

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

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Специальность 31.08.74 Стоматология хирургическая

Форма обучения – очная

Ростов-на-Дону

1.Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

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

Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):

ПК-7 - готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся стоматологической помощи

2. Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ПК-7 - Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся стоматологической помощи	<p>7.1.- Владеть методами и принципами ведения консервативного лечения основных стоматологических заболеваний;</p> <p>7.2. Подбирать вид местной анестезии / обезболивания. Оценивать возможные осложнения, вызванные применением местной анестезии у детей и взрослых;</p> <p>7.3. Подбирать лекарственные препараты для лечения стоматологических заболеваний. Формировать план лечения пациента при стоматологических заболеваниях у детей и взрослых;</p> <p>7.4. Лечить воспалительные заболевания зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстнолицевой области, височночелюстного сустава, слюнных желез у детей и взрослых;</p> <p>7.5. Разрабатывать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента. Оценивать необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении пациентов со стоматологической патологией.</p>

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

ПК-7	Задания закрытого типа (тесты)	50
	Задания открытого типа Вопросы для собеседования	30 75

Задания закрытого типа (тесты) Проверяемые компетенции ПК-7

Раздел 2. «Общие вопросы клинической фармакологии».

001. Агонист - это вещество, которое

- a) при взаимодействии со специфическим рецептором связывается с ним и не вызывает биологического эффекта
- b) при взаимодействии со специфическими рецепторами вызывает в них изменения, приводящие к биологическому эффекту**
- c) взаимодействует с неспецифическими рецепторами и вызывает биологический эффект
- d) взаимодействует с белками плазмы крови и не вызывает биологический эффект

002. Если агонист, взаимодействуя с рецептором, вызывает максимальный эффект, его называют:

- a) Частичный агонист
- b) Парциальный агонист
- c) Антагонист
- d) Полный агонист**

003. Для гидрофильного лекарственного вещества характерно:

- a) низкая способность проникать через липидные слои клеточных мембран**
- b) транспорт через мембраны с помощью пиноцитоза
- c) легкое проникновение через гематоэнцефалический барьер
- d) значительная реабсорбция в почечных канальцах

004. Что соответствует понятию «активный транспорт»:

- a) транспорт вещества через мембраны с помощью облегченной диффузии
- b) транспорт, не требующий затраты энергии
- c) инвагинация клеточной мембраны с образованием вакуоли
- d) транспорт против градиента концентрации**

005. Что означает термин «биодоступность»?

- a) количество неизмененного вещества, которое достигло плазмы крови, относительно исходной дозы препарата
- b) степень связывания вещества с белками плазмы
- c) способность проходить через гематоэнцефалический барьер
- d) количество вещества в моче относительно исходной дозы препарата

006. Что характерно для перорального введения лекарств?

- a) быстрое развитие эффекта
- b) зависимость всасывания лекарств в кровь от секреции и моторики ЖКТ**
- c) всасывание лекарств в кровь, минуя печень
- d) обязательная стерильность используемых форм

007. Отметьте особенность сублингвального пути введения лекарства:

- a) всасывание начинается довольно быстро**
- b) лекарство подвергается воздействию ферментов желудка
- c) лекарство больше обезвреживается в печени
- d) можно назначать в любом диапазоне доз

008. Отметьте особенность ректального пути введения лекарств в сравнении с пероральным:

- a) более физиологичный путь
- b) лекарство подвергается действию ферментов желудка
- c) значительная часть лекарства поступает в кровоток, минуя печень**
- d) можно назначать в любом объеме

009. Что характерно для внутримышечного пути введения лекарственных средств:

- a) возможность введения только водных растворов
- b) возможность введения масляных растворов и взвесей**
- c) возможность введения гипертонических растворов
- d) действие развивается медленнее, чем при пероральном применении

Раздел 7. Клиническая фармакология средств, применяемых в кардиологии. Клиническая фармакология лекарственных средств, влияющих на агрегатное состояние крови.

010. К альфа-, бета-адреноблокаторам относится:

- a) Лабеталол**
- b) Метопролол
- c) Фенигидин
- d) Верапамил

011. К ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента относятся:

- a) Фозиноприл

- b) Моэксиприл
- c) Лизиноприл
- d) **Все вышеперечисленные**

012.К периферическим вазодилататорам, донаторам окиси азота, относится:

- a) Дибазол
- b) Магния сульфат
- c) **Натрия нитропруссид**
- d) Спиринолактон

013.Укажите синтетический адреномиметик, повышающий тонус периферических сосудов:

- a) Адреналина гидрохлорид
- b) Норадреналина гидротартрат
- c) **Фенилэфрин (Мезатон)**
- d) Ангиотензинамид

014.Для терапии ишемической болезни сердца используются препараты, которые:

- a) Улучшают коронарный кровоток
- b) Уменьшают потребность миокарда в кислороде
- c) Улучшают энергетические процессы в кардиомиоцитах
- d) **Все вышеперечисленное**

015. Препараты из группы органических нитратов оказывают антиангинальное действие вследствие:

- a) уменьшения работы сердца вследствие прямого кардиодепрессивного действия и снижения потребности миокарда в кислороде
- b) расширения коронарных сосудов и увеличения доставки кислорода к кардиомиоцитам
- c) уменьшения работы сердца из-за снижения постнагрузки и потребности миокарда в кислороде
- d) **уменьшения работы сердца из-за снижения преднагрузки и потребности миокарда в кислороде, а также увеличения доставки кислорода к кардиомиоцитам**

016.Препараты из группы бета-адреноблокаторов оказывают антиангинальное действие вследствие:

- a) **уменьшения работы сердца вследствие прямого кардиодепрессивного действия и снижения потребности миокарда в кислороде**
- b) расширения коронарных сосудов и увеличения доставки кислорода к кардиомиоцитам

- c) уменьшения работы сердца из-за снижения постнагрузки и потребности миокарда в кислороде
- d) уменьшения работы сердца из-за снижения преднагрузки и потребности миокарда в кислороде

017. Блокатор кальциевых каналов фенигидин реализует антиангинальный эффект вследствие:

- a) уменьшения работы сердца из-за снижения постнагрузки и потребности миокарда в кислороде, а также увеличения доставки кислорода к кардиомиоцитам
- b) уменьшения работы сердца вследствие прямого кардиодепрессивного действия и снижения потребности миокарда в кислороде
- c) уменьшения работы сердца из-за снижения преднагрузки и потребности миокарда в кислороде
- d) рефлекторного расширения коронарных сосудов и увеличения доставки кислорода к кардиомиоцитам

018. Эффект нитроглицерина после однократного приема продолжается:

- a) 5-10 минут
- b) 15-20 минут
- c) около 30 минут
- d) около 1 часа

019. Для нитроглицерина, наряду с антиангинальным, характерны следующие эффекты:

- a) головные боли, снижение АД, тахикардия
- b) брадикардия, снижение АД, головные боли
- c) возбуждение, боль в горле, мышечная дрожь
- d) заторможенность, парестезии, покраснение лица

020. К бета-адреноблокаторам неизбирательного действия, применяемым при стенокардии, относят:

- a) Метопролол
- b) **Пропранолол**
- c) Атенолол
- d) Бисопролол

021. Укажите, фармакодинамические эффекты гепарина:

- a) Непрямое противосвертывающее действие
- b) **Прямое противосвертывающее действие**
- c) Фибринолитическое (прямое) действие
- d) Непрямое прокоагулянтное действие

022. Нейтрализация гепарина в организме осуществляется:

- a) Антитромбином III
- b) Кофактором гепарина II
- c) Микросомальными ферментами печени**
- d) Белками из активированных тромбоцитов, тромбоцитарный фактор IV, тромбоспондин

023. Укажите, какой из перечисленных прямых антикоагулянтов дают меньше побочных эффектов:

- a) Гепаринат натрия
- b) Гепаринат кальция
- c) Эноксапарин**

024. Отметить правильное утверждение – I группа «истинных» антиаритмиков это:

- a) Средства, блокирующие кальциевые каналы
- b) Средства, блокирующие калиевые каналы
- c) Средства, угнетающие адренергические влияния на сердце
- d) Мембраностабилизирующие средства**

025. Отметить правильное утверждение – II группа «истинных» антиаритмиков это:

- a) Средства, блокирующие кальциевые каналы
- b) Средства, блокирующие калиевые каналы
- c) Средства, угнетающие адренергические влияния на сердце**
- d) Мембраностабилизирующие средства

026. Укажите средство для устранения атриовентрикулярной блокады:

- a) Анаприлин
- b) Лидокаин
- c) Амiodарон
- d) Атропин**

027. К кардиотоническим средствам относят препараты:

- a) Активирующие сосудодвигательный центр
- b) Снижающие сократительную активность миокарда
- c) Усиливающие сократительную активность миокарда**
- d) Все вышеперечисленное верно

028. К кардиотоникам гликозидного строения относят все препараты, кроме:

- a) Целанид
- b) Строфантин К
- c) Амринон**
- d) Дигитоксин

029. Негликозидным кардиотоником является:

- a) Дигоксин
- b) **Добутамин**
- c) Коргликон
- d) Мезатон

030. Наиболее выраженным положительным инотропным действием обладает следующий сердечный гликозид:

- a) Дигитоксин
- b) Целанид
- c) Дигоксин
- d) **Строфантин**

031. Наилучшей всасываемостью из ЖКТ характеризуется:

- a) Строфантин
- b) Коргликон
- c) Дигоксин
- d) **Дигитоксин**

032. Основная задача при терапии атеросклероза состоит в:

- a) Снижении содержания липопротеидов высокой плотности
- b) Повышении содержания липопротеидов низкой плотности
- c) Повышении в плазме крови содержания хиломикронов
- d) **Снижении в плазме крови атерогенных липопротеидов**

033. Указать основной механизм гиполипидемического действия статинов:

- a) **Угнетают синтез холестерина в печени**
- b) Повышают активность липопротеинлипазы
- c) Обладают антибрадикининовой активностью
- d) Связывают в кишечнике желчные кислоты

Раздел 8. «Клиническая фармакология средств, применяемых при заболеваниях органов дыхания»

034. Укажите противокашлевое средство, которое благодаря местно-анестезирующему эффекту, уменьшает чувствительность кашлевых рецепторов:

- a) Кодеина фосфат
- b) Бромгексин
- c) Глауцина гидрохлорид
- d) **Либексин**

035. Укажите бета₂ - агонист длительного действия

- a) Сальбутамол
- b) Тиотропия бромид
- c) **Кленбутерол**
- d) Будесонид

36. В основе терапевтического эффекта глюкокортикостероидов при бронхиальной астме лежит

- a) Бронхолитический эффект
- b) **Противовоспалительный эффект**
- c) Уменьшение высвобождения гистамина
- d) Кардиотонический

37. Серетид мультидиск содержит в своем составе

- a) Интал и беротек
- b) Сальбутамол
- c) Беротек и атровент
- d) **Салметерол и флутиказон**

38. Беродуал содержит в своем составе:

- a) Интал и беротек
- b) Интал и сальбутамол
- c) **Фенотерол и ипротропий бромид**
- d) Ипротропий бромид и интал

39. В одной ингаляции серетида-мультидиска сколько содержится сальметерола?

- a) **50 мкг препарата**
- b) 150 мкг препарата
- c) 250 мкг препарата
- d) 500 мкг препарата

40. В одной ингаляции симбикорта турбухайлера сколько содержится будесонида?

- a) 50 мкг препарата
- b) **160 мкг препарата**
- c) 200 мкг препарата
- d) 250 мкг препарата

41. В одной ингаляции беротека содержится:

- a) 50 мкг препарата
- b) 100 мкг препарата**
- c) 300 мкг препарата
- d) 250 мкг препарата

42. В одной ингаляции сальбутамола содержится:

- a) **100 мкг препарата**
- b) 200 мкг препарата
- c) 300 мкг препарата
- d) 250 мкг препарата

43. К средствам первой неотложной помощи при остром приступе бронхиальной астмы относятся

- a) Симбикорт
- b) Будесонид
- c) Сальбутамол**
- d) Тиотропия бромид

44. Среди указанных ниже препаратов к холинолитикам относятся

- a) Фенотерол
- b) Ипратропия бромид**
- c) Флунизолид
- d) Сальбутамол

45. К побочным эффектам селективных β_2 -симпатомиметиков относятся

- a) Сухость во рту
- b) Тахикардия**
- c) Тремор**
- d) Бессонница

46. Среди указанных ниже препаратов к селективным β_2 -симпатомиметикам относятся

- a) Эпинефрин (Адреналин)
- b) Изопреналин
- c) Эфедрин гидрохлорид
- d) Сальбутамол**

Раздел 9. «Клиническая фармакология средств, применяемых при ревматических болезнях»

047. Укажите какие механизмы лежат в основе противовоспалительного действия НПВП:

- a) Повышение иммунологической реактивности организма
- b) Уменьшение адгезии и агрегации тромбоцитов, подавление активности свертывающей системы крови
- c) Специфическое противовоспалительное действие
- d) Неспецифическое противовоспалительное действие**

048. ГК продуцируются:

- a) Бета-клетками поджелудочной железы
- b) Гландулоцитами яичек
- c) **Корой надпочечников**
- d) Мозговым слоем надпочечников

Раздел 10. «Клиническая фармакология средств, применяемых при заболеваниях органов пищеварения»

049. Что подразумевается под понятием «антацидные средства»:

- a) Средства, угнетающие секрецию HCl париетальными клетками желудка
- b) **Основания, вступающие в химическую реакцию с HCl и нейтрализующие ее**
- c) Средства, создающие механическую защиту слизистой оболочке желудка
- d) Средства, усиливающие образование

Раздел 14. «Клиническая фармакология противомикробных, противовирусных, противопаразитарных, противогрибковых, противоглистных средств».

050. К основным принципам антибиотикотерапии относятся следующие:

- a) Антибактериальный препарат следует назначать с учетом чувствительности возбудителя заболевания
- b) Лечение антибактериальными препаратами следует начинать как можно раньше после начала заболевания
- c) Дозу антибактериального препарата следует назначать, учитывая тяжесть заболевания у конкретного больного
- d) Все вышеперечисленное**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
Проверяемые компетенции ПК-7

Задача № 1

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Ответы на вопросы:

1. Поставить диагноз - ***ИБС: инфаркт миокарда.***
2. Провести дифференциальную диагностику - ***со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.***
3. Наметить план обследования - ***План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.***
4. Наметить план лечения - ***Купирование болевого синдрома – наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.***

Результаты дополнительного обследования:

ЭКГ: картина острого инфаркта миокарда.

1. Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$, лейкоциты – $10,5 \times 10^9$, э. – 0, п. – 6, сегм. – 65, л. – 22, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.
2. Свертываемость крови – 3 мин.
3. ПТИ – 100%.
4. СРБ+, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 26 Е/л, АЛТ – 18 Е/л.
5. Рентгенография – прилагается.

Задача № 2

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96

уд. 1 мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.

Ответы на вопросы:

1. Поставьте диагноз- ***ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.***
2. Проведите дифференциальную диагностику- ***Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.***
3. Наметьте план дообследования-***План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.***
4. Назначьте лечение-***Купирование болевого синдрома – наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений***

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л.
3. Свертываемость крови – 3 мин.
4. ПТИ – 100%.
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э.– 1, п. – 2, сегм.– 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч.
6. Рентгенограмма – прилагается.

Задача № 3

Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности). Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД –

150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 уд.1 мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд.1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Ответы на вопросы:

1. Установить предварительный диагноз- **ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).**
2. Наметить план дообследования больного - **План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.**
3. Провести дифференциальную диагностику- **Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.**
4. Определить тактику лечения- **Основная задача – снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1-й группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен), электростимуляция. В противорецидивной терапии: амиодарон, β -блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств. Лечение ИБС – антихолестеринемические препараты, диета.**

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.
2. ЭХО-КС – небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см).
3. Кровь на холестерин –7,6 ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин.
4. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки.
5. Общий анализ мочи – уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр.
6. Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.
7. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, л. – $6,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 6 мм/ч.

Задача №4

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал. Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание,

хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд.1 мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 92 уд.1мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Ответы на вопросы:

1. Установить предварительный диагноз- **Гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.**
2. Наметить план обследования- **ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.**
3. Провести дифференциальную диагностику- **Исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).**
4. Определить тактику лечения- **Терапия гипертензивного криза; терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, диуретики, b- блокаторы, седативные). Контроль АД. Кардиоселективные b-блокаторы, антагонисты кальция, диуретики, ингибиторы АПФ.**

Результаты дополнительного обследования:

1. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс – II.
3. Анализ мочи – уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. – $6,0 \times 10^9$ /л, ц.п. – 0,9; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

Задача № 5.

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Ответы на вопросы:

1. Поставить диагноз - **ИБС: инфаркт миокарда.**
2. Провести дифференциальную диагностику- **Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.**
3. Наметить план обследования- **Общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.**
4. Наметить план лечения- **Купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.**

Результаты дополнительного обследования:

- 1.Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9$, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.
- 2.Свертываемость крови - 3 мин.
- 3.ПТИ - 100 %.
- 4.СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.
- 5.Рентгенография - прилагается.

Задача № 6

Пациент, 26 лет, в связи с головной болью утром принял таблетку спазмалгона. Через 4 часа появились высыпания на коже волдырного характера, отек век и верхней губы. В анамнезе – крапивница на прием аспирина в детстве. А./ Д- 120/180, Ps – 72.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Острая крапивница, ангиотек.**
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи- **Неотложная помощь: отмена препарата, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности-короткий курс системных ГК.**
3. Назначьте необходимое обследование - **Обследование у аллерголога (специфические IgE с НПВП).**
- 4.Определите профилактические мероприятия- **Исключить применение НПВП.**
5. Каков прогноз данного заболевания? -**Благоприятный.**

Задача № 7

Пациенту, 40 лет, после травмы (царапина глубокая нижней конечности) было введено 3мл противостолбнячной сыворотки. Через 9 дней появилась сыпь уртикарного характера, температура 38, 5, боли в суставах, увеличение регионарных лимфатических узлов.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Сывороточная болезнь.**
2. Определите тактику лечения - **Системные ГК, антигистаминные препараты.**
3. Дальнейшая тактика ведения данного больного - **Наблюдение врача-аллерголога с последующим обследованием.**
4. Определите профилактические мероприятия- **Исключить введение препаратов на основе лошадиной сыворотки, назначение их только по жизненным показаниям.**
5. Каков прогноз данного заболевания?- **Благоприятный**

Задача № 8

22-летний мужчина, у которого чихание, заложенность носа и ринорея отмечаются ежегодно на протяжении 25 суток подряд, иногда просыпается ночью из-за симптомов аллергии: назальные симптомы, зуд в области шеи и подбородка, тяжесть в груди.

Ответы на вопросы:

1. Как следует определить течение его заболевания согласно рекомендациям ARIA («Аллергический ринит и его влияние на астму» - (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)) - легкое интермиттирующее или умеренное либо тяжелое интермиттирующее?- **Умеренное либо тяжелое интермиттирующее. Поскольку симптомы заболевания оказывают негативное влияние на сон и повседневную деятельность пациента, их следует считать умеренными либо тяжелыми. Однако поскольку симптомы присутствуют на протяжении менее чем четырех недель в году, они являются интермиттирующими, а не упорными.**
2. Опасность каких осложнений появляется при длительных назальных симптомах?- **Пациенты должны быть осведомлены о возможных осложнениях аллергического ринита в виде синусита, среднего отита итакже возможном присоединении бронхиальной астмы.**
3. Какое наблюдение требуется для этого пациента? - **Пациенту необходимо наблюдение аллерголога для динамической оценки и коррекции базисной терапии.**
4. Какое дополнительное обследование требуется для этого пациента? - **Проведение спирометрической пробы для определения секундного объема форсированного выдоха и форсированной жизненной емкости легких.**
5. Какие виды обследования должен назначить врач-аллерголог? - **Обязательные аллергологические исследования -Кожные тесты с атопическими аллергенами; дополнительные аллергологические и иммунологические исследования - определение уровня аллергенспецифических IgE антител в сыворотке крови; провокационные назальные тесты с атопическими аллергенами. Окончательный диагноз выставляют только после сопоставления результатов обследования с данными анамнеза заболевания.**

Задача № 9

12-летний мальчик пришёл на повторный прием после четырехнедельного пробного курса интраназального кортикостероида, который был назначен ему для лечения упорных симптомов аллергического ринита. Хотя ребенок выполняет все указания и применяет препарат правильно, у него по-прежнему отмечается зуд в носу.

Ответы на вопросы:

1. Какую лекарственную стратегию лучше всего применить далее? - ***Начать терапию интраназальным антигистаминным препаратом. Добавление интраназальной антигистаминной терапии к терапии интраназальным кортикостероидом представляется обоснованным на данном этапе и может дать положительный эффект. Рассмотреть возможность назначения антигистаминных препаратов per os второго поколения.***
2. Какие вопросы по рациональному режиму следует задать пациенту и родителям? - ***Необходимо выяснить соблюдается ли в полной мере элиминационный режим в доме по бытовой пыли и животным.***
3. Считаете ли Вы целесообразным добавить к терапии интраназальным кортикостероидом терапию блокатором лейкотриеновых рецепторов? - ***Данные клинических исследований, свидетельствующие о том, что добавление блокатора лейкотриеновых рецепторов к терапии интраназальным кортикостероидом обеспечивает дополнительное облегчение симптомов в таких случаях, отсутствуют.***
4. Что является патогенетическим методом терапии аллергического ринита при длительно непроходящих симптомах? - ***АСИТ-один из основных методов патогенетического лечения аллергических заболеваний, связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергии.***
5. На каком этапе диагностики следует провести аллергологическое кожное тестирование? - ***Аллергологическое кожное тестирование проводится в период ремиссии после сбора аллергологического и общеклинического анамнеза и объективного осмотра.***

Задача №10

24-летняя некурящая студентка, проживающая в деревянном одноэтажном доме, обратилась к участковому терапевту с жалобой на хронический непродуктивный кашель, который продолжается в течение года. Она сообщила, что кашель обычно усиливается при физической нагрузке и заставляет ее просыпаться ночью несколько раз в неделю. Другие симптомы отсутствуют. Больная не принимает никаких лекарств, кроме перорального гормонального контрацептива. В анамнезе у пациентки синдром раздраженного кишечника и детская экзема. По результатам обследования сердечно-сосудистой системы патологических изменений не выявлено. По результатам респираторного исследования (Пикфлоуметрии) максимальная скорость выдоха (МСВ) составляет 480 л/с (при прогнозируемом значении 490 л/с). Проведена

спирометрическая проба. Секундный объем форсированного выдоха и форсированная жизненная емкость легких составили, соответственно, 3,1 и 3,7 литра (при прогнозируемых значениях 3,3 и 3,8 литра, соответственно).

Ответы на вопросы:

1. Какой диагноз, по Вашему мнению, наиболее вероятен? - **Наиболее вероятный диагноз, объясняющий наличие хронического кашля, — бронхиальная астма. Наличие в анамнезе у пациентки экземы свидетельствует о тенденции к аллергии, а ночная симптоматика и связь кашля с физической нагрузкой характерны для астмы.**
2. К каким специалистам необходимо направить пациентку? - **Пациента необходимо направить к аллергологу и пульмонологу.**
3. Какие дополнительные исследования должен выполнить аллерголог в данном случае? - **Необходимо провести спирометрию с бронхолитическим тестом, аллергологическое обследование.**
4. На какие виды аллергенов следует обследовать данную пациентку? - **Пациентку необходимо обследовать на домашнюю пыль, клещей домашней пыли, перо подушки, плесневые аллергены, на шерсть животных (при наличии животных в доме).**
5. Какое лечение следует назначить пациентке? - **Первоначально следует назначить ингаляционный кортикостероид в малой или средней дозе (от 400 до 800 мкг/сутки).**

Задача № 11

На прием пришел 64-летний некурящий пациент, который жалуется на сухой кашель, продолжающийся в течение трех месяцев. Результаты рентгенографического исследования легких и спирометрии в пределах нормы. Аллергологический анамнез без особенностей. Из анамнеза выяснено, что три с половиной месяца назад после перенесенного инфаркта миокарда этот больной начал принимать рамиприл.

Ответы на вопросы:

1. К какой фармакологической группе относится препарат рамиприл? - **Рамиприл относится к ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента.**
2. Какие меры Вы считаете целесообразными в данном случае? - **Отмена терапии рамиприлом и подбора рациональной терапии. При подозрении на то, что кашель вызван приемом ингибитора АПФ, следует отменить терапию ингибитором АПФ и рассмотреть вопрос о назначении терапии препаратом другого класса, например антагонистом рецепторов ангиотензина II).**
3. К какой группе НПР (нежелательных побочных реакций) относится сухой кашель при приеме препаратов И-АПФ? - **Принимая во внимание**

классификацию ВОЗ, сухой кашель при приеме препаратов И -АПФ относится к Типу-А.

4. Нуждается ли данный пациент в дальнейшем аллергологическом обследовании? - **Данный пациент не нуждается в дальнейшем аллергологическом обследовании.**

5. Через какое время следует ожидать улучшения состояния пациента? - **После отмены ингибиторов АПФ симптомы обычно проходят в течении 2-4 недель, но иногда процесс нормализации состояния затягивается до трех месяцев.**

Задача № 12

У 30-летней женщины с atopической бронхиальной астмой (БА) отмечается выделение мокроты с коричневыми включениями. Эти симптомы сохраняются на протяжении девяти недель. Поскольку стандартное лечение не дает эффекта, пациентка направлена на рентгенографию легких. По данным рентгенографии выявлен инфильтрат в левом легком. По данным общего анализа крови выявлена эозинофилия. Обнаруживается повышенный уровень IgE. По результатам МСКТ- исследования выявлена небольшая бронхоэктазия центральной локализации.

Ответы на вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен? Аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) или острая эозинофильная пневмония? - **Наиболее вероятный диагноз: Аллергический бронхолегочный аспергиллез.**

Аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) является одной из частых причин эозинофильной пневмонии у больных бронхиальной астмой. Аллергическим бронхолегочным аспергиллёзом чаще заболевают больные atopической бронхиальной астмой в возрасте 20–30 лет. Обострения бронхиальной астмы наступают в осенне-зимний период и сопровождаются кашлем с продукцией бесцветной мокроты, иногда с твердыми желтовато-коричневыми сгустками. На МСКТ выявляются бронхоэктазы с наличием или без скопления секрета в расширенных бронхах, расположенные преимущественно в центральных и верхних отделах легких.

2. Что можно ожидать при проведении определения специфических антител на грибки? - **При обследовании выявляются специфические IgE и IgG антитела к *Aspergillus fumigatus*.**

3. Какие показатели общего IgE и эозинофилии периферической крови наиболее характерны для аллергического бронхолегочного аспергиллёза? - **При аллергическом бронхолегочном аспергиллёзе общий IgE более 1000 МЕ/мл и эозинофилия более 20%.**

4. Какова встречаемость аллергического бронхолегочного аспергиллёза при бронхиальной астме? - **Встречаемость аллергического бронхолегочного аспергиллёза при бронхиальной астме-1-2%.**

5. Какими препаратами проводится лечение аллергического бронхолегочного

аспергиллёза? - **Лечение проводят преднизолоном (30–45 мг / сутки), итраконазолом, другими противоастматическими препаратами. Успех лечения и благоприятный прогноз оцениваются по непрерывному падению уровня общего IgE сыворотки.**

Задача № 13

Пациент А., 30 лет, обратился с жалобами на приступообразное чихание, обильные выделения из носа, заложенность носа, зуд глаз, слезотечение. Хуже себя чувствует дома, после сна, улучшение на улице. Болен с июля месяца, когда на фоне полного здоровья появились вышеописанные жалобы. Перенесенные заболевания: ЧМТ (2 года назад). Курит в течении 10 лет по 6-10 сигарет в день. Лекарственной непереносимости нет.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Круглогодичный аллергический ринит, конъюнктивит. Бытовая сенсibilизация.**
2. Определите дальнейшую тактику ведения пациента- **Назначение антигистаминных препаратов и интраназальных ГК на период обострения. Проведение кожного тестирования в период ремиссии заболевания на фоне отмены антигистаминных препаратов.**
3. Определите возможность осложнения- **Возможен дебют атопической бронхиальной астмы при отсутствии своевременной терапии.**
4. Назовите дополнительные исследования- **ИФА крови на специфические IgE антитела с бытовыми и эпидермальными аллергенами, ринопаннограмма.**
5. Определите профилактические мероприятия - **Профилактические мероприятия: элиминационные мероприятия (гипоаллергенный быт).**

Задача №14

Пациентка Л, 22 года, студентка обратилась с жалобами на заложенность носа, чихание, обильные выделения из носа слизистого характера, кашель приступообразный с отхождением небольшого количества светлой мокроты. В ночное время просыпается от чувства нехватки воздуха, сдавления в груди, тяжело сделать выдох, сама слышит свисты и клочкотание в груди. Вышеописанные жалобы появились около 4-х месяцев назад. Хуже чувствует себя дома, лучше в университете. Дома живет кошка около 1 года. В детстве до 7 лет наблюдалась у аллерголога с Ds: Атопический дерматит. Пищевая сенсibilизация. Наследственность: у матери – аллергический ринит. Лекарственной, пищевой непереносимости нет.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Атопическая бронхиальная астма, впервые выявленная, обострение.**
2. Дальнейшая тактика ведения пациентки- **Проведение исследования ФВД с бронхолитиком для уточнения диагноза.**

3. Профилактика приступа удушья-**Элиминация виновных аллергенов.**
4. Назначьте необходимое обследование-**Необходимо провести кожное тестирование с различными группами аллергенов.**
5. В чем заключается базисная терапия? - **Базисная терапия заключается в назначении ингаляционных ГК.**

Задача №15

Пациентка Б., 29 лет обратилась с жалобами на заложенность носа, чихание, выделения из носа слизистого характера, зуд глаз, сухой кашель в период с конца апреля по июнь. Такие же симптомы возникают в любое время года при уборке в квартире. Больной себя считает с 2020 года. Симптомы появились после родов. При употреблении яблок, вишни, персиков возникает зуд во рту, в ушах, зуд глаз. Наследственность не отягощена. Профессиональные вредности: работает на предприятии по производству красок.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Круглогодичный аллергический ринит, конъюнктивит. Бытовая, пылевая сенсibilизация.**
2. Дальнейшая тактика обследования пациентки- **Кожное тестирование с бытовыми, эпидермальными и пылевыми аллергенами, ИФА крови на специфические IgE-антитела с атопическими аллергенами, риноцитограмма.**
3. Определите тактику лечения- **В сезон цветения назначение симптоматической терапии (антигистаминные препараты, топические назальные ГКС), СИТ в осенне-зимний период (пылевыми или бытовыми аллергенами).**
4. Определите профилактические мероприятия- **Гипоаллергенный быт, гипоаллергенная диета с исключением перекрестных аллергенов.**
5. Определите возможные осложнения-**Развитие атопической бронхиальной астмы.**

Задача №16

Пациентка, 35 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже, сопровождающиеся сильным нестерпимым зудом, отек век, ощущение комка в горле, озноб. Высыпания появились накануне с вечера. В течение 6 дней принимала цефаклор (антибиотик цефалоспориновой группы) по поводу обострения хронического тонзиллита. В детстве реакция на пенициллин в виде сыпи на коже. При осмотре на коже туловища, конечностей обильные уртикарные элементы сливного характера, отек век, губ.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Острая крапивница, ангиоотек лекарственного генеза.**
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи-**Отмена цефаклора, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности- короткий курс системных ГК.**
3. Дальнейшая тактика ведения данной больной- **Обследование у аллерголога (специфические IgE с антибиотиками пенициллиновой и цефалоспориновой группы)**
4. Определите профилактические мероприятия- **Исключить применение пенициллинов, цефалоспоринов, карбапенемов, монобактамов.**
5. Каков прогноз данного заболевания?-**Благоприятный.**

Задача №17

Пациент В., 19 лет, обратился с жалобами на чихание, ринорею, зуд глаз, сухой кашель в период с середины июля по август. Хуже себя чувствует за городом в сухую и жаркую погоду, лучше после дождя и в помещении. Болен в течении 3-4 лет, самостоятельно принимал антигистаминные препараты с хорошим эффектом. При употреблении халвы и подсолнечного масла появляется першение в горле, кашель, зуд во рту.

Ответы на вопросы:

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз- **Сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, пыльцевая сенсibilизация (пыльца сорных трав).**
- 2.Назначьте необходимое обследование- **Сбор аллергологического анамнеза, кожное тестирование с атопическими аллергенами в период ремиссии (осенне-зимний период), специфические IgE с атопическими аллергенами, риноцитогарма.**
3. Дальнейшая тактика ведения пациента- **В сезон цветения назначение симптоматической терапии (антигистаминные препараты, топические назальные ГК), СИТ перед сезоном цветения..**
4. Определите профилактические мероприятия- **Гипоаллергенная диета с исключением перекрёстных аллергенов.**
5. Определите возможные осложнения- **Развитие атопической бронхиальной астмы.**

Задача №18

Пациентка Д., 54 года, обратилась с жалобами на приступы удушья, кашля с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке, дистанционные хрипы. Приступы купирует беродуалом до 3-4 раз в сутки. Ухудшение ранней весной (март) и осенью при контакте с прелой листвой во время садовых работ. Болеет бронхиальной астмой около 20 лет. Получает базисную терапию – серетид 50/250 мкг 2 дозы в сутки. Ранее длительное

время проживала в старом деревянном доме, где и появились первые симптомы заболевания.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Атопическая бронхиальная астма, течение средней тяжести, обострение. Круглогодичный аллергический ринит. Грибковая сенсibilизация***
2. Назначьте необходимое обследование- ***Кожное тестирование с атопическими аллергенами, ФВД, специфические IgE с эпидермальными, бытовыми и грибковыми аллергенами, риноцитограмма.***
3. Дальнейшая тактика ведения пациентки- ***Элиминационный режим, ингаляционные ГК, эндоназальные ГК.***
4. Целесообразность СИТ-. ***При выявлении причинно-значимых аллергенов, в период улучшения-СИТ (грибковыми аллергенами).***
5. Каков прогноз данного заболевания? - ***Благоприятный.***

Задача №19

Мальчик, 5 лет, жалобы на высыпания на коже, сопровождающиеся сильным зудом, отек век, губ, беспокойство, повышение температуры тела до 37,3. Вышеописанные жалобы появились остро вечером через 30 минут после ужина. Ел рыбу, картофельное пюре, чай. В младенчестве были проявления экссудативно-катарального диатеза. У матери атопическая бронхиальная астма. При осмотре уртикарные элементы сыпи на коже туловища и конечностей, отек лица.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- ***Острая крапивница, ангиоотек.***
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи- ***Гипоаллергенная диета, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности-короткий курс системных ГК.***
3. Дальнейшая тактика ведения больного- ***Обследование у аллерголога: специфические IgE-антитела с пищевыми аллергенами, кожное тестирование с пищевыми аллергенами в период ремиссии.***
4. Определите профилактические мероприятия- ***Исключить употребление в пищу рыбы и морепродуктов.***
5. Каков прогноз данного заболевания?- ***Благоприятный.***

Задача №20

Девочка, 11 лет, жалобы на отек губ, зуд в полости рта, чувство затрудненного глотания, ощущение инородного тела в горле. Симптомы возникли остро, через 15-20 мин после полоскания горла с настоем ромашки.

Симптомы ОРВИ в течение 2 дней. В анамнезе ринорея и чихание при выезде на дачу в июне месяце в течение 2 лет. К аллергологу не обращались. Наследственность: у отца сезонный аллергический ринит

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Острый ангиоотек. Сезонный аллергический ринит, пыльцевая сенсibilизация (луговые травы).**
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи-**Отмена настоя ромашки, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности-короткий курс системных ГК .**
3. Дальнейшая тактика ведения пациентки- **Обследование у аллерголога, ИФА крови на специфические IgE-антитела с пыльцевыми аллергенами, кожное тестирование с пыльцевыми аллергенами в период ремиссии (в осенне-зимний период).**
4. Определите профилактические мероприятия- **Исключить фитотерапию.**
5. Каков прогноз данного заболевания?- **Благоприятный.**

Задача № 21

В летнее время после приезда в загородную зону отдыха у мужчины 30 лет покраснели и отекли веки, появились слезотечение, насморк, осиплость голоса, першение в горле, затруднение дыхания. По возвращению домой в город указанные симптомы сохранились, хотя выраженность их стала несколько меньшей. Подобные жалобы наблюдаются ежегодно в июне и июле месяцах в течение 4-5 лет.

Ответы на вопросы:

1. Как Вы обозначите патологическое состояние, развившееся у пациента?- **Аллергическая реакция по немедленному реагиновому типу, IgE зависимый тип.**
2. Сформулируйте предварительный диагноз - **Сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, сенсibilизация к пыльце луговых трав.**
3. Как можно выявить причину, вызвавшую это состояние? - **Анамнез, скарификационные кожные пробы с пыльцевыми аллергенами, ИФА крови на специфические IgE антитела с пыльцевыми аллергенами, риноцитогарма.**
4. Какие подходы к терапии Вы предлагаете использовать в данном случае? - **Симптоматическая терапия в период обострения, аллергенспецифическая иммунотерапия виновными пыльцевыми аллергенами в осенне-зимний период.**
5. Определите профилактические мероприятия- **Гипоаллергенная диета с исключением перекрёстных аллергенов.**

Задача № 22

Больной О., 21 год, обратился к врачу 22 мая 2023 года с жалобами на слезотечение, покраснение глаз, насморк, обильное отделяемое из носа слизеобразного характера, повышение температуры тела до 37.6 градусов, утомляемость, раздражительность, бессонницу. Из анамнеза известно: ежегодно, в последние 3 года, весной появляются вышеперечисленные жалобы. Из кровных родственников – родная тетя (по материнской линии) с детства больна экзогенной бронхиальной астмой (триггеры – береза, тополь).

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, пыльцевая сенсibilизация к пыльце деревьев.**
2. Какие исследования помогут Вам подтвердить диагноз? - **Анамнез, данные объективного осмотра, кожное тестирование с небактериальными аллергенами, ИФА крови на специфические IgE антитела с пыльцевыми аллергенами, риноцитограмма.**
3. В период обострения, какие медикаментозные средства Вы порекомендуете пациенту? - **В сезон цветения назначение симптоматической терапии (антигистаминные препараты, топические назальные ГК).**
4. Какие препараты используют для профилактики обострений? - **Препараты кромоглициновой кислоты, аллергенспецифическая иммунотерапия.**
5. Каков прогноз данного заболевания? - **благоприятный.**

Задача № 23

Больная С., 48 лет, с диагнозом: Хронический пиелонефрит в фазе обострения. Артериальная гипертензия, впервые выявленная, находясь на лечении и обследовании в нефрологическом отделении, была направлена на экскреторную урографию. Пациентке ввели внутривенно раствор рентгеноконтрастного вещества. Вслед за введением препарата возникла следующая клиническая картина: головокружение, головная боль, чувство страха, беспокойство, холодный пот, одышка, ощущение стеснения в груди, приступ кашля. Одновременно появились уртикарные высыпания на коже, тахикардия, боли в животе, рвота, понос, судороги. Аллергоанамнез у данной пациентки не отягощен. Ранее исследование с рентгеноконтрастными препаратами не проводилось.

Ответы на вопросы:

1. Несмотря на многообразие клинической картины, о каком диагнозе пойдет речь? - **Побочное действие лекарственного препарата.**
2. Какие данные помогут Вам сформулировать диагноз? - **Время появления жалоб, отсутствие отягощенного аллергологического анамнеза, отсутствие информации о применении данного лекарственного препарата и его аналогов, отсутствие непереносимости препаратов,**

содержащих йод.

3. Имея какие сведения, врач уверенно включит в обследование внутривенную урографию? - **В анамнезе отсутствуют реакции на введение йода и йодсодержащих лекарственных препаратов**

4. Какой должен быть набор препаратов в процедурном кабинете, где производится инъекции лекарственных веществ? - **Глюкокортикоиды, эпинефрин(адреналин), или мезатон, или норадреналин, изотонический раствор NaCl 0,9%.**

5. Определите Вашу тактику лечения-**Эпинефрин 0,1% в середину переднелатеральной поверхности бедра в дозе 0,2 – 0,5 мл внутримышечно (при понижении А/Д), системные ГК (преднизолон 60—90 мл или дексаметазон 8-14 мг).**

Задача № 24

Больная В., 19 лет, студентка, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи». Около часа назад пациентке под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувства внутренней тревоги, слабости. Пациентке незамедлительно в стоматологическом кабинете был введен 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и 16 мг дексаметазона внутривенно, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, беспокойство, слабость. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными - кошка, собака, лошадь, и реакция в виде аллергического ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. Для выявления аллергии проводились аллергологические пробы (выявлена сенсibilизация к эпидермальным аллергенам кошки(++), собаки(+++), клеща домашней пыли(+++)). С возрастом интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергеном уменьшилась, и больная перестала наблюдаться у врачей, не лечилась; 3 месяца назад больная устроилась на новую работу продавцом в магазин бытовой химии. Через месяц у больной появился сухой кашель, который постепенно усиливался, пятнистые высыпания на коже. Самостоятельно принимала антигистаминные препараты в течение 7 дней – с некоторым положительным эффектом в виде регресса кожной сыпи. Семейный анамнез: у отца - бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей. При осмотре: состояние больной средней тяжести, возбуждена. Беспокоит чувство жара в теле, шум в ушах, непродуктивный кашель. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы, слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации

грудная клетка безболезненна; ЧД - 26 уд/мин. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 130 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 90/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба – 120/80 мм рт. ст.). Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, лейкоциты - 7800, эозинофилы - 10%, палочкоядерные нейтрофилы. Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в 1 минуту. PQ 0,12 мс, QRS 0,08 мс.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Анафилактический шок развивается по I типу аллергической реакции (аллергическая реакция немедленного типа) как острая системная реакция сенсibilизированного организма на повторный контакт с аллергеном (реагиновый, IgE-опосредованный тип аллергической реакции).***
2. Каковы механизмы развития патологических реакций при анафилактическом шоке? - ***Глюкокортикоиды, эпинефрин(адреналин), или мезатон, или норадреналин, изотонический раствор NaCl 0,9%.***
3. Перечислите признаки, характерные для данной степени тяжести анафилактического шока - ***Степень тяжести анафилактического шока определяется выраженностью гемодинамических нарушений. Для I степени характерно незначительное нарушение гемодинамики. АД бывает ниже нормы на 30—40 мм рт.ст. Заболевание может начинаться с появления предвестников: высыпаний, першения в горле и др. Больной находится в сознании, возможны беспокойство, возбуждение, депрессия, страх смерти. Могут возникать жалобы на чувство жара, боли за грудиной, шум в ушах. Иногда отмечаются другие проявления анафилаксии: крапивница, ангиоотёк, кашель и др. Анафилактический шок I степени тяжести легко поддаётся противошоковой терапии.***
4. Какова цель назначения глюкокортикостероидов при анафилактическом шоке? - ***Глюкокортикоиды при анафилактическом шоке вводят для быстрого купирования анафилаксии, отеков различных локализаций, бронхообструктивного синдрома, и уменьшения выраженности симптомов повторных волн анафилактической реакции.***

Задача № 25

Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение 17 июня 2023 г. бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Со слов знакомых, в парке у

пациента через минуту после укуса осы появились резкая слабость, бледность, судороги, а затем потеря сознания. Бригадой «скорой помощи» было введено подкожно 0,5 мл 0,1% адреналина, 16 мг дексаметазона внутривенно. Пациент в сознание не приходил, АД 40/0 мм рт.ст., пульс нитевидный. Сбор анамнеза, в том числе аллергологического невозможен ввиду тяжести состояния больного. При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, влажные. Дыхание частое, поверхностное, ЧД - 30 в 1 мин. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ослаблены, аритмичны. Пульс аритмичный, 150 уд/мин, нитевидный; АД - 30/0 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. В области шеи слева след от укуса насекомого.

Анализ крови: НЬ - 160 г/л, лейкоциты - 8000, эозинофилы - 6%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч. Газовый состав крови pO_2 - 55 мм; pCO_2 - 45 мм.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - Анафилактический шок на укус осы, III степени тяжести.
2. Дайте характеристику степени тяжести анафилактического шока - ***Степень тяжести анафилактического шока определяется выраженностью гемодинамических нарушений. Для III степени характерно наличие тяжелой симптоматики, судорожного синдрома. Систолическое АД составляет 60–40 мм рт.ст., диастолическое АД может не определяться. Характерны цианоз губ, мидриаз. Пульс неправильный, нитевидный. Проводимая противошоковая терапия малоэффективна.***
3. Перечислите план необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Каков прогноз? - ***Госпитализация в отделение интенсивной терапии, продолжить противошоковую терапию (эпинефрин, преднизолон, допамин, коллоидные, кристаллоидные растворы, мониторинг). Прогноз неблагоприятный, особенно при наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний.***
4. Составьте дифференциально-диагностический ряд - ***Дифференциальную диагностику проводят со всеми осторазвивающимися заболеваниями, сопровождающимися артериальной гипотензией, нарушениями дыхания и сознания: острой сердечно-сосудистой недостаточностью, септическим, кардиогенным шоком, инфарктом миокарда, тромбоэмболиями легочной артерии, обмороками, эпилепсией, тепловыми и солнечными ударами, гипогликемией, гиповолемией, передозировкой гипотензивных и других препаратов, аспирацией и др.***
5. Каков механизм развития анафилактического шока? Перечислите основные звенья патогенеза - ***Анафилактический шок развивается по I типу аллергических реакций как острая системная реакция***

сенсibilизированного организма на повторный контакт с аллергеном. Взаимодействие аллергенов с IgE (реже с IgG4), фиксированными на поверхности тучных клеток и базофилов, приводит к выделению из этих клеток медиаторов аллергии: гистамина, серотонина и других.

Задача № 26

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом достигался эффект. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс., с/я - 63%, лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч. В анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ1 - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

Ответы на вопросы:

1. Какой основной синдром можно сформулировать на основании жалоб пациентки? - *Анализируя жалобы пациентки на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и приступы удушья, можно выделить основной клинический синдром – бронхообструктивный.*
2. Сформулируйте предварительный диагноз - *Бронхиальная астма, впервые выявленная, тяжелое течение, в фазе обострения. Эмфизема легких. ДН II ст. Хронический полипозный риносинусит (полипотомиа в анамнезе). Круглогодичный аллергический ринит.*
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи- *Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, больной целесообразно назначить небулайзерную терапию: ингаляционные глюкокортикоиды (пульмикорт) в сочетании с (бета2-агонистами короткого действия (вентолин). Необходимо также назначить муколитики (амброксол через небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно также назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).*
4. В чем заключается базисная терапия? - *После купирования обострения заболевания пациентке необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикоидами в сочетании с пролонгированными бета2-агонистами. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии.*
5. Какое обследование необходимо в дальнейшем провести у данной пациентки? - *После достижения ремиссии заболевания необходимо провести специфическое обследование с различными группами аллергенов.*

Задача № 27

Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного имеется атопический дерматит. Трехлетний сын больного страдает атопическим дерматитом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены реакция в виде ангиоотека на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в

минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн, п/я - 3%, с/я - 64%, эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч
В анализе мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ1 - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%. Проведенная ФВД выявляет признаки выраженной бронхиальной обструкции (ОФВ1 - 53%, что подтверждает наличие тяжелой бронхиальной астмы), а изменения показателей ОФВ1 после ингаляции бронхолитика (>15%) - обратимость бронхиальной обструкции.

Ответы на вопросы;

1. Какой основной синдром можно сформулировать на основании жалоб пациента? - *Анализируя жалобы пациента на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и приступы удушья, можно выделить основной клинический синдром – бронхообструктивный.*
2. Сформулируйте предварительный диагноз- *Бронхиальная астма, впервые выявленная, тяжелое течение, в фазе обострения. Эмфизема легких, ДН II ст. Для постановки диагноза имеются следующие основные диагностические критерии: наличие приступов удушья, сопровождающихся появлением свистящих хрипов, генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (по данным ФВД), наличие эозинофилов в мокроте, а также отсутствие других заболеваний, имеющих схожую клиническую симптоматику. Есть и дополнительные критерии заболевания: клиничко-аллергологический анамнез, отягощенная наследственность, эозинофилия крови.*
3. Назначьте лечение и обоснуйте его – *Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, пациенту целесообразно назначить небулайзерную терапию: бета2-адреномиметики короткого действия (вентолин), ингаляционные глюкокортикостероиды (пультмикорт). Необходимо также назначить муколитики (амброксол через небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).*
4. Определите план обследования- *После достижения ремиссии заболевания нужно провести аллергологическое обследование для выявления наиболее значимых аллергенов.*
5. В чем заключается базисная терапия? - *После купирования обострения заболевания пациенту необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами в сочетании с пролонгированными бета2-агонистами. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой*

скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии

Задача №28

Больной М, 34 лет, обратился на приём по поводу округлых высыпаний, возвышающихся над поверхностью кожи, сопровождающихся выраженным зудом. Появление сыпи связывает с употреблением сухого вина и жареного мяса, около 2 недель назад по назначению участкового врача принимал супрастин без эффекта. Появились свежие элементы сыпи на других участках тела.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Острая крапивница.***
2. Определите Вашу тактику лечения - ***Гипоаллергенная диета.***
Антигистаминный препарат 1 или 2 поколения.
3. Сформулируйте план обследования больного - ***Обследования желудочно-кишечного тракта (ФГДС, УЗИ ГБС, обследование на гельминтозы, хеликобактерии, дисбактериоз).***
4. Определите возможные осложнения - ***Переход в хроническую форму.***
5. Определите профилактические мероприятия - ***Соблюдение гипоаллергенной диеты, лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта.***

Задача №29

У больной Б., 52 лет, отмечаются последние 2 года приступы экспираторного удушья, сопровождающиеся дистанционными хрипами при выходе на холод, при физической нагрузке, приеме цитрусовых в больших количествах. Симптомы возникают ежедневно. Аллергоanamнез не отягощен. Обращает внимание заложенность носовых ходов, гнусавость голос. При аускультации легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки патологии не выявлено. Прирост ОФВ₁ в пробе с бронхолитиком составил 20%. По данным ЭКГ, ЭхоКГ патологии не выявлено. Кожные пробы со стандартным набором аллергенов отрицательны.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Бронхиальная астма, впервые выявленная, обострение.***
2. Назначьте план обследования - ***Пациентке рекомендуется кожное тестирование с основными группами аллергенов в период ремиссии заболевания.***
3. Назначьте лечение - ***Тактика лечения: учитывая период обострения, пациентке необходимо назначить небулайзерную терапию (бета2-адреномиметики, глюкокортикостероиды, муколитики).***
4. В чем заключается базисная терапия? - ***Назначить негалакционные ГК.***
5. Какие дополнительные исследования можно провести? - ***Можно провести ИФА крови на специфические IgE антитела с основными группами аллергенов, риноцитогамму.***

Задача №30

Больной С. 32 лет, страдает хронической алкогольной зависимостью, доставлен в ЛОР-отделение больницы в тяжелом состоянии с диагнозом «паратонзиллярный абсцесс». Заболел остро 2 дня тому назад, когда появилась сильная боль в горле, слабость, температура тела с ознобом повысилась до 38,5°C. Занимался самолечением, полоскал горло водкой, принимал аспирин, анальгин по 2 таблетки в сутки – без эффекта. На 2-й день болезни температура стала еще выше – 39,6°C, заметил увеличение шеи. Сегодня чувствует себя еще хуже, стало трудно глотать, появились выделения из носа, отек шеи увеличился, голос стал сдавленным. Из-за выраженной слабости, одышки не смог идти в поликлинику, вызвал врача, который и направил больного в ЛОР-отделение. При осмотре: общее состояние тяжелое, температура 39,4°C. Отек подкожной клетчатки шеи с двух сторон, распространяющийся ниже ключицы. Слизистая оболочка ротоглотки отечна, миндалины почти полностью смыкаются, покрыты налетом серо-белого цвета, распространяющимся на небные дужки и язычок. Пограничная слизистая оболочка гиперемирована, с цианотичным оттенком. Из носа слизистогнойные выделения. Кожа в области носовых ходов мацерирована, на носовой перегородке сероватая пленка. ЧСС 110 в минуту. Одышка - ЧДД 26 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст.

Ответы на вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его - *Комбинированная дифтерия ротоглотки и носа, токсическая III степени.*

Обоснование диагноза: острое начало с озноба, высокой лихорадки, боли в горле при глотании, отёк слизистой оболочки, характер налёта на миндалинах, переходящего на соседние ткани, умеренная гиперемия слизистой оболочки с цианотичным оттенком в зоне, граничащей с налётом, отёк шейной клетчатки до уровня ключиц, появившийся на 2-й день болезни, тахикардия, гипертония, наличие пленки на слизистой оболочке носа, мацерация кожи в области носа.

2. Проведите дифференциальную диагностику с паратонзиллярным абсцессом - *Паратонзиллярный абсцесс возникает, обычно, в период начинающегося выздоровления после ангины. Нарастает, становится пульсирующей боль в горле, возникает тризм жевательных мышц. Характерен вид больного: лицо гиперемировано, голова наклонена в больную сторону, неподвижна. Эти явления дифтерии не свойственны.*

3. Определите тактику ведения больного - *Срочная госпитализация в инфекционное отделение. Введение противодифтерийной антитоксической сыворотки в дозе 120 тыс. МЕ по Безредке, повторить введение половинной дозы через 12 часов. Дезинтоксикационная терапия,*

кортикостероиды, антибиотики. Возможно проведение сеанса плазмафереза.

4. Какой контроль необходим в связи с возможностью развития осложнений? - Вероятно развитие тяжелой дифтерийной миокардиопатии в конце первой – начале второй недели, а позднее – осложнения со стороны ЦНС. Необходим клинический и ЭХО-КГ и ЭКГ контроль за состоянием сердечной деятельности, постельный режим. Наблюдение за состоянием почек (повторные анализы мочи). Биохимия крови в динамике (обратить внимание на кардиоспецифические ферменты). Первой задачей является исключение дифтерии гортани, учитывая сдавленный (сиплый?) голос больного, поэтому показана срочная консультация оториноларинголога.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Проверяемые компетенции ПК-7

1. Клиническая фармакология — это наука, которая занимается изучением лекарственных средств в применении к человеку, включает в себя создание и разработку новых лекарств, применимость лекарств как терапевтических средств, использование лекарств, полезные и вредные эффекты лекарств для отдельно взятых людей и для общества, а также намеренное злоупотребление лекарствами.

2. Клиническая фармакология состоит из двух основных частей: фармакологии (которая состоит из фармакокинетики и фармакодинамики) и терапевтической оценки ЛС. В последние годы этот список дополнили молекулярная фармакокинетика, клиническая фармакогенетика.

3. Классификация ЛС основана на следующих принципах: 1) лечебное применение ЛС (антиаритмические, антиангинальные и т.д.) 2) механизм или место действия: • молекулярный - блокаторы рецепторов (адреноблокаторы), ингибиторы ферментов (ангиотензинпревращающий фермент) и т.д. • молекулярная структура (гликозиды, барбитураты).

4. Фармакотерапия – учение о лечении болезней с помощью ЛС.

5. Фармакотерапия включает в себя: 1) этиотропную терапию – когда лечебное действие направлено на причину болезни; 2) патогенетическую терапию – когда лечебное действие препарата направлено на устранение или ослабление механизмов развития болезни; 3) симптоматическую терапию – когда действие препарата направлено на устранение или ослабление отдельных симптомов болезни.

6. Фармакопрофилактика – учение о предупреждении болезней с помощью ЛС. Профилактическую терапию проводят для предупреждения заболевания (вакцины, сыворотки, противовирусные средства, антисептики, дезинфицирующие препараты).

7. Клиническая фармакодинамика изучает воздействие ЛС на организм человека, а также взаимодействие различных ЛС в организме при их

одновременном назначении. Фармакодинамика исследует также влияние возраста и различных заболеваний на действие ЛС.

8. Клиническая фармакокинетика - рассматривает всасывание, распределение, метаболизм и экскрецию ЛС (реакцию организма больного на введение ЛС).

9. Терапевтическая оценка заключается в определении терапевтической ценности ЛС и способа его оптимального применения.

10. Молекулярная фармакокинетика изучает внутриклеточное распределение ЛС и их взаимодействие с клеточной стенкой и субклеточными структурами.

11. Фармакогенетика исследует роль генетических факторов в формировании ответа организма человека на введение ЛС.

12. Клиническая фармакогенетика — новое направление в клинической фармакологии, изучающее генетически детерминированные реакции больного человека на лекарственные средства, имеющие существенное клиническое значение.

13. Основные задачи клинической фармакогенетики: 1) определение роли наследственных факторов в формировании реакций организма на вводимые лекарства, в том числе неблагоприятных реакций, нередко ведущих к тяжелым последствиям; 2) разработка эффективных мер их профилактики и лечения; 3) изыскание новых путей повышения эффективности фармакотерапии различных заболеваний, в том числе наследственных; 4) изучение сущности уже известных и вновь обнаруживаемых энзимопатий, при которых резко нарушается действие лекарственных средств; 5) разработка доступных методов выявления лиц — носителей атипичных ферментов, которые прямо или косвенно влияют на фармакокинетику и фармакодинамику лекарств.

14. Фармакокинетика – раздел клинической фармакологии, предметом которого является изучение процессов всасывания, распределения, связывания, биотрансформации и выведения лекарственных веществ из организма. Сущность понятия: «Фармакокинетика – это все то, что делает организм с лекарственным веществом».

15. Пути введения лекарственных средств. Характеристика, условия выбора каждого из путей введения и их недостатки - можно разделить на 2 группы 1) энтеральные способы введения, через ЖКТ (транsbукальный, сублингвальный, пероральный, ректальный) и 2) парентеральные способы введения, минуя ЖКТ (внутривенный, внутримышечный, подкожный, интратекальный, ингаляционный, интраназальный, трансдермальный, местный).

16. Биодоступность ЛС – часть принятой внутрь дозы ЛС, которая достигла системного кровотока в неизменном виде и в виде активных метаболитов,

образовавшихся в процессе всасывания и в результате пресистемного метаболизма.

17. Факторы, влияющие на биодоступность - 1) Путь введения; 2) Индивидуальные особенности организма пациента, состояние ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, печени, почек; 3) биофармацевтические факторы (лекарственная форма, ее состав, особенности технологии производства).

18. Показатели распределения лекарственных средств и их определение - это накопление и проникновение лекарственного вещества в различные ткани, органы и жидкие среды организма. Степень накопления ЛС в тканях определяет, в конечном счете, выраженность фармакодинамического эффекта.

19. Биотрансформация (метаболизм) лекарственных средств. Типы реакций метаболизма лекарственных средств в организме – процесс химического изменения лекарственного средства в организме; метаболизм обычно происходит в две фазы.

20. Реакции метаболизма I фазы (несинтетические) – 1) Окисление (микросомы печени); 2) Восстановление (микросомы печени); 3) Гидролиз; 4) Комбинация процессов. Метаболиты I фазы в большинстве случаев не сильно отличаются по строению от исходного лекарственного средства, но могут иметь абсолютно иной фармакологический эффект.

21. Реакции метаболизма II фазы (синтетические - конъюгация) - включают в себя 1) Глюкуронизация (микросомы печени), 2) Аминоконъюгация; 3) Ацетилирование; 4) Сульфоконъюгация; 5) Метилирование. Метаболизм II фазы в большинстве случаев приводит к прекращению фармакологической активности.

22. Активные метаболизаторы - люди, у которых активность ферментов, участвующих в метаболизме ЛС, не изменена (большинство населения).

23. «Медленные» метаболизаторы - носители мутаций гена того или иного фермента метаболизма ЛС, приводящих либо к синтезу «дефектного» (с низкой активностью) фермента, либо полному прекращению его синтеза. Это приводит к кумуляции ЛС в организме, поэтому пациентам этой группы ЛС следует назначать в меньшей дозе.

24. Сверхактивные или «быстрые» метаболизаторы - носители мутаций гена того или иного фермента метаболизма, приводящих к синтезу фермента с высокой активностью, что приводит к более выраженному снижению концентрации ЛС в крови. Следовательно, для пациентов этой группы назначаемая доза ЛС должна быть выше среднетерапевтической.

25. Фармакодинамика – раздел клинической фармакологии, изучающий совокупность эффектов лекарственных средств (желаемых и побочных)

и механизмы их развития. Сущность понятия: «Фармакодинамика – это все то, что делает лекарственное средство в организме».

26. Механизмы действия ЛС – 1) Воздействие на специфические рецепторы (например, β -адреноблокаторы); 2) биохимическое действие (влияние на активность ферментов) (НПВП); 3) физическое действие на мембранные ионные каналы (влияние на перенос ионов через клеточную мембрану) - (антиаритмические ЛС I, III и IV классов); 4) прямое химическое действие (химическая реакция нейтрализации соляной кислоты в желудке) (антациды); 5) прямое цитотоксическое воздействие (ЛС, которые обладают избирательной токсичностью в отношении микроорганизмов и опухолевых клеток) (антимикробная химиотерапия) или опухолевых клеток (противораковая или противоопухолевая терапия).

27. Нежелательная (неблагоприятная) реакция на ЛС – вредный и непредсказуемый ответ на прием лекарственного средства в обычных дозах для профилактики, диагностики, терапии или изменения физиологической функции.

28. Типы неблагоприятных побочных реакций на лекарственные вещества - 1) тип А - частые, предсказуемые реакции, связанные с фармакологической активностью ЛВ, могут наблюдаться у любого индивидуума (составляют 85% случаев); 2) тип В - нечастые, непредсказуемые реакции, встречающиеся только у чувствительных людей (составляют 10-15% случаев); 3) тип С - реакции, связанные с длительной терапией (лекарственная зависимость); 4) тип D - канцерогенные и тератогенные эффекты ЛВ.

29. Типы неблагоприятных побочных реакций на лекарственные вещества - 1) тип А - частые, предсказуемые реакции, связанные с фармакологической активностью ЛВ, могут наблюдаться у любого индивидуума (составляют 85% случаев); 2) тип В - нечастые, непредсказуемые реакции, встречающиеся только у чувствительных людей (составляют 10-15% случаев); 3) тип С - реакции, связанные с длительной терапией (лекарственная зависимость); 4) тип D - канцерогенные и тератогенные эффекты ЛВ.

30. Характеристика неблагоприятных побочных эффектов типа А - наиболее частые реакции, имеют предсказуемый характер, связаны с фармакологической активностью ЛВ, могут наблюдаться у любого индивидуума (составляют 85% случаев). По структуре к ним относятся побочные реакции, связанные с фармакокинетикой ЛВ (например, гепатотоксичность ряда НПВС); второстепенные побочные реакции (например, седативный эффект антигистаминных ЛС); вторичные побочные реакции (например, дисбактериоз при использовании антибиотиков); - побочные реакции, связанные с лекарственными взаимодействиями (например, побочная реакция теофиллина при взаимодействии с эритромицином).

31. Характеристика неблагоприятных побочных эффектов типа В – нечастые,

непредсказуемые реакции, встречающиеся только у чувствительных людей (составляют 10-15% случаев НПР). Представлены лекарственной непереносимостью; идиосинক্রазией; гиперчувствительностью (иммунологическая); псевдоаллергическими реакциями (не иммунологическими).

32. Фармаконадзор и как он осуществляется практически – непрерывный мониторинг нежелательных реакций и других аспектов безопасности лекарственных средств, уже существующих на рынке (на практике фармаконадзор осуществляется системой спонтанных сообщений).

33. Генерики – лекарство, обладающее доказанной биологической эквивалентностью с оригинальным лекарством, производится без лицензии от компании, владеющей правами на оригинальное ЛС, и продается после истечения срока действия патента. Генерики – это копии оригинальных (запатентованных) ЛС. «Брендированные» генерики – генерические лекарственные средства, которые имеют запатентованное название и продаются на фармацевтическом рынке > 10 лет.

34. Типы эквивалентности ЛС - химическая эквивалентность; фармацевтическая эквивалентность; биоэквивалентность; терапевтическая эквивалентность.

35. Понятие о биоэквивалентности лекарственных веществ – биоэквивалентными считаются ЛС, имеющие фармацевтическую, фармакокинетическую и терапевтическую эквивалентность.

36. Фармацевтическую эквивалентность ЛС – ЛС содержат те же активные ингредиенты, ту же лекарственную форму и идентичны по силе, качеству, чистоте и идентичности, что и продукт торговой марки, но они могут отличаться по таким характеристикам, как форма, упаковка, и вспомогательные вещества (например красители, ароматизаторы, консерванты).

37. Фармакокинетическая эквивалентность ЛС - препараты имеют одинаковые фармакокинетические параметры (различия площадей под фармакокинетическими кривыми (AUCt) не более 20%).

38. Терапевтически эквивалентными ЛС - имеют одно и то же действующее вещество и одинаковую клиническую эффективность для одной и той же группы больных по одним и тем же показаниям к применению.

39. Особенности фармакодинамики лекарственных средств в организме пожилого человека – 1) уменьшается число специфических рецепторов; 2) характер ответа на ЛС разнонаправлен и трудно прогнозируем; 3) чувствительность к ЛС увеличивается и извращается. Извращенному ответу на ЛС способствует снижение физической активности, сниженное потребление пищи и воды, склонность к запорам, витаминная недостаточность, ухудшение кровоснабжения тканей.

40. Особенности поведения ЛС в пожилом возрасте - изменяется фармакокинетика и фармакодинамика ЛС, возрастает риск нежелательных

лекарственных взаимодействий, атипичные побочные реакции на ЛС.

41. Правила применения ЛС у пожилых лиц - 1) *перед началом лечения иметь точный диагноз и установить необходимость назначения ЛС;* 2) *тщательно выявить все условия применения ЛС пациентом;* 3) *хорошо знать механизм действия назначаемого ЛС;* 4) *начинать терапию с небольших доз ЛС;* 5) *титровать дозы до нужного эффекта;* 6) *упростить режим применения ЛС;* б) *обеспечить приверженность пациента к лечению.*

42. Подбор дозы ЛС у лиц старше 60 лет с осторожностью в случаях назначения ряда препаратов – 1) *ЛС, угнетающих ЦНС (снотворные, нейролептики, опиоиды), сердечные гликозиды, мочегонные - дозы снижают на 50% от средних терапевтических доз;* 2) *дозы других ядовитых и сильнодействующих ЛС снижают на 30-35% от дозы взрослого человека;* 3) *дозы антибиотиков, сульфаниламидов, витаминных ЛС обычно не изменяются.*

43. Критерии клинической эффективности ЛС – 1) *Тактическая оценка эффективности действия ЛС – критерии устанавливаются по непосредственному фармакологическому эффекту ЛС: клинические; лабораторные; инструментальные; переносимость ЛС.* 2) *Стратегическая оценка эффективности действия ЛС – определяется отдаленными результатами фармакотерапии: а) влияние на течение заболевания и прогноз; б) развитие осложнений; с) увеличение продолжительности жизни; д) летальность.*

44. Качество жизни как критерий оценки действия ЛС – *это совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни, включающих физическое состояние, психологическое, социальное и духовное благополучие, в том числе социальные отношения и функциональные способности. Определяется функциональным состоянием организма (работоспособность и т.д.); симптомы, связанные с заболеванием и/или его лечением (боль, одышка, побочные эффекты ЛС – тошнота, сухость во рту, отеки и т.д.); психическое состояние (депрессия или возбуждение); социальная активность (половая функция, удовлетворенность медицинской помощью и т.д.).*

45. Клинические рекомендации (КР) – *это систематически разработанные документы, в которых прослеживается связь между каждым утверждением и научными данными, а научные факты главенствуют над мнением экспертов. Это четкие установки по проведению диагностических мероприятий, объему медицинской помощи, длительности пребывания в стационаре и пр. Позволяют применить в повседневной клинической практике наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии (в том числе фармакотерапию).*

46. Формулярная система – *это комплекс организационных мероприятий по отбору лекарственных средств, которые покрывают потребности пациентов в наиболее эффективной и наименее затратной лекарственной терапии.*

47. Лекарственный формуляр - утвержденный руководителем здравоохранения и согласованный с уполномоченным органом перечень ЛС, сформированный специально разработанный, периодически обновляемый список лекарственных средств для первоочередного назначения в конкретном лечебном учреждении.

48. Основные принципы антибактериальной терапии - 1) целенаправленное проведение, назначение антибактериального препарата в соответствии с чувствительностью возбудителя; 2) антибиотик должен создавать терапевтическую концентрацию в очаге инфекции; 3) выбор антибиотика с максимальной эффективностью и минимальной токсичностью должен сочетаться с наименьшей стоимостью лечения.

49. Показания для антибиотикотерапии - документированная или предполагаемая бактериальная инфекция.

50. Времязависимые антибиотики - β -лактамы, макролиды (кроме азитромицина), гликопептиды, ко-тримоксазол, клиндамицин, тетрациклины, линезолид - эффективность становится выше, когда суточная доза вводится более длительное время. Клиническая эффективность таких ЛП повышается за счет длительности инфузии: меропенем, цефтазидим, цефепим, максипим, тазоцин назначают в течение 2-3 часов; дорипенем - в течение 4-х часов.

51. Концентрационнозависимые АБ - фторхинолоны, аминогликозиды, кетолиды, азитромицин, метронидазол. Для повышения эффективности рекомендуется вводить суточную дозу внутривенно однократно, в больших дозах.

52. Эмпирический выбор АБ - основывается на клиническом диагнозе с учетом наиболее вероятных возбудителей и их возможной устойчивости.

53. Эмпирический выбор АБ в соответствии с вероятностью наличия полирезистентных возбудителей - 1) Тип I - внебольничные инфекции без риска полирезистентных возбудителей (БЛРС): • Ампициллин/сульбактам • Амоксициллин/клавуланат • Цефотаксим • Фторхинолоны; 2) Тип II - внебольничные инфекции с риском полирезистентных возбудителей (БЛРС): • Тигециклин • Цефотаксим/сульбактам • Эртапенем; 3) Тип IIIа - нозокомиальная инфекция (ранняя), вне ОРИТ, без предшествующей антибиотикотерапии, риск продуцентов БЛРС: • Цефепим/сульбактам • Тигециклин • Эртапенем; Тип IIIв - нозокомиальная инфекция (поздняя), в ОРИТ, предшествующая антибиотикотерапия - риск БЛРС, MRSA, карбапенемрезистентных энтеробактерий, карбапенем резистентного ацинетобактера, экстремально резистентная синегнойная палочка: • Карбапенемы II группы (меропенем) • Цефтазидим/авибактам +/- азтреонам • Цефтолозан/тазобактам +/- тигециклин/азтреонам • Цефепим/сульбактам • Цефоперазон/сульбактам (все + тигециклин/колистин/линезолид).

54. Дезэскалационная эмпирическая АБТ - 1) назначается при тяжелых инфекциях, 2) сначала назначаются АБ, максимально широко охватывающие

всех возможных возбудителей данной локализации, с учетом вероятной антибиотикорезистентности по данным литературы. Этот принцип особенно важен при сепсисе и септическом шоке. После выделения конкретного возбудителя -проводится коррекция терапии.

55.Контроль эффективности антибиотикотерапии - следует проводить через 48-72 часа, ориентируясь на динамику клинической картины.

56.Отмена антибиотикотерапии – вопрос об отмене принимают на основе комплексного анализа клинических и лабораторных показателей. Регресс общих (системных) признаков инфекции: • Нормализация температуры (максимальная температура менее 37,5 градусов) • Положительная динамика основных лабораторных показателей (снижение лейкоцитоза, при лейкопении – повышение уровня лейкоцитов, уменьшение сдвига лейкоцитарной формулы). • Важно исчезновение таких признаков инфекции как слабость, потливость, анорексия, нормализация ЧСС - меньше 90 уд/мин., ЧДД - меньше 20, улучшение функции почек, печени, ЖКТ.

57.Длительность терапии антибиотиками – при нетяжелых процессах - 5-8 суток, при стафилококковой инфекции с бактериемией -минимум 14 дней, при синегнойной пневмонии на фоне ИВЛ -до 14 дней. Инфекции в труднодоступных локусах (ЦНС, кости, простата, импланты, клапаны сердца) требуют большей длительности АБТ.

58.Особенности применения антибактериальных и противогрибковых лекарственных средств у беременных (FDA) – 1) Класс А – нистатин; 2)Класс В – пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы (кроме имипенема), монобактамы, эритромицин, азитромицин (II и III триместр), метронидазол, тейкопланин, амфотерицин В; 3) Класс С – имипенем, аминогликозиды (кроме стрептомицина), макролиды (кроме 2 ЛС категории В), линкозамиды, фторхинолоны, полимиксины, нитрофурантоин, ванкомицин, линезолид, даптомицин, триметоприм, рифампицин, изониазид, хлорамфеникол, тинидазол, итраконазол, флуконазол; 4) Класс D – тетрациклины, сульфаниламиды, кларитромицин (в I триместре беременности); 5) Класс X – талидомид, стрептомицин; 6)Класс N – спирамицин. Противопротозойные ЛС – использовать во время беременности не рекомендуется; Противовирусные ЛС – достоверных данных о безопасности использования во время беременности и кормления грудью нет (большинство ЛС относится к категории С).

59.Клиническая смерть – обратимое состояние, начинающееся с момента прекращения кровообращения и\или дыхания до наступления необратимых изменений в коре головного мозга.

60.Длительность периода клинической смерти при обычной температуре тела - составляет 3- 5 минут, выступая лимитирующим фактором реанимации. Так, если СЛР была начата в течение 5 минут с момента остановки кровообращения и закончилась восстановлением спонтанного кровообращения и дыхания, то имеются все шансы на восстановление полноценного мышления без неврологического дефицита. В случае, если СЛР

начата через 10 минут с момента остановки кровообращения, то восстановление сознания будет сопровождаться неврологическими нарушениями той или иной степени выраженности; а если через 15 минут – возможно восстановление только вегетативных функций, в то время как восстановление сознания становится невозможным (в большинстве случаев будет иметь место социальная смерть, т.е. вегетативное состояние). СЛР, начата через 20 и более минут с момента остановки кровообращения, ассоциируется с тотальной гибелью всех отделов головного мозга, включая стволовые структуры (децеребрация), когда становится невозможным восстановление даже вегетативных функций.

70. Кардиальные причины остановки сердца: 1. Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, нарушение ритма, эмболия коронарных сосудов, разрыв сердца, сдавление органа) 2. Всевозможные разновидности тахи-, брадиаритмий 3. Патология сердечных клапанов 4. Поражение сердечной мышцы инфекционного характера 5. Тампонада сердца 6. Тромбоэмболия легочной артерии 7. Разрыв аневризмы аорты

61. Экстракардиальные причины остановки сердца: 1. Обструкция верхних дыхательных путей 2. Острая дыхательная недостаточность 3. Шоки 4. Дисбаланс электролитов 5. Ацидоз 6. Острые отравления или передозировка лекарственных препаратов 7. Электротравма 8. Повешение или механическая асфиксия 9. Утопление 10. Судорожный синдром 11. Гипотермия 12. ОНМК 13. Гиповолемия 14. Напряженный пневмоторакс 15. Травма – тяжелая сочетанная травма, черепно-мозговая травма, ожоговая травма.

62. Основные причины остановки сердечной деятельности: 1. Фибрилляция желудочков — около 90% всех случаев остановки сердца. 2. Асистолия желудочков — около 5% всех случаев остановки сердца. 3. Желудочковая пароксизмальная тахикардия с отсутствием пульса на крупных сосудах. 4. Электромеханическая диссоциация — электрическая активность в виде ритмичных комплексов QRS без соответствующих сокращений желудочков.

63. Фибрилляция желудочков (ФЖ) характеризуется хаотичным сокращением волокон миокарда с частотой 250-600 в 1 мин, отсутствие координированного сокращения желудочков. Сердце перестает выполнять свои насосные функции. Постепенно, с истощением энергетических запасов, фибрилляция становится слабовыраженной (низкоамплитудной) и переходит в полное прекращение сердечной деятельности (вторичная асистолия).

64. Реанимационные мероприятия – комплекс лечебных методик, направленных на восстановление жизненно важных функций организма при остановке кровообращения и дыхания.

65. Продолжительность проведения СЛР -СЛР необходимо проводить так долго, как сохраняется на ЭКГ фибрилляция желудочков, поскольку при этом сохраняется минимальный метаболизм в миокарде, что обеспечивает потенциальную возможность восстановления самостоятельного

кровообращения. В случае остановки кровообращения по механизму электромеханической диссоциации/асистолии при отсутствии потенциально обратимой причины СЛР проводят в течение 30 минут.

66. Стандартный алгоритм СЛР включает три этапа: 1) I этап- Немедленная оксигенация и элементарное поддержание жизни A – восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей (от англ. airway control); B – адекватная легочная вентиляция и оксигенация (от англ. breathing support); C – поддержание искусственного кровообращения путем наружного массажа сердца (от англ. circulation support). В настоящее время при проведении реанимационных мероприятий придерживаются C-A-B; 2)II этап- Восстановление эффективной сердечной деятельности. D (drugs and fluids intravenous lifeline administration) – введение лекарств и жидкостей. E (electrocardiography diagnosis) – оценка электрокардиограммы. F (fibrillation treatment) – дефибрилляция; 3)III этап - Стабилизация состояния в постреанимационном периоде G (gauging) – оценка состояния в постреанимационном периоде. H (human mentation) – защита мозга или Hypothermy – гипотермия. I (intensive care) – комплексная интенсивная терапия в отделении интенсивной терапии.

67.Шок – угрожающая жизни, генерализованная форма острой недостаточности кровообращения, сопровождающаяся неадекватной утилизацией кислорода клетками. (Согласительная конференция ESICM по шоку. Sessoni M. et al., 2014). Шок характеризуется значительным снижением тканевой перфузии с последующим развитием тканевой гипоксии. Прогрессирующая гипоперфузия способствует повреждению клеточных мембран, внутриклеточному и интерстициальному отеку, нарушению кислотно-основного равновесия и гибели клеток, приводя к развитию полиорганной недостаточности.

68.Острый коронарный синдром (ОКС) – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Включает в себя такие понятия как ИМ, ИМ с подъемом ST на ЭКГ (ИМnST), ИМ без подъема ST на ЭКГ (ИМbnST), ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, по другим биомаркерам, по поздним ЭКГ-признакам, и НС. Термин «ОКС» используется, когда диагностическая информация еще недостаточна для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде.

69.Внезапной сердечной смертью (ВС) принято считать случаи смерти лиц, наступившей мгновенно или в пределах 1 часа с момента появления первых симптомов заболевания при отсутствии признаков, позволяющих установить альтернативный диагноз. Пациент может страдать сердечно-сосудистым заболеванием, но время и характер смерти являются неожиданными.

70.Диагностические критерии ангинозного статуса (АС): 1) приступ интенсивной давящей, сжимающей боли за грудиной (реже в грудной

клетке), 2) характерная иррадиация в левую руку, левое плечо, под левую лопатку, нижнюю челюсть, 3) продолжительность более 15 мин, 4) не прекращается после неоднократного приема нитроглицерина, 5) эмоциональная окрашенность приступа («страх смерти»), 6) вегетативные реакции (тошнота, рвота), 7) возможны осложнения (кардиогенный шок, отек легких, тахи- или брадиаритмии, внезапная сердечная смерть).

71. Неотложная помощь при ОКС на догоспитальном этапе: 1)

Предотвращение повторных эпизодов боли, ишемии миокарда, ограничение зоны некроза - нитроглицерин по 0,5 мг под язык каждые 5 мин или - нитроспрей по 0,4 мг каждые 5 мин (до 3 приемов), 2) Ограничение роста тромба в инфаркт-связанной коронарной артерии и профилактика тромбоэмболических осложнений - антитромбоцитарные препараты: - ацетилсалициловая кислота (АСК) в начальной дозе 250 мг разжевать, 3) вызов бригады СМП. Действия бригады СМП: 1) ЭКГ. После установления диагноза: 4) Устранение болевого синдрома, путем воздействия на симпатическую стимуляцию и стрессовую ситуацию - наркотические анальгетики: - морфин 1 мл 1% р-ра с 20 мл физ. р-ра – вводить в/в дробно по 4-6 мл (2-3 мг морфина) каждые 5-10 мин до купирования боли; 4) Устранение артериальной гипоксемии (при насыщении крови кислородом < 95 % по результатам пульсоксиметрии), уменьшение признаков ишемии миокарда и застоя в легких - кислородотерапия со скоростью потока 2-4 л/мин 3) Антитромбины (гепарины): - НФГ (гепарин) 4000 ЕД в/в болюсом, при наличии показаний (ОКС с подъемом сегмента ST)- реперфузионная терапия с целью восстановления кровотока в инфарктассоциированной артерии - тромболитическая терапия (ТЛТ. Тромболитики: - альтеплаза 100 мг (в/в болюсом 15 мг, далее 50 мг в/в инфузия в течение 30 мин и 35 мг в течение 60 мин)

72. Стенокардия (СТ) – клинический синдром, проявляющийся приступами кратковременных (от 1 до 15 мин) болезненных ощущений сжимающего, давящего, жгучего характера, наиболее часто локализующихся за грудиной и обусловленных преходящей ишемией миокарда вследствие несоответствия возможностей коронарного кровотока метаболическим потребностям миокарда. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на холод, обильным приемом пищи, эмоциональным стрессом; проходит в покое или после приема нитроглицерина в течение нескольких минут. диагностические признаки СТ

73. Клинические признаки стенокардии: - загрудинная локализация стереотипных для каждого больного приступообразных болезненных ощущений сжимающего, давящего, жгучего характера ; - наиболее часто возникают во время физических нагрузок, значительно реже – в покое; - продолжительность приступов ограничена во времени (обычно от 3-х до 5-ти мин) и не превышает 15 мин; - боль прекращается в покое или после сублингвального приема нитроглицерина в течение от нескольких секунд до 3-5 мин; - ИБС в анамнезе и/или наличие факторов ее риска (стенокардия

встречается преимущественно при атеросклеротическом сужении коронарных артерий).

74. Гипертонический криз (ГК) – остро возникшее, выраженное повышение АД, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов, требующее немедленного контролируемого снижения АД для предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней. ГК делят на осложненные и неосложненные.

75. Неосложненный гипертонический криз - снижение АД в течение нескольких часов - перорально / сублингвально могут применяться: - каптоприл 12,5-50 мг или - клонидин 0,075-0,15 мг или - нифедипин 10-20 мг или - моксонидин 200-400 мкг или - пропранолол 40-80 мг.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне.	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных

		Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) 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;	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы,	высокая логичность и последовательность ответа

	логичностью и последовательностью ответа	приводить примеры	
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
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	удовлетворительно 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.	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--------------------------------------------------	--	--

Критерии оценивания ситуационных задач:

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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию,	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

	не выполнены Нет ответа. Не было попытки решить задачу.			
--	------------------------------------------------------------------------	--	--	--