральное действие
186. **Тератогенное действие - это**
187. Токсическое действие на печень
188. Отрицательное действие на эмбрион и плод, ведущее к врожденным уродствам
189. Токсическое действие на кроветворение
190. Токсическое действие на почки
191. **Мутагенное действие препарата – это:**
192. Действие на сердечно-сосудистую систему
193. Действие на микросомальные ферменты печени
194. Действие на половые клетки с изменением генетического аппарата
195. Действие на основной обмен веществ
196. **Назначение лекарственных веществ с целью устранения причины заболевания называется**
197. Патогенетической терапией
198. Cимптоматической терапией
199. Этиотропной терапией
200. Антидотовой терапией
201. **Какое действие препарата не относится к отрицательному влиянию на организм?**
202. Аллергические реакции
203. Тератогенное действие
204. Желательное (основное) действие
205. Гепатотоксическое действие
     1. **Какие клинические методы необходимы для оценки эффективности и безопасности клонидина:**
206. измерение АД стоя
207. измерени ЧСС
208. измерение АД лежа
209. измерение дефицита пульса
210. ежедневное измерение диуреза
     1. **Какие клинические методы необходимы для оценки эффективности и безопасности резерпина:**
211. измерение АД стоя
212. измерени ЧСС
213. измерение АД лежа
214. измерение дефицита пульса
215. ежедневное измерение диуреза
     1. **Какие инструментальные методы могут быть использованы для оценке эффективности нитратов у больных со стенокардией:**
216. ЭХО КГ
217. велоэргометрия
218. ЭКГ в покое
219. измерение АД

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

У пациента К, 57 лет высокая (40,1˚С) температура, кашель с отхождением обильноймокроты, влажные хрипы в легких. Диагноз: пневмония. Назначен бензилпенициллин внутримышечно. Через 1 час развилась генерализованная крапивница, ринит, конъюнктивит, отек гортани.

**Вопросы**

1. Поставьте диагноз.

2. Каков механизм развития осложнения?

3. Что необходимо предпринять (основные мероприятия)?

4. Что необходимо было предпринять до введения бензилпенициллина?

5. Какие 2 особые рекомендации дадите пациенту после выписки из стационара?

**Задача 2.**

Мужчина, 42 лет, афроамереканец, ничем не болеет, решил посетить своих родителей в Танзании. Он знал, что там очаг малярии. Начал принимать противомалярийное лекарственное средство для профилактики заражения. Почувствовал слабость, головокружение. Развилась бледность кожных покровов. Появились боли в пояснице. Госпитализирован с диагнозом анемия.

**Вопросы**

1. Уточните диагноз исходя из того обстоятельства, что причиной анемии явилось принимаемое в течение короткого времени противомалярийное лекарственное средство?

2. Как называются такого рода осложнения?

3. Недостаточность какого фермента выявили у мужчины?

4. Каков механизм развития анемии?

5. Какие рекомендации дадите пациенту?

**Задача**  3.

Женщина после несложной гинекологической операции, получала внутрь в течение 7 суток антибиотик в качестве прикрытия от возможного бактериального осложнения. На 8 сутки появились жалобы на болезненность во рту, усиливающуюся при жевании и глотании, тошноту, понос, тенезмы. Визуально  во рту язвочки под серовато-белой пленкой.

**Вопросы**

1. Диагноз?

2. Как трактуется данное осложнение с позиций фармакологии?

3. Какие антибиотики чаще всего его вызывают?

4. Механизм развития данной побочной реакции антибиотика?

5. Ваша тактика (проведите 3 основные мероприятия).

6. Что необходимо соблюдать для профилактики данного осложнения в будущем?

**Задача 4.**

Очень возбужденная девушка, 18 лет, доставлена в больницу. Психиатр установил, что она вдыхает носом кокаин. Последняя доза была 10 часов тому назад.

**Вопросы**

1. Если девушку раньше наблюдал психиатр, то, что диагностировал?

2. Какую зависимость вызвал кокаин у девушки?

3. Дайте характеристику развившейся зависимости.

4. Какое состояние развилось у девушки, в связи с 10 часовым отсутствием потребления кокаина?

5. Лекарственное средство, из какой фармакологической группы необходимо ввести для устранения этого состояния?

**Задача 5.**

У мужчины 39 лет головная боль, лихорадка, отеки и болезненность суставов, поражение кожи. Выставлен диагноз: болезнь Лайма. [Примечание. Возбудитель  анаэробная спирохета Borreliaburgdorferi, вызывающая менингоэнцефалит и артрит]. Назначен наиболее эффективный антибиотик - доксициклин. На 5 день лечения мужчина почувствовал значительное облегчение и отправился на местный пляж для принятия солнечных процедур. Они, по его мнению, должны способствовать выздоровлению.

**Вопросы**

1. Согласны ли Вы с мнением мужчины?

2. Обоснуйте свою точку зрения.

3. Что развилось у мужчины после солнечных процедур?

4. Каков механизм развития?

5. Кто виноват в этом?

**Задача 6**

У пациента 30 лет с эпилепсией ( в анамнезе генерализованные тонико-клонические припадки) в стадии ремиссии, постоянного принимающего фенобарбитал в подобранной дозе 100 мг 2 раза в сутки внутрь ( по данным терапевтического лекарственного мониторинга минимальная равновесная концентрация ,20 мг/л), была выявлена язва двенадцетиперстной кишки, в связи с чем назначен омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Через 2 недели терапии омепразолом у пациента возник приступ генерализованных тонико-клонических судорог, при этом по данным терапевтического лекарственного мониторинга, минимальная равновесная концентрация фенобарбитала составляла 2 мг/л. Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

**Вопросы**

1.Какая наиболее вероятная причина снижение противосудорожной эффективности терапии фенобарбитала?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с фенобарбиталом по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 7**

Пациентке 54 лет, страдающей сахарным диабетом 2 типа среднетяжелого течения в стадии компенсации, принимающей глибенкламид 3,5мг 2 раза в сутки внутрь (перед завтраком и перед ужином), в сйязи с обострением хронического гастрита казначеи фамотидин 20 мг 2 раза в сутки внутрь в это же время. Через 5 дней терапии фамотидином пациентка отмечает периодически возникающие эпизоды резкой слабости, сердцебиения, мышечной дрожи, при этом уровень глюкозы составлял 2,6 ммоль/л.

**Вопросы**

1.Какая наиболее вероятная причина гипогликемии у данной пациентки?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с глибенкламидом по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача 8**

Лактирующая женщина, 30 лет, обратилась к провизору по поводу выбора «средства от кашля. Женщина предупредила, что кормит грудью свою дочь в возрасте 3 мес. Провизор рекомендован ЛС, содержащее кодеин («Коделак»). Женщина начала применять препарат, при этом продолжала кормить грудью. На 2-й день приема препарата кашель полностью исчез, однако у ребенка появились задержка стула в течении 2 суток, сонливость, резкое сужение зрачков. По поводу этого женщина обратилась к педиатру, который диагностировал у ребенка опиатную интоксикацию, ребенок был госпитализирован в токсикологическое отделение педиатрической больницы, где диагноз был подтвержден.

**Вопросы**

1. Укажите возможную причину развития опиатной интоксикации у грудного ребенка?

2. Какое смертельное осложнение могло развиться у ребенка?

**Задача 9**

Пожилая женщина, 83 лет, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на тошноту, периодически возникающую рвоту, а также резкую потерю аппетита, которые беспокоят в течение последних 2 дней больная. Больная в течение многих лет по назначении участкового терапевта по поводу «болезни сердца» принимает дигоксин по 1/2 таблетке 2 раза в сутки, а также еще ряд лекарств, включая мочегонные препараты, название и дозы которых вспомнить не смогла. На вопрос, принимала ли женщина лекарства сегодня, ответила, что не помнит, так как у нее очень плохая память.

**Вопросы**

1. С чем могут вязаны описываемые больной симптомы

**Задача 10**

Пациент, 60 лет, наблюдается в поликлинике по поводу хронической сердечной недостаточности, развившейся вследствие дилатационной кардиомиопатии. На ЭКГ- постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе - тромбоэмболия левой лучевой артерии. По назначению участкового терапевта больной получает эналаприл 20 мг/сут, фуросемид 40 мг/сут, спиронолактон 25 мг/сут. Дополнительно для профилактики тромбоэмболических осложнений участковым терапевтом выписан рецепт на варфарин.

1. Существует ли возможность проведения фармакогенетического тестирования в данном случае?

2. В каком именно фармакогенетическом тесте необходимо, чтобы провизор порекомендовал больному проконсультироваться с врачом?

3. Какая доза варфарина должна быть назначена врачом при выявлении у больного генотипа CYP2C9\*1/\*3, соответствующего «медленному метаболизатору»?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 3: Взаимодействие лекарственных средств**.

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Частота клинически значимых взаимодействий ЛС.

2.Взаимодействие ЛС. Типы взаимодействия ЛС.

3.Фармацевтические взаимодействия. Клиническое значение взаимодействия ЛС.

4.Фармакокинетические взаимодействия. Клиническое значение взаимодействия ЛС.

5.Фармакодинамические взаимодействия. Клиническое значение взаимодействия ЛС.

6. Принципы рационального комбинирования ЛС.

**Тестовые задания**

1. **Что входит в понятие фармацевтическое взаимодействие:**
2. вытеснение препарата из связи с белком
3. ингибирование метаболизма в печени
4. инактивация препаратов в инфузионном растворе
5. торможение всасывания лекарств
6. взаимодействие на уровне экскреции в почках
7. **Какой вид взаимодействия вызывает совместное назначение рамиприла и гипотиазида:**
8. суммация эффектов
9. потенцирование
10. аддитивное действие
11. сенситизация
12. антагонизм
13. **Выберите препарат, купирующий тахикардию, вызванную артериолярными вазодилататорами:**
14. верапамил
15. метопролол
16. дилтиазем
17. дигоксин
18. нифедипин
19. **За счёт какого механизма взаимодействия усиливается токсический эффект дигоксина на фоне приёма верапамила:**
20. усиление абсорбции
21. вытеснение из связи с белками плазмы
22. вытеснение из связи с тканевыми белками
23. замедление метаболизма
24. торможение канальцевой секреции
25. **При одновременном назначении передозировать эуфиллин можно:**
26. с ципрофлоксацином
27. фенобарбиталом
28. рифампицином
29. пенициллином
30. азитромицином
31. **Биотрансформация эуфиллина ускоряется при одновременном назначении:**
32. фенобарбитала
33. эритромицина
34. циметидина
35. ципрофлоксацина
36. линкомицина
37. **Действие каких препаратов могут ослабить глюкокортикоиды при совместном назначении:**
38. холинолитиков
39. антидиабетических
40. эуфиллина
41. симпатомиметиков
42. всех перечисленных
43. **Какой препарат, назначенный вместе с преднизолоном, способствует развитию аритмий:**
44. ипратропия бромид
45. гипотиазид
46. панангин
47. супрастин
48. сальбутамол
49. **Какой положительный эффект вызовет сочетание нифедипинас метопрололом:**
50. устранение тахикардии
51. усиление положительного инотропного действия
52. усиление седативного эффекта
53. улучшение антиаритмических свойств
54. устранение отеков
55. **К какому эффекту приводит одновременное назначение нифедипина и празозина**:
56. увеличению сосудистого сопротивления
57. усилению задержки жидкости
58. усилению тахикардии
59. гиперлипидемии
60. гипергликемии
61. **Какой из гипотензивных препаратов повышает уровень дигоксина в крови:**
62. фуросемид
63. каптоприл
64. лозартан
65. верапамил
66. индапамид
67. **Сочетанное применение мочегонных и в - адреноблокаторов приводит к:**
68. повышению атерогенности плазмы
69. тахикардии
70. нейтропении
71. задержке жидкости
72. нефротоксическому действию
73. **К снижению активности ренина плазмы приводит:**
74. лозартан
75. каптоприл
76. гипотиазид
77. пропранолол
78. все перечисленные
79. **Чем обусловлена целесообразность сочетания ИАПФ и диуретиков при лечении артериальной гипертензии:**
80. ИАПФ уменьшают активацию диуретиками РААС
81. диуретики устраняют задержку жидкости, вызванную ИАПФ
82. диуретики устраняют гипокалийемию, вызванную ИАПФ
83. диуретики устраняют гипернатрийемию, вызванную ИАПФ
84. все ответы верны
85. **Выберите рациональную комбинацию гипотензивных:**
86. нифедипины+в-адреноблокаторы
87. в-адреноблокаторы+ верапамил
88. ИАПФ+нифедипины
89. ИАПФ+ блокаторы рецепторов к ангиотензину II
90. все перечисленные
91. **Причиной взаимодействия ЛС на уровне связи с белком является:**
92. гипоальбуминемия
93. гиперальбуминемия
94. гипокалиемия
95. гиперкалиемия
96. большое сродство ЛС к рецепторам белков
97. малое сродство ЛС к рецепторам белков
98. **Комбинация ЛС в клинике всегда применяется для получения следующего эффекта:**
99. суммарного
100. аддитивного
101. синергидного
102. антагонистического
103. нейтрализующего
104. **Укажите ЛС, эффективность которого снижается при табакокурении:**
105. алпразолам;
106. диазепам;
107. галоперидол;
108. все варианты ответов верны.
109. нет верного варианта ответа.
110. **Совместное назначение какого ЛС с препаратом зверобоя продырявленного, может сопровождаться токсическими эффектами ЛС?**
111. теофиллин;
112. дигоксин;
113. варфарин;
114. амитриптилин;
115. все варианты ответов верны.
116. **Совместное назначение какого ЛС с чесноком, может сопровождаться снижением терапевтической эффективности ЛС?**
117. варфарин;
118. малые дозы АСК;
119. парацетамол;
120. фенилин;
121. все варианты ответов верны.
122. **Как называется тип взаимодействия лекарственных веществ, связанный с нарушением всасывания, биотрансформации, транспорта, депонирования и выведения одного из веществ?**
123. Фармакодинамическое взаимодействие
124. Функциональное взаимодействие
125. Фармацевтическое взаимодействие
126. Фармакокинетические взаимодействие
127. **Как называется тип взаимодействия лекарственных веществ, являющийся результатом взаимодействия веществ на уровне рецепторов, клеток, ферментов, органов или физиологических систем?**
128. Фармакодинамическое взаимодействие
129. Функциональное взаимодействие
130. Фармацевтическое взаимодействие
131. Фармакокинетическое взаимодействие
132. **Какое явление наблюдается при комбинированном применении лекарственных веществ?**
133. Толерантность
134. Тахифилаксия
135. Кумуляция
136. Синергизм
137. **В каких случаях наблюдается аддитивный синергизм?**
138. Общий эффект превышает сумму эффектов каждого из компонентов
139. Простое сложение эффектов каждого из компонентов
140. Общий эффект меньше суммы эффектов каждого из компонентов
141. Общий эффект равен эффекту одного из веществ
142. **Что означает термин «потенцирование»?**
143. Способность препарата к кумуляции
144. Повышенная чувствительность к препарату
145. Быстрое привыкание к препарату
146. Резкое усиление эффектов препаратов при совместном применении
147. **Отметьте пример фармакодинамической несовместимости лекарств при их комбинированном применении:**
148. папаверина гидрохлорид при смешивании в одном шприце с препаратами наперстянки образует осадок;
149. фуросемид укорачивает и ослабляет действие многих лекарств, способствуя их экскреции;
150. железа сульфат образует нерастворимые комплексы с тетрациклинами, что затрудняет их всасывание;
151. фенобарбитал ослабляет действие неодикумарина, индуцируя микросомальные ферменты печени;
152. атропин ослабляет влияние М-холиномиметика пилокарпина на гладкие мышцы, блокируя М-холинорецепторы.
153. **Отметьте пример конкурентного антагонизма:**
154. папаверина гидрохлорид при смешивании в одном шприце с препаратами наперстянки образует осадок;
155. фуросемид укорачивает и ослабляет действие многих лекарств, способствуя их экскреции;
156. железа сульфат образует нерастворимые комплексы с тетрациклинами, что затрудняет их всасывание;
157. фенобарбитал ослабляет действие неодикумарина, индуцируя микросомальные ферменты печени;
158. атропин ослабляет влияние ацетилхолина на сердце, блокируя М-холинорецепторы.
159. **При фармакокинегическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого как:**
160. Всасывание
161. Распределение
162. Метаболизм (биотрансформация)
163. Выведение
164. Все перечисленное
165. Механизм действия
166. **При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого как:**
167. Всасывание
168. РаспределениеМетаболизм (биотрансформация)
169. Выведение
170. Механизм действия
171. **При фармакокинегическом взаимодействии концентрация одного лекарственного средства под действием другого может:**
172. Повышаться.
173. Снижаться .
174. Не изменятся.
175. **При фармакодинамическом взаимодействии концентрация одного лекарственного средства под действием другого:**
176. Повышается.
177. Снижается.
178. Не изменяется.
179. **Фармакокинетическое взаимодействие на уровне всасывания при приеме лекарственных средств внутрь может происходить по следующим механизмам:**
180. Образование комплексов и хелатных соединений
181. Изменение рН желудочного содержимого
182. Изменение состояния нормальной флоры ЖКТ
183. Повреждение слизистой оболочки кишечника
184. Изменение моторики ЖКТ
185. Влияние на активность гликопротеина-Р
186. Все перечисленное верно
187. **Следующие лекарственные средства образуют не всасывающиеся соединения с другими препаратами из-за сорбирующего действия:**
188. Активированный уголь
189. Антациды
190. Метоклопрамид
191. Слабительные
192. **Образуют не всасывающиеся комплексные соединения с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:**
193. Макролид
194. Фторрхинолоны
195. Цефалоспорины
196. Тетрациклины
197. **Всасывание лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН желудочного содержимого (блокаторами протонного насоса, блокаторами Н2-гистаминовых рецепторов):**
198. Угнетается
199. Усиливается
200. Не изменяется
201. **Всасывание лекарственных средств, являющихся слабыми основаниями, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН желудочного содержимого (блокаторами протонного насоса, блокаторами Н2- гистаминовых рецепторов):**
202. Угнетается
203. Усиливается
204. Не изменяется.
205. **Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:**
206. 30 минут
207. 1 час
208. 2 часа
209. 4 часа
210. **Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:**
211. Угнетается
212. Усиливается
213. Не изменяется
214. **Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении с препаратами, повышающими моторику ЖКТ:**
215. Угнетается
216. Усиливается
217. Не изменяется.
218. **Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, снижающими моторику ЖКТ:**
219. Угнетается
220. Усиливается
221. Не изменяется
222. **Причиной увеличения всасывания быстро всасывающихся лекарственных средств, при их совместном применении с прокинетиками, является:**
223. Увеличение скорости опорожнения желудка
224. Повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
225. Угнетение моторики.
226. **Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р, при их совместном применении с препаратами - ингибиторами гликопротеина-Р**:
227. Угнетается
228. Усиливается.
229. Не изменяется.
230. **Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р, при их совместном применении с препаратами- индукторами гликопротеина-Р**:
231. Угнетается.
232. Усиливается.
233. Не изменяется.
234. **Взаимодействие на уровне связи с белками плазмы крови происходит, если одно из лекарственных средств:**
235. Связывается с белками крови более чем на 90%
236. Связывается с белками крови менее чем на 90%
237. Имеет большой объем распределения (более 35 л)
238. Имеет малый объем распределения (менее 35 л)
239. **Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:**
240. Угнетается
241. Усиливается
242. Не изменяется.
243. **Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-индукторами:**
244. Угнетается
245. Усиливается
246. Не изменяется.
247. **Фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств на уровне выведения может происходить по следующим механизмам**:
248. Изменение клубочковой фильтрации
249. Изменение канальцевой секреции
250. Изменение канальцевой реабсорбции
251. Изменение тонуса мочевыводящих путей.
252. **Выведение лекарственного средства, активная секреция которого осуществляется определенным транспортером, при его совместном применении с препаратом-ингибитором транспортера:**
253. Угнетается
254. Усиливается
255. Не изменяется.
256. **Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:**
257. Угнетается
258. Усиливается
259. Не изменяется.
260. **Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми основаниями, при их совместном применении с препаратами, снижающими рН мочи:**
261. Угнетается
262. Усиливается
263. Не изменяется.
264. **Антагонизм является фармакодинамическим взаимодействием в результате которого:**
265. Одно лекарственное средство приводит к ослаблению или устранению фармакологических эффектов другого
266. Происходит взаимное усиление фармакологических эффектов
267. Не изменяется.
268. **Синдром ацетальдегида возникает, если пациент потребляет алкоголь на фоне применении следующих лекарственных средств:**
269. Метронидазол
270. Клотримазол
271. Цефалоспорины.
272. Хлорамфеникол
273. Дисульфирам
274. **Концентрация лекарственных средств, являющихся субстратами CYP3A4, снижается при их совместном применении с:**
275. Экстрактом чеснока
276. Экстрактом зверобоя
277. Экстрактом пустырника
278. Экстрактом валерианы
279. Со всем перечисленным
280. **Факторами риска взаимодействия лекарственных средств являются:**
281. Пожилой и старческий возраст
282. Детский возраст
283. Тяжелое и крайне тяжелое состояние пациента
284. Полипрагмазия
285. Применение лекарственного средства с узким терапевтическим диапазоном
286. Носительство аллельных вариантов генов, ответственных за фармакокинетику и фармакодинамику.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Пациентке 63 лет, страдающей железодефицитной анемией, принимающей железа сульфат 320 мг 2 раза в сутки внутрь, в связи с обострением хронического пиелоцистита, назначен ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки внутрь. Пациентка принимала оба препарата одновременно. Через 5 дней приема ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия, в клиническом анализе мочи сохраняется лекоцитурия, бактериурия. По данным бактериологического анализа мочи выделена Escherichiacoli, чувствительная к ципрофлоксацину.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина не эффективности терапии ципрофлоксацином?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с ципрофлоксацином по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача 2**

Пациентка 50 лет, страдающая ревматоидным артритом, принимает в течение 3 месяцев метотрексат 15 мг 1 раз в неделю, диклофенак в виде ретардированной формы 50 мг 1 раз в сутки. В связи с усилением болевого синдрома доза диклофенака увеличена до 150 мг 1 раз в сутки. Через 2 недели отметила появление слабости, головной боли, бледность кожных покровов и слизистых,в общем анализе крови- анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина миелотоксичности?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с метотрексатом по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 3**

Пациент 69 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения III функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, НК III функционального класса ( по NYHA), постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту 125 мг 1 раз в сутки (днем), эналаприл 10 мг 2 раза в сутки ( утром и вечером), карведилол 12,5 мг 2 раза в сутки (утром и вечером), спиронолоактон 25 мг 1 раз в сутки (утром), фуросемид 40 мг 2 раза в неделю (утром натощак). В связи с суставным синдромом назначен напроксен 500 мг 2 раза в сутки (утром и вечером). Через 1 месяц после начала приема напроксена, госпитализирован в связи с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития декомпенсации хронической сердечной недостаточности?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

**Задача 4**

Пациент 48 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса,постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту 125 мг 1 раз в сутки (днем), метопролол 12,5 мг 2 раза в сутки (утром и вечером), изосорбидадинитрат (пролонгированная форма) 20 мг 2 раза в сутки (утром и днем). На фоне проводимой терапии, ангиозные боли не рецидивировали, гемодинамика стабильная ( АД 120/70 мм ртхт ЧСС 60 в минуту). В связи с эректильной дисфукциеи вечером больной принял силденафил (виагру) 50 мг внутрь. Через после приема силденафила отметил резкую слабость, головокружение, АД 80/50 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту.

**Вопросы:**

1. Какая наиболее вероятная причина коллапса?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с силденафилом по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 5**

Пациентка 68 лет, с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия 3 степени очень высокого риска, мерцательная аритмия постоянная тахисистолическая форм, НК II функционального - класса (по,, NYHA), принимает ацетилсалициловую кислоту 125 мг в сутки (днем), метопролол 25 мг 2 раза в сутки (утром и днем), изосорбидадинитрат 20 мг 2 раза в сутки (утром и днем), триметазидин 10 мг 3 раза в сутки, эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, дигоксин 0,125 мг 2 раза в сутки (утром и вечером), фуросемид 40 мг 1 раз в неделю (утром натощак), ловастатин 20 мг сутки (на ночь), настойка травы пустырника 1 ст. ложка на ночь. На фоне терапии состояние пациентки стабильное. В связи с острым бронхитом пациентка участковым врачом назначен эритромицин 500 мг 4 раза в сутки. На 5 день приема эритромицина пациентка отметила снижение аппетита, тошноту, на ЭКГ-мерцание предсердий, частая желудочковая экстрасистолия, уровень дигоксина в плазме крови-3 мкг/л.

**Вопросы:**

1. Какая наиболее вероятная причина возникновения симптомов гликозилной интоксикации у данной пациентки?

2 .Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Каковы факторы риска межлекарственного взаимодействия у данной пациентки?

4.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача 6**

Женщине 25 лет, принимающей трехфазный гормональный контрацептив три-регол, в связи с урогенитальным хламидиозом назначен доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. Через 1 месяц после начала антибактериальной терапии женщина забеременела.

**Вопросы:**

1. Какая наиболее вероятная причина устранения контрацептивного эффекта у данной пациентки? 2 .Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

З.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия? 4 .Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с доксициклином по подобному механизму?

**Задача 7**

Пациенту 56 лет с постоянной формой мерцательной аритмии, принимающему дигоксин 0,125 мг 2 раза в сутки (утром и вечером) в связи с неудолетварительным контролем ЧСС (ЧСС в покое 100 в минуту, при физической нагрузке 130 в минуту) назначен верапамил 40 мг 3 раза в сутки внутрь. Через 5 дней после назначение верапамила пациент предъявляет жалобы на тошноту, рвоту на ЭКГ- мерцательная аритмия, ЧСС 50, A-V- блокада II степени, корытообразная депрессия сегмента STио всем отведениям, уровень дигоксина в плазме крови- 3 мкг/л (терапевтический диапазон до 1-2 нг/мл).

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина возникновения симптомов глизидной интоксикации у данного пациента?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межпекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с дигоксином по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 4: Клиника, лечение, профилактика побочного действия лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. НЛР, методы их выявления, профилактики и коррекции.

2. Механизмы возникновения и методы прогнозирования возможного развития побочных эффектов у больного (фармакодинамическое, токсическое, аллергическое, парамедикаментозное), особенности клинического проявления (по тяжести, распространенности и характеру поражения органов и систем).

3. Зависимость побочного действия лекарственных средств от пути введения, дозы, длительности их применения. Зависимость проявлений побочных действий лекарственных средств от возраста.

4. Особенности развития побочного действия в зависимости от характера заболевания, тяжести поражения функциональных систем, дозы и длительности применения ЛС.

5.Принципы оказания помощи при развитии побочного действия лекарственных средств в зависимости от характера клинической картины и тяжести их проявлений.

**Тестовые задания**

1. **К способам коррекции побочных эффектов в лекарственных средств относятся:**
2. изменение скорости или пути выведения
3. изменение распределения приема ЛС в течение суток
4. сочетание с приемом пищи
5. изменение характера питания
6. изменение воздействия факторов внешней среды
7. отмена препарата, потенциирующего данный побочный эффект
8. фармакологическая коррекция побочного эффекта
9. уменьшение дозы препарата или его отмена
10. **Лекарственные средства, прекращение которых может вызвать синдром абстиненции:**
11. морфин
12. барбитураты
13. мепробамат
14. галлюциногены
15. марихуана
16. кофеин
17. **Причиной побочных эффектов ЛС может быть:**
18. прием неадекватных доз ЛС
19. замедление биотрансформации ЛС
20. ускорение биотрансформации ЛС
21. снижение связи с белком
22. увеличение связи с белком
23. увеличение свободной фракции ЛС
24. увеличение связанной формы ЛС .
25. **Токсическое действие ЛС является результатом:**
26. изменения кинетики ЛС
27. повышение чувствительности тканей
28. снижение чувствительности тканей
29. генетически обусловленной энзимопатией
30. передозировки ЛС
31. малого диапазона концентраций ЛС
32. повышение активности гепатоцитов
33. **Больные пожилого возраста более чувствительны к обычным дозам ЛС и у них чаще проявляются побочные эффекты ЛС потому, что они имеют:**
34. большую массу тела
35. сниженную функцию почек и печени
36. сниженное кровоснабжение жизненно важных органов
37. лучшее питание
38. менее эффективные механизмы гомеостаза
39. **При следующих условиях больные проявляют большую, чем в норме реакцию ко многим ЛС:**
40. гипоальбунемии
41. недостаточности сердца
42. циррозе почек
43. гипертиреозе
44. гипотиреозе
45. **Побочными эффектами тетрациклина являются:**
46. развитие тромбофлебита;
47. гепатотоксичность;
48. сильные головные боли;
49. ДВС-синдром.
50. **От дозы не зависят нежелательные эффекты лекарственных средств:**
51. связанные с фармакологическими свойствами ЛС;
52. токсические осложнения, обусловленные абсолютной или относительной передозировкой;
53. вторичные эффекты, обусловленные нарушением иммунобиологических свойств организма;
54. иммунологические реакции немедленного и замедленного типов;
55. синдром отмены.
56. **Необычная реакция на лекарственное средство, связанная с генетически обусловленными энзимопатиями и возникающая при первом введении:**
57. сенсибилизация;
58. тахифилаксия;
59. идиосинкразия;
60. абстиненция;
61. привыкание.
62. **Последствия введения бета-адреноблокаторов во время беременности у новорожденных:**
63. потеря слуха;
64. поражение кожных покровов;
65. гипотрофия плаценты и плода;
66. преждевременное закрытие Боталлова протока;
67. геморрагический синдром
68. **Развитие гинекомастии и гирсутизма возникает при приеме:**
69. гидрохлортиазида;
70. спиронолактона;
71. фуросемида;
72. ацетазоламида;
73. триамтерена.
74. **Агранулоцитоз чаще вызывает:**
75. верапамил;
76. аймалин;
77. хинидин;
78. лидокаин;
79. соталол
80. **Строго дозозависимой является следующая группа побочных эффектов:**
81. фармацевтические;
82. фармакогенетические;
83. аллергические;
84. мутагенные;
85. синдром отмены.
86. **Развитие острого внутрисосудистого гемолиза при приеме сульфаниламидов – пример побочной реакции:**
87. тахифилаксии;
88. псевдоаллергической реакции;
89. идиосинкразии;
90. аллергической реакции;
91. массивного бактериолиза
92. **Укажите ЛС, способное вызвать обострение порфирии:**
93. диклофенак;
94. карбамазепин;
95. метоклопрамид;
96. все варианты ответов верны;
97. **Побочными эффектами, зависящими от дозы препарата являются следующие:**
98. фармакодинамические;
99. аллергические;
100. токсические;
101. фармакоэкономические;
102. фармакокинетические.
103. **Какие из нижеследующих категорий нежелательных лекарственных реакций включают все классификации:**
104. фармакодинамические (бронхоспазм при приеме бета-адреноблокаторов)
105. токсические (ото- и нефротоксичность аминогликозидов)
106. аллергические, псевдо-аллергические, идиосинкратические
107. вторичные (суперинфекции при приеме антибиотиков)
108. синдром отмены (клонидин)
109. вызванные лекарственным взаимодействием
110. все перечисленные

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Пациент 64 года, страдает хронически бронхитом курильшика в течение 15 лет. Поповоду гипертонической болезни и депрессии были назначены метопролол 50 мг/сутки и флуоксетин 20 мг/с. Обратился с жалобами на одышку с затрудненным выдохом, общую слабость, головокружение, ощущение замирания в сердце. На ЭКГ зарегистрированы брадикардия, АВ-блокада 2 ст. АД 90/60 мм.рт.ст.

**Вопросы**

1) С каким препаратом связано возникновение указанных симтомов, указать механизм развития.

2) Каким образом взаимодействие препаратов флуоксетина и метопролола могло привести к возникновению указанных побочных эффектов

**Задача 2**

Больной, женщине 56 лет, для лечения прогрессирующего ревматоидного артрита назначен преднизолон. Одновременно пациентка продолжает получать назначенный ранее препарат Лозап Плюс (лозартан и гидрохлортиазид). До назначения преднизолона принимала в течении месяца Вольтарен (диклофенак натрия), который в данное время отменен. В семейном анамнезе – язва желудка у отца и брата. Спустя 2 недели от начала курса ухаживающим родственником предъявляются жалобы на эпизоды неадекватного поведения больной. Сама больная предъявляет жалобы на одышку, учащенное мочеиспускание.

**Вопросы:**

- Могут ли быть связаны с приемом преднизолона указанные симптомы? Следует ли в этом случае отменить лечение?

- Какие предсказуемые побочные эффекты преднизолона могут развиться у больной? С учетом анамнеза, риск какого побочного действия повышен, и в связи с чем? Какие мероприятия при этом могут быть показаны?

- Представители семейства ГКС для системного применения (международные названия). Какие основные направления применения есть у этих средств?

**Задача 3**

Больная, девочка 6 лет, находится с матерью в аллергологическом отделении с целью обследования и коррекции лечения. Наблюдается с бронхиальной астмой легкого течения на протяжении 2 лет, за которые отмечено отсутствие положительного эффекта от проводимой терапии; частота приступов – около 6-7 р/год, длительно получала Кромогексал (кромогликат натрия, раствор для ингаляций) и Беродуал для снятия приступов. В связи с подготовкой к школе решено начать терапию ИГКС (беклометазон, индивидуальный дозированный аэрозоль). В течении недели выяснилось, что мать отказывается давать ребенку средство, опасаясь побочного действия гормона.

**Вопросы:**

1. Показан ли в данной ситуации препарат, и какова цель его применения? Превышает ли польза от его применения риск и тяжесть побочного действия. Есть ли (и какие) у выбранного средства преимущества и недостатки по сравнению с использовавшимся Кромогексалом (сравнительная эффективность и безопасность). Возможное побочное действие ИГКС.

2. Средства для лечения заболеваний с бронхообструктивным синдромом: названия фармакологических групп (примеры представителей – международные названия), предназначение и способы (по формам выпуска) их применения. Безопасность и возможности к применению при беременности.

**Задача 4**

Больная, подросток 17 лет, находится в кардиоревматологическом отделении по поводу артериальной гипертензии с повышениями АД до 160/90. При поступлении в качестве медикаментозной терапии назначен атенолол, после начала применения которого давление остается в пределах 140/80, ЧСС = 50-60/мин. Эндокринологом по заключению консультации в связи с установленным диагнозом рекомендован прием таблеток Анаприлина. Препарат внесен дополнительно в план назначений дежурным врачом. На следующий день отмечены слабость, головокружение, 2-хкратная кратковременная потеря сознания; АД = 120/80, ЧСС = 42/мин

-**Вопросы:**

1..К каким фармакологическим группам относятся Атенолол и Анаприлин? Краткая характеристика этих антигипертензивных средств (прочие представители, сфера применения, побочное действие, противопоказания).

В чем заключается состояние больной и чем оно вызвано? Что может быть использовано для оказания помощи?

3. Последовательность действий в лечении артериальной гипертензии в плане выбора и оценки эффективности антигипертензивной терапии. Возможности комбинирования антигипертензивных средств.

**Задача 5**

Пациент 52 лет, страдающий артериальной гипертензией и депрессией, в течение 2-х недель принимал метопролол 25 мг 2 раза в сутки (утром и вечером) совместно с флуоксетином 20 мг 1 раз в сутки (утром). Обратился с жалобами на периодически возникающие эпизоды резкой слабости, сопровождающиеся гипотонией и брадикардией. На ЭКГ зарегистрирована брадикардия, A-V-блокада II степени.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития гипотонии, брадикардии и A-V- блокада II степени у данного пациента.

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия.

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с метопрололом по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 6**

Больной Б., 48 лет, поступил с жалобами на давящие загрудинные боли, появляющиеся во время физической нагрузки, купирующиеся нитроглицерином. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, частые экстрасистолы. ЧСС - 92 в мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет. ЭКГ - синусовая тахикардия, рубцовые изменения миокарда, частая желудочковая экстрасистолия. Назначен обзидан 160 мг/сутки, сустак-форте 19,2 мг/сутки, панангин, рибоксин.

**Вопросы:**

Какой побочный эффект вероятен у больного при данной комбинации лекарственных средств?

1. +брадикардия;

2.+ гипотония, головокружение;

3. тошнота, рвота, боли в животе;

4. отеки ног, одышка;

5. задержка жидкости.

**Задача 7**

У больного В., 48 лет, отмечаются приступы стенокардии при средней интенсивности физических нарузок. Однократный прием нитроглицерина сублингвально в прошлом привел к обморочному состоянию, в связи с чем больной в дальнейшем отказался от его применения. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь («рабочее» АД 180/100 мм рт.ст.), язвенная болезнь 12 -перстной кишки с повышенной секреторной активностью желудка, гипофункция щитовидной железы. На эхокардиографии были обнаружены признаки идиопатического гипертрофического субаортального стеноза с малой выраженностью обструкции выходного тракта левого желудочка. На момент осмотра АД 190/100 мм рт.ст., ЧСС - 72 в мин.

**Вопросы:**

А. Следующие препараты противопоказаны для назначения больному:

1. бета-адреноблокаторы;

2. кордарон;

3. верапамил и дилтиазем;

4+. нифедипин;

5. +каптоприл;

6. +нитросорбид.

Б. Подберите характерные побочные эффекты к препаратам из вопроса А:

а. брадикардия;

б. гипотония;

в. бронхоспазм;

г. тахикардия;

д. нарушение функции щитовидной железы;

е.перемежающаяся хромота;

ж. AV блокада;

В. Выберите оптимальную группу лекарственных средств для курсового лечения больного:

1. бета-адреноблокаторы;

2. пролонгирование нитраты;

3. кордарон;

4. +верапамил;

5. нифедипин;

6. эналаприл.

**Задача 8**

Больной Б., 48 лет, в течение 18 лет страдает сахарным диабетом, по поводу которого получает инсулин до 70 ЕД сутки, что поддерживает уровень гликемии в пределах 7,5-8,6 ммоль/л. В последнее время стало повышаться АД до 170/90 - 180/100 мм рт. ст., в связи с чем лечащий врач назначил обзидан в суточной дозе 120 мг.

**Вопросы:**

Какие побочные эффекты следует ожидать при данной комбинации лекарственных средств?

А. повышение уровня сахара в крови;

Б. понижение уровня сахара в крови.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 5: Понятие о лекарственном формуляре лечебного учреждения.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Понятие о лекарственном формуляре ЛУ. Его значение, критерии составления. Контроль за выполнением.

2. Рациональное использование лекарственных средств в стационаре. Правильность хранения, обоснование назначения ЛС в истории болезни, особенно дорогостоящих.

3. Правовые вопросы, связанные с закупкой лекарственных средств у отечественнных и зарубежных производителей, а также у фирм, занимающихся крупно- и мелкооптовой поставкой лекарственных средств.

4. Организация в стационаре собственного архива по использованию лекарственных средств. Формы обучения врачей, работа с информационным материалом.

**Тестовые задания**

1. **Разработка формулярного списка ЛС включает:**
2. анализ структуры заболеваемости и состояния лекарственного обеспечения;
3. отбор ЛС для формулярного списка;
4. утверждение формулярного списка ЛС;
5. установление поставщиков ЛС;
6. штатное расписание фармацевтической службы.
7. **Прямые затраты на лечение включают:**
8. затраты на приобретение ЛС;
9. затраты, связанные с использованием оборудования;
10. затраты на оплату труда медицинских работников;
11. затраты, связанные с потерей производительности;
12. стоимость непроизведенной пациентом продукции.
13. **Формулярный список ЛС учреждения здравоохранения является:**
14. ограничительным;
15. рекомендательным;
16. законодательным;
17. расширительным;
18. определительным.
19. **На какие группы делятся противомикробные ЛС, входящие в формуляр лечебного учреждения:**
20. ЛС, которые может назначать любой врач самостоятельно;
21. ЛС, которые могут быть разрешены к применению только после консультации с клин. фармакологом, микробиологом или другим специалистом, компетентным в области антимикробной химиотерапии
22. ЛС, которые могут быть разрешены к применению только главным врачем лечебного учреждения
23. **Верно ли, что рациональносоставленыйформуляр ЛС позволяет:**
24. Сфокусировать внимание врачей на наиболее значимых для лечения той или иной патологии лекарственных средств
25. Снизить затраты ЛПУ на приобретение лекарственных препаратов с недоказанной эффективностью, сомнительной безопасностью.
26. Все перечисленное верно
27. Нет правильного ответа
28. **Разрешение на использование “неформулярных” препаратов в лечебном учреждении осуществляется:**
29. заведующим отделением
30. заведующим аптекой
31. клинико-экспертной комиссией (КЭК)
32. главным врачем ЛУ
33. **Кто может проводить генерическую замену препаратов**
34. Провизор
35. Врач
36. больной самостоятельно
37. Медицинская сестра
38. **Кто может проводить терапевтическую замену препаратов**
39. Провизор
40. Врач
41. больной самостоятельно
42. Медицинская сестра
43. **Виды деятельности формулярной комиссии по поддержанию формулярной системы**
44. Разработка и внедрение стандартов и протоколов ведения больных.
45. Внедрение Программы Оценки Использования Лекарственных средств(ОИЛС)
46. Мониторинг побочных реакций
47. Обновление формулярного списка и формулярного справочника.
48. Все перечисленное верно
49. Нет правильного ответа
50. **Задачами Программы ОИЛС являются следующие:**
51. Обеспечение рационального подхода к лекарственной терапии и ее соответствия принятым стандартам и протоколам лечения
52. Усиление контроля и ответственности за использование ЛС
53. Поддержание контроля стоимости используемых ЛС
54. Все перечисленное верно
55. Нет правильного ответа
56. **Отметьте действия, которые могут быть результатом мониторинга НЛР(нежелательных лекарственных реакций) и направленны на сокращение или улучшение предупрежденияНЛР:**
57. изменений в формулярном списке ЛС
58. внедрения новых правил назначения ЛС
59. модификации мониторинга состояний пациентов.
60. Все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Психиатрическая клиническая больница города С. осуществляет консультативную,лечебно-диагностическую, психопрофилактическую, реабилитационную психотерапевтическую помощь в амбулаторных и стационарных условиях. Структурным подразделением клиники является аптека, осуществляющая организацию обеспечения пациентов клиники лекарственными препаратами, перевязочными средствами,медицинскими изделиями, предметами и средствами личной гигиены, предназначенными для ухода за больными. Для лекарственного обеспечения пациентов 1-го психиатрического отделения клиники в аптеку поступило требование на следующие лекарственные препараты: галоперидол, амитриптилин, клозапин (азалептин). Требование выписано на русском языке, имеет штамп медицинской организации, подписано заместителем главного врача по лечебной работе. Провизор отказал в отпуске лекарственных препаратов.

**Вопросы:**

1. К каким фармакотерапевтическим группам относятся эти препараты?

2. Наличие риска каких побочных эффектов отличают галоперидол от клозапина?

3.Какие фармакологические эффекты характерны для амитриптилина и каков механизм их развития?

4.Каков порядок оформления требований-накладных на получение данных лекарственных препаратов в отделения из аптеки медицинской организации?

5.Какие группы лекарственных препаратов подлежат предметно-количественному учету в аптеке медицинской организации? Как должен быть организован предметно-количественный учет лекарственных средств в аптеке?

**Задача 2**

Многопрофильная городская клиническая больница города В. имеет в своем составе аптеку, осуществляющую организацию обеспечения пациентов клиники лекарственными препаратами и перевязочными средствами, медицинскими изделиями,средствами гигиены и ухода за больными. В аптеку обратилась старшая медицинская сестра травматологического отделения с требованием, выписанным на получение 40ампул 1%-ного раствора для инъекций морфина и 50 капсул трамадола (трамала) для оказания медицинской помощи пациентам в отделении. Требование выписано на русском языке и имеет все необходимые реквизиты. Однако провизор отказал старшей медицинской сестре в выдаче указанных препаратов.

**Вопросы:**

**1.** К какой фармакотерапевтической группе относятся морфин и трамадол; какие фармакологические эффекты характерны для препаратов этой группы?

**2.** Каким препаратом следует воспользоваться при передозировке этими средствами и в чем состоит принцип его действия?

**3.** Каков порядок оформления требований-накладных на лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету?

**4.** Укажите порядок хранения препаратов, включенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в аптеке медицинской организации.

**5.**Какой метод используется для определения потребности в морфине? Объясните методику расчета требуемого количества препарата на год для травматологического отделения на 50 коек.

**Задача 3**

В требовании выписаны лекарственные препараты – тримеперидин, нифедипин.Документ выписан на русском языке, имеет штамп медицинской организации, подписан заведующим отделением и заверен печатью медицинской организации «Для рецептов».Старшая медицинская сестра отделения кардиологии №2 получила товар в аптеке, согласно выданной доверенности. Однако, в конце рабочего дня, осуществляя предметноколичественный учет лекарственных препаратов, директор аптеки увидел принятый провизором документ. Он сделал провизору замечание и объяснил, что отпустив по данному требованию-накладной лекарственные препараты, провизор допустила ошибку.

**Вопросы**

1.К какой фармакотерапевтической группе относятся тримеперидин и нифедипин? Предложите синонимы в рамках одного международного непатентованного наименования.

2.Каков порядок оформления требований-накладных на лекарственные препараты?

3.Подлежат ли указанные лекарственные препараты предметноколичественному учету в аптеке? Если да, то каков порядок учета?

4.Назовите порядок хранения лекарственного препарата тримеперидин в аптечной организации.

5.Объясните методику расчета требуемого количества препарата тримеперидин на год для хирургического отделения на 50 коек.

**Задача 4**

Директор аптеки заключил договор с фирмой «Восток» на поставку циннаризина(стугерона). Объем партии составил 120 штук по цене 90 руб. за упаковку, вся партия была реализована. Повторный договор заключен с фирмой «ВИТА+», где цена за единицу упаковки на 10% ниже. Однако, реализация циннаризина (стугерона) по более низкой цене за аналогичный период увеличилась незначительно и составила 130 упаковок.Розничная цена данного лекарственного препарата в аптеке составила 124,74 руб. Цель ценообразования в аптеке ориентирована на увеличение объема продаж.

**Вопросы:**

1.Добились ли в аптеке реализации цели ценообразования, если нет, то по какой причине. Как в данном случае можно добиться увеличения объема продаж?

2.Предложите методику формирования в аптеке розничной цены циннаризина (стугерона), при условии, что лекарственный препарат не включен в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения.

3.Назовите основные этапы и критерии выбора поставщика.

4.Назовите фармакотерапевтическую группу и механизм действия циннаризина (стугерона).

5.По каким показаниям назначают циннаризин (стугерон)?

**Задача 5**

В аптечную сеть «Здоровье» поступило требование медицинской организации «Горбольница №1», прикрепленной к ней на снабжение. В требовании для отделения терапии №2 выписаны лекарственные препараты: морфилонг, пантопразол. Документ выписан на русском языке, имеет штамп медицинской организации, подписан заведующим отделением и заверен печатью медицинской организации. Старшая медицинская сестра отделения терапии № 2 получила товар в аптеке, согласно выданной доверенности. Однако в конце рабочего дня, осуществляя предметно-количественный учет наркотических лекарственных препаратов, директор аптеки увидел принятый провизором документ. Он сделал провизору замечание и объяснил, что, отпустив по такому требованию-накладной лекарственные препараты, провизор допустила ошибку.

**Вопросы**

1. К какой фармакотерапевтической группе относятся морфилонг и пантопразол? Предложите синонимы в рамках одного международного непатентованного наименования

2. Каков порядок оформления требований на лекарственные препараты?

**Задача 6**

Директор аптеки провела переговоры с коммерческим отделом фармацевтического завода и заключила договор на приобретение лекарственных препаратов: трава душицы,фильтр-пакеты по 2,0 г. – 100 пачек, толокнянки листья, фас.по 50,0 г. – 200 пачек,субстанции эфедрина гидрохлорида. При выборе поставщика были учтены критерии: цена поставки, сроки поставки, условия оплаты товара, которые впоследствии были отражены в договоре. Через месяц аптека получила уведомление от поставщика об отправке груза.При приемке товара в аптеке, которая проводилась по качеству и количеству единиц вложения в течение 3-х дневного периода, в одном из мест серии в одном из тюков обнаружено недовложение 20 пачек толокнянки листья, фас.по 50,0. Директором аптеки начата претензионная работа.

**Вопросы**

1. Каковы должны быть профессиональные действия материальноответственного лица при обнаружении несоответствия по количеству и/или качеству при приемке товара?

2. В чем заключается работа аптеки по оформлению недостачи товара и предъявлению претензий в данном случае?

3. Перечислите документы, на основании которых осуществляется прием товара в аптеке. Назовите документы, в которых учитывается поступивший в аптеку товар.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.
* Анализ формулярного списка лекарственных средств базового лечебного учреждения

**Тема № 6: Основные принципы проведения апробации лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Проведение различных форм апробации лекарственных препаратов в условиях стационара для оценки их переносимости, эффективности, взаимодействия и решения других вопросов, необходимых для выяснения широты применения изучаемого лекарственного препарата: программа исследования, рандомизация группы больных, соблюдение этических норм, выбор контрольной группы, маркерного препарата или плацебо, алгоритм проведения исследования, схема контроля, анализ полученных данных, заключение.

2. Принципы клинических испытаний новых лекарственных средств по правилам Качественной практики (GCP) . Основные концепции и элементы системы GCP. Стандартные операционные процедуры как основа системы GCP.

3. Фазы клинических исследований, принципы организации рандомизированных групп.

4. Этапы апробации лекарственных средств, принципы регистрации новых медикаментов.

5. Место Фармакологического и Фармакопейного комитетов МЗ РФ в осуществлении регистрации и контроля за применением и созданием новых медикаментов. Фармакопейная статья, временная фармакопейная статья, нормативно-техническая документация на препараты.

**Тестовые задания**

1. **Этапы апробации новых лекарственных средств**
2. Изучение invitro.
3. Проверка на животных.
4. Клинические испытания.
5. Все перечисленное верно
6. **Методы изыскания новых лекарственных средств:**
7. Химическая модификация известных молекул;
8. Эмпирический конструирование – скрининг биологической активности большого количества натуральных продуктов, рядов ранее открытых химических структур;
9. Направленный синтез (рациональный дизайн) - основан на понимании биологических механизмов и химической структуры;
10. Рациональное компьютерное конструирование новых веществ с желаемыми свойствами.
11. Лекарственный экспериментальный скрининг на животных:
12. Все перечисленное верно
13. **Проведение клинических испытанийЛС невключаетфазу**
14. Изучение invitro
15. тестирование на животных;
16. испытания на здоровых добровольцах;
17. ограниченная группа пациентов с профильным заболеванием;
18. крупномасштабные исследования на большой групп пациентов;
19. пострегистрационные мультицентровые исследования.
20. **Фаза I клинических исследований ЛС:**
21. тестирование на животных;
22. испытания на здоровых добровольцах;
23. ограниченная группа пациентов с профильным заболеванием;
24. крупномасштабные исследования на большой групп пациентов;
25. пострегистрационные мультицентровые исследования.
26. **Фаза II клинических исследований ЛС:**
27. тестирование на животных;
28. испытания на здоровых добровольцах;
29. ограниченная группа пациентов с профильным заболеванием;
30. крупномасштабные исследования на большой группе пациентов;
31. пострегистрационные мультицентровые исследования.
32. **Фаза III клинических исследований ЛС:**
33. тестирование на животных;
34. испытания на здоровых добровольцах;
35. ограниченная группа пациентов с профильным заболеванием;
36. крупномасштабные исследования на большой группе пациентов различного возраста (тысячи человек);
37. пострегистрационные мультицентровые исследования.
38. **Оценка токсичности и потенциальной мутагенности проводится в следующую фазу исследований:**
39. тестирование на животных;
40. испытания на здоровых добровольцах;
41. ограниченная группа пациентов;
42. крупномасштабные исследования на большой группе пациентов;
43. пострегистрационные мультицентровые исследования.
44. **Какой цвет капсулы ЛС оказывает наиболее выраженный анальгетический плацебозависимый эффект:**
45. красный;
46. желтый;
47. синий;
48. зеленый;
49. не имеет значения.
50. **Биоэквивалентные исследования в Республике Беларусь должны проводиться для следующих групп ЛС и форм:**
51. растворов для внутривенного введения;
52. ЛС в капсулах;
53. водных растворов для местного применения;
54. водных растворов в виде назальных спреев;
55. все варианты ответов верны.
56. **Биоэквивалентные исследования в Республике Беларусь не должны проводиться для следующих групп ЛС и форм:**
57. растворов для внутривенного введения;
58. медицинские газы;
59. водные растворы для местного применения;
60. водные растворы в виде назальных спреев;
61. все варианты ответов верны.
62. **Дженерик признается биоэквивалентным оригинальному ЛС при разнице концентрации в крови добровольцев не более:**
63. 20 %;
64. 10 %;
65. 15 %;
66. 30 %;
67. 5 %.
68. **При каких состояниях характерно увеличение периода полуэлиминации: 1. шок 2. пожилой возраст 3. почечная недостаточность 4. прием барбитуратов 5. инфаркт миокарда 6. увеличение скорости клубочковой фильтрации?**
69. правильные ответы 1, 2 и 3;
70. правильные ответы 1 и 3;
71. правильные ответы 2 и 4;
72. правильный ответ 4;
73. все варианты
74. **При проведении апробации лекарственных препаратов в условиях стационаров проводят оценку:**
75. переносимости лекарственных препаратов
76. эффективности лекарственных препаратов
77. безопасности применения лекарственных средств
78. взаимодействия лекарственных средств
79. Определение широты применения изучаемого лекарственного препарата.
80. **Доклиническое исследование – это …** 
    1. Изучение, оценка фармакологического средства по решению уполномоченного на то органа эффективности, безвредности, дозировки и преимущества данного средства.
    2. Изучение фармакологических, токсических и фармацевтических свойств веществ и/или их комбинаций, разработка и исследование готовых лекарственных форм в целях получения доказательства их качества и эффективности, а также данных о нежелательных реакциях организма человека и животного.
    3. Изучение диагностических, лечебных, профилактических, фармакологических свойств лекарственного препарата в процессе его применения у человека, животного, в том числе процессов всасывания, распределения, изменения и выведения, путем применения научных методов оценок в целях получения доказательств безопасности, качества и эффективности лекарственного препарата, данных о нежелательных реакциях организма человека, животного на применение лекарственного препарата и об эффекте его взаимодействия с другими лекарственными препаратами и пищевыми продуктами.
    4. Биологические, микробиологические, иммунологические, токсикологические, фармакологические, физические, химические и другие исследования лекарственного средства путем применения научных методов оценок в целях получения доказательств безопасности, качества и эффективности лекарственного средства.
81. **Целью доклинических исследований лекарственных средств является:**
82. Изучение эффективности, биодоступности и биоусвояемости лекарственных средств.
83. Получение научными методами оценок и доказательств эффективности и безопасности лекарственных средств.
84. Установить переносимость препарата и наличие у него терапевтического действия.
85. **Программа доклинического изучения безопасности лекарственных препаратов должна включать:**
86. Изучение влияния на репродуктивную функцию
87. Оценка аллергизирующих свойств
88. Общетоксикологическое изучение
89. Изучение канцерогенности
90. Изучение мутагенности
91. Оценка иммунотоксичности
92. Определение оптимальной дозы
93. Изучение эмбриотоксичности и тератогенности
94. Изучение терапевтического действия
95. **Действие вещества, способное вызывать изменения генетического аппарата клетки и приводящее к изменению наследственных свойств, называется:**
96. Канцерогенность
97. Биотрансформация
98. Эмбриотоксичность
99. Мутагенност
100. **Токсическое действие вещества, введённого в однократной дозе или в многократных дозах в течение не более 24 часов, которое может выражаться в расстройстве физиологических функций или нарушении морфологии органов экспериментальных животных, а также гибели животного, называется:**
101. Острая токсичность
102. Общая токсичность
103. Системная токсичность
104. Хроническая токсичность
105. **.Эмбриотоксичность – это…**
106. Свойство, характеризующее способность вещества вызывать гибель плода.
107. Свойство, характеризующее способность вещества вызывать нарушение развития или гибель плода. C
108. Свойство, характеризующее способность вещества сразу после введения вызывать гибель плода.
109. Свойство, характеризующее способность вещества вызывать нарушение развития или гибель экспериментального животного.
110. **Изучение общетоксического действия позволяет решить следующие задачи:**
111. Определить переносимые и токсические дозы фармакологического вещества.
112. Выявить наиболее чувствительные к изучаемому фармакологическому веществу органы и системы организма.
113. Исследовать биодоступность изучаемого фармакологического вещества.
114. Выявить характер и степень патологических изменений в органах.
115. Исследовать обратимость вызываемых повреждений.
116. Изучить зависимость токсических эффектов от дозы и длительности применения фармакологического средства.
117. **К методам тестирования мутагенности фармакологических средств относятся:**
118. Мутационный тест на Salmonellatyphimurium
119. Учет аббераций хромосом в клетках костного мозга млекопитающих
120. Феномен Овери у морских свинок
121. Тест Эймса
122. **Безопасность лекарственного средства – это…**
123. Соответствие лекарственного средства требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия нормативной документации или нормативного документа.
124. Характеристика влияния лекарственного препарата на течение, продолжительность заболевания или его предотвращение, реабилитацию, на сохранение, предотвращение или прерывание беременности.
125. Характеристика лекарственного средства, основанная на сравнительном анализе его эффективности и риска причинения вреда здоровью, а также степени положительного влияния этого препарата с имеющимся аналогом
126. Характеристика степени положительного влияния лекарственного препарата на течение, продолжительность заболевания или его предотвращение, реабилитацию, на сохранение, предотвращение или прерывание беременности.
127. **Финансовое обеспечение разработки лекарственных средств осуществляется за счет:**
128. Средств Минздрава России
129. Средств, любых не запрещенных законодательством Российской Федерации источников
130. Средств разработчиков лекарственных средств
131. Средств федерального бюджета
132. Средств производителей лекарственных средств
133. **Разработчиком лекарственного средства является:**
134. Организация, обладающая правами на результаты доклинических исследований лекарственного средства, клинических исследований лекарственного препарата, а также на технологию производства лекарственного средства.
135. Организация, которая является спонсором проведения доклинических и клинических исследований лекарственного средства.
136. Организация, которая участвует в проведении доклинических исследований лекарственного средства.
137. Организация, обладающая правами на результаты доклинических исследований лекарственного средства
138. **Фармацевтической субстанцией называется:**
139. Вещества неорганического или органического происхождения, используемые в процессе производства, изготовления лекарственных препаратов для придания им необходимых физико- химических свойств.
140. Лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности.
141. Лекарственные средства в виде действующих веществ биологического, биотехнологического, минерального или химического происхождения, обладающие фармакологической активностью, предназначенные для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяющие их эффективность.
142. Состояние лекарственного препарата, соответствующее способам его введения и применения и обеспечивающее достижение необходимого лечебного эффекта.
143. **Федеральный закон о лекарственных средствах регулирует:**
144. Регулирует отношения, возникающие в связи с обращением - разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом на территорию Российской Федерации, вывозом с территории Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств.
145. Регулирует отношения, возникающие в связи с обращением - разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, со стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом на территорию Российской Федерации, вывозом с территории Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств.
146. отношения, возникающие в связи с проведением доклинических и клинических исследований, экспертизой и с государственной регистрацией, со стандартизацией и с контролем качества, производством и изготовлением лекарственных средств.
147. **Контроль качества доклинических исследований осуществляет:**
148. Комиссия по Биоэтике
149. «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России
150. Организация, обладающая правами на результаты доклинических и клинических исследований лекарственного средства
151. Организация-разработчик лекарственного средства, которая проводит доклинические исследования.
152. **Правила GLP не включают в себя:**
153. Стандартные методики экспериментальных работ
154. Требования к спонсору проведения испытаний
155. Требования к помещениям, в которых проводятся испытания и содержатся животные
156. Требования к качеству животных, к условиям их содержания и кормления
157. Требования к службе контроля за качеством испытаний
158. Требования к личному составу исследователей
159. Требования к организации испытаний
160. **В тесте Эймса о наличии мутагенного действия препарата судят:**
161. По индикации обратных мутаций от ауксотрофности по гистидину к прототрофности.
162. По повышенной смертности экспериментальных животных. C
163. По изменению активности β-галактозидазы.
164. По характерному изменению окраски питательной среды.
165. **В системе доклинического изучения безопасности лекарственных средств следует применять краткосрочное тестирование на канцерогенность (батареи краткосрочных скрининговых тестов (КСТ)). Какие тесты включает минимальная батарея КСТ?**
166. Тесты на выявление генных мутаций
167. Цитогенетические тесты
168. Тесты на повреждения ДНК
169. Тесты на промоторную активность
170. Прямые экспресс-тесты, регистрирующие опухолеобразующий потенциал тестируемых веществ
171. Тесты по индукции опухолей у млекопитающих
172. **При изучении канцерогенности лекарственного средства в хроническом эксперименте, как правило, исользуют два пути введения. Не зависимо от того какой путь используют в клинике, одним из двух путей введения должен быть…:**
173. Внутрикожный
174. Внутрибрюшинный
175. Внутрижелудочный
176. **Доказательная медицина - это:**
177. добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного.
178. обобщения и интерпретации лабораторных данных.
179. самостоятельная медицинская наука
180. изучение здоровья населения.
181. теоретическая база советского здравоохранения.
182. **Термин "EVIDENCE-BASED MEDICINE" (ЕВМ) или "научно-доказательная медицина" (НДМ) был предложен в:**
183. 1990 Г.
184. 1992 г.
185. 1993 г.
186. 1990 г.
187. 1996 г.
188. **Термин "EVIDENCE-BASED MEDICINE" (ЕВМ) или "научно-доказательная медицина" (НДМ) был предложен:**
189. +Канадскими учеными
190. Американскими учеными
191. Японскими учеными
192. Российскими учеными
193. Всемирной организацией здравоохранения
194. **Укажите правильное определение доказательной медицины:**
195. Технология сбора, критического анализа, обобщения и интерпретации научной информации
196. Информация о результатах клинических исследований, доказывающих преимущества лекарственного препарата;
197. Метод исследования для выбора лечения только одного больного.
198. Теоретическая база научных исследований.
199. Критический анализ информации.
200. **Правильные предпосылки доказательной медицины:**
201. Большой объем информации
202. периодический обмен информацией
203. Устаревшие медицинские знания
204. Более 100 000 статей.
205. Более 4 000 000 статей в год
206. **Принятие решений, не основанное на принципах доказательной медицины - это:**
207. Принятие решений, основанное на коротком рассказе
208. БПринятие решений, основанное на научных подходах
209. Принятие решений в зависимости от заболевания
210. Принятие решения в зависимости от статутса больного
211. Принятие решений, основанное на экономических затратах
212. **Основным аспектом доказательной медицины является:**
213. Критическая оценка доказательств в экономике здравоохранения.
214. Выявление обоснованных сведений в медицине.
215. Критическая оценка научной информации на предмет достоверности и полезности и выявление обоснованных сведений для ответа на вопросы;
216. Выявление лучших результатов биологических исследований;
217. выявление лучших эпидемиологических результатов.
218. **К доказательной медицины**
219. информационный поиск научной информации
220. технология сбора информационного материала
221. технология сбора, анализа научной информации для принятия правильного клинического решения
222. технология поиска, сбора, анализа научной доказательной информации
223. информации для принятия правильного клинического решения
224. **клинические испытания**
225. исследования в науке
226. исследования в медицине
227. завершающий этап клинического исследования
228. этап клинического исследования, включающий проведение эксперимента
229. этап клинического исследования, включающий сбор научной информации
230. **Понятие «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» введено учеными университета**
231. Сорбонны
232. Мак-Мастер
233. Гарвардский
234. Оксфордский
235. Кембриджский
236. **Университет, где введено ПОНЯТИЕ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» находится в**
237. США
238. Канаде
239. Англии
240. Франции
241. Германии
242. **Базовые вопросы чаще всего используют врачи, имеющие опыт**
243. малый
244. средний
245. большой
246. минимальный
247. продолжительный
248. **Прикладные вопросы чаще всего задают врачи с опытом работы**
249. малым
250. средним
251. большим
252. минимальным
253. продолжительным
254. **Принцип PICO подразумевает**
     1. поиск научной информации
     2. составление 2-х компонентного вопроса
     3. составление 4-х компонентного вопроса
     4. критический анализ научной информации
     5. правильное формулирование клинического вопроса
255. **1 шаг в доказательной медицине**
     1. разработка практических руководств
     2. написание статьи по выбранной теме
     3. поиск информации по выбранной теме
     4. формулирование клинического вопроса
     5. применение научных данных в практику
256. **2 шаг доказательной медицины – это**
     1. изучение состояние вопроса в мировой литературе
     2. поиск научной информации в электронной базе данных
     3. выпуск статьи
     4. выбор метода лечения
     5. выбор методы диагностики
257. **3 шагом в доказательной медицине является**
258. разработка практических руководств
259. написание статьи по выбранной теме
260. поиск информации по выбранной теме
261. формулирование клинического вопроса
262. критический анализ научной информации
263. **В доказательной медицине 4 шаг включает**
264. разработка практических руководств
265. написание статьи по выбранной теме
266. поиск информации по выбранной теме
267. формулирование клинического вопроса
268. применение научных данных в практику
269. **К одному из компонентов прикладного вопроса относится**
     1. исход
     2. прогноз
     3. инвалидизация
     4. лекарственное средство
     5. оздоровление
270. **Обязательный компонент прикладного вопроса**
271. вопросительное слово
272. пациент или проблема
273. моделирование ситуации
274. медицинский работник
275. литература
276. **К клиническим исходам в клинической эпидемиологии относится**
     1. риск
     2. прогноз
     3. частота
     4. лечение
     5. инвалидизация

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**.

При проведении КИ двух ЛС пациентов делили на группы разными способами. В первом случае пациентов делили по четности номера карты (четные номера -- основная группа, нечетные -- контрольная). Во втором случае -- по дню недели поступления в стационар (понедельник, среда, пятница, воскресенье -- основная группа, вторник, четверг, суббота -- контрольная).

**Вопросы:**

1. · Оцените правильность организации первого и второго исследования.
2. · Дайте рекомендации по проведению рандомизации.

**Задача 2.**

В КИ нового препарата для снижения уровня триглицеридов крови пациенты были поделены на две группы. Пациенты первой группы получали препарат, второй группы -- плацебо. Пациенты знали свою принадлежность к группе.

В КИ антибиотика у пациентов с пневмонией результат оценивали по изменению рентгенологической картины. Врач, проводивший испытание, знал принадлежность пациентов к контрольной или основной группе. При этом улучшение рентгенологической картины врач быстрее выявлял у пациентов экспериментальной группы.

Было проведено КИ нового дорогостоящего препарата класса статинов. Статистик, оценивающий результаты, знал принадлежность пациентов к контрольной или основной группе. По совместительству статистик работал в фармацевтической компании, заказавшей это исследование.

**Вопросы:**

1. · Оцените правильность организации исследований в указанных случаях.
2. · Объясните, каким образом такая организация исследования могла повлиять на полученные результаты.

**Задача 3.**

В исследовании первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний было использовано практически идеальное плацебо. Одни участники получали колестирамин (экспериментальная группа), другие -- плацебо (контрольная группа). Однако побочные эффекты были отмечены существенно чаще в экспериментальной группе. В конце первого года испытания у пациентов экспериментальной группы чаще, чем контрольной, были запоры (39% против 10%), изжога (27% против 10%), отрыжка и метеоризм (27 % против 16 %), а также тошнота (16% против 8 %).

**Вопросы:**

Оцените, каким образом данная ситуация может повлиять на полученные результат

**Задача 4.**

В крупном исследовании изучали влияния нескольких ги-полипидемических препаратов на развитие стенокардии 1103 мужчинам был назначен клофибрат и 2789 мужчинам -- плацебо. Летальность за последние 5 лет составила в среднем 20, 0 % в группе принимавших клофибрат и 20, 9% в группе принимавших плацебо, что указывает на неэффективность препарата. В то же время было обнаружено, что не все пациенты принимали ЛС. Был ли клофибрат эффективен у тех, кто действительно принимал препарат? Ответ был утвердительным. В экспериментальной группе летальность за последние 5 лет среди пациентов, действительно принимавших клофибрат, составила 11, 0 % по сравнениюс 26, 4% у пациентов, не соблюдавших схему лечения (р< 0, 05). Летальность среди больных, строго выполнявших назначения и принимавших плацебо, также снизилась. В данном случае летальность за последние 5 лет у пациентов, действительно принимавших препарат, составила 19, 3 % против 25, 3 % среди тех, кто не принимал его (р< 0, 05 ).

**Вопросы:**

1. · Оцените полученные результаты.
2. · Укажите причины, повлиявшие на результаты исследования.
3. · Сделайте предварительный вывод об эффективности препарата.

**Задача 5.**

Проанализируйте перечисленные методы медицинского вмешательства. О Внутривенные инъекции. 0 Пероральная форма ЛС. 0 Мануальная терапия. 0 Иглорефлексотерапия. 0 Оперативное вмешательство.

**Вопросы:**

1. · Определите возможные трудности стандартизации и дозиметрии указанных методов.
2. · Дайте обоснование принятого решения.

**Задача 6.**

При отсутствии адекватного лечения больные СПИДом погибают в течение нескольких лет после появления симптомов. Изучению эффективности методов лечения больных СПИДом препятствует нарушение обычных процедур рандомизированных испытаний, поскольку пациенты хотят увеличить свои шансы на выживание. В ходе рандомизированных испытаний пациенты иногда обмениваются препаратами или получают через «лекарственные клубы» препараты, не используемые в испытании. О таких поступках они не сообщают исследователям, поэтому эти факторы невозможно учесть при подведении итогов испытания.

**Вопросы:**

Определите, каким образом такое вмешательство в исследование оказывает влияние на получаемые результаты.

**Задача 7.**

При проведении КИ нового антибиотика была произведена выборка больных пневмонией легкой формы течения. Случайным образом были сформированы четыре группы пациентов. В первой группе вмешательство не проводили, наблюдение за состоянием пациента не было установлено; за пациентами второй группы было установлено наблюдение; в третьей группе пациенты получали плацебо в четвертой -- исследуемый препарат. Через неделю была проведена оценка эффективности лечения. Критерий эффективности -- клиническое улучшение состояния. В первой группе улучшение состояния отмечено у 15 % пациентов, во второй -- у 23 %, в третьей -- у 35 %, в четвертой -- у 85%.

**Вопросы:**

Оцените полученные результаты.

**Задача 8.**

При проведении РКИ эффективности препарата арбидол среди детей в возрасте от 2 до 6 лет было сформировано две группы: основная (экспериментальная) группа численностью 143 пациента и контрольная -- 151 пациент. Пациенты основной группы получали арбидол в дозе 0, 05 в течение 6 дней, пациенты контрольной группы получали плацебо. Исследование шло в течение 3-х мес, после чего оценивали результаты по числу заболевших гриппом и ОРВИ, а также число случаев осложнений гриппа и ОРВИ. В опытной группе заболели 66 пациентов, при этом осложнения были у 7 из них, в контрольной группе заболели 95 пациентов, осложнения были у 20.

**Вопросы:**

Оцените эффективность препарата Арбидол по предотвращению развития заболевания гриппом, ОРВИ и осложнений.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 7: Введение в фармакоэкономику.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1 Понятие фармакоэкономики. Фармакоэкономический лексикон.

2. Виды фармакоэкономического анализа.

3. Анализ стоимости болезни.

4. АВС/VEN анализ.

5. Анализ затраты-эффективность.

6. Анализ минимизации затрат.

7. Анализ затраты-выгода.

8. Качество жизни как метод оценки эффективности ЛС. Анализ стоимость-полезность.

9. Принципы построения информационной службы, компьютерные программы, связь с Медлайном, с Интернетом.

**Тестовые задания**

1. **Наука, изучающая вопросы экономической целесообразности применения лекарственных средств и медицинских технологий в лечебном процессе**
2. фармакоэкономика
3. фармакотерапия
4. фармакология
5. фармакогнозия
6. фармакогенетика
7. **Фармакоэкономический анализ предполагает**
8. сравнительный анализ двух и более методов лечения и профилактики
9. выбор наиболее дешёвой из альтернативных медицинских технологий
10. расчёт необходимых вложений для оказания медицинской помощи
11. анализ финансовой устойчивости медицинской организации
12. **Объектами изучения фармакоэкономики являются**
13. профилактика и реабилитация
14. безопасность и эффективность медицинских вмешательств
15. профилактика и диагностика
16. диагностика
17. лечение
18. **Международное общество фармакоэкономических исследований**
19. ISPOR
20. NICOR
21. BINOR
22. SIPOR
23. **Основным инструментом фармакоэкономики является**
24. фармакоэкономический процесс
25. фармакоэкономический анализ
26. фармакоэкономическая диагностика
27. фармакоэкономический объект
28. **Одними из конкурирующих препаратов на фармацевтическом рынке являются**
29. измененные и оригинальные
30. генетические и оригинальные
31. генерические и оригинальные
32. бракованные и оригинальные
33. **Один из способов фармакоэкономического анализа**
34. оценка качества фармакотерапии
35. оценка качества медикаментозной помощи
36. оптимизация лечебного процесса
37. сокращение использования лекарственных средств
38. **По дизайну одна из наиболее часто встречающихся в фармакоэкономике модель**
39. «Дерево решений»
40. «Орбита Вселенной»
41. «Сон Зигмунта»
42. «Плачь Сары Конор»
43. **Основным методом фармакоэкономического анализа является**
44. анализ «стоимость - моделирование»
45. анализ «эффект денежных программ»
46. анализ «затраты - эффективность»
47. анализ «стоимость - дисконтирование»
48. **Основным методом фармакоэкономического анализа является**
49. анализ «экономика - болезнь»
50. анализ «эффект денежных затрат»
51. анализ «стойкость болезни»
52. анализ «затраты - выгода»
53. **Прямыми медицинскими затратами являются**
54. затраты на немедицинские услуги
55. затраты на оплату больничного листа
56. затраты на лекарственные препараты
57. затраты на личные расходы пациентов
58. **Название клинико-экономического анализа в применении к лекарственным средствам**
59. фармакопрофилактический анализ
60. фармакоэкономический анализ
61. фармакомедицинский анализ
62. фармакосоциальный анализ
63. **Прямыми немедицинскими затратами являются**
64. затраты на материалную поддержку пациентов
65. затраты на питание пациентов
66. затраты на профилактические медицинские услуги
67. затраты на транспортировку пациентов общественным транспортом
68. **Нематериальными затратами являются**
69. затраты на реабилитационные процедуры
70. затраты на пособие по инвалидности
71. затраты, связанные со страданиями, которые испытывает пациент вследствие проходимого им курса лечения
72. затраты на оплату больничного листа
73. **Затраты связанные с пребыванием пациента в ЛПУ и стоимость лечения побочных эффектов основной терапии**
74. прямые немедицинские затраты
75. прямые медицинские затраты
76. непрямые затраты
77. прямые немедицинские затраты
78. **Нематериальные затраты включают**
79. субъективно воспринимаемые пациентом факторы, влияющие на его качество жизни
80. оплату работы врачей, медицинского персонала
81. стоимость лечебной диеты, транспортировка
82. оплату работы врачей, стоимость лечения побочных эффектов терапии
83. **Модель Маркова – это**
84. метод экономического моделирования
85. модель идеального общества
86. анализ нематериальных затрат
87. анализ минимизации затрат
88. **Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность оценивает**
89. стоимость одного года спасенной жизни
90. стоимость предотвращения одного осложнения
91. общественную пользу эффективного лечения
92. стоимость одного года жизни, прожитого с абсолютным качеством жизни
93. **Формула CMA = (DC1-DC2), где CMA**
94. разница соотношений затрат сравниваемых вмешательств
95. непрямые затраты
96. прямые затраты
97. соотношение дополнительных затрат
98. **Формула CEA = (DC+IC)/EF, где DC**
99. непрямые затраты
100. прямые затраты
101. соотношение затрат сравниваемых вмешательств
102. эффективность лечения
103. **Интегрированный показатель QALY отражает**
104. продолжительность и качество жизни пациента
105. трудоспособность пациента
106. лечение пациента
107. степень здоровья пациента
108. **Формула CMA = (DC1-DC2), где DC1**
109. прямые затраты
110. непрямые затраты
111. разница соотношений затрат
112. эффективность лечения
113. **Формула CEA = (DC+IC)/EF, где EF**
114. непрямые затраты
115. разница соотношений затрат
116. эффективность лечения
117. прямые затраты
118. **Основной метод клинико-экономического анализа**
119. модель Маркова
120. дисконтирование
121. частотный анализ
122. анализ чувствительности
123. **Формула COL = DC+IC, где COL**
124. прямые затраты
125. косвенные затраты
126. показатель стоимости болезни
127. непрямые затраты
128. **Формула CEA = (DC+IC)/EF, где DC**
129. непрямые затраты
130. разница соотношений затрат
131. эффективность лечения
132. прямые затраты
133. **Анализ минимизации-затрат используется для**
134. сравнения стоимости двух и более методов лечения
135. определения соотношения стоимости лечения и его полезности
136. рейтинговых или визуально-аналоговых шкал
137. отражения продолжительности жизни
138. **Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность оценивает**
139. стоимость одного года спасенной жизни
140. стоимость предотвращения одного осложнения
141. общественную пользу эффективного лечения
142. стоимость одного года жизни, прожитого с абсолютным качеством жизни
143. **Показатель «качества жизни» используют для расчета**
144. соотношения продолжительности жизни и ее качества
145. соотношения эффективности и стоимости
146. соотношения затрат и лечения
147. соотношения стоимости и эффективности
148. **Основной метод клинико-экономического анализа**
149. анализ минимизации затрат
150. дисконтирование
151. частотный анализ
152. анализ чувствительности
153. **Вспомогательный метод фармакологического анализа**
154. анализ чувствительности
155. анализ минимизации затрат
156. анализ затраты-выгода
157. экономическое моделирование
158. **Анализ минимизации затрат используется для**
159. сравнения стоимости двух и более методов лечения
160. определения соотношения стоимости лечения и его полезности
161. рейтинговых или визуально-аналоговых шкал
162. отражения продолжительности жизни
163. **38. Лекарственный препарат, относящийся к группе VITAL**
164. глюкокортикостероиды
165. анальгетики
166. витамины
167. смазмолитики
168. нестероидные противовоспалительные
169. **VEN анализ на соответствие лекарственного препарата позиции «VITAL» для конкретного заболевания**
170. формальный
171. экспертный
172. практический
173. теоретический
174. **Ven анализ отнесения лекарственного препарата к позиции «VITAL» в соответствии с нормативными документами**
175. формальный
176. экспертный
177. практический
178. теоретический
179. **NON- ESSENTIAL**
180. это лекарственные препараты важные для спасения жизни, имеющие опасный для жизни синдром отмены, постоянно необходимые для поддержания жизни
181. это лекарственные препараты эффективные при лечении менее опасных, но серьёзных заболеваний
182. это лекарственные препараты для лечения легких заболеваний, лекарства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарства, используемые с симптоматическими показаниями
183. это лекарственные препараты не эффективные при лечении, не дорогостоящие лекарства
184. **ESSENTIAL**
185. это лекарственные препараты важные для спасения жизни, имеющие опасный для жизни синдром отмены, постоянно необходимые для поддержания жизни
186. это лекарственные препараты эффективные при лечении менее опасных, но серьёзных заболеваний
187. это лекарственные препараты для лечения легких заболеваний, лекарства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарства, используемые с симптоматическими показаниями
188. это лекарственные препараты не эффективные при лечении, не дорогостоящие лекарства
189. **VITAL**
190. это лекарственные препараты важные для спасения жизни, имеющие опасный для жизни синдром отмены, постоянно необходимые для поддержания жизни
191. это лекарственные препараты эффективные при лечении менее опасных, но серьёзных заболеваний
192. это лекарственные препараты для лечения легких заболеваний, лекарства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарства, используемые с симптоматическими показаниями
193. это лекарственные препараты не эффективные при лечении, не дорогостоящие лекарства
194. **Один из основных факторов определяющих стоимость лечения**
195. тяжесть заболевания
196. характер пациента
197. оснащенность лечебного учреждения
198. отношение между врачом и пациентом
199. **Анализ «стоимость- эффективность» рассчитывается по формуле**
200. СЕА = (DC + IC ) / EF
201. CMA = (DC1- DC2)
202. CMA = (DC1+ IC 1) – (DC2 + IC2)
203. CEA = (DC + IC) \* EF
204. **Метод экономического моделирования**
205. дерево решений
206. дисконтирование
207. ABC/ VEN
208. анализ чувствительности
209. **По категории жизненной важности гепарины относятся к**
210. жизненно-важным
211. необходимым
212. второстепенным
213. первостепенным
214. **По категории жизненной важности Но-Шпа относится к**
215. жизненно-важным
216. необходимым
217. второстепенным
218. первостепенным
219. **По категории жизненной важности амлодипин относится к**
220. жизненно-важным
221. необходимым
222. второстепенным
223. первостепенным
224. **По категории жизненной важности VEN анализа амоксиклав относится к**
225. жизненно-важным
226. необходимым
227. второстепенным
228. первостепенным
229. **Классификация лекарственных препаратов при проведении VEN анализа**
230. жизненно-важные, важные, второстепенные
231. жизненно-важные, необходимые, второстепенные
232. важные, не важные, второстепенные
233. необходимые, важные, второстепенные
234. **Жизненно-важными лекарственными препаратами является**
235. фамотидин
236. валидол
237. инсулин
238. ацетилсалициловая кислотф
239. промедол
240. **Процент издержек (затрат) для класса «А»**
241. 50-60%
242. 20-30%
243. 90-100%
244. 70-80%
245. **Процент издержек (затрат) для класса «B»**
246. 20%
247. 15%
248. 10%
249. 25%
250. **Процент издержек (затрат) для класса «С»**
251. 75%
252. 10%
253. 5%
254. 50%
255. **Принцип отделения жизненно-важного меньшинства от тривиального большинства предложен**
256. Парето
257. Лазарев
258. Шульгин
259. Янссен
260. **Принцип Парето получил название**
261. «правило Парето»
262. «правило 80/20»
263. «правило меньшинства от большинства»
264. «правило назначений»
265. **АBC анализ представляет собой**
266. метод распределения лекарственных препаратов по трем группам в соответствии с их годовым потреблением
267. метод распределения лекарственных препаратов по трем группам в соответствии с их годовой издержкой
268. метод регистрации лекарственных препаратов по трем группам в соответствии с их годовым потреблением
269. анализ расходов и доходов от продажи лекарственных препаратов в соответствии с их годовым потреблением
270. **VEN анализ представляет собой**
271. анализ лекарственных средств
272. метод оценки эффективности использования лекарственных средств
273. метод оценки эффективности и использования технологий
274. метод оценки лекарственных препаратов
275. **Принцип Парето**
276. 80% расходов должно идти на 20% наиболее эффективных (жизненно-важных) назначений
277. 70% расходов должно идти на 30% наиболее эффективных (жизненно-важных) назначений
278. 50% расходов должно идти на 50% наиболее эффективных (жизненно-важных) назначений
279. 20% расходов должно идти на 80% наиболее эффективных (жизненно-важных) назначений
280. **При экспертном ABC/VEN анализе препараты оценивают по категориям**
281. V
282. N
283. E
284. V,E,N
285. **При формальном ABC/VEN анализе препараты, входящие в нормативный документ получают индекс**
286. E
287. V
288. N
289. S
290. **При формальном ABC/VEN анализе препараты, не входящие в нормативный документ получают индекс**
291. E
292. V
293. N
294. S
295. **VEN анализ проводится параллельно с**
296. ADC анализом
297. ACH анализом
298. ABC анализом
299. AEN анализом
300. **Лекарственные препараты, необходимые для поддержания жизни относятся к группе**
301. необходимые
302. второстепенные
303. дорогостоящие
304. жизненно-важные
305. **Лекарственные препараты, эффективные при лечении серьезных заболеваний относятся к группе**
306. второстепенные
307. жизненно-важные
308. необходимые
309. дорогостоящие
310. **Лекарственные препараты, эффективные при лечении легких заболеваний относятся к группе**
311. второстепенные
312. жизненно-важные
313. необходимые
314. дорогостоящие
315. **Отраслевой стандарт «клинико-экономического исследования. Общие положения» соответствуют приказу МЗ РФ**
316. №161 от 27.05.02
317. №163 от 27.05.02
318. №165 от 27.05.02
319. №168 от 27.05.02
320. **Кэкономически эффективному лечению можно отнести следующее:**
321. применение блокаторов рецепторов ангиотензина II у больных с мягкой артериальной гипертензией;
322. применение ингибиторов АПФ у больных с хронической застойной сердечной недостаточностью;
323. применение мегадоз витаминов у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
324. применение рибоксина у больных дисгормональной миокардиодистрофией;
325. применение витамина Е у больных ишемической болезнью сердца.
326. **Непрямые затраты на лечение включают следующие затраты:**
327. затраты на приобретение лекарственных препаратов;
328. затраты, связанные с использованием оборудования;
329. затраты на оплату труда медицинских работников;
330. затраты, связанные с потерей производительности;
331. затраты, связанные с лечением осложнений терапии.
332. **Целью определения эффективности медикосоциальных мероприятий является:**
333. субъективная оценка достигнутых результатов
334. прогнозирование эффективности внедряемых медикосоциальных программ
335. политическая оценка медицинских и социальных аспектов деятельности
336. органов и структур здравоохранение
337. ориентация на максимальное удовлетворения органов власти в услугах здравоохранения
338. **Термин эффективность в экономике характеризует:**
339. достижение поставленной цели при минимальных затратах сил, ресурсов и т.п.
340. достижение объективных суждений о достигнутых результатах
341. степень приближения к определённой цели в соотношение с размером
342. фактически произведённых затрат
343. минимизацию налогового бремени
344. **Максимальная эффективность в экономике здравоохранения подразумевает:**
345. привлечение инвесторов, в том числе и иностранных для финансирования
346. долгосрочных проектов
347. получение кредитов в коммерческих банках под наименьший процент
348. достижение поставленной цели при минимальных затратах сил, ресурсов
349. достижение сокращения объемов стационарной помощи
350. **Эффективность деятельности здравоохранения можно условно**

**подразделить на:**

1. экономическую, рыночную и финансовую
2. медицинскую, социальную и экономическую
3. максимальную, минимальную и оптимальную
4. этическую и маркетинговую
5. **Показателем медицинской эффективности является:**
6. степень изменения демографических показателей
7. снижение стоимости лечения
8. доля случаев достигнутого клинического эффекта медицинского
9. мероприятия от числу пролеченных пациентов
10. увеличение рождаемости
11. **Социальную эффективность здравоохранения характеризует:**
12. динамика демографических показателей
13. снижение стоимости лечения
14. отношение достигнутого эффекта медицинского мероприятия к числу
15. пролеченных пациентов
16. снижение длительности лечения
17. **К методикам анализа эффективности медицинских**

**вмешательств относится:**

1. анализ минимизации затрат
2. методика достижения максимальной выручки
3. стоимостный анализ рынков сбыта
4. оценка эластичности спроса
5. **Анализ минимизации стоимости подразумевает:**
6. такой подход, при котором наиболее улучшаются демографические
7. показатели
8. такой подход, при котором наиболее экономически эффективным
9. признается тот метод, который позволит сохранить больше денежных
10. средств
11. такой подход, при котором учитывается качество жизни пациента
12. оценку пользы для потребителя с позиции повышения качества его жизни
13. **Анализ затраты полезность подразумевает**:
14. получение дополнительных преимуществ за счёт дополнительных средств
15. подход, при котором наиболее экономически эффективным признается тот
16. метод, который позволит сохранить больше денежных средств
17. проводить экономическую оценку мед. вмешательств учитывая данные о
18. затрачиваемых средствах с данными о продолжительности жизни
19. пациентов и её качества
20. проводить экономическую оценку мед. вмешательств учитывая данные о
21. фондоемкости и фондовооруженности
22. **При стоимостном анализе эффективности одно вмешательство**

**будет более экономически эффективным по сравнению с другим,**

**если:**

1. оно требует меньших денежных средств, но при этом, по меньшей мере является таким же эффективным
2. является более эффективным, но более дорогим, при этом его
3. дополнительные преимущества не оправдывают дополнительные затраты
4. является менее эффективным, но менее дорогим, при этом дополнительные
5. преимущества конкурирующего вмешательства оправдывают
6. дополнительные затраты
7. является менее эффективным и более дорогим
8. **Оценка экономической эффективности при стоимостном**

**анализе прибыли проводится:**

1. в абстрактных единицах
2. в денежных единицах
3. в количеством пролеченных больных
4. на основании субъективного мнения пациента
5. **Какие ограничения имеет стоимостный анализ эффективности:**
6. оценка экономической эффективности проводится только в денежных единицах
7. нет комплексной оценки эффективности лечения, учитывающей его влияние
8. не только на продолжительность, но и на качество жизни, обусловленное
9. состоянием здоровья
10. не учитывает того, что дополнительные преимущества могут быть
11. получены за счет дополнительных средств
12. оценка экономической эффективности проводится только с позиции
13. ожидаемой прибыли
14. **Какая методика анализа медицинских вмешательств**

**учитывает качество жизни пациента:**

1. анализ минимизации стоимости
2. стоимостный анализ эффективности
3. анализ затраты полезность
4. стоимостный анализ прибыли
5. **Первый этап анализа эффективности в здравоохранении:**
6. Определение прямых затрат на реализацию программы
7. Определение прямых и косвенных затрат на реализацию программы
8. Определение содержания программы (что, где, когда и как)
9. Определение размера пользы для получателя программы
10. **К клинико-экономическим (фармако-экономическим) относятся**

**следующие виды анализа:**

1. «скрытые затраты-эффективность»;
2. «неэффективность затрат"
3. «явные затраты-скрытые эффекты"
4. минимизации затрат
5. **Методология клинико-экономического анализа предполагает:**
6. расчет необходимых вложений для оказания медицинской помощи
7. выбор наиболее дешевой из альтернативных медицинских технологий на
8. основе учета прямых и непрямых затрат на их применение
9. комплексный учет результатов применения медицинских технологий и
10. затрат на их применение
11. анализ финансовой устойчивости медицинской организации
12. **При клинико-экономическом (фармакоэкономическом) анализе в качестве критериев оценки результатов применения медицинских технологий можно использовать следующие**
13. число предотвращенных затрат из личных средств пациентов
14. увеличение доходов персонала
15. готовность населения правильно питаться
16. число лет сохраненной жизни
17. **Метод минимизации затрат проводится в следующем случае**:
18. в задачи клинико-экономического исследования не входит анализ эффекта
19. применения медицинских технологий
20. анализируются вмешательства, обладающие доказанной идентичной
21. эффективностью и безопасностью
22. учитываются только прямые медицинские затраты
23. задачей исследования является определение технологии, применение которой
24. требует наименьших затрат
25. **При оценке эффективности программы здравоохранения должны оцениваться:**
26. Затраты плановые и фактические
27. Затраты только в условных денежных единицах
28. Затраты только в долларах
29. Затраты только в евро
30. **При оценке эффективности программы здравоохранения должны оцениваться:**
31. эффекты выраженные только в условных денежных единицах
32. только в конвертируемой валюте
33. только в процентах к ВВП
34. снижение размера "груза болезней"
35. **Четвертый этап оценки эффективности экономических**

**программ включает:**

1. Принятие решения относительно эффективности программы по проценту
2. улучшения показателей здоровья
3. Определение прямых затрат и результатов
4. Определение размера пользы для получателей программы
5. Принятие решения относительно эффективности программы по
6. соотношению чистых затрат и чистых результатов в пересчете на единицу
7. здоровья
8. **При оценке эффективности в здравоохранении учету подлежат:**
9. Только явные эффекты
10. Только скрытые эффекты
11. Явные и скрытые эффекты
12. Только качественные эффекты
13. **Второй этап оценки эффективности экономических программ включает:**
14. Расчет чистых денежных затрат и сравнение полученного финансового
15. результата с традиционно сложившимся уровнем расходов
16. Определение пользы для получателей услуг здравоохранения в рамках
17. реализуемой программы
18. Проведение анализа чувствительности
19. Определение содержания программы
20. **Пятый этап оценки эффективности экономических программ**

**включает:**

1. Оценку содержания программы
2. Оценку чувствительность программы
3. Определение размера полезности для конкретных получателей программы
4. Определение прямых затрат и результатов программы
5. **При оценке эффективности в здравоохранении учету подлежат:**
6. Только фактические затраты
7. Затраты в фактических и сопоставимых ценах
8. Только затраты в сопоставимых ценах
9. Только скрытые затраты

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больному с перитонитом, осложнившим течение послеоперационного периода у больного с флегмонозным аппендицитом, можно назначить ТИЕНАМ 500 мг внутривенно капельно 4 раза в день или МЕРОНЕМ 1,0 внутривенно 3 раза в сутки на 10 дней. Сравните стоимость антибактериальной терапии указанными карбапенемами, если известно, что 1 флакон ТИЕНАМа (500 мг) стоит 719,73 руб., 1 флакон МЕРОНЕМа 342,41 руб., шприц 10,0 – 1,32 руб., система для внутривенных инфузий 6,5 руб.

**Вопросы:**

Дайте соответствующие рекомендации для закупа антибиотиков резерва заведующей аптекой многопрофильного стационара.

**Задача 2**

Больному со стенокардией для профилактики ангинозных приступов врач прописал изосорбидамононитрат в суточной дозе 40 мг на прием. Стоимость моночинкве 40 мг № 30 составляет 145,49 руб., а пектрола 40 мг №30 – 101,39 руб. Однако цена препаратов кажется больному слишком высокой и он намерен купить нитросорбид, употребляемый им в течение многих лет по 10 мг 4 раза в день, стоимость которого составляет всего лишь 5,9 руб. за 50 таблеток по 10 мг.

**Вопросы:**

Что Вы посоветуете больному?

**Задача 3**

Врач решил подобрать для антигипертензивной терапии больному современный ингибитор АПФ. Ему хочется, чтобы пациент принимал препарат 1 раз в сутки и лечение было бы не слишком затратным. Ваши рекомендации, если известно, что престариум 4 мг № 30 стоит 270,52 руб., моноприл 20 мг № 14 стоит 210,73 руб., ренитек 5 мг № 14 – 73,02 руб., аккупро 5 мг № 30 – 294 руб.

**Вопросы:**

Рассчитайте стоимость фармакотерапии выбранным ингибитором АПФ на месячный курс лечения.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Модуль 2 Частные вопросы клинической фармакологии**

**Тема № 1: Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности гипотензивных лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Этиология и патогенез эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензии.
2. Классификация антигипертензивных лекарственных средств.
3. Фармакодинамика и фармакокинетика отдельных групп антигипертензивных  
   лекарственных средств (иАПФ, АРА II, антагонисты Са, β-адреноблокаторы, α-адреноблокаторы, препараты центрального действия, диуретики)
4. Побочные эффекты, противопоказания к использованию, комбинация друг с другом и с  
   препаратами из других фармакологических групп.
5. Алгоритм назначения антигипертензивных лекарственных средств
6. Оптимальные комбинации гипотензивных.
7. Критерии эффективности антигипертензивной терапии. Методы контроля.

**Тестовые задания**

1. **Сочетание гипотонии и брадикардии наиболее вероятно при передозировке:**
2. клофелина
3. нифедипина
4. каптоприла
5. празозина
6. нитроглицерина
7. **Укажите, какой из нижеперечисленных эффектов не характерен для верапамила:**
8. гепатотоксичность
9. отрицательный инотропный эффект
10. тахикардия
11. AV-блокада
12. запоры
13. **Какой из перечисленных препаратов не повышает атерогенность плазмы крови:**
14. фуросемид
15. нифедипин
16. диакарб
17. гипотиазид
18. пропранолол
19. **Выберите гемодинамические эффекты нифедипина:**
20. отрицательное инотропное действие, уменьшение ЧСС
21. повышение сердечного выброса, снижение ЧСС
22. увеличение ЧСС, дилатация венул
23. увеличение ЧСС, дилатация артериол
24. **Какой из препаратов вызывает снижение активности ренина плазмы:**
25. празозин
26. гипотиазид
27. эналаприл
28. метопролол
29. нифедипин
30. **Какое свойство отличает каптоприл от эналаприла:**
    1. способность вызывать дилатацию артериол
31. зависимость всасывания от приёма пищи
32. отсутствие влияния на углеводный обмен
33. возникновение побочного эффекта в виде кашля
34. отсутствие влияния на липидный обмен
35. **Какое лекарственное средство способно повысить концентрацию пропранолола:**
36. фенобарбитал
37. циметидин
38. рифампицин
39. карведилол
40. ампициллин
41. **Какой из препаратов даст наименьшие колебания артериального давления в течение суток:**
42. нифедипин
43. амлодипин
44. верапамил
45. нифедипин-ретард SR
46. фелодипин
47. **Укажите факторы, повышающие гипотензивное действие каптоприла:**
48. низкая активность ренина плазмы
49. гипонатрийемия
50. повышенное содержание катехоламинов
51. гипернатрийемия
52. гиперкалийемия
53. **Приёмом какого препарата под язык можно купировать эпизоды подъёма АД:**
54. каптоприл
55. гипотиазид
56. атенолол
57. рамиприл
58. фуросемид
59. **Какой нежелательный эффект возникает сразу после внутривенного введения клофелина:**
60. нарушения ритма
61. кратковременное повышение АД
62. резкое снижение АД
63. AV-блокада
64. тахикардия
65. **Фелодипин целесообразно сочетать с:**
66. празозином
67. гидралазином
68. метопрололом
69. амлодипином
70. дилтиаземом
71. **Выберите вазодилататор, не вызывающий тахикардии:**
72. эналаприл
73. празозин
74. нифедипин
75. пропранолол
76. нитропруссид натрия
77. **Чем объясняется быстрый эффект фуросемида внутривенно при гипертоническом кризе:**
78. диуретическим действием
79. натрийуретическим действием
80. дилатацией артерий и вен
81. снижением уровня ренина
82. активацией РААС
83. **Какое гипотензивное средство вводится в неактивной форме:**
84. клофелин
85. эналаприл
86. нифедипин
87. метопролол
88. все перечисленные
89. **Какой побочный эффект β - блокаторов усиливается при сочетании с тиазидными диуретиками:**
90. атерогенное действие
91. гипокалийемия
92. снижение функции почек
93. отрицательное хронотропное действие
94. отрицательное инотропное действие
95. **Какой вид взаимодействия вызывает совместное назначение рамиприла и гипотиазида:**
96. суммация эффектов
97. потенцирование
98. аддитивное действие
99. сенситизация
100. антагонизм
101. **Какой препарат образует длительно действующие метаболиты:**
102. каптоприл
103. нифедипин
104. рамиприл
105. верапамил
106. клофелин
107. **Гипотензивный эффект клофелина при приёме под язык наступает через:**
108. 10 мин
109. 30 минут
110. 1 час
111. 1,5 часа
112. 2 часа
113. **Какой препарат вызывает задержку жидкости при длительном приеме:**
114. эналаприл
115. амлодипин
116. бисопролол
117. клофелин
118. лозартан
119. **Почему доза верапамила внутрь для достаточного гипотензивного эффекта должна быть высокой:**
120. из-за выраженного пресистемного метаболизма
121. из-за медленного наступления эффекта
122. из-за небольшого Т 1\2
123. из-за быстрого выведения препарата
124. верны все ответы
125. **Для полного проявления гипотензивного эффекта бета - адреноблокаторовтребуется:**
126. 2 часа
127. 24-48 часов
128. 3-5 дней
129. 6-7 дней
130. 10-14 дней
131. **Чем в основном обусловлен гипотензивный эффект нифедипина:**
132. снижением сердечного выброса
133. уменьшением периферического сосудистого сопротивления
134. уменьшением объёма циркулирующей крови
135. снижением активности ренина плазмы
136. все ответы верны
137. **Гипотензивное действие нифедипина при приёме регоs развивается через:**
138. 10 минут
139. 30 минут
140. 1 час
141. 3 часа
142. 5 часов
143. **Укажите побочный эффект, не характерный для каптоприла:**
144. сухой кашель
145. гипергликемия
146. протеинурия
147. нейтропения
148. диспептические расстройства
149. **Гипотензивный эффект какого препарата тормозит применение нестероидных противовоспалительных средств:**
150. в - блокаторов
151. клофелина
152. антагонистов кальция
153. ингибиторов АПФ
154. блокаторов ангиотензиновых рецепторов
155. **Чем проявляется феномен первой дозы при приёме празозина:**
156. кратковременным повышением АД
157. ортостатической гипотонией
158. снижением сердечного выброса
159. резким увеличением ЧСС
160. развитием аритмии
161. **Какое из гипотензивных средств не проникает через ГЭБ:**
162. пропранолол
163. клофелин
164. атенолол
165. эналаприл
166. допегит
167. **Какой препарат противопоказан при гипертоническом кризе с выраженной тахикардией:**
168. клофелин
169. каптоприл
170. нифедипин
171. энап Р
172. верапамил
173. **Какой препарат не следует назначать при сниженной функции почек:**
174. фозиноприл
175. фуросемид
176. нифедипин
177. гипотиазид
178. амлодипин
179. **Чем объясняется развитие тахикардии при приёме артериолярных вазодилататоров:**
180. повышением активности ренина
181. повышением активности симпатоадреналовой системы
182. симпатолитическим действием
183. холинолитическим действием
184. всем перечисленным
185. **Какой препарат вызывает наиболее быстрый гипотензивный эффект при сублингвальном приёме:**
186. нифедипин
187. каптоприл
188. клофелин
189. атенолол
190. фуросемид
191. **Действие клофелина обусловлено:**
192. блокадой в1 - рецепторов
193. активацией центральных α2-рецепторов
194. блокадой α1- и α2-рецепторов
195. блокадой постсинаптических α1-рецепторов
196. активацией в1-рецепторов
197. **Одним из гипотензивных механизмов в - блокаторов является:**
198. снижение активности ренина плазмы
199. блокада ангиотензиновых рецепторов
200. торможение сосудодвигательного центра
201. активация центральных α2-рецепторов
202. блокада АПФ
203. **К какому эффекту приводит одновременное назначение нифедипина и празозина:**
204. увеличению сосудистого сопротивления
205. усилению задержки жидкости
206. усилению тахикардии
207. гиперлипидемии
208. гипергликемии
209. **Чем обусловлено действие лозартана:**
210. блокадой β1-рецепторов
211. активацией центральных α2-рецепторов
212. ингибированием АПФ
213. блокадой ангиотензиновых рецепторов
214. блокадой синтеза ренина
215. **Для какого препарата не характерно развитие ортостатической гипотонии:**
216. клофелин
217. бензогексоний
218. празозин
219. амлодипин
220. каптоприл
221. **Какой из гипотензивных препаратов повышает уровень дигоксина в крови:**
222. фуросемид
223. каптоприл
224. лозартан
225. верапамил
226. индапамид
227. **Каким механизмом обусловлен дополнительный вазодилатирующий эффект карведилола:**
228. блокада α1 - рецепторов
229. стимуляция α1 - рецепторов
230. стимуляция β2-рецепторов
231. прямым миотропным эффектом
232. увеличением синтеза NO в сосудах
233. **Механизм гипотензивного действия периндоприла обусловлен:**
234. блокадой α1-рецепторов
235. блокадой в1 - адренорецепторов
236. блокадой синтеза ренина
237. блокадой АПФ
238. блокадой ангиотензиновых рецепторов
239. **В чём выражается феномен “первой дозы” для каптоприла:**
240. нарушение периферического кровообращения
241. увеличение ЧСС
242. временное повышение АД
243. гипотония
244. аритмия
245. **С какими диуретиками целесообразно сочетать эналаприл при артериальной гипертензии:**
246. верошпироном
247. гипотиазидом
248. маннитом
249. триамтереном
250. диакарбом
251. **Сочетанное применение мочегонных и в - адреноблокаторов приводит к:**
252. повышению атерогенности плазмы
253. тахикардии
254. нейтропении
255. задержке жидкости
256. нефротоксическому действию
257. **Совместное назначение в - адреноблокаторов и пероральных сахароснижающих может вызвать:**
258. потенцирование гипогликемического действия
259. снижение сахароснижающего действия
260. отсутствие взаимодействия
261. повышение АД
262. развитие аритмии
263. **К снижению активности ренина плазмы приводит:**
264. лозартан
265. каптоприл
266. гипотиазид
267. пропранолол
268. все перечисленные
269. **Почему в -адреноблокаторы противопоказаны при феохромоцитоме:**
270. повышают активность ренина плазмы
271. задерживают жидкость
272. относительно увеличивают активность б - рецепторов
273. способствуют росту опухоли
274. способствуют озлокачествлению опухоли
275. **Выберите диуретик для купирования гипертонического криза:**
276. гипотиазид
277. фуросемид
278. спиронолактон
279. триамтерен
280. маннит
281. **Чем обусловлена целесообразность сочетания ИАПФ и диуретиков при лечении артериальной гипертензии:**
282. ИАПФ уменьшают активацию диуретиками РААС
283. диуретики устраняют задержку жидкости, вызванную ИАПФ
284. диуретики устраняют гипокалийемию, вызванную ИАПФ
285. диуретики устраняют гипернатрийемию, вызванную ИАПФ
286. все ответы верны
287. **Выберите препарат для приема под язык при неосложненном гипертоническом кризе:**
288. каптоприл
289. рамиприл
290. бисопролол
291. фуросемид
292. лозартан
293. **Отметьте диуретик для длительного контроля артериального давления:**
294. фуросемид
295. диакарб
296. индапамид
297. триамтерен
298. верошпирон
299. **Выберите рациональную комбинацию гипотензивных:**
300. нифедипины+в-адреноблокаторы
301. в-адреноблокаторы+ верапамил
302. ИАПФ+нифедипины
303. ИАПФ+ блокаторы рецепторов к ангиотензину II
304. все перечисленные
305. **Выберите в-блокатор с наиболее выраженным угнетающим действием на ЦНС:**
306. метопролол
307. бисопролол
308. атенолол
309. бетаксолол
310. небиволол
311. **Отметьте антагонист кальция с наиболее длительным гипотензивным эффектом:**
312. амлодипин
313. фелодипин
314. нифедипин
315. дилтиазем
316. нифедипин-retard SR
317. **С чем лучше сочетать амлодипин, чтобы избежать возникновения отеков:**
318. ингибиторы АПФ
319. гипотиазид
320. верошпирон
321. индапамид
322. метопролол

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до210-230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью,сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким поворотом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулаторно - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухолищитовидной железы. Об-но: состояние удовлетворительное, астенический тип телосложения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена. ВТ пальпируется в V м/рпо 1. mediaclavicularessinistrol., PS 98 в Г, АД 150/100. При пальпации живота женщинапобледнела, покрылась холодным потом, расширились зрачки, в глазах - страх. PS 130,АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэндокардиальной ишемии. После в/в введения фентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэндокардиальной ишемии на ЭКГ купировалась. OAK, БАК без особенностей.

**Вопросы:**

Ваш диагноз,

Дальнейшая тактика и лечение.

**Задача 2.**

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные. Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в затылочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст.

**Вопросы:**

Ваш диагноз,

Дальнейшая тактика и лечение

**Задача 3.**

Больной 65 лет, страдает АГ много лет. Принимает клофелин. В последние 2-3 месяцапоявились головокружение, шум в ушах, снижение слуха. На РЭГ ГМ сосудов регистрируется спастический тип кривой. Спазм артерий мелкого и среднего калибра.

**Вопросы:**

Ваш диагноз,

Дальнейшая тактика и лечение

**Задача 4.**

Больная 28 лет, страдает гормонозависимой бронхиальной астмой (принимает 50 mgпреднизолона в день). В последние несколько месяцев стала отмечать повышение АД до180/120 мм рт. ст.

**Вопросы:**

Причина повышения АД?

Ваш диагноз,

Дальнейшая тактика и лечение

**Задача 5.**

Больная 53 г., страдает гипертонической болезнью II степени. На ЭКГ: синусовый ритм сЧСС 98 в Г. ЭОС отклонена влево. Частая желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия. Гипертрофия левого желудочка.

**Вопросы:**

Ваш диагноз,

Дальнейшая тактика и лечение

Сочетание каких препаратов вы выберете

**Задача 6.**

Больной 18 лет, страдает АГ в течение З-х лет. Ежедневно отмечает повышение САД до170-160 мм рт. ст. При исследовании внутренних органов патологии не выявлено. Состороны ССС - границы относительной сердечной тупости на 1 см расширены влево. ВТпальпируется в V м/р на 0,5 см кнутри от I. mediaclavicularessinistral. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 68 в 1', АД 160/100 мм рт. ст. из анамнеза жизни известно, чтобольной занимался лёгкой атлетикой, из которой ушёл 3,5 года назад по семейным обстоятельствам.

**Вопросы:**

Причина увеличения сердца?

Ваш диагноз,

Дальнейшая тактика и лечение

**Задача 7.**

Больная 56 лет, при поступлении предъявляла жалобы на плаксивость, раздражительность, периодические повышения САД до 180-170 мм рт. ст., тахикардию, потливостьтремор пальцев рук, ощущение «внутренней дрожи», тревоги, снижение массы тела на 6кг за последние месяцы при повышенном аппетите, слабость. Считает себя больной около года, когда появились первые симптомы заболевания.

При обследовании: больная беспокойна, что-то постоянно «перебирает» руками. Кожныепокровы горячие, «бархатистые», тургор не снижен. Подкожно жировой слой понижен, распределён равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.Дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 120 в 1мин.АД 170/100 мм рт. ст. Патологии со стороны органов ЖКТ и МВС нет.Щитовидная железа при пальпации увеличена до II степени, хорошо заметна при осмотрево время глотания, мягко-эластической консистенции, без узловых образований, свободно смещается при глотании. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Симптом Мари и Розенбаха положительные.

Лабораторные исследования: св. Т4 - 36 (N 9-28), ТТГ - 0 (N 0,35-5,5).  
**Вопросы:**

Ваш предположительный диагноз?

Лечение гипертонии?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 2:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности антиангинальных лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Современная классификация ИБС, виды стабильной и нестабильной стенокардии.

2. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты нитратов.

3.Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты b-адреноблокаторов.

4. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты нитратоподобных ЛС.

5.Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты антагонистов Са.

6. Взаимодействие препаратов между собой и с другими группами лекарственных средств.

**Тестовые задания**

1. **Следующее утверждение о нитроглицерине правильное:**
2. купирует приступ стенокардии вследствие расширения венозных и артериальных сосудов
3. для купирования приступа стенокардии можно заменить нитронгом
4. его действие продолжается около 4 часов
5. купирует приступ стенокардии благодаря коронаролитическому действию
6. применяется только в пролонгированных препаратах
7. **Основным в механизме антиангинального действия нитроглицерина является:**
8. прямое коронаролитическое действие
9. уменьшение работы сердца за счёт снижения постнагрузки
10. уменьшение работы сердца за счёт снижения преднагрузки
11. изменение метаболизма в сердечной мышце
12. уменьшение ЧСС
13. **Какой препарат может способствовать восстановлению чувствительности к** нитратам:
14. эналаприл
15. нифедипин
16. корватон
17. каптоприл
18. лизиноприл
19. **Понятие “интервальной” терапии для предотвращения толерантности к нитратам:**
20. перерыв в приёме нитратов на 4-6 часов
21. на 8-12 часов
22. на 24 часа
23. на 3 суток
24. на 2 недели
25. **Какой препарат вызывает синдром отмены:**
26. нифедипин
27. пропранолол
28. каптоприл
29. гипотиазид
30. лозартан
31. **Выберите препарат, купирующий тахикардию, вызванную артериолярными вазодилататорами:**
32. верапамил
33. метопролол
34. дилтиазем
35. дигоксин
36. нифедипин
37. **Что является абсолютным противопоказанием для назначения в - блокаторов:**
38. пожилой возраст
39. хроническая сердечная недостаточность
40. бронхиальная астма
41. импотенция
42. язвенная болезнь
43. **Какой положительный эффект вызовет сочетание нифедипина с метопрололом:**
44. устранение тахикардии
45. усиление положительного инотропного действия
46. усиление седативного эффекта
47. улучшение антиаритмических свойств
48. устранение отеков
49. **Для предупреждения приступов у больных с вариантной стенокардией препаратом выбора будут:**
50. нитраты
51. нифедипины
52. в – адреноблокаторы
53. метилксантины
54. недигидроперидины
55. **Наиболее рациональным назначение препаратов группы нифедипина будет при:**
56. остром инфаркте миокарда
57. стабильной стенокардии в сочетании с брадикардией
58. нестабильной стенокардии
59. подостром периоде инфаркта миокарда
60. стабильной стенокардии в сочетании с тахикардией
61. **При возникновении депрессивного состояния у больных с ИБС, нежелательным будет назначение:**
62. пропранолола
63. ацетилсалициловой кислоты
64. нитросорбида
65. атенолола
66. эналаприла
67. **Атерогенную липидемию вызывают все перечисленные гипотензивные препараты, кроме:**
68. пропранолола
69. гипотиазида
70. индапамида
71. фуросемида
72. вызывают все перечисленые
73. **Активные метаболиты, обладающие собственным антиангинальным эффектом, образуются в печени при приёме:**
74. сустака
75. пектрола
76. нитросорбида
77. нитроглицерина
78. моночинкве
79. **В случае развития толерантности к нитросорбиду его можно заменить:**
80. нитронгом
81. тринитролонгом
82. эринитом
83. нитросорбидом
84. молсидомином
85. **Сходным по механизму действия с нитроглицерином является:**
86. пропранолол
87. коринфар
88. молсидомин
89. верапамил
90. атенолол
91. **После приёма таблетки нитроглицерина концентрация его в крови достигает максимума через:**
92. 0,5 минуты
93. 1,5-5 минут
94. 10-15 минут
95. 25- 30 минут
96. 1 час
97. **При назначении каких препаратов может возникнуть ортостатическая гипотония:**
98. нитратов
99. в – адреноблокаторов
100. нифедипинов
101. антагонистов рецепторов к ангиотензину II
102. недигидроперидинов
103. **Для профилактики стенокардии напряжения наиболее показан:**
104. нифедипин
105. метопролол
106. каптоприл
107. верапамил
108. кораксан
109. **Наиболее объективным методом контроля эффективности антиангинальной терапии является:**
110. мониторирование ЭКГ по Холтеру
111. контроль уровня липидов крови
112. суточное мониторирование АД
113. парные ВЭМ нагрузочные пробы
114. оценка частоты ангинозных болей за сутки
115. **Препаратом выбора при стенокардии у больного с брадикардией является:**
116. амлодипин
117. бисопролол
118. верапамил
119. дилтиазем
120. эналаприл
121. **Выберите препарат для купирования приступа стенокардии:**
122. анитронг
123. молсидомин
124. нифедипин
125. каптоприл
126. нитроспрей

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

**Вопросы:**

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

**Задача 2.**

Больному С.,62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течении 1 часа. ЧСС –85 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст.( максимальное АД – 190\100мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I,II,AVL, V5-V6 отведениях –изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

**Вопросы:**

Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи (перечислить группы)?

**Задача 3.**

Больная Р.,76 лет, поступила с давящими, сжимающими болями за грудиной. Со слов больной боли появились около 12 часов назад, самостоятельно принимала дважды нитроглицерин под язык, – без эффекта. Вызвала СМП, доставлена в приемный покой больницы скорой мед. помощи. На ЭКГ: очаговые повреждения передне-перегородочной области ЛЖ.(з.Q и подъем ST –изоэлектрическая линия в I,AVL, V1-V3, депрессия ST в нижних отведениях), ЧСС –90 в мин. АД 130\80 мм.рт.ст.

**Вопросы:**

Какие препараты необходимо назначить больной (перечислить группы)?

**Задача 4.**

Больной И., 54 года страдает ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ПИКС. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ХСН IIБ ст. Больной постоянно принимает энап 5 мг х 2 раза, бисопролол 5 мг х1 раз в сут., индапамид – ретард 1,5 мг \сут., фуросемид 40 мг. 1 раз в неделю. На фоне проводимой терапии появилась пастозность голеней, периодически стенокардитические боли, ЧСС –90 в мин., РS- 86 в мин., АД –160\90 мм.рт.ст.

**Вопросы:**

Предложите тактику ведения пациента.

**Задача 5.**

Больной А., 60 лет лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ХСН II А ст. Артериальная гипертония IIст, ОВР. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. В стационаре получал лечение: нитраты в\в однократно, затем таблетированно; гепарин п\к, иАПФ, b-адреноблокаторы. Выписывается с улучшением, со стабилизацией стенокардии во II ФК (ЧСС-72 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст., ХС –4,2ммоль\л)

**Вопросы:**

Какие лекарственные препараты необходимо рекомендовать больному при выписке?

Какие антиагреганты возможно назначить больному?

Как правильно назначать нитраты при ФК II?

**Задача 6.**

Больной лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия со стабилизацией в III ФК. ХСН II А. При выписке ЧСС-70 в мин., АД-120\80 мм.рт. ст., ХС- 5,8 ммоль\л.

**Вопросы:**

Какие группы препаратов необходимо рекомендовать больному?

Какие показатели крови необходимо контролировать при приеме статинов?

Как назначать нитраты при ФК III?

**Задача 7.**

Больной с Дз: ИБС. Стабильная стенокардия ФК II. ПИКС. ХСН II Б ст. Получает пропранолол, аспирин, аккупро, нитраты ситуационно, гипотиазид, аторвастатин.

**Вопросы:**

Какие b-адреноблокаторы предпочтительнее у больного с ИБС и ХСН.

Какую группу мочегонных можно добавить в лечение ?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 3:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности гиполипидемических и метаболических лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация гиполипидемических средств.

3. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты статинов.

4. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты фибратов, препаратов никотиновой кислоты.

5. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты метаболических ЛС.

6. Взаимодействие препаратов между собой и с другими группами лекарственных средств.

**Тестовые задания**

1. **Какой из метаболических препаратов в настоящее время рекомендован при ИБС:**
2. рибоксин
3. АТФ
4. кокарбоксилаза
5. триметазидин
6. пирацетам
7. **Какая группа препаратов является средством выбора после перенесенного инфаркта миокарда:**
8. статины
9. ИАПФ
10. в-блокаторы
11. антиагреганты
12. все перечисленные
13. **Выберите рациональную комбинацию для назначения больному с III ФК стабильной стенокардии:**
14. β-блокаторы+нитраты
15. нифедипины+нитраты
16. в-блокаторы+ верапамил
17. β-блокаторы+гепарин
18. β-блокаторы+стрептокиназа
19. **Чем рекомендуют купировать головную боль при лечении нитратами:**
20. анальгином
21. валидолом
22. новокаином
23. эуфиллином
24. **Укажите цель назначения статинов в увеличенной дозе в первые дни инфаркта миокарда:**
25. снижение общего холестерина
26. снижение холестерина липопротеидов низкой плотности
27. стабилизация атеросклеротических бляшек
28. снижение преднагрузки
29. снижение постнагрузки
30. **Когда следует назначать статины:**
31. утром перед завтраком
32. вечером после ужина
33. после обеда
34. на ночь
35. рекомендован прием через день
36. **Выберите побочный эффект, характерный для статинов:**
37. миелотоксичность
38. угнетение ЦНС
39. удлинениеQT
40. миопатии
41. гипертензия
42. **Содержание в плазме крови большинства липопротеидов (ЛП) регулируется:**
43. передней долей гипофиза по принципу «обратной связи»;
44. ЛП-рецепторами, особенно ЛПНП-рецепторами гепатоцитов;
45. мозговым слоем надпочечников;
46. ЛП-рецепторами, особенно ЛПНП-рецепторами гипоталамуса.
47. **Пролекарством является:**
48. симвастатин;
49. розувастатин;
50. флувастатин;
51. аторвастатин.
52. **Уменьшает всасывание холестерина**:
53. ципрофибрат;
54. флувастатин;
55. эзетимиб;
56. никотиновая кислота.
57. **Побочный эффект, характерный для статинов:**
58. нейротоксичность;
59. нефротоксичность;
60. гематотоксичность;
61. рабдомиолиз.
62. **Гиполипидемический препарат, повышающий выведение из организма желчных кислот и холестерина:**
63. гемфиброзил;
64. симвастатин;
65. колестипол;
66. никотиновая кислота.
67. **Механизм гиполипидемического действия статинов связан с блокадой:**
68. 3-кетоацил-КоА тиолазы;
69. липопротеиновой липазы;
70. кининазы II;
71. ГМК КоА-редуктазы.
72. **Гидрофильными являются все препараты, кроме:**
73. флувастатина;
74. правастатина;
75. розувастатина;
76. аторвастатина.
77. **Контроль уровня липидов после достижения целевых уровней при терапии статинами следует проводить:**
78. можно больше не проводить;
79. 1 раз в 3 месяца;
80. 1 раз в 6 месяцев;
81. +1 раз в 12 месяцев.
82. **Целевые значения общего холестерина у пациентов со стабильной стенокардией:**
83. меньше 5,5 ммоль/л;
84. меньше 4,5 ммоль/л;
85. меньше 4,0 ммоль/л;
86. меньше 3,0 ммоль/л.
87. **Целевые значения хслпнп для больных с ИБС:**
88. <4,5 ммоль/л;
89. <3,0 ммоль/л;
90. <2,6 ммоль/л;
91. <1,8 ммоль/л.
92. **Побочные эффекты статинов:**
93. повышение АСТ, АЛТ;
94. появление миалгий;
95. гиперемия кожи лица;
96. диарея.
97. **Вторичная гиперлипидемия наблюдается при всех нижеперечисленных заболеваниях, кроме:**
98. нефротического синдрома;
99. почечной недостаточности;
100. сахарного диабета;
101. гипертиреоза.
102. **Лекарственные средства, обладающие атерогенным действием:**
103. гидрохлоротиазид;
104. празозин;
105. фенобарбитал;
106. амлодипин.
107. **Наиболее активный препарат из группы статинов:**
108. аторвастатин;
109. правастатин;
110. розувастатин;
111. флувастатин.
112. **Тип гиперлипидемии по Фредриксону, который можно корригировать с помощью секвестрантов жирных кислот:**
113. I тип;
114. IIа тип;
115. IIb тип;
116. III тип.

**Ситуационные задачи**

**Задача1.**

У больного сахарный диабет 2 типа с сопутствующими желчекаменной болезнью и гиперлипидемией IIb типа.

**Вопросы:**

Какая группа гиполипидемических средств предпочтительна для коррекции гиперлипидемии IIb типа у данного пациента? Назовите альтернативные препараты.

**Задача2.**

Больной М., 52 лет, страдает артериальной гипертензией в течение 4 лет. Жалобы на слабость, головные боли, утомляемость. Курит в течение 20 лет. ЧСС - 64 уд/мин. АД - 142/94 мм рт.ст. Наследственной отященности по ССЗ нет. В анамнезе хронический бронхит. Общий анализ крови: без патологии. Биохимия крови: общий холестерин - 6,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: без патологии. ЭКГ: без изменений. Заключение окулиста – ангиопатия сосудов сетчатки.

**Вопросы:**

Определите категорию риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE данного больного и определите тактику лечения.

**Задача3.**

Пациент К., 56 лет. Имеет вредные привычки: давно и много курит, употребляет алкоголь (не злоупотребляет). Заключение ЭхоКГ: Атеросклероз аорты. Атеросклеротический стеноз устья аорты. Относительная недостаточность митрального клапана. Диффузный кардиосклероз. Ничем не лечился.

**Вопросы:**

Ваши рекомендации данному больному.

**Задача4.**

Больная Н., 60 лет, в 2008 г. перенесла геморрагический инсульт на фоне гипертонической болезни. В настоящее время принимает нимодипин, диосмин, эналаприл и симвастатин. Объективно: АД 125/90 мм рт.ст., частота пульса 60. Данные лабораторных исследований: глюкоза крови - 6,5 ммоль/л, креатинин - 60,05 мкмоль/л, мочевина - 7,86 ммоль/л, тимоловая проба -1 ед.; натрий – 145 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, кальций - 2,56 ммоль/л; ХС ЛПВП - 1,31 ммоль/л, ХС ЛПНП - 4,59 ммоль/л. Жалобы на покраснение, зуд кожи.

**Вопросы:**

Необходима ли дальнейшая антигипертензивная терапия? Может ли симвастатин быть причиной появления аллергии?

**Задача5.**

Больная К., 58 лет. Год назад было проведено протезирование брюшной аорты. При контроле на УЗИ - холестериновая бляшка, закрывающая просвет сосуда на 30%.

**Вопросы:**

Ваши рекомендации по лечению больной.

Существуют ли препараты, растворяющие бляшку?

**Задача6**

Больной П., 52 лет, с диагонозом ИБС, стенокардия напряжения, III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Дислипидемия IIb типа. Гипертоническая болезнь III стадии, степень 2, риск 4. Биохимический анализ крови: общий холестерин 7,18 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,9 ммоль/л, ХС ЛПНП 4,9 ммоль/л, ТГ 2,07 ммоль/л.

**Вопросы:**

В качестве гиполипидемического препарата назначался симвастатин, больной принимал его курсами.

Целевые значения ОХС и ХС ЛПНП у этого больного?

**Задача7.**

Больной Н., 55 лет. Клинический диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Сахарный диабет 2 типа. Гиперлипидемия IIb типа.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль/л, глюкоза крови 6,3 ммоль/л.

**Вопросы:**

Целевой уровень холестерина и триглицеридов для данного пациента?

Методы коррекции дислипопротеидемии в данном случае?

**Задача8.**

Больной Н., 46 лет, в связи со стабильной стенокардией напряжения (II ФК) и гиперлипидемией IIa типа регулярно принимает: бетаксолол 20 мг в сутки, триметазидин3 таблетки в сутки, ацетилсалициловую кислоту 100 мг на ночь и симвастатин 20 мг на ночь. Достигнуто снижение общего холестерина с 7,8 до 4,9 ммоль/л, повышение ХС ЛПВП с 0,75 до 1,1 ммоль/л. Однако, у больного появились боли в ногах, сопровождающиеся мышечной слабостью. Объективно: пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

**Вопросы:**

Какова возможная причина появления вышеописанных жалоб?

Ваши рекомендации для уточнения генеза мышечных болей.

**Задача9.**

Юноша, 16 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС. Нестабильная прогрессирующая стенокардия. Из анамнеза известно, что в 7-летнем возрасте в связи с ксантематозом ахилловых сухожилий и ксантелазмой на коже век впервые был сдан анализ крови на липиды, который выявил высокий уровень общего холестерина. С 15 лет беспокоят приступы стенокардии. При обследовании в отделении по данным коронарной ангиографии выявлены: проксимальный стеноз передней нисходящей коронарной артерии 70%, стеноз огибающей коронарной артерии 80% и стеноз правой коронарной артерии менее 50%. Биохимический анализ крови: общий холестерин 21,1 ммоль/л, альфа-холестерин 0,57 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л.

**Вопросы:**

Сформулируйте клинический диагноз, дайте рекомендации по лечению.

**Задача10.**

Больной К., 59 лет, перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. В настоящее время беспокоят боли за грудиной сжимающего характера при длительной ходьбе, при подъеме на 3-й этаж. Боли проходят после приема нитроглицерина. Из анамнеза: наследственность отягощена по ИБС (отец умер от ИМ в возрасте 50 лет). Ведет малоподвижный образ жизни, курит 25 лет. Объективно: абдоминальное ожирение (ОТ 105 см). Левая граница сердца + 1,5 см влево. Тоны приглушены, ритмичны, ЧСС 84 в минуту. АД 110/75 мм рт. ст. Общий анализ крови и мочи без патологии. Глюкоза крови 5,3 ммоль/л. Общий ХС 6,5 ммоль/л, ТГ 2,0 ммоль/л, ЛПНП 3,2 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л.

**Вопросы:**

Определите факторы риска коронарного атеросклероза.

Ваши рекомендации по лечению.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 4: Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности сердечных гликозидов и негликозидных инотропных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация лекарственных средств, применяемых для длительной терапии ХСН.
2. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности сердечных гликозидов.
3. Побочные эффекты, противопоказания к использованию, комбинация друг с другом и **с**лекарствами из других фармакологических групп.
4. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности негликозидных инотропных средств.Побочные эффекты, противопоказания к использованию, комбинация друг с другом и с лекарствами из других фармакологических групп
5. Алгоритмы назначения лекарственных средств, в зависимости от степени тяжести. Критерии эффективности фармакотерапии ХСН.

**Тестовые задания**

1. **Какое внутриклеточное изменение вызывают сердечные гликозиды:**
2. активацию К+-Na+-АТ фазы
3. повышение содержания ионов кальция
4. снижение содержания ионов Na
5. повышение содержания ионов калия
6. все перечисленные
7. **Выберите гидрофильный гликозид:**
8. строфантин
9. целанид
10. дигоксин
11. дигитоксин
12. все ответы верны
13. **Всасывание какого препарата снижается при приёме пищи?**
14. козаара
15. эналаприла
16. строфантина
17. фуросемида
18. всех перечисленных
19. **Отметьте эффекты сердечных гликозидов:**
20. отрицательный хронотропный
21. отрицательный дромотропный
22. отрицательный батмотропный
23. вазодилатация
24. все перечисленные
25. **Укажите продолжительность мочегонного действия гипотиазида:**
26. 3 часа
27. 8 часов
28. 12 часов
29. 18 часов
30. 24 часа
31. **Укажите причину толерантности к диуретикам при длительном приёме:**
32. аутоиндукция в печени
33. повышение активности РААС
34. повышение активности САС
35. снижение активности симпатической нервной системы
36. быстрое разрушение
37. **Какая из аритмий чаще возникает при интоксикации сердечными гликозидами?**
38. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
39. предсердная экстрасистолия
40. мерцание предсердий
41. желудочковая экстрасистолия
42. любая из перечисленных
43. **Почему сердечные гликозиды не вызывают увеличения потребления кислорода миокардом:**
44. усиливают силу сокращений
45. снижают ЧСС
46. замедляют AV-проведения
47. вызывают увеличение диуреза
48. улучшают диастолическое расслабление
49. **Какой салуретик имеет максимальный калийуретический эффект?**
50. урегит
51. фуросемид
52. гипотиазид
53. верошпирон
54. триамтерен
55. **Какой из режимов дозирования верошпирона является наиболее эффективным при ХСН:**
56. доза, разделенная на 2 приёма
57. вся доза утром однократно
58. доза, разделенная на 3 приёма
59. через день
60. 1 раз в неделю
61. **Какой препарат может вызывать гиперкалийемию при совместном назначении с эналаприлом:**
62. дигоксин
63. гипотиазид
64. фуросемид
65. празозин
66. верошпирон
67. **Укажите состояние, увеличивающее абсорбцию дигоксина в ЖКТ:**
68. рвота
69. приём холинолитиков
70. диарея
71. прием верапамила
72. всё перечисленное
73. **Какой препарат может увеличивать аритмогенные свойства сердечных гликозидов?**
74. нитросорбид
75. фуросемид
76. каптоприл
77. верошпирон
78. триамтерен
79. **Какой из диуретиков является конкурентным антагонистом альдостерона?**
80. индапамид
81. гипотиазид
82. фуросемид
83. спиронолактон
84. маннит
85. **Какой из сердечных гликозидов имеет наивысшую связь с белком?**
86. дигитоксин
87. дигоксин
88. целанид
89. коргликон
90. **Укажите состояние, повышающее чувствительность к сердечным гликозидам:**
91. применение антацидов
92. застойный гастрит
93. пожилой возраст
94. гипонатрийемия
95. асцит
96. **При каком ритме сердца повышается эффект сердечных гликозидов?**
97. синусовая тахикардия
98. мерцательная тахикардия
99. мерцательная брадикардия
100. мерцательная нормосистолия
101. синусовая брадикардия
102. **Какой из диуретиков действует в восходящем отделе петли Генле?**
103. гипотиазид
104. верошпирон
105. фуросемид
106. триамтерен
107. индапамид
108. **Какой диуретик можно использовать при низкой клубочковой фильтрации?**
109. гипотиазид
110. триамтерен
111. спиронолактон
112. фуросемид
113. все перечисленные
114. **Для какой группы диуретиков наиболее выражены метаболические нарушения:**
115. петлевые
116. ингибиторы карбоангидразы
117. К+ - сберегающие
118. тиазидные
119. тиазидоподобных
120. **За счёт какого механизма взаимодействия усиливается токсический эффект дигоксина на фоне приёма верапамила:**
121. усиление абсорбции
122. вытеснение из связи с белками плазмы
123. вытеснение из связи с тканевыми белками
124. замедление метаболизма
125. торможение канальцевой секреции
126. **Укажите заболевание, при котором назначение сердечных гликозидов нецелесообразно:**
127. ИБС с синусовым ритмом
128. ИБС с мерцательной тахиаритмией
129. гипертрофическая кардиомиопатия
130. все перечисленное
131. ничего из перечисленного
132. **Противоаритмическое действие сердечных гликозидов при мерцательной тахиаритмии обусловлено:**
133. снижением автоматизма
134. уменьшением возбудимости
135. замедлением AV-проведения
136. увеличением AV-проведения
137. вазодилатацией
138. **Выберите препарат, способный уменьшать гипертрофию миокарда левого желудочка при длительном применении:**
139. верапамил
140. рамиприл
141. анаприллин
142. лозартан
143. все перечисленные
144. **Укажите диуретик, который не применяется в лечении ХСН:**
145. маннит
146. фуросемид
147. гипотиазид
148. спиронолактон
149. торасемид
150. **Выберите диуретик, способный вызвать увеличение ОЦК:**
151. фуросемид
152. маннит
153. гипотиазид
154. верошпирон
155. триамтерен
156. **Отметьте показание для назначения мочегонных при ХСН:**
157. гипотония
158. выраженная тахикардия
159. признаки задержки жидкости в организме на фоне ингибиторов АПФ
160. нарушение почечной функции
161. аритмия
162. **Выберите показание для назначения спиронолактона при ХСН:**
163. все стадии ХСН с низкой фракцией выброса
164. ранние стадии ХСН
165. тяжелые стадии ХСН
166. ХСН с мерцательной тахиаритмией
167. ХСН с сохраненной систолической функцией
168. **При развитии рефрактерности к мочегонным при ХСН какова максимальная доза фуросемида:**
169. 40 мг
170. 80 мг
171. 200 мг
172. 500 мг
173. ограничений доз нет
174. **Негликозиднымкардиотоником является:**
     1. Дигоксин
175. Добутамин
176. Коргликон
177. Мезатон
178. **К кардиотоническим средствам относят препараты:**
     1. Активирующие сосудодвигательный центр
     2. Снижающие сократительную активность миокарда
     3. Усиливающие сократительную активность миокарда
     4. Все вышеперечисленное верно
179. **Для реактивации натрий-калиевой АТФ-азы при интоксикации сердечными гликозидами применяется:**
180. Динатриевая соль ЭДТА
181. Унитиол
182. Хлорид калия
183. Атропин

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больная, 67 лет, поступила с жалобами на периодические боли в области сердцажгучегохарактера, возникающие при незначительной физической нагрузке, иногда в покое,купирующиеся приёмом нитроглицерина, одышку при незначительнойфизическойнагрузке и в покое, приступы «удушья» по ночам, вынуждающие больную спать ввозвышенном положении тела, нарушение ритма сердца, отёки голеностопных суставов,слабость, кашель в течение дня. Из анамнеза - год назад перенесла трансмуральный ИМпереднеперегородочно-верхушечной области, осложнившийся «застойной»гипостатической пневмонией. В течение 7 лет - на учёте у фтизиатра. Об-но: состояниетяжёлое, положение возвышенное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные,акроцианоз. Грудная клетка - астеническая, втяжение м/р промежутков при дыхании.Расширена капиллярная сеть на коже лица и груди. При перкуссии - притупление всредних отделах справа, здесь же единичные влажные хрипы, сухие рассеянные хрипы повсем лёгочным полям, ЧДД 25 в 1/. ВТ пальпируется в V м/р по 1. Mediaclavicularessinistralлокализованный, ослабленный. Границы относительной сердечной тупости расширенывправо на 1 см, влево на 1,5 см. тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС - 88-93'.  
Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +5 см из-под края рёберной дуги,гладкая, плотноватая, болезненная. Селезёнка не пальпируется. Отёки голеней,  
голеностопных суставов.

OAK, ОАМ без патологии.

БАК - снижена сулемовая проба.

ЭКГ - мерцание предсердий с ЧСС 92-99'. Гипертрофия левого желудочка, рубец  
изменения передне-перегородочноверхушечной области.

ЭхоКГ - расширение левых и правых отделов сердца, гипоакинезияпередне-  
перегородочноверхушечной области, ФВ левого желудочка 25%, Е/А =1,5.  
R графия: лёгочный рисунок обогащен инфильтрацией в средних отделах справа.. Кардиомегалия.

**Вопросы:**

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 2**

Больной 56 лет поступил с жалобами на одышку при обычной физической нагрузке  
периодически возникающие нарушения ритма сердца, отёки к вечеру в области  
голеностопных суставов, повышение АД до 170-180 мм рт. ст. из анамнеза страдает  
артериальной гипертензией в течение нескольких лет. Нарушение ритма сердца впервыевозникло 3 мес. назад, срыв ритма провоцируется эмоциональным напряжением,физической нагрузкой. Одышка, отёки стали возникать преимущественно в это же время.  
Об-но: состояние удвлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычноокраски и влажности. Пастозность голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижнихотделх «застойные» хрипы, ЧДД 20 в Г. Границы относительной сердечной тупостирасширены влево на 1 см. ВТ пальпируется в V м/р по 1. mediaclavicularessinistral. Toнысердца звучные, аритмичные, ЧСС 92 в Г. Живот мягкий, безболезненный. Печеньпокраюрёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

OAK, ОАМ без патологии.  
БАК без патологии.

ЭКГ - мерцание предсердий с ЧСС 88-96 в 1мин. ЭОС смещена влево. Гипертрофия левогожелудочка.

ЭхоКГ - масса миокарда левого желудочка 200 гр (N до 180), ФВ 38%.  
Окулист: ангиопатия сетчатки.  
**Вопросы:**

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 3**

Больной 48 лет, поступил с жалобами на одышку, возникающую при обычной физическойнагрузке, сухой кашель в течение дня, отёки голеностопных суставов. Изанамнеза -хронический тонзиллит. Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы видимые слизистые бледные, акроцианоз. В лёгких дыхание везикулярное, сухие застойныехрипы в нижних отделах, ЧДД 20 в Г. Набухшие шейные вены. Область сердца неизменена. В эпигастрии и в III-IV м/р слева от грудины отмечается пульсация. Приперкуссии границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Приаускультации тоны сердца ритмичные, звучные, на верхушке усилен I тон, выслушиваете;ритм перепела, над a. pulmonalis акцент II тона. Пресистолический шум на верхушкесердца, диастолический шум вдоль левого края грудины. При пальпации диастолическоедрожание на верхушке сердца, положительный симптом 2х молоточков, ЧСС 78 в Г, АД130/80. живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги, мягкая,гладкая, чувствительная. Пастозность голеней.

OAK, ОАМ без патологии.

БАК: АСЛ-0 200 ед., АСК 300 ед., СРБ + (12 mg/ml).  
**Вопросы:**

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 4.**

Больной 45 лет, поступил с жалобами на одышку и быструю утомляемость при  
незначительной физической нагрузке (ходьбе по ровной поверхности в спокойном темпе на100-150 м, подъёме по лестнице на 2 пролёта), периодически возникающие отёки нижнихконечностей, общую слабость. Из анамнеза: в течение 7 лет отмечались подъёмы цифр АДдо 175-180/100-110. два года назад без предшествующего коронарного анамнеза перенёсострый трансмуральный ИМ передне-перегородочной области. В постинфарктном периодеотмечалось появление стенокардии напряжения в виде редких приступов загрудинногодискомфорта при физической нагрузке, быстро проходящих в покое или при приёменитратов. Через 2-3 месяца с момента ИМ у больного впервые появились признаки НК ввиде одышки и быстрой утомляемости при физической нагрузке. Снижение толерантностик нагрузке носило прогрессирующий характер, позже появились приступы ночной одышкии периодически возникающие отёки нижних конечностей. Лечился амбулаторно -дигоксин, диуретики, нитраты - без особого эффекта. Об-но: состояние средней степенитяжести, небольшая отёчность стоп. ЧДД 21 в Г. В лёгких дыхание везикулярное, в нижнихотделах несколько ослаблено, сухие рассеянные хрипы примерно в нижних отделах.Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца  
звучные, ритмичные, на верхушке - протодиастолический ритм галопа, акцент II тона надa. pulmonalis, ЧСС 98 в Г, АД 115/75 мм рт. ст. Печень +2 см из-под края рёберной дуги,мягко-эластичная, гладкая, умеренно-болезненная. Селезёнка не пальпируется.

OAK и ОАМ без патологии.

БАК: повышен уровень общего ХС и ТАГ.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88 в 1/, очаговые (рубцовые) изменения передне-  
перегородочной области.

ЭхоКГ: расширение левых отделов сердца (левое предсердие = 4,2 см при N до 4,0 см; КДРлевого желудочка 6,6 см при N до 5,5 см), гипоакинезия МЖП верхушки, ЗС левого желудочка; клапанный аппарат интактный, Е/А >2,0 (в N >1), ФВ 50%.  
Тест 6 минутной ходьбы = 320 м.

Велоэргометрия - прекращена на небольших нагрузках из-за усталости; ишемическихизменений на ЭКГ

**Вопросы:**

Диагноз? Вид дисфункции левого желудочка? Тактика лечения?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 5: Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности антиаритмических лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация антиаритмических препаратов.

2. Мембраностабилизирующие препараты или блокаторы натриевых каналов. Классификация (IA, IB, IC), фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и показания к применению.

3. Бета-адреноблокаторы. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к применению.

4. Препараты, замедляющие реполяризацию или препараты, увеличивающие продолжительность потенциала действия и рефрактерность миокарда (блокаторы калиевых каналов). Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к применению.

5. Блокаторы «медленных» кальциевых каналов. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к применению.

6 Лекарственные препараты из других фарм. групп, обладающие антиаритмическими свойствами. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности, показания к применению.

7. Принципы выбора антиаритмических препаратов. Оптимальные комбинации антиаритмиков друг с другом и с лекарствами из других фармакологических групп.

**Тестовые задания**

1. **Назовите группу антиаритмиков, увеличивающих продолжительность потенциала действия:**
2. Антагонисты кальция.
3. Бета-адреноблокаторы
4. Сердечные гликозиды
5. Блокаторы калиевых каналов
6. Блокаторы Na-каналов
7. **Какой из перечисленных препаратов оказывает наиболее выраженное отрицательное инотропное действие:**
8. Верапамил
9. Метопролол
10. Флекаинид
11. Дизопирамид
12. Соталол
13. **Какой из перечисленных препаратов возможно использовать у пациентов с печеночной недостаточностью:**
14. Лидокаин
15. Токаинид
16. Мекситил
17. Пропафенон
18. Ничего из перечисленного
19. **Какой побочный эффект не характерен для амиодарона:**
20. Интерстициальный пневмонит
21. Фотодерматиты
22. Нарушение функции щитовидной железы
23. Депозиты в роговице
24. Антихолинергическое действие
25. **Какие изменения на ЭКГ не характерны при использовании препаратов 1А класса:**
26. Увеличение ширины QT
27. Укорочение интервалаQT
28. Увеличение ширины QRS
29. Увеличение продолжительности P-R
30. Удлинение АV проведения
31. **Как часто надо контролировать состояние бронхо-легочной системы на фоне терапии амиодароном:**
32. Каждый месяц от начала терапии
33. Каждые 3 месяца от начала терапии
34. Каждые 6 месяцев от начала лечения
35. Только по предъявлению жалоб пациентом
36. Контроль не обязателен
37. **В каком случае увеличивается риск появления аритмогенного(проаритмического) действия при использовании препаратов 1 класса:**
38. При использовании меньших доз препарата
39. При использовании 2-х антиаритмических препаратов
40. На фоне гиперкалиемии
41. У лиц до 50 лет и фракцией выброса 45%
42. Всепересисленное
43. **Укажите состояние, при котором необходима медикаментозная терапия:**
44. Желудочковая экстрасистолия ( более 30 экстрасистол за час)
45. Ускоренный идиовентрикулярный ритм или ритм атриовентрикулярного соединения с нормальной ЧСС
46. Предсердная экстрасистолия без признаков органического заболевания сердца
47. АV блокада 1 степени
48. SА –блокада
49. **Препараты 1 класса являются по механизму действия:**
50. Блокаторами натриевых каналов
51. Блокаторами быстрых кальциевых каналов
52. Блокаторами хлорных каналов
53. Блокаторами калиевых каналов
54. Блокаторамимагниевыхканалов
55. **При оценке эффективности курсовой антиаритмической терапии эффект следует оценивать:**
56. Через 24 часа от начала лечения
57. Спустя 2 суток от начала лечения
58. Через 5-7 суток
59. Через 15-20 дней от начала лечения
60. Через 1 месяц
61. **Выберите препарат, замедляющий проведение в AV- узле:**
62. Верапамил
63. Пропранолол
64. Дигоксин
65. Аллопенин
66. Все перечисленное
67. **Укажите бета-блокатор, удлиняющий потенциал действия миокардиальных клеток:**
68. Соталол
69. Окспреналол
70. Пиндолол
71. Надолол
72. Небивалол
73. **Выберитеправильноеутверждение:**
74. Аритмогенное действие наиболее характерно для препаратов 1 класса
75. Аритмогенное действие наиболее характерно для препаратов 3 класса
76. Аритмогенный эффект наиболее характерен для пропафенона
77. Аритмогенный эффект наиболее характерен для амиодарона
78. Любой антиаритмический препарат может проявить аритмогенный эффект
79. **Укажите препараты, безопасные при нарушении проводимости в системе Гиса-Пуркинье:**
80. Все препараты 1 класса
81. Препараты 1 С подкласса
82. Препараты 2 класса
83. Препараты 1 А подкласса
84. Всеперечисленное
85. **Укажите неправильное утверждение о лидокаине:**
86. Имеет мембраностабилизирующее действие
87. Укорачивает эффективный рефрактерный период
88. Не дается перорально
89. Особенно эффективен при наджелудочковых аритмиях
90. При стандартных дозах достигает более высоких концентраций в крови больных с ХСН, чем у больных без нее
91. **Укажите препарат выбора для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда:**
92. Амиодарон
93. Лидокаин
94. Хинидин
95. Верапамил
96. Дилтиазем
97. **Назначение какого антиаритмического препарата нежелательно при аденоме предстательной железы:**
98. Хинидин
99. Дизопирамид
100. Амиодарон
101. Верапамил
102. Этацизин.
103. **Связь дифенина с белками плазмы составляет:**
104. 10%
105. 20%
106. 50%
107. 70%
108. 95%
109. **Наиболее эффективный препарат для купирования суправентрикулярной тахикардии:**
110. Верапамил
111. Аймалин
112. Мекситил
113. Лидокаин
114. Ничего из перечисленного
115. **Ухудшение внутрижелудочковой проводимости вызывают все препараты, кроме:**
116. Хинидин
117. Верапамил
118. Этацизин
119. Дизопирамид
120. Этмозин
121. **Укажите антиаритмические препараты, не удлиняющие QT на ЭКГ:**
122. Хинидин, новокаинамид
123. Амиодарон, соталол
124. Верапамил, хинидин
125. Пропранолол, лидокаин
126. Амиодарон, новокаинамид
127. **Волчаночный синдром может возникнуть при применении :**
128. Аллапенина
129. Пропафенона
130. Прокаинамида
131. Верапамила
132. Пропранолола
133. **Фиброзирующий альвеолит может возникнуть при применении :**
134. Аймалина
135. Аллапенина
136. Этацизина
137. Амиодарона
138. Всех перечисленных препаратов
139. **Укажите препараты, которым свойственен аритмогенный эффект:**
140. Аймалин
141. Мексилетин
142. Пропафенон
143. Пропранолол
144. Всеперечисленное
145. **Укажите препарат, который может спровоцировать приступ предсердной тахикаритмии при синдроме WPW:**
146. Дигоксин
147. Амиодарон
148. Пропранолол
149. Этмозин
150. Все перечисленное
151. **Укажите препарат, имеющий холинолитический побочный эффект:**
152. Лидокаин
153. Амиодарон
154. Верапамил
155. Новокаинамид
156. Все перечисленное
157. **При каких видах нарушений ритма сердца применение верапамила является противопоказанным?**
158. Предсердная экстрасистолия
159. Трепетание предсердий
160. Пароксизм мерцательной аритмии при синдроме WPW
161. Мерцательная аритмия
162. ничего из перечисленного
163. **При AV-блокадеприменяют:**
164. Атропин
165. Хинидин
166. Верапамил
167. Соталол
168. Новокаинамид
169. **Укажите противопоказания к назначению дизопирамида:**
170. Гипотиреоз
171. Хронический обструктивный бронхит
172. Сахарный диабет с периодами гипогликемии
173. Глаукома
174. Всеперечисленное
175. **Как изменится концентрация сердечных гликозидов при добавлении в терапию антагониста кальция при лечении ХСН:**
176. Снизится
177. Повысится
178. Не изменится

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

У больного Д., 48 лет, диагностирована хроническая ревматическая болезнь сердца с сочетанным пороком митрального клапана, осложненная ХСН IIБст IIIФК (ФВ 25%) и постоянной формой фибрилляции предсердий (тахисистолический вариант).

**Вопросы:**

Назначьте лечение.

**Задача 2**

У больного Л., 68 лет, установлен диагноз: ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Осл. ХСН II Аст IIIФК. По эхокардиографии ФВ 40%, левое предсердие 4,3 см. В течение двух последних месяцев появилась пароксизмальная форма фибрилляции предсердий.

**Вопросы:**

Какие препараты показаны больному? Показано ли восстановление синусового ритма?

**Задача 3**

Больной 47 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, слабость. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Над легкими везикулярное дыхание, тоны сердца значительно приглушены, ЧСС 160 в минуту, АД 110/70 рт.ст. На ЭКГ - признаки трансмурального передне-перегородочного инфаркта миокарда, пароксизмальная желудочковая тахикардия. Дежурным врачом внутривенно струйно введено 80 мг 2% лидокаина. Пароксизм тахикардии купирован. В плановом порядке больному назначен лидокаин по 600 мг в/м 3 р. в сутки. На 2-й и 3-й дни лечения пароксизмы желудочковой тахикардии, возобновились.

**Вопросы:**

1) Причины возобновления пароксизмов желудочковой тахикардии.

2) Ваша дальнейшая тактика?

**Задача 4**

Больной, 45 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на приступы сердцебиения, которые наблюдаются в течение 2 лет. 3 года назад перенес миокардит. При объективном осмотре выявлено расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1,5 см, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. На ЭКГ - пароксизмальная желудочковая тахикардия с ЧСС 170 в/мин, АД 100/70 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте диагноз. 2) Препараты выбора для купирования пароксизма.

**Задача 5**

Больная 28 лет, доставлена в терапевтическое отделение «скорой помощью» с жалобами на сердцебиение, головокружение, слабость, частое мочеиспускание.

Приступ сердцебиения начался внезапно, среди полного благополучия и продолжается уже более 12 часов. Подобные приступы наблюдались и раньше, но были кратковременными. Чаще они возникали после переутомления или волнения. В последние 3 месяца до поступления в стационар они участились и стали более продолжительными.

Объективно: больная астенической конституции. Цианоза, отеков нет. Кожа груди, на ладонях влажная на ощупь. Наблюдается тремор пальцев руки и век. Яремные вены набухшие, усилена пульсация шейных сосудов. Границы сердца не изменены. Частота сердечных сокращений (аукультативно) 220 в мин. Пульс на лучевой артерии не сосчитывается, малый и мягкий. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируется. Мочеиспускание частое - каждые 15-20 мин. выделяется 200-250 мл. светлой мочи.

Электрокардиограмма, частота сокращений предсердий и желудочков 220 в мин., зубцы Т, Р сливаются между собой, положительны. Интервалы S-T ниже изолинии. Желудочковый комплекс не расширен и не деформирован.

**Вопросы:**

1. Как называется состояние, наблюдаемое у больной?

2. Каковы рефлекторные методы, направленные на устранение приступа?

3. Неотложная медикаментозная терапия.

4. Назовите возможные причины данного состояния.

5. Какие обследования необходимы для постановки диагноза, учитывая стандарты диагностики?

6. Что могло явиться причиной учащения приступов в последние 3 месяца?

**Задача 6**

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. “Небольшие” приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигура-циясердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст.. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Анализ крови: Эр. - 4.0 х 1012/л, Нb - 140г/л; СОЭ - 5 мм/час, Л - 7,6 х 109/л, формула не изменена. Анализ мочи: уд. вес - 1.026, белок-следы, лейкоциты и эритроциты 1-2 в п/зрения. Суточный диурез 800 мл, ЭКГ: РР-0,75”, RR-1,65”, QR-T= 0,48”. QRS-0,16”.

На следующий день после поступления в больницу больной внезапно поте-рял сознание, лицо стало багрово-синим, появилась эпилептиформная судорога, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в мин., АД - 200/80 мм рт. ст. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил.

**Вопросы:**

1. Какой синдром выступает на первый план в клинической картине заболевания и каков его патогенез?

2. Поставьте предположительный клинический диагноз?

3. Неотложная помощь при данном состоянии (в рецептах).

4. Предложите стандарты обследования больного.

5. Нуждается ли больной в лечении у кардиохирурга?

**Задача 7**

Больной 37 лет находится в кардиологическом стационаре. В возрасте 25 лет выявлен митральный порок (стеноз и недостаточность), умеренная аортальная недостаточность. С 31 года - пароксизм фибрилляции предсердий. В 35 лет - последняя отчетливая ревматическая атака, после которой фибрилляция стала стойкой, появилась необходимость постоянного лечения по поводу сердечной недостаточности. Год назад - тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, инфарктная пневмония. Статус: заметная одышка в покое, пульс около 110 уд. в мин, аритмичный АД 110/50 мм рт.ст., печень выступает на 8 см, отечность голеней. Рентгеноскопия: существенное расширение всех отделов сердца признаки застоя в легких. Обсуждается вопрос о лечении фибрилляции предсердий.

**Вопросы:**

I. Какое суждение правильное

1. Нормализация ритма не показана, назначить дигоксин для урежения ритма желудочков

2. Вопрос о целесообразности нормализации ритма рассмотреть после адекватного лечения дигоксином и антикоагулянтами и урежения желудочкового ритма

3. Показана нормализация ритма при помощи хинидина

4. Показана нормализация ритма лучше при помощи электроимпульсной терапии

5. Вопрос о необходимости и способе лечения аритмии не может быть

решен на основании имеющихся данных Необходимо дообследование

II. Что верно относительно побочных эффектов дигоксина

1. Удлинение интервала PQ

2. Желудочная диспепсия

3. Экстрасистолическая аритмия

4. Гиперкалиемия

III. Какое суждение относительно влияния фибрилляции предсердий на кровообращение неверно

1. Уменьшает минутный объем крови

2. Приводит к перегрузке желудочков

3. Увеличивает вероятность тромбоэмболических осложнений

4. Обуславливает некоторое растяжение предсердий

5. Может спровоцировать отек легких

(в случае возникновения при митральном стенозе)

**Задача 8**

Больная 65 лет доставлена в больницу после кратковременного обморока, случившегося на улице. В течение нескольких лет беспокоят приступы сердцебиения, а также слабость, головокружения, дурнота. Эти ощущения, нерезко выраженные, замечает каждый день. Нагрузки переносила удовлетворительно. Обморок на улице с падением случился впервые. Во время одного из приступов сердцебиения три недели назад снята ЭКГ, зарегистрирована наджелудочковая тахикардия. АД было нормальное. Приступ прекратился спонтанно, и врач назначил обзидан по 20 мг 3 раза в день. Однако неприятные ощущения продолжали беспокоить, головокружения стали более тягостными. Отказалась от обзидана. ЭКГ,снятая в приемном покое, прилагается.

**Вопросы:**

I. Что верно

1. У больной скорее всего синдром слабости синусового узла

2. Пищеводная ЭКГ с кратковременной стимуляцией предсердий

позволит уточнить диагноз

3. Врач поликлиники допустил ошибку

4. На представленной ЭКГ частота ритма более 60 уд. в мин

II. Какие пути лечения уместно обсуждать в данном случае

1. Эуфиллин или какой-либо бета-адреностимулятор

2. Кордарон или какой-либо бета-адреностимулятор

3. Рибоксин

4. Электрокардиостимуляция

III. Возможные причины синкопальных состояний

1. Гипогликемия

2. Геморрагический инсульт

3. Нарушение сердечного ритма и проводимости

4. Миксома предсердий

**Задача 9**

У больного Т., 64 лет, внезапно развился приступ учащенного сер-дцебиения, появились общая слабость, чувство нехватки воздуха.

В течение 10 лет при ходьбе беспокоят приступы загрудинных болей, купирующиеся нитроглицерином. Диагностировалась ИБС - сте¬нокардия напряжения. В дальнейшем дважды перенес инфаркт миокар¬да. 3 года назад появились перебои в работе сердца. На ЭКГ регистри¬ровались желудочковые экстрасистолы. Лечился сустаком, обзиданом, коринфаром.

Объективно: бледность кожи. Акроцианоз. Видимых отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца при-глушены. Тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 200 в минуту. Жи¬вот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

На ЭКГ - учащенный ритм до 200 в минуту, интервалы R - R одинаковые, желудочковый комплекс QRS расширен до 0,18 сек и де-формирован.

**Вопросы:**

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

2. Осложнением какого заболевания является аритмия?

3. Выберите препарат первого выбора для купирования аритмии.

**Задача 10**

У больного П., 30 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспо¬коят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Оте¬ков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца опре-деляется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС 180 в минуту.

На снятой ЭКГ - зубец "Р" не определяется, интервалы R - R одинако-вые, ЧСС — 180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не рас¬ширен (0,08 сек).

**Вопросы:**

1.Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

2.Последовательность мероприятий по купированию аритмии.

**Задача 11**

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы па одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца.

Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые по-явились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сер-дечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудше¬ние самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописан¬ные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости - на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного на-полнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Составьте план лечения с указанием препаратов.

**Задача 12**

Больной А., 45 лет, на работе внезапно потерял сознание. Сотруд-ники вызвали бригаду скорой помощи.

Объективно: сознание отсутствует, резкая бледность, цианоз кожи, зрачки расширены, реакции на свет нет. Дыхательные движения еди-ничные. Тоны сердца не выслушиваются, пульс и АД не определяются.

ЭКГ: частые (200-500 в мин.) беспорядочные волны, отличаю¬щиеся друг от друга по форме и амплитуде.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите неотложные мероприятия.

**Задача 13**

У больного Ф. 30 лет после психоэмоционального перенапряже¬ния внезапно развился приступ учащенного сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспо¬коят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые не проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Оте¬ков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца опре-деляется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 180 в минуту.

На снятой ЭКГ - зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС -180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.).

**Вопросы:**

1.Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

2.Последовательность мероприятий но купированию данного состояния.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 6: Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, применяемых в лечении заболеваний гемостаза.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Этапы гемостаза.

2. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты антитромботических средств:

А. Антиагрегантные препараты (ингибиторы ЦОГ, тиенопиридины, антагонисты рецепторов IIb\IIIa)

Б. Антикоагулянты (прямые антикоагулянты и антикоагулянты непрямого действия).

С. Фибринолитики

3. Побочные эффекты антиагрегантов, прямых и непрямых антикоагулянтов, фибринолитиков. Контроль за лечением. Взаимодействия антитромботических средств.

4. Дифференцированный подход к назначению антитромботических средств в зависимости от клинической ситуации.

5.Виды геморрагических диатезов. Классификация гемостатических средств, механизм их действия, показания к применению.

6.Побочные эффекты гемостатиков, их взаимодействия. Контроль за лечением.

7.Дифференцированный подход к назначению гемостатиков.

**Тестовые задания**

1. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе прямых антикоагулянтов:**
2. альтеплаза
3. варфарин
4. клопидогрель
5. фраксипарин
6. аспирин
7. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе антиагрегантов:**
8. фраксипарин
9. ацетилсалициловая кислота
10. урокиназа
11. гирудин
12. варфарин
13. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе тромболитиков:**
14. ацетилсалициловая кислота
15. тенектеплаза
16. варфарин
17. гепарин
18. фраксипарин
19. **Каков механизм антиагрегантного действия ацетилсалициловой кислоты:**
20. обратимое подавление циклооксигеназы
21. подавление тромбоксансинтетазы
22. блокада гликопротеидных комплексов IIb/IIIa
23. необратимое подавление активности циклооксигеназы
24. растворение фибрина
25. **Укажите показатель, который следует контролировать при проведении терапии гепарином:**
26. протромбиновое время
27. активированное частичное тромбопластиновое время
28. международное нормализованное отношение
29. время кровотечения
30. все перчисленные
31. **Укажите механизм антикоагулянтного действия гепарина:**
32. ингибирование тромбина независимо от антитромбина III
33. торможение активности тромбина в присутствии антитромбина III
34. нарушение образования в печени активной формы витамина К
35. растворение фибрина
36. блокада ЦОГ
37. **К какому классу лекарственных препаратов относится фраксипарин:**
38. тромболитики
39. антиагреганты
40. антагонисты витамина К
41. низкомолекулярные гепарины
42. статины
43. **При назначении гепарина больному с низкой активностью антитромбина III целесообразно:**
44. гепарин комбинировать со свежезамороженной плазмой
45. вводить гепарин в больших дозах
46. заменить гепарин на низкомолекулярные аналоги
47. отменить антикоагулянтную терапию
48. заменить гепарин на тромболитики
49. **Критериями эффективности тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда являются:**
50. уменьшение болевого синдрома
51. “реперфузионные” аритмии
52. быстрое снижение сегмента S-T более, чем на 50%
53. нарастание D -димеров
54. всё перечисленное
55. **Укажите механизм действия клопидогрела:**
56. блокада ЦОГ
57. блокада рецепторов IIb\IIIa
58. блокада рецепторов к АДФ
59. блокада синтеза факторов свертывания в печени
60. увеличение синтеза плазмина
61. **Какую дозу аспирина следует принять при подозрении на инфаркт миокарда:**
62. 125 мг
63. 250 мг
64. 500 мг
65. 1г
66. 3 г
67. **Какой показатель следует контролировать при лечении варфарином:**
68. АЧТВ
69. время кровотечения
70. МНО
71. время свертывания
72. количество лейкоцитов
73. **Для растворения фибринового тромба используют:**
74. гепарин
75. аспирин
76. клопидогрель
77. альтеплазу
78. клексан
79. **Выберите фибринолитик для болюсного введения:**
80. альтеплаза
81. стрептокиназа
82. метализе
83. пуролаза
84. актилиз

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

У больной, 48 лет, затянувшийся пароксизм мерцательной аритмии (более 48 часов). В качестве подготовки к плановой ЭИТ(электроимпульсной терапии) проводится антикоагулянтная терапия варфарином в дозе 5 мг/сутки. Показатель МНО у пациентки в течение всего срока приема антикоагулянта – 1,5.

**Вопросы:**

Укажите длительность терапии варфарином до и после кардиоверсии и оцените адекватность дозы клинической ситуации.

**Задача** 2.

Пациент, 50 лет, с дилатационной кардиомиопатией на фоне декомпенсации ХСН (IV ФК по NYHA) находится на постельном режиме в стационаре. На ЭКГ регистрируется синусовая тахикардия с частотой 110 в минуту; данные эхокардиографии: дилатация обоих желудочков и левого предсердия, пристеночные тромбы в полостях камер сердца не виазулизируются.

**Вопросы:**

Подберите терапию антикоагулянтами.

**Задача 3.**

У пациента, 48 лет, в анамнезе – аллергия на прием салицилатов.

**Вопросы:**

Какие тромбоцитарные антиагреганты и в каких дозах можно ему назначить в рамках терапии стенокардии напряжения?

**Задача 4.**

Пациенту, 69 лет, планируется проведение артропластики тазобедренного сустава.

**Вопросы:**

Предложите меры медикаментозной профилактики тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

**Задача 5.**

Больная, 66 лет, длительно страдает хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. В последнее время состояние с отрицательной динамикой, развились тяжелые трофические расстройства обеих голеней, сопровождающиеся воспалительными изменениями (покраснение кожи, болезненность тканей при пальпации).

**Вопросы:**

Какой препарат, влияющий на агрегацию тромбоцитов и улучшающий микроциркуляцию, повышающий тонус вен показан в данном случае?

**Задача 6.**

**Вопросы:**

Укажите группу препаратов, влияющих на гемостаз, прием которых во время беременности полностью противопоказан в связи с выявленным тератогенным действием и развитием кровотечений у плода.

**Задача 7.**

Пациент, 49 лет, с острым коронарным синдромом, сопровождающимся подъемом сегмента ST, доставлен в стационар, в котором отсутствует кардиохирургическая служба. В анамнезе перенесенный 5 месяцев назад ишемический инсульт.

**Вопросы:**

Предложите наиболее рациональный режим проведения тромболитической терапии.

**Задача 8.**

Больной, 36 лет, оперирован по поводу ревматического митрального стеноза IV стадии по А.Н. Бакулеву. Еще до вскрытия перикарда у больного отмечена тяжелая гипоксия: рН – 7,2, оксигемоглобин венозной крови - 60 %, резкий цианоз рук и лица. В конце операции рН – 7,18, оксигемоглобин – 25%, фибриноген не определяется, фибринолитическая активность – 100%, на тромбоэластограмме – полный лизис сгустка. Во время операции кровопотеря составляла 700 мл. Через 25-30 минут после операции из плевральной полости удалено одномоментно 650 мл крови, началось прогрессивное падение АД. При реторакотомии обнаружено 500 мл крови в плевральной полости, сгустков не видно, края раны иммобилизированы, кровотечения из ран сердца нет. Общая кровопотеря 1850 мл, восстановлена переливанием цитратной крови (2500 мл) с восьмидневным сроком хранения. Больному перелито 625 мл сухой концентрированной плазмы.

**Вопросы:**

Указать препараты выбора для лечения фибринолитического кровотечения.

**Задача 9.**

Пациент, 61 год, в течение 5 месяцев получает тиклопидин 250 мг 2 раза в сутки в качестве антиагрегантной терапии стабильной ИБС. В общем анализе крови, взятом сегодня, содержание нейтрофилов составило 1.0·109/л.

**Вопросы:**

Укажите возможную причину, обусловившую такое содержание нейтрофилов в периферической крови, и предложите дальнейшую тактику.

**Задача 10.**

Больному, 57 лет, страдающему ИБС и постоянной (более трех лет) мерцательной аритмией участковый врач увеличил дозу ацетисалициловой кислоты с 75 до 325 мг/сутки однократно внутрь.

**Вопросы:**

Оцените тактику терапевта. Показаны ли пациенту непрямые антикоагулянты?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 7: Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, применяемых в лечении бронхиальной астмы. Мониторинг концентрации теофиллина.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Этиология, патогенез бронхиальной астмы.
2. Классификация лекарственных средств применяемых при бронхиальной астме..
3. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности отдельных  
   групп препаратов (β-адреномиметики, холинолитики, ГКС, метилксантины, мембраностабилизаторы, антагонисты лейкотриеновых рецепторов).
4. Способы доставки лекарственных препаратов при бронхиальной астме.
5. Алгоритм назначения и комбинации препаратов, используемых при бронхальной астме в зависимости от степени тяжести и сопутствующей патоло-  
   гии,
6. Методы контроля за эффективностью фармакотерапии.
7. Особенности фармакотерапии бронхиальной астмы у детей
8. Способы коррекции осложнений ГКС-терапии.

**Тестовые задания**

1. **Увеличение ц-АМФ в клетке вызывает следующий препарат:**
2. пропранолол
3. ипратропия бромид
4. сальбутамол
5. бекламетазон
6. **Какой из перечисленных ингаляционных препаратов в меньшей степени всасывается в системный кровоток:**
7. ипратропия бромид
8. сальбутамол
9. беротек
10. бекламетазон
11. **Синдром “запирания” может развиться при использовании следующих препаратов:**
12. глюкокортикоидов
13. адреналина
14. ипратропия бромида
15. эуфиллина
16. β2 – адреностимуляторов
17. **Передозировать эуфиллин при одновременном назначении можно с:**
18. ципрофлоксацином
19. барбитуратами
20. рифампицином
21. фенилбутазоном
22. **Какой препарат, назначенный вместе с преднизолоном, способствует развитию аритмий:**
23. ипратропия бромид
24. гипотиазид
25. панангин
26. супрастин
27. **К базисным средствам для лечения бронхиальной астмы относится:**
28. глюкокортикостероиды
29. β2-стимуляторы
30. мембраностабилизаторы
31. муколитики
32. **Какой из перечисленных ингаляционных препаратов применяется для купирования приступов бронхиальной астмы:**
33. динатрияхромогликат
34. сингуляр
35. беротек
36. бекламетазон
37. **Укажите препарат, который не используется в ингаляционной форме:**
38. динатрияхромогликат
39. будесонид
40. теопек
41. сальбутамол
42. ипратропия бромид
43. **Биотрансформация эуфиллина ускоряется при одновременном назначении:**
44. фенобарбитала
45. эритромицина
46. циметидина
47. ципрофлоксацина
48. **Какой из перечисленных препаратов, используемых при лечении бронхообструктивного синдрома, не оказывает влияния на ЖКТ:**
49. преднизолон
50. теопек
51. кетотифен
52. эуфиллин
53. **Какая группа лекарственных препаратов требует проведения лекарственного мониторинга:**
54. стабилизаторы мембран тучных клеток
55. теофиллины
56. ингибиторы лейкотриенов
57. ингаляционные β2 –миметики
58. все вышеперечисленные
59. **Действие какого препарата потенцируется при совместном использовании с β2 – адреномиметиками:**
60. будесонида
61. пропранолола
62. сальбутамола
63. амброксола
64. **Для лечения синдрома “запирания” используют:**
65. эуфиллин
66. гидрокортизон
67. адреналин
68. атропин
69. сальбутамол
70. **Клиренс какого препарата существенно возрастает у курильщиков:**
71. атропин
72. эуфиллин
73. беротек
74. ипратропия бромид
75. эфедрин
76. **Укажите комбинированный препарат:**
77. симбикорт
78. пульмикорт
79. теопек
80. беротек
81. интал
82. **Уменьшает выработку бронхиального секрета:**
83. спирива
84. амброксол
85. эуфиллин
86. бекламетазон
87. **Какой ингаляционный бронхолитик начинает действовать через 25 минут:**
88. ипратропия бромид
89. сальбутамол
90. пульмикорт
91. беротек
92. **Сочетание теофиллина с этилендиамином это:**
93. теопек
94. ипратропия бромид
95. эуфиллин
96. теофедрин
97. **Для какого препарата характерны бронхоспазм, дисфония и осиплость голоса:**
98. бекламетазон
99. ипратропия бромид
100. беротек
101. форадил
102. **Селективно стимулирует β2 – адренорецепторы:**
103. формотерол
104. фликсотид
105. атровент
106. бекламетазон
107. **Беродуал – это:**
108. беротек + будесонид
109. беротек + ипратропия бромид
110. будесонид + формотерол
111. бекламетазон + ипратропия бромид
112. **При ингаляции какого препарата часто развивается кандидоз полости рта:**
113. ипратропия бромида
114. динатрияхромогликата
115. бекламетазона
116. сальбутамола
117. **Универсальным стимулятором адренергической системы является:**
118. эуфиллин
119. сальметерол
120. беротек
121. сальбутамол
122. адреналин
123. **Серетид – это:**
124. эфедрин + теофиллин
125. теофиллин + этилендиамин
126. будесонид+ фенотерол
127. флютиказон + сальметерол
128. **Какой из препаратов, применяемых для лечения бронхообструктивного синдрома, может привести к повышению артериального давления:**
129. эуфиллин
130. ипратропия бромид
131. беротек
132. преднизолон
133. **К пролонгированным β2 – стимуляторам относится:**
134. будесонид
135. кетотифен
136. эфедрин
137. сальбутамол
138. формотерол
139. **Действие каких препаратов могут ослабить глюкокортикоиды при совместном назначении:**
140. холинолитиков
141. антидиабетических
142. эуфиллина
143. симпатомиметиков
144. всех перечисленных
145. **Уменьшение чувствительности β2 – рецепторов можно купировать с помощью:**
146. сальбутамола
147. формотерола
148. динатрияхромогликата
149. преднизолона
150. всех перечисленных
151. **Побочные эффекты какого препарата может усиливать преднизолон при совместном назначении:**
152. эуфиллина
153. беротека
154. гипотиазида
155. изоптина
156. **Какое лекарственное средство может ухудшить течение сахарного диабета:**
157. будесонид
158. преднизолон
159. ипратропия бромид
160. эуфиллин
161. **Только для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме используют:**
162. ингаляционные глюкокортикоиды
163. ипратропия бромид
164. преднизолон
165. эуфиллин
166. **Для получения одинакового эффекта, доза какого препарата должна быть выше при в\в введении, чем при приёме внутрь:**
167. изопреналина
168. эуфиллина
169. адреналина
170. верапамила
171. преднизолона
172. **. Эффекты какого препарата усиливаются после ингаляции β2 – миметиков:**
173. верапамила
174. беклометазона
175. ипратропия бромида
176. пропранолола
177. **Для профилактики бронхиальной астмы лучше использовать:**
178. холинолитики
179. симпатомиметики
180. антигистаминные лекарственные средства
181. ингаляционные глюкокортикостероиды
182. **Хромогликат натрия является препаратом выбора у больных с:**
183. тяжёлой формой бронхиальной астмы
184. неатопической формой астмы
185. аспириновой астмой
186. атопической бронхиальной астмой
187. **При интермиттирующем течении атопической бронхиальной астмы назначение хромогликата натрия целесообразно:**
188. при появлении первых симптомов
189. за 2-3 дня до ожидаемого обострения
190. за 1-2 недели до ожидаемого обострения
191. за 3-4 недели до ожидаемого обострения
192. **К побочным эффектам кетотифена относится:**
193. бронхоспазм после приёма препарата
194. сонливость
195. нарушение сна и раздражительность
196. раздражение слизистой оболочки дыхательных путей
197. раздражение слизистой желудка
198. **Антибиотики у больных хроническим бронхитом следует назначать:**
199. при наличии гнойной мокроты
200. при кровохарканьи
201. в осенне-зимний период
202. у лиц пожилого возраста
203. **К значимым фармакодинамическим эффектам кортикостероидов относятся все, кроме:**
204. торможения синтеза и высвобождения медиаторов аллергического воспаления
205. потенцирования эффектов эндогенных катехоламинов
206. торможения М - холинергической стимуляции бронхов
207. прямого бронходилатирующего действия
208. **Безопасность применения ингаляционных кортикостероидов зависит от:**
209. афинности к кортикостероидным рецепторам
210. интенсивности пресистемного метаболизма
211. объёма распределения препарата
212. кратности назначения
213. **Клинический эффект от назначения ингаляционных кортикостероидов больным с бронхиальной астмой обычно отмечается через:**
214. 1-2 часа
215. 1-2 дня
216. 5-7 дней
217. 4-6 недель
218. **Ипратропия бромид отличается от ингаляционных β2 – агонистов:**
219. более длительным бронходилатирующим эффектом
220. более выраженным бронходилатирующим эффектом
221. быстрее наступающим эффектом
222. большей эффективностью купирования приступа бронхиальной астмы
223. **К пролонгированным адреномиметикам относятся все препараты, кроме:**
224. сальбутамол
225. сальметерол
226. формотерол
227. сальбутамол-retard (сальтос)
228. **Фармакодинамические эффекты теофиллина включают все, кроме:**
229. бронходилатирующего действия
230. увеличения мукоцилиарного клиренса
231. способности стимулировать дыхание и сердечную деятельность
232. способности повышать давление в малом круге кровообращения
233. **При назначении теофиллина курильщику:**
234. назначается стандартная доза препарата
235. доза может быть увеличена
236. доза может быть уменьшена
237. назначения препарата необходимо избегать
238. **Какой из комбинированных бронходилататоров опасно применять больному с “аспириновой” астмой:**
239. беродуал
240. симбикорт
241. бронхолитин
242. теофедрин
243. беродуал
244. **При каком заболевании бронхов более эффективны ингаляционные формы холинолитиков:**
245. бронхиальной астме
246. хроническом обструктивном бронхите
247. **Какой препарат в первую очередь показан для лечения астматического статуса:**
248. сальбутамол
249. преднизолон
250. атропин
251. эуфиллин
252. **К какой группе препаратов относится сингуляр:**
253. ИГКС
254. антигистаминное средство
255. ингибитор лейкотриеновых рецепторов
256. муколитик
257. **Выберите ингибитор лейкотриеновых рецепторов:**
258. интал
259. беродуал
260. акколат
261. пульмикорт
262. беклазон
263. **В какой ситуации не следует подавлять кашель:**
264. мучительный непродуктивный кашель
265. кашель при центральном раке
266. кашель при наличии инородного тела в бронхах
267. перед бронхоскопическим исследованием
268. кашель с признаками отделения мокроты
269. **Выберите наркотическое противокашлевое средство:**
270. коделак
271. синекод
272. глауцин
273. пакселадин
274. либексин
275. **Выберите ненаркотическое противокашлевое средство:**
276. синекод
277. либексин
278. пакселадин
279. глауцин
280. все перечисленные
281. **Какой противокашлевой препарат входит в состав бронхолитина:**
282. либексин
283. бутамират
284. окселадин
285. пентоксиверин
286. глауцин
287. **Отметьте противокашлевой препарат местного действия:**
288. бутамират
289. кодеин
290. пакселадин
291. либексин
292. глауцин
293. **При каком заболевании противопоказано применение противокашлевых средств:**
294. коклюш
295. трахеит
296. бронхит
297. бронхиальная астма
298. рак легких
299. **Выберите ферментный муколитик:**
300. бромгексин
301. синекод
302. амброксол
303. карбоцистеин
304. пульмозим
305. **Отметьте, при каком заболевании используется пульмозим:**
306. бронхиальная астма
307. трахеит
308. коклюш
309. муковисцидоз
310. при всех перечисленных
311. **Каким дополнительным эффектом обладает карбоцистеин:**
312. муколитическим
313. мукорегулирующим
314. противовоспалительным
315. мукокинетическим
316. всеми перечисленными
317. **Отметьте разовую дозу бромгексина для взрослых:**
318. 10мг
319. 5мг
320. 16 мг
321. 32 мг
322. 64 мг
323. **Выберите препарат для использования через небулайзер:**
324. ацетилцистеин
325. карбоцистеин
326. месна
327. амброксол
328. все перечисленные
329. **Выберите отхаркивающий препарат, противопоказанный при артериальной гипертензии:**
330. подорожник
331. душица
332. солодка
333. алтей
334. мать-и-мачеха
335. **Укажите показание для отхаркивающих препаратов:**
336. непродуктивный кашель
337. перед бронхоскопией
338. бронхиальная астма
339. продуктивный кашель
340. при всем перечисленном
341. **К побочным эффектам, требующим отмены ингаляционных кортикостероидов, относится:**
342. развитие кандидоза полости рта
343. дисфония
344. спорадический кашель после ингаляции
345. возникновение бронхоспазма после ингаляции

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положение Ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без/о. со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингаляция беротека - без эффекта. Диагноз: астматический статус I стадия.

**Вопросы:**

Назначьте лечение

**Задача 2.**

Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет.

Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие басовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1'. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с уч. клиники.

OAK: ЛЦ 9,2, ЭЦ 3,2, НЬ 106, СОЭ 19, п/я 6, с/я 62, Э 1, М 3, ЛФ 28.

ОАМ: ж, прозрачная, 1015, белок 0,033%, сахар отрицательный, ЛЦ 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения.

Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, ЛЦ - в большом количестве, пл. эпителий 10-15 в п/зрения.

ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%

Rh- графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёг/рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.

**Вопросы:**

Ваш диагноз?

Лечебная тактика?

**Задача 3.**

Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1 -2 раза в неделю, купирует салбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес, госпитализирован на обследование от военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи.

Об-но: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабораторных и инструментальных исследований:

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в Г. ЭОС не отклонена.

ФВД: ЖЕЛ 3,13(108%) колебания ПСВ в течение суток 25%,ФЖЕЛ-2,08 (71%),ОФВ, = 1,87 (78%), Инд. Тиффно 59,7%

Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Общий анализ мокроты: вязкая, серая. ЛЦ 10-15, пл. эпителий 8-10.

OAK, ОАМ без патологии.

Rh- графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о.

**Вопросы:**

Ваш диагноз?

Лечебная тактика?

**Задача 4.**

Больная 12 лет, поступила 22.V. с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель струдноотделяемой мокротой, одышку экспираторного характера, серозное отделяемое износа, слезотечение. Из анамнеза - обострение заболевания имеют сезонность - весна,осень, совпадают с цветением амброзии, одуванчиков, тополиного пуха.  
Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, множественные сухие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 20 в мин.

Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт.ст. Живот без особенностей.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:  
ЭКГ - Синусовый ритм с ЧСС 90 в мин. ЭОС не отклонена.  
OAK - ЛЦ 6,5, ЭЦ 3,8, НЫ 15, СОЭ 10, п/я 2, с/я 67, Э 9, МЗ, Л 19.  
О AM - без патологии.

Общий анализ мокроты: серая, вязкая, ЛЦ 8-10, эпителий пл. 8-10, эозинофилы 5-6, кристаллы Шарко-Лейдена 5-6 в п/зрения.

R графия грудной клетки: лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Л/рис.диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корнилёгких не расширены, структурны. Диафрагма, синусы - без/о.  
ФВД: ЖЕЛ = 3,2(106%)

ФЖЕЛ = 1,82 (60%)

ОФВ, = 1,83 (73,2%)

инд. Тиффно 57,2%  
МОС (ПСВ) = 4,41 (82%) Колебания ПСВ 16% в течение дня.

МОС 25% = 3,60 (76%)  
МОС 50% = 2,51 (69%)  
МОС 75%= 1,79 (61%)

Заключение: умеренные нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.  
**Вопросы:**

Диагноз? Тактика?

**Задача 5.**

Больная М., страдает бронхиальной астмой около 10 лет, находится на пероральной гормо-  
нотерапии около Зх лет (после перенесённого астматического статуса). Получает преднизо-  
лон в дозе 5 таблеток (25 mg) в сутки. Приступы удушья купирует ингаляцией беротека.  
Около 3 месяцев стало повышаться АД (до 180/80 мм рт.ст.), на коже конечностей петехии.  
**Вопросы:**

О каком осложнении следует подумать?

Ваша тактика?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 8:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности антигистаминных препаратов, ингибиторов, лейкотриентов и иммуномодуляторов для лечения аллергозов.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Виды аллергических реакций, патогенетические, клинические особенности. Псевдоаллергические реакции.

2. Классификация Н1-гистаминоблокаторов. Механизм действия, эффекты, показания к их использованию, противопоказания, нежелательные реакции, взаимодействия. Способы доставки ЛС.

3. Дифференцированный подход к назначению антигистаминных средств в зависимости от клинической ситуации.

4.Лекарственная аллергия: диагностика, профилактика, фармакологическая коррекция.

5.Особенности ФК и ФД, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности ингибиторов лейкотриентов.

6. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия иммуномодуляторов.

**Тестовые задания**

1. **Стимуляция Н1-рецепторов вызывает:**
2. формирование аллергического воспаления
3. усиление секреции соляной кислоты
4. Секрецию ферментов поджелудочной железой
5. возбуждение ЦНС
6. все перечисленное
7. **Н1-блокаторы наиболее эффективны при:**
8. профилактике неаллергического воспаления
9. лечении аллергических реакций
10. профилактике аллергических реакций
11. лечении неаллергического воспаления
12. обострении язвенной болезни
13. **Антигистаминные средства I поколения способны блокировать:**
14. Н1-рецепторы
15. серотониновые рецепторы
16. М-холинорецепторы
17. адренергические рецепторы
18. все перечисленные
19. **Отметьте недостаток антигистаминных препаратов I поколения:**
20. тахифилаксия
21. угнетение цНС
22. тахиардия
23. атония кишечника
24. все перечисленные
25. **К I поколению антигистаминных не относится:**
26. димедрол
27. супрастин
28. фенкарол
29. цетиризин
30. все перечисленные
31. **Выберите международное непатентованное название тавегила:**
32. хлоропирамин
33. клемастин
34. мебгидролин
35. квифенадин
36. диазолин
37. **Выберите характерный побочный эффект для антигистаминных II поколения:**
38. угнетение ЦНС
39. кардиотоксичность
40. атония кишечника
41. атония мочевого пузыря
42. тахифилаксия
43. **К III поколению антигистаминных не относится:**
44. цетиризин
45. левоцетиризин
46. лоратадин
47. фексофенадин
48. дезлоратадин
49. **Угнетение ЦНС как побочный эффект антигистаминных I поколения усиливают:**
50. алкоголь
51. седативные
52. транквилизаторы
53. снотворные
54. все перечисленные
55. **У больного с аденомой простаты применяют с осторожностью:**
56. дезлоратадин
57. лоратадин
58. цетиизин
59. фексофенадин
60. супрастин
61. **Риск нарушений ритма при использовании астемизола возрастает при совместном** применении с:
62. азитромицином
63. пенициллином
64. эритромицином
65. цефатоксимом
66. меропенемом
67. **Выберите антигистаминный препарат для местного применения:**
68. цетрин
69. супрастин
70. кларитин
71. аллергодил
72. насобек
73. **Отметьте продолжительность действия фексофенадина:**
74. 2 часа
75. часов
76. 12 часов
77. 24 часа
78. 48 часов
79. **С каким из антигистаминных имеет перекрестную аллергическую реакцию эуфиллин:**
80. цетиризин
81. супрастин
82. фексофенадин
83. лоратадин
84. димедрол
85. **Выберите антигистаминный препарат, имеющий парентеральную форму:**
86. тавегил
87. телфаст
88. ксизал
89. зиртек
90. кларитин
91. **Выберите антигистаминный препарат с наименьшим угнетающим действием на ЦНС:**
92. димедрол
93. тавегил
94. супрастин
95. фенкарол
96. диазолин
97. **Выберите препарат, который необходимо ввести в первую очередь при анафилактическом шоке:**
98. преднизолон
99. адреналин
100. пипольфен
101. эуфиллин
102. дигоксин
103. **Антигистаминные препараты могут рассматриваться в качестве базисных средств при лечении:**
104. аллергических ринитов
105. вазомоторных ринитов
106. бронхиальной астмы
107. инфекционно-алергических миокардитов
108. всем перечисленном
109. **К побочным эффектам терфенадина, ограничивающим его применение, относится:**
110. наличие седативного действия
111. кардиотоксическое действие
112. способность повышать внутриглазное давление
113. сухость во рту
114. запоры
115. **Астемизол отличается от других антигистаминных средств 2-го поколения:**
116. необратимым связыванием с Н1-гистаминорецепторами
117. более выраженным действием в первые дни приема
118. возможностью монотерапии при атопической астме
119. более выраженным седативным
120. не отличается от других препаратов 2 поколения
121. **Какой из антигистаминных препаратов имеет максимальный период полувыведения:**
122. терфенадин
123. астемизол
124. лоратадин
125. цетиризин
126. дезлоратадин
127. **Клинический эффект кетотифена проявляется через:**
128. 2 часа
129. 2 дня
130. дней
131. дней
132. 1 месяц
133. **Доза какого антигистаминного препарата должна быть снижена у больного с ХПН:**
134. лоратадина (кларитина)
135. цетиризина (зиртека)
136. дезлоратадина (эриуса)
137. клемастина (тавегила)
138. фексофенадина (телфаста)
139. **Какой антигистаминный препарат способен потенцировать эффекты алкоголя:**
140. дезлоратадин (эриус)
141. фексофенадин (телфаст)
142. цетиризин (зиртек)
143. лоратадин (кларитин)
144. эбастин (кестин)
145. **Клинический эффект интраназальногоаллергодила при аллергическом рините наступает через:**
146. 5-10 мин
147. 20-40 мин
148. 1-2 часа
149. 5-6 часов
150. **Наиболее частый побочный эффект при использовании интраназальной формы аллергодила:**
151. сонливость
152. носовые кровотечения
153. чувство горечи во рту
154. повышение аппетита
155. сердцебиение
156. **Какой препарат оказывает максимальное противовоспалительное действие при лечении аллергических ринитов:**
157. азеластин (аллергодил)
158. кромогликат (интал)
159. беклазон (насобек)
160. лоратадин (кларитин)
161. все перечисленные
162. **Основным показанием к назначению интраназальногокромогликата является:**
163. бронхиальная астма
164. аллергический ринит
165. рецидивирующая крапивница
166. пищевая аллергия
167. гнойный гайморит
168. **Клинический эффект интраназальных ГКС развивается через:**
169. 1-2 часа
170. 20-24 часа
171. 2-4 дня
172. 1 неделю
173. 2-3 недели
174. **К побочным эффектам интраназальных ГКС относятся все, кроме:**
175. жжения в полости носа
176. кандидоза полости носа
177. носовых кровотечений
178. угревой сыпи на лице
179. характерны все перечисленные
180. **Средством выбора для лечения сезонного аллергического ринита в период беременности является:**
181. интраназальные ГКС
182. интраназальные антигистаминные
183. интраназальныйкромогликат
184. фексофенадин
185. лоратадин
186. **Укажите антигистаминный препарат, обладающий М-холинолитическимдействием:**
187. дифенгидрамин (димедрол)
188. хифенадин (фекарол)
189. лоратадин (кларитин)
190. фексофенадин (телфаст)
191. цетиризин (зиртек)
192. **Выберите антигистаминный препарат, не обладающий седативным действием:**
193. димедрол
194. тавегил
195. супрастин
196. пипольфен
197. кларитин
198. **Выберите препарат, имеющий парентеральную форму:**
199. тавегил
200. кларитин
201. зиртек
202. телфаст
203. эриус
204. **Какой ГКС предпочесть при аллергической реакции:**
205. дексаметазон
206. триамцинолон
207. бетаметазон
208. преднизолон
209. гидрокортизон
210. **Противовоспалительный, противоаллергический, иммунодепрессивный эффекты вызывают:**
211. глюкокортикоиды;
212. стероидные анаболики;
213. эстрогены;
214. гестагены;
215. андрогены.
216. **Иммуностимуляторы:**
217. преднизолон;
218. азатиоприн;
219. левамизол;
220. миелопид;
221. активин;
222. **Стимуляторы Т-системы иммунитета:**
223. окситоцин;
224. преднизолон;
225. тактивин;
226. левамизол;
227. **Стимуляторы В - системы иммунитета:**
228. миелопид;
229. тактивин
230. преднизолон
231. супрастин
232. ранитидин
233. **Не относится к иммунодепрессантам**
234. тактивин;
235. азатиоприн;
236. циклоспорин;
237. ретинол;
238. циклофосфан.
239. **К какой группе препаратов относится сингуляр:**
240. ИГКС;
241. антигистаминное средство;
242. ингибитор лейкотриеновых рецепторов;
243. муколитик;
244. противокашлевое средство.
245. **Выберите ингибитор лейкотриеновых рецепторов**:
246. интал;
247. беродуал;
248. акколат;
249. пульмикорт;
250. беклазон.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

К больному Л., 35 лет, вызвана бригада скорой медицинской помощи. Около 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, кожные высыпания по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана первая инъекция ампициллина внутримышечно. В возрасте 20 лет при лечении антибиотиками по поводу острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной сыпи. Объективно: больной заторможен, на коже лица, туловища и конечностей - волдыри различного размера, сливного характера, на гиперемированном основании. Холодный, липкий пот. Частота дыхания 56 вмин, выдох удлинен, выслушиваются свистящие хрипы. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД 60/20 мм рт. ст., пульс 160 в мин, нитевидный.

**Задание.**

1. Какое заболевание можно предполагать у данного больного?

2. Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации.

**Задача 2**

Пациенту М., 45 лет, с диагностической целью ввели урографин. Ранее урографин и другие йодсодержащие препараты не назначались. Аллергологический анамнез не отягощен. Через несколько минут после введения препарата внезапно возник дискомфорт, ощущение тревоги, страх смерти. На фоне внезапно наступившей общей слабости возникло чувство жара, тяжесть и стеснение грудной клетке, боль в области сердца, затрудненное дыхание, головокружение, головная боль. Затем появились тошнота, рвота. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, ЧСС - 130 вмин, АД 70/30 мм рт. ст.

**Задание.**

1. Какое заболевание можно предполагать у данного больного?

2. Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации, чем они будут отличаться от помощи при анафилактическом шоке?

**Задача 3.**

Мать ребенка, 1,5 лет, обратилась к соседке-медсестре по поводу высокой температуры у ребенка: 39º С. Медсестра сделала внутримышечно инъекцию пенициллина 200 тыс. ЕД (ранее ребенок антибиотиков не получал). Через несколько минут на месте инъекции появились: гиперемия кожи, на груди выступила сыпь типа крапивницы.

**Задания.**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

**Задача 4**

Ребенку 4-х месяцев в процедурном кабинете детской поликлиники сделали вторую прививку АКДС-вакциной. Внезапно ребенок стал беспокойным, резко побледнел, появилась одышка, высыпания на коже типа крапивницы, потерял сознание.

**Задания.**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи

**Задача 5.**

Девочка 7 лет лечится по поводу обострения хронического тонзиллита. Получает бисептол. Врачом было назначено внутримышечное введение пенициллина по 500 тыс. 2 раза в день. Через минуту после введения пенициллина в поликлинике появилась резкая бледность лица, цианоз слизистой оболочки губ, рвота, одышка, судороги, пульс нитевидный. Конечности холодные.

**Задания.**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача 6.**

Ребенка 10 лет на улице укусила оса в левую щеку. Через 3-5 минут, пострадавшему стало трудно дышать, появился отек шеи, лица. Была вызвана СМП.

**Задания.**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача 7**

У больной Л., 32 лет, работающей ткачихой, в течение последних двух месяцев появились приступы удушья экспираторного характера, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В анамнезе: часто болела пневмониями.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС - 96 в 1 мин. Пульс - 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД - 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

**Результаты дополнительного обследования** Рентгенограмма - вне приступа в пределах нормы.

1. ФВД после купирования приступа удушья в пределах нормы.

2. ЭКГ - вне приступа в пределах нормы.

3. Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

4. Анализ крови: эр. - 5,3х10^12 ; Нв - 136 г/л, ц.п. - 0,8 ; л - 5,5х10^9, э - 15%, п - 2%, с - 58%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 5 мм/час.

5. Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в п/зр., эозинофилы - 5-7 в п/зр. , спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

**Вопросы :**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного дообследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

**Задача 8**

Больная В., 19 лет, студентка, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи». Около часа назад пациентке под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувства внутренней тревоги, слабости. Пациентке незамедлительно в стоматологическом кабинете был введен 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и 16 мг дексаметазона внутривенно, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, беспокойство, слабость. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными - кошка, собака, лошадь, и реакция в виде аллергического ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. Для выявления аллергии проводились аллергические пробы (выявлена сенсибилизация к эпидермальным аллергенам кошки(++), собаки(+++), клещам домашней пыли(+++)). С возрастом интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергеном уменьшилась, и больная перестала наблюдаться у врачей, не лечилась; 3 месяца назад больная устроилась на новую работу продавцом магазин бытовой химии. Через месяц у больной появился сухой кашель, который постепенно усиливался, пятнистые высыпания на коже. Самостоятельно принимала антигистаминные препараты в течение 7 дней – с некоторым положительным эффектом в виде регресса кожной сыпи. Семейный анамнез: у отца больной - бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей. При осмотре: состояние больной средней тяжести, возбуждена. Беспокоит чувство жара в теле, шум в ушах, непродуктивный кашель. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненна; ЧД - 26 уд/мин. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, не разлитой. Границы относительной тупости сердца: правая на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 130 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 90/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба – 120/80 мм.рт.ст.) Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10 х 9 х 8 см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, лейкоциты - 7800, эозинофилы - 10%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 5 мм/ч. Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в 1 минуту. PQ 0,12 мс, QRS 0,08 мс. Вопросы к задаче

**Задание:**

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Каковы механизмы развития патологических реакций при анафилактическом шоке? 3.Перечислите признаки, характерные для данной степени тяжести анафилактического шока. 4.Составьте план противошоковых мероприятий.

5.Какова цель назначения глюкокортикостероидов при анафилактическом шоке?

**Задача 9**

Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение 17 июня бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Со слов знакомых, в парке у пациента через минуту после укуса осы появились резкая слабость, бледность, судороги, а затем потеря сознания. Бригадой «скорой помощи» был введен двухкратно подкожно 0,5 мл 0,1% адреналина, 16 мг дексаметазона внутривенно. Пациент в сознание не приходил, АД 40/0 мм.рт.ст., пульс нитевидный. Сбор анамнеза, в том числе аллергологическо невозможен в виду тяжести состояния больного. При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, влажные. Дыхание частое, поверхностное, ЧД - 30 в 1 мин. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье, по среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены, аритмичны. Пульс аритмичный, 150 уд/мин, нитевидный; АД - 30/0 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. В области шеи слева след от укуса насекомого. Анализ крови: НЬ - 160 г/л, лейкоциты - 8000, эозинофилы - 6%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч. Газовый состав крови р02 - 55 мм; рС02 - 45 мм.

**Задание:**

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Дайте характеристику степени тяжести анафилактического шока.

3.Перечислите план необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Каков прогноз? 4.Составьте дифференциально-диагностический ряд.

5.Каков механизм развития анафилактического шока? Перечислите основные звенья патогенеза

.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 9:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности антибактериальных и противовирусных лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Механизм действия антибактериальных препаратов. Классификация антибактериальных препаратов по механизму действия.

2. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности различных классов антибиотиков (β-лактамные АБ, макролиды, фторхинолоны и др.).

3. Побочные эффекты этих препаратов, их взаимодействиям между собой и с другими препаратами.

4. Назначение антибактериальных препаратов эмпирически и при выявленном возбудителе.

5. Понятие об антибиотикорезистентности, способах ее преодоления.

6.Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия противовирусных препаратов. Показания к применению.

7. Дифференцированный подход к назначению противовирусных препаратов в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний.

**Тестовые задания**

1. **Какая группа антибиотиков оказывает воздействие на микроорганизмы, не затрагивая при этом макроорганизм:**
2. пенициллины
3. тетрациклины
4. аминогликозиды
5. линкосомиды
6. гликопептиды
7. **На какую структуру микроорганизма оказывают действие цефалоспорины:**
8. рибосома
9. клеточная стенка
10. ядро
11. митохондрии
12. вакуоли
13. **Какой побочный эффект характерен для аминогликозидов:**
14. нефротоксичность
15. вестибулопатии
16. нервно-мышечная блокада
17. кохлеатоксичность
18. все перечисленные
19. **Для какого антибиотика характерен пенициллиновый тип развития резистентности:**
20. эритромицин
21. тетрациклин
22. рифампицин
23. гентамицин
24. цефазолин
25. **При одновременном использовании с каким антибиотиком изменяется скорость метаболизма теофиллина:**
26. доксициклин
27. цефазолин
28. эритромицин
29. гентамицин
30. пенициллин
31. **Какая группа антибиотиков чаще вызывает аллергические реакции:**
32. аминогликозиды
33. макролиды
34. пенициллины
35. сульфаниламиды
36. линкозамины
37. **Какой из антибиотиков разрушается в – лактамазами:**
38. ампициллин
39. гентамицин
40. тетрациклин
41. ципрофлоксацин
42. линкомицин
43. **Какой побочный эффект характерен для линкомицина:**
44. анемия
45. снижение слуха
46. полиневрит
47. энтероколит
48. азотемия
49. **Назовите антибиотик для воздействия на чувствительные штаммы Streptococcuspneumoniae при лечении пневмонии:**
50. ципрофлоксацин
51. гентамицин
52. цефотаксим
53. доксициклин
54. тетрациклин
55. **Какой из антибиотиков создаёт высокие концентрации в предстательной железе:**
56. ципрофлоксацин
57. линкомицин
58. ампициллин
59. эритромицин
60. все перечисленные
61. **Какой из антибиотиков нужно назначать для воздействия на микроорганизмы, продуцирующие в – лактамазы:**
62. пенициллин
63. ампициллин
64. цефазолин
65. амоксиклав
66. амоксициллин
67. **Выберите антибактериальное средство для лечения пневмонии, вызванной Mycoplasmapneumoniae:**
68. линкозамиды
69. пенициллины
70. цефалоспорины
71. макролиды
72. аминогликозиды
73. **Отметьте наиболее целесообразную комбинацию антибиотиков при тяжёлой внебольничной пневмонии:**
74. пенициллины + аминогликозиды
75. аминогликозиды + цефалоспорины II поколения
76. цефалоспорины III поколения + макролиды
77. фторхинолоны + аминогликозиды
78. макролиды + фторхинолоны
79. **Какой из антибиотиков в высоких концентрациях обладает бактерицидным действием, а в низких – бактериостатическим:**
80. пенициллин
81. эритромицин
82. цефотаксим
83. гентамицин
84. линкомицин
85. **Какой из антибиотиков является бактерицидным:**
86. тетрациклин
87. линкомицин
88. хлорамфеникол (левомицетин)
89. амикацин
90. эритромицин
91. **Режим дозирования какого антибиотика должен быть изменён при явлениях почечной недостаточности:**
92. цефтриаксон
93. гентамицин
94. доксициклин
95. эритромицин
96. цефоперазон
97. **Какой из указанных антибиотиков нельзя назначать при холестатических гепатитах:**
98. эритромицин
99. ампициллин
100. клафоран
101. линкомицин
102. цефтриаксон
103. **Комбинация гентамицина с каким антибиотиком даёт выраженный синергизм при воздействии на энтерококк:**
104. тетрациклином
105. линкомицином
106. эритромицином
107. пенициллином
108. ципрофлоксацином
109. **Для какого антибиотика необходима коррекция режима введения при печёночной недостаточности:**
110. ампициллин
111. цефоперазон
112. имипенем
113. гентамицин
114. ципрофлоксацин
115. **Какой из антибиотиков создаёт высокие концентрации в костной ткани:**
116. гентамицин
117. налидиксовая кислота
118. линкомицин
119. эритромицин
120. цефатоксим
121. **Какой побочный эффект не характерен для ампициллина:**
122. сыпь
123. аллергические реакции
124. диарея
125. вагинальный кандидоз
126. нефротоксичность
127. **Выберите наиболее безопасный антибиотик для лечения беременной:**
128. ампициллин
129. гентамицин
130. ципрофлоксацин
131. левомицетин
132. бисептол
133. **Какой из антибиотиков желательно не назначать пожилым:**
134. пенициллин
135. цефазолин
136. гентамицин
137. азитромицин
138. все перечисленные
139. **В чём преимущество карбапенемов по сравнению с другими в – лактамными антибиотиками:**
140. имеют 2 пути элиминации
141. не вызывают аллергических реакций
142. способны проникать через гематоэнцефалический барьер
143. устойчивы к действию в-лактамаз (БЛРС)
144. активны в отношении MRSA
145. **Зачем имипенем используется в комбинации с циластатином:**
146. для создания терапевтических концентраций антибиотика в моче
147. для лучшего проникновения имипенема в ткани
148. для ингибирования в – лактамаз микробной клетки
149. для получения потенцирующего эффекта
150. для получения постантибиотического эффекта
151. **Выберите препарат для лечения сепсиса, вызванного MRSA:**
152. ампициллин
153. цефазолин
154. тиенам
155. азитромицин
156. линезолид
157. **Выбелите наиболее эффективный антисинегнойный препарат:**
158. амоксициллин
159. цефотаксим
160. имипенем
161. меропенем
162. гентамицин
163. **Выберите цефалоспорин для ступенчатой антибактериальной терапии:**
164. цефуроксим
165. цефтазидим
166. цефотаксим
167. цефипим
168. цефтриаксон
169. **Отметьте антисинегнойный цефалоспорин:**
170. цефазолин
171. цефотаксим
172. цефтрипаксон
173. цефтазидим
174. цефаклор
175. **Выберите антимикробный препарат с узким терапевтическим коридором:**
176. макропен
177. клиндамицин
178. амикацин
179. амоксициллин
180. цефтриаксон
181. **Какой рекомендован курс введения аминогликозидов для уменьшения опасности нежелательных реакций:**
182. 4-5 дней
183. 7-10 дей
184. до 2 недель
185. до 3 недель
186. до 1 месяца
187. **Какой вид взаимодействия возникает при смешивании гентамицина и пенициллина в одном шприце:**
188. фармакодинамический
189. фармакокинетический
190. фармацевтический
191. физиологический
192. взаимодействие отсутствует
193. **Какой препарат относят к «респираторным» фторхинолонам:**
194. ципрофлоксацин
195. офлоксацин
196. норфлоксацин
197. левофлоксацин
198. ломефлоксацин
199. **Не рекомендован для лечения пиелонефрита:**
200. ципрофлоксацин
201. цефотаксим
202. налидиксовая кислота
203. амикацин
204. амоксициллин/клавуланат
205. **Какой антимикробный препарат противопоказан детям:**
206. пенициллин
207. цефтриаксон
208. азитромицин
209. ципрофлоксацин
210. эритромицин
211. **Выберите фторхинолон с антисинегнойной активностью:**
212. норфлоксацин
213. ломифлоксацин
214. спарфлоксацин
215. левофлоксацин
216. все перечисленные
217. **Выберите сочетание антибиотиков, при котором увеличивается риск кардиотоксичности (увеличение QT):**
218. цефалоспорины+ макролиды
219. цефалоспорины+ аминогликозиды
220. фтохинолоны + цефалоспорины
221. фторхинолоны+ макролиды
222. пенициллины + макролиды
223. **Выберите макролид, имеющий парентеральные формы:**
224. кларитромицин
225. ровамицин
226. азитромицин
227. эритромицин
228. все перечисленное
229. **Выберите макролид, наиболее активный в отношении гемофильной палочки:**
230. азитромицин
231. эритромицин
232. рокситромицин
233. джозамицин
234. одинаковая активность у всех макролидов
235. **Какой антибиотик вызывает гипопротромбинемию:**
236. цефотаксим
237. амоксициллин
238. азитромицин
239. цефоперазон
240. гентамицин
241. **Выберите антибиотик, обладающий дисульфирамоподобным эффектом:**
242. цефазолин
243. кларитромицин
244. гентамицин
245. цефоперазон
246. ципрофлоксацин
247. **Выберите цефалоспорин с самым длительным периодом полувыведения:**
248. цефазолин
249. цефуроксим
250. цефотаксим
251. цефтриаксон
252. цефепим
253. **Выберите фторхинолон с антианаэробной активностью:**
254. моксифлоксацин
255. левофлоксацин
256. ципрофлоксацин
257. спарфлоксацин
258. норфлоксацин
259. **Выберите препарат для лечения инфекции, вызванной MRSA:**
260. цефазолин
261. амоксициллин/клавуланат
262. имипенем
263. азитромицин
264. ванкомицин
265. **Выберите препарат для лечения псевдомембранозного колита, вызванного C. difficile:**
266. пенициллин
267. цефотаксим
268. тиенам
269. ванкомицин
270. кларитромицин
271. **Выберите антисинегнойный пенициллин:**
272. тикарциллин
273. ампициллин
274. амоксициллин
275. азитромицин
276. тобрамицин
277. **Выберите антибиотик для лечения тонзиллита, вызванного в-гемолитическим стрептококком группы А:**
278. амикацин
279. ципрофлоксацин
280. цефтазидим
281. тетрациклин
282. амоксициллин
283. **Выберите антибиотик, при использовании которого следует исключать алкоголь:**
284. азитромицин
285. левофлоксацин
286. линкомицин
287. цефоперазон
288. пенициллин
289. **К какой группе антибиотиков относится тигециклин:**
290. пенициллины
291. тетрациклины
292. цефалоспорины
293. фторхинолоны
294. монобактамы
295. **Отметьте карбапенем без антисинегнойной активности:**
296. эртапенем
297. меропенем
298. дорипенем
299. имипенем
300. все перечисленные
301. **Выберите антибиотик из группы липопептидов:**
302. пиперациллин
303. тигециклин
304. даптомицин
305. полимиксин М
306. эртапенем
307. **Основные группы препаратов, используемые для терапии ОРВИ:**
308. антигистаминные препараты;
309. антибактериальные препараты;
310. аскорбиновая кислота.
311. **К противогерпетическим препаратам относят все, кроме:**
312. ацикловира;
313. фамцикловира;
314. ганцикловира;
315. рибавирина.
316. **К НЛР ремантадина относят:**
317. раздражительность;
318. бессонницу;
319. бронхоспазм.
320. **Рибавирин используют при:**
321. пневмонии у новорожденных;
322. тяжелом бронхиолите;
323. геморрагической лихорадке с почечным синдромом.
324. **Выберите противогерпетический препарат:**
325. ремантадин
326. занамивир
327. ацикловир
328. осельтамивир
329. арбидол
330. **К какому классу противовирусных средств относится осельтамивир (тамифлю):**
331. противогерпетические
332. антиретровирусные
333. противогриппозные
334. противоцитомегаловирусные
335. широкого спектра действия
336. **Выберите препарат с доказанной противогриппозной эффективностью:**
337. занамивир
338. гриппферон
339. дибазол
340. амиксин
341. все перечисленное
342. **Отметить препарат, обладающий наиболее широким спектром противовирусного действия:**
343. метисазон;
344. мидантан;
345. оксолин;
346. идоксуридин;
347. интерферон.
348. **Укажите противовирусные ЛС с известным механизмом действия и доказанной эффективностью при гриппе:**
349. арбидол;
350. оцилококкцинум;
351. анаферон;
352. иммунал;
353. озельтамивир.
354. **Какое ЛС необходимо использовать при резистентности вируса гриппа к озельтамивиру?**
355. арбидол;
356. ремантадин;
357. ацикловир;
358. занамивир;
359. зидовудин.
360. **Основным отличием валацикловира от ацикловира является:**
361. более высокая биодоступность;
362. более высокая эффективность;
363. возможность лечения цитомегаловирусной инфекции;
364. большая длительность действия;
365. отсутствие побочных эффектов.
366. **Вероятность побочных эффектов ацикловира повышается:**
367. при внутривенном введении;
368. при почечной недостаточности;
369. при дегидратации;
370. в сочетании с интерфероном;
371. все варианты ответов верны.
372. **В случае неэффективности терапии цитомегаловирусной инфекции ганцикловиром препаратом выбора является:**
373. фоскарнет;
374. ацикловир;
375. зидовудин;
376. амантадин;
377. рибавирин.
378. **Отметить противовирусный препарат – производное тиосемикарбазона:**
379. Мидантан
380. Видарабин
381. Метисазон
382. Ремантадин
383. **Отметить препарат, являющийся производным адамантана:**
384. Фоскарнет
385. Ремантадин
386. Саквинавир
387. Видарабин
388. **Укажите какой из перечисленных препаратов является производным пептидов:**
389. Саквинавир
390. Ацикловир
391. Метисазон
392. Зидовудин
393. **Из предложенных препаратов выбирете производное индолкарбоновой кислоты:**
394. Мидантан
395. Идоксуридин
396. Арбидол
397. Видарабин
398. **Укажите производное фосфонмуравьиной кислоты:**
399. Метисазон
400. Фоскарнет
401. Интерферон
402. Ганцикловир
403. **Для какого препарата характерно угнетающее влияние на синтез нуклеиновых кислот:**
404. Гуанидин
405. Саквинавир
406. Мидантан
407. Ацикловир
408. **Укажите механизм противовирусного действия гамма-глобулина**:
409. Угнетениесинтеза нуклеиновых кислот
410. Угнетение адсорбции вируса на клетке и проникновение его в клетку
411. Угнетение депротеинизации вирусного генома
412. Угнетение синтеза «ранних» белков
413. **Укажите препарат, который угнетает «сборку» вирионов и выход вируса из клетки:**
414. Ремантадин
415. Метисазон
416. Саквинавир
417. Гуанидин
418. **Указать препарат, блокирующий обратную транскриптазу вирусов:**
419. Видарабин
420. Метисазон
421. Ремантадин
422. Зидовудин
423. **Указать наиболее высокоэффективный противогерперический препарат:**
424. Ремантадин
425. Зидовудин
426. Интерферон
427. Ацикловир
428. **Какой из перечисленных синтетических препаратов применяют для пофилактики гриппа А:**
429. Интерферон
430. Ремантадин
431. Саквинавир
432. Метисазон
433. **Для профилактики заболевания натуральной оспой используют:**
434. Арбидол
435. Ацикловир
436. Метисазон
437. Зидовудин
438. **Производное нуклеозидов для лечения ВИЧ-инфекции:**
439. Ацикловир
440. Зидовудин
441. Гуанидин
442. Ганцикловир
443. **Укажите препарат, используемый в офтальмологической практике при герпетическихпоражениях глаза:**
444. Саквинавир
445. Идоксуридин
446. Мидантан
447. Гуанидин
448. **Выберите из предложенных препаратов эндогенный гликопептид, обладающий противовирусными свойствами:**
449. Арбидол
450. Интерферон
451. Мидантан
452. Фоскарнет
453. **Укажите, какой их протвовирусных препаратов может вызывать и усиливать аутоиммунные реакции:**
454. Метисазон
455. Интерферон
456. Ацикловир
457. Рибавирин
458. **Какой из предложенных препаратов относится рекомбинантным альфа-интерферонам:**
459. Бетаферон
460. Интерферон человеческий лейкоцитарный
461. Интрон А
462. Полудан

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

В приемное отделение клинической больницы поступил больной Н, 56 лет с жалобами на резкую слабость, непродуктивный кашель, боли в грудной клетке при кашле и глубоком дыхании, повышение температуры до 39,9 0C. Вышеперечисленные жалобы появились в течение 3 дней, никуда не обращался, самостоятельно принимал только парацетамол до 3 таблеток в день. В общем анализе крови – лейкоцитоз до 13,0; сдвиг лейкоформулы влево, СОЭ 30 мм\час. При ренгенографии выявлено затемнение всей нижней доли слева, подчеркнута междолевая плевра.

**Вопросы:**

Ваш диагноз?

Какое лечение назначить больному?

Обоснуйте выбор антибиотиков.

Какова ориентировочная продолжительность лечения?

**Задача 2.**

По направлению участкового терапевта поступила больная С., 25 лет, с жалобами на слабость, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37, 70C. Больна в течение недели. Заболевание началось с першения в носоглотке, заложенности носа, кашля. Принимала амоксициллин по 0,5 3 раза в день, но без эффекта, к концу недели повысилась температура, усилилась слабость. При рентгенографии выявлена инфильтрация легочной ткани в S10 справа. Известно, что сестра больной имеет ту же симптоматику, от госпитализации отказалась.

**Вопросы:**

Сформулируйте диагноз.

Какова предположительная этиология болезни?

Назначьте лечение.

Каковы сроки антибиотикотерапии?

**Задача 3.**

Больному К., 65 лет, имеющему в анамнезе хронический обструктивный бронхит, дыхательную недостаточность II степени, выставлен амбулаторно диагноз пневмонии в нижней доле слева. Больного беспокоит кашель с плохоотделяемой гнойной мокротой, сопровождающийся экспираторной одышкой, слабость, повышение температуры тела до 38,00C. Больной госпитализирован в отделение пульмонологии.

**Вопросы:**

Какова предположительная этиология пневмонии у данного больного (объясните).

Какие антибиотики следует выбрать в данной ситуации?

Что назначить помимо антибактериальной терапии?

**Задача 4.**

В отделение пульмонологии поступила беременная женщина 22 лет (на сроке 26-27 недель) с диагнозом пневмонии в нижней доле справа. Беспокоит слабость, одышка при нагрузках, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,10C. Больна 3 дня, дома ничего не принимала. Диагноз подтвержден рентгенологически. Аллергоанамнез не отягощен.

**Вопросы:**

Какова предположительная этиология пневмонии?

Что назначить больной?

Какие сроки антибиотикотерапии?

**Задача 5**

Пациент, 25 лет, обратился в поликлинику с жалобами на заложенность носа, першение в горле, повышенную слабость. Указанные явления стали беспокоить со вчерашнего вечера.

**Вопросы:**

1. Какое состояние можно диагностировать у больного?

2. Терапию какими препаратами можно порекомендовать?

3. Следует ли назначать антибактериальные препараты?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 10:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств для лечения грибковых и паразитарных заболеваний.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия противогрибковых препаратов. Показания к применению.

2. Дифференцированный подход к назначению противогрибковых препаратов в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний.

3. Клиническая фармакология противопротозойных и антигельминтных средств.Клинико-фармакологическая характеристика.

4. Принципы индивидуального выбора препаратов. Показания к применению.

5. Критерии контроля эффективности и безопасности применения. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Побочные эффекты.

**Тестовые задания**

1. **Выберите противогрибковый препарат для лечения вагинального кандидоза:**
2. вориконазол
3. нистатин
4. флюконазол
5. тербинафин
6. амфотерицин В
7. **Выберите противогрибковый препарат для лечения аспергиллеза:**
8. флюконазол
9. вориконазол
10. нистатин
11. кетоконазол
12. леворин
13. **Укажите антибактериальный препарат обладающий наибольшей антианаэробной активностью:**
14. ампициллин
15. гентамицин
16. тетрациклин
17. метронидазол
18. **Лицам, выезжающим в эндемичные по малярии районы, химиопрофилактику проводят, чаще всего используя:**
19. делагил (хингамин)
20. примахин
21. ципрофлоксацин
22. левамизол
23. **Один из побочных эффектов метронидазола используется в лечении:**
24. язвенной болезни желудка
25. неспецифического язвенного колита
26. алкоголизма
27. ревматического артрита
28. **В лечении гельминтозов антипротозойные препараты чаще всего назначаются в комбинации с:**
29. нестероидными противовоспалительными препаратами
30. антигистаминными препаратами
31. аминогликозидами
32. поливитаминами
33. кортикостероидами
34. **Лечение описторхоза включает в себя следующие мероприятия и лекарственные препараты, кроме:**
35. назначениехлоксила (гексахлорпараксилола)
36. ограничение в диете жиров и алкоголя
37. желчегонные препараты
38. слабительные препараты
39. антисептики
40. **В лечении заболеваний, вызванных ленточными гельминтами (цестодми), применяются следующие лекарственные препараты, кроме одного:**
41. фенасал (вермитин)
42. экстракт мужского папоротника
43. семена тыквы
44. левамизол (декарис)
45. **Наиболее эффективным в лечении аскаридоза является:**
46. мебендазол (вермокс)
47. +левамизол (декарис)
48. тиабендазол (минтезол)
49. пирантел-памоат (гельминтокс)
50. **Препаратом выбора для лечения чесотки является:**
51. +бензилбензоат (мазь, гель, эмульсия)
52. метиленовый синий (водный раствор)
53. серно-салициловая мазь
54. синафлан (мазь, крем, гель)
55. метилтиониния хлорид (спиртовой раствор)
56. **В лечении дифиллоботриоза до назначения противогельминтных средств рекомендуется применение:**
57. селена
58. витамина В12 и препаратов железа
59. витаминов А и Е
60. витаминов С и Р.
61. **Candidaalbicansможно обнаружить в:**
62. крови;
63. моче;
64. мокроте;
65. соскобе кожи.
66. **К НЛР клотримазола относят:**
67. зуд кожи;
68. повышение трансаминаз;
69. судороги.
70. **Изменение вкуса наиболее характерно для:**
71. клотримазола;
72. тербинафина;
73. нистатина;
74. флуцитозина.
75. **Для флуцитозина характерно все, кроме:**
76. гепатотоксичности;
77. нефротоксичности;
78. гематотоксичности;
79. нейротоксичности.
80. **Какая группа антибиотиков может применяться при кишечной форме амебиаза?**
81. пенициллины;
82. тетрациклины;
83. цефалоспорины;
84. макролиды;
85. все варианты ответов верны.
86. **Определите средство: угнетает окислительное фосфорилирование у цестод и парализует их; снижает устойчивость гельминтов к протеолитическим ферментам ЖКТ; не рекомендуется при тениозе в связи с риском развития цистицеркоза:**
87. левамизол;
88. пирантелапамоат;
89. фенасал;
90. пиперазинаадипинат;
91. мебендазол.
92. **Пероральное применение нистатина допускается в случае:**
93. кандидоза ЖКТ;
94. вагинального кандидоза;
95. кандидоза кожи;
96. все ответы ответов верны;
97. нет верного варианта ответа.
98. **Опасность комбинации итраконазола и статинов заключается в высоком риске развития:**
99. фульминантного гепатита;
100. рабдомиолиза;
101. острого внутрисосудистого гемолиза;
102. синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания;
103. гипогликемической комы.
104. **Укажите препарат выбора при дерматомикозах:**
105. амфотерицин В;
106. нистатин;
107. леворин;
108. тербинафин;
109. итраконазол.
110. **Средство, эффективное при любых формах амебиаза:**
111. метронидазол;
112. тетрациклин;
113. хингамин;
114. сульфадимезин;
115. изониазид.
116. **При лечении кандидоза применяются все перечисленные препараты, кроме**
117. амфотерицина В
118. кетоконазола
119. гризеофульвина
120. итраконазола
121. флуконазола
122. **Для лечения поверхностного кандидоза кожи применяются все перечисленные препараты, кроме**
123. нистатина внутрь
124. тербинафина наружно
125. итраконазола внутрь
126. флуконазола внутрь
127. кетоконазола внутрь
128. **Активностью против атипичной флоры (микоплазма, хламидии, легионелла) обладает**
129. гентамицин
130. эритромицин
131. ампициллин
132. левомицетин
133. пенициллин
134. **Для нистатина характерно**
135. не действует на грибы рода Candida
136. хорошо всасывается при приеме внутрь
137. плохо всасывается при приеме внутрь
138. назначается только парентерально
139. верно а и в
140. **Противогрибковым средством является**
141. ампициллин
142. гентамицин
143. тетрациклин
144. флуконазол
145. амоксициллин
146. **Наилучшим препаратом для лечения кишечного аскаридоза является**
147. пиперазин в таблетках
148. пиперазин в сиропе
149. нафтамон
150. левамизол
151. вермокс
152. **Для флуконазола характерно**
153. не применяется у детей
154. не применяется при кандидозе кожи
155. применяется при генерализованном кандидозе
156. не вызывает диспептических расстройств
157. не вызывает извращение вкуса
158. **К средствам, нарушающим функцию нервно-мышечной передачи у круглых червей, относится:**
159. Левамизол
160. Фенасал
161. Битионол
162. Аминоакрихин
163. **К средствам, действующим преимущественно на энергетические процессы гельминтов, относится:**
164. Дитразин
165. Битионол
166. Аминоакрихин
167. Нафтамон
168. **К средствам, парализующим нервно-мышечную систему преимущественно у плоских червей, относится:**
169. Левамизол
170. Пиперазин
171. Фенасал
172. Пирантел
173. **Укажите механизм действия четыреххлористого этилена:**
174. Разрушение покровных тканей гельминтов
175. Угнетает метаболические процессы в клетке (клеточный яд)
176. Угнетение энергетических процессов гельминтов
177. Нарушение функции нервно-мышечной передачи у гельминтов
178. **Укажите механизм противоглистного действия пиперазина:**
179. Угнетение энергетических процессов гельминтов
180. Нарушение функции нервно-мышечной передачи у круглых червей
181. Разрушение покровных тканей гельминтов
182. Нарушение функции нервно-мышечной передачи у плоских червей
183. **Укажите механизм действия мебендазола:**
184. Угнетение энергетических процессов гельминтов
185. Нарушение функции нервно-мышечной передачи у круглых червей
186. Разрушение покровных тканей гельминтов
187. Нарушение функции нервно-мышечной передачи у плоских червей
188. **Противонематодозным действием обладают все препараты, кроме:**
189. Нафтамон
190. Аминоакрихин
191. Левамизол
192. Мебендазол
193. **Противоглистный препарат, обладающий иммуностимулирующими свойствами, это:**
194. Пиперазин
195. Левамизол
196. Нафтамон
197. Фенасал
198. **Укажите противоглистный препарат, производное бензимидазола:**
199. Дитразин
200. Мебендазол
201. Аминоакрихин
202. Нафтамон
203. **Какой из указанных препаратов применяют при аскаридозе и энтеробиозе:**
204. Празиквантель
205. Пиперазинаадипинат
206. Аминоакрихин
207. Фенасал

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больная, 44 лет, около 3 мес назад перенесла пневмонию. В настоящее время находится на стационарном плановом лечении по поводу распространенного остеоартроза. В связи с тем что больная регулярно получает НПВС, ей проведена контрольная ЭГДС, по результатам которой выявлено грибковое поражение пищевода.

**Вопросы:**

1. Какая тактика лечения данного заболевания?

2. Длительность лечения? Возможные НЛР?

3. Причины развития данного состояния?

**Задача 2**

Больной Р., 14 лет, школьник, поступил в микологическое отделение КВД с жалобами на поражение кожи ладоней и подошв, ногтей стоп и кистей, болен около 5 лет, сначала появились изменения на коже стоп, с постепенным вовлечением в процесс ногтей стоп, год назад изменились ногтевые пластинки кистей. К врачам не обращался, не обследован, не лечился.

У отца аналогичное поражение кожи и ногтей стоп около 10 лет, отец также не лечился, остальные члены семьи (мать и брат) здоровы. Моется вся семья в частном бане. У мальчика с рождения отмечается сухость кожных покровов.

При физикальном исследовании патологии со стороны внутрен­них органов не выявлено. Вес больного 50 кг.

Поражение кожи носит распространенный характер. Отмечается сухость и шероховатость кожи преимущественно разгибательных поверхностей конечностей, особенно в области локтей и колен, где, как и на коже живота имеется фолликулярный кератоз в виде мелких суховатых папул. Основной очаг поражения - на коже ладоней и подошв, которая имеет красновато-синюшный цвет, слегка инфильтрирована, диффузно утолщена, имеется обильное муковидное шелушение, более выраженное в глубоких кожных бороздах. На боковых поверхностях стоп и в области пяток имеются болез­ненные трещины. Поражены ногтевые пластинки 1,3,4,5 пальцев обеих стоп, 1,2,3 пальцев обеих кистей, они желтого цвета, утолщены, крошатся со свободного края, поражены на 1/2 и 3/4 площади ногтя со свободного края. Кожа волосистой части головы и волосы не поражены. При микроскопии ногтей и чешуек с ладоней и подошв обнаружены нити мицелия. В посеве рост Тr. rubrum (через 2 недели). С гладкой кожи конечностей и живота грибы не обнаружены.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3.Какое сопутствующее заболевание способствовало распростра­нению поражения?

4. Лечение?

5. Профилактика?

**Задача 3.**

Больная З. 60 лет, поступила в РКВД с жалобами на поражение всех ногтей стоп, наличие трещин и утолщение кожи подошв.

Больна в течение 20 лет. Несколько раз безуспешно лечилась гризеофульвином. Страдает гипертонической болезнью послед­ние 7лет.

На коже подошв выраженный гиперкератоз, шелушение, которое переходит на подошвенную поверхность пальцев, цвет ко­жи красновато-синюшный. Все ногтевые пластинки пальцев стоп поражены тотально – они желтого цвета, с выраженным подногтевым гиперкератозом, крошатся со свободного края. На остальных участках кожи высыпаний нет. При микроскопии грибы обна­ружены с ногтей иподошв. При посеве рост Т. rubrum.

**Вопросы.**

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Профилактика?

**Задача 4.**

Больной К, 56 лет. Поступил в РКВД с жалобами на поражение ногтей и гладкой кожи. Болен 3 года, лечился противогрибковыми мазями без особого эффекта.

Общее состояние удовлетворительное, при обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре на гладкой коже в области плечевого пояса, живота, ягодиц, бедер имеются очаги розового цвета с четкими границами, фолликулярными папулами по периферии очагов и шелуше­нием в очагах, размеры очагов с ладонь. Ногтевые пластинки всех пальцев стоп утолщены, с подногтевым гиперкератозом, в межпальцевых складках стоп и на подошвах отрубевидное ше­лушение.

При микроскопии с подошв, межпальцевых складок стоп, ногтей и очагов гладкой кожи обнаружены нити мицелия. В посеве рост гриба Tr. rubrum.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Меры профилактики?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 11:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств для лечения хронических гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Этиопатогенетические механизмы образования язвенной болезни.

2. Современные методы диагностики Helicobacter pylori.

3. Основы современной фармакотерапии язвенной болезни. Понятие об эрадикации.

4. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности различных классов антисекреторных препаратов, гастроцитопротекторов и антацидов. Показания и противопоказания к применению.

5. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности антибиотиков применяемых для лечения язвенной болезни.

6. Побочные эффекты этих препаратов, их взаимодействия между собой и с другими препаратами.

7. Основные схемы эрадикационной терапии, ее продолжительности.

8. Понятие о поддерживающей фармакотерапии язвенной болезни.

**Тестовые задания**

1. **Какой из препаратов блокирует “протоновую помпу”:**

а. омепразол

б. альмагель

в. фамотидин

г. атропин

д. мизопростол

2. **Какой из перечисленных препаратов максимально угнетает секрецию соляной кислоты:**

а. фамотидин

б. ранитидин

в. мизопростол

г. омепразол

д. атропин

3. **Какой из перечисленных препаратов способствует эрадикации Н.pylori:**

а. азитромицин

б. фамотидин

в. кларитромицин

г. линкомицин

д. гентамицин

**4. Какие противоязвенные средства способны вызывать гипофосфатемию:**

а. алюминийсодержащие антациды

б. висмутсодержащие препараты

в. блоаторы протонной помпы

г. Н2-гистаминоблокаторы

д. синтетические простагландины

**5. На какие рецепторы оказывает влияние фамотидин:**

а. М1-холинорецепторы

б. М2-холинорецепторы

в. Н1-гистаминорецепторы

г. Н2-гистаминорецепторы

д. N-холинорецепторы

**6. Какой из препаратов нейтрализует соляную кислоту:**

а. ранитидин

б. маалокс

в. мизопростол

г. омепразол

д. пантопразол

**7. Какое сочетание препаратов потенцирует бактерицидный эффект на H.pylori:**

а. де-нол + фамотидин

б. де-нол + амоксициллин

в. альмагель + амоксициллин

г. фосфолюгель + фамотидин

д. маалокс + кларитромицин

**8. Укажите, что не относится к побочным эффектам всасывающихся антацидов:**

а. метаболический алкалоз

б. гиперNa+емия

в. синдром отмены

г. гипофосфатемия

д. гипертензия

**9. Для какого препарата характерен синдром отмены:**

а. де-нол

б. фамотидин

в. вентер

г. альмагель

д. омепразол

**10. Какой фармакодинамический эффект не характерен для сайтотека:**

а. антисекреторный

б. спазмолитический

в. регенераторный

г. стимуляция образования слизи

д. улучшение кровообращения в слизистой желудка

**11. Какой препарат подавляет ульцерогенное действие НПВС:**

а. альмагель

б. атропин

в. фамотидин

г. сукралфат

д. мизопростол

**12. Следующее положение об антацидах неверное:**

а. соли магния вызывают диарею

б. все антациды могут вызывать отёки у больных с сердечными заболеваниями

в. гидроокись Al является средством выбора из антацидов у больных с ХПН

г. алкалоз появляется при применении натрия гидрокарбоната чаще, чем при приёме других антацидов

д. соли алюминия вызывают запор

**13. Укажите одно из важных преимуществ омепразола перед блокаторами Н2 – гистаминовых рецепторов:**

а. дешевизна препарата

б. нет “синдрома отмены”

в. подавляет секрецию соляной кислоты

г. обладает цитопротекториным действием

д. обладает бактерицидным действием в отношении H. pylory

**14. Чтобы избежать “синдрома отмены”, Н2 – блокаторы следует отменять в течение:**

а. 3х дней

б. 5ти дней

в. 2х недель

г. двух месяцев

д. 0,5 года

**15. Для эрадикации H. .pylori используют:**

а. метронидазол

б. кларитромицин

в. амоксициллин

г. тетрациклин

д. всё перечисленное

**16. Трёхкомпонентная схема для эрадикацииH. Pylori включает:**

а. фамотидин+омепразол+ амоксициллин

б. омепразол+амоксициллин+кларитромицин

в. фамотидин+ амоксициллин+ кларитромицин

г. омепразол+ де-нол+фамотидин

д. омепразол + амоксициллин + линкомицин

**17. Выберите показание к назначению антацидов при язвеной болезни:**

а. являются основным препаратом в схемах эрадикации

б. используютя для купирования боли и изжоги

в. применяются для долечивания после проведенного курса эрадикации

г. применяются в качестве бактерицидного средства

д. все перечисленные показания

**18. К средствам, подавляющим хеликобактерную инфекцию относятся все, кроме:**

а. тетрациклина

б. метронидазола

в. амоксициллина

г. гентамицина

д. кларитромицина

**19. К невсасывающимся антацидам не относится**:

а. гелюсил – лак

б. маалокс

в. альмагель

г. фосфалюгель

д. ренни

**20. К цитопротекторам, образующим защитную плёнку, относят:**

а. мизопростол

б. де-нол

в. фамотидин

г. омепразол

д. пантопразол

**21. Какой из прокинетиков не проникает в ЦНС и не вызывает побочных действий со стороны нервной системы:**

а. метоклопрамид

б. циметидин

в. домперидон

г. все перечисленные

д. ничего из перечисленного

**22. Максимальное количество побочных эффектов среди Н2 – блокаторов вызывает:**

а. циметидин

б. роксатидин

в. ранитидин

г. фамотидин

д. низатидин

**23. Выберите правильный режим приёма омепразола на период эрадикации H. Pylori:**

а. 20 мг 3 раза\сутки

б. 20 мг 2 раза\сутки

в. 20 мг в сутки

г. 40 мг в сутки

д. 60 мг в сутки

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Больной В.,53 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 2 часа после еды; однократную рвоту «кофейной гущей», появление стула по типу мелены, общую слабость.

Страдает язвенной болезнью 12-пк 4 года, обострения 3-4 раза в год. Принимал в периоды обострения ранитидин, циметидин. На терапию отвечал положительно. После улучшения прекращал прием препаратов. Последнее ухудшение около двух недель, лекарственных препаратов не принимал.

Из анамнеза: около 10 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом, курит около 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена. Гемотрансфузий, операций не было, аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: пониженного питания, рост 178 см, вес 62 кг, кожные покровы бледные, влажные, тургор нормальный; ЧСС- 86 в минуту, АД- *110170* мм рт. ст., границы сердца в норме, тоны ритмичные, ясные. В легких дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белесоватым налетом, живот симметричный, болезненный в эпигастрии. Симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем- без особенностей.

Обследован: ОАК: гемоглобин- 110г/л, эритроциты- *2,91fl,* лейкоциты- 7,2/п1, тромбоциты­220/ nl, ретикулоциты- 15%, СОЭ-10 мм/час, лейкоформула в норме. Показатели глюкозы крови, креатинина, липидного обмена и функциональные пробы печени в пределах нормы. Сывороточное железо- 10,8 ммоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Общий анализ мочи - без особенностей. ФГС: язвенный дефект диаметром 0,8 см на задней стенке 12-пк, средней глубины, края ровные, дно покрыто фибрином, слегка кровоточит, слизистая вокруг гиперемирована, луковица 12-пк деформирована. Биопсия: антральный отдел - хронический антрум- гастрит с неполной атрофией, высокая степень активности, выраженная обсемененность Н.Р. (+++). УЗИ: деформация желчного пузыря, диффузные изменения pancreas. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 в минуту, гипертрофия правого предсердия. Диффузные изменения миокарда II а степени.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие антисекреторные средства наиболее предпочтительны в данном случае.

3. Составьте программу реабилитации для больного.

4. Какие факторы являются ведущими для выбора поддерживающей терапии.

**Задача 2.**

Больной Л, 61 года поступил с жалобами на изжогу, тошноту, боли в подложечной области, возникающие через 1.5 ч. после еды, частые «ночные» боли. Из анамнеза: около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями. При ФГДС с биопсией выявлена язва малой кривизны желудка (0,5 см в диаметре). При исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружен Helicobacterpylori.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

3. Препараты из какой группы необходимо добавить для купирования тошноты? Приведите пример.

**Задача 3.**

Больной К, 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, купируемые приемом алмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен Helicobacterpylori. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение.

**Вопросы:**

1.Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.

3.Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр.

**Задача 4**

Больной 38 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 3-4 часа после еды, изжогу, похудание. Данные симптомы беспокоят в течение 3 лет, ухудшение в самочувствии наблудается весной-осенью. В этот период принимал омепразол с незначительным положительным эффектом. За день до обращения стул приобрел дегтеобразную консистенцию.

При осмотре: язык обложен белым налетом, пальпация эпигастрия болезненна, печень пальпируется по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная. На ФГДС: язва антрального отдела желудка округлойформы, диаметром 0,8 см, дно покрыто фибрином. ОА крови лейкоцитов 7,5х10\9 л., Нв 105 г/л, эритроцитов 3,2\*10/12 л, СОЭ 10 мм/час

**Задание:**

1. Какое исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

2. О каком осложнении необходимо подумать?

3. Ваша тактика ведения пациента?

**Задача 5**

У больного на ФГДС ообнаружена язва тела желудка, тест на Helicobacterpylory положительный. Участковый терапевт назначил омепразол и де-нол.

**Задание:**

1. Верна ли тактика участкового терапевта и почему?

2. Ваша схема лечения данного пациента.

**Задание:**

1. Не верна.

2. Тройная схема эррадикационной терапии (амоксициллин, кларитромицин, омепразол) в течение 14 дней.

дель.

**Задача 6**

Больной 38 лет обратился к врачу с жалобами на режущие боли в подложечной области натощак, через 2 часа после приема пищи, особенно острой. Анамнез болезни: болен в течение 3 лет, обострения весной и осенью, ранее к врачу не обращался, самостоятельно применял антацидные средства, масло шиповника. Настоящее обострение около 2 недель, эффекта от самолечения не было. Объективно: состояние удовлетворительное, положение - лежа на боку, с прижатыми коленями к животу, сознание ясное. Кожные покровы бледной окраски. Телосложение правильное, подкожная клетчатка развита слабо. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в 1 мин. АД 90 и 60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 80 уд в 1 мин. Язык обложен бело-желтым налетом, суховат. Живот мягкий, резко болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье. Стул – редкий 2 раза в неделю. Проведена ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки на передней поверхности диаметром 12 мм. По данным дыхательного теста обнаружена Н.рylori.

Назначено лечение: рабепразол 20 мг +кларитромицин 500 мг + амоксициллин 1000 мг. Все препараты принимать внутрь по 1 табл. 2 раза в сутки не менее 10 дней.

**Задание:**

К каким клинико-фармакологическим группам относятся рекомендованные для лечения язвенной болезни лекарственные средства? Рациональна ли назначенная больному терапия?

**Задача 7**.

Больной 65 лет обратился к врачу с жалобами на режущие боли в подложечной области натощак, через 2 часа после приема пищи, особенно острой. Анамнез заболевания: болен в течение 3 лет. Настоящее обострение в течение 2 дней, аденома простаты в течение 5 лет. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Телосложение правильное, подкожная клетчатка развита умеренно. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в 1 мин. АД=110 и 70 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 в 1 мин. Язык обложен желтокоричневатым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье. Печень не увеличена. Стул – склонность к запорам. Проведена ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 9 мм по задней стенке. Хронический эрозивный гастрит. Рубцовоязвенная деформация луковицы и привратника. Дыхательный тест - Н.рylori (+). План лечения: 1) раствор атропина сульфат 0,1% 1 мл п/к 2 раза в сутки; 2) эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки; 3) кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки; 4) метронидазол 400 мг 2 раза в сутки.

**Вопросы:**

Рационально ли указанное лечение?

**Задача 8**

Больной 49 лет обратился к врачу с жалобами на «голодные» боли по ночам в подложечной области, изжогу, слабость. После клинического и лабораторно-инструментального обследования обнаружена язва луковицы 12-перстной кишки и Н.рylori. По месту жительства было назначено лечение: лансопразол 30 мг  кларитромицин 500 мг  амоксициллин 1000 мг. Все препараты назначены по 1 табл. 2 раза в сутки не менее 10 дней. Болевой синдром сохранялся. На 11 день от начала лечения проведена контрольная ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 15 мм по задней стенке. Хронический эрозивный гастрит. Рубцово-язвенная деформация луковицы и привратника. Дыхательный тест - Н.рylori (). Было предложено оперативное лечение, от которого больной отказался, настаивая на консервативном лечении. Назначена квадротерапия.

**Вопросы:**

Какие комбинации лекарственных препаратов составляют квадротерапию язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с Н.рylori?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 12:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств для лечения острого и хронического гепатита.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Методы лечения гепатитов.

2. Классификация гепатопротекторов.

3.Основные понятия о ФК, ФД, побочных эффектах, противопоказаниях и взаимодействии гепатопротекторов.

4. Симптоматическая терапия при заболеваниях печени.

5.Клиническая фармакология интерферонов.

**Тестовые задания**

1. **Диагностическим признаком развития острой печеночной недостаточности является:**
2. прогрессивное нарастание желтухи
3. протеинурия
4. изменение цвета мочи
5. энцефалопатия
6. **Клиническим симптомом острой печеночной недостаточности не является**
7. увеличение печени
8. тахикардия
9. сокращение размеров печени
10. энцефалопатия
11. e)геморрагии
12. **При вирусных гепатитах:**
13. биохимические показатели позволяют дифференцировать этиологию гепатита
14. биохимические показатели в настоящее время утратили свое диагностическоезначение
15. обнаружение НВsАg - наиболее поздний серологический признак ВГВ
16. НВsАg - наиболее важный маркер ВГЕ
17. обнаружение в крови маркеров позволяет верифицировать вид гепатита
18. **Признаками холестаза являются:**
19. увеличение АлТ и снижение холестерина крови
20. повышение холестерина крови и В-липопротеидов
21. повышение тимоловой и снижение сулемовой пробы
22. снижение протромбинового индекса
23. повышение билирубина и АЛТ
24. **При вирусных гепатитах проявлением холестатического синдрома является:**
25. повышение в крови уровня сывороточного железа
26. повышение в крови уровня свободного билирубина
27. повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы
28. повышение активности АЛТ, АСТ
29. снижение показателя сулемовой пробы
30. **Признаками цитолиза являются:**
31. повышение билирубина и щелочной фосфатазы
32. повышение активности трансфераз
33. повышение тимоловой и снижение сулемовой проб
34. повышение билирубина и γ- глобулинов
35. повышение β-липопротеидови
36. **При вирусных гепатитахмезенхимально-воспалительныйсиндром характеризуется повышением:**
37. активности АЛТ
38. активности АСТ
39. уровня альбуминов
40. тимоловой пробы
41. уровня холестерина
42. **При наличии симптомов холестаза у больных хроническим гепатитом целесообразно назначить:**
43. ацетилсалициловуто кислоту
44. лимонную кислоту
45. арахидоновую кислоту
46. альмагель
47. урсодезоксихолевую
48. **В лечении больных гепатитом С в качестве основного средства применяют:**
49. виразол
50. фоскарнет
51. рекомбинантные альфа – интерфероны
52. ганцикловир
53. эссенциале
54. **Препаратом выбора в лечении хронического гепатита В является:**
55. гамма-глобулины
56. НВV-вакцина
57. поливалентная сыворотка
58. α-интерфероны
59. ацикловир
60. **Какой препарат не используют для лечения холестаза?**
61. урсосан
62. полисорб
63. урсолив
64. витамин А
65. нейпомакс
66. **У больного хронический гепатит С, 1в генотип. Выберите курс противовирусной терапии:**
67. ламивудин 100 мг в день+ интерферон 5 млн ЕД в день 48 недель
68. пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибаверин 800 мг в день 48 недель
69. пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибаверин 15мг/кг в день 48 недель
70. пегасис 180 мкг в неделю + телапревир 800 мг в день 24 недели
71. телбивудин 600 мг + пегинтрон 1,5 мкг/кг 28 недель
72. **Какой препарат не используют для лечения холестаза?**
73. урсосан
74. полисорб
75. урсолив
76. витамин А
77. нейпомакс
78. **Какое из перечисленных заболеваний не является противопоказанием к противовирусной терапии хр. гепатитов?**
79. хронический гастрит
80. эпилепсия
81. диффузный токсический зоб
82. шизофрения
83. гемофилия
84. **Какая группа препаратов не обладаетгепатопротективным действием:**
85. Содержащие флафоноиды расторопши (карсил, легалон, гепабене, силимар)
86. Содержащие флавоноиды других растений (дипана)
87. Эссенциальные фосфолипиды (эссливер-форте, эссенциале Н, фосфоглив, фосфоглив-форте, эслидин, резалют)
88. Препараты разных групп: - адеметионин (гептрал, гептор) - липоевая кислота - орнитин (гепа-мерц) - урсодезоксихолевая кислота
89. Спазмолитики
90. **Выберите принципы патогенетической терапии у больных хроническими вирусными гепатитами**
91. Санация хронических очагов инфекции (отиты, синуситы, пиелонефрит и др.)
92. Повторные курсы поливитаминов (в зимне-весенний период и при дефиците полноценного питания)
93. Полиферменты (панкреатин, мезим, креон) 7-10 дней, 3-4 курса в год
94. Дезинтоксикация (при обострении): инфузионная терапия, энтеросорбенты, лактулоза
95. Средства метаболической терапии (гепатопротекторы, антиоксиданты).
96. Лечение холестаза (препараты УДХК, энтеросорбция, витамины А и Е, отказ от кортикостероидов)
97. Коррекция нежелательных явлений ПВТ: (нейпомакс при лейкопении, эритропоэтин-бета - при анемии, ингибиторы обратного захвата серотонина - при депрессии)
98. все перечисленное верно
99. нет правильного ответа
100. **Показания к противовирусной терапиибольныхс хроническим вирусным гепатитом В:**
101. вирусная нагрузка 10000 копий/мл и выше
102. Фиброз по METAVIR 2-4 стадии
103. АЛТ выше нормы
104. все перечисленное верно
105. нет правильного ответа
106. **Какие препараты для лечения больных с хроническим вирусным гепатитом В не относятся к группе нуклеозидных аналогов**:
107. ламивудин
108. телбивудин
109. энтекавир
110. альтевир
111. **Какие препараты для лечения больных с хроническим вирусным гепатитом В не относятся к группе интерферонов :**
112. интрон (альтевир)
113. пегинтрон
114. телбивудин
115. **Какие препараты включены в стандартные схемы лечения больных с хроническим вирусным гепатитом С**
116. Пегинтрон
117. рибавирин
118. телапревир
119. урсодезоксихолевая кислота
120. **Противопоказания к противовирусной терапии в случаях назначения интерферонов:**
121. неконтролируемые нарушения функций щитовидной железы
122. психические заболевания, эпилепсия
123. беременность и лактация
124. аутоиммунные заболевания
125. все перечисленное верно
126. нет правильного ответа
127. **Противопоказания к противовирусной терапии в случаях назначения интерферонов:**
128. декомпенсированный сахарный диабет
129. цитопения
130. цирроз печени класса С
131. непереносимость ИФН
132. все перечисленное верно
133. нет правильного ответа

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной Г 42 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад. Объективно температура 37,3 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120 /80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

**Задание:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

**Задача 2**

Больной Б 58 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве. Объективно температура 36,9 С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета.

Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин АД 140 90 мм рт. ст.

Живот увеличен в размерах, при пальпации слабо болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабо болезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

**Задание:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

**Задача 3**

Больная Р., 18 лет, поступила в больницу в связи с тем, что мать заметила у дочери желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает.

Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болела. Никаких парентеральных вмешательств в течение полгода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии.

Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ - 4,0 мкмоль/час/л, тимоловая проба -19ед.

**Вопросы:**

1.Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2.Составьте план обследования.

3.Назначьте лечение.

**Задача 4**

Больной С., 35 лет, продавец магазина. С 1 марта находилась в терапевтическом отделении ГБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 13 марта переведена в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не была.

При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5,0 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60мм рт.ст., спит плохоиз-зазуда кожи.

В анализах крови: L - 4,2\*109/л, формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/час; билирубин общий-180мкмоль/л, прямой билирубин-100мкмоль/л, сулемовая проба-1,9,тимоловая проба-2,5ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/час/л, АлАТ - 5,5 мкмоль/час/л.

**Вопросы:**

1.Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2.Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза?

3.Ваша тактика по лечению холестаза.

4.План лечения в стационаре.

**Задача 5**

Больной Х., 46 лет, оперирован в начале октября 2011 г. по поводу язвенной болезни 12ти-перстнойкишки. До и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.11 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.11 г. потемнела моча, со 2.12.11 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит.

При поступлении: вялый, адинамичный, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2раза в день. Печень +2,0 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температуратела нормальная, пульс 64/мин., L - 7,2\*109/л, СОЭ - 15 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция - 250 мкмоль/л, АлАТ - 6,2 мкмоль/час/л (норма до 0,7 мкмоль/час/л), сулемовая проба-1,2ед.

**Вопросы:**

1.Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2.План лабораторного обследования.

3.Назначьте лечение.

4.Развитие какого осложнения возможно?

5.В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

**Задача 6**

Больной Н., 45 лет, оперирован в противотуберкулезном диспансере 10.06.12 г. по поводу туберкулеза левого легкого. 7.08.12 г. в палате, где находился больной Н., выявлен больной с желтухой, также оперированный в этой больнице в мае 2012 года.

25.08.12 г. пациент Н. почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, потемнела моча. 28.08.12 г. появилась желтуха склер и кожных покровов. Больной активен, несколько эйфоричен, пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, на коже груди, предплечья множественные геморрагии. Утром и днем была рвота. Температура тела 38,5°С.

**Вопросы:**

1.Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2.План лабораторного обследования.

3.Ваша тактика по ведению больного.

**Задача 7**

Мужчина 29 лет состоит активным донором, последние 6 месяцев - донором плазмы. Направлен в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у него повышением трансаминаз: АлАТ - 250 мкмоль/л. Ранее подобного повышения ферментныхтестов не регистрировалось. Жалоб не предъявляет. При обследовании отмечено небольшое увеличение печени.

Из эпидемиологического анамнеза: повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2х доноров этой станции. ИФА диагностика на маркеры к вирусным гепатитам B,C,D показала отрицательный результат.

**Вопросы:**

1.Ваш предполагаемый диагноз.

2.Как подтвердить диагноз?

3.Назовите путь передачи инфекции.

4.Ваша тактика по ведению пациента.

5.Укажите сроки диспансерного наблюдения.

**Задача 8**

У больной Д., 27 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации обнаружены общие антитела к вирусу гепатита С. Предъявляла жалобы на незначительную усталость, слабость.

При осмотре: кожные покровы чистые, желтухи нет, печень не увеличена. В биохимическом анализе крови: повышение АлАТ в 2 раза.

Из эпидемиологического анамнеза: 7 лет назад оперирована по поводу язвенной болезни желудка, операция сопровождалась переливанием плазмы.

**Вопросы:**

1.Ваш предполагаемый диагноз.

2.Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3.Ваша тактика по ведению пациентки.

4.В какой период беременности необходимо провести количественную ПЦРдиагностику НС V-инфекции?

5.Противопоказано ли грудное вскармливание?

**Задача 9**

Больная З., 18 лет, обратилась в инфекционное отделение с жалобами на слабость, снижение аппетита, тошноту, легкую желтушность кожи и склер, темную мочу.При осмотре: легкая желтушность кожи, диффузная иктеричность склер; печень чувствительна при пальпации, мягко-эластичная,пальпируется на 3,0 смиз-подкрая реберной дуги; селезенка пальпаторно не увеличена.

Из эпидемиолоическош анамнеза: 3 месяца назад впервые несколько раз вводила внутривенно наркотические средства. Больная была госпитализирована с подозрением на вирусный гепатит.

При биохимическом исследовании сыворотки крови: билирубин общий - 86 мкмоль/л, прямая фракция - 64 мкмоль/л, АлАТ - 620 ммоль/с/л. При серологическом исследовании: все маркеры на вирусные гепатиты - отрицательные.

**Вопросы:**

1.Ваш предполагаемый диагноз.

2.Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3.Определите терапевтическую тактику.

**Задача 10**

Больная, 36 лет, жалуется на общую слабость, возбуждаемость, тяжесть в правом подреберъи, субфебрилитет. 4 года назад переболела на вирусный гепатит. Указанные жалобы постепенно нарастали на протяжении последних 3 мес. Объективно: печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Лабораторно: общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 22,7 мкмоль/л, (-глобулины – 31 %, АсАт – 1,42 ммоль/ч.л, АЛТ – 1,96 ммоль/ч.л. Выявлено признаки активной репликации вируса (НВеАg – положительная реакция).

**Вопросы:**

Который из [препаратов для этиотропного лечения](http://zubstom.ru/docs/index-16233.html) наиболее эффективный?

**Ответы:**

1. Есенциалле Форте
2. Карсил
3. Левамизол
4. Преднизолон
5. Интерферон

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 13:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств для лечения заболеваний желчевыводящих путей желчно-каменной болезни.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация желчегонных средств.

2. Препараты, стимулирующие желчеобразование. ФК, ФД, показания, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействия ЛС.

3. Препараты, стимулирующие желчевыделение. ФК, ФД, показания, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействия ЛС.

4. Препараты, используемые для растворения желчных камней.ФК, ФД, показания, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействия ЛС.

5. Препараты, влияющие на тонус и моторную функцию желчного пузыря. Основные понятие о ФК, ФД, побочные эффекты и взаимодействия ЛС.

**Тестовые задания**

1. **Основными функциями желчи являются:**
2. Активизация моторной функции ЖКТ
3. Стимуляция выделения гастроинстициальных гормонов (холецистокинина, секретина)
4. Стимуляция секреции слизи
5. Бактериостатический эффект
6. Все перечисленное
7. **В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:**
8. Н2-блокаторы гистамина;
9. сукралфат и его аналоги;
10. спазмолитические средства;
11. беззондовыетюбажи;
12. хирургическое лечение.
13. **В лечении гипокинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:**
14. холекинетики;
15. спазмолитики;
16. хирургическое лечение;
17. антациды;
18. ферменты.
19. **К желчегонным средствам, которые нежелательно назначать при язвенной болезни желудка, относится:**
20. холензин
21. олиментин
22. бессмертник
23. мята перечная
24. все перечисленные препараты
25. **К желчегонным средствам, обладающим противовоспалительным действием, относится:**
26. оксафенамид
27. никодин
28. циквалон
29. холензим
30. лиобил.
31. **В лечении холецистита используют следующие препараты:**
32. но-шпа
33. Эуфиллин
34. ганглерон
35. промедол
36. все перечисленные препараты.
37. **В качестве противовоспалительной терапии при холециститах чаще используют:**
38. антибиотики широкого спектра действия;
39. препараты фурадонинового ряда;
40. препараты налидиксовой кислоты;
41. сульфаниламидные препараты;
42. аминогликозиды.
43. **К холеретикам относится:**
44. холензим
45. аллохол
46. оксафенамид
47. олиметин;
48. **К холекинетикам относится:**
49. холагол
50. ровахол
51. сорбит
52. аллохол
53. **Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:**
54. левомицетин;
55. фуразолидон;
56. канамицин;
57. невиграмон;
58. энтеросептол.
59. **Желчные камни чаще всего состоят из:**
60. солей желчных кислот;
61. холестерина;
62. оксалатов;
63. мочевой кислоты;
64. цистина.
65. **При желчнокаменной болезни имеет место:**
66. снижение соотношения желчных кислот и холестерина;
67. снижение уровня билирубина желчи;
68. повышение уровня желчных кислот;
69. повышение уровня лецитина;
70. снижение уровня белков желчи.
71. **Растворение камней в желчном пузыре вызывают:**
72. хенофальк
73. холестирамин
74. урсофальк
75. олиметин
76. все перечисленные препараты.
77. **При лечении желчнокаменной болезни применяют:**
78. холевую кислоту;
79. хенодезоксихолевую кислоту;
80. литохолевую кислоту;
81. граурохолевую кислоту;
82. дегидрохолевую кислоту.
83. **Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью:**
84. растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре;
85. снижения уровня холестерина в сыворотке крови;
86. улучшения утилизации жиров в кишечнике;
87. улучшения утилизации углеводов в кишечнике;
88. повышения тонуса желчного пузыря.
89. **В лечении постхолецистэктомического синдрома применяются:**
90. но-шпа
91. левомицетин
92. тазепам
93. холагол
94. все перечисленные препараты.
95. **Лечение постхолецистэктомического синдрома направлено на:**
96. устранение дискинезии
97. усиление желчеотделения
98. подавление инфекции
99. ликвидацию
100. все ответы правильны
101. **К средствам, усиливающим образование желчи, относят все перечисленные, кроме:**
102. дехолина
103. аллохола
104. ксилита
105. холензима
106. **Холеретик, обладающий противовоспалительным действием:**
107. циквалон;
108. фламин;
109. холензим.
110. аллохол;
111. **При гипомоторной дискинезии желчного пузыря показано применение:**
112. атропина;
113. платифиллина;
114. сорбита;
115. дротаверина гидрохлорида (но-шпы);
116. **Холелитолитическое средство:**
117. никотиновая кислота;
118. липоевая кислота;
119. ацетилсалициловая кислота,
120. хенодезоксихолевая кислота;
121. **Холеретик с мощным спазмолитическим эффектом:**
122. аллохол;
123. оксафенамид;
124. никодин;
125. холензим.
126. **Холеретик с холекинетическим эффектом:**
127. аллохол;
128. оксафенамид;
129. никодин;
130. хофитол
131. **Холеретик, обладающий антимикробной активностью:**
132. циквалон;
133. аппохол;
134. никодин;
135. холензим.
136. **Холеретик, обладающий антимикробной активностью:**
137. аллохол;
138. холензим;
139. никодин;
140. хофитол.
141. **Гидроходеретики противопоказаны при:**
142. диакинезии желчного пузыря;
143. дуодените;
144. механической желтухе;
145. хроническом гепатите;
146. **Синтетический холеретик со спазмолитическим эффектом:**
147. оксафенамид;
148. хофитол;
149. холагон;
150. холензим.
151. **Растворяет холестериновые камни желчного пузыря:**
152. холагол;
153. холензим;
154. хенофальк;
155. циквалон;
156. **Холеретик, содержащий натуральную желчь, экстракты чеснока, крапивы и активированный уголь:**
157. холензим;
158. аллохол;
159. никодин.
160. циквалон;
161. **Холеретик, содержащий ферменты поджелудочной железы:**
162. лиобил;
163. холензим;
164. хологон.
165. аллохол;

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больная Г., 45 лет, доставлена в приемное отделение БСМП. Жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошному, рвоту, вздутие живота. Заболела около 3 дней назад, когда после приема жирной пищи и алкоголя появились боли в правом подреберье, тошнота. Два дня принимала но-шпу в таблетках, боли несколько уменьшились, но не прекратились; повысилась температура тела до 380. После употребления в пищу “диетического куриного бульона” появилась рвота, боли в правом подреберье усилились, стали иррадиировать в правое плечо, шею, лопатку.

*Объективно:* температура тела — 38,50, кожные покровы и склеры иктеричны, масса тела 94 кг, рост — 168 см, индекс Кетле — 33,4. В легких дыхание везикулярное, пульс — 97 в мин, АД — 180/100 мм рт. ст., левая граница относительной сердечной тупости по левой срединноключичной линии, аускультативно — I тон на верхушке ослаблен, над аортой акцент II тона. Язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, имеется защитное напряжение мышц в правом подреберье, здесь же определяются положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Курвуазье.

*Дополнительные методы исследования:*

ОАК. Эр - 4,0 х 1012, Нв - 120 г/л, ЦП - 0,9, Лейкоциты - 18,2 х 109, П - 21, С - 67, Л - 12, М - 6, СОЭ - 4 мм/ч.

ОАМ. Цвет - корич. Реакция - нейтральная. Уд. плотность - 1024. Прозрачность - неполная. Белок - 0, 033 г/л. Желчные пигменты - +++, уробилин - нет.

Копрограмма: Цвет - серый, консистенция - оформл., реакция на стеркобилин - отр.

Функциональные пробы печени:

Общий билирубин 61,5 ммоль/л, прямой - 40,4 ммоль/л , непрямой - 21,1 ммоль/л

Тимоловая - отр

Формоловая - отр. Сулемовая - 1,8 мл, СРБ - 

**Вопросы.**

1. Выделите клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Окажите неотложную помощь.

**Задача 2**

К больной Р., 48 лет вызвана бригада “скорой помощи”. Пациентка жалуется на сильную боль в правом подреберье и эпигастрии, боли в области правой лопатки и плечевого сустава, горечь во рту, рвоту. Заболела остро, вечером накануне ела жирную пищу, употребляла алкоголь. Приступ болей пыталась купировать таблетками но-шпы и теплой грелкой.

*Объективно*: Общее состояние средней тяжести. Индекс Кетле — 32. Кожные покровы бледные, температура тела 37,50. В легких справа укорочение перкуторного звука от 8-го ребра, там же ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, мелодия сохранена, пульс 112 - в мин, АД — 160/90 мм рт ст. Живот умеренно вздут, резко болезненный при пальпации в верхней половине. Симптомы Кера, Ортнера, Мерфи - положительны.

*Дополнительные методы исследования:*

ОАК. Эр. - 4,6 х 1012, Нв - 140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 12,8 х 109, Э - 2, П - 4, С - 66, Л - 20, М - 8, СОЭ - 28 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1022. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1- 3 в п/зр, Эр.- нет

Глюкоза крови - 6,0 ммоль/л. АlАt - 0,7 мкмоль/ч-л, АsАt - 0,5 мкмоль/ч-л

Холестерин - 7 ммоль/л,  -липопротеиды - 5 г/л.  -амилаза сыворотки крови: - 40 г/(ч-л)

**Вопросы.**

1. Выделите клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз

3. Окажите неотложную помощь.

**Задача 3**

Больная Б., 48 лет, поступила с жалобами на многократную рвоту, не приносящую облегчения, боли в верхней половине живота и левом подреберье, иррадиирующие в спину, вздутие живота, слабость, головокружение, ноющие боли в области сердца. Заболела остро 4 часа назад после употребления алкоголя и острой пищи.

Из анамнеза известно, что в течение 6 лет наблюдается в поликлинике с диагнозом “хронический холецистопанкреатит”, после приема жирной пищи беспокоят боли в правом подреберье, тошнота, отрыжка горьким, вздутие живота, поносы. Дважды боли в правом подреберье были интенсивными, схваткообразными, после приступа заметила выделение темной мочи. Боли в эпигастрии и левом подреберье возникли впервые.

*Объективно*: рост - 165 см, масса тела - 86 кг, индекс Кетле - 31,5. Кожные покровы бледные, слизистые оболочки и склеры обычной окраски. Температура тела - 37,50, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс - 98 в мин, удовлетворительного наполнения. Живот вздут, болезненный при пальпации в верхней половине, симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени 12 - 10 - 9 см, край гладкий, слабо береженный при пальпации. АД - 160/90 мм т. ст.

*Дополнительные методы исследования:*

ОАК. Эр. - 4,0 х 1012, Нв - 116 г/л, ЦП - 0,93, Лейкоциты - 12,4 х 109, П - 11, С - 57, Л - 22, М - 12, СОЭ - 30 мм/ч.

ОАМ. Цвет - желтый. Реакция - кислая, Уд. плотность - 1023. Прозрачность - неполная.

Белок - 0, 033 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 0 - 1-3 в п/зр, Эр. 1-2 - 0 в п/зр. Желчные пигменты - +, уробилин - +.

Копрограмма: Цвет - желтый , консистенция - не оформленный (кашеобразный), реакция на стеркобилин - ++.

Функциональные пробы печени:

Общий билирубин 21,5 ммоль/л, прямой - 4,4 ммоль/л , непрямой - 17,1 ммоль/л

Тимоловая - отр.

Формоловая - отр.

Сулемовая - 1,8 мл, СРБ - 

Глюкоза крови - 8,0 ммоль/л.  -амилаза крови натощак - 54 мг (ч-л), после нагрузки - 63 мг (ч-л).

АlАt - 0,3 мкмоль/ч-л, АsАt - 0,45 мкмоль/ч-л, ЛДГ - 2,3 мкмоль/ч-л.

**Вопросы.**

1. Выделите клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз

3. Окажите неотложную помощь.

**Задача 4**

Больная К., 46 лет, в течение нескольких лет отмечала боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту. В последний год дважды после приема жирной пищи были приступы интенсивной боли в правом подреберье, которые купировались введением платифиллина и спазмалгона. При очередной погрешности в диете появились схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую половину грудной клетки и правое плечо. После приема 4 таб. но-шпы боли уменьшились, но через 40 мин. возобновились, появилась рвота с примесью желчи. Рвота облегчения не принесла. Приступ сопровождался общей слабостью, повышенным потоотделением, чувством дурноты, субфебрильной температурой.

Больная машиной «скорой помощи» доставлена в стационар. При поступлении выявлено, что больная повышенного питания, кожные покровы, слизистая мягкого неба субиктеричны. АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС - 86 в 1 минуту. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пальпация живота болезненна в правом подреберье. Определяются положительные симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова.

**Вопросы:**

1. Какие клинические синдромы Вы можете выделить?

2. Какие дополнительные исследования следует сделать?

3. Какие изменения могут быть обнаружены при инструментальном обследовании больного?

4. Поставьте диагноз, определите осложнения, имеющие место в данном случае.

5. Какую неотложную помощь следует назначить данной больной?

**Задача 5**

Больная В., 42 лет, доставлена «скорой помощью» в приемное отделение с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку. Была однократная рвота. Приступ возник вечером после приема пищи – была в гостях, ела жареную утку, принимала охлажденную газированную воду. Подобный приступ возник впервые.

Из анамнеза установлено, что пациентка часто употребляет жирную, жареную пищу. Приемы пищи обильные, ест 2-3 раза в день. Основной объем приходится на вечернее время, после работы. Страдает более 10 лет избыточным весом – вес стал прибавляться после вторых родов. Вес пыталась снижать самостоятельно – голодание по 2-3 дня, но безуспешно. В акушерском анамнезе – двое родов, абортов не было. Предохраняется пероральными контрацептивами.

При осмотре – больная повышенного питания, температура тела 37,40С. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 90 уд в мин., Ад 140/80 мм.рт.ст. Язык обложен коричневатым налетом. При пальпации живота определяется местная болезненность в правом подреберье, зоны гиперестезии у правой реберной дуги и справа от ThIx – ТhXI. Стула не было два дня. Мочилась без болей, моча интенсивно окрашена.

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние имеет место?

2. При каких заболеваниях может возникнуть подобный приступ?

3. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию?

4. Какова неотложная помощь при приступе?

5. Назовите возможные осложнения, требующие хирургического вмешательства?

**Задача 6**

Больной О. 20 лет, обратился с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока.

Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

**Задача 7**

Больная В 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет. Объективно температура 37,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии.

Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

**Задача 8**

Врача вызвали на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые. Объективно температура 37,6 С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 14:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств для лечения острого и хронического панкреатита**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация ферментов.

2. ФК, ФД, показания, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействия ЛС.

3. ФК, ФД, показания, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействия ЛС, подавляющих секрецию желудка (блокаторы протонной помпы), подавляющих секрецию гастропанкреатодуаденальной зоны- синтетический аналог соматостатина (октреотид).

4. Показания к использованию экстракорпоральных методов: плазмаферез, ультрафильтрация.

5. Показания, ФК, ФД, показания, побочные эффекты, противопоказания, взаимодействия антибактериальной терапии при панкреонекрозе.

**Тестовые задания**

**1. а-Клетки поджелудочной железы синтезируют:**

1. Инсулин.
2. Глюкогон.
3. Гастрин.
4. Панкретический полипептид.
5. Вазоактивный интестинальный пептид.

**2. р-Клетки поджелудочной железы синтезируют:**

1. Соматостатин.
2. Секретин.
3. Инсулин.
4. Амилазу.
5. Глюкогон.

**3. Основным этиологическим фактором хронического панкреатита считается:**

1. Злоупотребление жирной и острой пищей.
2. Длительное вынужденное положение сидя.
3. Злоупотребление сладкой пищей.
4. Камни в почке.
5. Камни в желчном пузыре.

**4. В основе патогенеза хронического панкреатита лежит:**

1. Ускоренная эвакуация секрета поджелудочной железы.
2. Недостаток выработки секрета поджелудочной железы.
3. Инфицирование секрета поджелудочной железы.
4. Внутриорганная активация панкреатических ферментов.
5. Повышение концентрации бикарбоната в секрете поджелудочной железы.

**5. Стеаторея- это:**

1. Повышенное содержание в кале нейтрального жира.
2. Повышенное содержание мышечных волокон.
3. Повышение содержания в кале эластазы.
4. Повышение содержания в кале химотрипсина.
5. Обнаружение в кале элементов воспаления.

**6. Креаторея- это:**

1. Повышенное содержание в кале нейтрального жира.
2. Повышенное содержание в кале мышечных волокон.
3. Повышение содержания в кале липазы.
4. Остатки непереваренной пищи в кале.
5. Ахоличный кал.

**7. Лиентерея- это:**

1. Повышенное содержание в кале нейтрального жира.
2. Повышенное содержание мышечных волокон.
3. Повышенное содержание в кале эластазы.
4. Повышенное содержание в кале химотрипсина;
5. Остатки непереваренной пищи в кале.

**8. Развитие метеоризма при хроническом панкреатите обусловлено:**

1. Диареей.
2. Многократной рвотой.
3. Гипергликемией.
4. Сдавлением двенадцатиперстной кишки отечной головкой поджелудочной железы.
5. Ферментативной недостаточностью поджелудочной железы.

**9. «Панкреатогенные» гастродуоденальные язвы и эрозии возникают в результате:**

1. Снижения секреции инсулина.
2. Снижения секреции глюкагона.
3. Снижения уровня бикарбонатов в секрете поджелудочной железы.
4. Снижения уровня липазы в секрете поджелудочной железы.
5. Снижения секреции амилазы в секрете поджелудочной железы**.**

**10. Клинико-лабораторными признаками внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите считается:**

1. Боль в эпигастральной области.
2. Креаторея, стеаторея, снижение массы тела.
3. Гипогликемия.
4. Желтуха.
5. Увеличение печени.

**11. Клинико-лабораторными признаками внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите считается:**

1. «Опоясывающая» боль в верхней части живота.
2. Снижение массы тела.
3. Неоформленный стул.
4. Частая неукротимая рвота.
5. Гипергликемия.

**12. Зона Шоффара- это:**

1. Кожная гиперестезия в зоне иннервации VIII грудного сегмента слева.
2. Эпигастральная область.
3. Мезогастральная область.
4. Пилородуоденальная зона.
5. Холедохопанкреатодуоденальная зона.

**13. Основным клиническим синдромом хронического панкреатита считается:**

1. Гипертензионный.
2. Отечно-асцитический.
3. Болевой.
4. Гепаторенальный.
5. Кардиальный.

**14. Наиболее распространенным лабораторным тестом диагностики панкреатита считается определение в крови:**

1. Липазы.
2. Амилазы.
3. Эластазы.
4. Трипсина.
5. Карбоксипептидазы.

**15. Методы оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы:**

1. Определение уровня С-пептида в крови.
2. Секретин-панкреозиминовый тест.
3. Определение радиоиммунного инсулина в крови.
4. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.
5. Ангиография поджелудочной железы.

**16. Основной клинико-лабораторный синдром хронического панкреатита:**

1. Цитолитический.
2. Воспалительный.
3. Воспалительно-деструктивный.
4. Гипоксический.
5. Печеночно-клеточной недостаточности.

**17. Причиной болевого синдрома при хроническом панкреатите считается:**

1. Инфицирование секрета поджелудочной железы.
2. Дискинезия протока поджелудочной железы.
3. Ускоренная эвакуация секрета поджелудочной железы.
4. Растяжение протоков поджелудочной железы.
5. Снижение концентрации бикарбоната секрета поджелудочной железы.

**18. Клинический симптом хронического панкреатита:**

1. Симптом Георгиевского-Мюсси.
2. Симптом Кера.
3. Симптом Пастернацкого.
4. Симптом Грекова-Ортнера.
5. Симптом Мейо-Робсона.

**19. Заместительная терапия при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает назначение:**

1. Инсулина.
2. Октреотида.
3. Метоклопрамида.
4. Ингибиторов ферментов.
5. Ферментов.

**20. Показаниями к назначению ингибиторов ферментов при хроническом панкреатите считаются:**

1. Прогрессирующая белково-энергетическая недостаточность.
2. Выраженная гипергликемия.
3. Выраженная гиперферментемия при отсутствии эффекта от лечения другими средствами.
4. Обструкция панкреатического протока.
5. Стойкая диарея.
6. **Для лечения хронического панкреатита в фазе ремиссии применяются:**
7. Кортикостероиды
8. Контрикал
9. Ферментные препараты
10. Ни один из перечисленных препаратов
11. Все перечисленные препараты
12. **При обострении хронического панкреатита для купирования болевого синдрома в комплексную терапию целесообразно включить:**
13. Баралгин
14. Контрикал либо гордокс
15. Жидкие антациды
16. Блокаторы Н-2 рецепторов гистамина
17. все перечисленное
18. **При хроническом панкреатите в фазе выраженного обострения с синдромом « уклонения ферментов» принципы медикаментозной терапии включают назначение:**
19. М-холиноблокаторагастроцепина
20. Ферментных препаратов
21. Антиферментного препарата трасилола или контрикала
22. Алмагеля
23. **Какое средство применяется для подавления активности ферментов поджелудочной железы:**
24. Антациды
25. Холинолитики
26. Циметидин
27. Тарсилол
28. Тразикор
29. **Под влиянием каких средств ПЖЖ увеличивает секрецию сока и бикарбонатов:**
30. Холецистокинина
31. Секретина
32. Атропина
33. Молока
34. Аскорбиновой кислоты
35. **К пробиотикам относятся:**
36. Лактулоза (дюфалак,нормазе,лактофальк)
37. Пантенол
38. Хилак
39. Энтерол
40. Линекс
41. Бактиспорин (бактисубтил,Флонивин)
42. Все перечисленные препараты
43. Ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной И., 47 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в эпигастрии, обеих подреберьях с иррадиацией в спину, многократную рвоту. Это состояние появилось более суток назад. Больной злоупотреблял алкоголем, две недели находится в запое. Принимал алкоголь и его суррогаты. При осмотре: общее состояние тяжелое, пульс 120 уд. в мин., АД 90/50 мл.рт.ст. Кожные покровы иктеричны с участками цианоза на передней брюшной стенки, боковых поверхностях живота, вокруг пупка, на лице, петехии на ягодицах. Дыхание частое 28 в мин., поверхностное, в легких влажные хрипы. Язык сухой. Живот вздут, значительно болезненен на всем протяжении. Положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника не выслушивается. По данным УЗИ во всех отделах брюшной полости свободная жидкость, жидкость в сальниковой сумке. Поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры неровные, структура неоднородная, чередуются участки сохраненной железистой ткани с очагами некроза. Конкременты в желчном пузыре не определяются, холедох не расширен. Амилаза крови 80 г/л, амилаза мочи 210 г/л, диастаза мочи 2048 ЕД.

**Вопросы:**

Какой диагноз можно поставить?

О чем говорят участки цианоза на теле?

Назовите нормальные показатели амилазы крови и мочи, диастазы мочи?

Назначите  план обследования больного? Какие изменения можно ожидать в лабораторных показателях и данных инструментальных методов обследования?

Составьте программу лечения больного?

**Задача 2**

 Больная М., 50 лет поступила в приемное отделение с жалобами на опоясывающие боли, тошноту, многократную рвоту. Боли возникли 2 часа назад после приема острой и жирной пищи. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,7, пульс 86 уд. в мин., АД 130/80 мл.рт.ст., ЧДД 18. Язык влажный, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена. Положительные симптомы Керте, Мейо- Робсона. Диастаза 512 ЕД. Таким образом у больной клиника острого панкреатита.

**Вопросы:**

Назовите этиологические факторы острого панкреатита?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Какие инструментальные методы  исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и этиологии острого панкреатита, ожидаемые результаты?

Составьте программу консервативного лечения острого панкреатита?

**Задача 3.**

Пациент P., 42 года, предъявляет жалобы на резкие опоясывающие боли в эпигастральной области, возникающие после приема любой пищи, особенно после жирной и острой. Боли стихают при голодании, а также при приеме атропина, омепразола и анальгина. Беспокоят тошнота, рвота на высоте болей, не приносящая облегчения. После еды - сильное вздутие, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блес­тящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса.

Рос и развивался обычно. После службы в армии работал слесарем на ликероводочном заводе, в настоящее время - кладовщик. Злоупотребляет алкоголем. Три года назад после обильного упот­ребления алкоголя и жирной пищи возникли жгучие опоясыва­ющие боли, рвота, температура повысилась до 42°С, пожелтел. Ле­чился в хирургическом стационаре: голод в течение четырех дней, вливание контрикала, 6-фторурацила, гемодез, антибиотикотерапия. Выписался через две недели, жалоб не было в течение четырех месяцев. После алкогольного эксцесса вновь возникли боли опоясывающего характера; желтухи и лихорадки не было. Лечился амбулаторно, голодал четыре дня, получал атропин, омепразол, альмагель, креон, антибиотики. После выхода на работу вновь на­чал употреблять спиртные напитки. Боли возникали еще трижды после злоупотребления алкоголем и обильной еды. Лечился амбулаторно. В течение года после имплантации «эспирале» не пил. Чувствовал себя хорошо, боли не возникали.

Последнее обострение началось неделю назад. Накануне выпил около литра водки, съел много жирной ветчины и соленых огурцов. Ночью начались нестерпимые боли, рвота. Вызванная бригада скорой медицинской помощи осуществила сифонное промьгаание желудка, сделала инъекции атропина, анальгина, реланиума. От госпитализации отказался. В течение трех дней голодал, получал перорально атропин и соду. В связи с ухудшением состояния поступил в стационар.

При осмотре состояние средней тяжести. Пациент пониженного питания. Температура тела 37,9°С. Склеры субиктеричны. На коже груди и живота мелкие «красные капельки». Над легким притупле­ния перкуторного звука нет, дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс -104 в минуту, ритмичный. АД - 105/60 мм рт. ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет. Положительный симптом Кача слева. Печень по среднеключичной линии выходит на 5 см, край мягкий, эластичный, болезненный при пальпации. Селезенка не увеличена. Определяется резкая болез­ненность при пальпации. Болезненна также пальпация над пупком, в точке Мейо-Робсона, определяется положительный симптом поворота и положительный симптом натяжения брыжейки. Толстая кишка спазмирована, чувствительна при пальпации.

В анализах крови: гемоглобин - 10 г/мл, эритроциты - 3,8 млн, лейкоциты - 9700, юные - 2%, п/я - 12%, с/я - 58%, лимфоциты -24%, эозинофилы - 4%, СОЭ - 28 мм/ч, билирубин общий - 2,1 мг%, билирубин прямой - 1,2 мг%, холестерин - 180 мг%, общий белок -9,4 мг/дл. АЛТ - 95 ед/мл, ACT - 108 ед/мл, амилаза в крови -79 мг/мл/ч, глюкоза - 100 мг%. ГТП - 164 ед/мл.

В анализе мочи: амилаза - 180 мг/мл/ч.

При УЗИ: печень повышенной эхогенности, увеличена в размерах. Поджелудочная железа увеличена на 8 мм в области хвоста и на 12 мм в области головки за счет отека. Главный панкреатический проток расширен, паренхима в области хвоста пониженной эхогенности, в области головки - повышенной.

**Вопросы.**

1. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.

2. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача 4**

Пациент М., 85 лет. Предъявляет жалобы на слабость, утомля­емость, похудание, сухость во рту, жажду, повышение количества мочи, кожный зуд, вздутие живота после еды, частый (до 5-6 раз в день) кашицеобразный обильный «масляного вида» с запахом прогорклого масла стул, профузные поносы после употребления в пищу молока и жиров. Ноющие боли в левом подреберье после употребления жареного, жирного и острого.  
Родился в многодетной крестьянской семье, трудовая жизнь с 12 лет. Участник ВОВ, с 1947 года работал бухгалтером. В 1942 го­ду перенес дистрофию II ст. 15 лет лечился по поводу обменного (по­дагрического?) полиартрита. Соблюдает диету с резким ограничени­ем мяса, рыбы, птицы, творога. Не курил, алкоголь не употреблял.  
Пять лет назад отметил, что перестал нормально переносить жиры и молоко - появились поносы. Начал худеть. За четыре года похудел на 12 кг, последний год стал питаться часто из-за вздутия живота пос­ле обильной еды. Стул участился до 4-5 раз в сутки. Ухудшение чаще всего после острой и жареной пищи. Прием фталазола и антибиотиков облегчения не приносил. Полгода назад появились сухость во рту, кожньш зуд, стало выделяться больше мочи, усугубилась слабость.  
Пациент пониженного питания. Кожа обычной окраски, сухая, тургор снижен, в углах губ - заеды. Над легкими притупления пер­куторного звука нет, звук с коробочным оттенком, дыхание везику­лярное, хрипов нет. Пульс - 76 в минуту, ритмичный, полный. АД -140/80 мм рт. ст. Тоны ясные, шумов нет. Живот мягкий, участвует в дыхании. Печень выступает на 2 см, по среднеключичной линии, край мягкий, закругленный, безболезненный. Селезенка не увели­чена. Умеренная болезненность при пальпации поперечно-ободоч­ной и сигмовидной кишки.  
В анализах крови: гемоглобин - 61 г/мл, эритроциты - 3,3 млн, лейкоциты - 6,4 тыс., формула не изменена. СОЭ - 35 мм/ч, общий белок - 3,5 г/л, билирубин общий - 0,7 мг%, прямого нет, холестерин - 110 мг%, амилаза - 12 мг/мл/ч, глюкоза -154 мг%.  
В анализе кала - реакция на скрытую кровь с бензидином отри­цательная, реакция на стеркобилин положительная, мышечные во­локна ++, нейтральный жир +++, крахмал ++, лейкоциты, эритро­циты отсутствуют.  
При рентгеноскопии желудка органические изменения не выявлены.  
При ректороманоскопиивыявлена гиперемия слизистой, сосу­дистый рисунок четко выражен. Ирригоскопия опухолевый про­цесс не выявила.  
При УЗИ: во всех отделах поджелудочной железы явления фиб­роза, уменьшение размеров хвоста на 6 мм.  
При селективной ангиографии: обеднение сосудистого рисунка железы, атипичных, «ампутированных» и новообразованных сосу­дов нет во всех отделах железы.  
При исследовании амилазы в моче и в крови выявлено нор­мальное количество фермента.

**Вопросы**:

Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.  
Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача 5**

Больной Л., 42 года, грузчик, поступил в клинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год.

Вредные привычки: в течение 10 лет злоупотребляет крепкими спиртными напитками (в основном водкой), в среднем от 80 до 200 мл чистого этанола в сутки. Питание недостаточное и неполноценное.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 77 см, вес - 54 кг, ИМТ - 17,2 кг/м2. На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 92 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык несколько сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11x9x9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - 10,3х109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,9 ммоль/л, прямой билирубин - 4,2 ммоль/л, АСТ - 105 МЕ/л, АЛТ - 97 МЕ/л, у-глутамилтранспептидаза - 150 МЕ/л, амилаза - 280 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается расширение главного панкреатического протока до 7 мм. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: определяется неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главного

панкреатического протока контрастирован до уровня внутрипрото-кового конкремента. Заключение: выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

**Задача 6**

Больной Н., 56 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхней части живота, усиливающиеся вскоре после еды и в положении лежа на спине, неоднократную рвоту, вздутие и урчание живота, учащенный до 3-5 р/сут неоформленный стул с выделением обильных каловых масс с жирным блеском, кашицеобразной консистенции, жажда и сухость во рту.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 5 лет страдает хроническим холециститом. Раннее 2-3 раза в год возникали приступообразные тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, которые снимались приемом спазмолитиков. Часто обострения провоцировались приемом пищи, содержащей желчегонные компоненты (жиры, икра, яичный желток и т. д.). Обращался к терапевту и хирургу, было предложено хирургическое лечение, от которого больной отказался. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный учащенный неоформленный стул, похудел на 4 кг, появились жажда и сухость во рту, стал пить больше жидкости, участилось мочеиспускание. За 2 дня до поступления на фоне нарушения диеты (прием жирной, жареной пищи) у больного появились вышеуказанные жалобы.

Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей нет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 169 см, вес - 50 кг, ИМТ - 17 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие. Отмечается гиперстезия кожи в зонах иннервации VIII грудного сегмента слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 88 уд/мин. АД 135/65 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в точке, расположенной на границе наружной и средней трети линии,

соединяющей пупок со срединой левой реберной дуги. Отмечается болезненность в холедохо-панкреато-дуоденальной зоне Шоффара. Желчный пузырь не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - 14х109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 8 %, сегментоядерные нейтрофилы - 68 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 19 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 37 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 16,9 ммоль/л, прямой билирубин - 3,8 ммоль/л, АСТ - 28 МЕ/л, АЛТ - 37 МЕ/л, амилаза - 321 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 7,3 ммоль/л.

Анализ мочи: диастаза - 143 МЕ/л.

Анализ кала: неоформленный, консистенция кашицеобразная. Обнаружены мышечные волокна, жиры - много.

ЭГДС: в желудке выявлено много слизи, луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Воротная вена не расширена (8 мм в диаметре). Выявлено утолщение стенки (более 4 мм) и увеличение размеров желчного пузыря. В полости желчного пузыря обнаружен один камень округлой формы (9 мм в диаметре). Общий желчный проток не расширен (около 5 мм). Отмечается уплотнение капсулы, снижение эхогенности поджелудочной железы и увеличение размеров ее головки и тела с ровными контурами. Выявлена выраженная отечность в области головки поджелудочной железы. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

При эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии выявлены умеренно выраженные изменения протоковой системы поджелудочной железы (неровность контуров протоков, их извилистость). Отмечается расширение главного панкреатического протока, дилатация мелких протоков.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

**Задача 7**

Больная Т., 55 лет, жалуется на учащенный неоформленный стул, вздутие живота, отсутствие аппетита, похудение, общую слабость.

Анамнез заболевания: 4 года назад пациентке был поставлен диагноз остеоартроз с поражением тазобедренных суставов (кок-сартроз). В связи с чем были назначены для постоянного приема НПВС (индометацин, диклофенак). Последний год стал беспокоить частый кашицеобразный стул, с неприятным запахом, плохо смываемый со стенок унитаза. Появилось вздутие живота, по поводу которого больная самостоятельно принимала мезим-форте\* с положительным эффектом. Отметила снижение массы тела на 3 кг за последний год.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост - 163 см, вес - 60 кг, ИМТ - 22,58 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие. Объем движений в тазобедренных суставах ограничен. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца нормальной звучности, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 80 уд/мин, пульс ритмичный. АД 130/85 мм рт.ст. Язык несколько сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность в зоне Шоффара. Размеры печени по Курлову: 10x8x7 см, печень не выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - 9х109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 4 %, сегментоядерные ней-трофилы - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,9 ммоль/л, прямой билирубин - 4,2 ммоль/л, АСТ - 33 МЕ/л, АЛТ - 28 МЕ/л, у-глутамилтранспептидаза - 50 МЕ/л, амилаза - 280 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 7,3 ммоль/л.

Диастаза мочи - 149 МЕ/л.

Анализ кала: неоформленный, консистенция кашицеобразная. Обнаружены мышечные волокна, жиры - много.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Воротная вена не расширена (0,8 мм в диаметре). Желчный

пузырь обычных размеров и формы, камней нет. Общий желчный проток не расширен (около 5 мм). Отмечается усиление эхогенности поджелудочной железы и увеличение размеров ее головки и тела с неровными контурами. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 15:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности слабительных, лекарственных средств, корригирующих микробный состав толстого кишечника; лекарственных средств, влияющих на тонус и моторную функцию толстого кишечника.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Микробиоценоз ЖКТ.

2. Этиология дисбактериоза. Методы коррекции дисбиоза. Функциональное питание.

3. Пребиотики, пробиотики, эубиотики, кишечные антисептики. Классификация, понятие о ФК, ФД, побочных эффектах и взаимодействии лекарственных средств.

4. Симптоматическая терапия дисбиоза (средства, влияющие на моторно-эвакуаторную функцию, ЛС для лечения диареи).

5. Механизм формирования запоров. Диета при запорах.

6. Классификация слабительных.

7. Препараты, стимулирующие функцию кишечника. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия ЛС.

8. Средства, размягчающие фекалии. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия ЛС.

9. Осмотические слабительные. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия ЛС. Комбинированные слабительные.

10. Лекарственные средства, влияющие на тонус и моторную функцию толстого кишечника. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия ЛС.

11.Клиническая фармакология ЛС, применяемых при синдроме раздраженной толстой кишки.

**Тестовые задания**

1. **Наиболее безопасным слабительным при длительном приеме считается:**
2. магния сульфат
3. бисакодил
4. фенолфталеин
5. сенна
6. **Слабительным средствам, обладающим раздражающим действием на нервно-мышечный аппарат толстой кишки и усиливающим ее перистальтику, не относится**
7. сорбит
8. бисакодил
9. корень ревеня
10. александрийский лист
11. **Чем можно купировать боль, возникающую при синдроме раздраженного кишечника?**
12. Акт дефикации
13. Спазмолитики
14. Приёмом пищи
15. Верно а и б
16. **Чем может провоцироваться боль при синдроме раздраженного кишечника**
17. Прием пищи
18. Физическая нагрузка
19. Приём НПВС
20. Нет верного варианта ответа
21. Все ответы верны
22. **Какие лекарственные препараты могут вызывать симптомы диспепсии:**
23. Препараты железа
24. Нестероидные противовоспалительные препараты
25. Антибиотики
26. Все ответы правильные
27. Все ответы неправильные
28. **Фактором, предрасполагающим к формированию постинфекционного синдрома раздражённой кишки, является**
29. перенесѐнная кишечная инфекция
30. молоко
31. употребление продуктов богатых клетчаткой
32. дислипидемия
33. **При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о**
34. синдроме раздраженной кишки c диареей
35. ахлоргидрии
36. гранулематозном колите
37. глютеновойэнтеропатии
38. **Терапию синдрома раздраженной толстой кишки следует включить**
39. пшеничные отруби
40. сок капусты
41. чернику
42. морковь
43. **Для лечения неспецифического язвенного колита используют:**
44. Нестероидные противовоспалительные препараты.
45. Кортикостероиды.
46. Холинолитические препараты.
47. Цитостатические препараты.
48. Препараты 5-аминосалициловой кислоты.
49. **Для лечения язвенного колита и болезни крона используется**
50. сульфасалазин
51. аторвастатин
52. аллохол
53. пенициллин
54. **Для биологической терапии болезни Крона используют**
55. инфликсимаб
56. азатиоприн
57. преднизолон
58. метотрексат
59. **Средством базисной терапии язвенного колита является**
60. месалазин
61. преднизолон
62. амоксициллин
63. дротаверин
64. **Для лечения псевдомембранозного колита используется**
65. ванкомицин
66. линкомицин
67. тетрациклин
68. клиндамицин
69. **При псевдомембранозном колите показан**
70. метронидазол
71. фталазол
72. цефтазидим
73. ко-тримаксозол
74. **Псевдомембранозный колит является осложнением терапии**
75. антибиотиками
76. глюкокортикостероидами
77. нестероидными противовоспалительными препаратами
78. ионизирующим излучением
79. **Основными препаратами для лечения болезни Уиппла являются**
80. антибиотики
81. антацидные препараты
82. атисекреторные препараты
83. глюкокортикоиды
84. **Невротические нарушения функции кишечника характеризуются:**
85. психогенными диареями при эмоциональном напряжении;
86. убежденностью в насмешках со стороны окружающих в связи с неправильной работой кишечника;
87. "кишечными кризами", "перистальтическими бурями";
88. постоянными запорами.
89. **Укажите антидиарейное ЛС, способное проникать в ЦНС и при определенных условиях вызывать опиоидную зависимость:**
90. лоперамид;
91. дифеноксилат;
92. диоктаэдрическийсмектит;
93. дротаверин;
94. нет верного варианта ответа.
95. **В каком случае не рекомендовано применение лоперамида?**
96. СРК;
97. ЯК;
98. инфекционная диарея;
99. все варианты ответов верны;
100. нет верного варианта ответа.
101. **Укажите слабительное средство из группы ирритантов:**
102. лактулоза;
103. метилцеллюлоза;
104. вазелиновое масло;
105. касторовое масло;
106. магния сульфат.
107. **УкажитеЛС, котороеможно применять при диарее и при запорах:**
108. лактулоза;
109. метилцеллюлоза;
110. вазелиновое масло;
111. касторовое масло;
112. магния сульфат.
113. **Укажите слабительное ЛС, применяемое для профилактики энцефалопатии при циррозе печени:**
114. лактулоза;
115. метилцеллюлоза;
116. вазелиновое масло;
117. касторовое масло;
118. магния сульфат.
119. **Укажите ЛС со временем развития эффекта через 24–48 ч:**
120. листья сены;
121. касторовое масло;
122. лактулоза;
123. магния сульфат;
124. все варианты ответов верны.
125. **УкажитеЛС, содержащееLactobacilus acidophilus, Bifidobacterium, Streptococcus faecalis.**
126. бактисубтил;
127. хилак форте;
128. бифидумбактерин;
129. лактобактерин;
130. линекс.
131. **Укажите, в какой ситуации препарат метоклопрамид будет неэффективен?**
132. рвота при язвенной болезни желудка;
133. рвота при уремии;
134. «укачивание» при морской болезни;
135. тошнота и рвота при гиперацидном гастрите;
136. рвота при лучевой болезни.
137. **Какое слабительное средство назначают при острых отравлениях?**
138. препараты сенны;
139. порошок корня ревеня;
140. экстракт коры крушины;
141. магния сульфат;
142. касторовое масло.
143. **Назовите механизм действия антидиарейного препарата лоперамид (имодиум):**
144. действует на Н-холинорецепторы;
145. действует на М-холинорецепторы;
146. действует на альфа-адренорецепторы;
147. действует на мю-опиоидные рецепторы;
148. действует на Н1-гистаминовые рецепторы.
149. **Укажите производное фенилпиперидина, применяемое при острой и хронической диарее:**
150. Но-шпа
151. Фенолфталеин
152. Лоперамид
153. Прозерин
154. **Какое из слабительных средств относится к группе неорганических веществ:**
155. Натрия хлорид
156. Фенолфталеин
157. Натрия сульфат
158. Масло касторовое
159. **Укажите синтетическое слабительное средство:**
160. Масло касторовое
161. Магния сульфат
162. Натрия сульфат
163. Изафенин
164. **Какое из слабительных средств содержит антрагликозиды:**
165. Изафенин
166. Экстракт крушины
167. Фенолфталеин
168. Масло касторовое
169. **Укажите слабительное средство, применяемое для лечения острых запоров:**
170. Магния сульфат
171. Масло касторовое
172. Изафенин
173. Экстракт крушины

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Женщину 35 лет в 23-24 недели беременности стал беспокоить запор (невозможность опорожнения кишечника по 3-4 дня с затруднением дефекации).

**Вопросы:**Ваши рекомендации по лечению.

**Задача 2**

Больная 55 лет доставлена в приемное отделение больницы. Около 2 лет беспокоят боли в крупных суставах, по поводу которых принимала индометацин с положительным эффектом. Около суток назад появились тошнота, жидкий стул, кал черного цвета, слабость, одышка. Объективно: состояние средней тяжести, положение: лежа на кушетке, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в 1 мин. АД= 90 и 60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 88 в 1 мин. Язык обложен бело-желтым налетом, суховат. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье. Общий анализ крови: эритроциты – 3,5 х 10 12 /л , Hb – 95 г/л, лейкоциты 4 х 109 /л, Нt – 33, СОЭ –18 мм / час. Анализ кала на скрытую кровь - реакция Грегерсена положительная. Выставлен диагноз: Эрозивный гастрит. Желудочно-кишечное кровотечение.

**Вопросы:**Ваша дальнейшая тактика?

**Задача 3**

Больная 74 лет обратилась к врачу с жалобами на редкий стул (2-3 раза в неделю), затрудненную дефекацию, тошноту, плохой сон. Занимается самолечением около года. Принимает одновременно: сухой экстракт крушины (табл. по 0,2 г) по 2 таблетки перед сном, вазелиновое масло по 1 ст.л. в обед, 1 фильтр-пакет листьев сенны утром.

**Вопросы:**Оцените рациональность терапии слабительными.

**Задача 4**

Больной 52 лет жалуется на: мучительную изжогу, боли за грудиной, ощущение затруднения прохождения пищи, охриплость голоса, приступы кашля, склонность к поносам. После клинических, лабораторноинструментальных методов исследования пациенту выставлен диагноз: Гастроэзофагеальнаярефлюкснаяболезнь. Рефлюкс-эзофагит II степени. Назначена медикаментозная терапия peros: эзомепразол 40 мг в сутки, домперидон 20 мг в сутки на 4-12 недель.

**Вопросы:**Нужно ли добавлять к лечению магний-содержащие антациды?

**Задача 5**

Больная А, 45 лет предъявляет жалобы на чередование запоров и поносов, вздутие живота, боли при акте дефекации, ощущении приливов, отсутствие менструации.

Приступы провоцируются психо- эмоциональным напряжением. Кал с примесью слизи. Больная замкнута, депрессивна.

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд вмин, АД 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - 4,7х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.  
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Задание:**

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика лечения?

**Задача 6**

Больная А., 29 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на: частый (до 12 раз в сутки) жидкий стул с примесью слизи, гноя и крови, повышение Т тела до 39°С, снижение аппетита, похудание. Заболела 4 нед назад, когда стала отмечать примесь крови в кале, стул был 5-8 раз в сутки. Лечилась дома, принимала левомицетин, фталазол. В связи с отсутствием эффекта обратилась к участковому врачу, который направил ее в инфекционное отделение с диагнозом дизентерия, где диагноз дизентерии был снят и больная переведена в Гастроэнтерологичое отделение.

Объективно: общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, патологии со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, мочевыделения не выявлено. Язык сухой обложен коричневым налетом, живот вздут, при пальпации отмечается болезненность в левой половине живота в проекции нисходящей и сигмовидной кишок, а также болезненность в зоне Поргеса. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв - 110 г/л, эритроциты - 3,5 х10 в 12/л, цвет.показ. - 0,9 , лейкоциты 9,6 х10 в 9 /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты - 260 х10 в 9/л, СОЭ 32 мм/час.

Время свертывания крови 4 мин. по Сухареву, ретракция кровяного сгустка 2 часа, длительность кровотечения 2 мин. по Дъюку.

Копрологическое исследование: кал в виде сгустков крови и слизи. Ректороманоскопия: слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишок отечная, рыхлая, отмечается контактная кровоточивость, на всем протяжении видны эрозии и язвенные дефекты, покрытые фибрином. В просвете слизь, гной, сгустки крови.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

**Задача 7**

Больную 32 лет в течение 1,5х месяца беспокоит неустойчивый стул, вздутие живота, метеоризм, умеренная общая слабость, раздражительность, плохой сон с ранним робуждением, периодически – наличие в кале слизи. Появление этих симптомов связывает с несколькими курсами антибиотикотерапии, которые проводились гинекологом в связи с обострением хронического аднексита. С детства отмечала плохую переносимость некоторых пищевых продуктов, в частности, цельного молока, грибов, огурцов. В анамнезе также дважды пищевая токсикоинфекция (5 и 2 года назад).

Объективно: пониженного питания, кожные покровы и слизистые бледноваты. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпируется перешеек и правая доля щитовидной железы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце перкуторно не увеличено, тоны ясные, ритм правильный, убывающий систолический шум на верхушке, небольшой акцент II тона на аорте. Пульс 88 в 1 мин. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, кишечник вздут, чувствителен при пальпации. Сигмовидная кишка урчит.

Показатели периферической крови, ФГДС, ректороманоскопия, исследование желудочной секреции – патологии не выявили. Исследование фекальной флоры на дисбактериоз: содержание кишечной палочки – 120 млн/г, гемолитическая кишечная палочка – 15%, ферментирующая – 5%, содержание бифидобактерий – 106 млн/г. REM нормы живности: киш.палочка 300-400, гемолитической нет, ферментир-не более 10%, бифидо-106 и более.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у этого больного?

4. Назначьте лечение.

5. Профилактика этого заболевания.

**Задача 8.**

Беременная женщина страдает запором (стул 1 раз в 3 дня и реже).

**Вопросы:**

Выберете из списка (свечи с глицерином, отвар коры крушины, натрия сульфат, гутталакс, лактулоза, касторовое масло, оливковое масло, глаксена). ЛС для лечения запора, укажите время наступления эффекта, побочные эффекты и противопоказания к применению.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 16:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности стероидных и нестероидных противовоспалительных лекарственных средств.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

2. Механизм действия НПВС, их эффекты, нежелательные побочные явления, взаимодействия с другими лекарственными средствами.

3. Показания к применению НПВС.

4. Особенности назначения нестероидных противовоспалительных средств с учетом возраста пациента, сопутствующих заболеваний, беременности, лактации.

5. Сравнительная характеристика отдельных препаратов по силе противовоспалительного, обезболивающего, жаропонижающего действия, токсичности.

6. Механизм действия ГКС.

7. Классификация, фармакодинамические эффекты ГКС.

8. Фармакокинетика, показания к назначению ГКС.

9. Варианты терапии ГКС.

10. Побочные эффекты длительной терапии ГКС.

**Тестовые задания**

1. **Укажите клиническое состояние, являющееся показанием для монотерапии НПВС:**
2. внесуставные ревматические заболевания (миозит, тендовагинит, синовит)
3. системная красная волчанка
4. дерматомиозит
5. мигрень
6. все перечисленные заболевания
7. **Для ацетилсалициловой кислоты не характерно:**
8. торможение агрегации тромбоцитов в дозе 75-325 мг
9. противовоспалительное действие в дозе 4,0-6,0 г
10. анальгезирующий эффект в дозе 0,5-2,0 г
11. жаропонижающее действие в дозе 0,5-2,0 г
12. антиатеросклеротический эффект в дозе 0,5-2,0 г
13. **В сравнении с индометацином у ацетилсалициловой кислоты более выражено:**
14. анальгетическое действие
15. угнетение синтеза Pg
16. антиагрегантное действие на тромбоциты
17. противовоспалительное действие
18. жаропонижающее действие
19. **Желудочно-кишечные осложнения при применении ацетилсалициловой кислотысвязаны со всем перечисленным, кроме:**
20. прямого раздражающего действия на слизистую
21. уменьшением продукции мукополисахаридов слизистой ЖКТ
22. снижением репаративных процессов в слизистой оболочке
23. повышенной ломкостью капилляров
24. уменьшением продукции бикарбонатов
25. **К НПВС с выраженной противовоспалительной активностью относится:**
26. метамизолол
27. кеторолак
28. парацетамол
29. диклофенак
30. ибупрофен
31. **Выберите селективный ингибитор ЦОГ-2:**
32. ацетилсалициловая кислота
33. диклофенак
34. целекоксиб
35. кеторолак
36. индометацин
37. **Укажите, при каком виде боли НПВС наименее эффективны:**
38. висцеральные
39. почечная колика
40. головная боль
41. боли в мышцах
42. боли в нервных стволах
43. **НПВС показаны при следующих заболеваниях:**
44. дисменорея
45. лихорадка
46. артериальные тромбозы
47. невралгии
48. все вышеперечисленные
49. **Наибольшую гастротоксичность имеет следующий препарат:**
50. ибупрофен
51. индометацин
52. мелоксикам
53. диклофенак
54. парацетамол
55. **Почему назначение НПВС в последнем триместре беременности нежелательно:**
56. замедление родовой деятельности
57. усиление сократимости миометрия
58. мутагенное действие
59. нарушение роста костей и зубов плода
60. активация свертывающей системы
61. **Взаимодействие НПВС с ингибиторами АПФ при лечении артериальной гипертензии приводит к:**
62. ослаблению гипотензивного эффекта
63. усилению гипотензивного эффекта
64. угнетению ЦНС
65. снижению гастротоксичности НПВС
66. устранению антиагрегантного действия НПВС
67. **Наиболее опасным препаратом в плане возникновения интерстициального нефрита является:**
68. парацетамол
69. фенацетин
70. пироксикам
71. напроксен
72. индометацин
73. **На каком уровне происходит взаимодействие НПВС и аминогликозидов:**
74. тормозят всасывание аминогликозидов
75. тормозят метаболизм аминогликозидов в печени
76. тормозят почечную экскрецию аминогликозидов
77. вытесняют из связи с белками
78. физико-химическое взаимодействие
79. **При взаимодействии индометацина с другими препаратами:**
80. увеличивается диуретическая активность фуросемида
81. уменьшается гипотензивное действие эналаприла
82. уменьшается токсический эффект сердечных гликозидов
83. снижается активность непрямых антикоагулянтов
84. отсутствует взаимодействие с другими препаратами
85. **Какое побочное действие НПВС исправляет комплексный препарат артротек (диклофенак + мизопростол):**
86. кровотечение
87. “НПВС – гастропатии”
88. апластические анемии
89. задержку натрия
90. нефротоксическое действие
91. **Какое свойство отличает ибупрофен от других анальгетиков-антипиретиков:**
92. редкие побочные реакции
93. сильная анальгетическая и противовоспалительная активность
94. более раннее наступление жаропонижающего эффекта
95. более продолжительный эффект
96. возможность использования у беременных
97. **Укажите препарат, способный вызвать расстройства психики:**
98. индометацин
99. диклофенак
100. ацеклофенак
101. парацетамол
102. анальгин
103. **Основным механизмом действия НПВС является:**
104. антибактериальный
105. +антипростагландиновый
106. антигистаминный
107. торможение реакции антиген-антитело
108. антилейкотриеновый
109. **Основным фармакодинамическим эффектом НПВС являются все нижеперечисленные, за исключением:**
110. антипиретического
111. анаболического
112. противовоспалительного
113. анальгетического
114. антиагрегантного
115. **Какая связь с альбуминами плазмы у большинства НПВС:**
116. высокая
117. умеренная
118. низкая
119. НПВС связаны с глобулинами
120. НПВС связаны с эритроцитами
121. **Ульцерогенный эффект какого препарата наименее выражен:**
122. у индометацина
123. диклофенака
124. напроксена
125. ацетилсалициловой кислоты
126. целебрекса
127. **После приёма НПВС быстрее развивается эффект:**
128. противовоспалительный
129. анальгетический
130. десенсибилизирующий
131. антиагрегантный
132. все эффекты одновременно
133. **Наиболее выраженным противовоспалительным эффектом обладает:**
134. ибупрофен
135. парацетамол
136. кеторолак
137. диклофенак
138. анальгин
139. **Укажите недостаток высокоселективных блокаторов ЦОГ2:**
140. выраженный гастротоксический эффект
141. кровоточивость
142. ухудшение прогноза при ИБС
143. нейро-мышечная блокада
144. психические нарушения
145. **Выберите естественный ГКС:**
146. преднизолон
147. дексаметазон
148. гидрокортизон
149. триамцинолон
150. бекламетазон
151. **Выберите дозу преднизолона, соответствующую фоновой выработке ГКС в надпочечниках:**
152. 10 мг
153. 5мг
154. 20 мг
155. 15мг
156. 40 мг
157. **Максимальная секреция ГКС в течение суток:**
158. 17 часов
159. 20 часов
160. 24 часа
161. 3-4 часа
162. 6-8 часов
163. **Противовоспалительный эффект ГКС осуществляется через:**
164. блокаду ЦОГ
165. блокаду ЛОГ
166. блокаду лейкотриеновых рецепторов
167. активацию фосфолипазы А2
168. блокаду фосфолипазы А2
169. **Что не относится к побочным эффектам ГКС:**
170. задержка натрия и воды
171. повышение глюкозы плазмы
172. катаболизм белков
173. задержка калия
174. противовоспалительный эффект
175. **Выберите препарат с наиболее выраженным противоаллергическим действием:**
176. триамцинолон
177. гидрокортизон
178. бетаметазон
179. + преднизолон
180. дексаметазон
181. **Выберите ГКС в наибольшей степени стимулирующий аппетит**
182. преднизолон
183. дексаметазон
184. триамцинолон
185. бекламетазон
186. метилпреднизолон
187. **Укажите ингаляционный ГКС, обладающий наименьшей биодоступностью:**
188. бекламетазон
189. флютиказон
190. будесонид
191. бетаметазон
192. дексаметазон
193. **Какой из ГКС в наибольшей мере способствует развитию миопатии:**
194. дексаметазон
195. триамцинолон
196. бетаметазон
197. метилпреднизолон
198. преднизолон
199. **Минералкортикоидный эффект в наибольшей степени характерен для:**
200. гидрокортизона
201. преднизолона
202. метилпреднизолона
203. триамцинолона
204. бетаметазона
205. **Минералкортикоидная активность отсутствует у:**
206. кортизона
207. гидрокортизона
208. дексаметазона
209. преднизолона
210. метилпреднизолона
211. **Выберите правильный ответ:**
212. практически не влияют на липидный обмен
213. способствуют задержке кальция
214. усиливают эффект пероральных противодиабетических средств
215. являются континсулярными гормонами
216. способствуют выведению натрия и воды
217. **Влияние ГКС на обмен кальция:**
218. улучшают всасывание кальция в кишечнике
219. способствуют накоплению кальция в костной ткани
220. вызывают гипокальциемию и гиперкальцийурию
221. нарушают почечную экскрецию кальция
222. увеличивают накопление кальция в костях
223. **Какую фазу воспаления угнетают ГКС:**
224. альтерацию
225. экссудацию
226. пролиферацию
227. все перечисленное
228. ничего из перечисленного
229. **Верно одно из утверждений: Глюкокортикостероиды:**
230. угнетают экссудацию
231. угнетают экссудацию и альтерацию
232. угнетают экссудацию и пролиферацию
233. угнетают альтерацию и пролиферацию
234. угнетают все фазы воспаления
235. **Глюкокортикоиды вызывают:**
236. лимфоцитопению
237. моноцитопению
238. эозинопению
239. стимулирует образование эритроцитов и тромбоцитов
240. все перечисленное
241. **При приеме внутрь ГКС всасываются:**
242. быстро и практически полностью в тощей кишке
243. постепенно на протяжении всего кишечника около 70%
244. медленно в течение 2-3 часов, пища нарушает всасывание
245. быстро, но прием пищи уменьшает всасывание на 50%
246. ГКС полностью всасываются в желудке
247. **Выберите неправильное утверждение: Отрицательное влияние ГКС на костно-мышечную систему проявляется:**
248. миопатией
249. патологическими переломами
250. компрессионными переломами позвонков
251. остеосклерозом
252. остеопорозом
253. **Выберите ложное утверждение: Негативное влияние глюкокортикостероидов на ЦНС проявляется:**
254. неустойчивым настроением
255. психозом
256. синдромом псевдоопухоли мозга
257. понижением судорожного порога
258. бессонницей
259. **Негативное влияние ГКС на метаболизм проявляется:**
260. гипогликемией
261. снижением аппетита
262. снижением липидов
263. катаболизмом белков
264. всем перечисленным
265. **Отрицательное влияние ГКС на эндокринную систему может проявляться:**
266. ускорением полового созревания
267. ускорением роста у детей
268. усилением функции надпочечников
269. усилением полового влечения
270. дис- и аменореей
271. **Угнетения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы не происходит при приеме преднизолона в дозе:**
272. мг/сутки
273. 40 мг/сутки
274. 20 мг/сутки
275. мг/сутки
276. 5 мг/сутки
277. **Полное восстановление функции коры надпочечников при курсе ГКС 2-3 недели происходит:**
278. сразу после отмены
279. через 2-недели
280. 3-4 недели
281. 2-3 месяца
282. 6-12 месяцев
283. **В наибольшей степени угнетает гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковоую систему:**
284. преднизолон
285. метилпреднизолон
286. гидрокортизон
287. дексаметазон
288. бекламетазон
289. **Меры профилактики надпочечниковой недостаточности при лечении ГКС:**
290. соблюдать циркадный ритм назначения
291. использовать альтернирующую терапию
292. постепенно снижать дозу при курсе более 2 недель
293. использовать наименьшие эффективные дозы
294. все ответы верны
295. **Заместительная терапия подразумевает применение ГКС:**
296. один раз в день
297. 2\3 утром и 1\3 в обед
298. 1\3 утром и 2\3 в обед
299. 1\3 утром, в обед и вечером
300. кратность приема не имеет значения
301. **Супрессивная терапия ГКС при адреногенитальном синдроме подразумевает:**
302. 1\3 дозы кортизона утром, 2\3 дозы вечером
303. 2\3 дозы кортизона утром, 1\3 вечером
304. вся доза кортизона утром
305. вся доза кортизона вечером
306. время приема не имеет значения
307. **Выберите неверный ответ: Пульс-терапия – это:**
308. неотложная терапия тяжелых, угрожающих жизни заболеваний
309. быстрый эффект, возможность последующего использования низкой поддерживающей дозы
310. быстрый эффект, но в последующем нужны более высокие дозы
311. высокие (до 3000 мг\сутки) дозы преднизолона
312. все утверждения верны
313. **Относительными противопоказаниями для преднизолона являются все, кроме:**
314. сахарного диабета
315. язвенной болезни желудка
316. тяжелой артериальной гипертензии
317. астматического статуса
318. тяжелой сердечной недостаточности
319. **При проведении пульс-терапии более предпочтителен:**
320. преднизолон
321. метилпреднизолон
322. дексаметазон
323. бетаметазон
324. флютиказон
325. **При назначении на длительный срок предпочтительнее использовать:**
326. дексаметезон
327. метилпреднизолон
328. преднизолон
329. триамцинолон
330. любой из перечисленных
331. **Выберите ГКС, противопоказанный при дерматомиозите:**
332. дексаметазон
333. триамцинолон
334. преднизолон
335. метилпреднизолон
336. бетаметазон
337. **Альтернирующая терапия ГКС предполагает использование:**
338. невысоких доз стероидов с периодическим их увеличением
339. одного препарата через день в виде одной удвоенной дозы
340. двух препаратов попеременно (с уменьшением дозы вдвое)
341. высоких доз стероидов коротким курсом
342. системных ГКС с переходом на ингаляционные формы
343. **Механизм действия ГКС при бронхиальной астме выражается в следующем, кроме:**
344. уменьшения продукции антител
345. блокирования биологически активных веществ
346. уменьшения отека
347. выраженного бронхолитического действия
348. всего перечисленного
349. **Перечислите показания к короткому курсу ГКС:**
350. надпочечниковая недостаточность
351. снятие аллергического воспаления
352. аутоиммунный процесс
353. тяжелая степень бронхиальной астмы
354. гломерулонефрит
355. **Глюкокортикостероидная терапия является основным методом лечения при:**
356. системной красной волчанке
357. бронхиальной астме
358. дерматомиозите
359. неинфекционном активном гепатите
360. всех перечисленных заболеваниях
361. **К ГКС длительного действия относится**:
362. преднизолон
363. гидрокортизон
364. кортизон
365. дексаметазон
366. бекламетазон
367. **Укажите препарат с наименьшим ульцерогенным действием:**
368. преднизолон
369. триамцинолон
370. бетаметазон
371. дексаметазон
372. метилпреднизолон
373. **Выберите ГКС, наиболее часто вызывающий остеопороз:**
374. преднизолон
375. дексаметазон
376. триамцинолон
377. бетаметазон
378. метилпреднизолон
379. **Какие симптомы могут появиться после резкой отмены ГКС:**
380. коллапс
381. рвота
382. боли в животе
383. артралгии
384. все перечисленные
385. **Укажите эффекты взаимодействия преднизолона и эстрогенных препаратов:**
386. усиление эффектов ГКС
387. задержка натрия
388. усиление отеков
389. ускорение свертывания крови
390. все перечисленное
391. **Отметьте ГКС с наибольшей минералкортикоидной активностью:**
392. преднизолон
393. гидрокортизон
394. триамцинолон
395. метилпреднизолон
396. дексаметазон
397. **Наиболее ранними нежелательными эффектами ГКС являются:**
398. катаракта
399. стероидная язва
400. остеопороз
401. кушингоидный синдром
402. надпочечниковая недостаточность
403. **Укажите препарат для лечения гипертензии на фоне длительной терапии ГКС:**
404. гипотиазид
405. метопролол
406. нифедипин-retard
407. рамиприл
408. индапамид
409. **Какой путь выведения имеют все ГКС:**
410. фильтрация в почках
411. печеночный метаболизм
412. секреция канальцами почек
413. выделение с желчью
414. все перечисленные
415. **Выберите наиболее активный глюкокортикостероид:**
416. триамцинолон
417. преднизолон
418. гидрокортизон
419. дексаметазон
420. метилпреднизолон
421. **Какой ГКС содержит дипроспан:**
422. преднизолон
423. триамцинолон
424. дексаметазон
425. бетаметазон
426. гидрокортизон
427. **Показаниями к проведению пульс-терапии ГКС являются:**
428. реакция отторжения трансплантата
429. дерматомиозит
430. системная красная волчанка
431. рассеянный склероз
432. все перечисленные
433. **Какой способ введения ГКС относят к месной терапии:**
434. ингаляционный
435. интраартикулярнй
436. внутрикожный (в рубцы)
437. внутриполостной (внутриплевральный и др.)
438. все перечисленные
439. **Укажите противопоказание для назальных форм ГКС:**
440. аллергический ринит
441. повторные носовые кровотечения
442. полипоз носа
443. искривление носовой перегородки
444. артериальная гипертензия
445. **Выберите порошковый ИГКС:**
446. беклометазон
447. флютиказон
448. будесонид
449. бетаметазон
450. метилпреднизолон
451. **Выберите ГКС для внутрисуставного введения:**
452. гидрокортизона ацетат
453. депо-медрол
454. дипроспан
455. кеналог-40
456. все перечисленные
457. **Отметьте продолжительность действия дипроспана при внутримышечном введении:**
458. 3-4 недели
459. 5-6 недель
460. 2-3 месяца
461. 0,5 года
462. дней
463. **Системная фармакодинамическая терапия ГКС подразумевает:**
464. мг преднизолона утром
465. 20 мг преднизолона по альтернирующей схеме
466. 40 мг в 2 приема в первой половине дня
467. «пульс-терапия» 1000 мг\сутки в течение трех дней
468. все перечисленное
469. **Отметьте эквивалентные дозы преднизолона и дексаметазона per os соответственно:**
470. 5 мг и 0, 75 мг
471. 1 мг и 0,5 мг
472. 10 мг и 0,5 мг
473. 2 мг и 0,75 мг
474. 1 мг и 0,5 мг

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Сорокалетняя женщина обратилась к врачу с жалобой на боли в коленных суставах. При осмотре выявлено: припухлость, покраснение, гипертермию в области этих суставов. Лабораторное исследование показало положительные ревмопробы.

**Вопросы:**

Какие препараты должны быть использованы для лечения больной?

1. Противовоспалительные средства нестероидного строения
2. Наркотические анальгетики
3. Антидепрессанты
4. Антибиотики
5. Сульфаниламиды

**Задача 2**

Больная 63 лет [с артритом на фоне лечения](http://zubstom.ru/docs/index-19366.html) ацетилсалициловой кислотой (аспирин) пожаловалась на дурноту, тяжесть в эпигастрии. Врач отменил аспирин и назначил противовоспалительное средство из группы селективных ингибиторов ЦОГ-2.

**Вопросы:**

Назовите нужный для больной препарат.

1. Мовалис
2. Бутадион
3. Диклофинак натрия
4. Индометацин
5. Пироксикам

**Задача 3**  
Больной на ревматоидний полиартрит назначили нестероидное противовоспалительное средство индометанцин. Спустя некоторое время его применения у больной возникло обострение сопутствующего заболевания, которое заставило отменить препарат.

**Вопросы:**

Какое супутствующее заболевание могло привести к отмене препарата?

1. Язвенная болезнь
2. Ишемическая болезнь сердца
3. Сахарный диабет
4. Гипертоническая болезнь
5. Бронхиальная астма

**Задача 4**

Больной, 20 лет, которая находится на лечении и обследовании в гастроэнтерологическом отделении, установлен диагноз гепатита.

**Вопросы:**

Которая группа препаратов входит в базисную терапию больной?

1. Глюкокортикоиды и цитостатики
2. Анаболические стероидные гормоны
3. Антибактериальные препараты
4. Гепатопротекторные препараты.
5. Витамины.

**Задача 5.**

Больному, страдающему хроническим инфекционно-хроническим заболеванием, в течение длительного периода назначали синтетический аналог кортизола-преднизолон. После улучшения состояния препарат отменили. Вскоре после этого появились признаки гипокортицизма (слабость, гипотония, гипогликемия), резко понизилось содержание 17-кетостероидов в моче.

**Вопросы:**

А. Чем объясняется ухудшение состояние больного?

Б. Наступит ли улучшение в состоянии больного, если ему ввести кортикотропин?

**Задача 6**

Пациенту К., 70 лет, проходившему лечение по поводу ИБС: стенокардии напряжения III функционального класса, в связи с обострением поясничного остеохондроза был назначен индометацин по 25 мг 3 раза в день. Через несколько дней у пациента появились изжога и дискомфорт в подложечной области. При проведении эзофагогастродуоденоскопии выявлены эрозии пищевода и желудка.

**Вопросы:**

Какая тактика в данном случае является наиболее рациональной?

**Задача 7**

Пациентка К., 47 лет, в течение 20 лет страдает бронхиальной астмой. В связи с недостаточностью эффекта проводимой терапии и тяжелым течением заболевания в последние 6 лет постоянно принимает триамцинолон (12 мг — в 8 утра). В последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Объективно: рост — 160 см, масса — 87 кг, гирсутизм, симптомокомплекс Ипенко-Кушинга, АД — 150/100 мм рт. ст., сахар крови — 7,3 ммоль/л.

**Вопросы:**

1.Каковы возможные причины появления болей в спине?

2.Какие мероприятия вы предпримете для уточнения диагноза?

3.Как можно снизить нежелательное действие глюкокортикоидов у данной больной?

4. Каковы причины повышения уровня глюкозы у данной больной?

**Задача 8**

Пациентка П., 70 лет, 8 лет назад перенесла крупноочаговый инфаркт миокарда. Поступила в отделение с клиникой застойной сердечной недостаточности (отеки на ногах, приступы кардиальной астмы), нестабильностью АД (последние дни подъемы АД до 180/100 мм рт. ст.). Проводилось лечение:эналаприл 10 мг — утром и вечером; фуросемид 40 мг — утром натощак; гидрохлоротиазид 25 мг — утром; спиронолактон 50 мг — утром и в обед; аспирин 125 мг — в обед, после еды. Состояние больной улучшилось: уменьшилась одышка при ходьбе, исчезло ортопноэ, АД стабилизировалось на уровне 120/80-140/90 мм. Больная была переведена на прием фуросемида 2 раза в неделю, доза спиронолактона была снижена до 25 мг/ сутки. После выписки в течение месяца состояние больной было стабильным. В связи с появлением болей в спине участковый терапевт назначил дополнительно индометацин по 25 мг 4 раза в день. Через неделю болевой синдром в спине уменьшился, однако больная вновь стала отмечать усиление одышки, просыпаться по ночам из-за удушья, АД стало повышаться до 160/100 мм рт. ст.

**Вопросы:**

В чем наиболее вероятная причина ухудшения состояния?

**Задача 9**

У мальчика 6 лет в период эпидемии гриппа после посещения детского сада вечером поднялась температура тела до 39,5 °С, появились ломящие боли в руках и ногах, заложенность носа.

**Вопросы:**

Какие препараты из группы НПВС можно назначить ребенку?

**Задача 10**

Пациентка М., 60 лет, обратилась к неврологу по поводу приступов острейшей боли режущего и жгучего характера в области правой нижней челюсти, сопровождающихся покраснением лица, слезотечением. Установлен диагноз невралгии тройничного нерва.

**Вопросы:**

Какие препараты из группы НПВС наиболее эффективны в этой ситуации?

**Задача 11**

Пациент П., 40 лет, наблюдается с диагнозом остеохондроз поясничного отдела позвоночника. При болях в спине наиболее часто принимает метамизол натрия (анальгин) и содержащие его комбинированные препараты (пенталгин, баралгин). Последнюю неделю вновь отмечает появление болевого синдрома, самостоятельно начал принимать анальгин. Боль через несколько дней прошла, но появились боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39 °С, общая слабость. Обратился к участковому терапевту. При осмотре зева — некротические бляшки и язвы с грязно-серым налетом на миндалинах. В анализе крови — выраженное снижение числа лейкоцитов до 1,5 х 109/л, нейтрофилов до 0,5 х Ю9/л, а также снижение числа тромбоцитов до 100 х Ю9/л.

**Вопросы:**

1. Как можно объяснить данную ситуацию?

**Задача 12**

Пациентка В., 60 лет, по поводу головных болей регулярно долгое время принимала один и тот же препарат. Со слов пациентки, это был анальгетик, который она свободно покупала в аптеке. Последнее время пациентку беспокоят боли в горле, озноб, повышение температуры тела до 38,5 °С. Обратилась к врачу. В общем анализе крови выраженное снижение числа лейкоцитов до 1,5 х 109/л., нейтрофилов до 0,5 х 109/л., а также снижение числа тромбоцитов до 100 х 109/л. Изменения в крови были связаны с приемом НПВС.

**Вопросы:**

1.Какая группа НПВС наиболее часто вызывает подобные изменения в крови?

**Задача 13**

Пациента М., 50 лет, длительное время беспокоят боли и припухлость суставов ног. Использовал для лечения разогревающие мази (финалгон), к врачу не обращался.

В последние несколько месяцев отмечает ухудшение самочувствия: боли в суставах ног стали сильнее, появились боли и припухлость в суставах кистей, нарушился сон.

При обследовании выставлен диагноз: Ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, II степень активности. Назначено лечение диклофенаком натрия по 50 мг 3 раза в день. На фоне приема препарата боли в суставах немного уменьшились, но пациент продолжал чувствовать себя плохо.

**Вопросы:**

1**.**Какая тактика дальнейшего лечения является наиболее рациональной?

**Задача 14**

У 40-летней пациентки диагностирован ревматоидный артрит с поражением двух лучезапястных суставов с признаками местной активности. В анамнезе — вирусный гепатит В. В общем анализе крови: Нв — 100 г/л, Л — 2,8 х 109/л, Э-2, П-3, С-45, Л-40, М-10, тромбоциты — 120 х 109/л, СОЭ — 35 мм/час. Аст — 25 ЕД, Алт — 60 ЕД. В общем анализе мочи: уд.вес 1015, белок — 1,6%, эритроциты — 2—3 в поле зрения, лейкоциты — 3—4 в поле зрения, цилиндры — 1—2 в поле зрения.

**Вопросы:**

1.Какой вариант лечения наиболее рационален?

**Задача 15**

60-летняя пациентка с остеоартрозом коленных суставов и выраженным болевым синдромом получает без эффекта ибупрофен в суточной дозе 800 мг в течение 10 дней. Клинические признаки синовита не выражены.

**Вопросы:**

1.Какие рекомендации относительно больной правильны?

**Задача 16**

Пациентка с системной красной волчанкой с наличием волчаночного нефрита с клинико-лабораторными признаками активности III степени получает преднизолон внутрь в суточной дозе 60 мг в течение 2 месяцев. На фоне лечения остаются признаки активности, отмечено повышение уровня креатинина, АД и глюкозы крови.

**Вопросы:**

1.При обсуждении дальнейшей программы ведения больной правильной тактикой является:

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 17:**Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности витаминов и макро- и микроэлементов.

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Причины развития гипо и авитаминозов.

2.Стадии патогенеза витаминной недостаточности.

3.Механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие витамина А,Е, К, С, В1, В2, В3, В6, В12, фолиевой кислоты.

4. Клинические проявления недостаточности витаминов.

5.Суточная потребность в витаминах. Современные комбинированные витаминные препараты.

6. Механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие макро и микроэлементов.

**Тестовые задания**

1. **Развитие недостаточности какого витамина можно ожидать при длительном приеме пероральных контрацептивов:**
2. А;
3. В1;
4. В2;
5. С;
6. фолиевой кислоты.2
7. **Назначение какого витамина при беременности может приводить к порокам развития у ребенка:**
8. А;
9. В1;
10. В2;
11. С;
12. РР.
13. **Доказанной эффективностью препараты витамина В12 обладают при следующей патологии:**
14. витамин В12-дефицитная анемия;
15. диабетическая полинейропатия;
16. люмбишалгия;
17. алкогольная полинейропатия;
18. все варианты ответов верны.
19. **Совместное применение витамина С и ацетилсалициловой кислоты приведет к следующему эффекту:**
20. снижение скорости окисления витамина;
21. снижение скорости экскреции витамина;
22. повышение скорости экскреции витамина;
23. повышение риска перфоративной язвы желудка;
24. повышение риска передозировки витамина.
25. **Укажите противопоказания к применению аскорбиновой кислоты:**
26. тромбозы;
27. тромбофлебиты;
28. сахарный диабет;
29. нет верного варианта ответа;
30. все варианты ответов верны.
31. **При приеме аскорбиновой кислоты могут искажаться результаты тестов:**
32. активность трансаминаз;
33. электролитный состав крови;
34. ЭКГ;
35. липидный спектр;
36. все варианты ответов верны.
37. **Отметить препарат кальция, наиболее предпочтительный для в/в введения.**
38. Кальция цитрат
39. Кальция карбонат
40. Кальция глюконат
41. Кальция хлорид
42. **Отметить препарат фосфора из мозга убойного скота при переутомлении.**
43. Фосфоден
44. Глицерофосфат кальция
45. Циклофосфан
46. Церебролецитин
47. **Витамины являются:**
48. Источниками энергии
49. Пластическим материалом
50. Регуляторами белкового, углеводного и липидного обмена
51. Все ответы не верны
52. **Указать водорастворимые витамины.**
53. Рибофлавин
54. Ретинол
55. Токоферол
56. Эргокальциферол
57. **Дефицит витамина С приводит к:**
58. Полиневритам
59. Цинге
60. Гипотонии
61. Пеллагре
62. **Отметить жирорастворимый витаминин.**
63. Рибофлавин
64. Эргокальциферол
65. Цианкобаламин
66. Контрикал
67. **Отметить витаминный жирорастворимый препарат, обладающий антиоксидантной активностью.**
68. Эргокальциферол
69. Аскорбиновая кислота
70. Ретинол
71. Токоферол
72. **Магния сульфат вызывает снижение артериального давления вследствие:**
73. Прямого миотропного действия на гладкую мускулатуру сосудов
74. Блокады вегетативных ганглиев
75. Угнетения тонуса вазомоторных центров
76. Всего вышеперечисленного
77. **Какое из антацидных средств может вызвать запоры:**
78. Магния окись
79. Алюминия гидроокись
80. Кальция карбонат
81. Натрия гидрокарбонат
82. **Укажите наиболее оптимальную комбинацию антацидных средств:**
83. Магния окись и натрия гидрокарбонат
84. Алюминия гидроокись и магния окись
85. Кальция карбонат и натрия гидрокарбонат
86. Натрия гидрокарбонат и алюминия гидроокись
87. **Укажите слабительное средство, применяемое для лечения острых запоров:**
88. Магния сульфат
89. Масло касторовое
90. Изафенин
91. Экстракт крушины
92. **К средствам, способствующим отделению желчи относят:**
93. Циквалон
94. Магния сульфат
95. Холензим
96. Холосас
97. **Укажите препарат для лечения железодефицитной анемии:**
98. Фолиевая кислота
99. Пентоксил
100. Железа закисного лактат
101. Цианокобаламин
102. **Лучше всего в желудочно-кишечном тракте всасывается:**
103. Двухвалентное ионизированное железо
104. Трехвалентное ионизированное железо
105. Неионизированное железо
106. Степень ионизации не влияет на всасываемость железа
107. **Укажите препарат кобальта для лечения железодефицитной анемии**:
108. Феррум лек
109. Коамид
110. Эпоэтин альфа
111. Фолиевая кислота
112. **Отметить неорганическое вяжущее средство .**
113. Анестезин
114. Ментол
115. Танин
116. Цинка окись
117. **Какое средство оказывает в высоких концентрациях прижигающее действие?**
118. Отвар коры дуба
119. Танин
120. Серебра нитрат (ляпис)
121. Ментол
122. **Укажите препарат группы окислителей:**
123. Ртути дихлорид
124. Серебра нитрат
125. Калия перманганат
126. Резорцин
127. **Какой препарат относится к группе кислот и щелочей:**
128. Хлоргексидин
129. Раствор аммиака
130. Спирт этиловый
131. Формальдегид
132. **Укажите механизм антимикробного действия солей металлов:**
133. Блокирование аминогрупп ферментов микроорганизмов
134. Выделение молекулярного кислорода при контакте с биологическими тканями
135. Блокирование сульфгидрильных групп ферментов микроорганизмов
136. Выделение атомарного кислорода при контакте с биологическими тканями
137. **Какой из антисептиков обладает наибольшей токсичностью:**
138. Церигель
139. Ртути дихлорид (сулема)
140. Калия перманганат
141. Серебра нитрат (ляпис)
142. **При отравлении солями металлов применяют:**
143. Метиленовый синий
144. Унитиол
145. Атропин
146. Дипироксим
147. **Укажите механизм антимикробногодействия калия перманганата:**
148. Выделение атомарного кислорода при контакте вещества с белками и окисление биологических субстратов микроорганизмов
149. Выделение молекулярного кислорода при контакте вещества с белками и окисление биологических субстратов микроорганизмов
150. Выделение молекулярного хлора и окисление биологических субстратов микроорганизмов
151. Угнетение окислительно-восстановительных реакций микроорганизмов

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

При данном авитаминозе характерны: кровоточивость, разрыхление десен, расшатывание и выпадение зубов; возникают кровоизлияния в мышцах, коже; костная ткань становится более пористой, хрупкой, что может привести к переломам костей. Длительное отсутствие этого витамина приводит к смерти от истощения или от присоединения инфекционных заболеваний. Это объясняется тем, что для данного авитаминоза характерна пониженная сопротивляемость организма к инфекциям.

**Вопросы:**

1.Выберите препарат для лечения авитаминоза.

2.Укажите эффекты выбранного препарата

3.Перечислите комплексные поливитаминные препараты для профилактики гиповитаминозов

**Задача 2**

Больному 17 лет с диагнозом: Инфильтративный туберкулез левого легкого проводилась терапия противотуберкулезным препаратом – изониазидом. Через 8 месяцев от начала лечения больной стал отмечать «тянущие» боли в ногах, парестезии, периодически судороги. Осмотрен невропатологом, диагностирован периферический неврит.

**Вопросы:**

1.Какой витаминный препарат должен был назначить врач для профилактики периферического неврита?

2.Укажите эффекты выбранного препарата

**Задача 3**

К педиатру обратилась мать с ребенком 1 года по поводу искривления нижних конечностей и отсутствия зубов. При осмотре выявлена деформация позвоночника и грудной клетки, гипотония мышц, отставание в общем развитии ребенка. Выставлен диагноз: рахит

**Вопросы:**

1.Выберите препарат для лечения ребенка. Для выбранного препарата изложите механизм действия

2.Укажите эффекты выбранного препарата

3.Можно ли заменить данный препарат на рыбий жир в котором тоже содержится витамин Д?

**Задача 4**

Пациенту,12 лет, больному гриппом, средней степени тяжести, врач назначил комбинированный препарат «Аскорутин».

**Вопросы:**

1.Что входит в состав препарата «Аскорутин»?

2.Почему эффективно применение данного препарата при инфекционном процессе?

**Задача 5**

Больному 65 лет с диагнозом: Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга с противоатеросклеротической целью назначена никотиновая кислота.

**Вопросы:**

1.Какой препарат Вы порекомендуете больному для профилактики развития жировой дистрофии печени? Почему?

2.Эффекты никотиновой кислоты

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 18:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности общих и местных анестетиков, миорелаксантов.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Понятие местной анестезии. Виды местного обезболивания, применяемого в стоматологии.

2. Классификация местных анестетиков. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, взаимодействия, основные представители эстеров и амидов.

3. Способность местных анестетиков к вазодилатации, дифференцированный подход к их назначению в зависимости от этого показателя.

4. Комбинации с вазоконстрикторами. Побочные эффекты комбинаций с вазоконстрикторами, противопоказания к их использованию.

5. Дифференцированный подход к назначению препаратов для местной анестезии в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний, беременности, лактации.

6. Классификация общих анестетиков. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия внутривенных анестетиков.

7. Факторы, влияющие на фармакокинетику общих анестетиков.

8. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия ингаляционных анестетиков. Стадии наркоза. Требования к общим анестетикам.

9. Понятие нейролептанальгезии и премедикации.

10. Миорелаксанты - классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты.

**Тестовые задания**

1. **Анестезиологические признаки, характерные для стадии возбуждения:**
2. сознание включено
3. анальгезия
4. спинномозговые рефлексы понижены
5. артериальное давление снижено
6. тахикардия
7. **Для наркоза пропофолом характерно:**
8. эффект через 30 секунд;
9. эффект через 30 минут;
10. слабая аналгезия;
11. при выходе из наркоза тошнота, рвота
12. **Закись азота:**
13. обладает гепатотоксическим действием;
14. применяется для аналгезии;
15. вызывает эритроцитоз;
16. слабый ингаляционный анестетик
17. **К ингаляционным общим анестетикам относятся:**
18. эфир;
19. пропофол;
20. энфлюран ;
21. закись азота
22. **К снотворным – производным бензодиазепина длительного действия относятся:**
23. нитразепам;
24. флуразепам;
25. диазепам;
26. феназепам
27. **Кетамин применяют для:**
28. проведения общей анестезии;
29. лечения опиатной наркомании;
30. лечения невралгии;
31. лечения бессонницы
32. **Мидазолам, нозепам, триазолам являются:**
33. наркотическими аналгетиками;
34. средствами для наркоза;
35. снотворными, производными бензодиазепина короткого действия;
36. снотворными, производными бензодиазепинового ряда длительного действия
37. **ОА , сенсибилизирующий миокард к адреналину:**
38. эфир,
39. фторотан,
40. закись азота,
41. энфлуран
42. **ОА имеющие выраженную стадию анальгезии**
43. Эфир
44. фторотан,
45. закись азота,
46. энфлуран
47. **ОА с большим (около 30 минут) периодом наступления наркоза после внутривенного введения:**
48. пропанидид,
49. гексенал
50. кетамин
51. натрия оксибутират
52. **ОА с длительностью действия 60-90 минут**
53. пропанидид,
54. натрия тиопентал
55. гексенал
56. натрия оксибутират
57. этомидат
58. **ОА с наибольшей наркотической силой:**
59. эфир;
60. фторотан;
61. изофлуран;
62. энфлуран
63. **ОА, активирующий симпато-адреналовую систему:**
64. фторотан,
65. эфир,
66. закись азота,
67. десфлуран
68. **ОА, в недостаточной степени расслабляющий мускулатуру**
69. эфир,
70. фторотан,
71. закись азота,
72. севофлуран
73. **ОА, вызывающие достаточную для хирургического вмешательства миорелаксацию**
74. эфир,
75. фторотан,
76. закись азота,
77. энфлуран
78. **ОА, вызывающие угнетение функции миокарда и гипотензию:**
79. фторотан,
80. эфир,
81. закись азота,
82. изофлуран
83. **ОА, вызывающий в послеоперационном периоде неприятные сновидения, галлюцинации, психомоторное возбуждение:**
84. пропанидид;
85. кетамин;
86. гексенал;
87. оксибутират натрия
88. **ОА, вызывающий рефлекторные реакциив период введения (остановка сердца, дыхания, рвота)**
89. эфир,
90. фторотан,
91. закись азота,
92. севофлуран
93. **ОА, который в послеоперационном периоде вызывает часто неприятные сновидения, галлюцинации, психоматорные возбуждения**
94. пропанидид,
95. кетамин,
96. гексенал,
97. пропофол
98. **ОА, мононаркоз которого сопровождается длительной стадией возбуждения:**
99. эфир,
100. фторотан,
101. закись азота,
102. энфлуран
103. **ОА, не вызавающий анальгезию:**
104. пропанидид,
105. гексенал,
106. кетамин,
107. натрия оксибутират
108. **ОА, обладающий выраженным болеутоляющим действием**
109. гексанал,
110. натрия тиопентал,
111. пропанидид,
112. кетамин
113. **ОА, обладающий и миорелаксирующим эффектом:**
114. пропанидид,
115. гексенал,
116. натрия оксибутират,
117. кетамин
118. **Общие анестетики кратковременного действия (до 15 минут):**
119. пропанидид;
120. гексенал;
121. этомидат;
122. пропофол
123. **Общий анестетик (ОА) с наименьшей наркотической силой:**
124. эфир,
125. фторотан,
126. закись азота,
127. энфлуран
128. **Общий анестетик с большим (около 30 минут) периодом наступления наркоза после внутривенного введения:**
129. пропофол;
130. этомидат;
131. энфлюран;
132. оксибутират натрия
133. **Побочные эффекты пропанидида:**
134. ларингоспазм,
135. тахикардия,
136. гипотензия,
137. гепатотоксическое действие
138. **Побочный эффект бензодиазепиновыхтранквилизаторов:**
139. гипертермия;
140. лекарственная зависимость;
141. снижение тонуса скелетных мышц;
142. тетанус скелетных мышц
143. **Препарат с длительностью действия 20-30 минут**
144. пропанидид,
145. пропофол,
146. гексенал,
147. натрия оксибутират
148. **Препарат, вызывающий диссоциативнуюанестезию:**
149. тиопентал натрий;
150. кетамин;
151. изофлуран;
152. галоперидол
153. **Препарат, имеющий довольно длительный (около 30 мин) период «пробуждения»**
154. эфир,
155. фторотан,
156. закись азота,
157. севофлуран
158. **Препараты с длительностью действия до 15 минут:**
159. пропанидид,
160. гексенал,
161. кетамин,
162. натрия оксибутират,
163. метогекситал
164. **Препараты, наркоз после внутривенного введения которых развивается на «кончике иглы»:**
165. пропанидид,
166. гексенал,
167. этомидат,
168. натрия оксибутират,
169. пропофол
170. **Препараты, обладающие гепатотоксическим действием:**
171. эфир,
172. фторотан,
173. изофлуран,
174. закись азота,
175. метогекситал
176. **При отравлении барбитуратами применяют:**
177. диазепам;
178. димедрол;
179. бемегрид;
180. сульфокамфокаин
181. **Признаки, характерные для наркоза фторотаном:**
182. высокая наркотическая активность;
183. быстрое введение и выход из наркоза;
184. рефлекторные (вагусные) осложнения в период введения в наркоз;
185. гипотензия, брадикардия, аритмия, гепатотоскичность в период поддержания наркоза
186. **Признаки, характерные для наркоза фторотаном:**
187. умеренное (в течение 10-15 мин) наступление наркоза
188. быстрое (в течение 2-5 мин) наступление наркоза
189. рефлекторная остановка сердца и дыхания
190. повышение артериального давления сенсибилизация миокарда к адреналину нарушение функции печени
191. **Пропофол**:
192. транквилизатор;
193. антидепрессант;
194. неингаляционный анестетик;
195. нейролептик
196. **Следующие эффекты: после введения эффект через 4-5 минут, длительность 3-8 минут, выход быстрый без последействия, аналгезии нет, миорелаксации нет, хорошо переносится: характерны для**
197. пропофол;
198. гексенал;
199. оксибутират натрия;
200. этомидат
201. **Средства для неингаляционного наркоза кратковременного (до 15 минут) действия:**
202. этомидат;
203. пропанидид;
204. кетамин;
205. гексенал
206. **Стадия возбуждения при использовании общих анестетиков обусловлена**:
207. активацией новой коры;
208. угнетением новой коры и растормаживанием подкорковых структур;
209. блокадой рецепторов ГАМК;
210. нарушением синаптической передачи на уровне таламуса
211. **Укажите ОА, не обладающие миорелаксирующим действием**:
212. пропанидид,
213. гексенал,
214. натрия оксибутират,
215. кетамин,
216. этомидит
217. **Фенобарбитал:**
218. применяют при эпилепсии;
219. угнетает фазу быстрого сна;
220. индуктор ферментов печени;
221. может вызвать лекарственную зависимость
222. **Фенобарбитал:**
223. снижает судорожный порог;
224. угнетает фазу быстрого сна;
225. индуктор оксигеназ печени;
226. увеличивает вход ионов хлора в нейронах ЦНС
227. **Фторотан:**
228. неингаляционный общий анестетик;
229. имеет высокую наркотическую активность;
230. нет местного раздражающего действия;
231. вызывает рефлекторную остановку сердца и дыхания
232. **Хлоралгидрат:**
233. снотворные производные ГАМК;
234. нейролептик;
235. транквилизатор;
236. снотворное производное алифатического ряда
237. **Этомидат, кетамин, бриетал:**
238. ингаляционные ОА;
239. снотворные;
240. антидепрессанты;
241. неингаляционные общие анестетики кратковременного действия
242. **Этомидат:**
243. применяется при кратковременных вмешательствах;
244. длительность действия 30 сек.;
245. отсутствует аналгезия и миорелаксация;
246. неингаляционный общий анестетик длительного действия
247. **Выберите местный анестетик из группы амидов:**
248. новокаин
249. тетракаин
250. бензокаин
251. кокаин
252. лидокаин
253. **Выберите местный анестетик из группы эфиров:**
254. лидокаин
255. тримекаин
256. артикаин
257. новокаин
258. мепивакаин
259. **Местные анестетики в большей степени влияют:**
260. на болевую чувствительность
261. тактильную чувствительность
262. температурную чувствительность
263. на моторную функцию
264. на все перечисленное
265. **Местные анестетики влияют на моторную функцию:**
266. в низких дозах
267. в высоких дозах
268. в среднетерапевтических дозах
269. отсутствует влияние на моторную функцию
270. влияние на моторную функцию не зависит от дозы
271. **Отметьте механизм действия местных анестетиков:.**
272. блокада натриевых каналов
273. блокада калиевых каналов
274. увеличение цитоплазматического кальция
275. блокада ЦОГ
276. активация фосфолипазы
277. **Скорость абсорбции местных анестетиков зависит:**
278. от липофильности препарата
279. от васкуляризации в месте инъекции
280. от концентрации вводимого раствора
281. от способности препарата вызывать вазодилатацию
282. от всего вышеперечисленного
283. **Выберите местный анестетик, вызывающий эйфорию**:
284. новокаин
285. кокаин
286. лидокаин
287. бупивакаин
288. тетракаин
289. **Отметьте системные побочные эффекты местных анестетиков:**
290. головокружение
291. снижение АД
292. аритмии
293. судороги
294. все перечисленное
295. **Выберите местный анестетик с антиаритмическим эффектом при в\в введении:**
296. новокаин
297. бупивакаин
298. тетракаин
299. лидокаин
300. артикаин
301. **Для пролонгации эффекта местные анестетики часто используют в комбинации:**
302. с адреналином
303. анестезином
304. β-адреноблокаторами
305. допмином
306. папаверином
307. **Какой местный анестетик имеет минимальный сосудорасширяющий эффект:**
308. новокаин
309. лидокаин
310. бензокаин
311. мепивакаин
312. артикаин
313. **Какой местный анестетик имеет invitro антибактериальный эффект:**
314. лидокаин
315. бензокаин
316. артикаин
317. мепивакаин
318. бупивакаин
319. **Какая реакция среды усиливает эффект местных анестетиков:**
320. слабокислая
321. слабощелочная
322. нейтральная
323. нет верных ответов
324. все ответы верны
325. **Снижение эффективности местных анестетиков в очаге воспаления объясняется:**
326. снижением pH при воспалении
327. повышением pH
328. сгущением крови
329. вазодилатирующим действием
330. всем вышеперечисленным
331. **При заболеваниях печени можно получить передозировку следующего анестетика:**
332. новокаина
333. тетракаина
334. бензокаина
335. кокаина
336. лидокаина
337. **Какие формы выпуска имеют местные анестетики:**
338. растворы для инъекций
339. спрэи
340. кремы
341. свечи
342. все перечисленное
343. **Перекрестная аллергическая реакция с новокаином у следующих препаратов:**
344. бисептола
345. глибенкламида
346. гипотиазида
347. фуросемида
348. всех перечисленных

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**.

На приеме у стоматолога беременная женщина.

**Вопросы:**

Какой местный анестетик следует использовать при необходимости местной анестезии?

**Задача 2**.

Больному введена большая доза лидокаина.

**Вопросы:**

Какие побочные эффекты могут возникнуть?

**Задача 3**.

Больному с артериальной гипертензией и ИБС

введен лидокаин+адреналин перед удалением разрушенного зуба.

**Вопросы:**

К каким последствиям может привести такое обезболивание?

**Задача 4.**

Стоматологам часто приходится вводить местный анестетик в очаг воспаления.

**Вопросы:**

Как влияет воспалительная реакция на эффективность анестезирующего препарата? Какой анестетик будет наиболее эффективен в данной ситуации?

**Задача 5.**

Больному предстоит зубоврачебная процедура под местной анастезией. Из анамнеза известна непереносимость новокаина.

**Вопросы:**

Можно ли ему вводить другие местные анестетики?

**Задача 6.**

При введении больших доз лидокаина у больного возникли судороги.

**Вопросы:**

Чем можно их купировать? Можно ли было предотвратить эту реакцию?

**Задача 7.**

При введении большой дозы лидокаина у больного возникла резкая гипотония.

**Вопросы:**

Чем можно поднять АД?

**Задача 8.**

Выберите комбинированные препараты, противопоказанные больному с аллергией на лидокаин в анамнезе:

1. калгель
2. лидохлор
3. камистад-гель
4. стрепсилс плюс

**Задача 9.**

Отметьте показания для ультракаина-DS forte:

1. пломбирование полости зуба
2. ампутация и экстирпация пульпы
3. остеотомия
4. кистэктомия

**Задача 10.**

На приеме у стоматолога пациент 3 месяца назад перенесший инфаркт миокарда. Введение адреналина противопоказано.

**Вопросы:**

Какой из местных анестетиков предпочтительнее использовать в этой ситуации?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 19:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности иммунодепрессантов и цитостатиков. Коррекция побочных эффектов химиотерапии.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация цитостатиков.

2. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие алкилирующих соединений: алкилсульфонаты, этиленимины, производные нитрозомочевины, хлорэтиламины.

3. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие производных антиметаболитов: антагонисты фолиевой кислоты (метотрексат, ралитрексед), антагонисты пурина (кладрибин, флударабин, 6-меркаптопурин, пентостатин, тиогуанин),антагонисты пиримидина (цитарабин, 5-фторурацил, капецитабин, гемцитабин).

4. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие противоопухолевых антибиотиков: антрациклины (даунорубицин, доксорубицин, эпирубицин, идарубицин, митоксантрон), другие противоопухолевые антибиотики (блеомицин, дактиномицин, митомицин, пликамицин).

5. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие препаратов растительного происхождения: подофиллотоксины (этопозид, тенипозид), таксаны (доцетаксел, паклитаксел), винка-алкалоиды (винкристин, винбластин, виндезин, винорельбин).

6. КФ других цитостатиков: производные платины (карбоплатин, цисплатин, оксалиплатин), производные камптотецина (иринотекан, топотекан), другие (альтретамин, амсакрин, L-аспарагиназа, дакарбазин, эстрамустин, гидроксикарбамид, прокарбазин, темозоломид) и моноклональных антител (эдерколомаб, ритуксимаб, трастузумаб).

7. Дифференцированный подход к назначению препаратов в зависимости от вида онкологического процесса, возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний; схемы лечения. Комбинированная химиотерапия. Осложнения химиотерапии.

8 Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия иммунодепрессантов (азатиоприн, циклофосфан).

9. Коррекция побочных эффектов химиотерапии.

**Тестовые задания**

1. **Объясните цитотоксический механизм действияакилирующих соединений**
2. алкилирование нуклеофильных центров ДНК и РНК, нарушение синтеза ряда белков, нарушение жизнедеятельности клеток, их способности к делению.
3. конкурентные антогонисты естественных метаболитов (структурно подобны), замещают естественные метаболиты, ДНК и РНК неспособны к функции, «летальный» синтез, что ведет к снижению деления опухолевых клеток.
4. угнетают образование веретена деления клеток опухоли, связываясь с микротубулярными белками, избирательно замедляют деление опухолевых клеток на стадии митоза(циклоспецифические)
5. **Объясните цитотоксический механизм действия антиметаболитов**
6. алкилирование нуклеофильных центров ДНК и РНК, нарушение синтеза ряда белков, нарушение жизнедеятельности клеток, их способности к делению.
7. конкурентно замещают естественные метаболиты(структурно подобны), ДНК и РНК неспособны к функции, «летальный» синтез, что ведет к снижению деления опухолевых клеток.
8. угнетают образование веретена деления клеток опухоли, связываясь с микротубулярными белками, избирательно замедляют деление опухолевых клеток на стадии митоза(циклоспецифические)
9. **Объясните цитотоксический механизм действия алкалоидов**
10. алкилирование нуклеофильных центров ДНК и РНК, нарушение синтеза ряда белков, нарушение жизнедеятельности клеток, их способности к делению.
11. конкурентные антогонисты естественных метаболитов (структурно подобны), замещают естественные метаболиты, ДНК и РНК неспособны к функции, «летальный» синтез, что ведет к снижению деления опухолевых клеток.
12. угнетают образование веретена деления клеток опухоли, связываясь с микротубулярными белками, избирательно замедляют деление опухолевых клеток на стадии митоза(циклоспецифические)
13. **Методы радикального лечения рака желудка**
14. хирургический
15. химиотерапия
16. лучевая терапия
17. комбинированный
18. **Какой метод является основным для лечения резектабельного рака пищевода Ш стадии**
19. лучевая терапия
20. хирургический
21. химио-иммунотерапия
22. комбинированный
23. **У больных немелкоклеточным раком легкого в стадии Tl-2 N1 МО показано проведение лечения**
24. хирургического
25. операция в сочетании с лучевой терапией
26. операция в сочетании с химиотерапией
27. комплексного
28. **Какой вариант лечения адекватен при мелкоклеточном раке легкого в стадии Tl-2 N1 МО**
29. хирургического
30. операция в сочетании с лучевой терапией
31. операция в сочетании с химиотерапией
32. операция в сочетании с лучевой и химиотерапией
33. **У больных мелкоклеточным раком легкого II-IIIA стадии показано лечение**
34. операция + химиотерапия
35. операция + химиотерапия + лучевая терапия
36. химиотерапия+операция + лучевая терапия + химиотерапия
37. лучевая терапия + полихимиотерапия
38. **При раке легкого критерием выбора лечебной тактики является**
39. гистологическая структура опухоли
40. состояние внутригрудных лимфатических узлов
41. показатели уровня онкомаркеров
42. ни один из вышеперечисленных факторов
43. **Адекватным методом лечения отечно-инфильтративной формы рака молочной железы является**
44. хирургический
45. лучевой
46. химио-лучевой
47. химио-гормоно-лучевая терапия
48. **К методам гормонального воздействия при раке молочной железы относят**
49. овариэктомию
50. применение антиэстрагенов
51. применение ингибиторов ароматазы
52. применение аналогов соматостатина.
53. **Какому лечению следует отдавать предпочтение при локализованных формах сарком мягких тканей**
54. физиотерапия, включая рассасывающую
55. экономное иссечение опухоли
56. комбинированное лечение
57. химиотерапия
58. **Лучевое лечение и химиотерапия наиболее эффективны при**
59. хондросаркоме
60. фибросаркоме
61. опухоли Юинга
62. все ответы правильные
63. правильного ответа нет
64. **Основанием для выбора тактики лечения лимфосаркомы служат**
65. морфологический вариант опухоли
66. распространенность процесса
67. локализация первичного очага опухоли
68. наличие симптомов интоксикации
69. **К основным принципам химиотерапии опухолей относят**
70. выбор препаратов соответственно спектру противоопухолевого действия
71. выбор адекватных доз и режима введения
72. учет факторов, требующих коррекции доз во избежании тяжелых осложнении
73. включение всхемы препаратов одинакового механизма действия
74. **Антагонистами пурина являются противоопухолевые лекарственные средства:**
75. тиогуанин
76. ломустин
77. циклофосфамид
78. меркаптопурин
79. метотрексат
80. **Механизм действия антиметаболитов (антагонистов фолиевой кислоты):**
81. ингибирование дегидрофолатредуктазы, нарушение
82. синтеза пиримидина\*
83. блокирование синтеза пуринов
84. ингибирование тимидилсинтетазы
85. ингибирование ДНК-полимеразы
86. алкилирование ДНК, препятствующее репликации
87. **L-аспарагиназа оказывает побочное действие:**
88. анафилаксия.
89. гипертермия.
90. панкреатит.
91. гипофибриногенемия.
92. гипогликемия
93. **Противоопухолевые антибиотики оказывают побочное действие:**
94. аллопеция.
95. непроходимость кишечника.
96. угнетение костного мозга.
97. лихорадка
98. периферическая нейропатия
99. **К классу антиметаболитов относятся противоопухолевые лекарственные средства:**
100. циклофосфамид.
101. меркаптопурин.
102. цитарабин.
103. метотрексат.
104. тиогуанин.
105. **Ингибиторами ДНК полимеразы является:**
106. Доксорубицин.
107. Метотрексат.
108. Аспарагиназа.
109. Винкристин.
110. Цисплатин.
111. блеомицин
112. **Ингибиторами топоизомеразы нуклеиновых кислот является:**
113. Доксорубицин
114. Метотрексат.
115. Аспарагиназа.
116. Винкристин.
117. Цисплатин.
118. Блеомицин.
119. **Антагонистами фолиевой кислоты является:**
120. Доксорубицин.
121. Метотрексат
122. Аспарагиназа.
123. Винкристин.
124. Цисплатин.
125. блеомицин.
126. **Ферментом, разрушающим аминокислоты, является:**
127. Доксорубицин.
128. Метотрексат.
129. Аспарагиназа
130. Винкристин.
131. цисплатин.
132. блеомицин.
133. **Химическую модификацию нуклеиновых кислот вызывает:**
134. Доксорубицин.
135. Метотрексат.
136. Аспарагиназа.
137. Винкристин.
138. Цисплатин.
139. блеомицин.
140. **Ингибитором митоза опухолевых клеток является:**
141. Доксорубицин.
142. Метотрексат.
143. Аспарагиназа.
144. Винкристин.
145. цисплатин.
146. блеомицин.
147. **Средством поддерживающей терапии, активирующим дифференцировку опухолевых клеток является:**
148. Милтефозин
149. Алдеслейкин.
150. Реаферон.
151. Эритропоэтин.
152. Моноклональные антитела к ИЛ-8.
153. **Средством поддерживающей терапии, угнетающим ангиогенез опухоли является:**
154. Милтефозин
155. Алдеслейкин.
156. Реаферон.
157. Эритропоэтин.
158. Моноклональные антитела к ИЛ-8.
159. **Средством поддерживающей терапии, активирующим иммунологический надзор над канцерогенезом является:**
160. Милтефозин
161. Алдеслейкин
162. Реаферон.
163. Эритропоэтин.
164. Моноклональные антитела к ИЛ-8.
165. **Средством поддерживающей терапии, для коррекции побочных эффектов противоопухолевых средств является:**
166. Милтефозин
167. Алдеслейкин.
168. Реаферон.
169. Эритропоэтин.
170. Моноклональные антитела к ИЛ-8.
171. **Общими принципами назначения цитостатиков являются:**
172. рациональный выбор препаратов в зависимости от типа и локализации опухоли;
173. рационализация схем применение цитостатиков «пульсирующими» курсами каждые 3-4 недели;
174. комбинированное применение (одновременное или последовательное) цитостатиков из разных групп;
175. синхронизация митотических циклов клеток опухоли (после циклонеспецифических средств – подбор необходимых циклоспецифическихпрепаратов);
176. включение в комбинированную терапию иммуностимуляторов(интерфероны).
177. все перечисленное верно
178. нет правильного ответа
179. **В основе комбинирования противоопухолевых химиотерапевтических препаратов наиболее часто лежат следующие принципы:**
180. усиление противоопухолевой активности по сравнению с монотерапией
181. сочетание различных механизмов противоопухолевого воздействия
182. ограничение дублирующих токсических влияний
183. использование различных фармакокинетических характеристик
184. **Наиболее серьезное осложнение применения метотрексата**
185. язва желудка
186. язва 12-перстной кишки
187. амилоидоз кишечника
188. фиброз печени
189. холангит
190. **Антиметаболитом фолиевой кислоты является**
191. метотрексат
192. циклофосфан
193. сарколизин
194. ломустин
195. **Антиметаболитом пурина является**
196. метотрексат
197. циклофосфан
198. меркапатопурин
199. ломустин
200. **К противоопухолевым антибиотикам относится**
201. ломустин
202. метотрексат
203. циклофосфан
204. адриамицин
205. **К препаратам платины относится**
206. ломустин
207. цисплатин
208. циклофосфан
209. метотрексат
210. **К производным барвинка относится**
211. ломустин
212. винкристин
213. циклофосфан
214. метотрексат
215. **К побочным эффектам антиметаболитов относятся**
216. тошнота, рвота
217. угнетение кроветворения
218. гепато- и нефротоксичность
219. верно б и г
220. верно а.б,в
221. **Наибольшей нефротоксичностью обладает**
222. цисплатин
223. метотрексат
224. циклофосфан
225. адриамицин
226. **К противоопухолевым антибиотикам относится**
227. винбластин
228. даунорубицин
229. этопозид
230. цисплатин
231. ломустин
232. **Антиандрогенной активностью обладает**
233. винбластин
234. этопозид
235. флутамид
236. тамоксифен
237. **К ферментным относится противоопухолевый препарат**
238. даунорубицин
239. винкристин
240. аспарагиназа
241. флутамид
242. **Селективным ингибитором ароматазы является:**
243. прокарбазин
244. анастрозол
245. аспарагиназа
246. ципротерон
247. **Механизм действия цисплатины**
248. алкилирование ДНК
249. ингибирование дегидрофолатредуктазы
250. ингибирование ДНК-полимеразы
251. интеркаляция в ДНК, блокирование ее раскручивания
252. **Механизм действия аспаргиназы**
253. истощение аспарагина
254. ингибирование дегидрофолатредуктазы
255. ингибирование ДНК-полимеразы
256. интеркаляция в ДНК, блокирование ее раскручивания
257. **Для цисплатины характерно**
258. диспептические расстройства
259. лейкоцитоз
260. брадикардия
261. отсутствие нефротоксичности

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной К., 32 лет предьявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, сильный кашель с отхождением скудной мокроты гнойного характера (иногда с прожилками крови), похудание в течение шести месяцев. Из анамнеза: выкуривает по две пачки сигарет в день, стаж курильщика 16 лет. Рентгенологические, физикальные, лабораторные данные однозначно свидетельствуют о наличии у больного рака легких.

**Вопросы:**

Какие противоопухолевые препараты применяют при лечении рака легких?

блеомицин

доксорубицин

Цисплатин

Метотрексат

циклофосфамид

**Задача 2**

Больной М., 46 лет, обратился с жалобами на повышение температуры тела до 39оС, озноб, потливость, недомогание, головную боль и головокружение. В общем анализе крови картина бластного криза. Диагноз: острый лейкоз.

**Вопросы:**

Какие препараты применяют при лечении острого лейкоза?

Тамоксифен.

аспарагиназа

Винкристин

Меркаптопурин.

метотрексат

**Задача 3**

Больной С., 67 лет, назначена комбинированная химиотерапия по поводу рака яичников (карбоплатин в сочетании с другими противопухолевыми средствами). Через 2 месяца после начала лечения у больной отмечается снижение остроты слуха, появление периодических болей в суставах, лейкопения, развитие явлений периферической нейропатии, гипергликемия в биохимическом анализе крови.

**Вопросы:**

Какие из перечисленных побочных эффектов ассоциирутся с назначением карбоплатина?

ототоксичность

артралгии

периферическая нейропатия

гипергликемия

угнетение костного мозга

**Задача 4**

Больной Р., 68 лет, обратился с жалобами на резкое похудание в течение последних трех месяцев, периодически возникающие боли в животе после приема пищи, снижение аппетита, чувство слабости. В общем анализе крови: хроническая постгеморрагическая анемия. Анализ кала на скрытую кровь положительный. ФГС: выявляются эндоскопические признаки рака желудка. Диагноз: рак желудка. Больному назначена комбинированная химиотерапия (фторурацил в сочетании с другими противопухолевыми средствами). Через 1,5 месяца после начала лечения у больного отмечается развитие лейкопении, конъюктивита, диареи, гипергликемии, алопеции.

**Вопросы:**

Какие из перечисленных побочных эффектов ассоциируются с назначением фторурацила?

лейкопения.

конъюнктивит.

диарея.

гипергликемия.

алопеция.

**Задача 5**

Пациентка Д., 18 лет, студентка, жалуется на боли в коленных, лок­тевых и межфаланговых суставах кистей, чувство скованности в них, боли под лопатками при глубоком дыхании, чувство нехватки воздуха, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Заболела остро три месяца назад, когда появились резкие бо­ли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство скован­ности в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повыше­ние температуры тела до 38°С. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась по месту жительства, где состояние расценивалось как ревматизм в ак­тивной фазе, ревмокардит, полиартрит, поражение почек. В ана­лизах крови выявлена анемия (гемоглобин - 90 г/л), увеличение СОЭ до 35 мм/ч. Проводилось лечение пенициллином, индометацином, антигистаминными средствами, на фоне чего температу­ра тела снизилась до субфебрильных значений. Однако сохраня­лись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей, стало возникать чувство нехватки воздуха, затем появились боли под лопатками при глу­боком дыхании.

При поступлении в клинику температура тела 38,3°С. Кожные покровы бледные, капилляриты ладоней, лимфаденопатия, увели­чение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД - 17 в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, слабый систолический шум на верхушке. Пульс -100 в минуту, ритмичный. АД - 120 /70 мм рт. ст. Печень выступа­ет на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягкоэластическая, безболезненная. Пальпируется нижний полюс се­лезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрица­тельный с обеих сторон.

В анализах крови: гемоглобин - 66 г/л, гематокрит - 33%, ЦП - 0,80, лейкоциты - 2,9 тыс., тромбоциты - 112 тыс., СОЭ -59 мм/ч. Общий белок - 7,2 г/дл, альбумин - 2,9 г/дл, креатинин -1,4 мг/дл. IgM - 140 мг%, IgA - 225 мг%, IgG - 1800 мг% , компле­мент - 0. Титр АСЛ-О ниже 250 ед. Латекс-тест отриц., реакция Валера-Роуза отриц. Антинуклеарные антитела - 1:160. LE-клетки найдены.

В анализах мочи: удельный вес - 1010, рН - 5, белок - 1,75 д, са­хара нет, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, эритроциты - 7-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 3-4 в поле зрения, цилиндры зер­нистые - 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отрицательные зубцы Т в I, III, aVF, V3-V5 отведениях.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка, утолщение и уплотнение междолевой плевры.

УЗИ брюшной полости и почек: печень и селезенка несколько увеличены, нормальной эхогенности. Почки не изменены.

**Вопросы.**

1.Выделите основные клинические синдромы

2. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.

3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача 6**

Пациентка Н., 18 лет, студентка, госпитализирована для определения дальнейшей тактики лечения.

Заболела девять лет назад, когда без видимых причин появились боли в мелких суставах кистей, высыпания на коже лица, через не­которое время присоединились отеки. Постоянно сохранялась ли­хорадка (37,6-38,3°С). Практически постоянно проводилось лече­ние преднизолоном (максимальная доза 40 мг/сут, поддерживающая -10-15 мг/сут). В течение последних восьми месяцев принимала преднизолон в дозе 60 мг/сут, на этом фоне отметила прибавку в ве­се на 17 кг, выявлена гипергликемия 178 мг%. АД увеличилось до 180/110 мм рт. ст. Попытки снижения дозы преднизолона ниже 20 мг/сут вызывали слабость, усиление изменений на коже, нарас­тание отеков, повышение температуры тела.

При осмотре обращают на себя внимание небольшой рост, ожирение с преимущественным отложением жира над 7-м шейным позвонком, в надключичных ямках, яркая гиперемия кожи лица, гнойничковая сыпь на коже спины и плеч, стрии на животе, отеки голеней. Отмечается болезненность при пальпации остистых отростков на уровне 11-12-го грудного и 1-2-го поясничных поз­вонков. АД - 175 /105 мм рт. ст.

В анализах крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - 4,2 млн, ЦП - 0,85, лейкоциты - 11 тыс. (формула не изменена), СОЭ -37 мм/ч. Общий белок - 5,9 мг%, альбумин - 3,0 мг%, глюкоза -134 мг%, креатинин - 1,9 мг%. LE-клетки не определяются. АНФ 1:160, Ат к нативной ДНК - 1,8 (норма до 1,2). IgA - 70 мг%, IgM -120 мг%, IgG - 1050 мг%, комплемент - 8 мг%.

В анализе мочи: удельный вес - 1018, белок - 2,8 д, эрит­роциты - 8-10 в поле зрения, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 0-1-2 в поле зрения.

В анализе кала: повторно положительные реакции на кровь.

**Вопросы.**

1. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача 7**

Пациентка С, 22 года, секретарь, обратилась в поликлинику с жа­лобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 37,5°С, боли в межфаланговых суставах кистей и затруднения при попытке сжать левую кисть в кулак, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, появление сыпи на лице, наружной поверхности предплечий, на локтях и в зоне декольте. Указанные симптомы возникли около недели назад после отдыха в выходные дни на берегу озера, где пациентка загорала.

При осмотре на коже спинки носа и скулах, в зоне декольте и на разгибательных поверхностях предплечий определяются яркие эритематозные высыпания, несколько усиленное выпадение волос. Температура тела 37,3°С. При пальпации левой кисти определяют­ся уплотненные болезненные сухожилия сгибателей пальцев, попытка согнуть кисть в кулак вызывает боль. При аускультации легких слева ниже угла лопатки выслушивается шум трения плевры, в остальных отделах дыхание везикулярное. ЧД - 17 в ми­нуту. Перкуторно границы сердца не расширены, тоны ясные, шу­мов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД -135/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Очаговая неврологическая симптома­тика не определяется.

В анализах крови: гемоглобин - 12,1 г/л, гематокрит - 39%, ЦП - 0,88, лейкоциты - 3,1 тыс., тромбоциты - 103 тыс., СОЭ - 56 мм/ч. ACT - 18 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, креатинин - 1,2 мг/дл, глю­коза - 98 мг/дл. Антинуклеарные антитела 1:500. Антитела к нативной ДНК - 1,2, свечение крапчатое, LE-клетки не обнаружены. При посеве крови рост микрофлоры не получен.

В анализах мочи: удельный вес - 1017, рН - 5,5, белок - 0,058 л, сахара, ацетона нет, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты -2-5 в поле зрения, цилиндров нет, бактерий немного.

**Вопросы.**

1.Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 20:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств в эндокринологии (сахарный диабет, гипо- и гиперфункция щитовидной железы).**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия инсулинов.
2. Фармакокинетические особенности комбинированных инсулинов.
3. Показания к инсулинотерапии.
4. Классификация, механизм действия пероральных сахароснижающих препаратов. Показания к применению препаратов.
5. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия производных сульфонилмочевины.
6. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия бигуанидов.
7. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия тиазолидиндионов, прандиальных регуляторов.
8. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия ингибиторов α-глюкозидазы.
9. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия инкретиномиметиков, ингибиторов ДПП-4.
10. Дифференцированный подход к назначению пероральных сахароснижающих препаратов в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний.
11. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия ЛС, применяемых при нарушении функции щитовидной железы.
12. Дифференцированный подход к назначению препаратов в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний.

**Тестовые задания**

1. **Левотироксин относится к препаратам:**
2. половых гормонов;
3. гормонов эпифиза;
4. гормонов паращитовидной железы;
5. глюкокортикоидов;
6. гормон щитовидной железы.
7. **Показания для применения Левотироксина:**
8. нелеченый тиреотоксикоз;
9. первичный гипотиреоз;
10. аутоиммунный тиреоидит с нормальной функцией щитовидной железы;
11. вторичный гипотиреоз;
12. верно б и г;
13. верно а и в.
14. **В период беременности и грудного вскармливания терапия Левотироксином:**
15. должна прекратиться;
16. в период беременности требуется уменьшение дозы препарата;
17. в период беременности требуется увеличение дозы препарата;
18. не имеет значения.
19. **Противопоказания к применению Левотироксина:**
20. нелеченый тиреотоксикоз;
21. гипотиреоз;
22. рак щитовидной железы;
23. аутоиммунный тиреоидит со снижением функции щитовидной железы;
24. язвенная болезнь желудка.
25. **Побочные действия Левотироксина :**
26. нарушение функции надпочечников
27. гипергидроз
28. тахикардия, боль за грудиной;
29. все ответы верны;
30. все ответы неверны.
31. **Побочные действия Левотироксина:**
32. снижение массы тела;
33. гипогликемия;
34. нарушение сердечного ритма;
35. кетоацидотическая кома;
36. алопеция;
37. верно б и г;
38. верно а, в и д.
39. **Побочные действия Левотироксина:**
40. синдром ИценкоКушинга;
41. гипогликемия;
42. вестибулярные расстройства;
43. инсомния;
44. сахарный диабет.
45. **Способ применения Левотироксина:**
46. утром и вечером, после еды;
47. по 1 таблетке через день;
48. по 1 таблетке 3 раза в день;
49. утром, натощак, запивая небольшим количеством жидкости за 30 минут до еды;
50. 1 раз в день, не зависимо от приема пищи.
51. **Левотироксин – это гормон, относящийся к группе:**
52. стероидов;
53. полипептидов;
54. простых белков;
55. производных аминоксилот;
56. производных жирных кислот.
57. **При передозировке Левотироксином возможно:**
58. увеличение размеров щитовидной железы;
59. тиреотоксический криз;
60. гипотиреоз;
61. гипогликемия;
62. гипертензия.
63. **Тиамазол относится к фармакологической группе:**
64. а к препаратам глюкокортикоидов
65. к препаратам гормонов эпифиза;
66. к препаратам гормонов паращитовидной железы;
67. гормоны щитовидной железы, их аналоги и антагонисты;
68. к препаратам половых гормонов.
69. **К антитиреоидным средствам относят:**
70. левотироксин;
71. тиамазол;
72. дексаметазон;
73. сиофор;
74. левоноргестрел.
75. **Показания для применения Тиамазола:**
76. первичный гипотиреоз;
77. узловой токсический зоб;
78. подготовка к хирургическому лечению тиреотоксикоза;
79. аутоиммунный тиреоидит с явлениями гипотиреоза;
80. тиреотоксикоз;
81. верно а и г;
82. верно б, в и д.
83. **Противопоказания для применения Тиамазола:**
84. железодефицитная анемия;
85. подготовка к хирургическому лечению тиреотоксикоза;
86. тиреотоксикоз;
87. артериальная гипертония;
88. агранулоцитоз.
89. **Побочные действия Тиамазола:**
90. генерализованная лимфаденопатия;
91. волчаночноподобный синдром;
92. подавление миелопоэза;
93. все ответы верны.
94. **Путь введения Тиамазола:**
95. наружное;
96. внутрь;
97. подкожно;
98. внутримышечно;
99. внутривенно.
100. **Механизм действия Тиамазола:**
101. блокирует пероксидазу и угнетает процессы йодирования тиронина;
102. повышает инкрецию тироксина;
103. понижается основной обмен, ускоряется выведение из щитовидной железы йодидов;
104. повышается основной обмен, замедляется выведение из щитовидной железы йодидов
105. снижает инкрецию тирксина;
106. верно а, в, д;
107. верно б, г.
108. **Фармакокинетика Тиамазола:**
109. плохо всасывается в ЖКТ;
110. связывается с белками крови на 90%;
111. выводится почками и с желчью;
112. при приеме внутрь быстро и почти полностью всасывается;
113. с белками плазмы крови практически не связывается;
114. верно а, в, г;
115. верно в, г, д.
116. **При передозировке Тиамазолом возможно:**
117. инсулинома;
118. сахарный диабет 1 типа;
119. тиреотоксический криз;
120. гипогликемическая кома;
121. гипотиреоз.
122. **Возможный побочный эффект тиамазола:**
123. лейкоцитоз;
124. лейкопения;
125. гипогликемия;
126. гипергликемия.
127. **Максимальный клинический эффект левотироксина наступает через:**
128. 10 дней;
129. 20 дней;
130. 15 дней;
131. 7 дней.
132. **Лекарственное средство, повышающее уровень тироксина в сыворотке крови:**
133. эстриол;
134. тиамазол;
135. ацетилсалициловая кислота;
136. фенитоин.
137. **Побочные эффекты миглитола:**
138. гипогликемия;
139. метеоризм;
140. повышение аппетита;
141. диарея.
142. **Противопоказания к назначению тиамазола:**
143. лактация;
144. беременность;
145. гранулоцитопения;
146. латентный тиреотоксикоз.
147. **Эффекты тиреоидных гормонов:**
148. активируется деятельность дыхательного центра;
149. увеличивается количество катехоламиновых рецепторов в миокарде;
150. увеличивается резорбтивные процессы в костной ткани;
151. активируется гликогенолиз.
152. **Препараты, нарушающие кишечную абсорбцию левотироксина:**
153. карбамазепин;
154. рифампицин;
155. сертралин;
156. железа сульфат.
157. **Сахароснижающий эффект гликлазида ослабляют:**
158. пероральные контрацептивы;
159. салицилаты;
160. тиазидные диуретики;
161. ноотропы.
162. **Противопоказания к назначению препаратов йода:**
163. повышенная чувствительность к иодидам;
164. острый бронхит;
165. туберкулез легких;
166. отек легких.
167. **Отметьте основные недостатки короткодействующих инсулинов:**
168. Замедленное начало –ч\з 30 мин., длительность действия –до 8 ч.
169. Быстрое начало – ч\з 3 мин., длительность 2 ч.
170. Начало действия – ч\з 10 мин., длительность – до 4 ч.
171. Замедленное начало –ч\з 1 час., длительность действия –до 6ч.
172. Ничего из перечисленного
173. **Назовите короткодействующий аналог человеческого инсулина:**
174. Хумулин
175. Хумалог
176. Лантус
177. Протофан
178. Ультралонг
179. **Назовите аналог инсулина длительного действия:**
180. Хумулин
181. Хумалог
182. Ново Рапид
183. Лантус
184. Монотард
185. **Отметьте показания для инсулинотерапии:**
186. СД I типа
187. Беременность
188. Коматозное состояние
189. Хирургическое вмешательство
190. Все перечисленное
191. **Укажите, что не относится к осложнениям инсулинотерапии:**
192. Феномен Самоджи
193. Инсулинорезистентность
194. Нарушение зрения
195. Инсулиновые отеки
196. Гиперурикемия
197. **Отметьте правильное в лечении гипогликемической комы:**
198. в\в 60 мг преднизолона
199. в\в 5% глюкоза
200. в\в 40 % глюкоза
201. в\м 1 мл адреналина
202. Ничего из перечисленного
203. **Отметьте механизм действия производных сульфанилмочевины:**
204. Стимулируют высвобождение инсулина из b-клеток поджелудочной железы
205. Снижение уровня глюкагона
206. Увеличение количества инсулиновых рецепторов в клетках
207. Все перечисленное
208. Ничего из перечисленного
209. **Укажите препарат, не относящийся к производным сульфанилмочевины II генерации:**
210. глибенкламид(манинил)
211. хлорпропамид(минерин)
212. гликвидон (глюренорм)
213. гликлазид (диабетон)
214. глимепирид (амарил)
215. **Укажите побочный эффект, не относящийся к производным сульфанилмочевины:**
216. Гепатотоксичность
217. Диспепсические явления
218. Гематологические нарушения
219. Нарушения ритма сердца
220. Увеличение массы тела
221. **Укажите препарат сульфанилмочевины, действующий 24 часа:**
222. глимепирид (амарил)
223. гликвидон (глюренорм)
224. гликлазид (диабетон)
225. глибенкламид(манинил)
226. Ничего из перечисленного
227. **Укажите дополнительный эффект диабетона**
228. снижение HCL
229. снижение адгезии и агрегации тромбоцитов
230. Снижение АД
231. Увеличение ХС ЛПВП
232. Нормализация моторики ЖКТ
233. **Взаимодействие с какими препаратами тормозит метаболизм производных сульфанилмочевины:**
234. Сульфаниламиды
235. Дикумарины
236. НПВС
237. Тетрациклины
238. Все перечисленное
239. **Укажите состав препарата глибомет:**
240. глибенкламид2,5 мг + акарбоза 100мг
241. метформин 400 мг + акарбоза 100мг
242. метформин 400 мг+ репаглинид 0,5 г.
243. глибенкламид2,5 мг + пиоглитазон 30мг
244. глибенкламид2,5 мг+ метформин 400 мг
245. **Укажите неправильное утверждение о метформине:**
246. Снижает переферическую инсулинорезистентность
247. Подавляет ГНГ
248. Стимулируют высвобождение инсулина из b-клеток поджелудочной железы
249. Усиливает анаэробный гликолиз
250. Снижает агрегацию тромбоцитов
251. **Что не относится к побочным эффектам бигуанидов**
252. Аллергические реакции
253. Диарея
254. Лактацидоз
255. Увеличение массы тела
256. Металлический вкус во рту
257. **Назовите противопоказания для назначения метформина:**
258. Тяжелые нарушения функции почек
259. Злоупотребление алкоголем
260. Одновременный прием с Y-содержащими препаратами
261. Увеличение печеночных ферментов в 2,5 раза
262. Все перечисленное
263. **Назовите лекарственное средство, относящееся к тиазолидиндионам:**
264. Пиоглитазон (актос)
265. глимепирид (амарил)
266. Акарбоза (глюкобай)
267. Гларгин (лантус)
268. Репаглинид (новонорм)
269. **Укажите противопоказание для назначения пиоглитазона:**
270. Гипотония
271. ХСН III-IV ФК
272. Замедление АV-проводимости
273. Все перечисленное
274. Ничего из перечисленного
275. **Укажите неправильное утверждение о тиазолидиндионах:**
276. Является агонистом γ-R, активируемых PPARγ
277. увеличивает количество транспортеров глюкозы
278. Стимулируют высвобождение инсулина из b-клеток поджелудочной железы
279. Снижает количество ТГ
280. вызывает задержку жидкости
281. **Укажите препарат, относящийся к прандиальным регуляторам:**
282. Пиоглитазон (актос)
283. метформин (сиофор)
284. глимепирид (амарил)
285. Репаглинид (новонорм)
286. Ничего из перечисленного
287. **Отметьте основное показание для назначения новонорма:**
288. выраженная постпрандиальная гипергликемия
289. Влияние на тощаковую гипергликемию
290. Уменьшение образования глюкозы в кишечнике
291. Все перечисленное
292. Ничего из перечисленного
293. **Укажите препарат, относящийся к ингибиторам α-глюкозидазы**
294. Янувия
295. Баета.
296. Старликс
297. Новонорм
298. Глюкобай
299. **Отметьте механизм действия акарбозы:**
300. Стимулируют высвобождение инсулина из b-клеток поджелудочной железы
301. Ингибиторуеткишечную α-глюкозидазу
302. Увеличивает количество транспортеров глюкозы
303. Все перечисленное
304. Ничего из перечисленного
305. **Отметьте противопоказания к ингибиторам α-глюкозидазы:**
306. Аллергия
307. Диабетический кетоацидоз
308. Язвенный колит
309. Кишечная непроходимость
310. Все перечисленное
311. **Отметьте побочный эффект, не характерный для акарбозы:**
312. Увеличение ХС,ТГ
313. Диспепсия
314. Увеличение трансаминаз
315. Снижение гемоглобина
316. Уменьшение всасывания вит. В6
317. **Укажите препарат, относящийся к инкретиномиметикам:**
318. Акарбоза (глюкобай)
319. Эксенатид (баета)
320. Репаглинид (новонорм)
321. метформин (сиофор)
322. глибенкламид (манинил)
323. **Укажите основной механизм инкретиномиметиков:**
324. Стимулируют высвобождение инсулина из b-клеток поджелудочной железы
325. Ингибиторуеткишечную α-глюкозидазу
326. Увеличивает количество транспортеров глюкозы
327. Агонист R ГПП-1
328. Является агонистом γ-R, активируемых PPARγ
329. **Назовите препарат, относящийся к ингибиторам ДПП-4:**
330. Эксенатид (баета)
331. Репаглинид (новонорм)
332. Акарбоза (глюкобай)
333. метформин (сиофор)
334. Ситаглиптин (янувия)
335. Укажите первый аналог человеческого ГПП-1
336. Ситаглиптин (янувия)
337. Лираглутид (виктоза)
338. Вилдаглиптин (галвус)
339. Репаглинид (новонорм)
340. Эксенатид (баета)
341. **Укажите препарат, выпускаемый в виде шприй-ручки:**
342. Эксенатид (баета)
343. Репаглинид (новонорм)
344. Акарбоза (глюкобай)
345. метформин (сиофор)
346. Ситаглиптин (янувия)
347. **Побочные эффекты тиазолидиндионов:**
348. гепатотоксичность;
349. увеличение массы тела;
350. сердечная недостаточность;
351. задержка жидкости в организме.
352. все ответы верны

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

На фоне приема акарбозы (глюкобай) 50 мг х 3 раза в сутки у больного с СД 2 типа появились жалобы на диарею, метеоризм.

**Вопросы:**Как расценить подобные жалобы? Что предпринять в этом случае?

**Задача 2.**

Пациент П., 68 лет страдает СД 2 типа 1,5 года. Принимает манинил 5мг х 2 раза в сутки.

**Вопросы:**В последнее время между приемами пищи возникают эпизоды гипогликемии. Какова Ваша тактика?

**Задача 3.**

У больного С., 56лет, повышенного питания страдает СД 2 типа на фоне почечной недостаточности легкой степени тяжести.

**Вопросы:**

Какие сахароснижающие препараты можно назначить в этой ситуации?

**Задача 4.**

**Вопросы:**Назовите группу препаратов и представителей для лечения СД 2 типа, которые не имеют пероральных форм и требуют обязательного п/к введения?

**Задача 5.**

**Вопросы:**Можно ли больному СД 2 типа с ХСН II А ст, III ФК назначить сахароснижающий препараты из группы тиазолидиндионов (пиоглитазон, росиглитазон)? Объясните ответ.

**Задача 6.**

У пациента с СД 2 типа на фоне монотерапииметформина наблюдается неудовлетворительный контроль гликемии.

**Вопросы:**Назначьтекомбинированныйсахароснижающий препарат, не приводящий к увеличению массы тела.

**Задача 7**

Пациентка 29 лет, с сахарным диабетом 2 типа принимает манинил по 3,5 мг 2 раза в сутки. Пациентка планирует беременность.

**Вопросы:**

Ваша тактика

**Задача 8**

В отделение интенсивной терапии доставлен пациент 55 лет с жалобами на слабость, чувство голода, обильное потоотделение. В анамнезе сахарный диабет 2 типа в течение 17 лет. По поводу сахарного диабета принимает манинил по 15 мг в сутки с хорошим клиническим эффектом. В последние несколько недель отмечает усиление потливости, чувство голода. Диету соблюдает, питание дробное. При осмотре кожные покровы влажные, выраженная дрожь. Гликемия - 2.5 ммоль/л. В общем анализе мочи: удельный вес 1008, белок -0,33 промилле.

**Вопросы:**

Причина возникновения гипогликемии у пациента? Ваша тактика.

**Задача 9**

Пациент К. 65 лет обратился с жалобами на головную боль, снижение гликемии до 3,0-2,8 ммоль/л при самоконтроле. Страдает сахарным диабетом 2 типа около года. Принимал манинил по 3,5 мг 2 раза в день с хорошим клиническим эффектом. При расспросе пациента выяснилось, что по поводу ишемической болезни сердца кардиолог назначил какое-то лекарственное средство, названия которого пациент не помнит.

**Вопросы:**

Какой лекарственный препарат, назначенный кардиологом, может маскировать симптомы гипогликемии?

**Задача 10**

На консультации у эндокринолога беременная А., 25 лет. Жалобы на раздражительность, потливость, плаксивость. При осмотре состояние пациентки удовлетворительное, кожные покровы влажные, тоны сердца ясные, частота сокращений- 110 в минуту, АД 130/80 мм рт ст. Щитовидная железа мягко-эластической консистенции, подвижная, безболезненная. По данным ультразвукового исследования объем щитовидной железы – 20 мл, снижение эхогенности ткани щитовидной железы. В крови определяется уровень тиреотропного гормона гипофиза - 0,01мМе/л, и свободного тироксина – 43 пмоль/л.

**Вопросы:**

Поставить диагноз. Выбрать препарат для лечения данного состояния, учитывая беременность. Возможные побочные эффекты выбранного лекарственного препарата.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 21:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности ноотропов, церебропротекторов, и лекарственных средств, влияющих на мозговой кровоток.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Патогенез ишемических нарушений мозгового кровообращения.

2. Классификация препаратов для лечения недостаточности мозгового кровообращения.

3. Производные алколоидовспорыньи.Основные понятие о ФК, ФД, побочных эффектах и взаимодействии.

4. Основные понятие о ФК, ФД, побочных эффектах и взаимодействии производных малого борвинка.

5. АнтагонистяСа. Классификация. Основные понятие о ФК, ФД, побочных эффектах и взаимодействии.

6. Ноотропные препараты. Классификация. Основные понятие о ФК, ФД, побочных эффектах и взаимодействии.

7.Алгоритм назначения препаратов при ишемическом инсульте.

**Тестовые задания**

1. **Назовите препарат, относящийся к производным алколоидов спорыньи:**
2. ницерголин
3. винпоцетин
4. нимодипин
5. пирацетам
6. фенибут
7. **Отметьте показания для назначения кавинтона:**
8. Нарушение мозгового кровообращения
9. Вазовегетативные проявления климактерического синдрома
10. Сосудистые заболевания клетчатки
11. Болезнь Меньера
12. Все перечисленное
13. **Укажите, какой побочный эффект не характерен для винпоцетина:**
14. Головокружения
15. Психическое и двигательное возбуждения
16. Повышение АД
17. Экстрасистолия
18. замедление АV-проводимости
19. **Отметьте противопоказание к назначению кавинтона:**
20. Выраженное нарушение сердечного ритма
21. Тяжелое течение ИБС
22. Беременность
23. Острая стадия геморрагического инсульта
24. Все перечисленное
25. **Отметьте препараты, относящиеся к антагонистам Са:**
26. Винкамин, винпоцетин
27. Пирацетам, анирацетам
28. Циннаризин, флунаризин
29. Все перечисленное
30. Ничего из перечисленного
31. **Укажите состояние, когда назначение циннаризина нежелательно:**
32. ОНМК
33. Мигрень
34. Лабиринтные растройства
35. Болезнь Паркинсона
36. Нарушение переферического кровообращения
37. **Назовите основное показание для назначения нимодипина**:
38. Нарушение переферического кровообращения
39. Лечение ишемического НМК, вызванного субарахноидальным кровоизлиянием
40. Лабиринтные растройства
41. Все перечисленное
42. Ничего из перечисленного
43. **Укажите препараты, обладающие церебральной сосудистой селективностью:**
44. Исрадипин
45. Коринфарретард
46. Верапамил
47. Дилтиазем
48. Атенолол
49. **Укажите, какие побочные эффекты характерны для нимотопа**
50. Повышение АД, нарушение АV-проводимости
51. Переферические отеки, увеличение креатинина, диспептические явления
52. Гиперурикемия, мышечная гипотония
53. Все перечисленное
54. Ничего из перечисленного
55. **Укажите препарат, не относящийся к метилксантинам:**
56. Агапурин
57. Эуфиллин
58. Сермион
59. Пентилин
60. Трентал
61. **Отметьте механизм терапевтического действия ноотропов:**
62. Увеличение энергетического состояния нейронов
63. Активация пластических процессов в ЦНС
64. Улучшение процессов синаптической передачи
65. Мембраностабилизирующее действие
66. Все перечисленное
67. **Укажите препарат, не относящийся к нейроаминокислотам:**
68. Танакан
69. Глутаминовая кислота
70. Пантогам
71. Фенибут
72. Пикамилон
73. **Укажите препарат, не относящийся к ноотропам**
74. Пирацетам
75. Танакан
76. Энцефабол
77. Фенибут
78. Фенитоин
79. **Отметьте механизм действия холина альфосцерата:**
80. Обладает холиномиметическим действием
81. Обладает холинолитическим действием
82. Прямое влияние на гладкую мускулатуру сосудов
83. Тормозит возбудимость центральных вазомоторных центров
84. Блокада переферическихα-адренорецепторов
85. **Отметьте показания для назначения глиатилина:**
86. Хроническая цереброваскулярная недостаточность
87. Болезнь Альцгеймера
88. Нарушение памяти
89. Функциональное расстройство ЦНС
90. Все перечисленное
91. **Укажите состав препарата фезам:**
92. Танакан 40 мг + циннаризин 25мг.
93. Пирацетам 400 мг. + винпоцетин 5 мг
94. Пирацетам 400 мг + циннаризин 25 мг
95. Пентоксифиллин 400 мг + циннаризин 25 мг
96. Винпоцетин 5 мг + флунаризин 5 мг.
97. **Укажите неправильное утверждение о мексидоле:**
98. Оказывает церебропротекторное действие
99. Обладает ноотропным действием
100. Улучшает реологию крови
101. Является транквилизатором дневного типа
102. Оказывает атерогенное действие
103. **Укажите состав инстенона:**
104. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + экстракт гингобилоба + этамиван 25 мг
105. Этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг + пиридитол 25 мг
106. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг
107. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + этофиллин 50 мг + пантогам 50 мг
108. Этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг + агапурин 400 мг
109. **Укажите препарат, назначаемый интраназально:**
110. Мексидол
111. Танакан
112. Энцефабол
113. Глиатилин
114. Семакс
115. **Укажите не6лагоприятный эффект транквилизаторов:**
116. Антифобический
117. Анксиолитический
118. Противосудорожный
119. Миорелаксантный
120. Седативный
121. **Укажите препарат, не относящийся к «типичным» антидепрессантам:**
122. Феназепам
123. Тофизопам (грандаксин)
124. Диазепам
125. Лоразепам
126. Оксазепам
127. **Отметьте п\п к транквилизаторам:**
128. Тяжелая миастения
129. Острое заболевание печени
130. Беременность
131. Алкогольная интоксикация
132. Все перечисленное
133. **Укажите транквилизатор со стимулирующим компонентом:**
134. Грандаксин
135. Клоназепам
136. диазепам
137. Мепробамат
138. Триазолам
139. **Укажите состояние, когда применение реланиума нецелесообразно:**
140. Неврозы
141. Зуд при дерматозах
142. Абстиненция
143. Судороги
144. Атония мочевого пузыря
145. **Укажите основной механизм действия антидепрессантов:**
146. Тормозящее действие на уровне лимбической системы, ретикулярной формации
147. Блокада обратного захвата моноаминов
148. Блокада ФДЭ
149. Прямое влияние на гладкую мускулатуру сосудов
150. Все перечисленное
151. **Отметьте препарат, не относящийся к ингибиторам МАО:**
152. Ипразид
153. Селегилин
154. Амитриптилин
155. Пирлиндол
156. Моклобемид
157. **Укажите время развития антидепрессивного действия после начала лечения антидепрессантами:**
158. 2-4 часа
159. 6-12часов
160. 24-48 часов
161. 1-2 нед.
162. 2-3 нед.
163. **Укажите препарат, не относящийся к трициклическим антидепрессантам:**
164. Амитриптилин
165. Ипразид
166. Кломипрамин
167. Имипрамин
168. Коаксил
169. **Укажите препарат, относящийся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина**
170. Флуоксетин (прозак)
171. Амитриптилин
172. Селегелин
173. Диазепам (реланиум)
174. Тофизопам (грандаксин)
175. **Укажите дополнительный эффект, характерный для антидепрессанта бупропиола (зибан):**
176. Антиагрегантное действие
177. Ноотропное действие
178. Гиполипидемическое действие
179. Снижение либидо
180. Способность понижать потребность в никотине и тягу к нему
181. **Для какого препарата характерно развитие «сырного» синдрома:**
182. Амитриптилин
183. Ипразид
184. Коаксил
185. Флуоксетин
186. Артралин
187. **Отметьте механизм действия нейролептиков:**
188. Блокада дофаминовой передачи
189. Блокада обратного захвата моноаминов
190. Блокада ФДЭ
191. Все перечисленное
192. Ничего из перечисленного
193. **Назовите препарат, не относящийся к нейролептикам:**
194. Галоперидол
195. Аминазин
196. Мепробамат
197. Хлорпротиксен
198. Неулептил
199. **Укажите побочный эффект нейролептиков:**
200. Паркинсонизм
201. Угнетение костно-мозгового кроветворения
202. Снижение либидо
203. Все перечисленное
204. Ничего из перечисленного
205. **Назовите состояние, когда прием нейролептиков противопоказан:**
206. Психомоторное возбуждение
207. Алкогольный психоз
208. Острое бредовое состояние
209. Болезнь Паркинсона
210. «Неукротимая» рвота
211. **Укажите препарат, относящийся к агонистам допамина**
212. Циклодол
213. Леводопа
214. Селегелин
215. Бромкрептин
216. Наком
217. **Назовите вещества, препятствующие инактивации леводопы:**
218. Вит. Е
219. Карбидопа
220. Перголид
221. Мадопар
222. Ничего из перечисленного
223. **Назовите препараты, снижающие порог эпилептической готовности:**
224. Антигистаминные
225. Индометацин
226. Антидепрессанты
227. Цитостатики
228. Все перечисленное
229. **Какой препарат не относится к противоэпилептическим:**
230. ВальпроатNa
231. Хлорпромазин
232. Фенобарбитал
233. Этосуксемид
234. Карбамазепин
235. **Назовите препарат, эффективный при всех формах эпилепсии и припадков:**
236. Депакин
237. Этосуксемид
238. Ламотриджин
239. Фенитоин
240. Габапентин

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Пациент З., 26 лет, с диагнозом невроз навязчивых состояний, принимает транквилизатор, который обладает выраженным снотворным действием. Трудовая деятельность требует повышенного внимания.

**Вопросы:**

Выберите препарат, обладающий наименьшим снотворным действием.

Противопоказания для назначения транквилизаторов?

**Задача 2.**

Женщина 35 лет доставлена в отделение скорой помощи линейной бригадой в коматозном состоянии. Кожные покровы бледные, цианотичные, холодные на ощупь. Зрачки расширены, реакция на свет ослаблена, дыхание поверхностное, пульс нитевидный, АД 60 и 30 мм рт. ст. Из анамнеза: страдает шизофренией, лечится амбулаторно, принимает аминазин. В последние два дня самовольно увеличила дозу препарата. В день поступления в стационар снизилось артериальное давление, развилась гипотермия, атаксия, дизартрия, снижение мышечного тонуса. Перечисленные явления нарастали в течение нескольких часов, родственники вызвали скорую помощь.

**Вопросы:**

Установите диагноз.

Окажите неотложную помощь.

**Задача 3.**

У пациентки С., 24 лет, эндогенная депрессия. Был назначен, после приема препарата появились головокружение, сонливость, парестезии, тремор рук, нарушения сердечного ритма.

**Вопросы:**

Какой антидепрессант предпочтительнее в данной ситуации?

Основные показания для назначения антидепрессантов.

Задача 4.

Больной А., 36 лет с паническими расстройствами, был назначен из группы СИОЗС.

Вопросы:

Развивается ли привыкание к препаратам данной группы?

Какой препарат активнее тормозит обратный захват серотонина?

**Задача 5.**

Для лечения депрессии, пациенту Г., 45 лет назначен мапротилин.

**Вопросы:**

Объясните механизм действия препарата.

Какие побочные действия могут развиться при применении данного препарата?

Обоснуйте свой ответ.

**Задача 6.**

Пациенту 50 лет, страдающему сахарным диабетом, предстоит назначить антидепрессанты для лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

**Вопросы:**

Показаны ли трициклические антидепрессанты при лечении ПТСР у лиц с сахарным диабетом?

**Задача 7.**

Больную 30 лет, с 18-летнего возраста беспокоят периодически повторяющиеся приступы интенсивной головной боли пульсирующего характера, локализующиеся в правой глазнично-лобно-височной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, плохой переносимостью яркого света и громких звуков. Подобные приступы наблюдались у матери и сестры больной. Объективно: в момент приступа наблюдается диффузная гиперестезия при прикосновении к коже головы, лица, выраженная болезненность в мышцах шеи, черепа, напряжение их при пальпации. Очаговые неврологические изменения не выявляются. На реоэнцефалограмме в момент приступа выявляются гипотония артерий и вен, выраженное затруднение артериального и венозного кровотока, максимально выраженное справа.

**Вопросы:**

Возможные препараты для купирования приступа?

**Задача 8.**

Больной 50 лет, жалуется на приступообразные интенсивные, внезапные и кратковременные боли в правой щеке и подбородочной области, напоминающие удар электрическим током. Болевые приступы провоцируются разговором, жеванием. Объективно: в момент приступа возникают спазм щечной и подбородочных мышц справа – болевой тик, слезотечение, гиперемия лица. Выявляется болезненность при надавливании в точках выхода II-III ветвей тройничного нерва на лице, гиперестезии в зоне иннервации II-III ветвей V нерва.

**Вопросы:**

Назначить лечение.

**Задача 9.**

У больного в 15 лет появились повторяющиеся непрерывные подергивания мышц рук, ног. Подобным заболеванием страдают два его брата. Очаговых неврологических симптомов не выявляется. На ЭЭГ обнаруживают повторяющиеся генерализованные пики и комплексы "пик – волна".

**Вопросы:**

Ваш диагноз?

Препараты для лечения заболевания.

**Задача 10.**

У больного с острой черепно-мозговой травмой (субдуральной гематомой) в течение часа непрерывно наблюдались эпилептические приступы, в промежутках между которыми больной не приходил в сознание. Приступы начались с медленного сгибания рук и ног, поворота глазных яблок и лица влево, в последующем развились быстрые судороги рук и ног, мимических мышц лица, затрудненное дыхание, появилась пена изо рта.

**Вопросы:**

Ваш клинический диагноз?

Назначьте противосудорожные средства .

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 22:Особенности фармакотерапии, фармакодинамики, выбора, режима дозирования, оценки эффективности и безопасности лекарственных средств, применяемых в ургентных ситуациях (шок и кома различного генеза).**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Лекарственных средств, применяемые при сердечно-легочной реанимации - адреналин, атропин, магния сульфат и др.

2. Лекарственных средств, применяемые при анафилактическом шоке – адреномиметик, глюкокортикоиды, бронхолитики, антигистаминные лекарственных средств. Принципы выбора, определение последовательности и путей введения, режима дозирования с учетом клинической симптоматики, фармакодинамики и фармакокинетики, наличия сопутствующей патологии. Нежелательные лекарственные реакции. Лекарственные взаимодействия.

3. Лекарственных средств, применяемые при гипертоническом кризе - антигипертензивные центрального действия (клонидин), блокаторы кальциевых каналов (нифедипин), ингибиторы АПФ (каптоприл), В-адреноблокаторы, диуретики (фуросемид). Принципы выбора, пути введения, рациональный режим дозирования препаратов с учетом клинической симптоматики, фармакодинамики и фармакокинетики, наличия сопутствующей патологии. Нежелательные лекарственные реакции. Лекарственные взаимодействия.

4. Лекарственных средств, применяемые при приступе стенокардии — нитраты, бета-адреноблокаторы; антиагреганты. Принципы выбора, пути введения, рациональный режим дозирования препаратов с учетом клинической симптоматики, фармакодинамики и фармакокинетики, наличия сопутствующей патологии. Нежелательные лекарственные реакции. Лекарственные взаимодействия.

5. Лекарственных средств, применяемые при судорожном синдроме - бензодиазепины (диазепам); барбитураты (фенобарбитал); анксиолитики (натрия оксибутират); нейролептики (хлорпромазин, дроперидол). Принципы выбора с учетом фармакодинамики и фармакокинетики, путей введения, сопутствующей патологии. Нежелательные лекарственные реакции. Лекарственные взаимодействия. Противопоказания.

6. Лекарственных средств, применяемые при гипертермическом синдроме - ацетилсалициловая кислота, парацетамол, дипирон, дифенгидрамин.

7. Лекарственных средств, применяемые при приступе бронхиальной астмы - (бета-стимуляторы; ксантины; глюкокортикоиды, комбинированные препараты. Принципы выбора препарата, определения путей введения, рационального режима дозирования препаратов.

8. Лекарственных средств, применяемые при острых нарушениях сердечного ритма - наджелудочковая пароксизмальная тахикардия (верапамил, АТФ); желудочковая тахикардия (лидокаин), брадиаритмия (атропин).

9. Лекарственные средства, применяемые при комах различного генеза.

**Тестовые задания**

1. **Какой препарат является «золотым стандартом» лечения гипертонического криза?**
2. метопролол
3. фуросемид
4. нитроглицерин
5. нифедипин
6. **Приёмом какого препарата под язык можно купировать эпизоды подъёма АД:**
7. каптоприл
8. гипотиазид
9. атенолол
10. рамиприл
11. фуросемид
12. **Чем объясняется быстрый эффект фуросемида внутривенно при гипертоническом кризе:**
13. диуретическим действием
14. натрийуретическим действием
15. дилатацией артерий и вен
16. снижением уровня ренина
17. **Быстрое снижение АД необходимо при гипертоническом кризе, сопровождающимся:**
18. острым ишемическим инсультом;
19. расслаивающей аневризмой аорты;
20. острым геморрагическим инсультом;
21. нарушением функции почек;
22. дисциркуляцией мозгового кровообращения.
23. **Гипотензивный эффект клофелина при приёме под язык наступает через:**
24. мин
25. 1,5 часа
26. 3 часа
27. 30 минут
28. **Выберите препарат, купирующий тахикардию, вызванную артериолярными вазодилататорами:**
29. верапамил
30. пропранолол
31. дилтиазем
32. дигоксин
33. **Гипотензивное действие нифедипина при приёме регоs развивается через:**
34. 10 минут
35. минут
36. часа
37. часов
38. **Что является абсолютным противопоказанием для назначения β - блокаторов:**
39. пожилой возраст
40. хроническая сердечная недостаточность
41. бронхиальная астма
42. импотенция
43. **Какой препарат противопоказан при гипертоническом кризе с выраженной тахикардией:**
44. клофелин
45. каптоприл
46. нифедипин
47. **Механизм гипотензивного действия периндоприла обусловлен:**
48. блокадой α1-рецепторов
49. блокадой β1 - адренорецепторов
50. блокадой синтеза ренина
51. блокадой АПФ
52. **Чем обусловлена целесообразность сочетания каптоприла и диуретиков при лечении артериальной гипертензии**:
53. каптоприл уменьшает стимулирующее влияние диуретиков на РААС
54. диуретики устраняют задержку жидкости, вызванную каптоприлом
55. диуретики устраняют гипокалийемию, вызванную каптоприлом
56. **Выберите препарат для приема под язык при неосложненном гипертоническом кризе:**
57. каптоприл
58. рамиприл
59. бисопролол
60. фуросемид
61. **Какой из перечисленных ингаляционных препаратов применяется для купирования приступов бронхиальной астмы:**
62. динатрияхромогликат
63. сингуляр
64. беротек
65. бекламетазон
66. **Универсальным стимулятором адренергической системы является:**
67. эуфиллин
68. сальметерол
69. беротек
70. сальбутамол
71. адреналин
72. **. Выберите диуретик для купирования гипертонического криза:**
73. гипотиазид;
74. фуросемид;
75. спиронолактон;
76. триамтерен;
77. маннит.
78. **Какой из препаратов, применяемых для лечения бронхообструктивного синдрома, может привести к повышению артериального**

**давления:**

1. эуфиллин
2. ипратропия бромид
3. беротек
4. преднизолон
5. **К значимым фармакодинамическим эффектам кортикостероидов относятся все, кроме:**
6. торможения синтеза и высвобождения медиаторов аллергического воспаления
7. потенцирования эффектов эндогенных катехоламинов
8. торможения М - холинергической стимуляции бронхов
9. прямого бронходилатирующего действия
10. **Ипратропия бромид отличается от ингаляционных β2 – агонистов:**
11. более длительным бронходилатирующим эффектом
12. более выраженным бронходилатирующим эффектом
13. быстрее наступающим эффектом
14. большей эффективностью купирования приступа бронхиальной астмы
15. **. Какой препарат в первую очередь показан для лечения астматического статуса:**
16. сальбутамол
17. преднизолон
18. атропин
19. эуфиллин
20. **Основным в механизме антиангинального действия нитроглицерина является:**
21. прямое коронаролитическое действие
22. уменьшение нагрузки на сердце за счёт снижения постнагрузки
23. снижение потребление миокардом кислорода за счёт снижения преднагрузки
24. **После приёма таблетки нитроглицерина концентрация его в крови достигает максимума через:**
25. 0,5 минуты
26. 1,5-5 минут
27. 10-15 минут
28. 25- 30 минут
29. **Препаратом выбора при стенокардии у больного с брадикардией является:**
30. амлодипин
31. бисопролол
32. верапамил
33. дилтиазем
34. **Выберите препарат для купирования приступа стенокардии:**
35. нитронг
36. молсидомин
37. нифедипин
38. нитроспрей
39. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе прямых антикоагулянтов:**
40. альтеплаза
41. варфарин
42. клопидогрель
43. фраксипарин
44. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе антиагрегантов:**
45. фраксипарин
46. ацетилсалициловая кислота
47. урокиназа
48. гирудин
49. варфарин
50. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе тромболитиков:**
51. ацетилсалициловая кислота
52. тенектеплаза
53. варфарин
54. гепарин
55. **Каков механизм антиагрегантного действия ацетилсалициловой кислоты:**
56. обратимое подавление циклооксигеназы
57. подавление тромбоксансинтетазы
58. блокада гликопротеидных комплексов IIb/IIIa
59. необратимое подавление активности циклооксигеназы
60. **Укажите показатель, который следует контролировать при проведении терапии гепарином:**
61. протромбиновое время
62. активированное частичное тромбопластиновое время
63. международное нормализованное отношение
64. время кровотечения
65. **Укажите механизм антикоагулянтного действия гепарина:**
66. ингибирование тромбина независимо от антитромбина III
67. торможение активности тромбина в присутствии антитромбина III
68. нарушение образования в печени активной формы витамина К
69. **К какому классу лекарственных препаратов относится фраксипарин:**
70. тромболитики
71. антитромбоцитарный препарат
72. антагонист витамина К
73. низкомолекулярный гепарин
74. **Для растворения фибринового тромба используют:**
75. гепарин
76. аспирин
77. клопидогрель
78. альтеплазу
79. **Выберите фибринолитик для болюсного введения:**
80. альтеплаза
81. стрептокиназа
82. метализе
83. пуролаза
84. **В качестве кардиотонического средства допамин используют в дозе:**
85. 1–3 мкг/кг/мин;
86. 3–10 мкг/кг/мин;
87. более 10 мкг/кг/мин;
88. 3–10 мг/кг/мин;
89. 1–3 мг/кг/мин.
90. **Наиболее эффективно проведение тромболитической терапии при инфаркте миокарда в течение первых:**
91. часов;
92. 12 часов;
93. 6 часов;
94. 3 часов;
95. 36 часов.
96. **Какое мочегонное средство используют для форсированного диуреза при острых отравлениях лекарственными веществами?**
97. диакарб;
98. дихлотиазид;
99. фуросемид;
100. спиронолактон;
101. триамтерен.
102. **Выберите гемодинамические эффекты нифедипина:**
103. отрицательное инотропное действие, уменьшение ЧСС;
104. повышение сердечного выброса, снижение ЧСС;
105. увеличение ЧСС, дилатация венул;
106. увеличение ЧСС, дилатация артериол.
107. **Укажите препарат выбора для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда:**
108. амиодарон;
109. лидокаин;
110. хинидин;
111. верапамил;
112. дилтиазем.
113. **Наиболее эффективный препарат для купирования суправентрикулярной тахикардии:**
114. верапамил;
115. аймалин;
116. мекситил;
117. лидокаин;
118. ничего из перечисленного
119. **Ухудшение внутрижелудочковой проводимости вызывают все препараты, кроме:**
120. хинидин;
121. верапамил;
122. этацизин;
123. дизопирамид;
124. этмозин.
125. **Выберите препарат, замедляющий проведение в AV- узле:**
126. верапамил;
127. пропранолол;
128. дигоксин;
129. аллопенин;
130. все перечисленное.
131. **Укажите препарат, который может спровоцировать приступ предсердной тахикаритмии при синдроме WPW:**
132. дигоксин;
133. амиодарон;
134. пропранолол;
135. этмозин;
136. все перечисленное
137. **При каких видах нарушений ритма сердца применение верапамила является противопоказанным?**
138. предсердная экстрасистолия;
139. трепетание предсердий;
140. пароксизм мерцательной аритмии при синдроме WPW;
141. мерцательная аритмия;
142. ничего из перечисленного.
143. **При AV-блокаде применяют:**
144. атропин;
145. хинидин;
146. верапамил;
147. соталол;
148. новокаинамид.
149. **Какой препарат противопоказан при кардиогенном отеке легких?**
150. фуросемид;
151. допамин;
152. антифомсилан;
153. маннитол;
154. морфин.
155. **Назовите короткодействующий аналог человеческого инсулина:**
156. хумулин;
157. хумалог;
158. лантус;
159. протофан;
160. ультралонг.
161. **Отметьте правильное в лечении гипогликемической комы:**
162. в/в 60 мг преднизолона;
163. в/в 5% глюкоза;
164. в/в 40 % глюкоза;
165. в/м 1 мл адреналина;
166. ничего из перечисленного.
167. **Отметьте правильное в лечении гипогликемической комы:**
168. в/в 60 мг преднизолона;
169. в/в 5% глюкоза;
170. в/в 40 % глюкоза;
171. в/м 1 мл адреналина;
172. ничего из перечисленного.
173. **Укажите противоэпилептическое ЛС, преимущественно угнетающее активность глутаматергической системы:**
174. ламотриджин;
175. фенитоин;
176. клоназепам;
177. этосуксемид;
178. габапентин.
179. **Преимущественно блокатором натриевых каналов из группы противоэпилептических средств является ЛС:**
180. ламотриджин;
181. фенитоин;
182. клоназепам;
183. этосуксемид;
184. габапентин:
185. **К анальгезирующим средствам преимущественно центрального действия полным агонистам опиоидных рецепторов относятся следующие лекарственные препараты из перечисленных:**
186. морфин;
187. ривастигмин;
188. пилокарпин;
189. лидокаин;
190. **Укажите механизм действия Морфина:**
191. блокированиеопиоидных рецепторов;
192. блокированиебета-адренорецепторов;
193. блокированиебета1-адренорецепторов;
194. возбуждение опиоидных рецепторов;
195. блокированиеМ-холинорецепторов;
196. **Отметьте необходимые мероприятия при отравлении Морфином:**
197. искусственная вентиляция лёгких;
198. промывание желудка 0,05% раствором калия перманганата;
199. введение Налоксона;
200. все ответы верны;
201. все ответы неверны;
202. **Укажите эффект, не характерный для кортикостероидов:**
203. противовоспалительный;
204. противоаллергический;
205. противошоковый;
206. иммунодепрессивный;
207. прямой бронхолитический.
208. **Показания для применения Преднизолона парентерально:**
209. иридоциклит
210. шок
211. бронхиальная астма и астматический статус
212. верно а, в;
213. верно б, в;
214. **Показания для применения Дексаметазона: 1) шок, 2) отек головного мозга, 3) бронхиальная астма, астматический статус, 4) системные заболевания соединительной ткани, 5) иммунодефицитные состояния:**
215. верно 1, 2, 3, 4, 5;
216. верно 1, 2, 3, 4;
217. верно 1,3, 5;
218. все ответы неверны.
219. **Выберите показания для применения Н1-гистаминоблокаторов**
220. комплексная терапия анафилактического шока;
221. отек Квинке;
222. аллергический ринит;
223. все ответы верны;
224. все ответы неверны;
225. **При купировании анафилактического шока в комплексной терапии целесообразно использовать следующий лекарственный препарат из перечисленных:**
226. лоратадин;
227. дифенгидрамин;
228. дезлоратадин;
229. цетиризин;
230. эбастин;
231. **С каким из антигистаминных имеет перекрестную аллергическую реакцию эуфиллин:**
232. цетиризин;
233. супрастин;
234. фексофенадин;
235. лоратадин;
236. димедрол.
237. **Основным механизмом действия антигистаминных ЛС является:**
238. конкурентное вытеснение гистамина и блокада рецепторов;
239. конкурентное вытеснение гистамина и его разрушение;
240. блокада только свободных рецепторов;
241. блокада ЦОГ и нарушение синтеза простагландинов;
242. все варианты ответов верны.
243. **Выберите препарат, который необходимо ввести в первую очередь при анафилактическом шоке:**
244. преднизолон;
245. адреналин;
246. пипольфен;
247. эуфиллин;
248. дигоксин.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

В очереди мужчина 56 лет внезапно почувствовал себя плохо: появились жалобы на боли за грудиной давящего, сжимающего характера, иррадиирущие в левую руку, нижнюю челюсть. Из анамнеза: больной страдает ишемической болезнью сердца 2 года.

**Вопросы:**

Ваш предполагаемый диагноз?

Какие препараты необходимо дать больному до приезда скорой помощи?

**Задача 2**.

На приеме у стоматолога после введения лидокаина с адреналином женщина 52 лет внезапно почувствовала себя плохо: появились выраженная головная боль, мелькание «мушек» перед глазами, тахикардия, АД- 180/100 мм.рт.ст.

**Вопросы:**

Ваш предположительный диагноз?

С чем связано повышение АД? Ваша дальнейшая тактика?

**Задача 3.**

На приеме у стоматолога после введения лидокаина больной потерял сознание, АД резко упало, появились судороги.

**Вопросы:**

Ваш предположительный диагноз и тактика?

**Задача 4.**

В клинику на «скорой» доставлен больной С., 52 лет, с жалобами на приступообразную одышку смешанного характера, пульсирующую головную боль, шум в ушах. Больной возбужден. Ухудшение состояния связывает с перенесенным стрессом.

Объективно: АД 200\110 мм рт. ст., ЧСС 80 в минуту, тоны сердца ритмичные, пульс напряжен. В легких множественные «застойные» хрипы, ЧДД 26 в минуту. На ЭКГ гипертрофия левого желудочка, депрессия ST в V5-V6. Бригадой «скорой помощи» был введен дибазол в\в 5,0 мл, отмечалось временное снижение АД, но вновь произошел подъем до вышеуказанных цифр.

**Вопросы:**

Ваш диагноз? Дальнейшая тактика?

**Задача 5.**

На приеме у участкового терапевта больная М., 62 лет. Жалуется на головные боли, слабость, «круги» перед глазами, периодически ноющие боли в сердце, отечность ног. Страдает АГ 10 лет. Обычно принимает энап Н 1 таблетку утром, в течение последней недели энап 10 мг утром. Ухудшение в течение 3 дней, связывает с изменением погоды.

Объективно: АД 210\120 мм рт. ст., ЧСС 72 в минуту. Тоны приглушены, ритмичные. Пастозность голеней. На ЭКГ – гипертрофия ЛЖ, синусовый ритм; нарушения ритма, ишемические изменения отсутствуют.

**Вопросы:**

Ваш диагноз? Какова тактика ведения больной?

**Задача 6.**

В приемное отделение больницы доставлен больной С., 32 лет (самодоставка) с жалобами на выраженную слабость, дрожь во всем теле, сердцебиения. Со слов больного, подобное состояние возникает не впервые, но ранее не обследовался, не лечился.

Периодически на профосмотрах измеряет АД – в пределах нормы. Между кризами состояние удовлетворительное.

Объективно: АД 230\120 мм рт. ст., тахиардия 108 в минуту. Кожные покровы бледные, температура 37,7°С, тремор конечностей.

**Вопросы:**

Каков предположительный диагноз?

Чем его можно подтвердить?

Какова тактика ведения больного?

**Задача 7.**

В приемное отделение на «скорой» доставлен больной Р., 51 г. С жалобами на интенсивные сжимающие боли за грудиной, резкую слабость, головную боль. АД 200\100 мм рт. ст., ЧСС 92 в минуту, на ЭКГ в I, II, aVL, V1-V4 подъем ST (изоэлектрическая кривая), патологический Q, реципрокные изменения на нижней стенке ЛЖ.

Страдает АГ в течение 5лет, периодически возникали давящие боли за грудиной, но меньшей интенсивности, исчезали после прекращения нагрузки. Бригадой «скорой» была оказана помощь: кеторол 1 мл в\в, дибазол 4,0 мл в\м, аспирин внутрь 250 мг, нитроглицерин 0,05 мг 4 раза за время доставки, гепарин в\в болюсно 5 тыс ЕД.

**Вопросы:**

Ваш диагноз? Тактика ведения ГК в данной ситуации?

**Задача 8.**

Больная М., 48 лет, 2 дня назад поступила в стационар на лечение с диагнозом

«долевая пневмония». В анамнезе АГ в течение 4 лет с максимальным АД 180\100. Назначенные гипотензивные препараты принимает нерегулярно.

Вызвала дежурного врача и предъявила жалобы на головную боль, шум в голове, сердцебиения, перебои в сердце. В этот день утром была проведена массивная инфузионная терапия с целью дезинтоксикации.

Объективно: АД 200\105 мм рт. ст., тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС 96 в минуту, дефицита пульса нет. Пастозность голеней. На ЭКГ частая наджелудочковая экстрасистолия.

**Вопросы:**

Ваш диагноз? Тактика ведения больной.

**Задача 9**

Петрова П.Н., 50 лет поступила с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся жгучими болями в области сердца, чувством нехватки воздуха, сильной головной болью, головокружением, тошнотой.

Анамнез заболевания. Последний год отмечает периодическое появление дискомфорта в области сердца, частые головные боли. Не обследовалось. Указанные выше жалобы появились 3 часа назад на фоне стрессовой ситуации. Доставлена бригадой СМП. Госпитализирована с лечебно-диагностической целью.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии (мать страдает этим заболеванием, перенесла ОНМК). Вредных привычек не имеет. В течение года отмечает нарушение менструального цикла.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Активность снижена. Рост – 156 см, вес – 94кг. Гиперстеник. Лицо гиперемировано. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и нижней трети голеней. Варикозное расширение вен на ногах. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 21 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 92 в мин, акцент II тона на аорте. АД 210/100 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 8,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается.

ЭХОКГ МЖП – 1,3 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 5,9 см, КСР – 3,9 см, КДО – 160 мл, КСО –80 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ∆S 48%. Заключение: Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия МЖП. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации.

Рентгенография органов грудной полости: признаки венозного застоя в нижних отделах легких.

Консультации узких специалистов

Окулист: ангиопатия сетчатки

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 10**

Пастухов П.Н., 62 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на жгучие, разрывающие боли в области сердца, возникшие 4 часов назад, иррадиирующие в левое плечо, шею, межлопаточное пространство, некупирующиесяприемом 3-х таблеток нитроглицерина, сердцебиение, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания. Более 10 лет наблюдается у кардиолога по месту жительства по поводу артериальной гипертонии (АД масимально повышается до 170/100 мм рт.ст.), 5 лет по поводу ИБС, стабильной стенокардии II ФК. Регулярно принимает β-адреноблокаторы, и-АПФ, статины, антиагреганты, нитраты. Ухудшение состояния в течение нескольких часов – после тяжелой физической нагрузки (разгрузка автомобиля) появились указанные выше жалобы. Самостоятельно принял 3 таблетки нитроглицерина. Эффекта от приема препарата не наступало, боли в сердце стали нарастать. Пациент вызвал бригаду СМП, которой и был госпитализирован по экстренным показаниям.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Более 10 лет повышена масса тела. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 53 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Пациент возбужден. Положение активное. Активность снижена из-за выраженного болевого синдрома. Рост – 172 см, вес – 110 кг. Гиперстеник. Кожа бледная, влажная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 22 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается

ЭХОКГ МЖП – 1,5 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,6 см, ПП – 4,6 х 3,3 см, ЛЖ: КДР – 6,2 см, КСР – 3,9 см, КДО – 84 мл, КСО – 17 мл, УО – 67 мл, ФВ – 50%, ∆S 48%. Заключение: Очаговые изменения на нижней стенке ЛЖ. Снижена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ -50%). Умеренная гипертрофия МЖП. Умеренная дилатация полости ЛП и ЛЖ. Митральная недостаточность II ст. относительного характера. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации. Склероз аорты.

Рентгенография органов грудной полости: пневмосклероз, мышечные изменения в сердце.

ЭГДС: без патологии.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 11**

Сергеев П.Н., 65 лет доставлен бригадой СМП в очень тяжелом состоянии.

Анамнез заболевания. Пациент работал на даче, осуществлял перенос тяжелых строительных материалов. Во время выполнения работы почувствовал резкую слабость, жгучую боль в области сердца, чувство нехватки воздуха. В течение получаса самочувствие пациента стало ухудшаться. Доставлен бригадой СМП.

Анамнез жизни. Со слов сопровождающих стало известно, что пациент много лет страдает артериальной гипертонией, ИБС, сахарным диабетом. Два года назад перенес инфаркт миокарда. Курит по 1,5-2 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет периодически.

Настоящее состояние. Общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное. Положение пассивное. Гиперстеник. Акроцианоз, мраморность кожных покровов. Конечности холодные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 24 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 88 в мин. АД 80/50 мм рт.ст, поддерживается в/в капельным введением допамина. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 190

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 12,3 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 12**

Клюев В.С. 39 лет поступил с жалобами на давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветреную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы, купирующиеся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда впервые появились указанные выше жалобы. Наблюдается у участкового терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии IIФК. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. С целью уточнения диагноза пациенту было назначено проведение ХМЭКГ. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистола.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет изредка. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 168 см, вес – 74кг. Гиперстеник. Кожа обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 80 в мин. АД 130/80мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 140

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,066 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается.

ЭХОКГ МЖП – 1,0 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 4,4 см, КСР – 3,4 см, КДО – 95 мл, КСО – 25 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ∆S 48%. Заключение: Атеросклероз аорты.

УЗИ внутренних органов: без патологии

ЭГДС: без патологии.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача13**

Больная А., 64 года. Жалобы: приступы сердцебиения с ощущением кома в горле, резкой одышкой, слабостью, дискомфортом в груди, головокружением, потемнением в глазах, иногда потерей сознания; загрудинная боль при ходьбе. Повышение АД до 150/90 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания: Считает себя больной последние 4 года: при ходьбе по ровной местности (400 м) иногда в покое появлялись загрудинные боли, слабость. Иногда при нагрузке отмечала появление вышеописанных приступов сердцебиения. Обращалась за мед. помощью, на ЭКГ ранее никаких нарушений ритма не регистрировалось. Пришла на прием к общему хирургу по поводу желчно-каменной болезни, было назначено обследование. В момент снятия ЭКГ вновь появились сердцебиение, резкая слабость, одышка, потеря сознания. Была госпитализирована с отделения функциональной диагностики в реанимационное отделение.

Обследование:

ОАК: Эр – 5,3 х 1012/л, Нв- 124 г/л, лейкоциты- 7,1 х 109/л, тромб- 250 х109/л, ЦП- 0,95, СОЭ - 10 мм/ч, п/я-1, с/я – 61%, э-2, лимф- 32 %, мон-4%.

ОАМ: уд. вес- 1008, белок – нет, лейкоциты- 1-2 в поле зрения, эритроциты свежие - 0-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 15,5 мкмоль/л, сахар крови 6,1 ммоль/л, АлАТ 17 Е/л, АсАТ 22 Е/л, общий холестерин – 11,7 ммоль/л, ТАГ 2,3 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,8 ммоль/л. ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л.

Окулист (глазное дно): ангиосклероз сетчатки.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

**Задача14**

Больной Л., 76 лет. Жалобы: урежение пульса до 30 ударов в минуту, головокружение, потемнение в глазах, головную боль, повышение АД до 260/130 мм.рт.ст, одышку, сжимающие боли в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания: С ИМ и ОНМК на стационарном лечении никогда не находилась. АГ 15 лет. Последний год АД повышалось до 260/130 мм.рт.ст. Ухудшение в январе этого года, когда стала отмечать урежение пульса до 30 ударов в минуту (пульс не более 40 в минуту в течение дня, при ходьбе). В момент редкого пульса – сильное головокружение, дрожь в теле, слабость (сознание не теряла), одышка, сжимающие боли в левой половине грудной клетки, холодные конечности, повышение АД до 200/120 мм.рт.ст. Регулярно принимает кордафлекс-ретард, энам, индапамид. С результатами ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КГ с поликлиники была госпитализирована в кардиоаритмологическое отделение.

Обследование:

ОАК: Эр – 4,1 х 1012/л, Нв- 121 г/л, лейкоциты- 9,1 х 109/л, тромб- 180 х109/л, ЦП- 0,84, СОЭ - 12 мм/ч, п/я-1, с/я – 69%, э-2%, лимф- 24 %, мон-9 %.

ОАМ: уд. вес- 1008, белок – нет, лейкоциты- 2-3 в поле зрения, эритроциты свежие - 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 18 мкмоль/л, сахар крови 5,8 ммоль/л, АлАТ 18 Е/л, АсАТ 19 Е/л, общий холестерин – 7,4 ммоль/л, ТАГ 2,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 5,0 ммоль/л.

Окулист (глазное дно): ангиосклероз сетчатки

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 15**

Больная М., 49 лет. Жалобы: ощущение «трепыхания» в груди, сердцебиение, слабость, одышку, дискомфорт в левой половине груди, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания: ИМ, ОНМК в анамнезе отрицает. АГ много лет. Максимальное АД – 190/100 мм.рт.ст. Гипотензивные препараты (адельфан) принимает нерегулярно. Считает себя больной в течение месяца, когда внезапно после сильной, длительной нагрузки (подъем тяжестей) появилось ощущение неритмичного сильного сердцебиения, «трепыхание» в груди, дискомфорт в левой половине груди, слабость, потливость, головокружение, одышка. Снизилась толерантность к нагрузке – одышку, сердцебиение, слабость стала отмечать при прохождении 50 метров. Появились одышка, кашель по ночам, отеки стоп. Обратилась к врачу впервые.

Обследование

ОАК: эр. 4,5 х 1012 Нв 150 г/дл, ЦП- 0,89, тр 250 х109 , лейк 5,3 х109, п -2%, с-70%, э -2%, л-41%, м-6%, СОЭ -12 мм/ч

ОАМ: уд. вес 1008, белок- нет, лейк.1-2 в п/зр, эпителий- неб.к-во.

Биохимические исследования крови: глюкоза – 5,0 ммоль/л, билирубин общ. – 18 мкмоль/л, холестерин – 5,3 ммоль/л, ТАГ 1,8 ммоль, АлАТ 17 Е/л, АсАТ 21 Е/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, креатинин - 93 мкмоль/л.

КАГ: правый тип кровоснабжения миокарда. Ствол левой коронарной артерии не поражен. Атеросклеротического поражения сосудов не выявлено.

Брюшная аортография: удвоение почечной артерии слева.

РГ-скопия грудной клетки: выпот в плевральную полость слева в пределах синусов.

Тест с 6-минутной ходьбой: 50 метров.

Окулист: гипертоническая ангиопатия сетчатки OU.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 16**

Больной С 62 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на выраженные отеки ног, головные боли при повышении АД максимально до 190/110 мм рт. ст., общую слабость.

Из анамнеза стало известно, что АД повышается около 15 лет, но пациент по этому поводу не обследовался, гипотензивные не получал. Отеки появились 3 месяца назад. Обратился по месту жительства, получал фуросемид, энам, эгилок без особого эффекта. Направлен к нефрологу ООКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Бледный. Кожные покровы чистые, суховаты на ощупь. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичны, глухие. ЧСС 90 в мин, АД 180/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, определяется жидкость. Симптом Пастернацкого положит с обеих сторон. Отеки стоп, голеней, бедер, нижней части живота.

Обследование:

OAK: Hb -72 г/л, ЦП 0,88, эритроциты - 2.85 \*1012/л, лейкоциты - 13.4- 8,7\*109/л, тромбоциты- 258 \*109/л, СОЭ-28-61 мм/ч , п/я-1 % с/я-74%, лимфоциты - 20 %, моноциты - 4%, эоз-1%.

БАК: сахар крови-4.51 , ммоль/л; мочевина 24 ммоль/л; креатинин - 519 мкмоль/л, общ.белок - 42 г/л; РМП на сифилис, гепатиты отрицат, билирубин общ-8.3 мкмоль/л, холестерин 6,4 ммоль/л. Ревмат. ф-р-отр, С реакт белок- отр., АЛАТ-6, АСАТ-14, гаммаГТ-16.1,АЬР-68.8,АФП-6.8,СА19.9-Оед\мл,СА-15.3-8.7ЕД/МЛ. онкомаркеры в норме.

РМП на сифотр.

Протромбиновое время-13.1, протром. индекс-104, фибриноген-5.6,

LЕ клетки не обнар.

ПСА-0.7 НГ/мл,

Аутоантител к денатурировssднк в крови положит,аутоантитела к неденатурировdsднкig Остриц, прямая проба Кумбса отриц.

Ревм фактор 3,5 норма, антитела к модифицированному цитруллинированному

виментину не отнаружены.

ОAM : уд.вес-1006 , белок-4,2 ,эпителий поч-0-1 лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты нет в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр,зер-0-1в п\зр

Исследование стернального пунктата: костный мозг содержит повышенное количество ядерных элементов,неравномерно распределённых по препарату. Бласты 1 % ядерного сое тава Зернистый росток составляет 71 % преобладают молодые формы нейтрофилов (ПСИ 1,02) Лимфоциты 13.0 % ядерного состава. Красный росток сужен, сосавляет 13,1% ИСАО, 88. Кроветворение по нормобластическому типу. Мегакариоцитарный росток активно функционирует.

Гематолог: В настоящее время данных за заболевание крови нет. Лейкемоидная реакция миелоидного типа.

Патогистологическое исследование полипа сигм. кишки: кусочки железистого полипа толстой кишки. Окраска на амилоид отрицательная.

Посев мочи: Рост бакфлоры не обнаружен.

УЗИ почек : правая 119 х 62 х 22-23 мм, левая 124 х 60 х 22-23 мм, контуры неровные , положение типичное, паренхима выражено неоднородна, синусы расширены, пирамидки набухшие.

Узи внутренних органов: признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, признаки гепатомелии, признаки реактивных изменений стенок желчного пузыря, двустороннего гидроторакса.

Рентгеноскопия легких: Эмфизема легких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рентгеноскопия пищевода, желудка: Признаки гастрита, бульбита. Рентгеноскопия органов грудной полости: лёгочные поля без добавочных теней. В пределах синусов сохраняется жидкость.аключ: эмфизема лёгких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рнтгеноскопия желудка, пищевода и 12 п кишки: акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим, контуры его ровные.Ампула формируется, кардия смыкается. Свод и газовый пузырь желудка не изменён. В положении лёжа расположен под куполом диафрагмы. Желудок обычно расположен, содержит слизь и жидкость .Перистальтика обычной глубины, симметричная . Эвакуация своевременная, привратник проходим.Луковица 12п кишки с розовыми контурами. Отмечается с-м воздуха в ловушке: пассаж по 12 п кишке не нарушен.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ предстательной железы:.Эхографические признаки ДГПЖ небольших размеров, задержки мочи.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин., ЭОС горизонтальная, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС: Склероз аорты. Умеренная концентрическая гипертрофия стенок левого желудочка. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка по модели аномальной релаксации.

Краниограмма: без патологии.

Колоноскопия: полип сигмовидной кишки.

Лор: Без видимой патологии.

Окулист: ангиопатия сетчатки.

**Задания**:

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

**Задача 17**

Симонова А.И. 54 лет доставлена БИТ с жалобами на боли в сердце, одышку с затрудненным вдохом, чувство нехватки воздуха, резкую слабость.

Анамнез заболевания: 2 года наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертонии (максимально АД повышается до 220/100 мм рт.ст.), ИБС, стабильной стенокардии. Год назад перенесла инфаркт миокарда. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 недели, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней. Ухудшение самочувствия наступило два часа назад после эмоциональной нагрузки.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Страдает ожирением. Менопауза 6 лет.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное – ортопноэ. Гиперстеник. Рост-154 см, вес 105 кг. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 110 в мин. АД 170/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 210

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается

Рентгенография органов грудной полости: Усиление теней в корнях легких по типу «крылья бабочки».

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 23:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, используемых в нефрологии и урологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1 Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия препаратов, применяемых при лечении хронического пиелонефрита.

2. Хронический гломерулонефрит: этиопатогенетические подходы к фармакотерапии различных вариантов хронического гломерулонефрита.

3. Клиническая фармакология ЛС, используемых при лечении гломерулонефритов.

4. Нефротический синдром: диагностика, клинические проявления нефротического синдрома.

5. Тактика примененияиммуносупрессивных средств, клиническая фармакология ЛС, применяемых при лечении нефротического синдрома

6. Хроническая почечная недостаточность: возможности консервативной терапии хронической почечной недостаточности, дифференцированное применение ЛС в зависимости от стадии ХПН.

7. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия α-адреноблокаторов.

8. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия антиандрогенных препаратов.

9. Рациональный выбор α-адреноблокаторов и антиандрогенных препараты в лечении аденомы предстательной железы.

**Тестовые задания**

1. **В лечении нефротического криза применяют следующее, кроме:**
2. внутривенного введения белковых растворов
3. внутривенного введения плазмозаменителей
4. применении антикининовых препаратов (пармидин в дозе 2 г/сут)
5. антигистаминные препараты
6. диуретики
7. **Среди лекарственных препаратов, наиболее часто обусловливающих развитие НС относят все, кроме**:
8. препараты золота
9. D-пеницилламин
10. нитраты
11. вакцины и сыворотки
12. препараты интерферона
13. **К патогенетической терапии при НС относят применение следующих препаратов, кроме:**
14. глюкокортикоиды
15. цитостатики
16. циклоспорин А
17. альбумин
18. **К неиммунным методам лечения при НС относят применение препаратов, обладающих антипротеинурическим действием, кроме:**
19. гепарины
20. ингибиторы АПФ
21. дипиридамол
22. статины
23. диуретики
24. **Для усиления эффекта петлевых диуретиков при НС чаще всего используют:**
25. сочетание их с тиазидовыми
26. с верошпироном
27. с метолазоном
28. с эуфиллином
29. все перечисленное
30. только а и в
31. **К какой группе диуретиков по механизму действия относится фуросемид:**
32. ингибитор карбоангидразы
33. осмотический диуретик
34. петлевой диуретик
35. тиазидный диуретик
36. антагонист минералкортикоидных рецепторов
37. **Какие дополнительные свойства гепарина учитываются при назначении его пациентам с нефротическим синдромом:**
38. диуретическое действие
39. натрийуретическое действие
40. гипотензивное действие
41. антипротеинурическое действие
42. все перечисленное
43. только в и г
44. **Что не относится из изложенного к петлевым диуретикам:**
45. действуют в восходящем отделе петли Генли
46. усиливают выделение из организма преимущественно Na, K, CI
47. усиливают почечный кровоток
48. угнетают карбоангидразу
49. выраженность диуретического эффекта зависит от содержания альдостерона в

крови

1. **Какие диуретики относятся к калийсберегающим:**
2. этакриновая кислота
3. хлорталидон
4. фуросемид
5. +спиронолактон
6. **Какие диуретики относятся к тиазидным:**
7. индапамид
8. фуросемид
9. маннитол
10. спиронолактон
11. **Выберите гипотензивные препараты, улучшающие внутрипочечную гемодинамику:**
12. Доксазозин.
13. Спиронолактон.
14. Гипотиазид.
15. Фуросемид.
16. Каптоприл.
17. **Выберите оптимальный вариант диуретической терапии отечного синдрома у больных ХПН:**
18. Спиролактон.
19. Фуросемид.
20. Триамтерен
21. Амилорид
22. Гидрохлортиазид.
23. **Выберите наиболее оптимальный вариант лечения нормоцитарной нормохромной анемии у больных ХПН:**
24. Трансфузии эритроцитов.
25. Препараты железа.
26. Витамин В12.
27. Эритропоэтин.
28. Глюкокортикоиды.
29. **Выберите продукты, содержащие большое количество фосфора:**
30. Творог.
31. Фрукты.
32. Бобовые.
33. Говядина.
34. Рыба.
35. **Какие мероприятия можно использовать для лечения гиперкалиемии:**
36. Гемодиализ.
37. Петлевые диуретики.
38. Глюкокортикоиды.
39. Введение солей кальция.
40. Изотонический раствор натрия.
41. **Выберите абсолютные противопоказания к пересадке почки в терминальной стадии ХПН:**
42. СКВ.
43. Сепсис.
44. Анемия.
45. Возраст старше 60 лет.
46. Злокачественное новообразование желудка.
47. **После трансплантации почки больным ХПН рекомендуется назначение:**
48. Глюкокортикоидов.
49. Аминохинолиновых препаратов.
50. Метотрексата.
51. Циклоспорина А.
52. **Медикаментозные отеки встречаются при применении**
53. β-блокаторов
54. гормональных препаратов
55. антагонистов кальция
56. сердечных гликозидов
57. **Терапия диуретиками эффективна**
58. при медикаментозных отеках
59. при почечных отеках
60. при отеках с заболеванием печени
61. при гипотиреозе
62. при сердечных отеках
63. **В лечении нефротического криза применяют**
64. диуретики
65. применение ингибиторов АПФ
66. применении антикининовых препаратов (пармидин в дозе 2 г/сут)
67. антигистаминные препараты
68. внутривенного введения белковых растворов
69. **Среди лекарственных препаратов, наиболее часто обусловливающих развитие НС относят**
70. препараты золота
71. D-пеницилламин
72. нитраты
73. вакцины и сыворотки
74. антибиотики
75. **К патогенетической терапии при НС относят применение следующих препаратов**
76. диуретики
77. цитостатики
78. циклоспорин А
79. альбумин
80. глюкокортикоиды
81. **К неиммунным методам лечения при НС относят применение препаратов с** **антипротеинурическим действием**
82. гепарины
83. ингибиторы АПФ
84. диуретики
85. статины
86. дипиридамол
87. **Для уменьшения отеков у пациентов с НС из немедикаментозных средств используют**
88. бессолевую диету, богатую калием
89. ограничение белка до 1-0,8 г/кг в сутки
90. ограничение жидкости до количества, превышающего диурез
91. не более чем на 200—300 мл
92. мочегонные травы
93. голодание
94. **Для усиления эффекта петлевых диуретиков при НС используют**
95. антагонисты кальция
96. верошпирон
97. сочетание их с тиазидовыми
98. эуфиллин
99. НПВС

**26. К наиболее нефро- и ототоксичным антибиотикам относятся:**

1. аминогликозиды
2. гликопептиды
3. макролиды
4. пенициллины
5. **У больного с пиелонефритом высеяны энтеробактерии (Гр-), устойчивые к пенициллинам и цефалоспоринам. В данном случае показано применение препарата:**
6. карбенициллин
7. эритромицин
8. гентамицин
9. олеандомицин
10. ванкомицин

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2 х 1012; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 6,0 х 109, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

Консультация окулиста: ретинопатия.

Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевина – 11,4 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача 2**

Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср.тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голенях. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-« с обеих сторон.

ОАК: эр- 3,1х 1012; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – 7,4 х 109, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915мкмоль/л, мочевина – 24,2 мкмоль/л.

ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

**Задания:**

1. Выделите осн. синдромы.

2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.

5. Составьте план лечения.

Задача 3

Женщина 23 лет, заболела месяц назад после путешествия по Африке: появились отёки на лице и нижних конечностях. В настоящее время жалобы на головные бо­ли. Объективно: температура тела 37°С. Кожа имеет желтушный оттенок. Несколько мелких безболезненных язв обнаружено на слизистой оболочке полости рта. В лучезапястных и коленных суставах отмечают экссудативные изменения. В лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 68 в мину­ту. АД 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, се­лезёнка 6x10 см. При исследовании глазного дна обнаружены признаки угрозы от­слойки сетчатки. Общий анализ крови: содержание НЬ 102 г/л, эритроциты 3 • 1012/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты 3,5 • 109/л. Лейкоцитарная формула: 3% палочкоядерных, 79% сегментоядерных нейтрофилов, 10% лимфоцитов, 4% эозинофилов, 4% моноцитов. СОЭ 42 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,010, содержание белка 2,66 г/л, эритроциты 8—10 в поле зрения, лейкоциты 5—6 в поле зрения, единичные гиалиновые и эритроцитарные цилиндры. Суточная протеинурия 1,8 г. Концентрация в крови креатинина 430 мкмоль/л, непрямого билирубина 40 мкмоль/л, прямого би­лирубина 4,7 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 45 мл/мин. Обнаружены LE-клетки в периферической крови. AT к ВИЧ, маркёры вирусов гепатита не обнару­жены. Исследование толстой капли на плазмодии дало отрицательный результат.

**Задание:**

Выберите вариант иммунодепрессивной терапии.

а. Монотерапия преднизолоном.

б. Монотерапияциклофосфамидом.

в. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом.

г. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курса.

д. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курсов, между которыми продолжают лечение преднизолоном внутрь и еженедельным назначением циклофосфамида.

Задача **4**

|  |
| --- |
|  |

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не

лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 82 г/л, эритроциты - 2,6х1012/л, лейкоциты - 5,6х109, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 95 %.

**Задание**:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?

3. Какие изменения вы предполагаете обнаружить в биохимическом анализе крови у больного?

4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику

**Задача 5**

Больной Ю.,39 лет, доставлен из дома в коматозном состоянии. Кожа больного бледно- серо-желтая, со следами расчесов. Рвота. Амиачный запах изо рта. При осмотре обращает на себя внимание ассиметрия мимической мускулатуры. Зрачки узкие, их реакция на свет вялая. Корниальные и конъюктивальные рефлексы не вызываются. Имеются фибрилярные подергивания мышц туловища и конечностей. Симптомы Кѐрнига, Брудзинского, Ригидность мышц затылка положительные. Дыхание шумное, типа Чейн-Стокса, АД – 150/90мм.рт.ст. Пульс 90 уд/мин., ритмичный. Диурез 300 в сутки. В ОАК Hb – 90 г/л., Эр – 2.0 млн. Остаточный азот 35 ммоль/л, мочевина – 26ммоль/л, креатинин – 0.3 ммоль/л. ОАМ : УВ – 2008, белок - 1.8%, сахара нет, 10 - 15 Эр в п/з. Осмолярность плазмы крови – 225 мосмоль/л. После введения бикарбоната натрия 200.0 в/в развились тонические судороги.

**Задание:**

1. Поставьте клинический диагноз? 2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать это состояние? 3. Лечебная тактика?

**Задача6**

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4 х 1012; Нв – 100 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 5,0 х 109, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; цвет – светло-желтый, реакция – кислая; плотность – 1020, сахар – нет, белок – 5,3 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови – 88 мкмоль/л ( N 40-150), мочевина – 6,8 (3-7) мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача 7**

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, плотность – 1010, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр.Общий анализ крови: эритроциты 4,0 х 1012; Нв – 127 г/л, цв. показ. – 0,9; лейкоциты – 8,9 х 109, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час.

Креатин крови – 86 мкмоль/л, мочевина – 6,6 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Укажите диффренциально-диагностический ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 24:****Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, преимущественно используемых в акушерстве и гинекологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости** - *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Маточные средства. Средства, стимулирующие мускулатуру матки. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия препаратов.

2. Средства, расслабляющие мускулатуру матки. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия препаратов.

3.Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия женских половых гормонов и их синтетических аналогов. Показания к применению.

4. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия пероральных контрацептивов, противоклимактерических гормональных препаратов.

**Тестовые задания**

1. **К гормонам задней доли гипофиза относится:**
2. мелатонин;
3. кортикотропин;
4. соматропин;
5. окситоцин;
6. кальцитонин.
7. **Показания для применения Окситоцина:**
8. для возбуждения и стимуляции родовой деятельности;
9. гиполактация в послеродовом периоде;
10. для ускорения послеродовой инволюции матки;
11. профилактики и лечения гипотонических маточных кровотечений после аборта;
12. все ответы верны.
13. **Противопоказания к применению Окситоцина:**
14. поперечное и косое положение плода;
15. преждевременные роды;
16. маточный сепсис;
17. матка после многократных родов;
18. все ответы верны.
19. **Противопоказания к применению Окситоцина:**
20. состояния с предрасположенностью к разрыву матки;
21. артериальная гипертензия;
22. лицевое предлежание плода;
23. узкий таз;
24. все ответы верны.
25. **Побочные действия Окситоцина:**
26. тахикардия;
27. эйфория, галлюцинации;
28. гемолитическая желтух;
29. повышение АД и субарахноидальное кровотечение или понижение АД и шок;
30. кетоацидоз.
31. **Механизм действия Окситоцина:**
32. повышает тонус и сократительную активность гладкой мускулатуры матки;
33. стимулирует ритмические сокращения матки;
34. действует на миоэпителиальные элементы молочной железы;
35. повышает внутриклеточное содержание Са2+;
36. все ответы верны.
37. **Фармакокинетика Окситоцина:**
38. выводится главным образом почками;
39. выводится преимущественно с желчью;
40. кумулируется в печени;
41. не всасывается в системный кровоток через слизистую оболочку носа;
42. все ответы неверны.
43. **Дидрогестерон является:**
44. аналогом прогестерона;
45. эстрогенным препаратам;
46. антигестогенным препаратом;
47. препаратом минералокортикоидов;
48. антагонистом кортикостероидов.
49. **Гестагенным действием обладает:**
50. Кломифен;
51. Тамоксифен;
52. Дидрогестерон;
53. Левоноргестрел;
54. Норэтистерон.
55. **Показания для применения Дидрогестерона:**
56. бесплодие, аборт;
57. дисменорея, нерегулярные менструации;
58. эндометриоз;
59. все ответы верны.
60. **Противопоказания для Дидрогестерона:**
61. повышенная чувствительность;
62. синдром Дубина — Джонсона;
63. синдром Ротора;
64. все ответы верны.
65. **Побочные действия Дидрогестерона:**
66. аменорея;
67. агранулоцитоз;
68. ортостатическая гипертензия;
69. периферические отеки.
70. **Механизм действия Дидрогестерона:**
71. способствует образованию нормального секреторного эндометрия у женщин;
72. уменьшает возбудимость и сократимость матки и труб;
73. не вызывает маскулинизации плода и вирилизации матери;
74. все ответы верны.
    1. **Укажите препарат выбора при Гр-отрицательной инфекции МВП у беременных:**
75. фосфомицин;
76. ципрофлоксацин;
77. доксициклин;
78. линкомицин;
79. хлорамфеникол.
    1. **К наиболее безопасному ЛС у беременных можно отнести:**
80. амоксициллин;
81. гентамицин;
82. левомицетин;
83. доксициклин;
84. ванкомицин.
    1. Т**ермин, обозночающий действие лекарственных веществ во время беременности, которое приводит к возникновению врожденных уродств**
85. мутагенное действие
86. фетотоксическое действие
87. эмбриотоксическое действие
88. тератогенное действие
89. мутагенное действие
    1. Ф**етотоксическое действие – это**
90. неблагоприятное действие на плод, не приводящее к развитию врожденных уродств
91. неблагоприятное действие на эмбрион, не приводящее к развитию врожденных уродств
92. действие на эмбрион, приводящее к развитию врожденных уродств
93. действие на эмбрион, приводящее к развитию некоторых врожденных уродств
    1. М**утагенное действие лекарственного вещества – это**
94. неблагоприятное действие на эмбрион, приводящее к врожденным уродствам
95. повреждение генетического аппарата, приводящее к изменению генотипа потомства
96. неблагоприятное действие на эмбрион, не вызывающее врожденных уродств
97. действие на плод, приводящее к развитию опухолей
    1. Р**азвитие у новорождённого «серого синдрома» наиболее часто вызывает приём:**
98. тетрациклина
99. левомицетина
100. рифампицина
101. пенициллина
     1. Н**аибольшим тератогенным действием на плод обладают**
102. статины
103. букарбан
104. салицилаты
105. метилдопа
     1. В**ведение беременным перед родами сульфата магния может вызвать у новорожденных осложнение в виде**
106. развития нейромышечных блокад и летаргии
107. угнетения дыхания
108. гепатотоксического действия
109. тромбоцитопении
110. гипотрофии
     1. **Последствия введения бета-адреноблокаторов во время беременности у новорожденных**
111. потеря слуха
112. поражение кожных покровов
113. гипотрофия плаценты и плода
114. преждевременное закрытие Боталлова протока
115. геморрагический синдром
     1. **Наиболее безопасно во время беременности применение следующих антимикробных препаратов**
116. нитрофураны
117. аминогликозиды
118. пенициллины
119. Ко-тримоксазол
120. фторхинолоны
     1. **Наиболее токсичный из антибиотиков аминогликозидной группы**
121. амикацин
122. тобрамицин
123. неомицин
124. гентамицин
125. стрептомицин
126. **Наиболее безопасный препарат у беременных**
127. амоксициллин
128. гентамицин
129. левомицетин
130. тетрациклин
131. ванкомицин
132. **Отметить естественные половые стероидные гормоны:**
133. Гидрокортизон
134. Прогестерон
135. Альдостерон
136. Окситоцин
137. **Отметить эстрогенный препарат стероидного строения:**
138. Прегнин
139. Метандростенолон
140. Эстрадиол
141. Синэстрол
142. **Эстрогены вырабатываются:**
143. Передней долей гипофиза
144. Фолликулами яичников
145. “Желтым телом” яичников
146. Клетками Лейдига яичек
147. **Отметить один из основных эффектов эстрогенных препаратов:**
148. Пролиферация эндометрия в первой половине менструального цикла
149. Развитие вторичных мужских половых признаков
150. Формирование децидуальной оболочки и плаценты
151. Стимуляция секреции гонадотропинов
152. **Отметить возможное осложнение при применении эстрогенных препаратов:**
153. Стероидный диабет
154. Остеопороз
155. Ортостатическая гипотензия
156. Тромбоэмболия
157. **Отметить антиэстрогенные препараты:**
158. Бромокриптин
159. Галоперидол
160. Сарколизин
161. Тамоксифен
162. **Отметить показание к применению кломифена:**
163. Рахит
164. Бесплодие
165. Подагра
166. Язвенный колит
167. **Гестагены - это:**
168. Производные прогестерона
169. Гормоны коры надпочечников
170. Гормоны гипоталамуса
171. Гонадотропины
172. **Прогестерон секретируется:**
173. Фолликулами яичников
174. Гландулоцитами яичек
175. “Желтым телом” яичников
176. Железистыми клетками передней доли гипофиза
177. **Отметить гестагенные препараты:**
178. Дипразин
179. Прегнин
180. Синэстрол
181. Дексаметазон
182. **Отметить один из основных эффектов прогестерона:**
183. Угнетает пролиферацию железистой ткани молочной железы
184. Повышает возбудимость миометрия
185. Снижает возбудимость миометрия
186. Стимулирует созревание фолликулов
187. **Отметить препарат прогестерона длительного действия:**
188. Прогестерон
189. Флуметазон
190. Тестостерон
191. Медроксипрогестерона ацетат
192. **Отметить показание к применению гестагенов:**
193. Профилактика выкидыша
194. Стимуляция сократительной активности миометрия при родах
195. Анафилактический шок
196. Ожирение
197. **Отметить показание к применению контрацептивных препаратов:**
198. Бесплодие
199. Беременность
200. Крипторхизм
201. Все ответы не верны
202. **Отметить контрацептивный препарат, содержащий микродозы гестагенов:**
203. Микролют
204. Мерсилон
205. Триквилар
206. Метандростенолон
207. **Верно ли утверждение, что основной механизм действия “мини-пиллей” заключается в подавлении овуляции, изменениях слизистой миометрия, препятствующих имплантации яйцеклетки, сгущении слизи цервикального канала?**
208. Верно
209. Не верно
210. **Отметить показания для контрацепции с помощью “мини-пилли”:**
211. Карликовый рост
212. Эпилепсия
213. Рахит
214. Непереносимость эстрогенов
215. **Отметить побочный эффект при применении “мини-пилли”:**
216. Агранулоцитоз
217. Глюкозурия
218. Межменструальные кровянистые выделения
219. Дисбактериоз
220. **Отметить посткоитальный контрацептивный препарат:**
221. Микролют
222. Постинор
223. Триквилар
224. Норплант
225. **В трехфазных эстроген-гестагенных контрацептивных препаратах содержание эстрогенного и прогестагенного компонента:**
226. Одинаково на протяжении всего цикла
227. Прогестагенный компонент во 2 фазе цикла повышается
228. Увеличение дозы прогестагена - ступенчато, в 3 этапа
229. Эстрогены и прогестагены повышаются во 2 фазе цикла
230. **Отметить возможное осложнение при применении комбинированных оральных контрацептивов:**
231. Тромбоэмболия
232. Хронический бронхит
233. Лекарственная зависимость
234. Ортостатическая гипотензия
235. **Отметить побочный эффект при применении медроксипрогестерона ацетата:**
236. Кровотечения
237. Снижение массы тела
238. Гиперсексуальность
239. Туберкулез

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Женщина 30 лет поступила в род.дом в связи с появлением болевых ощущений внизу живота. Срок беременности 31-32 недели. Повышен тонус матки. Поставлен диагноз: Первородящая ,30 лет, угрожающие преждевременные роды. Госпитализирована в отделение патологии.

**Вопросы:**

Назначение какого препарата будет оправдано в данном случае? Какими побочными эффектами будет сопровождаться его применение?

**Задача 2**

Женщине 30 лет живущей регулярной половой жизнью гинеколог назначил марвелон. Несколько позже её проконсультировал другой врач-гинеколог, сообщив что препарат является трехфазным противозачаточным средством поэтому должен применяться по 1 таблетке 3 раза в день и кроме того может использоваться для прерывания беременности (4 таблетки на прием) при маточных кровотечениях и предменструальных расстройствах. Принимать препарат нужно не разжевывая и запивая небольшим количеством жидкости. Поскольку у женщины были признаки ОРЗ врач порекомендовал  ей приобрести тетрациклин в таблетках для приема курсом не менее 3х недель.

**Вопросы:** Найдите ошибки.

**Задача 3**

Больная 30 лет, предъявляет жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, в течение последних трёх дней.

Объективно: обильные гомогенные жидкие выделения светло-серого оттенка с неприятным «рыбным» запахом, равномерно распределяющиеся по стенкам влагалища.

В мазках по Граму: лейкоцитов 10-15 в поле зрения, обильная кокковая флора, наличие «ключевых» клеток.

При рН-метрии: уровень влагалищного рН 5,5.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. На основании чего выставлен диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Перечислите этапы лечения.
5. Перечислите рекомендуемые схемы лечения.

**Задача 4**

Первородящая Ф., 24-х лет. В течение 2-х дней ощущала головную боль, плохое самочувствие, поступила с регулярной родовой деятельностью.

При осмотре: отеки на голенях, передней брюшной стенке. АД 180/100 мм рт.ст. Положение плода продольное, тазовое предлежание. Сердцебиение плода 140 в 1 минуту, ритмичное, приглушено. При попытке сделать влагалищное исследование у больной возник приступ судорог.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Обоснуйте его показателями дополнительных методов обследования.
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Задача 5**

Больная И., 46 лет, поступила в клинику с жалобами на кровотечение из половых путей, начавшееся после 2-х месяцев задержки менструации и продолжающееся в течение 5 дней.

Менструации с 14 лет, регулярные, умеренные по 4-5 дней, через 28 дней, в течение последних 2-х лет через 2-3 месяца, необильные по 7-8 дней, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, имела 2 родов в срок, без осложнений и 2 искусственных не осложненных аборта. В анамнезе корь, частые ангины.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, удовлетворительного питания. Пульс 80 уд/мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 130/90 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

В зеркалах: слизистая влагалища бледноватая, шейка матки эпителизирована, наружный зев щелевидный, из зева кровянистые выделения, обильные.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки выстлана эпителием, наружный зев закрыт. Тело матки расположено правильно, не увеличено, безболезненное при пальпации.

Придатки матки не увеличены. Своды влагалища глубокие, параметрии не инфильтрированы.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
3. Составьте алгоритм неотложной терапии.
4. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Задача 6**

Больная С. 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, головокружение и обильные кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся 10 дней тому назад после 2-х месячной задержки менструации и усилившиеся в последние 3 дня. Менструации с 14 лет нерегулярные по 3-4 дня, умеренные, болезненные. Половую жизнь отрицает

Из анамнеза: перенесла в раннем детстве корь, инфекционный паротит, коревую краснуху. Наследственность не отягощена.

Объективно: правильного телосложения, нормального питания, молочные железы развиты слабо. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Пульс 90 уд.в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 95/50 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв – 65 г/л, эритроцитов 2,7х1012 /л.

При осмотре: оволосение на лобке по женскому типу. Отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, девственная плева не нарушена. Ректальное исследование: тело матки чуть меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 25:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, используемых в офтальмологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Офтальмологические ЛС местного действия. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия антимикробных ЛС местного действия, ГКС, НПВС, местных анестетиков.

2. Системное действиеофтальмологических ЛС. Показания к применению.

3. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия препаратов для лечения глаукомы, катаракты.

4. ЛС, применяемые в качестве диагностических средств при офтальмологическом обследовании.

**Тестовые задания**

1. **Раствор какого антибиотика широко применяется для лечения конъюктивитов и блефаритов:**
2. оксациллина
3. цефалексина
4. доксициклина
5. гентамицина
6. левомицетина
7. **Местное действие лекарственного вещества- это**
8. развивающееся после его всасывания в месте введения
9. непосредственное влияние на определенные рецепторные структуры
10. развивающееся в месте его приложения
11. воздействие на ряд функций тканей и клеток
12. первичная фармакологическая реакция
13. **Резорбтивное действие лекарственного вещества - это**
14. развивающееся после его всасывания в месте введения
15. возникающее одновременно с основным
16. развивающееся в месте его приложения
17. воздействие на ряд функций тканей и клеток
18. первичная фармакологическая реакция
19. **Введение лекарственных веществ в переднюю камеру производится при:**
20. заболеваниях слезоотводящих путей;
21. остром приступе глаукомы;
22. хирургических вмешательствах;
23. хронических заболеваниях век;
24. заболеваниях зрительного нерва.
25. **В стекловидное тело вводятся лекарственные препараты:**
26. антибиотики
27. антиглаукоматозного действия;
28. сосудорасширяющего действия;
29. ингибиторы ангиогенеза;
30. мидриатики.
31. **К бета-блокаторам относятся следующие антиглаукомные препараты**:
32. ацеклидин;
33. ксалатан;
34. бетаксолол;
35. азопт;
36. тимолол
37. **Отравление метиловым спиртом приводит к:**
38. развитию дистрофии роговой оболочки;
39. развитию катаракты;
40. увеиту;
41. отслойке сетчатки;
42. атрофии зрительного нерва
43. **С целью купирования острого приступа глаукомы назначают**
44. 1% раствор пилокарпина по схеме
45. 1% раствор атропина
46. 0,25% раствор левомицетина
47. 0,25% раствор новокаина
48. все верно
49. **Для профилактики инфекции и воспаления при проникающем**

**ранении глаза местно вводят**

1. сульфацетамин (альбуцид) 20%
2. хлорамфсникол (лсвомицетин) 0,25%
3. дексаиетазон 0,1%
4. раствор фурацилина 1:5000
5. гентамицин 3%
6. **Неотложная помощь при передней ишемической оптической**

**нейропатии включает**

1. массаж шейного отдела позвоночника
2. массаж глазного яблока
3. инстилляция глазных капель атропина сульфата 1%
4. антибактериальная терапия
5. в\в 10 мл 2,4% р-ра эуфиллина
6. вдыхание смеси карбогена
7. **Лечение ячменя включает**
8. вскрытие
9. применение «сухого» тепла
10. антибактериальные капли и мазь
11. компресс на область воспаления
12. капли и мазь стероидов
13. **Лечение аллергического конъюнктивита включает**
14. местная антибактериальная терапия (капли, мази)
15. местная терапия противоаллергическими средствами (ингибиторы
16. гистаминорецепторов, стабилизаторы тучных клеток)
17. промывание конъюнктивального мешка растворами антисептиков
18. местная терапия противовирусными препаратами
19. (капли, мази)
20. системная терапия противоаллергическими средствами
21. **Лечение острого приступа закрытоугольной глаукомы включает**
22. капли глазные - раствор пилокарпина гидрохлорида1%
23. капли глазные — раствор атропина сульфата 1%
24. капли глазные - раствор тимололамалеата 0,5%
25. капли глазные - раствор дорзоламида гидрохлорида 2% (трусопт)
26. внутрь ацетазоламид 0,25-0,5 (диакарб)
27. **Лечение острого бактериального конъюнктивита:**
    1. Частые инстилляции антибактериальных капель.
    2. Конъюнктивотомия.
28. Закладывание мази с антибиотиком.
    1. Массаж век.
29. **В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:**
30. интерферонов и интерферогенов
31. кортикостероидов
32. антибиотиков
33. антиоксидантов
34. витаминов
35. **Для лечения внутриглазного герпеса:**
36. химиотерапевтические средства
37. неспецифические противовирусные средства
38. иммунокоррегирующие средства
39. хирургические методы лечения
40. верно все перечисленное
41. **Лечение тромбозов вен сетчатки включает:**
42. тромболитики
43. антикоагулянты и антиагреганты
44. ангиопротекторы
45. мочегонные средства
46. верно все перечисленное
47. **Основные принципы в лечениее диабетической ангиоретинопатии включают:**
48. сосудоукрепляющую терапию
49. терапию антидиабетическими препаратами
50. сосудорасширяющими препаратами
51. витаминотерапию
52. верно все перечисленное
53. **Основные принципы лечения геморрагической формы диабетической ангиоретинопатии включают:**
54. средства, укрепляющие сосудистую стенку
55. средства, улучшающие микроциркуляцию
56. сосудорасширяющими препаратами
57. средства, рассасывающиего действия
58. верно все перечисленное
59. **Лечение оптических невритов включает препараты:**
60. противовоспалительные
61. десенсибилизирующие
62. витаминные
63. дезинтоксикационные
64. верно все перечисленное
65. **Лечение ретробульбарных невритов в острый период заболеваний включает:**
66. сосудистую терапию
67. противовоспалительную терапию
68. хирургические мероприятия
69. лазертерапию
70. лазерстимуляцию
71. **Лечение ишемической оптической нейропатии включает:**
72. сосудистую терапию
73. противовоспалительную терапию
74. гормональную терапию
75. лазертерапию
76. электростимуляцию
77. **Для общего лечения глаукомы назначают:**
78. сосудистые препараты, ангиопротекторы, антиоксиданты
79. ангиопротекторы
80. антиоксиданты
81. цитостатики
82. кортикостероиды
83. **Лечение острого приступа глаукомы включает:**
84. инстилляции миотиков, бета-адреноблокаторов, симпатомиметиков
85. назначение бета-адреноблокаторов
86. инстилляции симпатомиметиков
87. назначение кортикостероидов
88. парацентез
89. **При лечении ожогов век используются:**
90. антигистаминные препараты, антибиотики, кортикостероиды
91. антибиотики
92. кортикостероиды
93. диуретики
94. гипотензивные препараты
95. **Биогенные стимуляторы назначаются при:**
96. онкологических заболеваниях переднего отрезка глаза
97. онкологических заболеваниях заднего отрезка
98. хориоретинальных дистрофиях
99. лечении катаракты
100. флегмоне слезного мешка
101. **К ангиопротекторам относятся:**
102. никошпан, но-шпа, диакарб
103. диксиум, дицинон, витамин С, аскорутин
104. гирудотерапия
105. миотики
106. мидриатики

**Ситуационные задачи**

**Задача1.**

В поликлинику к врачу-офтальмологу обратился больной 28 лет с жалобами на покраснение обоих глаз и незначительные выделения из глаз. Известно, что данные жалобы появились около 2х недель назад, лечился самостоятельно глазные каплями (название не помнит), после данного лечения лучше не стало. Объективно: умеренно выраженная конъюнктивальная иньекция обоих глаз, незначительное слизистое отделяемое из конъюнктивального мешка, фолликулы средних размеров «рядами» на конъюнктиве нижнего века, роговица прозрачная, гладкая. Увеличенные подчелюстные лимфатические узлы, при пальпации безболезненные. Из анамнеза удалось выяснить, что пациент недавно лечился у уролога по поводу простатита.

**Вопросы:**

**1.**Поставьте предварительный диагноз Выбрать правильный ответ

**2.**Назначьте лечение соответственно поставленному диагнозу

**Задача 2.**

В клинику к врачу-офтальмологу обратилась больная с жалобами на чувство инородного тела в обоих глазах, покраснение глаз, светобоязнь и ухудшение зрения, особенно при ярком освещении. Также пациентка отмечает общую слабость и повышение температуры тела до 37 гр по вечерам. Данное состояние наблюдает в течение последних 5 дней, заболела, находясь на гастролях в США. Такие же симптомы отмечали и несколько других балерин труппы с разницей в день. При проверке острота зрения 0,6 обоих глаз не коррегируется (со слов пациентку – зрение всегда было отличным, очки не носила). Объективно: умеренно выраженная смешанная инъекция глазных яблок, отделяемое слизисто-гнойное в умеренном количестве в конъюнктивальном мешке и белесые пленки на конъюнктиве переходной складки и на верхнем веке при его вывороте. Роговица - субэпителиальные точечные и округлые помутнения в оптической зоне в большом количестве, единичные такие помутнения в параоптической зоне. Роговичный синдром умеренно выражен. Роговица сохраняет высокую чувствительность во всех точках. Глубжележащие отделы глазного яблока без патологии. Увеличенные предушные лимфатические узлы, болезненны при пальпации.

**Вопросы:**

**1.**Поставьте предварительный диагноз

**2.**Назначьте лечение соответственно поставленному диагнозу

**Задача 3.**

К врачу-офтальмологу обратился больной 68 лет с жалобами на чувство инородного тела в правом глазу, покраснение этого же глаза, особенно по утрам, после пробуждения. Данные жалобы возникли около месяца назад, за это время больной отметил незначительное снижение зрения, тогда же и обратился к врачу, был поставлен диагноз конъюнктивита и назначен антибиотик в каплях. Лечение было неэффективным. После уточнения анамнеза было выяснено, что жена пациента заметила, что во время сна у ее мужа приоткрыт правый глаз. При осмотре: острота зрения правого глаза 0,7 (не коррегируется), легкая смешанная инъекция глазного яблока, патологического отделяемого из конъюнктивального мешка нет, конъюнктива с единичными фолликулами в нижней переходной складке, LIPCOF 2 степени, проба Норна 7 секунд; роговица – в нижней половине и в области открытой глазной щели шероховатость эпителия, мелкие точечные помутнения по типу nubecula (прокрашиваются флюоресцеином). Лагофтальма нет, но при просьбе зажмурить глаза – верхнее веко правого глаза самостоятельно выворачивается.

**Вопросы:**

**1.**Предположительный диагноз

**2.**Назначьте лечение

**Задача 4.**

В клинику обратилась пациентка 25 лет с жалобами на зуд, покраснение обоих век, незначительное слизистое отделяемое, которое склеивает ресницы. Также беспокоит насморк. Температура тела нормальная. При осмотре – гиперемия век, на ресницах засохшие корочки слизистого отделяемого, выраженная конъюнктивальная иньекция, фолликулы крупные полигональной формы на переходной складке, на конънюнктиве верхнего века. Роговица прозрачная, глубжележащие отделы без патологии.

**Вопросы:**

**1.**Что из анамнеза необходимо уточнить для уточнения диагноза

**2.**Назначьте лечение

**Задача 5.**

В клинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на резкие боли в левом глазу, выраженную светобоязнь и слезотечение. Отмечает, что жалобы появились сегодня утром, сразу после того как открыл глаза. Такое состояние впервые. Соматически здоров, занимается спортом, очки и контактные линзы не носит, зрение всегда было 1,0. При осмотре - выраженный роговичный синдром левого глаза, для того, чтобы осмотреть пациента пришлось капнуть в левый глаз 0,4% инокаин. Легкая перикорнеальнаяиньекция, отделяемого нет, конъюнктива прозрачная, гладкая. Роговица - впараоптической зоне на 2х часах имеется округлый дефект эпителия диаметром около 2 мм с неровными краями, в остальных отделах роговица прозрачная гладкая. Ваш диагноз -острый кератит вирусной этиологии -острый кератоконус -эрозия роговицы Нужны ли дополнительные обследования -окрасить роговицу флюоресциином -конфосканирование роговицы для уточнения состояния всех слоев

**Вопросы:**

**1.**Какие наиболее вероятные причины данного состояния

**2.**Лечение

**Задача 6.**

В клинику обратился пациент 29 лет с жалобами на боли в правом глазу, снижение зрения за последние сутки. Носит контактные линзы на обоих глазах в течение 5 лет. До этого момента у офтальмолога никогда не лечился. Отмечает, что два дня назад забыл на ночь снять контактные линзы, но в течение последующего дня никаких жалоб не было. На консультацию пришел в очках. При осмотре – левый глаз без патологии, острота зрения с миопической коррекцией 1,0. Правый глаз – острота зрения 0,01 не коррегируется. Выраженный роговичный синдром, умеренно выраженная смешанная иньекция глазного яблока, отделяемое скудное слизисто-гнойное. Веки без патологии. В центре роговицы формируется округлый глубокий (до средних слоев стромы) кольцевидный инфильтрат серого цвета, в центре инфильтрата роговица источена, опалесценция влаги ПК ++, на эндотелии значительное количество преципитатов. Ваша тактика -лабораторная диагностика (смывы с роговицы, смыва с КЛ с целью опреленияакантамебы; соскобы на ВПГ) -конфосканирование роговицы с целью выявления цист акантамебы

**Вопросы:**

**1.**Предположительный диагноз

**2.**Лечение

**Задача 7**

Больному А, страдающему глаукомой, был назначен препарат, который снижает внутриглазное давление, вызывает мидриаз и слабые изменения аккомодации. Пациенту Б, также получающему лечение по поводу глаукомы назначили препарат, который снижает внутриглазное давление, вызывает миоз и спазм аккомодации. **Вопросы:**

Лекарственные средства каких групп оказывают подобное действие?  Приведите примеры препаратов. Объясните механизмы их действия на глаз.

**Задача 8**

С целью исследования глазного дна пациенту в конъюнктивальный мешок введен препарат из группы М-холиноблокаторов. Врач предупредил пациента, что он в течение недели не сможет читать и писать.

**Вопросы:**

Какой препарат был введен больному? К какой группе препаратов он относится? Объясните механизм его действия на глаз.

**Задача 9**

Больной, 35 лет, жалобы на слезотечение, небольшую светобоязнь рези в правом глазу. За неделю до этого перенес ОРЗ. Объективно: ОД — выраженная гиперемия конъюнктивы сводов и век, фолликулы на конъюнктиве век, кровоизлияния в конъюнктиву.

**Вопросы:**

Ваш диагноз? Рекомендуемое лечение?

**Задача 10**

К врачу-офтальмологу на амбулаторный прием обратился пациент 32 лет, который длительное время лечится в различных медицинских учреждениях города по поводу конъюнктивита. Одновременно капает 4-5 лекарственных препаратов. Препараты каждые 7-10 дней меняют, так как больной ходит к разным врачам. В настоящее время беспокоит чувство инородного тела в обоих глазах, сухость глаз, ухудшение зрения, светобоязнь и слезотечение, периодически появляется зуд век. При осмотре: веки гиперемированы, утолщены особенно по краям, выраженное слизистое отделяемое на веках и ресницах, конъюнктива отечна, единичные хаотически разбросанные по конъюнктиве фолликулы средних размеров, поверхность роговицы шероховата, тусклая, много десквамированного эпителия, скрученного в виде нитей, которые одной стороной плотно прикреплены к поверхности роговицы. Вся роговица прокрашивается флюоресцеином в виде мелких точечных дефектов. Глубжележащие отделы без патологии.

**Вопросы:**

**1.**Поставьте диагноз

**2.**Ваши рекомендации

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 26:КФ препаратов, применяемых в фтизиопульмонологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация противотуберкулезных препаратов.

2. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие противотуберкулезных препаратов I ряда.

3. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействия противотуберкулезных препаратов II ряда.

4. Тактика применения противотуберкулезных препаратов, схемы лечения.

**Тестовые задания**

1. **Какие препараты растительного происхождения относятся к группе биогенных стимуляторов?**
2. Алоэ, фибс, гумизоль
3. Лидаза, метацил, плазмол
4. Полиглюкин, реополиглюкин
5. Гемодез
6. **Какие из перечисленных препаратов предпочтительнее включать в комплексное лечение больных туберкулезом старческого возраста?**
7. Инсулин, новокаин, декамевит
8. Анаболические гормоны, алоэ, плазмол
9. Гемодез, полиглюкин, реополиглюкин
10. **Какие из нижеприведенных препаратов переливают с целью стимуляции обменных процессов?**
11. Плазма крови, альбумин, аминокровин
12. Полиглюкин, реополиглюкин
13. Эритроцитарнуюмассу
14. Гемодез
15. **К какой группе, в соответствии с их действием на организм относятся альдостерон и дезоксикортикостерон?**
16. Минералокортикоиды
17. Глюкокортикоиды
18. Анаболическиегормоны
19. **Каков основной механизм воздействия кортикостероидной терапии на патологический процесс?**
20. Уменьшениевоспаления
21. Усилениевялотекущеговоспаления
22. Стимуляция репаративных процессов в тканях
23. **Какой препарат относится к специфическим стимуляторам, применяемым в комплексном лечении туберкулеза?**
24. Пирогенал
25. Туберкулин
26. Алоэ
27. Продигиозан
28. Фибс
29. **Какие лекарственные средства из перечисленных относятся к препаратам тканевой терапии, применяемым в комплексном лечении туберкулеза?**
30. Плазмол, взвесьплаценты
31. Экстракталоэ,фибс
32. Пирогенал, продигиозан
33. **Какие основные свойства гепарина обуславливают показания к его назначению в комплексном лечении туберкулеза?**
34. Антигистаминное, антикоагуляционное
35. Потенцирующеедействиеантибиотиков
36. Потенциирующеедействиехимиопрепаратов
37. Противовоспалительное,улучшает микроциркуляцию, десенсибилизирующее
38. **Какой вид воздействия оказывают в организме больного препараты кокаборсилазы, АТФ и липоевой кислоты?**
39. Стимулируютбелковыйобмен
40. Стимулируютжировойобмен
41. Стимулируютэнергетическийобмен
42. **Каким гормональным препаратам отдается предпочтение при лечении туберкулеза в сочетании с сахарным диабетом?**
43. Гидрокортизон, преднизолон, преднизон
44. Урбазон, метипред
45. **Какому гормональному препарату отдается предпочтение при лечении туберкулеза, сочетающегося с сердечно-сосудистой декомпенсацией, так как он потенциирует диурез?**
46. Преднизолон
47. Триамцинолон
48. Дексаметазон
49. Ретаболил
50. **Какие препараты из нижеперечисленных относятся к глюкокортикоидам?**
51. Альдостерон
52. Дезоксикортикостерон
53. Кортизон, кортизол
54. **Какие состояния и сопутствующие заболевания относятся к противопоказаниям для назначения кортикостероидной терапии?**
55. Эндокринные и психические заболевания
56. Туберкулезнаяэмпиема
57. Декомпенсация сердечной деятельности, болезнь Иценко-Кушинга
58. **Какой противотуберкулезный препарат предпочтительно включать в схему лечения больных туберкулезом с массивным казеозным поражением лимфоузлов?**
59. Рифампицин
60. Протионамид
61. Этамбутол
62. Тибон
63. Пиразинамид
64. **Каководействиекортикостероидныхгормонов?**
65. Противовоспалительное, иммуностимулирующее
66. Иммуностимулирующее, анаболическое
67. Иммуномодулирующее, анаболическое, противоспалительное
68. Противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммунодепрессивное
69. **Какова средняя терапевтическая доза гидрокортизона в комплексном лечении туберкулеза у взрослых?**
70. 5 - 10 мг
71. 25 - 75 мг
72. 75 - 100 мг
73. 100 - 150 мг
74. **Какова средняя терапевтическая доза преднизолона в комплексном лечении туберкулеза легких у взрослых?**
75. 10-15 мг
76. 40-60 мг
77. 60-80 мг
78. 20-40 мг
79. **Действие каких противотуберкулезных препаратов потенциируетпиразинамид?**
80. Рифампицина, ПАСК
81. Рифампицина, циклосерина
82. Этамбулона, тибона
83. ГИНК, стрептомицина, этионамида
84. **Какова суточная доза пиразинамида (пирафата) взрослым больным туберкулезом среднего возраста и средней массы тела (60-70кг)?.**
85. 1,0
86. 1,0 - 1,25
87. 1,5 - 2,5
88. 3,0
89. **Какое побочное действие пиразинамида встречается чаще других?**
90. Ототоксичное
91. Нефротоксичное
92. Нейротоксичное
93. Гепатотоксичное
94. **Каким преимущественно действием на МБТ обладает этамбутол?**
95. Внутриклеточным
96. Внеклеточным
97. Внутриклеточным и внеклеточным
98. **Какие препараты предупреждают развитие осложнений при лечении пиразинамидом?**
99. Тиамин, рибофлавин, токоферол
100. Но-шпа, аллахол, пипольфен
101. Пантотенат кальция, холензим, аллохол
102. Пиридоксин, цианокобаламин, витамин С
103. **Каковы противопоказания для назначения пиразинамида?**
104. Выраженный атеросклероз, нарушения мозгового кровообращения
105. Невриты, психическиенарушения
106. Алкоголизм, эпилепсия
107. Нарушение функции печени и почек, мочекислыйдиатез
108. **К какой группе патогенетических средств относится туберкулин?**
109. Иммуномодулятор
110. Иммунодепрессант
111. Специфическийиммуномодулятор
112. Неспецифическийиммунодепрессант
113. **Каким действием обладает преднизолон?**
114. Катаболическим
115. Анаболическим
116. Смешанным
117. **При использовании какого противотуберкулезного препарата наиболее часто поражаюся почки?**
118. Этамбутола
119. Этионамида
120. Пиразинамида
121. Изониазида
122. Стрептомицина
123. **Какой препарат ГИНК является наиболее эффективным?**
124. Рифампицин
125. Фтивазид
126. Метазид
127. Ларусан
128. Изониазид
129. **При назначении какого препарата из перечисленных имеется риск серьезных нарушений функции центральной нервной системы ?**
130. Стрептомицина
131. Канамицина
132. Пиразинамида
133. ПАСК
134. Циклосерина
135. **Каким патогенетическим средством из перечисленных целесообразно дополнить химиотерапию вялотекущего туберкулезного процесса?**
136. Туберкулином
137. Преднизолоном
138. Димедроломилитавегилом
139. Кокарбоксилазой
140. **У каких антибиотиков широкого спектра действия из перечисленных установлена туберкулостатическая активность?**
141. Гентамицин
142. Эритромицин и мономицинПолимиксин
143. Фортум и септрим
144. Таривид и цефалоспорины
145. **Какую комбинацию препаратов из перечисленных следует признать рациональной?**
146. Изониазид, метазид и рифампицин
147. Изониазид, стрептомицин и канамицин Изониазид, этионамид и протионамид
148. Изониазид, канамицин и фтивазид
149. Изониазид, стрептомицин и рифампицин
150. **Какие туберкулостатики из перечисленных наименее эффективные?**
151. Рифампицин и изониазид
152. Пиразинамид и стрептомицин
153. Этионамид и тизамид
154. Солютизон и солюзид
155. ТиоацетазониПаск
156. **Каким расчетом определяют среднетерапевтическую дозу тубазида?**
157. 5 мг/кгмассытела
158. 1 - 2,5 мг/кг массы тела
159. 2,5 - 5 мг/кг массы тела
160. 12 - 15 мг/кг массы тела
161. 10 мг/кг массы тела
162. **Какую комбинацию препаратов из перечисленных следует признать нерациональной?**
163. Изониазид, стрептомицин и ПАСК
164. Изониазид, рифампицин и этамбутол
165. Изониазид, рифампицин и тизамид
166. Изониазид, этамбутол и этионамид
167. Изониазид, стрептомицин и флоримицин
168. **Какой протектор следует добавить, если в схему лечения включен циклосерин?**
169. Витамин В6
170. Аскорбиновуюкислоту
171. Никотиновуюкислоту
172. Эпсилон-аминокапроновуюкислоту
173. Глютаминовуюкислоту
174. **Какой препарат из перечисленных наиболее часто влияет на VIII пару черепно-мозговых нервов?**
175. Изониазид
176. Циклосерин
177. Пиразинамид
178. ПАСК
179. Стрептомицин
180. **Какова суточная доза амикацина взрослым больным туберкулезом среднего возраста и средней массы тела (60-70кг)?**
181. 0,5 г
182. 1,0 г
183. 1,5 г
184. 0,25-0,5 г
185. **Какие сочетания АБП наиболее оптимальны в начале лечения больных инфильтративным туберкулезом легких?**
186. Рифадин, тизамид, этамбутол
187. Рифадин, стрептомицин, этамбутол
188. ГИНК, рифадин, этионамид
189. ГИНК, рифадин, тизамид
190. ГИНК, рифадин, стрептомицин
191. **Какова оптимальная суточная доза изониазида (в миллиграммах на 1 кг массы тела)?**
192. 3 - 5
193. 15 - 18
194. 9 - 12
195. **На каком механизме действия эпсилон-аминокапроновой кислоты основано ее использование для купирования легочного кровотечения?**
196. ИнгибиторфибринолизаПравильность =100
197. СтимуляторфибринолизаСтимулятортромбообразования
198. Ингибитортромбообразования
199. Антагонистгепарина
200. **К чему может привести длительное бесконтрольное применение бета2-адренометиков (анапрелина, обзидана)?**
201. К чрезмерному расширению бронхов
202. К сухости бронхов и нарушению мукоцилиарного клиренса
203. К железодефицитнойанемии
204. К парадоксальномубронхоспазму
205. **Какие препараты являются бронхоселективнымихолиноблокаторами?**
206. Астмопент и альбутерол
207. Анаприллин и обзидан
208. Аспаркам и панангин
209. Беротек, сальбутамол и астмопент
210. Атровент и тровентол
211. **Какие препараты являются бронхоселективными бета-адреномиметиками?**
212. Беротек, сальбутамол, астмопент
213. Атровент, тровентол, атропин
214. Эуфиллин, теопек, теофиллин
215. Адреналин, норадреналин, эфедрин
216. **Какой препарат в группе ГИНК наиболее эффективный?**
217. Фтивазид
218. Метазид
219. Ларусан
220. Изониазид
221. **Какой бактеристатической и бактерицидной активностью обладает рифадин?**
222. Внутриклеточной
223. Внеклеточной
224. Внутриклеточной и внеклеточной
225. **Каково побочное действие ПАСК?**
226. Мепробамат
227. Витамин В1
228. Глютаминоваякислота
229. Пиридоксин
230. **Какие противотуберкулезные препараты составляют группу ТИНК?**
231. Пиразинамид, морфазинамид
232. Тиоацетазон, солютизон
233. Изониазид, метазид, фтивазид
234. Этионамид, протионамид
235. **Какие противотуберкулезные препараты были включены в группу А по международной классификации?**
236. Изониазид, метазид, фтивазид
237. Этамбутол,тизамид
238. Стрептомицин, канамицин
239. Этамбутол, рифадин
240. Изониазид, рифампицин
241. **Какой препарат назначают для предупреждения побочного действия стрептомицина?**
242. Витамин В6
243. Оротаткалия
244. Преднизолон
245. Пантотенаткальция
246. **Какие осложнения при применении стрептомицина наиболее часты?**
247. Невриты
248. Спазмкоронарныхсосудов
249. Депрессия, галлюцинации
250. Вестибулярные и слуховые расстройства
251. **Каковы основные противопоказания для назначения канамицина?**
252. Атеросклероз, инфаркт и инсульт в анамнезе
253. Заболевание печени и крови
254. Невриты, психическиенарушения
255. Неврит слухового нерва, заболевания почек с нарушением выделительной функции
256. **Какие побочные действия рифампицина встречаются наиболее часто?**
257. Нефротоксичное
258. Ототоксичное
259. Аллергическиереакции
260. Гепатотоксическое, диспепсии
261. **Каковы противопоказания к назначению рифампицина?**
262. Заболевания желудочно-кишечного тракта
263. Выраженныйатеросклероз
264. Инсульты, инфаркт в анамнезе
265. Астеновегетативный синдром, психические расстройства
266. Заболевания печени, почек, крови
267. **Какой бактериостатической активностью преимущественно обладает стрептомицин?**
268. Внутриклеточной
269. Внутриклеточной и внеклеточной
270. Внеклеточной
271. **Какие антибиотики из перечисленных относятся к группе стрептомицина?**
272. Рифампицин, циклосерин
273. Канамицин, рифампицин
274. Канамицин, амикацин
275. **Какое сочетание туберкулостатиков из перечисленных относится к наиболее эффективному для большинства случаев?**
276. Этионамид, пиразинамид, циклосерин
277. Флоримицин,пиразинамид, циклосерин
278. Изониазид, пиразинамид, стрептомицин
279. **Какова последовательность назначения перечисленных антибиотиков с учетом возможной частичной односторонней устойчивости к ним МБТ?**
280. Стрептомицин, амикацин, канамицин
281. Канамицин, стрептомицин,амикацин
282. Канамицин, амикацин, стрептомицин
283. Амикацин, стрептомицин, канамицин
284. Амикацин, канамицин, стрептомицин
285. Стрептомицин, канамицин, амикацин
286. **В чем наиболее часто проявляется побочное действие туберкулостатиков при внутривенном их введении?**
287. Артралгии
288. Эозинофилия
289. Головокружение
290. Боливживоте
291. Анафилактическийшок
292. Ознобы
293. **Какой из препаратов не используется для внутривенной химиотерапии?**
294. Изониазид
295. Этионамидагидрохлорид
296. Натрияпарааминосалицилат
297. Рифампицин
298. Солютизон
299. **К какой группе препаратов по классификации Международного противотуберкулезного союза относится рифампицин?**
300. ГруппаА
301. ГруппаВ
302. ГруппаC
303. **Назначением каких препаратов предупреждают побочное действие этионамида?**
304. Рибофлавин, тиамин
305. Токоферол, желчегонныепрепараты
306. Рибофлавин, токоферол
307. Никотинамид, пиридоксин
308. **В чем наиболее часто выражается побочное действие этионамида?**
309. Неврит слухового нерва, вестибулярные расстройства
310. Нефрит, агранулоцитоз
311. Диспепсия, признаки дефицита витамина РР, гепатит
312. **Каковы противопоказания для назначения тибона?**
313. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
314. Инфаркты и инсульты в анамнезе
315. Нарушение слуха, вестибулярные расстройства
316. Заболевания печени и почек, сахарный диабет
317. **К какой химической группе химиопрепаратов относится солютизон?**
318. ГруппаГИНК
319. Тиоурены
320. Тиоамиды
321. **Какие имеются противопоказания к назначению этамбутола?**
322. Нарушение слуха и функции вестибулярного аппарата
323. Заболевания желудочно-кишечного тракта
324. Гипертоническая болезнь, выраженный атеросклероз
325. Нарушениезрения, беременность
326. **К каким препаратам из приведенных быстрее развивается вторичная лекарственная устойчивость МБТ**
327. Стрептомицину и рифампицину
328. ПАСКуитизамиду
329. Тубазиду и пиразинамиду
330. Этамбутолу и протионамиду
331. **Какие препараты относятся к фторхинолонам?**
332. Авелокс, таривид, максаквин
333. Капреомицин, амикацин
334. Циклосерин, протионамид, майрин-п
335. Тибинекс, феназид
336. **Каковы показания к назначению фторхинолонов при лечении туберкулеза?**
337. Плохая переносимость противотуберкулезных препаратов
338. Профилактика и лечение вторичных иммунодефицитных состояний
339. Препараты выбора при сопутствующих поражениях печени
340. Остро прогрессирующие формы туберкулеза, наличие лекарственной устойчивости МБТ, сопутствующие неспецифические болезни органовдыхания
341. **Какие побочные эффекты возможны при приеме максаквина?**
342. Ототоксические реакции, обострение подагры, сужение полей зрения
343. Фотосенсибилизация, диспепсия, парастезии, нарушение сна
344. Гепатотоксические реакции, лейкопения, субфебрильная температура
345. **Каковы противопоказания к назначению максаквина?**
346. Больные пожилого и старческого возраста
347. Заболевания желудочно-кишечного тракта, поражения печени
348. Заболевания ЦНС, беременность, возраст до 14 лет
349. Анепии, лейкопении, неврит зрительного нерва
350. **С каким препаратом из перечисленных нельзя применять максаквин?**
351. Протионамид
352. Пиразинамид
353. Изониазид
354. Рифампицин
355. **На какие МБТ (по их локализации) действует максаквин?**
356. Только на внутриклеточно расположенные
357. Только на внеклеточно расположенные
358. На расположенные и вне- и внутриклеточно
359. **Можно ли применять максаквин и авелокс для лечения туберкулеза у детей?**
360. Можно
361. Можно только в половинных дозах
362. Нельзя
363. **С каким препаратом из перечисленных микобутин обладает синергидным действием?**
364. Протионамид
365. Пиразинамид
366. Изониазид
367. Рифампици

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Мужчина 57 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, повышенную потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,40С.

Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации в обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания. Анализ крови: э — 4,8х1012 , Нв — 142 г/л, л — 9,2х109 , п — 2, с — 78, л — 12, м — 8, СОЭ — 25 мм/час.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

**Вопросы:**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Назначить лечение**.**

**Задача 2**

Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ +. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.

Анализ крови: эр. — 4,5х109 , Нв — 130 г/л, л — 8,0х109 , п — 0, с/я — 75, лимф. — 20, м — 5, СОЭ — 12 мм/час.

**Вопросы:**

1. Поставить клинический диагноз и обосновать его.

2. Определить тактику врача-фтизиатра после отказа больного от операции.

3. Тактика участкового врача-терапевта в отношении данного больного.

**Задача 3**

У больной М., 27 лет, две недели назад появилась слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39,00С, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 1У ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Органы брюшной полости не изменены.

Анализ крови: эр. — 4,2х1012 , Нв — 140 г/л, л — 12х109 , п — 2, с — 80, л — 12, м — 6, СОЭ — 38 мм/час.

В мокроте МБТ не обнаружены.

**Вопросы:**

1. Установить предварительный диагноз с учетом этиологии заболевания.

2. Наметить план дальнейшего обследования с указанием возможных результатов.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Назначить лечение**.**

**Задача 4**

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. Над нижними отделами легких дыхание ослаблено, вдох удлинен. Границы сердца определяются неотчетливо из-за коробочного оттенка.

Анализ крови: эр. — 3,5х1012 , Нв — 100 г/л, л — 9,0х109 , п/я — 2, с/я — 82, лимф. — 10, м — 6, СОЭ — 30 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

В анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эластические волокна. Однократно обнаружены БК методом Циля-Нильсона.

**Вопросы:**

1. Составить дифференциально-диагностический ряд.

2. Обосновать предварительный диагноз.

3. Составить план дополнительного обследования.

4. Определить тактику лечения.

**Задача 5**

Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38,00С, нарастание слабости, сонливости, похудения, повышенную потливость. Больной продолжал работать, но два дня назад появилось кровохарканье, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии — притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс — 92 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Гемограмма: э — 3,8х1012 , Нв — 134 г/л, л — 11,2х109 , п — 2, с — 78, л — 16, м — 4, СОЭ — 28 мм/час.

**Вопросы:**

1. Поставить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Назначить лечение.

**Задача 6**

У больного 40 лет, при выполнении клинического минимума в клинике выявлена округлая тень с бухтообразным распадом в центре, размерами 3,5 см в третьем сегменте правого легкого. Окружающая легочная ткань не изменена.

Обратился к врачу в связи с длительным сухим надсадным кашлем, сопровождающимся, в последнее время, кровохарканьем (прожилки крови в мокроте), снижением веса, слабостью, понижением аппетита.

Над легкими выслушиваются единичные сухие хрипы, тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 80 в мин., ритмичный. АД — 140/90 мм рт. ст.

Анализ крови; Нв — 95 г/л, эр. — 3,6х1012/л, л — 5,18х109/л, СОЭ — 44 мм/час.

**Вопросы:**

1. Назовите и обоснуйте предварительный диагноз, составив предварительно дифференциально-диагностический ряд.

2. Составить план обследования для верификации диагноза.

3. Определить лечебную тактику.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 27:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств для лечения заболеваний кожи.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация препаратов, применяемых в дерматологии.

2. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие противовоспалительных, вяжущих, ГКС, разрешающих, кератолитических, противозудных, прижигающих, депигментирующих ЛС.

3. Тактика применения дерматовенерологических препаратов, кератолитических, противозудных, прижигающих. депегментирующих ЛС схемы лечения.

4.Ванны и бальнеологические процедуры, применяемые в дерматологии.

**Тестовые задания**

1. **Больной поступил в стационар с фурункулом верхней губы, температура тела 38.6 С. Какое лечение вы назначите:**
2. повязку с мазью Вишневского
3. повязку с антибиотиками
4. немедленное вскрытие фурункула
5. антибиотики внутрь
6. согревающий компресс
7. **В лечение кандидоза используют только:**
8. фуразолидон
9. метронидазол
10. делагил
11. дифлюкан
12. ортофен
13. **В лечение педикулеза используется:**
14. ниттифор
15. синафлан
16. примочки с раствором фурацилина
17. микозолон
18. ланолиновый крем
19. **В стадии мокнутия для наружной терапии экземы применяются только:**
20. присыпки
21. кремы
22. пасты
23. примочки
24. взбалтываемые взвеси
25. **В чем опасность фурункула носогубного треугольника:**
26. развитие рожистого воспаления лица
27. развитие флегмоны шеи
28. развитие заглоточного абсцесса
29. развитие тромбоза кавернозного синуса
30. развитие флегмоны дна полости рта
31. **Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийного уретрита**
32. пенициллин
33. метронидазол
34. тетрациклин
35. левамизол
36. аспирин
37. **Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийногоуретрита:**
38. бисептол
39. трихопол
40. сумамед
41. бициллин
42. делагил
43. **Для лечения трихомикозов назначают все препараты, кроме:**
44. ламизил
45. гризеофульвин
46. орунгал
47. нистатин
48. низорал
49. **Для лечения чесотки необходимо использование:**
50. УФО- облучения
51. кортикостероидов
52. серной мази
53. тетрациклиновой мази
54. ПУВА-терапии
55. **Какая из перечисленных групп лекарственных средств не включается в комплекс лечения ограниченной (бляшечной, линейной) склеродермии?**
56. антибиотики
57. вазодилятаторы
58. глюкокортикоиды
59. ферменты
60. витамины
61. **Какая из перечисленных групп препаратов не включается в комплекс лечения ограниченной (бляшечной, линейной) склеродермии:**
62. антибиотики
63. вазодилятаторы
64. кортикостероиды
65. ферменты
66. витамины
67. **Какие из перечисленных наружных средств применяются в стадию прогрессирования при псориазе?**
68. болтушки
69. примочки
70. фунгицидные мази
71. индифферентные мази
72. присыпки
73. **Какие лекарственные препараты дают наилучший терапевтический эффект при лечение больных вульгарной пузырчаткой?**
74. антибиотики
75. сульфаниламидные препараты
76. иммуномодуляторы
77. кортикостероиды
78. противомалярийные препараты
79. **Какие лекарственные препараты должны быть немедленно назначены больному с тяжелым токсико-аллергическим состоянием ( синдрои Стивенсона-Джонсона, болезнь Лайелла)**
80. антибиотики
81. сульфаниламиды
82. кортикостероиды
83. седативные средства
84. витамины
85. **Какие лекарственные препараты не назначаются при лепре?**
86. диуцифон
87. диаминодифенилсульфон
88. дапсон
89. этоксид
90. полькортолон
91. **Какие лекарственные препараты нельзя назначать ВИЧ-инфицированному человеку?**
92. антибиотики
93. сульфаниламиды
94. иммуностимуляторы
95. противомалярийные препараты
96. витамины
97. **Какие лекарственные средства должны быть немедленно назначены больному с синдромом Лайелла?**
98. антибиотики
99. кортикостероиды
100. сульфаниламиды
101. витамины
102. цитостатики
103. **Какие медикаментозные средства применяются при лечении КПЛ?**
104. нитрофураны
105. противовоспалительные аналгетики
106. ферменты
107. кортикостероиды
108. противотуберкулезные препараты
109. **Какие наружные средства применяют в стадию прогрессирования при псориазе:**
110. болтушки
111. примочки
112. фунгицидные мази
113. индифферентные мази
114. присыпки
115. **Какое из медикаментозных средств следует выбрать для назначения терапии больному хронической красной волчанкой:**
116. антибиотики широкого спектра действия
117. антималярийные препараты
118. цитостатики
119. серно-дегтярная мазь
120. седативные препараты
121. **Какое осложнение может быть при лечение больных бензилпенициллином?**
122. эмболия легкого
123. некроз на месте инъекции
124. нефропатия
125. полиневриты
126. анафилактический шок
127. **Какой из антибиотиков применяют ( как противовирусный) при опоясывающим герпесе?**
128. пенициллин
129. тетрациклин
130. цефамизин
131. таривид
132. клафоран
133. **Какой препарат быстрее приведет к разрешению отека Квинке:**
134. преднизолон
135. пипольфен
136. адреналин
137. глюконат кальция
138. ретарпен
139. **Какую лекарственную форму назначите больному с мокнущей экземой:**
140. примочку
141. болтушку
142. пасту
143. мазь
144. крем
145. **Какую лекарственную форму следует применить для лечения больного с острой мокнущей экземой:**
146. мазь
147. присыпку
148. крем
149. примочку
150. желе
151. **Какую местную терапию следует назначить больному с острой экземой лица в стадии мокнутия?**
152. пасты
153. болтушки
154. мази
155. примочки
156. кремы
157. **Какую местную терапию следует назначить на очаги хронической экземы?**
158. болтушка
159. паста
160. мазь
161. примочка
162. крем
163. **Лечение больного чесоткой предусматривает:**
164. исключение острой пищи
165. лечение бензил-бензоатом
166. применение УФО
167. применение ПУВА-терапии
168. кортикостероиды
169. **Лечение больной с кандидозом паховых складок в течение 2 недель противокандидозными средствами не дало положительного эффекта. Какое исследование нужно провести этой больной:**
170. исследование мазков на ИППП
171. ректороманоскопию
172. исследование мочи и крови на сахар
173. рентгенографию желудка
174. печеночные пробы
175. **Назовите лекарственные препараты, которые не рационально использовать в терапии больных токсикодермией при нормальной температуре и хорошем самочувствии:**
176. тавегил
177. аспирин
178. глюконат кальция
179. карболен
180. тиосульфат натрия
181. **Препараты, применяемые в стадию прогрессирования псориаза:**
182. цитостатики
183. антагонисты ионов кальция
184. анальгетики
185. антисептики
186. сульфаниламиды
187. **Препараты, применяемые при псориазе в стадию стабилизации:**
188. антибиотики
189. антагонисты ионов кальция
190. пирогенал
191. сульфаниламиды
192. диуретики
193. **При каком варианте локализации фурункула необходимо срочно госпитализировать больного и назначить строгий постельный режим:**
194. задняя поверхность шеи
195. пояснично-крестцовая область
196. лицо
197. кожа живота
198. предплечья
199. **При лечении кандидоза используют только:**
200. фуразолидон
201. метронидазол
202. примочки с фурацилином
203. микозолон
204. ланолиновый крем
205. **При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют все методы, кроме**
206. стероидов с минимальным андрогенным действием
207. элимигнация причинных факторов
208. ?-адреномиметиков
209. терапии Н1-гистаминоблокаторами
210. антигистаминных препаратов
211. **При развитии аллергического дерматита от стирального порошка, рекомендуют:**
212. прекратить пользование стиральным порошком
213. внутрь антигистаминные препараты
214. местно примочки
215. гипосенсибилизирующие препараты
216. все ответы верны
217. **Радикальным методом лечения бородавок являются:**
218. удаление с последующим назначением противовирусных препаратов
219. системные противовирусные препараты
220. местные противовирусные препараты
221. специфическая иммунотерапия
222. неспецифическая иммунотерапия
223. **Результаты какого исследования могут существенно оптимизировать лечение больного фурункулезом:**
224. измерение артериального давления
225. исследование крови на сахар
226. определение наличия белка в моче
227. цитологическое исследование
228. кожно-аллергические пробы
229. **У больного имеется созревший фурункул на предплечье. Какой метод лечения вы назначите:**
230. антибиотики внутрь
231. мазевую повязку с антибиотиками
232. вскрытие фурункула
233. горячую ванну
234. ихтиоловую « лепешку»
235. **Укажите препараты, применяющиеся для лечения простого герпеса:**
236. преднизолоновая мазь
237. флуцинар
238. синтомициновая эмульсия
239. салициловая мазь
240. теброфеновая мазь
241. **Что из перечисленного не применяется при лечении ихтиоза:**
242. витамин А
243. антибиотики
244. сульфидные ванны
245. УФО
246. ванны с поваренной солью
247. **Что из перечисленных лекарственных средств не применяется для лечения системной красной волчанки?**
248. цитостатики
249. хингаминовые препараты
250. антибиотики
251. кортикостероиды
252. фотозащитные наружные кремы
253. **Что из перечисленных наружных лекарственных средств и физических методов не применяется для лечения экземы?**
254. растворы вяжущих и антисептических средств
255. противовоспалительные, противозудные и кератопластические пасты, мази, кремы
256. кератолитические мази
257. ультрафонофорез со стероидными мазями
258. сульфидные и родоновые ванны
259. **Что из перечисленных препаратов не подавляет жизнедеятельность ВИЧ?**
260. азидотимидин
261. ретровир
262. зидовудин
263. диданозин
264. интерферон
265. **Что не относится к основным принципам лечения крапивницы?**
266. устранение аллергена
267. сосудорасширяющие препараты
268. антигистаминные препараты
269. кортикостероидные препараты
270. санация очагов хронической фокальной инфекции
271. **При лечении интертригинозной и дисгидротической форм микозов стоп применяются все перечисленные наружные средства, кроме:**
272. настойки йода 5%
273. примочек с раствором калия перманганата 1:10 000
274. пасты цинковой
275. 2% метиленовой сини
276. ламизил-спрея
277. **Механизмы действия гризеофульвина включают все перечисленное кроме:** 
     1. обладает фунгистатическим действием
278. подавляет биосинтез эргостерола, увеличивая проницаемость
279. клеточной стенки гриба
280. депонируется в роговом слое
281. всасывается в кровь из кишечника
282. **Для лечения микозов ногтей, обусловленных Т. rubrum ,примеменяют все перечисленине препараты, кроме**
283. нистатина внутрь
284. низорала внутрь
285. гризеофульвина внутрь
286. тербинафина внутрь
287. итраконазола внутрь
288. **К препаратам класса азолов относятся все перечисленные, кроме**
289. тербинафина
290. кетоконазола
291. итраконазола
292. флуконазола
293. клотримазола

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

У пациента Б. диагностированы микотическая экзема, микоз стоп, онихомикоз. Какой антибиотик следует ему назначить? а) пенициллин; б) доксициклин в) тербинафин +

Задача 14. Мужчина 43 лет, шофер. Считает себя больным около 4 лет. Отмечает обострение процесса в летнее время года. Субъективных ощущений нет. Локализация высыпаний на открытых участках тела. Объективно: на коже лица, ушных раковин тыльной поверхности кистей – инфильтрированные, округлой формы, инфильтрированные шелушащиеся пятна застойного, синюшно-красного цвета, покрытые плотно сидящими беловатыми чешуйками. На поверхности пятен в области лица – телеангиэктазии, рубцовая атрофия.

**Вопросы:**

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз:

а) аллергический дерматит;

б) псориаз;

в) нумулярная экзема

**Задача 2.**

Женщина 55 лет. Считает себя больной около года. Не лечилась. Объективно: на коже живота желтовато-серого цвета пятно овальной формы, плотной консистенции, размером 12-15 см. При пальпации пораженный участок в складку не берется. По периферии – сиреневого цвета ободок эритемы. Выставлен диагноз «Склеродермия ограниченная, бляшечная форма, стадия прогрессирования, фаза эритемы и индурации.

**Вопросы:**

Укажите первоочередные мероприятия в отношении лечения:

а) спазмолитики;

б) антагонисты ионов кальция;

в) Д-пенициламин (купренил)

**Задача 3**

Женщина 49 лет. Болеет в течение 4 лет, когда на лице появились высыпания. Не лечилась. Объективно: на лице, в области щек, верхней губы и подбородка – синюшно-красного цвета папулы на фоне эритемы и телеангиэктазий. Выставлен диагноз «Розацеа, эритематозно-папулезная форма».

**Вопросы:**

Какие лекарственные препараты следует назначить:

а) витамины;

б) седативные средства;

в) метронидазол

**Задача 4.**

Девочка 15 лет поступила на стационарное обследование и лечение с жалобами на высыпания на коже лица, легкий зуд. Объективно: на коже лица – единичные вялые пузыри размером до лесного ореха, наполненные серозногнойным содержимым, окруженные ярко-красным венчиком, эрозии. Множественные толстые медовожелтого цвета рыхлые корки. По удалении корок обнажается влажная розоватого цвета эрозия, окруженная бордюром отслаивающегося эпидермиса. Регионарные лимфоузлы увеличены. Общее состояние удовлетворительное**. Вопросы:**

Поставьте клинический диагноз:

а) себорейная экзема;

б) атопический дерматит;

в) вульгарное импетиго

**Задача 5.**

Мужчина 45 лет поступил на стационарное лечение с жалобами на сильную боль в области левой половины туловища.

Объективно: по ходу межреберных нервов на фоне эритемы полосовидной формы расположены пузырьки, эрозии, корочки. Выставлен диагноз «Опоясывающий герпес».

**Вопросы:**

Какие лекарственные препараты следует назначить в первую очередь:

а) антибиотики широкого спектра действия;

б) иммуномодуляторы;

в) системные вирусостатики

**Задача 6.**

Больной Б.,10 лет, поступил в КВД с жалобами на поражение кожи груди, шеи, спины. Болен 2 года, аналогичное заболевание у отца. Не лечился. Летом после загара появляются белые пятна на местах высыпаний.

Общее состояние удовлетворительное. При обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре кожные покровы повышенной влажности. На коже шеи, груди, спины имеются мелкие 1х1 см пятна без воспалительных явлений с четкими границами, цвета кофе с молоком, с отрубевидным шелушением на поверхности. Местами имеются гипопигментированные пятна таких же размеров. Проба Бальцера положительная. При микроскопии обнаружены округлые споры в виде гроздьев винограда и короткие, слегка изогнутые нити мицелия.

Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

4. Назначьте лечение больному.

5. Меры профилактики?

**Задача 7**

К дерматологу направлен ребенок 6 лет с жалобами на появление очага обломанных волос на голове. Впервые мать заметила очаг около недели назад. Самостоятельно лечила ребенка настойкой чеснока без эффекта.

При осмотре на волосистой части головы определяется очаг обломанных волос на уровне 6 мм, округлой формы, с четкими границами, кожа в очаге шелушится. Под люминесцентной лампой - зеленое свечение.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. Какие необходимы исследования для его уточнения?

3. Тактика врача?

**Задача 8**

Больная Л., 5 лет, направлена в КВД районным дерматологом с жалобами на наличие на волосистой части головы очагов шелушения кожи с обломанными волосами, которые заметили неделю назад, ле­чили самостоятельно серной мазью безрезультатно. Обратились к дерматологу и были направлены на стационарное лечение в миколо­гическое отделение. Возможный источник заражения - бродячая кошка, с которой девочка играла за неделю до появления очагов на голове.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не вдавлено.

На волосистой части головы имеется один крупный очаг в теменной области справа от средней линии размерами 3x3 см в диаметре и 3 более мелких очага в правой височной области размерами 1x1 см. Очаги правильных округлых очертаний с четкими границами, по­крыты серовато-белыми чешуйками, без выраженных воспалительных явлений. Волосы в очагах сплошь обломаны на высоте 5 мм, окру­жены белой муфточкой. Волосы на непораженных участках густые, черные, длиной 10 см. Высыпаний на остальных участках кожных по­кровов нет. Под люминесцентное лампой в очагах - ярко-зеленое свечение. При микроскопии в волосе обнаружены споры Microsporum. Посевы на питательные среды сделаны. Вес ребенка 18 кг.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение больной.

**Задача 9**

Больной А., 9 лет поступил в КВД с жалобами на наличие пора­жения волосистой части головы, болен 3 недели. Сначала на теме­ни появилась припухлость, мать лечила ребенка мазью Вишневского, связывала появление очага е переохлаждением ребенка, лечение бы­ло неэффективным, "опухоль" увеличивалась, гнойное отделяемое ссохлось в корки. Обратилась к дерматологу, ребенок был направ­лен на стационарное лечение в КВД. Предполагаемый источник заражения - больной теленок из личного хозяйства, за которым мальчик ухаживал.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не вы­явлено, физиологические отправления в норме.

На волосистой части головы волосы черные, густые, длиной 3 см. В теменной области имеется один очаг с четкими границами разме­рами 3x3 см в диаметре. Очаг представляет из себя опухолевидный инфильтрат, приподнятый над уровнем непораженной кожи на 1,2см. Кожа в очаге темно-красного цвета, покрыта гнойными корками, во­лосы частично выпали, оставшиеся - впаяны в корки. При потягивании пинцетом волос свободно извлекается из волосяного фолликула. Увеличены и болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвиж­ны задние шейные лимфатические узлы справа. Под люминесцентной лампой све­чения волос нет. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Ми­кроскопически поражение волоса по типу Trichophytonectothrixmegaspores. Сделан посев на питательные среды.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение больному.

**Задача 10**

В КВД поступили два брата-близнеца 13 лет с жалобами на выпадение волос и наличие высыпаний на волосистой части головы. Больны с годова­лого возраста, лечились амбулаторно и в стационаре с диагно­зом псориаз, без улучшения.

Дети от 2-ой беременности, росли и развивались нормально. Перенесли корь, ветряную оспу. Общее состояние хорошее. Раз­витие соответствует возрасту. Учатся хорошо. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено. Стул и мочеиспускание без нарушений.

Клиническая картина у братьев однотипна: голова покрыта серо-желтого цвета отрубевидными чешуйками, под ними темно-розовые пятнистые элемента размерами от 1,0x1,0 см до 2,0x2,0 и 4,0 х 4,0 см с четкими границами. Волосы пепельно-серые, лишенные блеска и эластичности, много атрофических рубцов на месте бывших очагов.

ОАК у обоих больных без патологии, за исключением легкой эозинофилии (5-6%). Биохимические и иммунологические исследова­ния крови отклонений от нормы не выявили.

Микроскопически в чешуйках определялось обилие спор раз­ной величины и формы, короткие нити мицелия, в волосе - корот­кие нити мицелия, споры округлой формы, расположенные цепоч­ками, встречаются пузырьки воздуха. Под люминесцентной лампой серебристо-белое свечение волос. При посеве получена культура TrichophytonShonleinii. При обследовании у брата, сес­тры и матери обнаружено то же заболевание.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Источник заражения?

3. Назначьте лечение больным.

**Задача 11**

Больной К., 5 лет поступает в КВД с жалобами на поражение волосистой части головы, болен около 2 месяцев, не лечился, к врачам не обращался. У матери в поликлинике обнаружено поражение кожи кистей и стоп, ногтей кистей и стоп, выставлен диагноз: Микоз кистей и стоп, микоз ногтей кистей и стоп, ребенок на­правлен с диагнозом: Обследование.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное, кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних орга­нов не выявлено, физиологические отправления в норме.

Поражена волосистая часть головы: в теменной области имеется 14 мелких шелушащихся очагов без воспалительных явлений, в очагах - поредение волос, имеются обломки на уровне 1-2 мм над уровнем кожи. На гладкой коже высыпаний нет. У матери мальчика при осмотре волосистой части головы были обнаружены атрофические плешинки и волосы, обломанные на уровне кожи - так называемые "черные точки", на подошвах и ладонях гиперке­ратоз и пластинчатое шелушение, ногтевые пластинки кистей и стоп грязно-серого цвета, утолщены, крошатся со свободного края, поражение ногтей тотальное. Под люминесцентной лампой свечения волос нет.

Микроскопически в пораженных волосах споры внутри волоса - поражение волос у матери и сына по типу Trichophytonendothrix, с ногтей стоп и кистей, кожи подошв и ладоней у матери обнаружены нити мицелия.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Источник заражения ребенка?

3. Каковы причины возникновения хронической трихофитии?

4, Лечение?

**Задача 12**

Больной А., 19 лет, студент. Поступил в микологическое отделение КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже стоп и кистей. Болен 2 недели, месяц назад стал посещать бассейн, заметил появление трещин в межпальцевых складках стоп, пузырьков на сводах стоп, которые по совету родителей смазывал йодом, соком чистотела, наступило ухудшение, появились пузырьки на кистях. Обратился к дерматологу, был направлен на стационар­ное лечение.

При осмотре на коже межпальцевых складок стоп - гиперемия, мацерация, поверхностные трещины. На сводах обеих стоп кожа гиперемирована, имеется масса многокамерных пузырьков с плотной покрышкой и мутным содержимым. Некоторые пузырьки вскрылись с образованием мокнущих эрозий с серозным отделяемым. На боковых поверхностях пальцев кистей и ладонях - множество пузырьков с прозрачным содержимым. Ногтевые пластинки кистей и стоп не поражены. Субъективно: зуд кожи кистей и стоп, жжение и болез­ненность кожи межпальцевых складок и сводов стоп.

При микроскопировании соскобов с межпальцевых складок стоп и покрышек пузырей обна­ружены нити мицелия. С кистей грибы не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Назначьте лечение больному.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 28:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств в лечении ЛОР-органов.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация препаратов, применяемых в оториноларингологии.

2. Современные принципы лечения ринита, синусита, тонзиллита, фарингита, синусита.

3. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие сосудосуживающих средств местного действия, интраназальных ГКС и антигистаминные препараты.

4. Комбинированных препаратов местного действия.

5. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие ушных капель, местных анестетиков.

6. Дифференцированный подход к назначению препаратов в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний.

**Тестовые задания**

1. **Фактором, в наименьшей степени способствующим развитию ототоксических осложнений приема аминогликозидов, является:** 
   1. нарушение функции почек;
2. пожилой возраст больного;
3. нарушение функции печени;
4. комбинированный прием аминогликозидов с фуросемидом;
5. наличие цереброваскулярного заболевания.
6. **Укажите аминогликозид с максимальной ототоксичностью:** 
   1. канамицин;
   2. стрептомицин;
   3. неомицин;
   4. сизомицин;
   5. амикацин.
7. **Лечение острого бактериального синусита невозможно без:**
8. Антибактериальных препаратов
9. Топических деконгестантов
10. Топических ГКС
11. Антигистаминных препаратов
12. **При лакунарной ангине показано**
13. Физиотерапевтическое лечение
14. Антибиотикотерапия
15. Витаминотерапия
16. Промывание лакун нёбных миндалин
17. Хирургическое лечение
18. **Принципы лечения абсцессов и флегмон лор-органов:**
19. Иглорефлексотерапия
20. Антибиотики широкого спектра действия
21. Лучевая терапия
22. Хирургическая санация очагов воспаления, в ряде случаев с последующим дренированием
23. **Какие из указанных препаратов применяются для пропитывания турунды при тампонаде носа при носовых кровотечениях:**
    1. ляпис;
    2. перекисьводорода;
    3. адреналин;
    4. новокаин;
    5. гемостатическиепасты;
    6. стерильноевазелиновоемасло
24. **Отметить показание к применению эфедрина:**
25. Сахарный диабет
26. Диарея
27. Судороги
28. Ринит
29. **Каковы показания к применению нафтизина и галазолина?**
30. Гипотензия
31. Риниты
32. Открытоугольная форма глаукомы
33. Бронхоспазм

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больная 40 лет жалуется на очень частую боль в горле, ежемесячные ангины без повышения температуры тела и Нарушения общего состояния. Наиболее болезненным в этот период бывает глотание слюны. При фарингоскопии отмечены гиперемия и отёк слизистой оболочки задней стенки глотки.

**Вопросы:**

Каков предполагаемый диагноз ?

Какое лечение следует проводить?

**Задача 2**

Больной 45 лет жалуется на постоянную сухость в горле, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлена сухая, истонченная слизистая оболочка задней стенки глотки, покрытая корками.

**Вопросы:**

Какой диагноз можно поставить?

Какое лечение следует проводить?

**Задача 3**

Больной 54 лет обратился с жалобами на сухость и першение в горле, скопление вязкой мокроты в глотке, желание постоянно откашливаться. При фарингоскопии выявлены увеличенные лимфоидные гранулы на фоне бледной слизистой оболочки задней стенки глотки. Видна сеть расширенных сосудов.

**Вопросы:**

Диагноз? Лечение?

**Задача 4**

Больной 34 лет обратился к врачу по поводу паратонзиллярногоабсцесса В связи с развившимся тризмом жевательных мышц осмотр и лечебные манипуляции затруднительны.

**Вопрос:**Укажите способ снятия тризма.

**Ответ:**инъекция лидокаина 2% в область угла нижней челюсти (анестезия по Берше) +Ультратонотерапия+Мидокалм внутримышечно по 0,1 г 2 раза в день; внутривенно (медленно) 0,1 г 1 раз в день

**Задача 5**

Женщина 42 лет обратилась с жалобой на заложенность, ощущение переливания жидкости в левом ухе, периодический шум в ухе, улучшение или ухудшение слуха при перемене положения головы, затруднённое дыхание через нос, больше слева. Риноскопия отёчная левая нижняя носовая раковина на рентгенограммах околоносовых пазух - передние пазухи пневматизированы нормально.

**Вопросы:**

Диагноз, патогенез заболевания? Дополнительные методы исследования.

**Задача 6**

Больной жалуется на сильный зуд в правом ухе, понижение слуха, гнойные выделения чёрной окраски. При отоскопии видно, что кожа наружного слухового прохода отёчна, прикрыта плёнками сероватого цвета. Плёнки легко снимаются и под ними видна раздражённая кожа.

**Вопросы:**

Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки окончательного диагноза. Выпишите рецепты

**Задача 7**

Больной,35 лет, преподаватель по профессии, обратился с жалобами на отсутствие голоса. Перенес острое респираторное заболевание, на фоне которого голос сначала был грубым, затем пропал. На ларингоскопии определяется равномерная гиперемия всех отделов гортани, скопление слизи между складками, которые хорошо подвижны, но смыкаются неплотно.

**Вопросы:**

Какой диагноз можно поставить? Какими должны быть лечение и режим больного?

**Задача 8**

У больной К, 35 лет, ужаленной осой в щёку, через 3-4 мин. появились гиперемия и отёчность в этой области, а затем конечностей и всего тела,

сопровождающиеся резким зудом. Через полчаса возникли нарастающие одышка и затруднение глотания.

**Вопросы:**

Предварительный диагноз? Оцените степень опасности для жизни указанных симптомов'' Доврачебная помощь'' Тактика врача?

**Задача 9**

У больной К, 35 лет, ужаленной осой в щёку, через 3-4 мин. появились гиперемия и отёчность в этой области, а затем конечностей и всего тела,

сопровождающиеся резким зудом. Через полчаса возникли нарастающие одышка и затруднение глотания.

**Вопросы:**

Предварительный диагноз0 Оцените степень опасности для жизни указанных симптомов'' Доврачебная помощь'' Тактика врача?

**Задача 10**

У больного 60 лет на фоне гипертонического криза возникло носовое кровотечение. **Вопрос:**

Какие виды помощи могут быть использованы в домашних и больничных условиях?

**Задача 11**

Больная 20 лет, жалуется на острые боли в горле, усиливающиеся при глотании, охриплость. Объективно: температура 38.ЗоС, кожные покровы гиперемированы, пульс 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт.ст. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации. Слизистой оболочки гортани диффузно гиперемирована, инфильтрирована, надгортанник увеличен в размере с выраженными отечно-инфильтративными изменениями со сглаженными краями, ригиден. Отек слизистой распространяется на черпало-надгортанные, желудочковые складки, голосовые складки гиперемированы, инфильтрированы. Голосовая щель сужена до 6 мм. В покое дыхание затруднено, участвует в дыхании вспомогательная мускулатура, 34 в минуту.

**Вопросы:** Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

**Задача 12**

Больной 38 лет жалобы на боль в горле, усиливающуюся при глотании, больше справа, боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Считает себя больной в течение 2-х дней после перенесенной ангины. Объективно: температура 38,50 С. Голос имеет гнусавый оттенок (ринолалия), открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация околоминдаликовой области справа, асимметрия зева за счет смещения правой миндалин медиально. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны.

**Вопросы:**

Поставьте диагноз

Назначьте лечение.

**Задача 13**

У больного 21 года жалобы на боль в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры тела, общее недомогание, слабость. Объективно: кожный покров влажный, бледный, температура тела 38,60 С. Определяется гиперемия слизистой оболочки миндалин, на поверхности которых видны желто-белые налеты, не выходящие за пределы миндалин и легко снимающиеся шпателем. Подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. • Поставьте диагноз, назначьте лечение.

У мальчика В., 10 лет, внезапно возникло носовое кровотечение. Причину установить трудно. Объективно: выделение из левой половины носа алой крови, при фарингоскопии заметно стекание крови по задней стенке глотки. Состояние мальчика удовлетворительное. В домашней аптечке имеется вата, бинт, 3% раствор борного спирта, 3% раствор перекиси водорода, баночка с ихтиоловой мазью, тюбик «Оксикорта», валидол, лейкопластырь.

**Вопросы:**

В чем будет заключаться помощь ребенку в данном случае?

Что из перечисленных средств можно использовать в домашних условиях?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 29:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности диуретиков, корректоров электролитного обмена, плазмозаменяющих средств и препаратов для парантерального питания.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие диуретиков.

2. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие препаратов для парентерального питания.

3. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие плазмозамещающих и дезинтоксикационных растворов.

4.Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие препаратов, применяемые для коррекции кислотно-основного состояния и ионного равновесия в организме.

5. Классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и взаимодействие аминокислот.

**Тестовые задания**

1. **Укажите продолжительность мочегонного действия гипотиазида:**
2. 3 часа
3. часов
4. 12 часов
5. 18 часов
6. Часа
7. **Укажите диуретики, имеющие стероидную структуру:**
8. фуросемид
9. диакарб
10. спиронолактон
11. триамтерен
12. оксодолин
13. новурит
14. амилорид
15. **Укажите диуретики, действие которых в основном локализуется в проксимальных канальцах почки:**
16. урегит
17. маннит
18. клопамид
19. диакарб
20. мочевина
21. политиазид
22. эуфиллин
23. ацетазоламид
24. **Укажите диуретики, действие которых локализуется в дистальных канальцах почки:**
25. +триамтерен
26. фуросемид
27. меркузал
28. +верошпирон
29. урегит
30. циклометиазид
31. диакарб
32. +амилорид
33. **Укажите диуретики, действие которых локализуется в кортикальном сегменте воссходящей части петли генле:**
34. клопамид
35. маннит
36. триамтерен
37. фуросемид
38. дихлотиазид
39. урегит
40. оксодолин
41. циклометиазид
42. **Укажите препараты, которые вызывают увеличение диуреза за счет увеличения клубочковой фильтрации:**
43. эуфиллин
44. дихлотиазид
45. фуросемид
46. амилорид
47. дигоксин
48. урегит
49. изоланид
50. кофеин
51. **Какой диуретик при использовании в обычных дозах и при обычной длительности приема вызывает существенный сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону метаболического ацидоза?**
52. новурит
53. диакарб
54. фуросемид
55. маннитол
56. **Какой препарат при длительном ежедневном применении сохраняет от- носительно стабильный диуретический эффект?**
57. диакарб
58. аммония хлорид
59. диамокс
60. гипотиазид
61. **Какой диуретик вызывает максимальный натрийурез?**
62. манитол
63. фуросемид
64. диакарб
65. гипотиазид
66. **Диуретическое действие фуросемида под влиянием теофиллина:**
67. усиливается
68. ослабевает
69. прекращается
70. не изменяется
71. **Как нестероидные противовоспалительные средства влияют на эффект "петлевых" диуретиков?**
72. незначительно усиливают
73. значительно усиливают
74. ослабляют
75. не изменяют
76. **Какой диуретик увеличивает экскрецию кальция и вызывает развитие гипокальциемии?**
77. фуросемид
78. гипотиазид
79. бринальдикс
80. амилорид
81. **Какой диуретик существенно не влияет на экскрецию кальция?**
82. фуросемид
83. диакарб
84. циклотиазид
85. хлорталидон
86. **Какой препарат вызывает приимущественноосмодиурез?**
87. маннитол
88. гипотиазид
89. фурасемид
90. спиронолактон
91. **Какой диуретик наиболее показан для купирования отёка легких в остром периоде инфаркта миокарда?**
92. гипотиазид
93. спиронолактон
94. фуросемид
95. маннитол
96. **Какой диуретик нельзя применять совместно со спиронолактоном?**
97. фуросемид
98. гипотиазид
99. триамтерен
100. торасемид
101. **Укажите причину толерантности к диуретикам при длительном приёме:**
102. аутоиндукция в печени
103. повышение активности РААС
104. повышение активности САС
105. снижение активности симпатической нервной системы
106. быстрое разрушение
107. **Какой салуретик имеет максимальный калийуретический эффект?**
108. урегит
109. фуросемид
110. гипотиазид
111. верошпирон
112. триамтерен
113. **Какой из режимов дозирования верошпирона является наиболее эффективным при ХСН:**
114. доза, разделенная на 2 приёма
115. вся доза утром однократно
116. доза, разделенная на 3 приёма
117. через день
118. 1 раз в неделю
119. **Какой препарат может вызывать гиперкалийемию при совместном назначении с эналаприлом:**
120. дигоксин
121. гипотиазид
122. фуросемид
123. празозин
124. верошпирон
125. **Какой препарат может увеличивать аритмогенные свойства сердечных гликозидов?**
126. нитросорбид
127. фуросемид
128. каптоприл
129. верошпирон
130. триамтерен
131. **Какой из диуретиков является конкурентным антагонистом альдостерона?**
132. индапамид
133. гипотиазид
134. фуросемид
135. спиронолактон
136. маннит
137. **Какой из диуретиков действует в восходящем отделе петли Генле?**
138. гипотиазид
139. верошпирон
140. фуросемид
141. триамтерен
142. индапамид
143. **Какой диуретик можно использовать при низкой клубочковой фильтрации?**
144. гипотиазид
145. триамтерен
146. спиронолактон
147. фуросемид
148. все перечисленные
149. **Для какой группы диуретиков наиболее выражены метаболические нарушения:**
150. петлевые
151. ингибиторы карбоангидразы
152. К+ - сберегающие
153. тиазидные
154. тиазидоподобных
155. **Укажите диуретик, который не применяется в лечении ХСН:**
156. маннит
157. фуросемид
158. гипотиазид
159. спиронолактон
160. торасемид
161. **Выберите диуретик, способный вызвать увеличение ОЦК:**
162. фуросемид
163. маннит
164. гипотиазид
165. верошпирон
166. триамтерен
167. **Отметьте показание для назначения мочегонных при ХСН:**
168. гипотония
169. выраженная тахикардия
170. признаки задержки жидкости в организме на фоне ингибиторов АПФ
171. нарушение почечной функции
172. аритмия
173. **Выберите показание для назначения спиронолактона при ХСН:**
174. все стадии ХСН с низкой фракцией выброса
175. ранние стадии ХСН
176. тяжелые стадии ХСН
177. ХСН с мерцательной тахиаритмией
178. ХСН с сохраненной систолической функцией
179. **При развитии рефрактерности к мочегонным при ХСН какова максимальная доза фуросемида:**
180. 40 мг
181. 80 мг
182. 200 мг
183. 500 мг
184. ограничений доз нет
185. **Оптимальной основой лечения гипертонической дегидратации (водного истощения) является регидратация путем введения в организм:**
186. безэлектролитной чистой воды перорально и 5% раствора глюкозы внутривенно;
187. безэлетролитной чистой воды перорально и внутривенно;
188. изотонического раствора натрия хлорида внутривенно;
189. 5-10% раствора глюкозы внутривенно;
190. электролитного коктейля «дисоль» внутривенно.
191. **Для острой изотонической дегидратации, возникающей при неукротимой рвоте, наиболее характерно развитие:**
192. метаболического алкалоза и гипохлоремии;
193. кетоацидоза с компенсаторным респираторным алкалозом;
194. анурии и гиперкалиемии;
195. респираторного алкалоза и гипохлоремии;
196. метаболического ацидоза и гипокалиемии.
197. **Предоперационную регидратацию при острой изотонической дегидратации, осложняющей острую тонкокишечную непроходимость, наиболее целесообразно проводить инфузией:**
198. 0,9% раствора натрия хлорида;
199. 5% и 10% растворов глюкозы;
200. лактатного раствора «лактасол»;
201. электролитного коктейля заводского приготовления «дисоль»;
202. противошоковых электролитных коктейлей заводского приготовления «ацесоль», «хлосоль», «трисоль», «квартасоль».
203. **Гипотоническая дегидратация, возникающая при длительной потере кишечных соков , характеризуется:**
204. метаболическим алкалозом и гипокалиемией;
205. метаболическим ацидозом и гипокалиемией;
206. метаболическим алкалозом и гипонатриемией;
207. метаболическим ацидозом и гиперхлоремией;
208. смешанным ацидозом и гипокалиемий**.**
209. **Главными средствами коррекции гипотонической дегидратации являются:**
210. растворы глюкозы;
211. растворы альбумина;
212. плазма донорской крови;
213. кровезаменители гемодинамического действия;
214. растворы натрия и калия хлорида.
215. **Гипертоническая гипергидратация характеризуется:**
216. поздними клиническими проявлениями;
217. легкостью коррекции проявлений;
218. внутриклеточным отеком;
219. высоким показателем гематокрита;
220. гиповолемией с плохим наполнением подкожных вен и сниженным АД
221. **Прямым функциональным антагонистом калия является:**
222. углекислота;
223. инсулин;
224. глюкоза;
225. кальций;
226. сорбит.
227. **Ведущими клиническими проявлениями гиперкалиемии являются все, кроме:**
228. недомогание, пстоянное чувство усталости;
229. аритмии вплоть до фибрилляции желудочков и остановки сердца в диастоле;
230. тошнота, рвота, спазмы кишечника;
231. изменения ЭКГ (расширение комплекса, высокий остроконечный зубец Т и др.),
232. приступы экспираторной одышки
233. **Избыточное переливание физиологического раствора, превышающее потребность организма в натрии и хлоре, вызывает:**
234. метаболический алкалоз;
235. метаболический ацидоз;
236. снижение анионного промежутка;
237. гиперкалиемию;
238. обезвоживание клеток..
239. **Для гипертонической дегидратации (водного истощения) характерно:**
240. увеличение концентрации в крови натрия и показателя гематокрита;
241. снижение концентрации в крови калия и показателя гематокрита;
242. отсутствие характерных изменений концентрации в крови белка;
243. неизменное содержание в крови хлора;
244. снижение уровня гликемии.
245. **Закон изоосмолярности это:**
246. сохранение равенства осмолярности всех водных пространств и секторов организма путем перемещения безэлектролитной воды в направлении большей осмолярности;
247. выравнивание осмолярности всех водных пространств и секторов организма путем перемещения солей через мембраны, разделяющие водные пространства и секторы организма;
248. неизменное сохранение нормальной осмолярности внутриклеточных жидкостей;
249. неизменное сохранение нормальной осмолярности интерстициальной жидкости при изменении осмолярности плазмы;
250. независимость величин осмолярности трансцеллюлярных жидкостей от изменений осмолярности внеклеточных жидкостей;
251. **По закону электронейтральностигиперхлоремия вызывает:**
252. метаболический алкалоз;
253. метаболический ацидоз;
254. лактатацидоз;
255. гипонатриемию;
256. гипокалиемию.
257. **Объем первичной мочи у здорового человека примерно равен:**
258. 1,5- 2,5 л/сут;
259. 10- 15 л/сут;
260. 50-100 л/сут;
261. 100-150 л/сут;
262. 180-200 л/сут
263. **Гипоксия клеток сопровождается:**
264. увеличением содержания в клетках калия;
265. внутриклеточных ацидозом;
266. внутриклеточным алкалозом;
267. дегидратацией клеток;
268. потерей клетками ионов водорода.
269. **Для гипотонической дегидратации характерна:**
270. жажда;
271. анурия;
272. гипернатриемия;
273. гипокалемия;
274. гипогликемия.
275. **При глубокой гипокалиемии:**
276. возможна остановка сердца в диастоле;
277. закономерны спастические кишечные боли;
278. изменения на ЭКГ возникают поздно и динамика картин ЭКГ не имеет практического значения;
279. имеется параллелизм изменений ЭКГ и выраженности гипокалиемии;
280. возникает клинически выраженная гипотония или атония гладкой мускулатуры желудка, кишечника, желчевыводящих путей и мочевого пузыря;
281. **Гиперкалиемия характерна для:**
282. изнуряющей рвоты;
283. адренокортикоидной фазы обмена после операций и травм;
284. диабетического кетоацидоза;
285. кишечной непроходимости;
286. острой почечной недостаточности.
287. **Клинические проявления выраженной гиперкалиемии:**
288. мышечная слабость, нарастающее ощущение бессилия;
289. на ЭКГ удлинение интервала QT, снижение и уплощение зубца Т;
290. парезы желудочно-кишечного тракта;
291. гиперрефлексии;
292. анорексия, апатия и неспособность сосредоточиться.
293. **Основные правила коррекции гипокалиемии растворами хлорида калия:**
294. только на фоне нормализованного диуреза;
295. только после ликвидации метаболического ацидоза, дегидратации и шоковых расстройств гемодинамики;
296. растворы хлорида калия для внутривенного введения должны иметь концентрацию не более 2% и переливаться в периферические вены с большим объемом кровотока;
297. скорость инфузии хлорида калия не должна превышать 20 ммоль/час;
298. хлорид калия целесообразно назначать в растворах глюкозы с инсулином (поляризующая смесь);
299. все вышеперечисленное верно
300. **Принципиальные направления и средства коррекции гиперкалиемии:.**
301. стимуляция диуреза массивными дозами лазикса (обычно по 200 мг 2 раза в сутки в/в), применением эуфиллина;
302. раннее и повторное применение растворов кальция;
303. назначение инфузионной терапии в объеме, равном объему потерь жидкости;
304. внутривенное введение концентрированных (10-20%) растворов глюкозы с инсулином;
305. внутривенное введение 4,2 – 8,4% растворов гидрокарбоната натрия;
306. применение гемодеза;
307. раннее и профилактическое проведение сеансов гемодиализа;
308. все вышеперечисленное верно.
309. **Гемодиализ показан при:**
310. гиперкалиемии: 6,5 ммоль/л и выше при острой почечной недостаточности и 7,0 ммоль/л и выше при хронической почечной недостаточности;
311. повышении креатинина в крови до 600 мкмоль/л и выше при острой почечной недостаточности и до 1000 мкмоль/л и выше при хронической почечной недостаточности;
312. выраженной гипотонической гипергидратация на фоне почечной недостаточности, даже при нормальных величинах в крови калия;
313. нарастающей уремии (тошнота, рвота, азотемия, нарушения водноэлектролитного обмена и КЩС, энцефалопатия, перикардит, полинейропатия и др.);
314. все вышеперечисленное верно.
315. **Механизм действияПплазмозамещающих средств:**
316. восстанавливают ОЦК;
317. поддерживают коллоидно-осмотическое давление крови;
318. повышают АД;
319. улучшают реологические свойства крови
320. все вышеперечисленное
321. ничего из перечисленного
322. **Естественные плазмозамещающие средства это:**
323. альбумин,
324. СЗП (свежезамороженная плазма),
325. декстраны,
326. рефортан (ГЭКи)- гидроксиэтилированный крахмал
327. **Искусственные плазмозамещающие средства это:**
328. альбумин,
329. СЗП (свежезамороженная плазма),
330. декстраны,
331. рефортан (ГЭКи)- гидроксиэтилированный крахмал
332. **Реополиглюкин — 10 % раствор низкомолекулярного декстрана:**
333. блокируют адгезивные свойства тромбоцитов
334. снижают функциональную активность свертывающих факторов
335. снижает реабсорбцию мочи, усиливает диурез,
336. понижает давление в системе легочной артерии,
337. оказывает спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру,
338. верно все перечисленное
339. верно только 2и4.
340. **Выберите верное утверждение :Плазмозамещающие растворы на основе гидроксиэтилированного крахмала(ГЭК)**
341. восстанавливают электролитное равновесие,
342. обеспечивают организм глюкозой и аминокислотами, которые являются основными источниками энергии,
343. вызывают аллергических реакций,
344. влияют на иммунную систему;
345. обладают свойством закрывать поры в стенках капилляров и противодействовать переходу жидкости из сосудистого русла в ткани,
346. **К средствам для регидратации и дезинтоксикации относятся:**
347. Растворы глюкозы 5%, 10%, 20%, 40%
348. Натрия хлорид
349. Дисоль, ионостерол, раствор Рингера
350. Все перечисленное
351. Ничего из перечисленного
352. **Механизм действиясредств для регидратации и дезинтоксикации**:
353. Уменьшают явления интоксикации;
354. нормализуют гемодинамику
355. уменьшают болевой синдром
356. **Выберите белковые препараты для парентерального питания:**
357. аминостерил,
358. вамин,
359. ваминолакт,
360. аминосол,
361. нефромин,
362. кабивен,
363. липовеноз,
364. интралипид.
365. **Выберитежировыеэмульсиидля парентерального питания это**
366. аминостерил,
367. вамин,
368. ваминолакт,
369. аминосол,
370. нефромин,
371. кабивен,
372. липовеноз,
373. интралипид.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг. Диагноз: астматический статус. Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

**Вопросы:**

**–**Установите тип дисгидрии.

- Укажите инфузионную среду, необходимую для коррекции дисгидрии.

- Назначьте инфузионную корригирующую терапию и рассчитайте её объем.

- Укажите критерии эффективности корригирующей инфузионной терапии.

**Задача2**

В хирургическое отделение поступил больной 45 лет, масса тела 60 кг. Диагноз: острая тонкокишечная непроходимость, осложненная разлитым перитонитом. Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на сухость во рту, жажду; лицо землистого цвета, черты заострены, глаза запавшие; АД неустойчивое, порядка 100/70 – 90/50 мм. рт. ст., пульс 120 ударов; при надавливании на мочку уха образуется длительно сохраняющееся белое пятно; живот болезненный, равномерно вздут, шум плеска в брюшной полости - свободная жидкость; в крови – содержание белка 58 г/л; натрия – 129 ммоль/л; калия – 2,5 ммоль/л, хлора – 90 ммоль/л; показатель гематокрита 37%; анурия; КЩС крови: рН 7,3, ВЕ – 10 ммоль/л. –

**Вопросы:**

Установите тип дисгидрии; - Укажите синдромы расстройства солевого обмена и КЩС крови. - Назначьте предоперационную корригирующую терапию. - Укажите необходимые инфузионно-трансфузионные среды. - Укажите соотношение коллоидов и кристаллоидов в инфузионной терапии. - Установите последовательность применения инфузионнотрансфузионных сред. - Определите критерии достаточности терапии.

**Задача 3**

В хирургическое отделение госпитализирован больной 50 лет, масса тела 60 кг.

Диагноз: язвенная болезнь желудка, декомпенсированный стеноз привратника. Из данных клинико-лабораторного обследования: больной заторможен, жалобы на слабость, многократную в течение месяца рвоту, особенно выраженную после приема пищи; пониженное питание; кожные покровы и язык сухие; АД 115/70, пульс 116 ударов в минуту; живот мягкий, не вздут, болезненный в эпигастральной области; гематокрит 43%, содержание в крови натрия 120 ммоль/л, калия 2,2 ммоль/л, хлоридов 80 ммоль/л, рН крови 7,55, ВЕ – 16 ммоль/л; диурез за предыдущие сутки 500 мл, рН мочи 6,0; относительная плотность 1010. –

**Вопросы:**

Установите тип дисгидрии.

- Определите характер электролитных и кислотно-щелочных расстройств.

- Назначьте инфузионную корригирующую предоперационную терапию.

- Укажите критерии эффективности инфузионной терапии.

**Задача4**

В палате интенсивной терапии и реанимации 2-е сутки находится больной после операции по поводу разлитого перитонита. Больному 35 лет, масса тела 70 кг. Из данных клинико-лабораторного обследования: общее состояние крайне тяжелое, заторможен, язык сухой; живот мягкий, равномерно вздут, болезненный, перистальтика не прослушивается, из желудка за сутки аспирируется через зонд 1000 мл застойного содержимого, газы не отходили; АД 105/60, пульс слабого наполнения, ритмичный, 126 ударов; ЭКГ: синусовая тахикардия, снижение ST, уплощение зубца Т; кожные покровы холодные, при пункции третьего пальца для взятия крови на анализ кровь не выступает и с трудом выдавливается; гематокрит 36%; общий белок крови 55 г/л, содержание калия в крови 2,0 ммоль/л, натрия 133 ммоль/л, рН крови 7,29, ВЕ – 15 ммоль/л; диурез менее 20 мл/час. –

**Вопросы:**

Назовите имеющиеся у больного проявления водно-электролитных нарушений. - Рассчитайте дефицит калия в организме.

- Определите необходимую суточную дозу калия.

- Составьте алгоритм коррекции гипокалемии хлоридом калия.

- Рассчитайте максимально допустимую скорость инфузии 2% раствора хлорида калия;

- Укажите критерии контроля эффективности корригирующей терапии.

**Задача 5**

Больной 18 лет на четвертый день после употребления суррогатов алкоголя обратился к врачу с жалобами на нарастающую слабость, рвоту, прогрессирующее падение диуреза. Был срочно госпитализирован. Диагноз при поступлении в стационар: отравление суррогатами алкоголя тяжелой степени; острая почечная недостаточность, анурическая стадия. Из данных клинико-лабораторного обследования: состояние тяжелое; температура тела 370С; АД 180/110; пульс 58 ударов, ритмичный; ЭКГ – ритм синусовый 58 в 1 минуту, во всех отведениях остроконечный высокий зубец Т; анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроцитов 3,5 × 1012/л, лейкоцитов 14×109/л, палочкоядерных гранулоцитов 10%, сегментоядерных гранулоцитов 70%, лимфоцитов 20%, СОЭ 22 мм/час, креатинин крови 700 мкмоль/л, калий крови 7,7 ммоль/л, рН крови 7,30, ВЕ – 16 ммоль/л; диурез за предыдущие сутки около 50 мл.

**Вопросы:**

Назовите ведущие синдромы водно-электролитных нарушений.

Установите алгоритм лечебных мероприятий.

**Задача 6**

У больной В., 64 лет, на приеме у врача развился острый приступ закрытоугольной глаукомы с сильными болями в правом глазу с иррадиацией в голову. Появилась тошнота и рвота, одышка, выявлены признаки гипертонического криза II типа с ЧСС 62 в мин, АД 200/140 мм рт. ст. В анамнезе: в течение многих лет страдает гипертонической болезнью. В легких - большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов.

**Вопросы:**

1. Назначение каких диуретиков из перечисленных показано больной: клопамид; верошпирон внутрь; гипотиазид; хлорталидол; +фуросемид в/в; +диакарб внутрь.
2. Больная вспомнила, что ранее отмечалась выраженная аллергия на сульфаниламиды. Какие из перечисленных диуретики можно ей применять в амбулаторных условиях: триампур; диакарб; гипотиазид; фуросемид; верошпирон; урегит.
3. Какие диуретики противопоказаны: триампур; диакарб; гипотиазид; фуросемид; верошпирон; манитол.
4. После в/в введения фуросемида появилось снижение слуха, сильные боли в голеностопных суставах. С чем связано появление этих симптомов: гипонатриемия; гипокалиемия; +ототоксичность; +гиперурикемия; гипотония.

**Задача 7**

Больной 3., 57 лет, находится на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: постнекротический цирроз печени, активная фаза, гепатоцеллюлярная недостаточность II ст., асцит. Назначение метаболической терапии, фуросемида, оротата калия привело к некоторому улучшению состояния: уменьшились отеки, признаки портальной гипертензии, увеличился суточный диурез до 1,5 - 2,3 л. Однако через 10 дней лечения у больного появились слабость, шаткая походка, анорексия, судорожные подергивания мышц, сонливость, усилилась желтуха.

**Вопросы:**

1.О каком состоянии, осложнившем течение основного заболевания, можно думать:

2.Что могло способствовать его развитию:

При обследовании выявлены: калий плазмы - 3,2 ммоль/л, натрий плазмы - 112 ммоль/л, хлориды крови - 82 ммоль/л. А/Г коэффициент = 0,7. ЭКГ - снижение сегмента ST в V5-6, инверсия зубца Т в V3-6 удлинение интервала Q -Т.

3.Укажите мероприятия по выведению больного из печеночной прекомы:

**Задача 8**

Больная Н.,43 лет, в течение 18 лет страдает хроническим гломерулонефритом смешанной формы. Несмотря на то, что в течение 6 месяцев принимала в амбулаторных условиях верошпирон, изоланид, клофелин, фуросемид состояние больной в последнее время еще больше ухудшилось: увеличились отеки на лице, ногах, появились общая и мышечная слабость, зуд кожи, дискомфорт в области живота, металлический привкус, ригидность и парестезии в руках и ногах. ЧСС64 в мин, АД-190/120 мм рт. ст. ЭКГ - высокий зубец Т в V3-6, PQ - 0,16 сек, ORS - 0,14 сек, диффузные изменения миокарда. Проба Реберга - 60 мл/мин. Калий плазмы - 6,2 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л. Креатинин в крови - 208 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Что является причиной ухудшения состояния больной:

2. Проявлением побочных эффектов каких из следующих препаратов могут быть перечисленные симптомы: клофелина, изоланида, фуросемида, +верошпирона.

3. Выберите эффективные лекарственные средства для курсового лечения больной:

**Задача 9**

Больная П., 48 лет, находится в стационаре с диагнозом: ревматизм, неактивная фаза, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана, ХНКIIБ стадии. В качестве диуретической терапии назначены: фуросемид 80 мг и амилорид 15 мг ежедневно. Суточный диурез составлял 3,2-3,5 л в течение 4-х дней лечения (количество выпиваемой жидкости 0,9-1,1 л/сут). Концентрация калия в плазме крови 4,6 ммоль/л, натрия - 140 ммоль/л. На 5-й день из-за употребления недоброкачественной пищи у больной трижды была рвота и понос. На следующие сутки больная впала в прекоматозное состояние, стали нарастать отеки. Внутривенно введен фуросемид (лазикс) в дозе 120 мг без эффекта. Концентрация калия в плазме 3,3 ммоль/л, натрия- 126 ммоль/л. КЩС: рН =7,49.

**Вопросы:**

1. Оцените правильность выбора диуретиков в первые 4 дня лечения:

2. Оцените эффективность проводимой терапии в первые 4 дня лечения:

3. Укажите причины рефрактерности к фуросемиду на 6-ые сутки:

4. Укажите мероприятия по выведению больной из прекомы:

5. Укажите мероприятия по преодолению рефрактерности к фуросемиду:

**Задача 10**

Больная П., 64 лет, длительное время страдает тяжелой недостаточностью кровообращения в связи с перенесенными обширными инфарктами миокарда. За

последний год дома почти ежедневно принимает большие количества диуретиков, самостоятельно - по своему усмотрению. В связи с ухудшением состояния больная была госпитализирована. При исследовании КЩС, электролитного состава плазмы крови была выявлена внеклеточная дегидратация с элементами гипонатриемии и истощения.

**Вопросы:**

Какие из перечисленных ниже диуретиков наиболее часто приводят к таким изменениям?

1. гипотиазид
2. фуросемид
3. верошпирон
4. урегит
5. диакарб
6. хлорталидон

**Задача 11**

Больная Г., 55 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на отеки стоп и голеней, отечность лица, головные боли. Считает себя больной в течение последних 2-х лет и состояние прогрессивно ухудшается. Принимает фуросемид по 60 мг через День без положительного эффекта. В анамнезе: ревматоидный полиартрит, по поводу Кс£орого длительное время принимает индометацин (75 мг в сутки). При объективном обследовании: со стороны органов дыхания и ЖКТ патологии не выявлено. ЧСС - 80, рч 170/100 мм рт ст. Печень увеличена на 5 см. Периферические отеки стоп и леней. Мочеиспускание свободное. Клиренс креатинина 75 мл/мин. ЭКГ - ритм СИнУсовый, ST V 3-6 сглажен.

**Вопросы:**

1. Укажите причины данного состояния больной и неэффективности гипотензивной терапии:

2. Выберите из перечисленных ниже эффективные лекарственные средства для курсового лечения больной: гипотиазид в увеличенной дозе; фуросемид в увеличенной дозе; верошпирон; дигоксин.

**Задача 12**

Больной 54 лет поступил с жалобами на тошноту, тяжесть в правом подреберье, одышку, отеки на ногах. Перенес пневмонию и острый вирусный гепатит 7 лет назад. Курит, часто употребляет алкоголь. Об-но: пониженного питания, кожа сухая, субиктеричная, телеангиэктазии на верхней части туловища. В базальных отделах легких единичные влажные хрипы. ЧД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-94 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот увеличен в размерах, положительный симптом флюктуации, «голова медузы». Размеры печени по Курлову 22x21x14 см, поверхность ее гладкая, край острый. Селезенка не увеличена. Отеки ног и голеней. Общий белок -7,4 г/л, А/Г коэф. - 0,9. ЭКГ - диффузные изменения миокарда.

**Вопросы:**

1. Какие диуретики показаны:

2. Какие из перечисленных ниже лекарственные средства противопоказаны в данном случае: фуросемид; гипотиазид; этакриновая кислота; диакарб; верошпирон; маннит.

**Задача 13**

Больной 53 лет в течение 18 лет страдает сахарным диабетом. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. В последние месяцы появились отеки на ногах, одышка. Ан,крови: Эр. - 4.6тыс, лейк. 7.2 г/л, СОЭ - 9 мм/час. Креатинин крови - 92 ммоль/л, сахар крови -7.2 ммоль/л. Лечащим врачем диагностирована недостаточность кровообращения II ст.

**Вопросы:**

1. Необходимо назначить следующие лекарственные средства:
2. сердечные гликозиды;
3. верошпирон;
4. хлоргалидон;
5. фуросемид;
6. триампур;
7. диакарб.

На фоне лечения состояние больной через неделю улучшилось, однако после УЗИ исследования органов брюшной полости в другом корпусе, появился сухой кашель, повышение t до 38, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в легких справа в нижних отделах. R- диагностирована очаговая правосторонняя пневмония. Из-за того, что больная не переносит многие антибактериальные ЛС (группу пенициллина, макролиды, сульфаниламиды), начато в/м введение гентамицина 80 мг2 раза в сутки. Через 2 дня в анализе мочи найдены свежие эритроциты до 5-8 в п/зр., цилиндры, эпителий, белок до 0,003%; анализ крови СОЭ - 27 мм/ч, L - 8600, Нв 13,62 %; сахар 12,2 ммоль/л.

1. Укажите возможные причины изменений в моче и гипергликемии:
2. ухудшение течения сахарного диабета на фоне присоединения бактериальных инфекций;
3. возможно проявление побочного эффекта мочегонного прироста;
4. возможно проявление побочного эффекта антибиотика;
5. вероятнее всего изменения в моче являются следствием взаимодействия мочегонного и антибиотика.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 30:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности наркотических анальгетиков. Лекарственная зависимость. Лечение. Профилактика. Неотложная терапия.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация наркотических анальгетиков (алкалоиды опия: производные фенантрена, фенилпиперидина, метоксифенилциклогексанола).

2. Клинико-фармакологическая характеристика основных препаратов. Противопоказания к назначению наркотических анальгетиков. Побочные эффекты (зависимость, абстинентный синдром), их коррекция и профилактика.

3. Антагонисты наркотических анальгетиков.

4. Меры медицинской профилактики лекарственной наркомании.

5. Медико-юридические аспекты применения наркотических анальгетиков.

**Тестовые задания**

1. **К анальгезирующим средствам преимущественно центрального действия полным агонистам опиоидных рецепторов относятся следующие лекарственные препараты из перечисленных:**
2. морфин;
3. ривастигмин;
4. пилокарпин;
5. лидокаин;
6. **К анальгезирующим средствам преимущественно центрального действия агонистамантагонистам опиоидных рецепторов относится следующий лекарственный препарат из перечисленных:**
7. фентанил;
8. азаметония бромид;
9. пентазоцин;
10. парацетамол;
11. кеторолак;
12. **К анальгезирующим средствам преимущественно центрального действия со смешанным механизмом действия относится следующий лекарственный препарат из перечисленных:**
13. парацетамол;
14. трамадол;
15. метамизол-натрий;
16. ривастигмин;
17. неостигминаметилсульфат;
18. **Частичным агонистом опиоидных рецепторов является следующий лекарственный препарат из перечисленных:**
19. пилокарпин;
20. фенилэфрин;
21. бупренорфин;
22. празозин;
23. кеторолак;
24. **К неселективным ингибиторам циклооксигеназы, обладающим выраженной анальгетической активностью, относится следующий лекарственный препарат из перечисленных:**
25. метамизол-натрий;
26. пропранолол;
27. гуанетидин;
28. атропин;
29. фентоламин;
30. **Укажите механизм действия Морфина:**
31. блокированиеопиоидных рецепторов;
32. блокированиебета-адренорецепторов;
33. блокированиебета1-адренорецепторов;
34. возбуждение опиоидных рецепторов;
35. блокированиеМ-холинорецепторов;
36. **Отметьте необходимые мероприятия при отравлении Морфином:**
37. искусственная вентиляция лёгких;
38. промывание желудка 0,05% раствором калия перманганата;
39. введение Налоксона;
40. все ответы верны;
41. все ответы неверны;
42. **К синтетическим наркотическим анальгетикам, полным агонистам опиоидных рецепторов, относятся следующие лекарственные препараты:**
43. тримеперидин;
44. кеторолак;
45. пилокарпин;
46. атропин;
47. **Укажите механизм действия Налоксона:**
48. блокирование опиоидных рецепторов;
49. блокированиебета2-адренорецепторов;
50. блокированиеМ-холинорецепоров;
51. стимулирование опиоидных рецепторов;
52. стимулированиебета1-адренорецепторов;
53. **К неопиоидным средствам с преимущественно анальгетической активностью относятся лекарственные препараты:**
54. пилокарпин и атропин;
55. кетамин и парцетамол;
56. празозин;
57. **Выберите показание для применения Фентанила:**
58. доброкачественная гиперплазия предстательной железы;
59. нейролептанальгезия;
60. миастения;
61. гипотония;
62. бронхиальная астма;
63. **Показанием для применения Трамадола являются:**
64. артериальная гипотензия;
65. болевой синдром средней и сильной интенсивности;
66. анафилактический шок;
67. миастения;
68. артериальная гипертензия;
69. **Выберите лекарственный препарат, применяющийся при выраженном болевом синдроме:**
70. пилокарпин;
71. физостигмин;
72. тримеперидин;
73. галантамин;
74. азаметония бромид;
75. **Основные показания для применения Тримеперидина:**
76. выраженный болевой синдром;
77. премедикация;
78. беременность;
79. бронхиальная астма;
80. верно а, б;
81. верно в, г;
82. **Противопоказания к применению Фентанила:**
83. артериальная гипертензия;
84. угнетение дыхательного центра;
85. феохромоцитома;
86. эпилепсия;
87. **Противопоказания к применению трамадола:**
88. детский возраст до года (для парентерального введения);
89. беременность I триместр;
90. детский возраст до 14 лет (для приёма внутрь);
91. все ответы верны;
92. все ответы неверны;
93. **Укажите признаки передозировки Морфина:**
94. остановка дыхания;
95. миоз;
96. судороги;
97. миоз;
98. бессонница;
99. верно а, б и в;
100. верно г и д
101. **Абстинентный синдром провоцирует у наркоманов препарат:**
102. налоксон
103. бемегрид
104. кодеин
105. напроксен
106. кордиамин
107. **Агонист-антагонист опиатных рецепторов:**
108. кодеин;
109. буторфанол;
110. этилморфин;
111. бупренорфин
112. **В основе действия наркотических анальгетиков лежит**
113. стабилизация мембраны афферентого волокна
114. взаимодействие с опиатными рецепторами ЦНС
115. блокада передачи в серотонин- и адренергических синапсах ЦНС
116. снижение синтеза простагландинов
117. **Ведущую роль в эндогенной антиноцицептивной системе играют**
118. серотонин и норадреналин
119. ГАМК и бензодиазепины
120. ацетилхолин и гистамин
121. энкефалины и эндорфины
122. **Выбрать препарат с наиболее выраженным наркогенным потенциалом:**
123. морфин,
124. трамал,
125. бупренорфин,
126. пентазоцин
127. **Длительность болеутоляющего действия морфина (в/м) составляет:**
128. 1-2 ч
129. 2-4 ч
130. 4-5 ч
131. 6-8 ч
132. 8-10 ч
133. **Длительность болеутоляющего действия фентанила (в/м) составляет:**
134. 10-30 мин
135. 30-60 мин
136. 1-1,5 ч
137. 2-4 ч
138. 72 ч
139. **Для обезболивания родов применяют препарат:**
140. парацетамол
141. ибупрофен
142. морфин
143. промедол
144. **Для купирования спастических болей применяют**
145. промедол
146. морфин
147. трамал
148. пентазоцин
149. кодеин
150. омнопон
151. **Для устранения кашля используют:**
152. морфин
153. омнопон
154. бутадион
155. этилморфин
156. **К алкалоидам опия относится**
157. промедол
158. морфин
159. папаверин
160. фентанил
161. кодеин
162. промедол
163. **К побочным эффектам морфина относится**
164. гипертензивный
165. бронхобструктивный
166. аритмогенный
167. наркогенный
168. эйфоригенный
169. обстипационный
170. **К полусинтетическим препаратам относится:**
171. бупренорфин
172. морфин
173. буторфанол
174. трамадол
175. фентанил
176. **К производным пиперидина относится препарат:**
177. фентанил
178. диклофенак
179. парацетамол
180. амидопирин
181. морфин
182. **К синтетическим анальгетикам относится:**
183. промедол
184. морфин
185. буторфанол
186. кодеин
187. **Каппа-опиатные рецепторы опосредуют главным образом:**
188. угнетение дыхательного центра морфином;
189. спинальный компонент анальгезии;
190. седативный эффект морфина;
191. эйфоризирующий эффект
192. **Менее выражен потенциал пристрастия у препарата:**
193. морфин
194. промедол
195. бупренорфин
196. фентанил
197. **Морфин вызывает**:
198. мидриаз
199. парез кишечника
200. обстипацию
201. гипертензию
202. **Морфин повышает тонус гладкомышечных органов в основном за счет**
203. прямого миотропного действия
204. возбуждения периферических опиатных рецепторов
205. усиления симпатических влияний
206. усиления парасимпатических влияний
207. **Наиболее безопасен в плане развития зависимости препарат:**
208. трамадол
209. промедол
210. фентанил
211. морфин
212. пентазоцин
213. **Наиболее выраженно угнетает дыхание:**
214. аспирин
215. промедол
216. кодеин
217. фентанил
218. **Наиболее выраженно угнетают дыхание**
219. морфин
220. промедол
221. фентанил
222. пентазоцин
223. трамал
224. **Наиболее выраженным наркогенным потенциалом обладает:**
225. морфин,
226. трамал,
227. бупренорфин,
228. пентазоцин
229. **Наибольшей анальгетической активностью обладает:**
230. фентанил,
231. морфин
232. промедол
233. кодеин
234. диклофенак
235. **Налтрексон применяют при:**
236. отравлении судорожными ядами;
237. лечение опиатной наркомании;
238. воспалительной боли;
239. бессонице
240. **Налтрексон:**
241. антагонист опиатных рецепторов;
242. применяется для лечения опиатной зависимости;
243. опиатный агонист;
244. анксиолитик
245. **Наркотические анальгетики повышают:**
246. порог болевой чувствительности;
247. интервал переносимости боли;
248. эмоциональное восприятие боли;
249. генерализованную реакцию на боль
250. **Основные социально-биологические факторы развития зависимости к наркотическим анальгетикам включают:**
251. психотропные свойства препарата
252. состояние стресса
253. социальное окружение
254. возраст и мода
255. генетические особенности, определяющие повышенную чувствительность к наркотикам
256. **По типу взаимодействия с опиатными рецепторами налоксон относится к:**
257. агонистам
258. агонистам-антагонистам
259. антагонистам
260. **Показанием к применению кодеина является кашель при**
261. остром бронхите трахеите
262. опухоли бронха, легкого
263. пневмотораксе
264. пневмонии
265. травме грудной клетки
266. бронхоэктатической болезни
267. **Показанием к применению морфина является:**
268. предоперационная подготовка
269. боль при онкологических заболеваниях
270. боль при полиартрите
271. боль при травмах
272. послеоперационные боли
273. спастические боли
274. **Препараты из группы агонистов-антагонистов опиатных рецепторов:**
275. промедол;
276. флумазенил;
277. бупренорфин;
278. пентазоцин
279. **При длительном применении наркотических анальгетиков их болеутоляющее действие:**
280. снижается вследствие развития толерантности
281. усиливается вследствие развития зависимости
282. не изменяется
283. **При опиатной абстиненции используют:**
284. налоксон;
285. циклодол;
286. налтрексон
287. **При остром инфаркте миокарда для нейролептанальгезии применяется**
288. дроперидол
289. промедол
290. пентазоцин
291. фентанил
292. буторфанол
293. диазепам
294. **При остром отравлении морфином**
295. дыхание угнетено
296. зрачок глаза расширен
297. дыхание не изменено
298. зрачок глаза сужен
299. **При отравлении наркотическими анальгетиками в качестве их антагонистов применяют**
300. унитиол
301. налтрексон
302. норфин
303. напроксен
304. налоксон
305. **При сильных спастических болях показан:**
306. парацетамол
307. омнопон
308. морфин
309. дроперидол
310. **Промедол показан для обезболивания болезненных родов, поскольку обладает свойством**
311. расслаблять шейку матки
312. слабо угнетать дыхание плода
313. улучшать кровоснабжение плода
314. нормализовывать родовую активность матки
315. предупреждать послеродовое кровотечение
316. **Промедол:**
317. обладает спазмогенным действием;
318. обладает спазмолитическим действием;
319. мю-агонист;
320. смешанный агонист-антагонист опиатных рецепторов
321. **Развитие наркотической зависимости в первую очередь определяет:**
322. психотропные свойства препарата
323. стрессы, психические травмы
324. социальное окружение
325. преступные наклонности
326. генетические особенности, определяющие повышенную чувствительность к наркотикам
327. **Симптом острого отравления морфином:**
328. мидриаз;
329. психомоторное возбуждение;
330. ксантопсия;
331. миоз
332. **Трамал применяют при:**
333. отравлении судорожными ядами:
334. лечении опиатной наркомании;
335. воспалительной боли;
336. травматической боли
337. **Трамадол:**
338. применяют при ревматоидном артрите;
339. каппа-агонист;
340. активирует мю-рецепторы;
341. блокирует обратный захват норадреналина
342. **Указать анальгетик, производное фенантрена:**
343. промедол
344. морфин
345. анальгин
346. трамал
347. **Указать наркотический анальгетик, производное бензморфана:**
348. бутадион,
349. кодеин,
350. фентанил,
351. пентазоцин
352. **Указать препарат из группы «агонистов-антагонистов» опиатных рецепторов:**
353. фентанил;
354. бупренорфин;
355. морфин;
356. промедол
357. **Фентанил:**

агонист опиатных рецепторов;

1. угнетает дыхание;
2. может применяться для нейролептанальгезии;
3. вызывает спазм гладкой мускулатуры внутренних органов
4. вызывает усиление перистальтики
5. **Фентанил:**
6. агонист-антагонист опиатнах рецепторов;
7. сильный мю-агонист;
8. уступает морфину по аналгезии;
9. длительность действия 4-5 часов
10. **Эффект психолептиков при ведении морфина:**
11. снижается
12. не изменяется
13. повышается
14. не проявляется

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

У больного, 44 лет, грыжа межпозвонкового диска L4. В связи с этим из-за сильного болевого синдрома вынужден регулярно принимать трамадол.

В настоящее время пациент обратился в поликлинику с жалобами на недостаточную терапевтическую эффективность препарата, на возобновление сильного болевого синдрома в спине. В течение последних 2 дней пациент вместо привычного препарата (трамадол) начал принимать, по совету знакомых ибупрофен, после чего отметил выраженную тревожность, потоотделение, судороги икроножных мышц.

**Вопросы:**

1. Вследствие чего терапевтический эффект трамадола был ослаблен?

2. Что произошло с пациентом после отмены препарата?

**Задача 2**

В стационар поступил ребенок 7 лет в предшоковом состоянии с проникающим ранением грудной клетки и постоянным кашлем, сопровождающимся кровохарканьем.

**Вопросы:**

1.Назначение какого препарата окажет одновременно сильный противошоковый и противокашлевой эффекты?

2.Рекомендуется ли использование этого препарата для устранения кашля в других ситуациях?

**Задача 3**

Больному 16 лет с жалобами на повышение температуры до 39º С, головную боль, лихорадку, вялость, чувство ломоты в суставах было назначено жаропонижающее средство избирательно ингибирующее циклооксигеназу-3.

**Вопросы:**

1.Какое лекарственное средство было назначено?

2.Выпишите рецепт

**Задача 4**

Выбрать болеутоляющее средство для профилактики травматического шока ребенку из группы агонистов опиоидных рецепторов.

**Вопросы:**

1.Выписать рецепт

2.Изложить механизм действия

3.Перечислить препараты из группы агонистов-антагонистовопиоидных рецепторов

**Задача 5**

С целью предупреждения быстрого развития лекарственной зависимости при приеме наркотических анальгетиков больному 17 лет с диагнозом: рак предстательной железы 2 ст. был выписан препарат пентазоцин в суппозиториях.

**Вопросы:**

1.Обоснуйте тактику врача.

2.Опишите меры профилактики развития лекарственной зависимости при назначении наркотических анальгетиков

**Задача 6**

К врачу отоларингологу обратилась больная 13 лет с жалобами на головокружение, слабость, сильную боль при глотании. Из анамнеза известно, что больная последние 3 недели принимала таблетки от головной боли по 2 таблетки 2-3раза в день. При осмотре: в области мягкого неба и миндалин язвы ссеровато-желтымикраями. Взят мазок на бактериоскопию и кровь на лейкоциты. Количество лейкоцитов1,6-109/л,гранулоциты 20%.

**Вопросы:**

1.Какой препарат из группы ненаркотических анальгетиков мог вызвать такие изменения в картине крови?

2.Опишите его механизм действия

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 31:Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности бакпрепаратов, интерферонов, вакцин, сывороток и иммуноглобулинов.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. История создания и применения вакцин. Классификация вакцин (по числу антигенов, по видовому составу, живые и убитые вакцины). Примеры.

2. Клинико-фармакологическая характеристика препаратов, показания к применению. Взаимодействия с другими лекарственными средствами. Противопоказания к назначению. Побочные эффекты, их клинические проявления.

3. Анатоксины, антитоксины и сыворотки. Классификация. Клинико-фармакологическая характеристика препаратов, показания к применению. Взаимодействия с другими лекарственными средствами. Противопоказания к назначению. Побочные эффекты, их клинические проявления.

4.Клинико-фармакологическая характеристика интерферонов, показания к применению. Взаимодействия с другими лекарственными средствами. Противопоказания к назначению. Побочные эффекты, их клинические проявления.

5.Клинико-фармакологическая характеристика иммуноглобулинов, показания к применению. Взаимодействия с другими лекарственными средствами. Противопоказания к назначению. Побочные эффекты, их клинические проявления.

**Тестовые задания**

1. **Какой из перечисленных препаратов относится к цитокинам:**
2. Рекомбинантный человеческий альфа-интерферон
3. Цитозар
4. Цисплатин
5. Циклофосфан
6. **Благоприятные эффекты интерферона на иммунную систему включают в себя:**
7. Угнетение активности макрофагов, Т-лимфоцитов и естественных клеток-киллеров
8. Активацию макрофагов, Т-лимфоцитов и естественных клеток-киллеров
9. Повышение активности В-лимфоцитов и стимуляцию антителообразования
10. Активацию макрофагов, В-лимфоцитов и Т-супрессоров
11. **Выберите из предложенных препаратов эндогенный гликопептид, обладающий противовирусными свойствами:**
12. Арбидол
13. Интерферон
14. Мидантан
15. Фоскарнет
16. **Укажите, какой их протвовирусных препаратов может вызывать и усиливать аутоиммунные реакции:**
17. Метисазон
18. Интерферон
19. Ацикловир
20. Рибавирин
21. **Профилактические прививки проводятся с целью создания:**
22. активного специфического иммунитета
23. пассивного специфического иммунитета
24. неспецифического иммунитета
25. **Активный специфический иммунитет создаётся при введении:**
26. иммуноглобулина
27. анатоксина
28. вакцины
29. сыворотки
30. **Пассивный специфический иммунитет создаётся при введении:**
31. вакцины
32. иммуноглобулина
33. анатоксина
34. сыворотки
35. **Вакцина содержит:**
36. живые ослабленные микроорганизмы
37. убитые микроорганизмы
38. готовые антитела
39. **Сыворотка содержит:**
40. убитые микроорганизмы
41. обезвреженный токсин
42. готовые антитела
43. **Какой препарат используется для вакцинации против туберкулёза?**
44. живая вакцина
45. анатоксин
46. иммуноглобулин
47. **Какой препарат используется для вакцинации против дифтерии?**
48. живая вакцина
49. убитая вакцина
50. анатоксин
51. **Способ введения вакцины БЦЖ:**
52. в/к
53. п/к
54. в/м
55. **Способ введения вакцины АКДС:**
56. в/к
57. п/к
58. в/м

10.**Коревая вакцина вводится:**

1. в/к
2. п/к
3. в/м

11.**Место введения вакцины БЦЖ:**

1. на границе между верхней и средней третью левого плеча
2. на границе между средней и нижней третью плеча
3. верхне – наружный квадрант ягодицы

12.**Место введения вакцины АКДС:**

1. верхняя треть левого плеча
2. средняя треть предплечья
3. верхне – наружный квадрант ягодицы

13.**В плановом порядке в России у детей проводят следующие прививки:**

1. против туберкулёза
2. против гриппа
3. против коклюша
4. против столбняка
5. против гепатита В
6. против скарлатины

14.**Вакцинация против дифтерии начинается:**

1. в 3 месяца
2. в 6 месяцев
3. в 12 месяцев

15.**Курс вакцинации при использовании АКДС состоит:**

1. из 2-х прививок
2. из 3-х прививок
3. из 4-х прививок

16.**Вакцинация против кори проводится:**

1. в 3 месяца
2. в 12 месяцев
3. в 18 месяцев

17.**Указать срок 1-ой ревакцинации против дифтерии:**

1. через 1,5-2 года после законченной вакцинации
2. в 18 месяцев
3. в 24 месяца

18.**Указать интервал между 1-ой и 2-ой вакцинацией АКДС:**

1. дней
2. 45 дней
3. 60 дней

19.**Вакцинация против коклюша проводится:**

1. в 1 месяц
2. с 3-х месяцев
3. в 1 год

20.**В каком возрасте проводится вакцинация против паротита:**

1. в 12 месяцев
2. в 18 месяцев
3. в 6 лет

21**.Для 2-й ревакцинации против дифтерии используют препарат:**

1. АКДС
2. АДС
3. АДС – М
4. АД – М

22.**Срок 2-й ревакцинации против полиомиелита:**

1. 18 месяцев
2. 20 месяцев
3. лет

23.**В прививочном кабинете вакцины хранятся в холодильнике:**

1. в морозильной камере
2. на двери холодильника
3. на полках холодильника

24.**Живые вирусные вакцины должны храниться:**

1. на верхней полке холодильника
2. на второй полке холодильника
3. на третьей полке холодильника
4. **Выберите правильный ответ: реакции на прививки против дифтерии могут быть**
5. в первые три дня, отмечаем на следующий день после прививки.
6. с 5-го по 15-ый день, отмечаем на 5-й день.
7. с 4-го по 12-ый день, отмечаем на 4-ый день.
8. в течение одного месяца, не отмечаем.
9. на 4-6-ой неделе, отмечаем в 1, 3, 6, 12 месяцев; у ревакцинированных – до образования рубчика
10. **Выберите правильный ответ: реакции на прививки против кори могут быть**
11. в первые три дня, отмечаем на следующий день после прививки.
12. с 5-го по 15-ый день, отмечаем на 5-й день.
13. с 4-го по 12-ый день, отмечаем на 4-ый день.
14. в течение одного месяца, не отмечаем.
15. на 4-6-ой неделе, отмечаем в 1, 3, 6, 12 месяцев; у ревакцинированных – до образования рубчика
16. **Выберите правильный ответ: реакции на прививки противэпид. паротита могут быть**
17. в первые три дня, отмечаем на следующий день после прививки.
18. с 5-го по 15-ый день, отмечаем на 5-й день.
19. с 4-го по 12-ый день, отмечаем на 4-ый день.
20. в течение одного месяца, не отмечаем.
21. на 4-6-ой неделе, отмечаем в 1, 3, 6, 12 месяцев; у ревакцинированных – до образования рубчика
22. **Выберите правильный ответ: реакции на прививки против полиомиелита могут быть**
23. в первые три дня, отмечаем на следующий день после прививки.
24. с 5-го по 15-ый день, отмечаем на 5-й день.
25. с 4-го по 12-ый день, отмечаем на 4-ый день.
26. в течение одного месяца, не отмечаем.
27. на 4-6-ой неделе, отмечаем в 1, 3, 6, 12 месяцев; у ревакцинированных – до образования рубчика
28. **Выберите правильный ответ: реакции на прививки против туберкулёза могут быть**
29. в первые три дня, отмечаем на следующий день после прививки.
30. с 5-го по 15-ый день, отмечаем на 5-й день.
31. с 4-го по 12-ый день, отмечаем на 4-ый день.
32. в течение одного месяца, не отмечаем.
33. на 4-6-ой неделе, отмечаем в 1, 3, 6, 12 месяцев; у ревакцинированных – до образования рубчика
34. **Выберите методы вакцинации вакцинами БЦЖ и БЦЖ-М.**
35. Внутрикожная вакцинация
36. Внутримышечная вакцинация.
37. Подкожная вакцинация.
38. Накожная (скарификационная) вакцинация
39. Оральная вакцинация.
40. **Выберите методы вакцинации сорбированными вакцинами (АКДС, АДС, АДС-М, ВГВ), вакциной против гепатита В**
41. Внутрикожная вакцинация
42. Внутримышечная вакцинация.
43. Подкожная вакцинация.
44. Накожная (скарификационная) вакцинация
45. Оральная вакцинация.
46. **Выберите методы вакцинации не сорбированными (коревая, краснушная, паротитная, менингококковая и др. вакцинами**
47. Внутрикожная вакцинация
48. Внутримышечная вакцинация.
49. Подкожная вакцинация.
50. Накожная (скарификационная) вакцинация
51. Оральная вакцинация.
52. **Выберите методы вакцинации вакцинами против чумы, туляремии**
53. Внутрикожная вакцинация
54. Внутримышечная вакцинация.
55. Подкожная вакцинация.
56. Накожная (скарификационная) вакцинация
57. Оральная вакцинация.
58. **Выберите методы вакцинации вакцинами против чумы, холеры и полиомиелита**
59. Внутрикожная вакцинация
60. Внутримышечная вакцинация.
61. Подкожная вакцинация.
62. Накожная (скарификационная) вакцинация
63. Оральная вакцинация.
64. **Для вакцинации против клещевого энцефалита в настоящее время используются ве препараты, кроме**
65. ФСМЕ – ИММУН – Джуниор – для детей 0,5-16 лет, доза 0,25 мл (Австрия)
66. ФСМЕ – ИММУН – для взрослых (Австрия)
67. Энцепур – для взрослых (Германия)
68. Энцепур – для детей (Германия)
69. Бегривак – Германия
70. **Для вакцинации против Гриппа в настоящее время используются ве препараты, кроме**
71. Вакцина гриппа инактивированная – Россия
72. Грипповак – инактивированная (Россия)
73. Агриппал – Италия
74. Бегривак – Германия
75. Флюарикс – Германия
76. Ваксигрип – Франция
77. Инфлювак – Франция
78. Энцепур – для взрослых (Германия
79. **Для вакцинации против Гепатит А в настоящее время используются ве препараты, кроме**
80. Гепатит А – ин – ВАК – Россия
81. Гепатит А – ин – ВАК – ПОЛ – Россия
82. Аваксим – Франция
83. Хаврикс – Англия
84. Твинрикс – геп А и В (Англия)
85. Эувакс В – Южная Корея
86. **Для вакцинации против дифтерии, коклюша в настоящее время используются ве препараты, кроме**
87. ДТ – Вакс – дифтерия, столбняк (Франция)
88. Имовакс ДТ Адюльт – дифтерия, столбняк с уменьшенным содержанием антигена (Франция)
89. Бубо М – дифтерия, столбняк + гепатит В (Россия)
90. Пентаксим – коклюш (бесклеточная), дифтерия, столбняк, полиомиелит + гемофильная инфекция (Франция)
91. Тританрикс Гепатит В – коклюш, дифтерия, столбняк, гепатит В (Англия
92. Аваксим – Франция
93. **Для вакцинации против гепатита В в настоящее время используются**
94. Эувакс В – Южная Корея
95. Гепатит А +В – инВАК – Россия
96. Аваксим – Франция
97. Хаврикс – Англия
98. **К поствакцинальным осложнениям вследствие профилактических прививок не относится:**
99. Анафилактический шок;
100. Тяжёлые генерализованные аллергические реакции (ангионевротический отёк), синдромы Стивенса-Джонсона, Лайела, сывороточной болезни;
101. Энцефалит;
102. Вакциноассоциированный полиомиелит;
103. Поражение центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приводящими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также проявления судорожного синдрома;
104. Генерализованная инфекция, остеит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ;
105. Артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.
106. Кишечные, почечные синдромы и дыхательная недостаточность
107. **Циркуляция иммунных комплексов при сывороточной болезни связана с:**
108. низкой молекулярной массой
109. недостаточностью фагоцитоза
110. модификацией антигена
111. уменьшением активности белков системы комплемента
112. **Иммуноглобулин человека назначается при перчисленных заболеваниях кроме:**
113. иммунодефицитные состояния;
114. аутоиммунные болезни;
115. атопических реакциях (аллергический [дерматит](https://www.tiensmed.ru/illness/ugri.html), [нейродермит](https://www.tiensmed.ru/news/neirodermit-wkti/), [крапивница](https://www.tiensmed.ru/news/krapivnitsa-wkti/), [отек Квинке](https://www.tiensmed.ru/news/otek-kvinke-wkti/);атопическая бронхиальная астма;поллиноз)
116. тяжелые вирусные, бактериальные, грибковые инфекции;
117. профилактика заболеваний у лиц из группы риска (например, у детей, родившихся глубоко недоношенными).
118. Гипертоническая болезнь
119. **Иммуноглобулин входит в состав профилактических прививок против следующих заболеваний:**
120. [грипп](https://www.tiensmed.ru/illness/prostuda.html);
121. [краснуха](https://www.tiensmed.ru/news/krasnuhencia-wktx/);
122. эпидемический паротит ([свинка](https://www.tiensmed.ru/news/svinka-wktx/));
123. [корь](https://www.tiensmed.ru/news/kori-wktx/);
124. Все перечисленное верно
125. Нет правильного ответа
126. **Анатоксин представляет собой антитела, действие которых направлено:**
127. на возбудителя заболевания
128. против токсических веществ, вырабатываемых возбудителем заболевания.
129. **Нормальный человеческий иммуноглобулин содержится в следующих лекарственных препаратах кроме**:
130. Октагам,
131. Пентаглобин,
132. Иммуноглобулин антиротавирусный,
133. Иммуноглобулин антистафилококковый,
134. Иммуноглобулин человека нормальный,
135. Комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП),
136. Антирезусный иммуноглобулин,
137. Противоаллергический иммуноглобулин,
138. Цитотек
139. Зиртек
140. **Лечение иммуноглобулинами проводится только в стационаре, так как эти препараты могут обладать рядом побочных эффектов:**
141. желые аллергические реакции;
142. гриппоподобные симптомы ([озноб](https://www.tiensmed.ru/news/oznob-wkti/), повышение температуры, слабость, [боли в мышцах](https://www.tiensmed.ru/news/boli-v-mishtsah-wkti/));
143. [учащение сердцебиения](https://www.tiensmed.ru/news/bienieserd-wkti/), перепады [артериального давления](https://www.tiensmed.ru/news/arterial-pressure-wkti/);
144. [тошнота](https://www.tiensmed.ru/news/toshnota-wkti/), [рвота](https://www.tiensmed.ru/news/rvota-wkti/), [боли в животе](https://www.tiensmed.ru/news/boli-v-jivote-i-v-boku-wkti/), [жидкий стул](https://www.tiensmed.ru/news/loose-stools-wkti/);
145. [депрессия](https://www.tiensmed.ru/illness/depres.html);
146. [кашель](https://www.tiensmed.ru/news/kasheli-wkti/) и одышка;
147. нарушение функции [почек](https://www.tiensmed.ru/illness/pochki1.html)
148. все перечисленное верно

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной К., 36 лет, поступил в хирургическое отделение с обширными ранениями

нижних конечностей. Произведена инъекция 0,5 мл не разведенной

противостолбнячной сыворотки. Через несколько минут у больного появилось

возбуждение, слезотечение, ринорея, участилось дыхание (до 34 в мин), пульс 85 уд. Вминуту, А/Д 150/100 мм рт.ст. Тяжесть состояния больного нарастала. Появился

спастический сухой кашель, экспираторная одышка, рвота. Кожные покровы стали

цианотичны, пульс нитевидным, число сердечных сокращений снизилось до 55 уд. в

минуту, тоны сердца глухие, А/Д упало до 65/40 мм рт.ст. Больной покрылся

холодным липким потом и потерял сознание. Произошла непроизвольная дефекация имочеиспускание. Появились судороги в виде фибриллярных подергиваний отдельныхмышечных групп.

**Вопросы:**

1.Какой патологический процесс развился у пациента?

2.Каков возможный механизм возникновения патологии?

3.Укажите антителаучаствующие в иммунопатологическом процессе.

4.Назовите возможные клинические виды патологии и методы специфической

десенсибилизации.

**Задача 2**

Больной В., 19 лет, курит с 11 лет, переведен из туберкулезного диспансера для уточнения диагноза. Из анамнеза: в детстве переболел всеми детскими инфекциями. В возрасте 15 лет был осужден и отбывал наказание на Севе­ре в детской тюрьме для несовершеннолетних. Через 3 месяца пребывания в тюрьме заболел обструктивным гнойным [бронхитом](http://www.pandia.ru/text/category/bronhit/), гайморитом, отитом. На R-грамме была выявлена очаговая пневмония в/доли левого легкого. Больной получал медикаментозную терапию, но в течение 2 лет 3 раза пе­ренес пневмонию в/доли левого легкого. После очередного обострения больного перевели в институт туберкулеза, где он получил массивную спе­цифическую терапию, но сохранились субфибрилитет, слабость, потли­вость, увеличенные шейные и подмышечные лимфоузлы, в сыворотке крови отсутствовала фракция γ-глобулинов.

Общий анализ крови: ЭР=3,9х10 12/л; ц. п. - 0,9; НВ - 111%; СОЭ – 40 мм/час; L - 6,8х10 9/л; п/л=3%; С=70%; М - 8%; Л=30%.

Общий анализ мочи без патологии.

Иммунограмма больного: CD3 – 52%; CD4 – 35%; CD8 – 26%; CD20 – 4%; IgM – 0,9 г/л; IgG – 2,0 г/л; IgA – 0,2 г/л; Фагоцитарный индекс – 80%; Фагоцитраное число – 4,0

**Вопросы:**

Ваш диагноз

Тактика лечения

**Задача 3**

Больной Г., 36 лет, врач-рентгенолог, участник ликвидации аварии на Чернобыльской [АЭС](http://www.pandia.ru/text/category/atomnie_yelektrostantcii/), поступил для лечения распространенного дерматита, онихомикоза кистей и стоп, регионарного лимфоаденита, длительного субфебрилитета (3 месяца до 37,5°С), общей слабости.

После длительной физической нагрузки и работы в ночную смену состояние больного ухудшилось, и он обратился для обследования.

Данные общего анализа крови, мочи, [биохимический](http://www.pandia.ru/text/category/biologicheskaya_hiimya/) анализ в пределах нормы.

Общие лейкоциты 2,5х109/л; Лимфоциты 21%; CD3 (Т-лимфоцит) 40%; CD4 (Т-хелперы) 19%; CD8 (Т-супрессоры)20%; Соотношение СD4/ CD8 0,9; CD16 (NK-клетки) 9%; CD20 (В-лимфоциты) 10; CD25 (Рецептор ИЛ-2) 3%; IgG – 8,5 г/л; IgA – 0,2 г/л; IgM - 2,0 г/л

**Вопросы:**

Предположительный диагноз больного?

**Задача 4**

Больной П., 19 лет обратился с жалобами на слабость, повышенную потливость, периодический сухой кашель и заложенность носа. Болеет около 8 месяцев, когда после перенесенной внегоспитальной пневмонии нижней доли слева на фоне массивной медикаментозной терапии была выявлена умеренная спленомегалия и появились периодические приступы лихорадки с указанными выше жалобами.

Из анамнеза: рос и развивался обычно. В возрасте 14 лет со слов матери перенес краснуху, после чего (данные нечеткие) заболел гайморитом, далее отитом, бронхитом, частые (до 5-7 раз в год) ОРВИ, присоединился конъюнктивит. Ввыявлен хронический бронхит; справа пневмосклероз (S8-9), хронический ринит, хронический гнойный двухсторонний гайморит. Идиопатическая спленомегалия. Аплазия правой почки. Больной обследован у [гематолога](http://www.pandia.ru/text/category/gematologiya/), онколога, инфекциониста.

Общий анализ крови: Эр – 4,3х1012/л; Гем – 136; ц. п. 0,9; тромбоциты – 253,7х109/л; лейкоциты – 6,2х109/л; эозин. – 1%; юн. – 1%; п/я – 4%; с/я – 59%; лимфоциты – 28%; мон. – 7%.

Иммунограмма: Тобщ – 58%; Такт – 24%; Тхелп – 46%; Тсупр – 32%; ИРИ – 1,7; В-лимфоциты – 20%; IgА – 0; IgМ – 0; IgG – 0,3 г/л; ФИ – 75%; НСТ спонтанный – 11%; НСТ стимул. – 41%; фагоцитарное число (ФЧ) – 15. При повторных (2-х) исследованиях существенной разницы в показателях ИГ не получено.

Посев крови на стерильность (роста не получено). Посев промывных вод бронхов (при бронхоскопии) – получен умеренный рост грибов Candida. Посев мокроты на БК и АК – не выявлено.

Бронхоскопия: катаральный трахеобронхит, воспаление I ст. R-графия придаточных пазух носа: кистозный гайморит с обеих сторон.

В лаборатории [молекулярных биологических](http://pandia.ru/text/category/molekulyarnaya_biologiya/) исследований ДНК [вируса](http://www.pandia.ru/text/category/virus/) Эпштейна-Барр, цитомегаловируса, герпеса простого I, II и VI типов не обнаружено.

**Вопросы:**

Каков клинический диагноз, лечение и прогноз?

Обоснуйте диагноз

**Задача 5**

У ребенка 1 года аллергия на куриный яичный белок.

**Вопросы:**

Можно ли ему вводить живую коревую вакцину (ЖКВ)?

**Задача 6.**

Ребенок 1 года по поводу обструктивного бронхита с дыхательной недостаточностью получал преднизолон в течение 5 дней в дозе 1 мг/кг/сутки. Через 1 месяц после выздоровления встал вопрос о вакцинации ЖКВ.

**Вопросы:**

Ваше решение?

**Задача 7.**

После трех введений оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ) у ребенка 8 месяцев развилась картина полиомиелита.

**Вопросы:**

Может ли это быть связано с вакцинацией?

**Задача 8**

В 4 месяца после АКДС-2 + ОПВ-2 на 3-й день появилась обильная петехиальная сыпь, при обследовании выявлена тромбоцитопения.

**Вопросы:**

Тактика дальнейшей вакцинации?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **мультимедийная презентация** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к подготовке и представлению реферата и мультимедийной презентации: показан высокий уровень теоретической осведомленности по заданномувопросу, обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к оформлению презентации, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к подготовке доклада и презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании доклада или при ответе на дополнительные вопросы. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема доклада, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не представлена презентация |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Критерии оценки практической части** | |
| **Проверка практической части** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если - ординатор ежедневно курирует больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины (при обосновании клинического диагноза и проведении дифференциального диагноза правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, клинико-лабораторные и инструментальные показатели, правильно назначает лечение, заполняет историю болезни, правильно проводит анализ и оценку качества проводимого лечения у конкретного больного, правильно заполняет Карту экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации.). |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – ординатор ежедневно курирует тематического больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины, однако допускает некоторые неточности. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками. |
| **Проверка истории болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если клиническая история болезни оформлена в назначенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений, грамматических и стилистических ошибок;  показано всестороннее и глубокое знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано умение проводить дифференциальную диагности­ку с учетом основного синдрома у конкретного больного;  умело составлен план обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии у представленного больного;  проявлены творческие способности в понимании, изложении и применении материала в конкретном клиническом случае;  нет существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – клиническая история болезни оформлена в положенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений по тексту, грамматических и стилистических ошибок;  показано полное знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;  умело составлен план обследования и лечения по основной патологии у представленного больного;  имеются отдельные непринципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если клиническая история болезни оформлена не полностью, с исправлениями и ошибками;  Показаны неполные знания основных разделов внутренних болезней (классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано неполное умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;  составленные план об­следования и лечения по основной патологии у представленного больного не полные;  имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению исто­рии болезни. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - история болезни оформлена, но не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;  допущены принципиальные ошибки в постановке и оформлении клинического диагноза;  показаны очень слабые, поверхностные знания внутренних болезней по представленному больному;  не правильно и не умело проведена дифференциальная диагностика по основному синдрому у конкретного больного;  план обследования и лечения составлен неумело.;  показано незнание групп препаратов, используемых у данного больного и механизмы их действия;  много принципиальных существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зкзамена проводится по экзаменационным билетам, в устной форме, в форме демонстрации практических навыков при решении ситуационных задач*.*

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Ответ на вопросы экзаменационного билета** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Перечень вопросов к итоговой аттестации**

1. Клиническая фармакология ганглиоблокаторов.
2. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.
3. Предмет и задачи клинической фармакологии. Содержание терминов и понятий. Разделы клинической фармакологии и их значение для медицинской науки и практики.
4. Клиническая фармакология диуретиков.
5. Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых для премедикации, нейролептаналгезии и атараксанелгезии.
6. Фармакодинамика лекарственных средств (механизм действия и эффекты). Значение фармакодинамики лекарств для индивидуализации фармакотерапии.
7. Клиническая фармакология антигипертензивных средств центрального действия.
8. Клиническая фармакология средств, используемых в лучевой диагностике.
9. Влияние патологии внутренних органов и систем на фармакодинамику лекарств.

10.Сочетанное применение антигипертензивных средств.

11.Клиническая фармакология наркотических и ненаркотических

анальгетиков.

12.Клиническая фармакокинетика, Содержание и информативность терминов и понятий.

13.Клиническая фармакология нитросодержащих и

кардиопротективных препаратов.

14.Клиничекая фармакология стероидных противовоспалительных

средств.

15.Влияние заболеваний на фармакокинетику лекарств: коррекция

режимов дозирования (эмпирика, расчеты, монограммы) 16.Клиническая фармакология антигипотензивных (прессорных)

средств.

17.Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных

средств.

18. Терапевтический мониторинг и математическое моделирование:

значение и возможности в индивидуализации фармакотерапии. 19.Клиническая фармакология кардиотонических средств

20.Клиническая фармакология иммунотропных средств. 21.Взаимодействие, лекарственных средств на уровне желудочно-кишечного тракта, его результаты и клиническое значение.

22.Сочетание применение антиангинальных средств.

23.Клиническая фармакология противоаллергических средств.

24.Взаимодействие лекарственных средств в одном инфузионном

растворе (физико-химическое), его виды, результаты.

25.Клиническая фармакология средств, используемых для восполнения

объема циркулирующей крови.

26.Клиническая фармакология антибиотиков группы цефалоспоринов. 27.Взаимодействие лекарственных веществ на уровне эффектарного

органа (фармакодинамическое), его клиническое значение;

зависимость от характера заболеваний.

28.Клиническая фармакология антиаритмических средств. 29.Клиническая фармакологии антибиотиков группы пенициллина. 30.Взаимодействие лекарственных средств на уровне биотрансформации

в печени: его виды, результаты, зависимость от результатов,

зависимость от характера печеночной патологии.

31 .Клиническая фармакология антикоагулянтов.

32.Клиническая фармакология антибиотиков группы карбапенемов. 33.Принципы выбора рациональных комбинаций лекарств.

34.Клинческая фармакология средств, тормозящих адгезию и агрегацию

тромбоцитов.

35.Клиническая фармакология антибиотиков группы монобактамов. 36.Взаимодействие лекарственных веществ на уровне элиминирующих

органов: его результаты, клиническое значение, зависимость от

характера заболевания.

37.Клиническая фармакология гемостатических средств.

38.Клиническая фармакология антибиотиков группы тетрациклинов. 39.Роль заболеваний внутренних органов и систем в вероятности и

тяжести нежелательных реакций на лекарства. Режимы введения и

нежелательные эффекты на лекарства, их лечение и профилактика. 40.Клиническая фармакология фибринолитических и дефибринирующих

средств.

41. Клиническая фармакология антибиотиков группы аминогликозидов.

42.Нежелательные эффекты действия лекарственных средств (побочные

и токсические), их классификация, механизмы и значение в

фармакотерапии.

43.Клиническая фармакология муколитических, отхаркивающих и

противокашлевых средств.

44.Клиническая фармакология антибиотиков группы рифамицина. 45.Хронофармакология и хронотерапия.

46.Клиническая фармакология бронхолитических средств. 47.Клиническая фармакология антибиотиков группы макролидов.

48.Фармакогенетика, Энзимопатии и наследуемые изменения

чувствительности рецепторов к лекарственным средствам. Распространенность, диагностика, лечение и прогноз.

49.Клиническая фармакология средств, влияющих на тонус и

моторику желудочно-кишечного тракта.

50.Клиническая фармакология антибиотиков группы хлорамфинекола

51.Влияние лекарственных средств на плод и новорожденного

(эмбриопатии, тератогенность, нежелательное действие).

52.Клиническая фармакология средств, влияющих на секреторную

функцию желудочно-кишечного тракта.

53.Клиническая фармакология антибиотиков группы линкозамидов.

54.Гериатрические аспекты клинической фармакологии.

55.Клиническая фармакология средств, повышающих резистентность

слизистой оболочки желудка.

56.Клиническая фармакология антибиотиков группы производных

аминосалициловой кислоты.

57.Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых у

беременных.

58.Клиническая фармакология антацидных средств.

59.Клиническая фармакология антибиотиков группы гликопептидов.

60.Выведение лекарств с молоком матери. Основные принципы,

расчеты, прогнозирование эффектов у ребенка.

61.Клиническая фармакология средств, регулирующих равновесие

кишечной микрофлоры,, средств, уменьшающих газообразование в

кишечнике и адсорбирующих средств.  
62.Клиническая фармакология ферментных и антиферментныхпрепаратов.

63.Клиническая фармакология антибиотиков группы производных

фосфоновой кислоты.

64.Принципы и методы клинических испытаний лекарственных средств.

Открытие, контролируемые, многоцентровые испытания. Научные

методы оценки эффективности и безопасности лекарств.

65.Клиническая фармакология противоанемических средств.

66.Клиническая фармакология противомикробных средств фторхинолонов.

67.Влияние патологии внутренних органов и систем нафармакодинамику лекарств.

68.Клиническая фармакология средств, влияющих на желчеобразование,

желчевыделение и химический состав желчи.

69. Клиническая фармакология противомикробных средств - производных хинолона.

70.Клиническая фармакология препаратов жирорастворимых витаминов.

71.Клиническая фармакология противомикробных средств -производных нафтиридина.

72.Терапевтический мониторинг и математическое моделирование:

значение и возможности в индивидуализации фармакотерапии.

73.Клиническая фармакология препаратов водорастворимых витаминов.

74.Клиническая фармакология противомикробных средств - производных 8-оксихинолина.

75.Клиническая фармакология противомикробных средств - производных нитрофурана.

76.Влияние заболеваний на фармакокинетику лекарств: коррекция

режимов дозирорвания (эмпирика, расчеты, монограммы).

77. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяющихся

при заболеваниях надпочечников.

78.Клиническая фармакология андрогенов, анаболических стероидов,

атиандрогенов.

79.Клиническая фармакология противопаразитарных средств.

80.Клиническая фармакология лекарственных средств, применяющихся

при заболеваниях щитовидной железы.

81.Клиническая фармакология проотивопрортозойных средств.

82.Взаимодействие лекарственных средств на уровне желудочно-кишечного тракта, его результаты и клиническое значение.

83.Клиническая фармакология эстрогенов, гестагенов, оральных

контрацептивов, антиэстрогенов.

84.Клиническая фармакология противогрибковых средств.

85.Клиническая фармакология средств, влияющих на тонус и моторику

миометрия.

86.Клиническая фармакология противовирусных средств.

87.Взаимодействие лекарственных веществ на уровне элиминирующих

органов: его результаты, клиническое значение, зависимость от

характера заболеваний.

88.Клиническая фармакология нейролептиков.

89.Основные принципы рациональной антибактериальной терапии.

90.Нежелательные эффекты действия лекарственных средств (побочные

и токсические), их классификация, механизмы и значение в

фармакотерапии.

91.Клиническая фармакология сахароснижающих препаратов.

92.Клиническая фармакология антисептических средств.

93.Принципы выбора рациональных комбинаций лекарств.

94.Клиническая фармакология психостимулятотров и ноотропов.

95.Клиническая фармакология средств, влияющих на ренин-ангиотензивную систему.

96. Фармакогенетика. Энзимопатии и наследуемые изменения чувствительности рецепторовк лекарственным средствам. Распространенность, диагностика, лечение и прогноз.

97.Клиническая фармакология транквелизаторов

98.Клиническая фармакология альфа-адреноблокирующих и бета-адреноблокирующих средств.

99.Роль заболеваний внутренних органов и систем в вероятности и тяжести нежелательных реакций на лекарства. Режимы введения и нежелательные эффекты на лекарства, их лечение и профилактика.

1. Клиническая фармакология антидепрессантов.
2. Клиническая фармакология блокаторов кальциевого канала.
3. Клиническая фармакология снотворных и прортивосудорожныхсредств.
4. Клиническая фармакология вазодилаторовмиотропного действия.
5. Гериатрические аспекты клинической фармакологии.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**1. Набор Проблемно-ситуационных задач:№ 1-10**

**ПРИМЕР ситуационной задачи № 1 с эталоном ответа**

Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср.тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голенях. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-« с обеих сторон.

ОАК: эр- 3,1х 1012; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – 7,4 х 109, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915мкмоль/л, мочевина – 24,2 мкмоль/л.

ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

**Задания:**

1. Выделите осн. синдромы.

2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.

5. Составьте план лечения.

**Ответы:**

1. Интоксикационный, гипертонический, отечный, анемический, мочевой, ПН.

2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериоурия. По АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.

3. Хр гломерулонефрит, ХПН, терминальная стадия, на терминальной стадии ХПН различия между заболеваниями, вызвавшими ее развитие, стираются.

4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентр. функции почек, по Нечипоренко Эр>L,ОАК, б/х крови – снижение белка , проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, опр. суточной протеинурии. Иссл. гл. дна, биопсия почек.

5. Диета малобелковая. Соль до 6-8 гр/сут. Белок 1г/кг веса в сутки. Огранич. жидкости: сут. диурез + 500. Ограничительный режим: избегать переохлаждения, ОРЗ. Иммуносупресивная терапия. Гепарин 10 тыс 4р/день. Курантил 400-600 мг в сутки. Антигипертензивная терапия. Коррекция гиперкалиемии: Диуретики (Фуросемид). Гемодиализ, ионообменные полистереновые смолы. Коррекция метаболического ацидоза 4,2% р-р гидрокарб. Nа, коррекция Са–Р обмена. Плановый гемодиализ. Лечение анемии: чел рекомбинантный эритропоэтин. Пересадка почек.

**ПРИМЕР ситуационной задачи № 2 с эталоном ответа**

Больной 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при ходьбе в обычном темпе, при подъеме на 1 этаж; одышка усиливается в холодное время года, при перепаде температуры внешней среды; также беспокоит незначительный кашель с отхождением серой мокроты преимущественно по утрам; за сутки мокроты выделяется небольшое количество – до 20 мл. Одышка беспокоит в течение 8 месяцев, постепенно нарастая. В предыдущие годы в поликлинику практически не обращался, только по поводу острых респираторных заболеваний, которые возникали редко. Курит с 17 лет по 1,5 пачки сигарет в день.

Объективно: астеническое телосложение, цвет кожных покровов и слизистых сероватый с цианотичным оттенком, выдох производит через сомкнутые губы; при перкуссии легких определяется коробочный звук во всех отделах, нижний край легких опущен на 1,5 ребра, подвижность легочного края – 1,5 см по лопаточной линии, дыхание резко ослабленное, хрипы не определяются. Границы сердца в пределах нормы, однако, определение их требует усиленной перкуссии, абсолютная тупость сердца не определяется. ЧСС 82 уд. в мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Нижний край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно её границы в пределах нормы. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, цв. показ. – 0,9, эритроциты – 4,4\*1012/л; лейкоциты – 6,2\*109/л; п/я – 3%, с/я – 62%, э – 2%, л – 28%, м – 5%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН – 6,0; плотность – 1020; белок – нет; сахар – нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/зр; лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Общий анализ мокроты: слизистая, цвет серый, эпит.клетки 3-6 в п/зр., лейк. – 6-8 в п/зр.

ЭКГ – ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у этого больного?

4. Назначьте лечение данному больному.

**Ответы:**

1. ХОБЛ или хр.обстр.бронхит и эмфизема легких

2. Бронхиальная астма

3. Курение, ОРЗ – инфекционные заболевания дыхательных путей

4. Бронзодилататоры. Ипратропиум бромид (атровент) 1-2ингаляции 3-4 раза в день. Беродуал. Теопек, теотард, теодур внутрь 1-2 раза под контролем теофиллина в крови: должно быть 5-15 мкг в мл. Антибиотики при обострениях. Мокроты мало, поэтому, муколитики не показаны. Адаптогены. Иммуностимуляторы. Глюкокортикоиды, короткий курс преднизолона до 20-30 мг внутрь с быстрым снижением дозы, если эффективно – ингаляционные стероиды: будесонид, флунизолид. Альфа-1-антитрипсин.

**Задача 3**

У молодого человека, 17 лет, через 2 недели после носоглоточной инфекции возникли сердцебиение, одышка при физической нагрузке, субфебрильная температура. Обратился к врачу. При обследовании: нормального телосложения, кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Сердце расширено влево на 1,5 см. Первый тон на верхушке ослаблен, систолический шум, не иррадиирует. Выслушивается 3 тон. ЧСС 88 уд в мин, ритм правильный. АД 110/70 мм рт ст. Печень у края реберной дуги. Дизурии нет.

На ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия. Удлинение PQ до 0,22 сек.

**Задания:**

1. Предположительный диагноз:

а. Вирусный миокардит

б. Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу

в. Острая ревматическая лихорадка

г. Дифтерия

д. Ни один из перечисленных.

2. При обследовании в клиническом анализе крови выявлен незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ 18. СРБ «+» Антистрептолизин О 1:1250. На ЭХО-кардиограмме незначительное снижение сократительной способности миокарда. ФВ 50%. Клапаны не изменены. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

3. Выбрать оптимальные препараты для лечения,

1.Антибиотики

а)пенициллиновый ряд

б) тетрациклины,

в) цефалоспорины,

г)фторхинолоны

д)аминогликозиды.

2.Нестероидные противоспалительные препараты:

а) аспирин

б) вольтарен,

в) индометацин,

г)ибупрофен,

д) любой из перечисленных

е) не назначаются.

3.Глюкокортикоидные средства в дозе, эквивалентной преднизолону:

а) 10-20 мг

б) 20-30 мг

в) 40-60 мг

г) назначение не целесообразно.

**Задача 4**

Больной 62 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на плохой аппетит, похудание в последние 2 месяца, кашель с мокротой с примесью крови, боли в грудной клетке справа, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке.

При осмотре: отставание правой половины грудной клетки при дыхании и ограничение экскурсии в верхних отделах справа; уплотнение правой половины грудной клетки; жесткое дыхание с бронхиальным оттенком, укорочение перкуторного звука; усиление бронхофонии и влажные мелкопузырчатые хрипы.

**Задания:**

1. Предположительный диагноз.

2. План дополнительного обследования

**Задача 5**

Больная М, 56 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боль опоясывающего характера в эпигастральной области, возникающую во время приема пищи или сразу после еды, длительностью 1,5-2 часа, уменьшающуюся после приема спазмолитиков, ферментов, жидкий стул после приема жирной пищи.

В анамнезе хр. холецистит. В последние 3 мес. отмечает жидкий стул до 2-3 раз в день, иногда стул возникает сразу после еды. Последнее обострение наступило в течение 5 дней после употребления в пищу жареных пирожков с мясом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Масса тела снижена (162 см, масса 48 кг). Со стороны дых. и с.-сос. систем патологии нет. АД 130/75 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный в эпигаст. обл. и в зонах Шоффара, Губергрица, точке Дежардена, Мейо-Робсона.

Анализ крови: Hв 110 г/л, эр 3,4х10 в 12/л, цветн. показ. 0,98, лейкоциты 7,8х10 в 9/л, СОЭ 18 мм/час.

Диастаза крови 50 г/час/л (норма до 60г/час/л), диастаза мочи 180 г/час/л (норма 40-160 г/час/л).

Реакция на скрытую кровь в кале отр. Копрологическое исследование: кал кашицеобразный, блестящий, со зловонным запахом, нейтральный жир (+++), мыла (++) жирные кислоты (++), мышечные волокна различной степ. переваривания (++), крахмальные зерна (++).

УЗИ: печень нормальных размеров и эхогенности. Желчный пузырь деформ., стенка утолщена до 0,4 см. Поджелуд. железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, эхогенность повышена с участками уплотнения. REM точка Дежардена - на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Головка поджелудочной железы. т. Губергрица – та же фигня слева. Хвост. т. Мейо-Робсона - граница средней и верхней трети линии между пупком и серединой левой реберной дуги. Хвост. Зона Шоффара - между верт. линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла между вертик. и гориз. линиями, проходящими через пупок. Головка железы.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Оцените копрологический синдром.

4. Назначьте лечение.

**Задача 6**

Больная 21 года, поступила с жалобами на периодические сердцебиения, чувство неполного вдоха, приступы коликообразных болей в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом. Заболела 5 лет назад, когда появились вышеописанные жалобы. Приступы провоцируются психоэмоциональными факторами. При осмотре: больная обычного питания, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка.

Дополнительные исследования: Анализ крови и мочи без патологии. Копрологическое исследование в норме. Ректороманоскопия - патологии не отмечено.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Дополнительный план обследования больной.

4. Назначьте лечение.

**Задача 7**

Больной П., 22 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на общую слабость, сонливость, жажду, полиурию, снижение аппетита, тошноту, боли в животе (из анамнеза известно, что болен сахарным диабетом с 10 лет, постоянно получает инсулинотерапию). Ухудшение состояния отмечает в течение 2 недель на фоне обострения хронического пиелонефрита (в связи с чем в течение последних двух суток прекратил прием пищи и введение инсулина).

Объективно: Состояние больного средней тяжести, заторможен, с трудом отвечает на вопросы. Кожные покровы сухие, горячие на ощупь, тургор кожи понижен, лицо бледное. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание шумное, глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс малый, частый - 100 уд. в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови – эритроциты - 4,6 х 1012/л, Нв – 138 г/л, лейкоциты – 6,8 х 109/л, п-3%, с-64%, л-31%, м-2%, СОЭ – 32 мм/час.

Холестерин – 7,2 ммоль/л, кетоновые тела – 10,2 ммоль/л, рН крови – 7,2.

Глюкоза крови – 20,3 ммоль/л.

Сахар мочи – 46 ммоль/л, ацетон мочи (+++).

ЭКГ – снижение зубца Т, удлинение комплекса QRST.

**Задания:**

1. Сформулируйте, обоснуйте диагноз.

2. Наметьте и обоснуйте план неотложных мероприятий.

**Задача 8**

Больная С., 43 лет, предъявляет жалобы на резкое снижение массы тела, повышенную раздражительность, потливость, учащенное сердцебиение, дрожь в руках. Считает себя больной около 1 месяца, когда после перенесенной психотравмы появились выше перечисленные жалобы.

Объективно: рост 165 см, вес 50 кг. Кожные покровы теплые, влажные. Температура тела 37,3С. Мелкий тремор вытянутых пальцев рук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, на верхушке - систолический шум. ЧСС 108 в минуту, АД 150/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа диффузная, увеличение II степени, эластической консистенции, подвижная, безболезненная. Положительные глазные симптомы Дальримпля, Грефе, Кохера, Мебиуса.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови: эритроциты-4,2 х 1012/л, Нв-130 г/л, лейкоциты-3,0 х 109/л, п-1%, с-54%, л-40%, м-5%, СОЭ-26 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет св. желт., реакция кислая, уд. вес 1017, белок - «0», эпителий плоский 0 – 1 в п/з, лейкоциты 1 – 2 в п/з эритроциты 0 – 1 в п/з.

Общий белок – 60 г/л, альбумины – 50,5%, глобулины – 49,5%, о. холестерин – 3,6 ммоль/л.

Глюкоза крови натощак: 5,3 ммоль/л.

Гормональный спектр: Т3 общ. – 3,20 нмоль/л, Т4 общ. – 202 нмоль/л, ТТГ – 0,2 мЕД/мл.

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно, контуры четкие. Структура однородна, эхогенность понижена. Размеры долей: правая доля – 20 х 21 х 54 мм, левая доля – 22 х 17 х 53 мм, перешеек – 5 мм. Объем щитовидной железы – 21,2 см3.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Каковы этиология и патогенез заболевания.

3. Оцените дополнительные исследования для верификации диагноза.

4. Определите и обоснуйте метод лечения.

**Задача 9**

Женщина, 49 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, которая появилась 3 месяца назад, повышение температуры тела до 37,3-37,5 град. по вечерам, боли в суставах кистей рук, побеление пальцев рук на холоде. Была диагностирована двухсторонняя нижнедолевая пневмония, по поводу которой больная получала антибиотики в течение 1 месяца. Состояние не улучшалось, больная была госпитализирована.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы на руках плотные, имеются участки пигментации. Акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах – крепитирующие хрипы. ЧСС 92 уд. в минуту. АД 130 и 80 ммрт ст. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**Задания:**

1. *Наиболее вероятный диагноз*:

а. Первичный фиброзирующийальвеолит

б. Интерстициальная пневмония

в. Системная склеродермия

г. Саркоидоз

д. Туберкулез

2. *Выберите необходимые методы обследования*

а. Общий анализ крови.

б. Рентгенография легких

в. ФВД

г. Антитела к ядерному рибонуклеопротеиду

д. Все перечисленные.

3. *Какие препараты наиболее показаны для лечения данной пациентки?*

а. Антибиотики

б. Глюкокортикоиды

в. Нестероидные противовоспалительные средства

г. Туберкулостатики

д. Бронхолитики

4. При обследовании: в анализах крови выявлено повышение СОЭ до 26. ЖЕЛ 32%, ОФВ1 83%, при рентгенографии обнаружены диффузное усиление и деформация легочного рисунка , многочисленные мелкоочаговые тени в нижних отделах. Корни не расширены. При исследовании пищевода и желудка выявлена гипомоторная дискинезия. Реовазография верхних конечностей выявила сужение артерий. При иммунологическом исследовании определялось повышение титра АНФ, положительный латекс – тест. *Какие средства наиболее эффективны для лечения синдрома Рейно?*

а. Нифедипин

б. Трентал

в. Гепарин

г. Капотен

д. Все перечисленные.

**Задача 10**

Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца кнаружи на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предв диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводитсяв информационной системе Университета

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского

Подготовка кадров высшей квалификации - ординатура

Специальность: 31.08.37«Клиническая фармакология»

Дисциплина: Клиническая фармакология

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Вариант набора тестовых заданий в ИС Университета
2. Фармакодинамика лекарственных средств (механизм действия и эффекты). значение фармакодинамики лекарств для индивидуализации фармакотерапии.
3. Клиническая фармакология антигипертензивных средств центрального действия.
4. Проблемно-ситуационная задача №5. Заполнение карты экспертной оценки качества фармакотерапии, протокола консультации.

Заведующий кафедрой

госпитальной терапии им. Р.Г.Межебовского

д.м.н., профессор Р.А.Либис

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент И.В.Ткаченко

«\_\_\_\_» марта 2019

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1. | ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать клиническую фармакологию основных лекарственных средств, применяемых в широкой медицинской практике (фармакодинамику, фармакокинетику, показания и противопоказания, режим дозирования, взаимодействие, побочное действие); знать показания к проведению острого лекарственного теста. | вопросы №1-104 |
| Уметь организовать исследования основных показателей по фармакодинамике и фармакокинетике лекарственных средств или определить и оценить равновесную концентрацию; уметь проводить поиск по вопросам клинической фармакологии с использованием информационных систем; прогнозировать возможность развития побочных эффектов, уметь их предупреждать; прогнозировать возможность развития тахифилаксии, синдрома отмены, обкрадывания | практические задания 1-10 |
| Владеть техникой составления фармацевтического формуляра лечебного учреждения; технологией поиска информации по всем вопросам клинической фармакологии лекарственных средств, работать с ПК, пользоваться системой Медлайна и Интернета, навыками определения характера фармакотерапии.  Владеть технологией организации и проведения научно-практических конференций, семинаров, разборов и других форм работы, позволяющих совершенствовать знания врачей по клинической фармакологии; навыками получения исчерпывающей информации от больного, выявлении общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента, применения общих и специальных методов исследования. | практические задания1-10 |
| 2. | ПК-6  готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи | Знать фармакокинетику, фармакодинамику лекарственных средств, принципы взаимодействия лекарственных средств, общие принципы фармакотерапии, выбора лекарственных средств, дозы, режим их дозирования. | вопросы №1-104 |
| Уметь при развитии побочных эффектов их купировать | практические задания 1-10 |
| Владеть навыками определения характера фармакотерапии, проведения рационального выбора лекарственных препаратов, установление принципов их дозирования, выбора методов контроля за их эффективностью и безопасностью | практические задания 1-10 |
| 3. | ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Знать: определения характера фармакотерапии, проведения рационального выбора лекарственных препаратов, установление принципов их дозирования, выбора методов контроля за их эффективностью и безопасностью у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | вопросы №1-104 |
| применять лекарственную терапию у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | практические задания 1-10 |
| Владеть навыками определения характера фармакотерапии, проведения рационального выбора лекарственных препаратов, установление принципов их дозирования, выбора методов контроля за их эффективностью и безопасностью | практические задания 1-10 |
| 4. | УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать: характерные симптомы и синдромы различных заболеваний, дополнительные методы исследования, фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств, необходимые при сопоставлении и синтезе для формирования и обоснования клинического диагноза, проведения дифференциального диагноза, а также выбора рациональной дифференцированной терапии с учетом взаимодействия лекарственных средств, особенностей их метаболизма, побочных эффектов у пациентов различного профиля. | вопросы №1-104 |
| использовать характерные симптомы и синдромы различных заболеваний, дополнительные методы исследования, фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств, необходимые при сопоставлении и синтезе при формировании и обосновании клинического диагноза, проведения дифференциального диагноза, а также выбора рациональной дифференцированной терапии с учетом взаимодействия лекарственных средств, особенностей их метаболизма, побочных эффектов у пациентов различного профиля. | практические задания 1-10 |
| Владеть навыками выявления и анализа у пациентов с различными заболеваниями клинических симптомов и синдромов, оценки дополнительных методов исследования, проведения сопоставления и синтеза полученной информации при формировании и обосновании клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза и выборе рациональной дифференцированной терапии с учетом взаимодействия лекарственных средств, особенностей их метаболизма, побочных эффектов у пациентов различного профиля. | практические задания 1-10 |