

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ



Руководитель ООП
по программе ординатуры
31.08.37 Клиническая фармакология
д.м.н., профессор Сафроненко А.В.

«29» 08 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ-
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ

Специальность: 31.08.37 Клиническая фармакология

Квалификация выпускника: врач-клинический фармаколог

Форма обучения: очная

Курс:2


Семестр:4

Ростов-на-Дону

2023г.

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология рассмотрена на заседании кафедры фармакологии и клинической фармакологии

Протокол от 18 мая 2023 г., №12
Зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Сафроненко А.В..

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются: Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);

- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды профессиональной деятельности

В рамках освоения программы ординатуры выпускники готовятся к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- медицинский,
- научно-исследовательский,
- организационно-управленческий,
- педагогический.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Универсальные компетенции (УК-):

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте;

УК-2. Способен разрабатывать;

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению;

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности;

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):

ОПК-1. Способен использовать информационно- коммуникационные;

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность;

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность;

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;

ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения;

ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала;

ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Профессиональные компетенции (ПК-):

ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам по профилю "клиническая фармакология", к персонализированному выбору и

применению ЛП, проведению терапевтического мониторинга и анализу противомикробной резистентности в медучреждении;

ПК-2. Способен к осуществлению выборочного клинико-фармакологического аудита, ведению медицинской документации врача - клинического фармаколога, проведению работы по лекарственному обеспечению медицинской организации;

ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской деятельности на основе полученных научных знаний, проведению фармакоэпидемиологического и фармакоэкономического анализов в медицинской организации.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.37 Клиническая фармакология.

Задачи: Проверка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определённых федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее ФГОС ВО, а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач – клинический фармаколог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда и принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач – клинический фармаколог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации (ГИА).

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.37 Клиническая фармакология осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-клинического фармаколога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО. Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.37 Клиническая фармакология.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.37 Клиническая фармакология.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология. путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Пути введения лекарственных средств. Характеристика, условия выбора каждого из путей введения и их недостатки.
2. Новые формы доставки лекарственных средств. Системы доставки при ингаляционном введении лекарственных средств. Механизмы пролонгации терапевтического действия препаратов.
3. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны. Показатели всасывания лекарственных средств и их определение.
4. Факторы, влияющие на всасываемость лекарственных средств.
5. Пресистемный метаболизм.
6. Распределение лекарственных средств в органах и тканях. Показатели распределения лекарственных средств и их определение.
7. Факторы, влияющие на распределение лекарственных средств. Связывание лекарственных средств с белками.
8. Метаболизм лекарственных средств. Типы реакций метаболизма лекарственных средств в организме. Индукторы и ингибиторы метаболизма. Немикросомальная биотрансформация. Печеночный клиренс.
9. Выведение лекарственных средств. Параметры выведения (элиминации) и их расчет. Расчет клиренса креатинина.
10. Энтеропеченочная циркуляция.
11. Моделирование фармакокинетических процессов. Двухкамерная фармакокинетическая модель.
12. Биологическая доступность. Относительная и абсолютная биодоступность. Практическое значение этих показателей.
13. Понятие о биоэквивалентности лекарственных веществ (фармацевтическая/терапевтическая). Пик концентрации лекарственных веществ в крови. Время достижения максимальной концентрации. Площадь «под кривой изменения концентрации лекарства» в крови.
14. Связь фармакодинамики и фармакокинетики. Определение величины фармакологического эффекта. Терапевтический эффект, терапевтический диапазон и терапевтическая широта лекарственного средства. Поддерживающая доза.
15. Дозирование лекарственных средств. Зависимость фармакокинетики лекарственных веществ от дозы и времени (линейная и нелинейная кинетика, время зависящая фармакокинетика).
16. Режимы дозирования лекарственных веществ. Индекс аккумуляции.
17. Влияние возраста человека на действие лекарственных средств. Особенности фармакотерапии у новорожденных.
18. Особенности фармакотерапии при беременности.
19. Особенности фармакотерапии у лактирующих женщин.
20. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте.

21. Доказательная медицина.
22. Формулярная система.
23. Источники клинико-фармакологической информации.
24. Цели доклинического и клинического этапов изучения лекарственных средств.
25. Фазы клинических исследований. Принципы проведения клинических исследований
26. Взаимодействие лекарственных средств. Виды.
27. Нежелательные и рациональные сочетания лекарственных средств.
28. Фармацевтическое взаимодействие.
29. Фармакодинамическое взаимодействие. Вопросы полипрагмазии.
30. Фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств.
31. Взаимозаменяемость лекарственных средств. Препараты выбора.
32. Побочное действие лекарственных средств. Классификация побочных эффектов.
33. Токсическое действие лекарств. Синдром обкрадывания.
34. Парамедикаментозные побочные явления.
35. Побочное действие лекарственных средств. Аллергические и псевдоаллергические реакции на лекарства.
36. Лекарственная зависимость.
37. Синдром отмены.
38. Канцерогенный, мутагенный и тератогенные эффекты.
39. Выбор диуретических средств при лечении больных с сердечной недостаточностью. Гемодинамические, обменные, гемореологические расстройства при назначении диуретиков и методы их коррекции.
40. Гликозидная интоксикация. Факторы риска.
41. Дифференцированная фармакотерапия гипертонических кризов.
42. Дозирование сердечных гликозидов.
43. Дозирование статинов, контроль за их применением.
44. Классификация ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Механизмы гипотензивного действия ингибиторов АПФ.
45. Классификация альфа-адреноблокирующих средств. Фармакодинамика, механизм их действия.
46. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.
47. Классификация антикоагулянтов.
48. Классификация бета-адреноблокаторов. Механизмы гипотензивного действия бета-адреноблокаторов.
49. Классификация лекарственных средств с положительным инотропным действием.
50. Классификация мочегонных средств.

51. Лечебное применение препаратов калия. Гипокалигемия, методы устранения.
52. Методы контроля за действием сердечных гликозидов.
53. Механизм гипотензивного действия альфа-адреноблокирующих средств.
54. Механизм антиангинального и противоишемического действия бета-адреноблокаторов.
55. Механизм гипотензивного действия блокаторов рецепторов ангиотензина I типа.
56. Механизм гипотензивного действия препаратов, стимулирующих альфа₂ и имидазолиновые рецепторы в продолговатом мозге.
57. Механизм действия и фармакодинамика непрямых антикоагулянтов.
58. Механизм действия и основные фармакодинамические эффекты низкомолекулярных гепаринов.
59. Механизм действия и фармакодинамика тромболитиков.
60. Механизм липиднормализующего действия статинов.
61. Механизмы антиангинального и противоишемического действия антагонистов кальция дегидропиридинового ряда.
62. Механизмы гипотензивного действия салуретиков.
63. Механизмы развития толерантности к нитратам. Способы предупреждения развития толерантности к нитратам.
64. Нежелательные и побочные эффекты ингибиторов АПФ.
65. Нитровазодилататоры. Механизм антиангинального действия.
66. Осмотические диуретики. Показания к применению. Дозирование.
67. Периферические вазодилататоры. Механизмы действия. Показания к назначению.
68. Петлевые" диуретики. Механизмы действия. Показания к применению. Дозирование.
69. Побочные эффекты и противопоказания к назначению статинов.
70. Показания и противопоказания к назначению альфа₁-адреноблокаторов. Рациональное комбинирование с другими гипотензивными средствами.
71. Показания и противопоказания к назначению салуретиков у больных артериальной гипертонией. Режим дозирования.
72. Показания к назначению бета-адреноблокаторов при артериальной гипертонии. Дозирование, рациональные комбинирования.
73. Противопоказания к назначению бета-адреноблокаторов.
74. Рациональные комбинации диуретиков.
75. Сердечные гликозиды. Классификация. Механизм действия.
76. Фармакодинамика сердечных гликозидов.
77. Фармакокинетика сердечных гликозидов.
78. Факторы и основные механизмы синдрома бронхообструкции.

79. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности бронходилататоров.
80. Показания к применению бронхолитических лекарственных средств.
81. Осложнения бронходилататоров, методы их коррекции и профилактики.
82. Классификация ЛС, влияющих на бронхиальную проходимость.
83. Клинико-фармакологическая характеристика β -адреностимуляторов.
84. Клинико-фармакологическая характеристика М-холиноблокаторов.
85. Клинико-фармакологическая характеристика селективных и неселективных ингибиторов ФДЭ.
86. Алгоритм выбора бронхорасширяющих лекарственных средств.
87. Взаимодействие бронхолитических препаратов.
88. Контроль за эффективностью и безопасностью применения бронхорасширяющих препаратов.
89. Факторы и основные механизмы кашлевого рефлекса.
90. Классификация противокашлевых ЛС.
91. Классификация отхаркивающих ЛС.
92. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности тиолсодержащих отхаркивающих ЛС.
93. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов группы карбоцистеина.
94. Фармакодинамика и фармакокинетика протеолитических ферментов.
95. Фармакодинамика и фармакокинетика противокашлевых препаратов центрального действия.
96. Фармакодинамика и фармакокинетика противокашлевых препаратов периферического действия.
97. НПР, методы их контроля и профилактики при использовании противокашлевых и отхаркивающих ЛС.
98. Алгоритм выбора противокашлевых и отхаркивающих ЛС.
99. Патогенез воспаления: основные стадии патологического процесса.
100. Патогенез болевого синдрома.
101. Патогенез лихорадки.
102. Классификация НПВП.
103. Механизм противовоспалительного, жаропонижающего и анальгетического эффекта НПВП.
104. Сравнительная характеристика основных групп НПВП.
105. Побочные эффекты НПВП, механизмы их развития, своевременного предупреждения и коррекции.
106. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии.
107. Классификация антибиотиков по механизму действия.
108. Классификация антибиотиков по спектру терапевтической активности.
109. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности пенициллинов.
110. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности цефалоспоринов.
111. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности тетрациклинов.
112. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности аминогликозидов.

113. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности макролидов.
114. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности линкосамидов.
115. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности хлорамфеникола.
116. Основные критерии эффективности антибактериальной терапии.
117. Классификация антимикробных препаратов: пенициллинов, цефалоспоринов и тетрациклинов.
118. Клинико-фармакологическая характеристика антимикробных лекарственных средств: пенициллинов, цефалоспоринов и тетрациклинов.
119. Особенности дозирования антимикробных препаратов: пенициллинов, цефалоспоринов и тетрациклинов.
120. Методы контроля за эффективностью и безопасностью антибактериальных ЛС.
121. Осложнения фармакотерапии антибактериальными ЛС, методы контроля и их предупреждения.
122. Взаимодействие антибактериальных ЛС с другими препаратами.
123. Классификация антимикробных препаратов: СА, ФХ, нитрофуранов и производных имидазола.
124. Клинико-фармакологическая характеристика антимикробных лекарственных средств: СА, ФХ, нитрофуранов и производных имидазола.
125. Особенности дозирования антимикробных препаратов: СА, ФХ, нитрофуранов и производных имидазола.
126. Основные принципы рациональной антимикотической фармакотерапии.
127. Классификация антимикотиков по механизму действия.
128. Классификация антимикотиков по спектру терапевтической активности.
129. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности полиеновых антибиотиков.
130. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности азолов.
131. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности аппиламинов.
132. Основные критерии эффективности антимикотической терапии.
133. Основные принципы рациональной противовирусной фармакотерапии.
134. Классификация противовирусных ЛС по механизму действия.
135. Классификация противовирусных по спектру терапевтической активности.
136. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности противовирусных ЛС.
137. Показания и противопоказания при использовании противовирусных ЛС.
138. Побочные эффекты при использовании противовирусных ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
139. Основные критерии эффективности противовирусной терапии.
140. Основные принципы рациональной антисекреторной и цитопротективной фармакотерапии.
141. Классификация антисекреторных ЛС.

142. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности антисекреторных и цитопротективных ЛС.
143. Показания и противопоказания при использовании антисекреторных ЛС.
144. Побочные эффекты при использовании антисекреторных ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
145. Основные критерии эффективности антисекреторной терапии.
146. Лекарственные взаимодействия при использовании антисекреторных и цитопротективных ЛС.
147. Основные принципы рациональной прокинетической фармакотерапии.
148. Классификация прокинетических ЛС.
149. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности прокинетических ЛС.
150. Показания и противопоказания при использовании прокинетических ЛС
151. Побочные эффекты при использовании прокинетических ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
152. Основные критерии эффективности прокинетической терапии.
153. Лекарственные взаимодействия при использовании прокинетических ЛС.
154. Основные принципы рациональной фармакотерапии при нарушениях желчеотделения.
155. Классификация желчегонных ЛС и гепатопротекторов.
156. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности желчегонных ЛС и гепатопротекторов.
157. Показания и противопоказания при использовании желчегонных ЛС и гепатопротекторов.
158. Побочные эффекты при использовании желчегонных ЛС и гепатопротекторов, методы предупреждения и их коррекции.
159. Основные критерии эффективности желчегонной терапии.
160. Лекарственные взаимодействия при использовании желчегонных ЛС при нарушениях желчеотделения.
161. Основные принципы рациональной ферментотерапии.
162. Классификация ферментативных ЛС.
163. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности ферментативных ЛС.
164. Показания и противопоказания при использовании ферментативных ЛС.
165. Побочные эффекты при использовании ферментативных ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
166. Основные критерии эффективности ферментной терапии.
167. Лекарственные взаимодействия при использовании ферментативных ЛС при недостаточности процессов пищеварения.
168. Основные принципы рациональной фармакотерапии при нарушениях функции щитовидной железы.
169. Классификация тиреоидных и антитиреоидных ЛС.
170. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности тиреоидных и антитиреоидных ЛС.

171. Показания и противопоказания при использовании тиреоидных и антитиреоидных ЛС.
172. Побочные эффекты при использовании тиреоидных и антитиреоидных ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
173. Основные критерии эффективности тиреоидной и антитиреоидной терапии.
174. Лекарственные взаимодействия при использовании тиреоидных и антитиреоидных ЛС.
175. Основные принципы рациональной фармакотерапии при СД I типа и СД II типа.
176. Классификация гипогликемических ЛС.
177. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности гипогликемических ЛС.
178. Показания и противопоказания при использовании гипогликемических ЛС.
179. Побочные эффекты при использовании гипогликемических ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
180. Основные критерии эффективности использования гипогликемических ЛС.
181. Лекарственные взаимодействия при использовании гипогликемических ЛС.
182. Классификация половых гормонов и их антагонистов.
183. Клинико-фармакологическая характеристика половых гормонов, антагонистов половых гормонов.
184. Особенности дозирования ЛС.
185. Методы контроля за эффективностью и безопасностью половых гормонов, антагонистов половых гормонов.
186. Показания и противопоказания к использованию половых гормонов и их антагонистов.
187. Принципы рациональной комплексной фармакотерапии при использовании половых гормонов и их антагонистов Основные принципы рациональной психолептической фармакотерапии.
188. Классификация психотропных ЛС.
189. Классификация психолептических средств.
190. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности психолептических ЛС.
191. Показания и противопоказания при использовании психолептических ЛС.
192. Побочные эффекты при использовании психолептических ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
193. Основные критерии эффективности психолептической терапии.
194. Лекарственные взаимодействия при использовании психолептических ЛС.
195. Основные принципы рациональной психоаналептической фармакотерапии.

196. Классификация психоаналептических средств.
197. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности психоаналептических ЛС.
198. Показания и противопоказания при использовании психоаналептических ЛС.
199. Побочные эффекты при использовании психоаналептических ЛС, методы предупреждения и их коррекции.
200. Основные критерии эффективности психоаналептической терапии.
201. Лекарственные взаимодействия при использовании психоаналептических ЛС. Факторы и основные механизмы свертывающей системы, крови.
202. Факторы и основные механизмы системы фибринолиза.
203. Классификация корректоров гемостаза.
204. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности корректоров гемостаза.
205. Показания к применению антитромбообразующих лекарственных средств.
206. Показания к применению гемостатических лекарственных средств.
207. Клинико-фармакологическая характеристика гемостатических препаратов для профилактики и лечения геморрагического синдрома.
208. Клинико-фармакологическая характеристика антикоагулянтов прямого и непрямого типа действия.
209. Клинико-фармакологическая характеристика препаратов, влияющих на систему адгезии и агрегации тромбоцитов.
210. Методы контроля за эффективностью и безопасностью корректоров гемостаза.
211. Осложнения корректоров гемостаза, методы их лечения и предупреждения.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача 1.

Пациентка К., 68 лет, в анамнезе - ИБС, артериальная гипертензия, мерцательная аритмия. Постоянно принимает: валсартан 80 мг/сутки, соталол 120 мг/сутки, варфарин 2,5 мг/сутки, розувастатин 10 мг/сутки. По данным клинического анализа крови все показатели в пределах нормы. По данным биохимического анализа крови: общий холестерин 5,0 ммоль/л, ХЛПНП 2,8 ммоль/л, креатинин 87 мкмоль/л, АЧТВ 30 сек, МНО 2,4. ЭХОКГ: умеренная гипертрофия межжелудочковой перегородки (1,2 см), умеренное увеличение полости левого предсердия, остальные показатели в пределах нормы. Пять дней назад стали беспокоить жалобы на повышение температуры тела до 37,5°C, тянущие боли в области поясницы, дизурические явления. В общем анализе мочи: лейкоциты сплошь, микрогематурия. Клинический анализ крови: умеренный лейкоцитоз, СОЭ 30 мм/ч. Терапевтом направлена на консультацию уролога, выполнен посев мочи: клинически значимая

бактериурия – *E. coli*, чувствительная к ципрофлоксацину, цефтриаксону, цефотаксиму, амоксициллин/ клавуланату. УЗИ почек: незначительное утолщение паренхимы почек, однородность и подвижность их сохранена, мелкие конкременты правой почки. Три дня назад к терапии был присоединен ципрофлоксацин в дозе 500 мг 2 раза в сутки. Пациентка самостоятельно стала принимать ибупрофен 200-400 мг в качестве обезболивающего и жаропонижающего средства. Поступила в стационар с жалобами на выраженную общую слабость, усиление одышки, головокружение, макрогематурию, появление петехиальной сыпи, боли в области сердца. Общий анализ крови: лейкоциты $10,8 \times 10^9/\text{л}$, Нв 78 г/л, лейкоцитарная формула и тромбоциты в пределах нормы, СОЭ - 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин 98 мкмоль/л, МНО 6,0. ЭХОКГ без изменений. На ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 110 в мин. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка с нарушением процессов реполяризации в нижнебоковой области. При фармакогенетическом тестировании по *CYP2C9* и *VKORC1* выявлен генотип *CYP2C9*1/*1*, генотип *GG* по полиморфному маркеру *G3673A*.

1. С чем связано появление указанных жалоб у пациентки?
2. Объясните механизм развития данных симптомов.
3. К НПР какого типа относится данная реакция?
4. Оцените причинно-следственную связь между приемом ЛС и развитием НПР.

Задача 2.

Больная П, 79 лет, с основным диагнозом: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), ИБС: стенокардия напряжения ФК II, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ май 2015 г), Хроническая сердечная недостаточность IIА (NYHA). Получает в амбулаторных условиях после выписки из стационара следующую фармакотерапию: лизиноприл (10 мг 1 раз в день), метопролол (25 мг 1 раз в день), спиронолактон (100 мг 1 раз в день), аторвастатин (20 мг 1 раз в день), аспаркам (по 1 таблетке 3 раза в день). После госпитализации на фоне рекомендованной терапии состояние улучшилось и расценивалось как удовлетворительное: АД 140/90 мм рт.ст., уменьшение одышки, устранение отеков на ногах, снижение потребности в нитроглицерине для купирования стенокардии. В последнее время стала отмечать появление сухого кашля. Ночью, в горизонтальном положении кашель не усиливается, одышка не беспокоит. Признаки вирусной инфекции отсутствуют. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. По рекомендации участкового терапевта заменила лизиноприл на периндоприл 10 мг.

1. Чем объяснить ухудшение состояния больной?
2. Оцените причинно-следственную связь между приемом лекарственных средств и появлением сухого кашля.
3. Оцените правильность замены препарата участковым терапевтом

4. Какие препараты, рекомендованные стандартом, не были назначены пациентке, страдающей ИБС?

5. Ваши предложения по ведению больной.

Задача 3.

Больной 50 лет, обратился к врачу с жалобами на перебои и «остановки» сердца, тошноту, рвоту, потерю аппетита, поносы, головную боль, головокружение. Эти явления появились два дня назад. В течение многих лет страдает митральным пороком сердца. В связи с одышкой при физической нагрузке, появление тяжести в правом подреберье при длительной ходьбе и небольших отеков стоп к вечеру постоянно принимает в течение нескольких лет изоланид по 3 таблетки в день (по 0,25 мг x 3 раза в день). Чувствовал себя хорошо. На осмотре три месяца тому назад у врача медсанчасти признаков активности ревматизма не выявлено. Неделю назад заменил, по совету знакомого, Изоланид Дигоксином (0,25 мг 3 таблетки в день). Пульс 50 в минуту, аритмичный.

1. Сформулируйте диагноз

2. Как можно расценить состояние больного после изменения лечения?

3. Объясните почему изменилась клиника после замены изоланида дигоксином?

4. Сделайте правильные назначения на данный момент

5. Определите дальнейшую тактику лечения.

Задача 4.

Больная С, 72 лет, с основным диагнозом: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), ИБС: стенокардия напряжения ФК II, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ май 2015 г), Хроническая сердечная недостаточность IIА (NYHA). Получает в амбулаторных условиях после выписки из стационара следующую фармакотерапию: лизиноприл (10 мг 1 раз в день), бисопролол (5 мг 1 раз в день), спиронолактон (50 мг 1 раз в день), аторвастатин (20 мг 1 раз в день), клопидогрель 75 мг на ночь. На фоне рекомендованной терапии состояние улучшилось и расценивалось как удовлетворительное: АД 140/90 мм рт.ст., уменьшилась одышка, отеков на ногах нет, отмечает снижение потребности в нитроглицерине для купирования приступов стенокардии. В последнее время стала отмечать появление сухого кашля. Ночью, в горизонтальном положении кашель не усиливается, одышка не беспокоит. Признаки вирусной инфекции отсутствуют. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. По рекомендации участкового терапевта заменила лизиноприл заменен на Телсартан®Н (телмисартан/гидрохлортиазид) 40/12,5 мг 1 т. в день.

1. Чем объяснить ухудшение состояния больной?
2. Оцените причинно-следственную связь между приемом лекарственных средств и появлением сухого кашля.
3. Оцените правильность замены препарата участковым терапевтом
4. Какие препараты, рекомендованные стандартом, не были назначены пациентке, страдающей ИБС?
5. Ваши предложения по ведению больной.

Задача 5.

Больной К., 59 лет, предъявляет жалобы на загрудинные боли сжимающего характера, иррадиирующие в левую подлопаточную область, чувство страха, эмоциональную лабильность, чувство нехватки воздуха. Указанные симптомы возникли в течение 2 часов, после выполнения длительной физической нагрузки. Из анамнеза известно о наличии гипертонической болезни II стадии, периодически боли в области сердца по типу «грудной жабы». Лечение регулярное: метопролол, каптоприл, нитроглицерин при необходимости. Объективно: бледность кожных покровов, холодный пот, вынужденное ортопноэ, ЧП – 98 ударов в 1 минуту, ритмичный, напряженный, АКД – 180/110 мм рт. ст., гипертрофия левого желудочка, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких, акцент 2 тона над аортой. ЭКГ: признаки острого нарушения коронарного кровообращения в заднебоковых отделах левого желудочка.

1. Обоснуйте диагноз.
2. Опишите лечебные мероприятия у данного больного на первом этапе лечения.
3. Обоснуйте выбор ЛС для оказания urgentной помощи с указанием доз и путей введения.

Задача 6.

Ребенку М, 6 лет, выписали амоксициллин по 250 мг 3 раза в сутки, парацетамол при повышении температуры свыше 39⁰ и амбробене по 15 мг 3 раза в день. В аптеке продали флемоксин солютаб, ибуклин и лазолван.

1. Допустима ли такая замена?
2. Что означает солютаб? Равнозначна ли такая замена?
3. Укажите групповую принадлежность выписанных препаратов.
4. Назовите антидот при отравлении парацетамолом.

Задача 7.

Больной И., 54 года страдает ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ПИКС. Постоянная форма мерцательная аритмия, тахисистолическая вариант. ХСН II Б ст. Больной постоянно принимает энап 5 мг x 2 раза, бисопролол 5 мг x1 раз в сутки, индапамид ретард 1,5 мг в сутки, фуросемид 40 мг. 1 раз в неделю, аторвастатин 20 мг на ночь.

- 1.Согласны ли Вы с тактикой ведения пациента?
- 2.Какие препараты, рекомендованные стандартом, не были назначены пациентке, страдающей ИБС?
- 3.Какие препараты ему необходимы для профилактики тромбоэмболических осложнений?
- 4.Укажите дозы препарата, режим введения, продолжительность применения.
- 5.Какие показатели свертываемости крови следует контролировать?
Оптимальный диапазон этих показателей для пациента.

Задача 8.

Больному Г. 35 лет с предполагаемым ревматоидным артритом ввиду активного суставного синдрома, резистентного к НПВП, назначили метотрексат (внутри по 2,5 мг 3 раза в сутки), индометацин по 0,025 г 3 раза в сутки. В полости коленных суставов однократно вводили гидрокортизон по 125 мг. У пациента подтверждён диагноз ревматоидного артрита.

1. Все ли препараты показаны пациенту? а. Да. б. Нет.
- 2.Целесообразно ли комбинирование ЛС у данного пациента? а. Да. б. Нет
3. Какие базисные средства для лечения ревматоидного артрита вы можете назначить?
- 4.Согласны ли вы с режимом дозирования метотрексата? а. Да. б. Нет.
- 5.Как скоро проявится действие метотрексата?
- 6.Какие вы предпримите меры по контролю за безопасностью фармакотерапии метотрексатом у данного пациента?
 - а. Еженедельное проведение общего анализа крови (лучше 2 р/нед).
 - б. Проведение анализа крови с определением количества тромбоцитов каждые 3-4 нед.
 - в. Проведение общего анализа мочи.
 - г. Определение содержания мочевой кислоты.
 - д. Проведение пробы на скрытую кровь в кале.

е. Определение содержания трансаминаз, общего билирубина каждые 6-8 недель.

7. У пациента на фоне курсового лечения метотрексатом возникло выраженное носовое кровотечение. Чем оно может быть обусловлено?

Задача 9.

Больной 65 лет с диагнозом «гипертоническая болезнь II степени, ИБС, стенокардия напряжения стабильная, ФК II, гиперлипидемия (ОХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 4 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II стадия, ФК II». АД – 135/95 мм рт. ст., имеется фибрилляция предсердий, постоянная форма, ЧСЖ – 85 уд/мин. Больной получает лечение: Эналаприл по 5 мг 2 раза, Нифедипин по 10 мг 2 раза, Изосорбита динитрат пролонгированный 40 мг 2 раза, Гипотиазид 25 мг 1 раз утром, Дигоксин 0,25 мг 1 раз в сутки, Верапамил по 120 мг 3 раза. Состояние больного не улучшается.

1. Оцените обоснованность получаемых препаратов.
2. Какие препараты, рекомендованные стандартом, не были назначены пациентке, страдающей ИБС?
3. Какая группа препаратов является важнейшей при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий?
4. Какие осложнения возможны при постоянной форме фибрилляции предсердий, и какие меры профилактики должны быть предприняты?
5. Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у больного?

Задача 10.

1. Эффект каких антибактериальных препаратов зависит от дозы и времени?
2. Каким еще способом можно повысить их эффективность?
3. Перечислите концентрационно-зависимые антибиотики. Каким образом можно повысить их эффективность?

Задача 11.

Больному 58 лет, страдающему стенокардией II функционального класса, желудочковой экстрасистолией назначен мекситил в средних терапевтических дозах. До лечения при проведении суточного мониторинга зарегистрировано 1264 экстрасистол. На 2 день лечения самочувствие больного ухудшилось. При суточном мониторинговании зарегистрировано 1572 желудочковых экстрасистол.

1. Оцените клиническую ситуацию.
2. Ваши дальнейшие действия? Какие препараты следует назначить пациенту в соответствии с его основным диагнозом?
3. Какие антиаритмические препараты следует рекомендовать пациенту?

Задача 12.

Пациентка: Женщина 25 лет. Беременность 24 недели. Беспокоят боли и рези при мочеиспускании, частые позывы 14 раз в сутки. В анамнезе подобная картина повторяется 2-3 раза в год. В ОАМ-бактериурия, лейкоцитурия до 20-30 в поле зрения, эритроцитурия 6-8 в поле зрения.

1. Поставить диагноз.
2. Какие дополнительные обследования следует провести пациентке?
3. Какие группы антибактериальных средств рационально использовать при инфекциях мочевыводящих путей и почек для эмпирической терапии с учетом наиболее вероятных возбудителей?
4. Какие из них нежелательно использовать в амбулаторных условиях и почему?
5. Какие из используемых амбулаторно препаратов будут противопоказаны беременной женщине или ребенку?

Задача 13.

Больному 52 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает Серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются Сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать Соталол по 40 мг 2 раза в день. На второй день начала приёма Соталола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объемной скорости выдоха.

1. Предположите причину учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха.
2. Предположите альтернативные антиангинальные препараты в данной ситуации.
3. Какие нежелательные эффекты может вызвать Верапамил?
4. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменен. Предложите антиангинальную терапию.
5. Бисопролол также обладает отрицательным инотропным действием, будет ли латентная сердечная недостаточность и БА противопоказанием к применению Бисопролола?

Задача 14.

Больной 79 лет с основным диагнозом: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), ИБС: стенокардия напряжения ФК II, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ май 2015 г), Хроническая сердечная недостаточность IIА (NYHA); и сопутствующим диагнозом: первичный моноартроз правого тазобедренного сустава II ст, медленно прогрессирующее течение, ФНС I. Получает в амбулаторных условиях после выписки из стационара следующую фармакотерапию: лизиноприл (10 мг 1 раз в день), бисопролол (10 мг 1 раз в день), спиронолактон (100 мг 1 раз в день),

аторвастатин (20 мг 1 раз в день), аспаркам (по 1 таблетке 3 раза в день). После госпитализации на фоне рекомендованной терапии состояние улучшилось и расценивалось как удовлетворительное: АД 140/90 мм рт.ст., уменьшение одышки, устранение отеков на ногах, снижение потребности в нитроглицерине для купирования стенокардии. По рекомендации участкового терапевта начал прием диклофенака (25 мг 3 раза в день) для устранения болей в области тазобедренного сустава. Через 10 дней от начала приема диклофенака при повторном посещении участкового терапевта предъявил жалобы на повышение АД до 160/100 – 170/110 мм рт. ст., появление отеков лодыжек, сильную мышечную слабость, снижение аппетита. При осмотре АД 175/110, пульс – 52 в мин. На ЭКГ удлинение P-R, заостренный зубец T, удлинение QRS.

1. Чем объяснить ухудшение состояния больного?
2. Чем обусловлено снижение эффективности антигипертензивной терапии и нарастание признаков сердечной недостаточности?
3. Оцените причинно-следственную связь между приемом лекарственных средств и снижением достигнутого терапевтического эффекта.
4. Изложите варианты взаимодействия лекарственных средств, которые принимает больной.
5. Ваши предложения по ведению больного.
6. Какие препараты, рекомендованные стандартом, не были назначены пациенту, страдающему ИБС?

Задача 15.

Больной П, 75 лет, с основным диагнозом: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), ИБС: стенокардия напряжения ФК II, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ май 2015 г), Хроническая сердечная недостаточность IIА (NYHA). Сопутствующий: Аденома предстательной железы. Получает в амбулаторных условиях после выписки из стационара следующую фармакотерапию: лизиноприл (10 мг 1 раз в день), метопролол (25 мг 1 раз в день), спиронолактон (100 мг 1 раз в день), аторвастатин (20 мг 1 раз в день). На фоне рекомендованной терапии состояние улучшилось и расценивалось как удовлетворительное: АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС-4, уменьшилась одышка, отеков на ногах нет. По поводу дизурических явлений пациенту рекомендован урологом препарата Омник 0,4 мг. При повторном посещении терапевта АД -110/70 мм рт.ст., ЧСС-82 уд в 1 мин.

1. Какие препараты, рекомендованные стандартом, не были назначены пациенту, страдающему ИБС?
2. Чем объяснить снижение АД у больного при присоединении препарата Омник?
3. Изложите варианты взаимодействия лекарственных средств, которые принимает больной.
4. Проведите коррекцию терапии.

Задача 16.

Пациент 79 лет (вес 84 кг, рост 180 см). По поводу постоянной формы фибрилляции предсердий, ХСН принимает эналаприл 20 мг в сутки, спиронолактон 50 мг 1 раз в сутки, дабигатран этексилат (150 мг 2 раза в сутки), бисопролол 5 мг в сутки. По данным биохимического анализа крови: АсТ 21 ед/л, АлТ 30 ед/л, креатинин 124 мкмоль/л, калий крови 4,8 ммоль/л, липидограмма в пределах нормы. Около 5 дней назад в связи с выраженным болевым синдромом в области тазобедренного сустава участковым терапевтом был назначен диклофенак 75 мг в/м 1 раз в сутки № 5. Через 4 дня после начала инъекций диклофенака появились брадикардия, а также желудочное кровотечение. В общем анализе крови - гемоглобин 78 г/л. В биохимическом анализе крови: креатинин - 186 мкмоль/л, калий крови - 6,1 ммоль/л. При ЭГДС выявлены множественные кровоточащие эрозии желудка.

1. Что способствовало развитию кровотечения и брадикардии?
2. Изложите варианты взаимодействия лекарственных средств, которые принимает больной. Что способствовало развитию нарушению функции почек?
3. Выявлены ли какие-либо недостатки в назначенной терапии или дозах препаратов (ответ обосновать)?
4. Предложите методы терапии и профилактики НПР у данного больного.

Задача 17.

Больная П, 65 лет, с основным диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения ФК II, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ май 2018 г), Хроническая сердечная недостаточность IIА (NYHA). Сопутствующий: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), Получает в амбулаторных условиях после выписки из стационара следующую фармакотерапию: метопролол (25 мг 2 раза в день), спиронолактон (25 мг 1 раз в день), аторвастатин (20 мг 1 раз в день), АСК 100 мг в сутки в комбинации с клопидогрелом 75 мг в сутки, эналаприл 5 мг 2 раза в сутки. Периодически отмечаются приступы стенокардии при физической нагрузке, которые пациентка устраняет приемом нитроглицерина. По рекомендации участкового терапевта увеличила дозу метопролола до 50 мг 2 раза в сутки. На фоне рекомендованной терапии состояние улучшилось и расценивалось как удовлетворительное: АД 130/80 мм рт. ст., отмечается снижение потребности в нитроглицерине для купирования стенокардии, возросла толерантность к физической нагрузке.

1. Оцените адекватность выбранной антиангинальной терапии.
2. Была ли обоснованной коррекция дозы метопролола)?

3. Следует ли к терапии присоединить нитраты пролонгированного действия?

Задача 18.

Больной 56 лет с постоянной формой мерцательной аритмией принимает дигоксин 0,125 мг 2 раза (утром-вечером). В связи с неудовлетворительным контролем ЧСС (в покое - 100 в мин., при физ. нагрузке -130) назначен верапамил 40 мг 3 раза в день. Через 5 дней- тошнота, рвота, на ЭКГ – мерцательная аритмия, ЧСС-50 в минуту, корытообразная депрессия ST грудном отделе, уровень дигоксина крови 3 мкг/л (N - 1 -2)

1. Как расценить ухудшение состояния пациента?
2. Какова причина гликозидной интоксикации при совместном назначении дигоксина и верапамила?
3. Как избежать такого лекарственного взаимодействия?
4. Какие еще лекарственные средства могут также влиять на дигоксин?
5. Какие препараты, рекомендованные стандартом, следует включить в план лечения пациентки, страдающей ИБС?

Задача 19.

Вызов врача-терапевта участкового на дом. Больной М 66 лет. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013 г., 2014 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО4. ХСН II Б, ФК III». Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей. При осмотре АД 120/70 мм рт. ст., PS – 60 уд/мин, при аускультации лёгких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 уд/мин, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе). ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%). Биохимия крови: АСАТ – 45 ед/л, АЛАТ – 39 ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, K⁺ – 4,0 ммоль/л. Суточный диурез -800,0 мл.

На момент осмотра пациент получает:

- Верошпирон 50 мг 1 раз в день;
- Торасемид 5 мг 2 раза в неделю;
- Бисопролол 10 мг 1 раз в сутки;
- Аторвастатин 40 мг вечером;
- Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день;
- Тромбо-АСС 100 мг в сутки.

Больной госпитализирован.

1. Оцените адекватность выбранной диуретической терапии тяжести состояния пациента.
2. Назовите критерии эффективности диуретической терапии для данного пациента.
3. Проведите коррекцию диуретической терапии.

Задача 20.

Больная 74 лет (рост - 160 см, масса тела – 74 кг). Находилась на лечении в терапевтическом стационаре Центральной районной больницы с диагнозом: Гипертоническая болезнь II ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), ИБС: стенокардия напряжения ФКП, хроническая сердечная недостаточность ПА (НУНА). Сопутствующий: бронхиальная астма: атопическая (бытовая пыль, пыльца), контролируемая, среднетяжелое течение, фаза затухающего обострения. Получала следующие лекарственные средства: периндоприл (10 мг 1 раз в день), верапамил (80 мг 4 раза в день), спиронолактон (100 мг в день), дигоксин (0,25 мг в сутки), аторвастатин (20 мг 1 раз в день), Аспирин-кардио (100 мг 1 раз в день). Ингаляции формотерол/будесонид 2 раза в день. В ходе лечения на 12 сутки наметилась тенденция к улучшению состояния больной: АД 140/90, пульс 72 в мин., уменьшение отеков на ногах, снижение массы тела на 1,5 кг, уменьшение одышки. Больную начали готовить к выписке из стационара. На 15 сутки госпитализации у пациентки началась интенсивная рвота. Она жаловалась на ощущения «замирания» сердца, «оранжевые круги перед глазами». АД 110/60 мм рт.ст., пульс – 42 в мин. На ЭКГ атриовентрикулярная блокада III ст. ЧДД 28 в мин. Больная санавиацией доставлена в кардиологический стационар. Проведен лекарственный терапевтический мониторинг, уровень дигоксина в плазме крови – 2,4 нг/мл.

1. Как можно объяснить ухудшение состояния больной?
2. К какому типу НПР относится данная реакция?
3. Проанализируйте взаимодействие лекарственных средств.
4. Как трактовать результаты терапевтического мониторинга с оценкой концентрации дигоксина?
5. Ваши предложения по терапии больной в стационаре. Проведите коррекцию терапии.

Задача 21.

Больная 42 года, страдает в течение 13 лет ревматическим митральным пороком сердца. 3 недели назад появилась мерцательная аритмия. В стационаре начато лечение хинидином по схеме. На 3 день восстановлен синусовый ритм, но появилась диарея (2 раза в день)

1. С чем связано диспептическое расстройство?
2. К какому типу НПР можно отнести данную реакцию?
3. Ваша дальнейшая тактика? Нуждается ли пациентка в назначении антиаритмической терапии?

Задача 22.

Пациент М., 72 года (рост 180 см, вес 95 кг), страдающий мерцательной аритмией, принимал дигоксин в дозе 0,25 мг/сутки, торасемид 5 мг/сутки, эналаприл 20 мг/сутки, ривароксабан 20 мг/сутки, бисопролол 2,5 мг/сутки, спиронолактон 25 мг/сутки. Общий анализ крови и мочи в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: креатинин 120 мкмоль/л, калий 4,0 ммоль/л, остальные показатели в пределах нормы. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС 74 в мин., нормосистолия. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии миокарда левого предсердия и левого желудочка с умеренными нарушениями процессов реполяризации диффузного характера. ЭХОКГ: фибрилляция предсердий, дилатация левых отделов сердца, общая гипокинезия миокарда, ФВ 39%, недостаточность митрального и трикуспидального клапана, признаки легочной гипертензии. В связи с декомпенсацией ХСН, наряду со стандартной терапией, назначен фуросемид 60 мг/сутки, увеличена доза спиронолактона до 100мг/сутки. Через 3 сут. возникли следующие симптомы: тошнота, боли в животе, потеря аппетита, головокружение, предобморочные состояния. Общий анализ крови и мочи в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: креатинин 111 мкмоль/л, калий 3,1 ммоль/л, АлТ 41 ед/л, АсТ 39 ед/л, липидограмма без особенностей. ЭКГ: фибрилляция предсердий, с ЧСС 42, брадисистолия. Отклонение ЭОС влево. Частая полиморфная одиночная желудочковая экстрасистолия. Признаки гипертрофии миокарда левого предсердия и левого желудочка. Корытообразная депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в переднебоковой области левого желудочка. Концентрация дигоксина в плазме крови - 2,1 нг/мл.

1. С чем связано появление указанных жалоб у пациента?
2. Объясните механизм развития данных симптомов. Изложите варианты взаимодействия лекарственных средств, которые принимает больной.
3. К НПР какого типа относится данная реакция?
4. Оцените причинно-следственную связь между приемом ЛС и развитием НПР.

Задача 23.

Больной К. 53 лет с диагнозом бронхиальная астма, «неатопическая» форма в течение 3 недель принимает теопэк в дозе 600 мг/сут. Рост больного 175 см, масса тела 80 кг. В прошлом злостный курильщик (до 30 сигарет в день), в настоящее время уменьшил количество выкуриваемых сигарет до 3-4 в день. В течение 4 лет пользуется дозированным аэрозолем β_2 -адреностимулятора: в среднем по 2 вдоха 3-4 раза в сутки. С присоединением теопэка уменьшилась одышка, реже стали беспокоить приступы удушья по ночам, однако остаются приступы в ранние утренние часы (в 6-7 ч).

1. Ваш диагноз.

2.Ваша тактика в отношении выбора ЛС.

- а) Необходимо увеличить дозу и кратность приёма теопэка;
- б) Следует подключить бронходилататоры из других групп. Назовите наиболее предпочтительные бронходилататоры?
- в) Следует назначить ГК (внутрь, ингаляционные глюкокортикоиды).

Задача 24.

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. Аллергия на цефтриакон. 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 базовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с уч. клиники. ОАК: ЛЦ- 9,2, ЭР- 3,2, НБ -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%. Ро- 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.

1. Ваш диагноз
2. Лечебная тактика
3. Рациональный выбор антибактериальной терапии (с учетом наиболее часто выделяемых респираторных патогенов, монотерапия, комбинированная терапия, дозы, режим введения)

Задача 25.

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%), ОФВ₁ = 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.ОАК, ОАМ без патологии. Ro- 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.

1.Ваш диагноз?

2.Какие препараты/комбинации препаратов следует назначить данному пациенту?

Задача 26.

Женщина 65 лет обратилась в поликлинику по поводу обострения хронического бронхита (субфебрильная температура, кашель с мокротой гнойного характера); больна в течение последних 10 лет; 4-е обращение за текущий год с аналогичными симптомами. Врачом назначен ампициллин (в/м, по 500 мг x 3 p/сут).

1. К какой группе антибиотиков относится ампициллин?
2. Какие еще есть препараты в этой же группе (международные названия)?
3. Какие факторы риска устойчивости к антибиотикам у бактерий учитываются при выборе препарата?
4. Рационален ли выбор антибиотика в данной ситуации? Какие существуют альтернативные средства?

Задача 27.

Больной Ш., 65 лет, находится на стационарном лечении вторую неделю. Ежедневно неоднократно бывают приступы удушья; проходящие после внутривенных вливаний эуфиллина. ингаляций бекотида. В межприступном периоде беспокоит также одышка при

малейшей нагрузке, сильный надсадный кашель с трудно отделяемой слизисто-гноющей мокротой. Болен более 30 лет, неоднократно болел воспалением легких, страдал бронхитом (много курил). Затем стали появляться приступы удушья с предшествующим приступообразным кашлем. Имел II группу инвалидности с 55 лет. Постепенно стал замечать появление приступов удушья от различных резких запахов. В холодное время избегал выходить на улицу. Несколько раз за год (особенно зимой) находится на стационарном лечении, дважды был в отделении реанимации. Больной цианотичный, ноги пастозны, предпочитает сидеть, опираясь руками о край кровати (хотя приступа нет). Число дыханий 15 в минуту с затрудненным выдохом. АД- 130/80 мм рт. ст. пульс-95 в минуту. Грудная клетка эмфизематозная. Границы легких значительно опущены, активная подвижность их равна 1-2 см. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, множество рассеянных сухих хрипов, в нижних отделах легких- единичные незвучные влажные хрипы. Печень выступает на 3 см, плотнее обычной, болезненна, размеры- 11, 10, 10 см. Р-скопия: легочные поля эмфизематозны, резко выраженное усиление и деформация бронхо-сосудистого рисунка, корни расширены, уплотнены, не структурны. Сердце расширено в поперечнике, талия сглажена.

1. Ваш развернутый диагноз.
2. О чем свидетельствует выявленные при рентгеноскопии изменения- усиление и деформация бронхо-сосудистого рисунка, сглаженность талии сердца
3. Какие изменения ожидаете в анализах крови, мокроты, ЭКГ?
4. Назначить больному лечение с объяснением механизма действия лекарственных средств.

Задача 28.

Больная С. 35 лет страдает хроническим тонзиллитом и хроническим холециститом. Неделю назад при обследовании в посеве отделяемого зева отмечен рост золотистого стафилококка, образующего пенициллиназу. В последние 2 дня у больной появились признаки обострения хронического холецистита, протекающего с субфебрильной лихорадкой, болями в правом подреберье, в связи с чем пациентка обратилась к врачу. Диагноз подтверждён исследованием дуоденального содержимого: в посеве жёлчи обнаружен золотистый стафилококк, чувствительный к оксациллину. В анамнезе отмечена аллергия на оксациллин (крапивница).

1. Выберите наиболее оптимальный противомикробный препарат.
 - а. Цефтриаксон
 - б. Гентамицин
 - в. Ко-тримаксозол

д. Амоксициллин

2. У пациентки клиренс креатинина составляет 50 мл/мин. Нужно ли скорректировать режим дозирования препарата? Если да, то каким образом?

- а. Оставить ранее выбранный режим дозирования препарата.
- б. Уменьшить кратность введения и снизить дозу.
- в. Увеличить кратность введения и дозу.
- г. Уменьшить кратность введения без снижения дозы.
- д. Немедленно отменить препарат.

Задача 29

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 базовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1'. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с учетом клиники. ОАК: ЛЦ -9,2, ЭЦ- 3,2, НБ -106, СОЭ 19, п/я- 6, с/я- 62, Э.- 1, М-3, ЛФ-28. ОАМ: цвет желтый, 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 – на все поле зрения, эпителий 10-15 в п/зрения. ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%. Ро- 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.

1. Ваш развернутый диагноз?

2. Назначить больному лечение с объяснением механизма действия лекарственных средств.

Задача 30.

Больная К. 63 лет страдает в течение 6 лет сахарным диабетом средней степени тяжести. Постоянно принимает глибенкламид. В последние 3 месяца выявлен фурункулез. Поступила в отделение с жалобами на кашель

со скудной слизистой мокротой, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, озноб. На 2-й день госпитализации усилился кашель, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании. При осмотре выявлены физикальные признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии, подтвержденные рентгенологически. Назначен в\в амоксициллин/клавуланат. На 3-й день лечения у пациентки после введения препарата появились крапивница, кожный зуд.

1. Какое из антибактериальных средств может стать адекватной заменой (альтернативный препарат)?

- а. Цефтриаксон.
- б. Цефуроксим.
- в. Ко-тримоксазол.
- г. Эритромицин.
- д. Доксициклин.

2. После отмены препарата первого выбора вышеуказанные симптомы исчезли и состояние больной улучшилось. При обследовании выявлено снижение выделительной функции почек: клиренс креатинина 32 мл/мин. Определите схему дозирования выбранного вами антибиотика.

- а. 1 г каждые 12 ч.
- б. 1 г 1 раз в сутки.
- в. 0,5 г 1 раз в сутки.
- г. 0,25 г каждые 12 ч.
- д. Необходимо немедленно отменить препарат.

3. Каким препаратом следует продолжить лечение?

Задача 31.

Больная Ш., 21 года поступила в отделение с жалобами на боли в правой молочной железе, повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$. Заболела 3 дня назад, на 10-й день после родов. При поступлении в отделение в верхненаружном квадранте правой молочной железы обнаружена гиперемия кожи, массивный инфильтрат с флюктуацией в центре. Диагноз: острый правосторонний мастит. Больная оперирована. Взят посев отделяемого раны.

1. Определите антибиотик первого выбора. Объясните свой выбор

- а. Цефазолин
- б. Амоксициллин
- в. Тетрациклин
- г. Гентамицин
- д. Цефтриаксон

2. Предложите режим дозирования

Задача 32

У больного М. 39 лет ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, II степени активности. Больной принимает:

- а) преднизолон по 10 мг в сутки;
- б) метотрексат 7,5 мг 1 раз в неделю в комбинации с фолиевой кислотой;
- в) диклофенак-ретард 75 мг в сутки;
- г) нимесулид 100 мг 2 раза в сутки;
- д) далагил по 0,25 г 3 раза в сутки.

1. Согласны ли вы с проводимой терапией, включая режим дозирования?
 - а. Да.
 - б. Нет.
2. Какие из вышеперечисленных препаратов не показаны больному?
3. Какие варианты комбинированной терапии целесообразно назначить данному пациенту?

Задача 33

Пациент, 24 года (до операции: рост 165 см, вес 75 кг). Клинический диагноз: Основной: Вторичный инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана, подострое течение, с развитием аортальной недостаточности 3 ст. Врожденный порок сердца: перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки (1,5 см). Осложнения основного: ХСН IIА, ФК II (NYHA). Сопутствующий: Хронический пиелонефрит, ремиссия. Прооперирован в Федеральном центре: операция Росса. Пластика дефекта межжелудочковой перегородки. Пациенту назначены: ацетилсалициловая кислота 75 мг, торасемид 5 мг, бисопролол 5 мг в сутки. Проводилась антибактериальная терапия: гентамицин 80 мг в/в 3 раза в сутки (2 недели) + ванкомицин 1 г в/в капельно 2 раза в сутки (4 недели). Общий анализ крови: лейкоциты $7,8 \times 10^9/\text{л}$, Нб 120 г/л, лейкоцитарная формула и тромбоциты в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: АсТ 10 ед/л, АлТ 20 ед/л, креатинин 118 мкмоль/л, калий крови 4,1 ммоль/л, остальные анализы в пределах нормы. Пациент был переведен в ЦРБ для дальнейшего лечения. На фоне проводимой терапии через 7 дней самочувствие пациента ухудшилось, появились выраженная общая слабость, отсутствие аппетита, постоянный субфебрилитет, головокружение, тошнота, вялость, аритмичное сердцебиение, брадикардия. Общий анализ крови: лейкоциты $4,2 \times 10^9/\text{л}$, Нб - 88 г/л, лейкоцитарная формула: эоз. - 3%, п/я - 3%, с/я - 29%, лимфоциты - 61%, моноциты - 4%, тромбоциты в пределах нормы, СОЭ - 64 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АСТ - 41 ед/л, АСТ - 45 ед/л, креатинин - 223 мкмоль/л, мочевины - 12,8 ммоль/л, калий крови - 5,9 ммоль/л, СРБ - 120,2 мг/л, остальные анализы в пределах нормы. Вес пациента 71 кг.

1. С чем связано появление указанных жалоб у пациента?
2. Объясните механизм развития данных симптомов.
3. К НПР какого типа относится данная реакция?
4. Оцените причинно-следственную связь между приемом ЛС и развитием НПР.
5. Предложите методы терапии и профилактики НПР у данного больного.

Задача 34

Женщина, 55 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение 4 лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин с временным улучшением самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала ЖКБ. При осмотре: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: $9 \times 8 \times 7$ см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; Нв – 141 г/л; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,2 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 3 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данной пациентки.
2. Показано ли ей назначение в комплексной терапии спазмолитиков? Каким препаратам Вы отдадите предпочтение?

Задача 35

По направлению участкового терапевта поступила больная С., 25 лет, с жалобами на слабость, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37,70С. Больна в течение недели. Заболевание началось с першения в носоглотке, заложенности носа, кашля. Принимала амоксициллин по 0,5х 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.

1. Сформулируйте диагноз. Какова предположительная этиология болезни?
2. Выберите антибактериальный препарат, режим введения, продолжительность антибактериальной терапии.

Задача 36

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. Курит-1 пачка в сутки. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен *Helicobacter pylori*.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите антисекреторные препараты, которые будут эффективны в данном случае.
3. В случае недостаточного эффекта в первые дни терапии какие препараты рекомендуется назначить пациенту?
4. Какую схему эрадикационной терапии Вы предложите больному?

Задача 37

В реанимационном отделении лечится мужчина 32 лет с кандидозным сепсисом. При обследовании выявлена выраженная печеночная недостаточность.

1. Подобрать препараты для лечения.
2. Обоснуйте перечень включенных в список ЛС.
3. Дайте классификацию ЛС этой группы.
4. Назовите основные фармакотерапевтические свойства этих препаратов.
5. Выделите ЛС с доказанной эффективностью.

6. Назовите основные взаимодействия, побочные эффекты этих ЛС и противопоказания к назначению.

Задача 38

У пациента выявлен опоясывающий лишай.

1. Подобрать препараты для лечения.
2. Обоснуйте перечень включенных в список ЛС.
3. Дайте классификацию ЛС этой группы.
4. Назовите основные фармакотерапевтические свойства этих препаратов.
5. Выделите ЛС с доказанной эффективностью.
6. Назовите основные взаимодействия, побочные эффекты этих ЛС и противопоказания к назначению.
7. Укажите режим приема и дозирования, контроль эффективности и безопасности.

Задача 39

Мужчина 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 1,2 см в диаметре, дно дефекта выполнено фибрином, края приподняты, отечны, взята биопсия. При исследовании биоптатов слизистой оболочки обнаружен *Helicobacter pylori*.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
3. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.

Задача 40.

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающуюся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около 3 месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в малых количествах. При осмотре: состояние

относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Проведена ФГДС: множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм. Слизистая тела желудка слегка отёчная, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемична с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Н.р (-)

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

Задача 41.

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически отмечает появление одышки при нагрузке, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитромина и при прекращении нагрузки. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма нитромина, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В анамнезе: язвенная болезнь ДПК. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС, ПИКС (БДУ). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, Тромбоасс и клопидогрель. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI > RII > RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какие исследования необходимо провести пациенту для уточнения диагноза?

2. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

3. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор.

4. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

Задача 42

Больной Б, 36 лет, инвалид II группы. Жалобы на сильные боли, припухлости и ограничение движений в мелких суставах кистей рук, голеностопных и коленных суставах. Отмечает утреннюю скованность движений, повышение температуры по вечерам до 38 °. Болен около 6 лет, неоднократно лечился стационарно с некоторым улучшением. Работает лифтером. При осмотре отмечается припухлость и деформация коленных суставов, голеностопные суставы отечны, болезненны при пальпации. Пальцы рук имеют веретенообразные утолщения, движения в них резко ограничены. Мышцы на тыле кистей атрофированы. Со стороны внутренних органов изменений нет.

1. Предварительный диагноз, его обоснование?
2. Какие характерные изменения со стороны крови ожидаете получить?
3. Какая рентгенологическая картина на ранних стадиях этого заболевания: а) развитие остеофитов, б) сужение суставной щели в) остеопороз?
4. Назначить лечение (обоснуйте каждую группу препаратов)
5. Оправдана ли стероидная терапия на ранних стадиях заболевания?

Задача 43

Больная А., 4 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на повышенную кровоточивость слизистых полости рта, отмечаются также носовые кровотечения. Со слов больной в течении недели лечилась большими дозами ацетилсалициловой кислотой от простуды. Объективно: обильные петехиальные высыпания на слизистой щек, губ, десен. Имеются петехии и на коже лица, туловище. Лабораторные исследования гемостаза: время кровотечения – 15 мин.; время свертывания – 6 мин.; фибриноген – 2 г/л; протромбин – 90%; АЧТВ – норма; тромбоцитов – $200 \times 10^9/\text{л}$. Симптом «щипка» «++».

1. Нарушение каких механизмов гемостаза имеется у больной? (тромбоцитарного, сосудистого, коагуляционного)

2. Какой вид патологии гемостаза, предположительно, наблюдается у пациента?

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Объяснить механизм развития симптомов у больного.

Задача 44

Больной И. 25 лет, страдающий сахарным диабетом с 16-летнего возраста, получающий терапию инсулином, обратился с жалобами на ухудшение общего состояния, усиленную жажду в утренние часы, учащённое мочеиспускание, нарушение сна. Периодически отмечаются гипогликемические состояния (лабораторно подтверждаемые). Работает аппаратчиком на химическом комбинате, из-за сменного режима работы диету не соблюдает, основное количество пищи принимает в вечерние часы. Масса тела за последние 2 мес. увеличилась на 3 кг. Консультация окулиста: диабетическая ретинопатия, свежие очаги кровоизлияний. Концентрация глюкозы в плазме крови натощак утром 9,79 ммоль/л, диурез около 3 л, содержание глюкозы в моче 2%. В общих анализах мочи отмечена периодическая протеинурия, иногда слабopоложительная реакция на ацетон. Терапия: простой инсулин в начале лечения 12 ЕД, а в настоящее время 38 ЕД, инсулин цинк суспензию 28 ЕД однократно утром, 0,5 г метформина сразу после ужина.

1. О развитии какого состояния, осложняющего течение сахарного диабета, можно думать?

2. Следует ли данному пациенту корректировать дозу инсулина?

3. Терапия осложнений сахарного диабета.

Задача 45

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающуюся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около 3 месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в малых количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Проведена ФГДС: множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм. Слизистая тела желудка слегка отёчная, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемична с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Н.р (-)

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке?
3. Пациентке назначен домперидон по 10 мг 3 раза в сутки. Обоснуйте свой выбор.

Задача 46

Больная А. 50 лет обратилась с жалобами на общую слабость, жажду, частое мочеиспускание, зуд кожи и наружных половых органов. При осмотре выявлено ожирение (масса тела 96 кг при росте 168 см). Содержание глюкозы в крови 9,9 ммоль/л, в моче 1%, реакция на ацетон отрицательная.

1. Какие гипогликемические препараты оптимальны в этом случае?
 - a) Инсулин простой;
 - b) Пролонгированные препараты инсулина.
 - c) Препараты сульфонилмочевины;
 - d) Бигуаниды.

2. На фоне лечения метформином по 500 мг 2 раза в сутки во время еды через 2 нед. состояние пациентки улучшилось: снизилась масса тела, клинические проявления заболевания стали менее выраженными. Нормализовалась концентрация глюкозы в плазме крови. Однако пациентка жалуется на тошноту, рвоту и металлический привкус во рту. Что послужило причиной появления подобных симптомов?

Задача 47

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение 2 лет, когда был диагностирован хронический холецистит. Настоящее обострение в течение недели, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. При осмотре: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 10×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке

желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; Нв – 141 г/л; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. При дуоденальном зондировании в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данной пациентки.

3.Какие препараты из группы желчегонных показаны данной больной?

Задача 48

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался, периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились вышеуказанная симптоматика. Операций,

гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких- дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 ×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямо́й билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямо́й билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочеви́на – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бетаглобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопро́теин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84 Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркёры гепатитов В, С): отрицательный. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц.

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
- 3.Какие препараты из группы гепатопротекторов показаны данному больному?

Задача 49

Больная П., 26 лет, повторно поступила в клинику с жалобами на сильные боли в коленных, лучевых, плечевых суставах, их припухлость, ознобы, повышение температуры до 38° , резкую слабость. Заболела остро 7 месяцев назад после чрезмерной инсоляции. При обследовании в клинике была диагностирована системная красная волчанка, по поводу которой больной был назначен дексаметазон в суточной дозе 4 мг. На фоне лечения состояние больной улучшилось, и на поддерживающей дозе 2 мг/сут. она

была выписана на амбулаторное лечение. Через 2 месяца обнаружена гипергликемия (8 ммоль/л), глюкозурия (10 г/сут.). Эндокринолог отменил дексаметазон, связи с чем состояние больной ухудшилось и с перечисленными жалобами больная была вновь госпитализирована в клинику.

1. Оцените первоначальный выбор ГК для длительной терапии системной красной волчанки.
2. Какие осложнения ГК-терапии имели место у больной?
3. Какова должна быть тактика врача при развитии стероидного диабета?

Задача 50.

Больная С., 47 лет, на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук, аускультативно - жёсткое дыхание, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье, тимпанит. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения больной.
3. Какие ферментные препараты показаны данной больной?

Задача 51

Мужчина 74 лет, имеющий в анамнезе ревматоидный артрит, депрессию и артериальную гипертензию, доставлен в отделение СП с жалобами на одышку и непродуктивный кашель. Больной получает азатиоприн 50 мг ежедневно, амитриптилин 25 мг 3 раза в день и валсартан 160 мг ежедневно. При физикальном обследовании: сердечные тоны в норме. При аускультации лёгких - двусторонние влажные хрипы. На ЭКГ - блокада левой ножки пучка Гиса, продолжительность интервала Q-T в норме. Эхокардиография, выполненная вскоре после поступления, выявила региональные зоны гипокинезии, фракция выброса 35%. На рентгенограмме лёгких - двусторонние инфильтраты, подозрительные на пневмонию. Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз, биохимические показатели крови и гормоны щитовидной железы были в пределах нормы. Дополнительно к проводимой ранее терапии назначен моксифлоксацин 400 мг/сут внутривенно и фуросемид 40 мг ежедневно. Состояние больного постепенно улучшилось. Однако, на 3 день было диагностировано удлинение интервала Q-T до 600 мс, пациент переведен в ПИТ для постоянного ЭКГ-мониторирования. Биохимические маркёры повреждения миокарда, включая МВ-фракцию креатинфосфокиназы и тропонин Т, в повторных анализах были нормальными. ЭКГ-мониторирование по Холтеру выявило мультифокальную желудочковую экстрасистолию.

1. Чем можно объяснить ухудшение состояния больного?
2. К НПР какого типа относится данная реакция?
3. Назовите варианты взаимодействия принимаемых лекарственных препаратов у больного.
4. Какие факторы риска нарушений ритма имеются у данного больного?
5. Ваши предложения по дальнейшему лечению больного.

Задача 52

Больной Б., 45 лет, 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 92 в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований:

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с учетом клиники. ОАК: 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 8-10 в п/зрения. ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%. Ro- 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.

1. Ваш диагноз.
2. Лечебная тактика.
3. Какие бронходилататоры следует назначить пациенту?
4. Какие препараты следует назначить для лучшего отхождения мокроты

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако	логичность и последовательность ответа

	аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	допускается одна - две неточности в ответе	
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

№.№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр.
	1.1. Основная литература

1.	Клиническая фармакология: национальное руководство / под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепехина [и др.]; Ассоциация медицинских обществ по качеству. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 965 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».-текст: электронный
2.	Клиническая фармакология: учебник для медицинских вузов с компакт-диск / под ред. В.Г. Кукеса. - изд. 4-е, перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1056 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».- текст: электронный
1.2. Дополнительная литература	
1.	Клиническая фармакология и фармакотерапия: учебник: для студентов / под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева, Е. В. Ших. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 877 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».- текст: электронный
2.	Антибактериальные препараты в клинической практике: руководство / под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 232 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».-текст: электронный
3.	Борщев П.М. Атеросклероз и атерогенные дислипидемии. Клиническая фармакология и дифференцированное применение липиднормализующих средств: основы клинической фармакологии / П.М. Борщев, Л.И. Дятчина, Е.А. Телеснин; РГМУ. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2004. - 61с. – 5 экз.
4.	Борщев П.М. Клиническая фармакология антиангинальных и антиишемических средств. Дифференцированное их применение при стенокардии: учебно - методическое пособие/ П.М. Борщев, Е.А. Телеснин, Л.И. Дятчина; РостГМУ. - Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2006. - 51с. – 2 экз.
5.	Дятчина Л.И. Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств и рациональная тактика их применения: учебно - методическое пособие / Л.И. Дятчина, П.М. Борщев, Е.А. Телеснин; РостГМУ. - Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2009. - 149с. – 3 экз.
6.	Катцунг Б. Г. Базисная и клиническая фармакология. Т.2: учеб. пособие для системы последиplomного медицинского и фармацевтического образования / Б. Г. Катцунг; пер. с англ. Э.

	Звартау. - изд. 2-е, перераб. и доп. – Москва: БИНОМ, 2008. - 784 с. –Доступ из ЭБС «Консультант врача».-текст: электронный
7.	Клиническая фармакология и фармакотерапия внутренних болезней / под ред. Л.Л. Боброва; Военно-медицинская академия. – Санкт-Петербург: Б.и, 2000. - 366с. – 2 экз.
8.	Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс: учебник: рекомендовано ГОУ ДПО "Российская медицинская академия последипломного образования" / В.И. Петров. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2011. - 871 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».-текст: электронный
9.	Сычев Д.А. Клиническая фармакология. Общие вопросы клинической фармакологии: практикум: учеб. пособие / Д.А. Сычев, Л.С. Долженкова, В.К. Прозорова; под ред. В.Г. Кукеса. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 224 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».-текст: электронный
10.	Телеснин Е.А. Клиническая фармакология глюкокортикостероидов: учеб.-метод. пособие / Е.А. Телеснин, П.М. Борщев, Л.И. Дятчина [и др.]; РостГМУ. - Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2007. - 135с. – 5 экз.

Перечень интернет-ресурсов на **2023-2024** учебный год

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
	Консультант студента [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО»; «Медицина. Здравоохранение. СПО»; «Психологические науки»] : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Политехресурс». - URL: https://www.studentlibrary.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый

		доступ
	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
	БД издательства Springer Nature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (Нацпроект)	Доступ неограничен
	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен
	Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile : архив. – URL : https://onlinelibrary.wiley.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Бессрочная подписка
	Sage Publication : [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: https://sk.sagepub.com/books/discipline по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
	Ovid Technologies : [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
	Questel база данных Orbit Premium edition : база данных патентного поиска http://www.orbit.com/ по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Доступ ограничен
	Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	Контент открытого доступа
	Российское образование. Единое окно доступа : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
	Кокрейн Россия : российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ

	Univadis from Medscape : международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
	МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
	<i>Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. - URL: https://cyberleninka.org/</i>	Контент открытого доступа
	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
	КООБ.ru : электронная библиотека книг по медицинской психологии. - URL: http://www.koob.ru/medical_psychology/	Открытый доступ
	Президентская библиотека : сайт. - URL: https://www.prlib.ru/collections	Открытый доступ
	SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access	Контент открытого доступа
	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
	Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove	Контент открытого доступа
	Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа

	Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
	Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	Контент открытого доступа
	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
	Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
	Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
	Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
	International Scientific Publications . – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
	Эко-Вектор : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор» Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.. - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
	Медлайн.Ру : научный биомедицинский журнал : сетевое электронное издание. - URL: http://www.medline.ru	Открытый доступ
	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
	Вестник урологии («Urology Herald») : электрон. журнал / РостГМУ. – URL: https://www.urovest.ru/jour	Открытый доступ
	Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index	Открытый доступ
	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ
	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/	Открытый доступ

	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
	Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
	Образование на русском : образовательный портал / Гос. ин-т русс. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: http://pushkininstitute.ru/	Открытый доступ
	История.РФ. [Главный исторический портал страны]. - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru → Библиотека → Электронный каталог → Открытые ресурсы интернет → далее по ключевому слову...	

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Пример ответа: Классификация, механизм гипотензивного действия ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Фармакодинамические эффекты и клиническое применение ингибиторов АПФ. НПР и АПФ.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) применяются в кардиологии в течение 30 лет. Имеют большую доказательную базу, их эффективность доказана при лечении артериальной гипертензии (АГ), сердечной недостаточности (СН), дисфункции левого желудочка (ЛЖ), гипертонической и диабетической нефропатии.

В настоящее время к ингибиторам АПФ относятся большое количество лекарственных средств, различающихся по физико-химическим и фармакокинетическим свойствам. В зависимости от характера группы, которая непосредственно связывается с активным центром АПФ, все ингибиторы АПФ делятся на три категории: сульфгидрильную (беназеприл, каптоприл), карбоксильную (цилазаприл, эналаприл, лизиноприл, периндоприл, рамиприл, спираприл, трандолаприл) и фосфонильную (фозиноприл). Более распространена другая классификация и АПФ:

Класс I. Липофильные лекарства

(каптоприл, алацеприл, альтиаприл)

Класс II. Липофильные пролекарства:

IIА. Препараты с преимущественно почечной элиминацией (эналаприл, хинаприл, беназеприл, цилазаприл, периндоприл)

IIВ. Препараты с двумя основными путями элиминации (фозиноприл, рамиприл, моэксиприл, трандолаприл, спираприл)

Класс III. Гидрофильные лекарства

(лизиноприл, либензаприл, церонаприл)

Класс IV. Двойные ингибиторы металлопротеиназ (алатиоприл, миксанприл, омапатрил)

Большинство ингибиторов АПФ, кроме каптоприла и лизиноприла, являются пролекарствами и превращаются в активные метаболиты в печени или желудочно-кишечном тракте. Пролекарства более липофильны и после превращения в активные метаболиты лучше проникают в органы-мишени, однако у пациентов с заболеваниями и нарушениями функции печени наблюдается торможение активации и АПФ при первом прохождении через нее, что необходимо учитывать при выборе препарата. В основном ингибиторы АПФ и их метаболиты выводятся почками, а такие из них, как фозиноприл, трандолаприл и спираприл, - как с мочой, так и с желчью. Капотен обладает небольшой продолжительностью действия, в связи с чем его необходимо назначать 3–4 раза в сутки, остальные ингибиторы АПФ характеризуются пролонгированным действием и их можно назначать 2 или 1 раз в сутки.

Все ингибиторы АПФ обладают одинаковым механизмом действия - ингибированием АПФ что приводит к уменьшению образования ангиотензина II из ангиотензина I благодаря снижению его уровня в крови и тканях. При этом снижаются как секреция альдостерона и вазопрессина, так и активность симпатической нервной системы. Ингибиторы АПФ подавляют кининазу II, вследствие чего происходит торможение распада брадикинина - мощного стимулятора высвобождения эндотелийзависимых факторов релаксации: оксида азота, эндотелий-зависимого фактора гиперполяризации и простаглицлина.

Механизм антигипертензивного действия и АПФ

1. Прямое устранение вазоконстрикции за счет снижения секреции альдостерона, приводящее к устранению вазоконстрикции, уменьшению задержки натрия и воды;
2. Активация калликреин-кининовой системы (↓ инактивации брадикинина и кининов), приводящая к накоплению кининов в тканях, увеличению синтеза простаглицлинов (простаглицлина), следствием чего являются вазодилатация, повышение диуреза и натрийуреза;
3. Уменьшение образования вазоконстрикторов и антинатрийуретических веществ (норадреналин, аргинин-вазопрессин, эндотелин – 1);
4. Улучшение функции эндотелия, приводящее к повышению высвобождения оксида азота.

Основные терапевтические эффекты ингибиторов АПФ следующие:

Сердечно-сосудистые эффекты:

- Кардиопротективный эффект

- Вазопротективный эффект
 - за счёт системной артериальной вазодилатации (\downarrow АД, \downarrow ОПСС) нагрузка на миокард уменьшается, что приводит к снижению постнагрузки;
 - венозная вазодилатация приводит к снижению преднагрузки;
 - уменьшается гипертрофии стенки сосудов и миокарда;
 - улучшается функция эндотелия;
 - уменьшается агрегация тромбоцитов.
- *Почечные эффекты иАПФ* - ренопротективный эффект
 - увеличение натрийуреза и диуреза,
 - калийсберегающий эффект
 - увеличение кровотока в мозговом слое почек
 - торможение миграции макрофагов в почечных клубочках.

Показания к назначению иАПФ.

- Сердечная недостаточность
- Дисфункция ЛЖ
- Перенесённый инфаркт миокарда
- Диабетическая нефропатия
- Недиабетическая нефропатия

Побочные эффекты при применении ингибиторов АПФ возникают сравнительно редко (у 3,9% пациентов по сравнению с плацебо эффектом). К таким воздействиям относятся:

- артериальная гипотония;
- аллергические реакции, включая ангионевротический отек;
- гиперкалиемия, связанная со снижением секреции альдостерона (может наблюдаться у пациентов с застойной СН, у пожилых людей, у больных почечной недостаточностью и сахарным диабетом);
- острая почечная недостаточность, чаще развивающаяся на фоне лечения диуретиками в высоких дозах, у пожилых больных СН, при наличии гипонатриемии, двустороннем стенозе почечных артерий или стенозе артерии единственной почки. При этих состояниях ингибиторы АПФ снижают клубочковую фильтрацию, что приводит к увеличению уровня креатинина;
- протеинурия.

Наиболее часто встречающимся побочным действием ингибиторов АПФ является сухой кашель, который развивается у 5–10% больных. Причина этого эффекта не установлена, однако существует предположение, что он может быть вызван увеличением уровня брадикинина в легочной ткани. По способности вызывать кашель ингибиторы АПФ не различаются.

Противопоказания к назначению иАПФ:

- Беременность, период лактации
- Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены)

- Двусторонний стеноз почечных артерий
- Стеноз почечной артерии единственной почки с азотемией
- Выраженные нарушения функции почек (азотемия, гиперкалиемия)
- Стеноз устья аорты, митральный стеноз
- Выраженные нарушения функции печени
- Повышенная чувствительность к каптоприлу и др. иАПФ
- Ангioneвротический отек в анамнезе, включая наследственный

Аллергия и двусторонний стеноз почечных артерий являются абсолютными противопоказаниями к назначению ингибиторов АПФ. Их не следует назначать также больным с гипертрофической кардиомиопатией. Терапию ингибиторами АПФ необходимо прекратить при уровне калия более 6,0 ммоль/л, повышении уровня креатинина более чем на 50%, или более 3 мг/дл (256 ммоль/л).

Клиническое применение ингибиторов АПФ.

Согласно российским рекомендациям по АГ, разработанным на основании последних Европейских рекомендаций по контролю АГ основной целью лечения больных АГ является снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти от них. При этом одним из важнейших условий является достижение целевого уровня артериального давления (АД), за который принимают АД < 140/90 мм рт. ст. При сочетании АГ с сахарным диабетом или поражением почек рекомендуется снижение АД до уровня < 130/80 мм рт. ст. Ингибиторы АПФ занимают ведущее место в списке антигипертензивных препаратов первого ряда. Основываясь на результатах многоцентровых рандомизированных исследований, можно сделать вывод, что ингибиторы АПФ являются препаратами первого выбора у больных с СН, систолической дисфункцией ЛЖ или сахарным диабетом, у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда или инсультом, а также у больных с высоким риском коронарной болезни сердца. Их эффективность сравнима с бета-блокаторами, диуретиками, при этом риск развития ССО, инсульта был одинаковым в обеих группах при меньшей частоте нежелательных побочных эффектов. Особенно значимым оказалось снижение частоты ССО у пациентов с сахарным диабетом. Ингибиторы АПФ при лечении артериальной гипертензии могут применяться как в монотерапии, так и в комбинированной терапии вместе с бета-блокаторами, мочегонными, блокаторами кальциевых каналов. При этом комбинированная терапия приводит к более выраженному снижению риска повторного инсульта и риска любых сосудистых осложнений.

У пациентов с ИБС назначение эналаприла приводит к достоверному уменьшению смертности пациентов с сопутствующей хронической СН, независимо от функционального класса, а также снижению темпов прогрессирования СН у пациентов, перенесших инфаркт миокарда с дисфункцией ЛЖ без клинических признаков СН. На фоне приема периндоприла снизились показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, инфаркта миокарда и число внезапных смертей. Предполагают,

что полученные результаты, возможно, связаны с наличием каких-то дополнительных эффектов, например, с улучшением эндотелиальной функции, так как в настоящее время дисфункция эндотелия рассматривается в качестве раннего фактора риска развития атеросклероза и атеротромбоза.

Ингибиторы АПФ показаны всем больным с систолической дисфункцией (фракция выброса 40–45%), независимо от того, сочетается ли она с клиническими признаками СН или нет - при отсутствии противопоказаний. При этом основной целью назначения ингибиторов АПФ при СН является снижение смертности, частоты повторных госпитализаций и прогрессирования СН. В тоже время прием ингибиторов АПФ не всегда приводит к улучшению функционального класса и толерантности к физической нагрузке у пациентов.

При назначении ингибиторов АПФ следует назначать минимально эффективные дозировки, постепенно доводя их до целевых значений, эффективность которых была доказана в крупных контролируемых исследованиях или до максимально переносимой дозы. Подобная тактика лечения оправдана тем, что низкие дозы ингибиторов АПФ не позволяют достичь основной цели терапии - увеличения выживаемости. Терапию ингибиторами АПФ нужно проводить под контролем АД, уровня креатинина и калия. Стартовая доза каптоприла 6,25 мг 3 раза в сутки, целевая суточная -50-100 мг 3 раза в сутки; эналаприл 2.5 2 раза в сутки, целевая 10-20 мг в сутки; лизиноприл 2.5-5 мг, целевая 30 мг в сутки.

Позитивными аспектами ингибиторов АПФ являются: выраженная антигипертензивная активность, кардиопротективный эффект (положительное влияние на структурные изменения ССС-мы), вазопротективный эффект, ренопротективное действие. Таким образом, суммируя все вышесказанное, можно отметить, что ингибиторы АПФ представляют собой класс препаратов, которые хорошо переносятся пациентами, вызывают наименьшее количество побочных эффектов и метаболически нейтральны. Кроме того, их эффективность убедительно доказана благодаря огромному количеству крупных исследований, проводившихся среди больных с сердечно-сосудистой патологией.

Задача 1.

Больная П, 79 лет, с основным диагнозом: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), ИБС: стенокардия напряжения ФК II, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ май 2015 г), Хроническая сердечная недостаточность IIА (NYHA). Получает в амбулаторных условиях после выписки из стационара следующую фармакотерапию: лизиноприл (10 мг 1 раз в день), метопролол (25 мг 1 раз в день), спиронолактон (100 мг 1 раз в день), аторвастатин (20 мг 1 раз в день), аспаркам (по 1 таблетке 3 раза в день). После госпитализации на фоне рекомендованной терапии состояние улучшилось и расценивалось как удовлетворительное: АД 140/90 мм рт.ст., уменьшение одышки, устранение отеков на ногах, снижение потребности в

нитроглицерине для купирования стенокардии. В последнее время стала отмечать появление сухого кашля. Ночью, в горизонтальном положении кашель не усиливается, одышка не беспокоит. Признаки вирусной инфекции отсутствуют. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. По рекомендации участкового терапевта заменила лизиноприл на периндоприл 10 мг.

1. Чем объяснить ухудшение состояния больной?

Побочным действием ингибиторов АПФ является сухой кашель, который встречается у 5–10% больных. Причина этого эффекта не установлена, однако существует предположение, что он может быть вызван увеличением уровня брадикинина в легочной ткани.

2. Оцените причинно-следственную связь между приемом лекарственных средств и появлением сухого кашля.

Сухой кашель является НПР типа А. По способности вызывать кашель ингибиторы АПФ не различаются.

3. Оцените правильность замены препарата участковым терапевтом.

Периндоприл, так же как, и лизиноприл относится к ингибиторам АПФ, поэтому перевод пациентки с лизиноприла на периндоприл был не рациональным.

4. Ваши предложения по ведению больной.

Рационально перевести больную на прием сартанов (лозартан, валсартан, телмисартан).

5. Какие препараты, положенные по стандарту, не были назначены пациентке, страдающей ИБС?

Пациентке не назначены антитромбоцитарные средства (АСК, клопидогрел), учитывая высокий риск тромбоэмболических осложнений при ИБС.

МАКЕТ БИЛЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.37 Клиническая фармакология.**

Год начала подготовки – 2021

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

Утверждено
на заседании кафедры
фармакологии и клинической
фармакологии

протокол от 18 мая 2023 № 12

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны. Показатели всасывания лекарственных средств и их определение.</p> <p>Факторы, влияющие на всасываемость лекарственных средств. Биологическая доступность (относительная и абсолютная). Практическое значение этих показателей.</p> <p>Задача</p> <p>Больной 50 лет, обратился к врачу с жалобами на перебои и «остановки» сердца, тошноту, рвоту, потерю аппетита, поносы, головную боль, головокружение. Эти явления появились два дня назад. В течение многих лет страдает митральным пороком сердца. В связи с одышкой при физической нагрузке, появление тяжести в правом подреберье при длительной ходьбе и небольших отеков стоп к вечеру постоянно принимает в течение нескольких лет изоланид по 3 таблетки в день (по 0,25 мг х 3 раза в день). Чувствовал себя хорошо. На осмотре три месяца тому назад у врача медсанчасти признаков активности ревматизма не выявлено. Неделю назад заменил, по совету знакомого, Изоланид Дигоксином (0,25 мг 3 таблетки в день). Пульс 50 в минуту, аритмичный.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Как можно расценить состояние больного после изменения лечения? 3. Объясните почему изменилась клиника после замены изоланида дигоксином? 4. Сделайте правильные назначения на данный момент 5. Определите дальнейшую тактику лечения.
2.	<p>Классификация, механизм гипотензивного действия блокаторов рецепторов ангиотензина I типа при артериальной гипертензии. Фармакодинамические эффекты блокаторов рецепторов ангиотензина</p>

	<p>I типа, их клиническое применение.</p> <p>Задача</p> <p>Больная С, 72 лет, с основным диагнозом: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4 (очень высокий), ИБС: стенокардия напряжения ФК II, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ май 2015 г), Хроническая сердечная недостаточность IIА (NYHA). Получает в амбулаторных условиях после выписки из стационара следующую фармакотерапию: лизиноприл (10 мг 1 раз в день), бисопролол (5 мг 1 раз в день), спиронолактон (50 мг 1 раз в день), аторвастатин (20 мг 1 раз в день), клопидогрель 75 мг на ночь. На фоне рекомендованной терапии состояние улучшилось и расценивалось как удовлетворительное: АД 140/90 мм рт. ст., уменьшилась одышка, отеков на ногах нет, отмечает снижение потребности в нитроглицерине для купирования приступов стенокардии. В последнее время стала отмечать появление сухого кашля. Ночью, в горизонтальном положении кашель не усиливается, одышка не беспокоит. Признаки вирусной инфекции отсутствуют. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. По рекомендации участкового терапевта заменила лизиноприл на Телсартан®Н (телмисартан/гидрохлортиазид) 40/12,5 мг 1 т. в день.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чем объяснить ухудшение состояния больной? 2. Оцените причинно-следственную связь между приемом лекарственных средств и появлением сухого кашля. 3. Ваши предложения по ведению больной.
--	---

Руководитель ООП, д.м.н., профессор
Печать ФППО

Сафроненко А.В. _