

**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 **31.08.49 Терапия**

1.Перечень компетенций, формируемых дисциплиной *общепрофессиональных (ОПК)*:

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-5 Способность назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	
ОПК-5.1 Назначает необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия при основных заболеваниях терапевтического профиля.	Знать – основы клинической фармакологии, механизмы действия, фармакокинетику, фармакодинамику, показания и противопоказания, возможные нежелательные побочные реакции при назначении лекарственных средств при основных заболеваниях терапевтического профиля. Уметь – назначать лекарственные средств, осуществляя контроль их эффективности и безопасности, определять показания для их применения; - обосновывать применение и проводить назначение лекарственных препаратов при основных заболеваниях терапевтического профиля. Владеть – навыками назначения лекарственных препаратов пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; - способами расчета дозировок и умением осуществлять введение лекарственных препаратов, - методикой оценки эффективности и безопасности назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля.
ОПК-5.2 Владеет методиками рационального подбора лекарственной терапии с учетом пола, возраста, сопутствующих заболеваний, данных доказательной медицины.	Знать – методики рационального подбора, проводимой пациенту лекарственной терапии с позиций доказательной медицины. Уметь – разрабатывать план лечения заболевания; -анализировать клиническую и инструментальную картину с целью рационального подбора лекарственной терапии с учетом пола, возраста, сопутствующих заболеваний, данных доказательной медицины. Владеть – владеть навыками рационального подбора лекарственной терапии с учетом пола, возраста, сопутствующих заболеваний, данных доказательной медицины.

ОПК-5.3 Оценивает эффективность ЛС, приверженность лечению и риски нежелательных явлений.	Знать – принципы контроля эффективности, проводимой пациенту лекарственной терапии, с позиций доказательной медицины; -риски нежелательных явлений. Уметь – анализировать клиническую и инструментальную картину с оценкой эффективности лекарственных средств и оценкой рисков нежелательных явлений, связанных с проводимой терапией. Владеть – навыками анализа полученных клинико-инструментальных данных с целью принятия решений по изменению тактики лечения; - методиками оценки риска нежелательных явлений; -навыками коррекции нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникающих в результате применения лекарственных средств.
ОПК-5.4. Профилактирует нежелательные взаимодействия ЛС у коморбидных пациентов.	Знать – фармакологическое взаимодействие лекарственных препаратов. Уметь – анализировать фармакологическое взаимодействие лекарственных препаратов с целью оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов у коморбидных пациентов. Владеть – навыками коррекции побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникающих в результате взаимодействия лекарственных средств у коморбидных пациентов.

2.Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-5 (ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4)	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи	75 с эталонами ответов
	Вопросы для собеседования	

ЗАДАНИЯ ЗАКРЫТОГО ТИПА (ТЕСТЫ)

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Понятие фармакодинамика включает

1. Механизмы действия лекарственных веществ
2. Превращение лекарственных средств в организме
3. Распределение лекарственных средств в организме
4. Выведение лекарственных средств из организма

Эталон ответа: 1. Механизмы действия лекарственных веществ

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Понятие фармакодинамика включает

1. Сведения о биодоступности лекарственных средств
2. Сведения о метаболизме лекарственных средств в организме
3. Условия хранения лекарственных средств
4. Биологические эффекты лекарственных средств

Эталон ответа: 4. Биологические эффекты лекарственных средств

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Понятие фармакодинамика включает

1. Сведения об основных механизмах всасывания
2. Сведения о побочных эффектах лекарственных средств (ЛС)
3. Сведения о биологических барьерах
4. Сведения о путях выведения лекарства из организма

Эталон ответа: 2. Сведения о побочных эффектах ЛС

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Понятие фармакокинетики включает

1. Локализация действия вещества
2. Механизмы действия вещества
3. Элиминация веществ из организма
4. Взаимодействие веществ

Эталон ответа: 3. Элиминация веществ из организма

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Термин «биодоступность» означает

1. Показатель, который характеризует степень всасывания лекарственного средства из места введения в системный кровоток и накопления в нём терапевтически значимой концентрации
 2. Степень связывания вещества с белками плазмы
 3. Способность проходить через гематоэнцефалический барьер
 4. Количество вещества в моче относительно исходной дозы препарата
- Эталон ответа:* 1. Показатель, который характеризует степень всасывания лекарственного средства из места введения в системный кровоток и накопления в нём терапевтически значимой концентрации

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дайте определение для токсической дозы

1. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
 2. Доза препарата, при которой начинают возникать токсические явления
 3. Количество вещества, оказывающее у подавляющего большинства больных необходимое фармакотерапевтическое действие
 4. Количество вещества, быстро создающее высокую концентрацию лекарственного вещества в организме
- Эталон ответа:* 2. Доза препарата, при которой начинают возникать токсические явления

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дайте определение для курсовой дозы

1. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
 2. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
 3. Количество вещества необходимое для курсового лечения
 4. Количество вещества, необходимое на весь период лечения до выздоровления или до наступления стойкой положительной динамики
- Эталон ответа:* 3. Количество вещества необходимое для курсового лечения

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дайте определение средняя терапевтическая доза

1. Количество вещества, вызывающее начальный биологический эффект
2. Количество вещества, вызывающее опасные для организма эффекты
3. Количество лекарственного вещества, вызывающее терапевтический эффект у большинства больных

4. Первая доза, превышающая последующие, при необходимости быстро создать высокую концентрацию лекарственного вещества в организме.
Эталон ответа: 3. Количество лекарственного вещества, вызывающее терапевтический эффект у большинства больных

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К побочному действию относится

1. Мутагенное действие
2. Рефлекторное действие
3. Местное действие
4. Центральное действие

Эталон ответа: 1. Мутагенное действие

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Тератогенное действие – это

1. Токсическое действие на печень
2. Отрицательное действие на эмбрион и плод, ведущее к врожденным уродствам
3. Токсическое действие на кроветворение
4. Токсическое действие на почки

Эталон ответа: 2. Отрицательное действие на эмбрион и плод, ведущее к врожденным уродствам

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Что означает термин «потенцирование»?

1. Способность препарата к кумуляции
2. Повышенная чувствительность к препарату
3. Быстрое привыкание к препарату
4. Резкое усиление эффектов препаратов при совместном применении

Эталон ответа: 4. Резкое усиление эффектов препаратов при совместном применении

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Как называется тип взаимодействия лекарственных веществ, связанный с нарушением всасывания, биотрансформации, транспорта, депонирования и выведения одного из веществ?

1. Фармакодинамическое взаимодействие
2. Функциональное взаимодействие
3. Фармацевтическое взаимодействие

4. Фармакокинетические взаимодействия

Эталон ответа: 4. Фармакокинетические взаимодействия

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Артериальное давление зависит от следующих факторов

1. Работы сердца
2. Тонуса периферических сосудов
3. Объема циркулирующей крови
4. Всего вышеперечисленного

Эталон ответа: 4. Всего вышеперечисленного

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите препарат – неселективный блокатор бета₁- и бета₂-адренорецепторов:

1. Бисопролол
2. Пропранолол
3. Метопролол
4. Атенолол

Эталон ответа: 2. Пропранолол

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Какой из указанных препаратов блокирует преимущественно бета₁-адренорецепторы?

1. Талинолол
2. Метопролол
3. Лабеталол
4. Окспренолол

Эталон ответа: 2. Метопролол

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Какой из указанных ниже препаратов не относится к группе органических нитратов?

1. Нитроглицерин
2. Изосорбида динитрат (Изокет-спрей)
3. Изосорбида-5-мононитрат
4. Бисопролол

Эталон ответа: 4. Бисопролол

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите препарат нитроглицерина пролонгированного действия:

1. Фенигидин
 2. Изосорбида-5-мононитрата (Моно Мак; Эфокс)
 3. Нитроглицерин
 4. Изосорбида динитрат (Изокет-спрей)
- Эталон ответа:* 2. Изосорбида-5-мононитрата (Моно Мак, Эфокс)

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите антиангинальный препарат – блокатор медленных кальциевых каналов

1. Нитроглицерин
 2. Пентаэритритил тетранитрат (Эринит)
 3. Фелодипин
 4. Пропранолол
- Эталон ответа:* 3. Фелодипин

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите, какой из нижеперечисленных препаратов относится к III классу антиаритмических препаратов

1. Амiodарон
 2. Флекаинид
 3. Хинидин
 4. Пропранолол
- Эталон ответа:* 1. Амiodарон

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите, какой из нижеуказанных препаратов относится к группе ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

1. Лозартан
 2. Валсартан
 3. Периндоприл
 4. Индапамид
- Эталон ответа:* 3. Периндоприл

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите, какой из нижеуказанных препаратов относится к нефракционным гепаринам

1. Стрептокиназа
2. Фраксипарин
3. Варфарин

4. Гепаринат натрия

Эталон ответа: 4. Гепаринат натрия

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите, какой из нижеперечисленных препаратов относится к противовоспалительным средствам для лечения бронхиальной астмы

1. β_2 -агонисты
2. Ингаляционные глюкокортикоиды (иГКС)
3. М-холиноблокаторы (ипратропия бромид)
4. Муколитики

Эталон ответа: 2. Ингаляционные глюкокортикоиды (иГКС)

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ

К пролонгированным β_2 – агонистам относится

1. Будесонид
2. Формотерол
3. Сальбутамол
4. Эуфиллин

Эталон ответа: 2. Формотерол

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Выберите антибиотик для лечения внебольничной пневмонии, возбудитель которой *S. pneumoniae* пенициллинчувствительный штамм

1. Ципрофлоксацин
2. Амоксициллин
3. Амикацин
4. Ванкомицин

Эталон ответа: 2. Амоксициллин

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите антисекреторное средство – ингибиторов протонной помпы

1. Фамотидин
2. Ранитидин
3. Пантопразол
4. Гастал

Эталон ответа: 3. Пантопразол

Ситуационные задачи

Задача №1.

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитрамента и при прекращении нагрузки. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, ТромбоАсс и клопидогрел. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма но-шпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилорoduоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q> 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Ответы на вопросы:

1. Определите план ведения пациента с ИБС с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения - *Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ, рекомендуется прием гиполипидемического средства (Аторвастатина, Розувастатина), селективного б-блокатора (Бисопролола), мочегонного средства (Верошпирона, Торасемида), ингибитора АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления. В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина.*

2. Учитывая развитие медикаментозного гастродуоденита - *дообследование (ФГДС). Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП) в постоянном режиме. В случае выявления инфекции H.pylori пациенту показана эрадикация инфекции.*

Задача №2

Больная Р., 76 лет, поступила с давящими, сжимающими болями за грудиной. Со слов больной боли появились около 12 часов назад, самостоятельно принимала дважды нитроглицерин под язык, – без эффекта. Вызвала СМП, доставлена в приемный покой

больницы скорой мед. помощи. На ЭКГ: зубец Q и подъем ST –изоэлектрическая линия в I, AVL, V1-V3, депрессия ST в нижних отведениях, ЧСС –90 в мин. АД 130/80 мм рт. ст.

Ответы на вопросы:

- 1.Сформулируйте предположительный диагноз - *ОИМ передне-перегородочной области ЛЖ.*
- 2.Какие лабораторные показатели необходимо контролировать при лечении данного больного? -*Контроль лабораторных показателей (ОАК, свертывающей системы крови, тропонин I, креатининфосфокиназа МВ, динамика ЭКГ, эхокардиография).*
- 3.Лечебная тактика - *Динамическое наблюдение в ПИТ, контроль гемодинамики, постельный режим. Контроль лабораторных показателей. Нитраты пролонгированного действия, кардиоселективные бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол), прямые антикоагулянты гепаринат натрия в\в в суточной дозе 30000-40000 Ед, через линиомат под контролем АЧТВ или НМГ (например, клексан 0,6-0.8 мл в сутки из расчета 1 мг/кг массы тела), антиагрегантная терапия АСК 75 мг или клопидогрел 5 мг н\н), «поляризующая смесь», статины.*

Задача №3

Пациент 63 лет с постоянной формой мерцания предсердий с частотой приблизительно 156 уд в 1 мин.

Ответы на вопросы:

- 1.Сформулируйте предположительный диагноз - *НРС, постоянная форма ФП, тахисистолическая форма.*
2. Лечебная тактика- *Динамическое наблюдение в ПИТ, контроль гемодинамики, постельный режим. Контроль лабораторных показателей. Подбор антиаритмической терапии, назначение не прямых антикоагулянтов (варфарина) или пероральных антикоагулянтов (дабигатрана,апиксабана, ривароксабана). Возможно назначение соталола, амиодарона, при низкой ФВ и постоянной форме ФП - сердечных гликозидов (дигоксина). При проведении фармакотерапии следует контролировать лабораторные показатели, коагулограмму, ЭКГ в динамике, эхокардиографию.*

Задача №4

45-летний мужчина доставлен в клинику с жалобами на сжимающие боли в грудной клетке и тошноту. Боль появилась примерно за 1 час до поступления. При обследовании АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 в минуту, аритмичный, кожа влажная. Над лёгкими с обеих сторон в нижних отделах выслушиваются влажные хрипы. На ЭКГ определяется подъём сегмента ST в отведениях с V₁ по V₆ и депрессия ST в отведениях I, II, и avF. Чем болен мужчина? Опишите лечебные мероприятия у данного больного на первом этапе лечения и в стационаре.

Ответы на вопросы:

- 1.Сформулируйте предположительный диагноз - *У больного острый коронарный синдром; с учетом ЭКГ-инфаркт миокарда. Осложнения - Острая левожелудочковая недостаточность, отек легких.*
- 2.Неотложная терапия - *купирование отека легких (применение нитроглицерина и нитроглицерина в виде инфузии)*

нитропруссид натрия в\в, мощных сильнодействующих диуретиков), купирование болевого синдрома (нейролептаналгезия).

3. Лечебная тактика - Динамическое наблюдение в ПИТ, контроль гемодинамики, постельный режим. Контроль лабораторных показателей, ЭКГ в динамике. В стационаре показано назначение нитратов пролонгированного действия, кардиоселективных бета-адреноблокаторов (бисопролол, метопролол), прямых антикоагулянтов (гепаринат натрия в\в в суточной дозе 30000-40000 Ед, через линиомат под контролем АЧТВ или НМГ. Например, клексан 0,6-0,8 мл в сутки из расчета 1 мг/кг массы тела), антиагрегантная терапия АСК 75 мг или клопидогрел 5 мг н\н), «поляризирующая смесь», статины.

Задача №5

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

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз - *Гипертонический криз I типа.*

2. Неотложная терапия - *Капотен 25-50 мг под язык или разжевать, Нифедипин 10-20 мг под язык, пропранолол 10-20 мг сублингвально. Дальнейшая тактика будет зависеть от результатов дообследования.*

3. Какие лабораторные и инструментальные показатели необходимо контролировать при лечении данного больного. консультации каких специалистов обязательны? - *Необходимо исключить осложнения гипертонического криза (гипертоническую энцефалопатию, ОНМК (осмотр невролога), ОКС (учитывая наличие давящих болей в области сердца, выполнить ЭКГ, тропониновый тест, консультация кардиолога).*

Задача №6

Больной Ш., 75 лет, страдал гипертонической болезнью около 30 лет. При обследовании и проведении ЭКГ и эхокардиографии было обнаружено «гипертоническое» сердце, связанное с возрастным уменьшением мышечного элемента и повышенным образованием фиброзной ткани в миокарде пожилых (ФВ - 61%).

Ответы на вопросы:

1. Какая функция сердца нарушается при этой патологии? - *Развивается нарушение диастолической функции сердца, т.е. функция расслабления, развивается диастолическая СН (ДСН).*

2. Лечебная тактика - *ИАПФ, антагонисты рецепторов к ангиотензину, блокаторы β – рецепторов, или верапамил, диуретики - у пациентов с ДСН используют с осторожностью, чтобы не вызвать чрезмерного снижения преднагрузки на левый желудочек и падения сердечного выброса. Препаратом выбора является торасемид, обладающий меньшим, чем у фуросемида калийуретическим действием; кроме того, он обладает собственным антифибротическим влиянием на миокард. Эплеренон 25 мг 1*

раз в день. Сердечные гликозиды (дигоксин) применяются при невозможности применения β -АБ. Доза препарата не должна превышать 0,25 мг/сут.

Задача №7

Больной Ш., 65 лет, находится на стационарном лечении вторую неделю. Ежедневно неоднократно бывают приступы удушья; проходящие после внутривенных вливаний эуфиллина, ингаляций бекотида. В межприступном периоде беспокоит также одышка при малейшей нагрузке, сильный надсадный кашель с трудно отделяемой слизисто-гноющей мокротой. Болен более 30 лет, неоднократно болел воспалением легких, страдал бронхитом (много курил). Затем стали появляться приступы удушья с предшествующим приступообразным кашлем. Имел II группу инвалидности с 55 лет. Постепенно стал замечать появление приступов удушья от различных резких запахов. В холодное время избегал выходить на улицу. Несколько раз за год (особенно зимой) находится на стационарном лечении, дважды был в АРО. Больной цианотичный, ноги пастозны, предпочитает сидеть, опираясь руками о край кровати (хотя приступа нет). Число дыханий 15 в минуту с затрудненным выдохом. АД- 130/80 мм рт.ст. пульс-95 в минуту. Грудная клетка эмфизематозная. Границы легких значительно опущены, активная подвижность их равна 1-2 см. Дыхание жесткое с удлинённым выдохом, множество рассеянных сухих хрипов, в нижних отделах легких- единичные незвучные влажные хрипы. Печень выступает на 3 см, плотнее обычной, болезненна, размеры- 11, 10, 10 см. Р-скопия: легочные поля эмфизематозны, резко выраженное усиление и деформация бронхо-сосудистого рисунка, корни расширены, уплотнены, не структурны. Сердце расширено в поперечнике, талия сглажена.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз - *ХОБЛ, бронхиальная астма смешанного генеза, тяжелое персистирующее течение, хроническое легочное сердце, эмфизема легких.*
2. Лечебная тактика - *Отказ от курения. Назначение беродуала, Спирито-респимат с целью улучшения бронхиальной проходимости в комбинации с теофилином 350мг 1 раз в сутки н/н. Ацетилцистеин 100 мг 3 раза в день - муколитик для разжижения мокроты. Антибиотики в зависимости от преобладающего генеза бронхита (лечение гнойного бронхита вследствие застоя слизи в бронхах). Кислородотерапия.*

Задача №8

Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет. Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие базовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в мин. Живот без/о. данные

лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с учетом клиники. ОАК: ЛЦ -9,2, ЭЦ- 3,2, НБ -106, СОЭ 19, п/я- 6, с/я- 62, Э.- 1, М- 3, ЛФ -28. ОАМ: желтый, прозрачная, 1015, белок 0,033%, сахар отрицательный, ЛЦ 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения. Отмечается отхождение зеленоватой вязкой мокроты, лейкоциты – на все поле зрения, плоский эпителий 10-15 в п/зрения. ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%. Ро- графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёг/рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз - *ХОБЛ, среднетяжелое течение, стадия обострения. Гнойный бронхит. Хроническое легочное сердце. ДН II.*
2. Лечебная тактика - *Немедикаментозное лечение: отказ от курения, дыхательная гимнастика, кислородотерапия, назначение М-холиноблокаторов (тиотропия бромид), β_2 -адреномиметиков пролонгированного действия (салметерол, формотерол, кленбутерол). Антимикробная терапия (ЦФЗ поколения – цефтриаксон или цефотаксим или респираторные фторхинолоны (левофлоксацин). Микробиологическое исследование мокроты (по результатам бак. посева мокроты- коррекция терапии), муколитики (ацетилцистеин, карбоцистеин).*

Задача №9

Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1 -2 раза в неделю, купирует салбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес., госпитализирован на обследование от военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Эскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в Г. ЭОС не отклонена. ФВД: ЖЕЛ 3,13(108%) колебания ПСВ в течение суток 25%, ФЖЕЛ-2,08 (71%), ОФВ, = 1,87 (78%), Инд. Тиффно -59,7%. Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне Н ЖЕЛ. Общий анализ мокроты: вязкая, серая. ЛЦ 10-15, пл. эпителий 8-10. ОАК, ОАМ без патологии. Ро- графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз - *Бронхиальная астма, atopическая, персистирующая, средней тяжести, частично контролируемая.*

2. Лечебная тактика - *Назначение β_2 -адреномиметиков (сальбутамол) по требованию, ИГКС средней дозы + бронходилататоры пролонгированного действия (будесонид + формотерол) (комбинированные препараты Симбикорт Турбухайлер, Серетид Мультидиск).*

Задача №10

Пациент М., 65 лет, предъявляет жалобы на одышку при подъеме на 2 лестничных пролета, на изменение цвета мокроты (со светлого на серый) в течение последнего года. Анамнез: в течение многих лет мокрота в небольшом количестве отходила по утрам. 5 лет назад появилась одышка при большой физической нагрузке.

В течение последнего года беспокоит сухой малопродуктивный кашель. Тогда же изменился цвет мокроты, стала беспокоить одышка при выполнении повседневной нагрузки. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 45 лет.

Данные исследований: ФЖЕЛ – 92%, ОФВ₁ – 45%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 56%.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз - *ХОБЛ, тяжелое течение.*

2. Лечебная тактика. Препараты каких групп нужно назначить пациенту? - *Необходима поддерживающая терапия - комбинация длительно действующих β_2 -адреномиметиков и ИГКС, М-холиноблокаторы, пролонгированный теофиллин.*

Задача №11

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5⁰С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела 37,2⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз - *Острый бронхит. Обоснование: данные анамнеза. Клиника: синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), симптом поражения бронхов (сухой кашель); острое начало заболевания; связь заболевания с переохлаждением; объективные данные: субфебрильная температура, при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.*

2. Лечебная тактика - *Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.*

- a) Постельный режим, частое проветривание помещения.
- b) Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.
- c) При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глауwent, стоптуссин).
- d) Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт).
- e) При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).
- f) Отхаркивающие средства (мукалтин, ацетилицистеин, амброксол, термонсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).
- g) Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).
- h) При повышении температуры выше 38,5⁰С (парацетамол, ацетилсалициловая кислота).
- i) При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (амоксциллин, амоксициллин/клавуланат, при аллергии на пенициллины – макролиды (кларитромицин, азитромицин).

5. Прогноз- благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Задача №12

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Объективно: температура 37,5⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз -

Хронический бронхит в стадии обострения. Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, симптомы поражения бронхов (кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка);
- продолжительность заболевания (5 лет);
- связь обострения с переохлаждением;
- длительное выделение мокроты в стадии обострения;
- наличие вредных привычек: курение.

2) объективные данные: субфебрильная температура

при аускультации: дыхание ослабленное, с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

2. Лечебная тактика - Пациент является временно нетрудоспособным

Принципы лечения:

- Режим постельный, частое проветривание помещения.
- Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.
- Антибактериальная терапия: антибиотики назначают с учетом чувствительности микрофлоры: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины 3-4, респираторные фторхинолоны
- Бронхолитики: эуфиллин, теофиллин.
- Отхаркивающие: фитотерапия (термопсис, алтей, девясил, багульник), лекарственные препараты (мукалтин, бромгексин, сальвин, ацетилцистеин).
- Дыхательная гимнастика.
- Отвлекающие процедуры: горчичники на грудную клетку.
- Физиотерапия: диатермия, УВЧ на грудную клетку, электрофорез хлорида кальция.
- Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

5. Прогноз - благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Задача №13.

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека. Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне-подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз - *Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема легких.*

Обоснование диагноза:

1) данные анамнеза:

- ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;
- связь возникновения приступов с периодом цветения;
- связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;
- наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);

- наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

2) объективные данные:

- при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД - 26 в мин.;
- при перкуссии легких - коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;
- при аускультации - сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

2. Лечебная тактика - Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога.

Принципы лечения:

- Режим полупостельный.
- Диета гипоаллергенная.
- Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, теопек.
- Комбинированные препараты: беродуал
- Стабилизаторы мембран тучных клеток: интал, тайлед
- Ингаляционные глюкокортикостероиды: бекотид, триамцинолона ацетонид, будесонид.
- Дыхательная гимнастика.
- Массаж.
- Психотерапия.
- Санаторно-курортное лечение.

6. Профилактика

- устранить действие аллергенов (по возможности). В период цветения трав следует занавешивать форточки на окнах мокрой марлей, ежедневно проводить влажную уборку комнат, убрать ковры;
- проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости. При ухудшении показателей пиковой скорости выдоха следует откорректировать лечение;
- диспансерное наблюдение, обучение пациента в астма-школах;
- проведение специфической гипосенсибилизации.

Задача №14.

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день. Объективно: температура 39,4⁰С. Общее состояние тяжелое. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз

- Крупозная пневмония.

Обоснование диагноза:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со “ржавой мокротой”;
- острое начало заболевания;

2)Объективные данные:

- лихорадка,
- при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;
- при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;
- при пальпации - усиление голосового дрожания;
- при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

4.Лечебная тактика - Пациентка является временно нетрудоспособной.

Принципы лечения:

- Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала.
- Диета № 15, обогащенная витаминами, пища полужидкая, питательная.
- Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, клюквенный морс, чай с малиновым вареньем, чай с цветками липы.
- Антибактериальная терапия: антибиотики (полусинтетические пенициллины – амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины 3-4 поколения – цефотаксим, цефтриаксон, респираторные фторхинолоны).
- Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.
- Оксигенотерапия.
- Отхаркивающие средства: термопсис, алтей.
- Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.
- Дыхательная гимнастика.
- Массаж грудной клетки.

5.Прогноз - благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

Задача №15

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4⁰С. Объективно: температура - 38,6⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Ответы на вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз –*Правосторонняя очаговая пневмония.*

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации;
- одышка, кашель со слизисто-гнойной мокротой;
- постепенное начало (после ОРЗ);

2) объективные данные:

- при перкуссии - локальное притупление перкуторного звука;
- при аускультации - дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

2. Лечебная тактика - Пациент нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

- Постельный режим
- Диета № 15, обогащенная витаминами
- Обильное теплое питье: минеральные воды, фруктовые соки, чай с малиновым вареньем, чай с липовым цветом
- Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности микробной флоры
- Сосудистые средства: кофеин, кордиамин
- Отхаркивающие средства: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин
- Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры
- Оксигенотерапия
- Дыхательная гимнастика
- Массаж грудной клетки.

Прогноз: благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Задача №16

Больной Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре. Объективно: температура 37,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз - *Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.*

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам;
- длительность заболевания, наличие обострений;

2) *объективные данные:*

- *при осмотре:* лихорадка субфебрильная, ЧДД - 22 в мин. Бледность кожи, акроцианоз, пониженное развитие подкожно-жировой клетчатки, деформация ногтевых фаланг и ногтей;
- *при перкуссии:* притупление звука над нижними отделами легких;
- *при аускультации:* дыхание ослабленное, влажные хрипы.

4. Лечебная тактика - Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

- *Режим постельный.*
- *Диета № 15, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы).*
- *Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин.*
- *Отхаркивающие препараты: микстура с термонисом, алтеем, бромгексин, мукалтин.*
- *Обильное щелочное питье: минеральные воды.*
- *Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).*
- *Массаж грудной клетки.*
- *Дыхательная гимнастика.*
- *Лаваж (промывание) бронхов.*

Прогноз зависит от тяжести и клинического течения заболевания. При наличии осложнений прогноз неблагоприятный.

Профилактика:

первичная:

- *диспансерное наблюдение за больными хроническим бронхитом, пневмонией, их систематическое лечение;*
- *исключение влияния на организм вредных факторов производства;*
- *борьба с курением;*
- *закаливание;*
- *своевременное и адекватное лечение детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш)*

вторичная:

- *своевременное решение вопроса о возможном оперативном лечении врожденных бронхоэктазов;*
- *рациональное трудоустройство больных с бронхоэктатической болезнью;*
- *своевременный перевод на инвалидность при присоединении осложнений и стойкой утрате трудоспособности.*

Задача №17

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом. Объективно: температура

38,5⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Ответы на вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз - *Абсцесс правого легкого.*

Обоснование:

1) *данные анамнеза:*

- *синдром интоксикации, одышка, влажный кашель;*
- *внезапное появление большого количества гнойной мокроты;*

2) *объективные данные:*

- *высокая температура;*
- *при осмотре: гиперемия лица;*
- *при перкуссии: локальное притупление перкуторного звука;*
- *при аускультации: дыхание бронхиальное над ограниченным участком легкого, влажные хрипы.*

4.Лечебная тактика - *Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.*

Принципы лечения:

- *Режим постельный.*
- *Диета № 15, обогащенная белками и витаминами.*
- *Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (полусинтетические пенициллины, гентамицин).*
- *Пути введения: в/м, в/в, эндобронхиально.*
- *Инфузионная терапия: белковые препараты, кровезаменители.*
- *Постуральный дренаж.*
- *Лечебная бронхоскопия.*

Прогноз: благоприятный при своевременном и эффективном лечении, отсутствии осложнений.

Задача №18

В приемное отделение клинической больницы поступил больной К, 46 лет с жалобами на слабость, непродуктивный кашель, появление боли в грудной клетке при кашле и глубоком дыхании, повышение температуры до 39,2⁰ С. Вышеперечисленные жалобы появились в течение 3 дней, никуда не обращался, принимал жаропонижающие средства (ибупрофен, парацетамол). В анамнезе: курит до 20 сигарет в день, в течение 30 лет, злоупотребляет алкоголем. В общем анализе крови – лейкоцитоз до 15,0; сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 38 мм\час. При рентгенографии выявлено затемнение всей нижней доли слева, подчеркнута междолевая плевра.

Ответы на вопросы:

1.Сформулируйте предположительный диагноз - *Внебольничная левосторонняя плевропневмония, тяжелое течение.*

2.Лечебная тактика - *Требуется госпитализация пациента. Обязательно проведение микробиологических исследований. Антибиотики широкого спектра действия (Амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефотаксим) в комбинации с макролидами, респираторные фторхинолоны + цефалоспорины 3 поколения (лучший вариант).*

3.Обоснуйте выбор антибиотиков - *Учитывая анамнез, высокая вероятность аспирационной пневмонии, которая чаще вызывается грамотрицательными возбудителями, в частности Kl. pneumoniae. При выявлении клебсиеллы БЛСР штамма - пересмотр антимикробной терапии, назначение антимикробных препаратов грамотрицательного резерва (цефоперазон/сульбактам, карбапенемы).*

4.Какова ориентировочная продолжительность лечения? - *Не менее 10 дней, обязательный рентгенологический контроль.*

Задача №19

По направлению участкового терапевта поступила больная С., 25 лет, с жалобами на слабость, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,3⁰С. Заболевание началось с респираторных проявлений (заложенности носа, сухого кашля, першения в горле). Принимала амоксициллин по 0,5 3 раза в день, но без эффекта, к концу недели повысилась температура, усилилась слабость. При рентгенографии выявлена инфильтрация легочной ткани в S10 справа. Известно, что сестра больной имеет ту же симптоматику, от госпитализации отказалась.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз - *Внебольничная правосторонняя сегментарная пневмония, вероятнее всего, микоплазменная или смешанного характера.*

2. Лечебная тактика - *Наиболее эффективные препараты макролиды (кларитромицин, джозамицин или азитромицин), доксициклин (при наличии регионарной чувствительности), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин).*

3. Каковы сроки антибиотикотерапии? - *Критериями достаточности курсовой антибактериальной терапии являются (стойкое снижение температуры тела <37,2⁰С в течение не менее 48 ч, отсутствие интоксикационного синдрома, частота дыхания <20/мин (у пациентов без хронической ДН), отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией), количество лейкоцитов в крови <10 x 10⁹/л, нейтрофилов <80%, юных форм <6%.Средняя длительность применения АБП не превышает 7 дней.*

Задача №20

Больной Н., поступил с жалобами одышку экспираторного характера при обычной физической нагрузке, кашель с гнойной мокротой, зеленоватого цвета, преимущественно

в утренние часы, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно лечился в стационаре, получал антибактериальную терапию курсами. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие базовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в 1 минуту. Перегрузка правых отделов сердца - с учетом клиники. ОАК: ЛЦ- 9,2, ЭР- 3,2, НЬ -106, СОЭ -19, п/я- 6, с/я- 62, Э.- 1, М 3, ЛФ- 28. ОАМ: ж, прозрачная, 1015, белок 0,033%, сахар отрицательный, ЛЦ 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения. Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, ЛЦ – в большом количестве, пл. эпителий 10-15 в п/зрения. ФВД: ЖЕЛ = 3,04 (100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%. Ро - графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз - *ХОБЛ среднетяжелое течение, стадия обострения. Вторичная эмфизема, пневмосклероз. Бронхообструктивный синдром. ДН2 ст.*

2. Лечебная тактика

1) При бронхообструктивном синдроме - *Небулайзерная терапия (бета2-агониты+М-холинолитики) - беродуал, тиотропия бромид (Спирива), СПИОЛТО Респимат (комбинация двух бронходилататоров длительного действия: 1 доза содержит: тиотропий 2,5 мкг + олодатерол 2,5 мкг) + средства, улучшающие отхождение мокроты (мукорегуляторы, наиболее распространенные муколитические препараты: амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин и их производные).*

2) Антибактериальная терапия - *Микробиологическое исследование мокроты и назначение курсовой антибактериальной терапии с учетом выделенного возбудителя и его чувствительности к антибактериальной терапии.*

3. Предложите программу реабилитации пациента - *Физиотерапия, ингаляции, ЛФК.*

Задача №21

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

Ответы на вопросы:

1. Согласны ли Вы с назначенной пациенту терапией и режимом дозирования? – *Да. У пациента подтверждён диагноз ревматоидного артрита.*
2. Какие базисные средства для лечения ревматоидного артрита вы можете назначить? - *Цитостатики (азатиоприн, циклофосфан и др.), глюкокортикоиды (преднизолон)*
3. Какие вы предпримите меры по контролю за безопасностью фармакотерапии метотрексатом у данного пациента? - *Проведение анализа крови с определением количества тромбоцитов каждые 3-4 нед., проведение общего анализа мочи, определение содержания трансаминаз, общего билирубина каждые 6-8 нед.*

Задача №22

Больная Т. 54 лет, доярка, жалуется на боли плечевых, локтевых и мелких суставах кистей рук. Боли около 5 лет. После уменьшения нагрузки на суставы боли уменьшаются. «Обострение» возникает после охлаждения рук, особенно холодной водой. Дистальные межфаланговые суставы изменены, на поверхности их имеются утолщения в виде бугорков, безболезненны при пальпации. Мизинец и указательный палец правой руки искривлены из-за деформации дистальных суставов. Больная наблюдается и лечится в участковой больнице с диагнозом «хронический ревматизм». Принимает преднизолон, бициллин-5, анальгин. Со стороны сердца изменений нет. Кровь «спокойная». ЭКГ- явления дистрофии миокарда.

Ответы на вопросы:

1. Согласны ли с диагнозом (ревматический или ревматоидный артрит) и проводимой терапией, если нет- обоснуйте почему? - *Ревматизм может быть исключен, поскольку отсутствует порок сердца. У пациентки имеется деформация дистальных фаланг – узелки Гебердена, что характерно для полиостеоартроза, отсутствуют изменения в картине крови, характерные для ревматоидного артрита. Применение преднизолона и бициллина не обосновано. Рекомендуются прием хондропротекторов, при обострении НПВП внутрь, физиотерапия, местные мази с НПВП. Санаторно-курортное лечение, ЛФК.*
2. Какие исследования необходимы для постановки диагноза: *рентгенография суставов, учитывая характерную картину, ЭХОКС для исключения порока сердца.*

Задача №23

Больной Б, 36 лет, инвалид II группы. Жалобы на сильные боли, припухлости и ограничение движений в мелких суставах кистей рук, голеностопных и коленных суставах. Отмечает утреннюю скованность движений, повышение температуры по вечерам до 38 °. Болен около 6 лет, неоднократно лечился стационарно с некоторым улучшением. Работает лифтером. Отмечается припухлость и деформация коленных суставов, голеностопные суставы отечны, болезненны при пальпации. Пальцы рук имеют веретенообразные утолщения,

движения в них резко ограничены. Мышцы на тыле кистей атрофированы. Со стороны внутренних органов изменений нет.

Ответы на вопросы:

1. Предварительный диагноз, его обоснование? - *Ревматоидный артрит, т.к. у пациента имеются поражения мелких суставов, утренней скованности, повышения T тела до 38°C , отечности околосуставных тканей.*
2. Какие исследования необходимы для постановки диагноза? - *Диагноз подтверждается лабораторными показателями: ОАК лейкоцитоз, повышенная СОЭ, повышение СРБ, выявление ревматоидного фактора. Рентгенологически - сужение суставной щели.*
3. Лечебная тактика (обоснуйте каждую группу препаратов) - *Метотрексат назначается 1 раз в неделю в дозе от 7,5 до 15 мг с одновременным назначением фолиевой кислоты для профилактики анемии. Дополнительно могут быть назначены НПВП для купирования болевого синдрома под прикрытием гастропротекторов и ГК в поддерживающих дозах - 10 мг из расчета на преднизолон.*

Задача №24

Больная В. 35 лет с диагнозом "ревматическая болезнь, II степени активности" стационарно получает делагил по 0,25 г на ночь, диклофенак натрия 0,025 г 4 раза в сутки, бициллин-5 по 1 500 000 ЕД в/м 1 раз в 4 нед. Через 2 недели после начала терапии у больной появились периодические боли в эпигастральной области умеренной интенсивности.

Ответы на вопросы:

1. Предложите план обследования больной (лабораторные и инструментальные обследования, консультации необходимых специалистов) - *Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, ФГДС, консультация окулиста.*
2. Возникнет ли необходимость в изменении ранее проводимой пациентке противоревматической терапии, если в результате проведенного дообследования вы обнаружите какие-либо дополнительные отклонения в состоянии пациентки (при ФГДС- *Необходимо немедленно отменить диклофенак натрия, дополнительно назначить ИППП (омепразол, рабепразол, пантопразол; после консультации окулиста- отменить делагил).*
3. Какие вы предпримите меры по контролю безопасности терапии делагилом при его длительном применении? - *Общий анализ крови, исследование глазного дна, исследование полей зрения.*

Задача №25

У пациента, в течение 6 месяцев принимавшего пироксикам по 2 капсулы 0,01 г 1 раз в день по поводу остеоартроза коленного сустава, внезапно появились боли в эпигастрии, затем черный неоформленный стул, головокружение и учащение сердцебиений. Пациент вызвал участкового врача-терапевта на дом.

Ответы на вопросы:

1. Какое осложнение развилось у пациента? - *ЖК-кровотечение.*

2.Какие меры следует предпринять немедленно? - *Оценить состояние пациента. При необходимости - госпитализация. Определение величины кровопотери – динамика ОАК, коагулограмма, ФГДС.*

3.Какие изменения необходимо внести в лечение остеоартроза в дальнейшем? -*Отмена пироксикама. Гемостатическая терапия холод, голод и покой, установка назогастрального зонда, введение в зонд аминокaproновой кислоты, парентеральное введение ИППП.*

Задача №26

Пациент 79 лет (вес 84 кг, рост 180 см). По поводу постоянной формы фибрилляции предсердий, ХСН принимает эналаприл - 20 мг в сутки, спиронолактон - 50 мг 1 раз в сутки, дабигатран этексилат -150 мг 2 раза в сутки, бисопролол - 5 мг в сутки. По данным биохимического анализа крови: АсТ - 21 ед/л, АлТ - 30 ед/л, креатинин - 124 мкмоль/л, калий крови - 4,8 ммоль/л, липидограмма в пределах нормы.

Ответы на вопросы:

1. Прием каких препаратов способствовал нарушению функции почек, развитию кровотечения и брадикардии? - *Одновременное назначение эналаприла и спиронолактон пациенту пожилого возраста с наличием ХБП (можно заподозрить по исходному уровню креатинина) может привести к дальнейшему ухудшению функции почек и гиперкалиемии. Брадикардия могла быть обусловлена приемом бисопролола (бета-адреноблокатор).*

Задача №27

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза: Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; Нб – 141г/л; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой

билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Ответы на вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз: - *Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.*
2. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента - *Рекомендовано соблюдение диеты - стол №5 по Певзнеру, исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день), снижение в пищевом рационе доли животных жиров. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов: фторхинолоны (Ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней). Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотикам. При гиперкинетических нарушениях моторики для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика (Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки) в течение 2-4 недель). При гипомоторных нарушениях - Домперидон (Мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней. Показано назначение холекинетики, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (Сорбит, Ксилит, Сульфат магния, Карловарская соль, Холецистокинин, Холосас); - Холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 минут до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца - холекинетики, только после купирования обострения.*

Задача №28

Больная С. 47 лет на приеме у терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же

времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15х13х11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - *Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.*

2. Определите тактику лечения больного - *Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета № 16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; H₂-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол (предпочтительнее ИПП)); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты в качестве заместительной терапии), когда пациентка начинает понемногу есть (нельзя назначать ферментные препараты, содержащие желчные кислоты). При подтверждении диагноза СД2 типа – консультация эндокринолога, определение уровня глюкозы, гликированного гемоглобина и только потом, препараты сульфаниламидов.*

Задача №29

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий,

при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бетаглобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Ответы на вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз - *Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).*
2. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента - *Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.*

Задача №30

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающуюся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около 3 месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в малых количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Проведена ФГДС: множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Слизистая тела желудка слегка отёчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемизирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Н.р (-).

Ответы на вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз - *ГЭРБ. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит. Хронический антральный гастрит с эрозиями в стадии обострения.*
2. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор - *Этапом лечения ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. Для патогенетической терапии следует выбрать ИПП (эзомепразол, рабепразол, декслансопразол), которые повышают pH в желудке до 4 и более в течение не менее 22 часов в сутки. При лечении ГЭРБ суточную дозу ИПП предпочитают разделить на 2 приема. При этом дозы выше, чем для лечения обострения ЯБ: рабепразол в дозе 20 мг, разделенной на 2 приема. омепразола в дозе 80 мг по 40 мг 2 раза в сутки (Омез 40). Прокинетики дополнительно курсами 2-4 недели - Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день за 25-30 мин до еды, Домперидон 10 мг 3 раза в сутки, альгинаты – Гевискон двойного действия 1 саше 3 раза в день после приёма пищи и на ночь (4 недели). В терапии сопутствующего эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.*

Задача №31

Пациент К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастриальной области, уменьшающиеся после приёма пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула. Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5 лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отёк и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Тест на *геликобактер pylori* (+++).

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз - *Хронический атрофический гастрит, НР-ассоциированный, фаза обострения. Функциональная диспепсия.*
2. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае? Предложите план лечения - *Наличие зон атрофии при НР-ассоциированном гастрите - показание для обязательного проведения эрадикационной терапии, поскольку это является профилактическим мероприятием по предотвращению предраковых изменений слизистой оболочки желудка и собственно рака. Тройная схема эрадикационной терапии первой линии, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + Кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + Амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) в течение 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата (240 мг 2 раза в день) для повышения эффективности эрадикации или - четырехкомпонентная схема на основе Висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), Тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), Метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней. Дополнительно - прокинетики (Итоприд 30 мг 3 раза в день 3 недели, Домперидон 10 мг 3 раза в сутки) для устранения симптомов функциональной диспепсии; - пробиотики.*

Задача №32

Больной В., 53 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастриальной области, возникающие через 2 часа после еды; однократную рвоту «кофейной гущей», появление стула по типу мелены, общую слабость. Страдает язвенной болезнью 12-пк 4 года, обострения 3-4 раза в год. Принимал в периоды обострения ранитидин, фамотидин. На терапию отвечал положительно. После улучшения прекращал прием препаратов. Последнее ухудшение около двух недель, лекарственных препаратов не принимал. Из анамнеза: около 10 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом, курит около 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность неотягощена. Гемотрансфузий, операций не было, аллергологический анамнез неотягощен. Объективно: пониженного питания, рост 178 см, вес 62 кг, кожные покровы бледные, влажные, тургор нормальный; ЧСС- 86 в минуту, АД- 110/70 мм рт. ст., границы сердца в норме, тоны ритмичные, ясные. В легких дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белесоватым налетом, живот симметричный, болезненный в эпигастрии. Симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем- без особенностей. Обследован: ОАК: гемоглобин- 110г/л, эритроциты- $2,91 \times 10^{12}/л$, лейкоциты- $7,2 \times 10^9/л$, тромбоциты $220 \times 10^9/л$, ретикулоциты- 15%, СОЭ-10 мм/час, лейкоформула в норме. Показатели глюкозы крови, креатинина, липидного обмена и функциональные пробы печени в пределах нормы. Сывороточное железо- 10,8 ммоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Общий анализ мочи – без особенностей. ФГДС: язвенный дефект диаметром 0,8 см на задней стенке 12-перстной кишки, средней глубины, края ровные, дно покрыто фибрином, слегка кровоточит, слизистая вокруг гиперемирована, луковица 12-перстной кишки деформирована. Биопсия: антральный отдел - хронический антрум- гастрит с неполной атрофией, высокая степень активности, выраженная обсемененность Н.Р. (+++). УЗИ: деформация желчного пузыря, диффузные изменения рапстеас. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 в минуту, гипертрофия правого предсердия. Диффузные изменения миокарда.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз - *Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения. Хронический атрофический гастрит, геликобактерассоциированный в стадии обострения. Осложнения: ЖК-кровотечение. Сопутствующая патология: Хронический холецистопанкреатит.*

2. Какие антисекреторные средства наиболее предпочтительны в данном случае - *Из антисекреторных средств показаны ингибиторы протонной помпы (омепразол в дозе 40 мг в сутки, рабепразол в стандартной суточной дозе 10 мг в сутки, эзомепразол назначается в дозе 40 мг 1 раз в сутки. Препараты лучше использовать в инъекционной форме. Контроль ОАК. Холод на живот, голод, введение эpsilon-капроновой кислоты, установка назогастрального зонда (1 сутки). Учитывая выявление Н.Р. (+++) пациенту показана антигелиобактерная терапия. Вариант - Тройная схема эрадикационной терапии первой линии, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + Кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + Амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) в течение 10-14 дней. Дополнительно- прокинетики (Итоприд 30 мг 3 раза в день 3 недели, Домперидон 10 мг 3 раза в сутки) для устранения симптомов функциональной диспепсии и пробиотики.*

Задача №33

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

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз - *Язвенная болезнь желудка в стадии обострения, язва малой кривизны желудка (0,5 см в диаметре), ассоциированная с Helicobacter pylori.*

2. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность - *Четырёхкомпонентная схема на основе Висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), Тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), Метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10-14 дней.*

3. Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр. - *Контроль эрадикации осуществляется не ранее 4-6 недель после окончания антигеликобактерной терапии, либо лечения любыми антибиотиками и антисекреторными препаратами сопутствующих заболеваний. Диагностика эрадикации – минимум 2 методами (бактериологическое, исследование с морфологическим исследованием биоптатов (2 из тела желудка и 1 - из антрального отдела и дыхательный тест). Цитологический метод для установления эрадикации не применим.*

4. Препараты какой группы необходимо добавить для купирования тошноты? Приведите пример. - прокинетики (*Итоприд 30 мг 3 раза в день 3 недели, Домперидон 10 мг 3 раза в сутки*) для устранения симптомов функциональной диспепсии.

Задача №34

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

Ответы на вопросы:

1. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность - *Схема эрадикации должна исключать амоксициллин. Квадротерапия: ИПП в стандартной дозе 2 раза в сут + ВТД (Де-Нол) 120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в сут. + Метронидазол 500 мг 3 раза в сут +Тетрациклин 500 мг 4 раза в сут. - 14 дней (по рекомендации рабочей группы Маастрихт-4 –доза омепразола может увеличиваться до 40мг 2 раза в сутки).*

2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения - *Из антисекреторных средств показаны ингибиторы протонной помпы (омепразол в дозах по 40 мг в сутки, рабепразол (Париет) в стандартной суточной дозе 10 мг в сутки, Нексиум назначается 40 мг 1 раз в сутки -4 недели.*

3. Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр - *Контроль эрадикации осуществляется не ранее 4-6 недель после окончания антигеликобактерной терапии. Диагностика эрадикации – минимум 2 методами (бактериологическое, исследование с морфологическим исследованием биоптатов (2 из тела желудка и I - из антрального отдела) и дыхательный тест). Цитологический метод для установления эрадикации не применим.*

Задача №35

Больная М. 52 лет жалуется на боли в левом подреберье, возникающие через 10 мин после приёма жареной, острой пищи, ноющие боли в бедренных костях. По данным ФЭГДС выявлен антральный гастрит. Обнаружен *Helicobacter pylori* (+++). рН-метрия желудочного сока: непрерывный тип секреции со средними щелочными резервами, гистаминергический тип рецепции. По данным рентгенографии выявлен остеопороз бедренных костей.

Ответы на вопросы:

1. Выберите возможный вариант лекарственной терапии у данной больной-*Учитывая выявление Н.Р. (+++) пациенту показана антигелиобактерная терапия. Вариант -*

Тройная схема эрадикационной терапии первой линии, включающая в себя ИПП (омепразол 20 мг 2 раза в сутки) + Кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + Амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) в течение 10-14 дней. Затем продолжение терапии ИПП омепразол 20 мг 1 раз в сутки до 4 недель или Де-нолом по 240 мг 3 раза в сутки и 1 таблетке на ночь.

2. Укажите, какие побочные эффекты могут вызывать выбранные вами препараты (омепразол, де-нол). Омепразол - *Нарушения со стороны ЖКТ (запоры или диарея), аллергические реакции (сыпь, крапивница); де-нол-*

- Изменение окраски стула, головные боли, головокружения.

3. Через несколько дней лечения *Helicobacter pylori* не обнаруживается, однако больную продолжают беспокоить боли в эпигастральной области. Выберите более эффективное лечение - *Добавить к терапии прокинетики (Итоприд 30 мг 3 раза в день 3 недели, Домперидон 10 мг 3 раза в сутки) для устранения дискинезии.*

Задача №36

Больной К., 32 лет по поводу имеющейся у нее “ревматической болезни, II степени активности” стационарно назначен диклофенак натрия 0,025 г 4 раза в сутки, бициллин-5 по 1 500 000 ЕД в/м 1 раз в 4 недели. Через 2 недели после начала терапии у больной появились боли в эпигастральной области умеренной интенсивности.

Ответы на вопросы:

1. Предложите план обследования больной (лабораторные и инструментальные обследования, консультации необходимых специалистов) - *Общий анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, ФГДС.*

2. Следует ли пациентке отменить или коррегировать проводимую ей терапию? - *Следует провести коррекцию терапии отменить диклофенак натрия, заменить его на селективный НПВП. Дополнительно следует назначить ИПП для профилактики НПВП-гастропатии ИПП (омепразол, рабепразол, пантопразол).*

Задача №37

У пациента, в течение 2 месяцев принимавшего пролонгированную форму диклофенака натрия 100мг в сутки по поводу остеоартроза коленного сустава, внезапно появились боли в эпигастрии, затем черный неоформленный стул, головокружение и учащение сердцебиений. Пациент вызвал участкового врача-терапевта на дом.

Ответы на вопросы:

1. Какое осложнение развилось у пациента? - *ЖК-кровотечение.*

2. Какие меры следует предпринять немедленно? - *Оценить состояние пациента. При необходимости госпитализация. ОАК (величина кровопотери), коагулограмма, ФГДС. Гемостатическая терапия: холод, голод и покой, установка назогастрального зонда, введение в зонд аминокaproновой кислоты, парентеральное введение ИПП.*

3. Какие изменения необходимо внести в лечение остеоартроза в дальнейшем? - *Отмена диклофенака натрия.*

Задача №38

Пациент 79 лет (вес 84 кг, рост 180 см). По поводу постоянной формы фибрилляции предсердий, ХСН принимает эналаприл 20 мг в сутки, спиронолактон 50 мг 1 раз в сутки, дабигатран этексилат (150 мг 2 раза в сутки), бисопролол 5 мг в сутки. По данным биохимического анализа крови: АсТ 21 ед/л, АлТ 30 ед/л, креатинин 124 мкмоль/л, калий крови 4,8 ммоль/л, липидограмма в пределах нормы. Около 5 дней назад в связи с выраженным болевым синдромом в области тазобедренного сустава участковым терапевтом был назначен кетопрофен 100 мг в/м 2 раз в сутки № 5. Через 4 дня после начала инъекций кетопрофена появились брадикардия и признаки желудочно-кишечного кровотечения. В общем анализе крови - гемоглобин 88 г/л. В биохимическом анализе крови: креатинин - 186 мкмоль/л, калий крови - 6,1 ммоль/л. При ЭГДС выявлены множественные кровотокающие эрозии желудка.

Ответы на вопросы:

1. Выявлены ли какие-либо недостатки в назначенной терапии или дозах препаратов (ответ обосновать)? - ЖК-кровотечение обусловлено одновременным приемом кетопрофена и развитием НПВП-гастропатии и дабигатрана этексилата. У пациента старше 75 лет не проведена оценка функции почек, которая ухудшается после назначения кетопрофена. При выявлении нарушенной функции почек, если клиренс креатинина - менее 30 мл/мин дабигатран не должен назначаться. При более высоких значениях креатинина (50-80 мл/мин) в случаях высокого риска кровотечений должна быть снижена доза до 220 мг в сутки, особенно на фоне одновременного приема НПВП. Согласно Фармакопее в/м введение кетопрофена должно быть ограничено 2 инъекциями (для купирования острой боли), затем препарат должен быть отменен или применяться внутрь. Одновременное назначение прямых антикоагулянтов - дабигатрана этексилата повышают риск развития кровотечения.

2. Предложите методы терапии и профилактики НПР у данного больного - Отмена кетопрофена и дабигатрана. Гемостатическая терапия холод, голод и покой, установка назогастрального зонда, введение в зонд аминокaproновой кислоты, парентеральное введение ИПП.

Задача №39

Пациентка, женщина 30 лет. Беременность 24 недели. Беспокоят боли и рези при мочеиспускании, частые позывы 14 раз в сутки. В анамнезе - подобная картина повторяется 2-3 раза в год. В ОАМ-бактериурия, лейкоцитурия до 25-40 в поле зрения, эритроцитурия - 7-8 в поле зрения.

Ответы на вопросы:

1. Поставить диагноз - Хронический цистит, обострение. Беременность 24 недель.

2. Провести дополнительные исследования - Консультация гинеколога, УЗИ почек, ОАМ - еженедельно, бак. посев мочи до начала и после окончания курса лечения. Асимптоматическая бактериурия диагностируется в случае выделения одного и того же штамма бактерий в 2 образцах, взятых с интервалом 24 ч, а количество бактерий достигает значения $\geq 10^5$ КОЕ/мл. Асимптоматическая бактериурия не требует лечения, кроме беременных женщин и перед инвазивными вмешательствами на мочевых путях и

половых органах, при которых возможны кровотечение и повреждение слизистой оболочки.

3. Какие группы антибактериальных средств рационально использовать при инфекциях мочевыводящих путей и почек - Амоксициллин/клавуланат 0,625 г 3 раза в день (7-10 дней) + уроантисептики растительного (канефрон по 50 капель 3 раза в день; клюквенный морс); цефиксим 400 мг 1 раз в сутки или 200мг 2 раза в сутки.

Задача №40

Пациентка, женщина, 38 лет. В анамнезе – хронический цистит с обострениями 2-3 раза в год. В ОАМ-бактериурия, лейкоцитурия - до 40 в поле зрения, эритроцитурия -7-8 в поле зрения. Из мочи выделена кишечная палочка - 10^5 - 10^6 КОЕ/мл. Пациентке предстоит цистоскопия.

Ответы на вопросы:

- 1.Поставить диагноз - *Хронический цистит, обострение.*
- 2.Провести дополнительные исследования - *Консультация гинеколога, УЗИ почек, ОАМ - бак. посев мочи до начала и после окончания курса лечения.*
3. Какие группы антибактериальных средств рационально использовать для антибиотикопрофилактики при цистоскопии? - *Однократно амоксициллин/клавуланат 1,0 г за 3 часа до манипуляции.*

Задача №41

Пациент С., 76 лет (вес 82 кг, рост 178 см). По поводу постоянной формы фибрилляции предсердий, ХСН принимает лизиноприл 20 мг в сутки, спиронолактон 100 мг 1 раз в сутки, дабигатран этексилат (150 мг 2 раза в сутки), метопролол - 25 мг в сутки. По данным биохимического анализа крови: АсТ -22 ед/л, АлТ -29 ед/л, креатинин 118 мкмоль/л, калий крови 4,7 ммоль/л, липидограмма в пределах нормы. Около 5 дней назад в связи с выраженным болевым синдромом в области тазобедренного сустава участковым терапевтом был назначен мелоксикам 1,5 мл (15 мг) в/м 1 раз в сутки № 5. Через 4 дня после начала инъекций мелоксикама появились брадикардия и признаки желудочно-кишечного кровотечения. В общем анализе крови - гемоглобин 98 г/л. В биохимическом анализе крови: креатинин - 176 мкмоль/л, калий крови - 6,2 ммоль/л. При ФГДС выявлены множественные кровоточащие эрозии желудка.

Ответы на вопросы:

1. Выявлены ли какие-либо недостатки в назначенной терапии или дозах препаратов (ответ обосновать)? - *Согласно Фармакопее в/м введение мелоксикама должно быть ограничено 2 инъекциями (для купирования острой боли), затем препарат должен быть отменен или применяться внутрь. Пациенту мелоксикам назначался одновременно с прямым антикоагулянтом дабигатраном этексилатом, что повышает риск развития кровотечения.*
2. Что способствовало нарушению функции почек, развитию кровотечения и брадикардии? - *У пациента старше 75 лет не проведена оценка функции почек до начала терапии, которая ухудшается после назначения мелоксикама, лизиноприла. Одновременное назначение лизиноприла и спиронолактона у пациента пожилого возраста с наличием ХБП*

(можно заподозрить по исходному уровню креатинина) может привести к дальнейшему ухудшению функции почек и гиперкалиемии. Брадикардия могла быть обусловлена приемом метопролола (бета-адреноблокатор).

Задача №42

Пациентка 70 лет находится в стационаре в течение суток по поводу обострения хронического пиелонефрита. В анамнезе: лихорадка в течение 3х дней до 38.5⁰ С с ознобами, беспокоят боли в поясничной области справа, выраженная слабость. В ОАК - лейкоцитоз - 12х10⁹/л с палочко-ядерным сдвигом влево, повышенная СОЭ до 35 мм в час. В ОАМ – лейкоциты на все поле зрения. По назначению врача получает Флемоклав Солютаб (875\125 мг) 2 раза в сутки. При обходе у больной замечены упаковки с препаратом Аугментин в таблетках, которые она принимала дома в течение 6 дней.

Ответы на вопросы:

1.Предполагаемый диагноз - *Хронический пиелонефрит, обострение.*

2.План обследования - *Исключить обструкцию мочевых путей:*

- *УЗИ почек, мочевых путей, мочевого пузыря, половых органов.*
 - *При обструкции МВП - дренирование (стент, пункционная нефростома, катетер).*
- Дополнительно к ОАК, ОАМ: бак. посев мочи до начала лечения, прокальцитонин, СРБ, УЗИ почек, КТ.*

3. К каким группам относятся оба препарата, которые пациентка принимала в домашних условиях? Допустимо и рационально ли одновременное применение этих средств? Как, с учетом полученной от пациентки информации, можно оценить назначенную в отделении терапию? - *По назначению врача получает Флемоксин Солютаб в состав которого входят амоксициллин+клавулановая кислота. Повторно назначение данного препарата (она ранее получала аугментин (амоксициллин/клавулановая кислота) нецелесообразно, поскольку эффект от их приема в течение 3-х дней отсутствовал.*

Задача №43

Пациент Ш, 68 лет с инфарктом головного мозга находится в неврологическом отделении. В анамнезе сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь 3 ст., 2 ст., группа риска 4, ДГПЖ. Установлен мочевого катетер. На 7 сутки пребывания в ОРИТ выявлены признаки развития инфекции мочевыводящих путей с острой задержкой мочи, по поводу чего был поставлен уретральный катетер, ОПН (креатинин - 240 мкмоль/л) и назначена антибактериальная терапия ципрофлоксацином. Из мочи выделен *Enterococcus faecalis*, чувствительный к ампициллину. В гемокультуре, взятой на 3-й день лечения Амоксиклавом - *Klebsiella pneumoniae*, БЛСР штамм (бета-лактамазы расширенного спектра).

Ответы на вопросы:

1.Предполагаемый диагноз - *Учитывая выделение из крови пациента *Klebsiella pneumoniae* у него имеется уросепсис, смешанной этиологии (*Klebsiella pneumoniae* + *Enterococcus faecalis*). Течение уросепсиса осложняется тяжелой коморбидной патологией - Сахарным диабетом, артериальной гипертензией, ДГПЖ. У пациента имеется ОНМК. Оценка*

тяжести состояния пациента основывается на выраженности ПОН. Критериями ССВР являются наличие температуры (лихорадки), нестабильность /нарушение гемодинамических показателей - ЧСС > 90 в 1 мин, одышка - ЧДД > 20 в 1 мин, или гипервентиляция $P_a CO_2 \leq 32$ ммНг, измененные лабораторные показатели лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом > 12 тыс./мм, п/я сдвиг $\geq 10\%$, повышенный уровень СРБ, прокальцитонина (свыше 10). Выраженность полиорганной недостаточности оценивается по состоянию церебральной, почечной недостаточности, миокардиальной недостаточности, выраженности дистресс-синдрома.

2.Ваши рекомендации по антимикробной терапии уросепса? - Смена антибиотиков. Назначение карбапенемов с антисинегнойной активностью, учитывая наличие у пациента госпитальной инфекции МВП, расширенного спектра действия (меропенем, имипенем/циластатин, дорипенем), защищенных цефалоспоринов (цефоперазона/сульбактама) в комбинации с антибиотиками грамположительного резерва (ванкомицин, линезолид). Назначать ампициллин, амоксициллин/клавуланат нецелесообразно, поскольку они разрушается *Klebsiella pneumoniae*, БЛСР штамм.

Задача №44

В приемное отделение клинической больницы поступил больной Н, 56 лет с жалобами на резкую слабость, непродуктивный кашель, боли в грудной клетке при кашле и глубоком дыхании, повышение температуры до $39,9^{\circ}C$. Вышеперечисленные жалобы появились в течение 3 дней, никуда не обращался, самостоятельно принимал только парацетамол до 3 таблеток в день. В анамнезе: курит до 20 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. В общем анализе крови – лейкоцитоз до $13,0$; сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/час. При рентгенографии выявлено затемнение всей нижней доли слева, подчеркнута междолевая плевро.

Ответы на вопросы:

1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его? - Внебольничная левосторонняя плевропневмония, тяжелое течение. Требуется госпитализация пациента. Обязательно проведение микробиологических исследований. Нельзя исключить аспирационную пневмонию, вызванную *Kl. pneumoniae*.

2.Какое лечение назначить больному? - Госпитализация. Антибиотики широкого спектра действия -Амоксициллин/клавуланат, Цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефотаксим) в комбинации с макролидами, или респираторными фторхинолоны (лучший вариант).

3.Обоснуйте выбор антибиотиков в случае выявления *Kl. pneumoniae* БЛСР штамма - пересмотр антимикробной терапии, назначение антимикробных препаратов грамотицидабельного резерва (карбапенемы).

4.Какова ориентировочная продолжительность лечения? - Не менее 10 дней, обязательный рентгенологический, микробиологический контроль. Оценка в динамике ОАК, острофазовых проб (СРБ, прокальцитонин - положительная реакция - снижение уровня прокальцитонина на 50%).

Задача №45

По направлению участкового терапевта поступила больная С., 25 лет, с жалобами на слабость, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37,7°C. Заболевание началось с першения в носоглотке, заложенности носа, кашля. Принимала амоксициллин по 0,5 3 раза в день, но без эффекта, к концу недели повысилась температура, усилилась слабость. При рентгенографии выявлена инфильтрация легочной ткани в S10 справа. Известно, что сестра больной имеет ту же симптоматику, от госпитализации отказалась.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте диагноз - *Внебольничная правосторонняя сегментарная пневмония.*
2. Какова предположительная этиология болезни? - *Вероятнее всего, микоплазменная или микстовая.*
3. Назначьте лечение - *Макролиды (кларитромицин или азитромицин, но возможно назначение и других макролидов).*
4. Каковы сроки антибиотикотерапии? - *7-10 дней в монотерапии (из-за вторичной резистентности).*

Задача №46

Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие базовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в мин. Перегрузка правых отделов сердца - с учетом клиники. ОАК: лейкоциты- $9,2 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты- $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, НЬ -106г/л, СОЭ -19, п/я- 6, с/я- 62, Э.- 1, М. - 3, лимфоциты - 28. ОАМ: ж, прозрачная, 1015, белок -0,033%, сахар отрицательный, лейкоциты - 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения. Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, лейкоциты – в большом количестве, пл. эпителий -10-15 в п/зрения. Ро - графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочной рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте диагноз – *ХОБЛ, среднетяжелое течение, стадия обострения. Вторичная эмфизема, пневмосклероз. Легочное сердце. ДН2 ст.*

2. Лечебная тактика.

1) Антибактериальная терапия (*Амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины 3 - 4 поколения (цефтриаксон, цефотаксим), «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин).* После получения результатов микробиологического исследования, коррекция терапии.

2) Средства, улучшающие отхождение мокроты (*мукорегуляторы, наиболее распространенные муколитические препараты: амброксол, ацетилицистеин, карбоцистеин и их производные).* Ингаляции с амброксолом.

3) Небулайзерная терапия (*бета2-агонисты+М-холинолитики*) - беродуал, тиотропия бромид (*Спирива*).

3. Предложите программу реабилитации пациента. *Физиотерапия, ингаляции, ЛФК, массаж грудной клетки.*

Задача №47

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 отечная, миндалины почти полностью смыкаются, покрыты налетом серо-белого цвета, распространяющимся на небные дужки и язычок. Пограничная слизистая оболочка гиперемирована, с цианотичным оттенком. Из носа слизисто-гнойные 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, гипертензия, 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 сдвленный (сильный?) голос больного, поэтому показана срочная консультация оториноларинголога.

Задача №48

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

Ответы на вопросы:

1. Поставить диагноз - *Хронический цистит, обострение. Беременность 24 недели.*
2. Какие группы антибактериальных средств рационально использовать при инфекциях мочевыводящих путей и почек у беременных? - *Развитие инфекции мочевыводящих путей в период беременности рассматривается как осложненная инфекция. Допустимо назначение Амоксициллин/клавуланата 0,625 г 3 раза в день (7-10 дней) + уроантисептиками растительного (канефрон по 50 капель 3 раза в день; клюквенный морс), а также пероральных ЦФЗ поколения (цефподоксин, цефиксим, цефдиторен). Требуется дополнительное обследование (консультация гинеколога, УЗИ почек, ОАМ - еженедельно, бак. посев мочи до начала и после окончания курса лечения/*
3. Какие из используемых амбулаторно препаратов будут противопоказаны беременной женщине или ребенку? *Нитрофурантоин – противопоказан при беременности, детям до 12 лет не рекомендуется из-за большой дозы вещества в 1 таб.; Фосфомицина трометамол – противопоказан для детей до 12 лет; Фуразидин – противопоказан до 18 лет и при беременности; Фторхинолоны, сульфаниламиды – противопоказаны.*

Задача №49

Пациентка 73 лет находится в стационаре в течение суток по поводу обострения хронического пиелонефрита. В анамнезе: лихорадка в течение 5 дней до 38.5⁰С с ознобами, беспокоят боли в поясничной области справа, выраженная слабость. В ОАК - лейкоцитоз - 15x10⁹/л с палочкоядерным сдвигом влево, повышенная СОЭ до 45 мм в час. В ОАМ –

лейкоциты на все поле зрения. По назначению врача получает Амоксиклав (1 г х 2 р/сут). Ранее у пациентки отмечалась аллергия на бензилпенициллин.

Ответы на вопросы:

1.Предполагаемый диагноз -*Хронический пиелонефрит, обострение. Подозрение на уросепсис.*

2.План обследования - *Исключить обструкцию мочевых путей: УЗИ почек, мочевых путей, мочевого пузыря, половых органов. При обструкции МВП - дренирование (стент, пункционная нефростома, катетер). Дополнительно к ОАК, ОАМ: бак. посев мочи до начала лечения, прокальцитонин, СРБ, УЗИ почек, КТ почек.*

3.В течение какого времени должна быть назначена эмпирическая терапия? -*В течение 1 часа – эмпирическая антимикробная терапия (антибиотики широкого спектра действия), после определения возбудителя (24-72 ч.). Препараты выбора: ЦФ 3-4 поколения, карбапенемы, фторхинолоны в комбинации с аминогликозидами. После получения результатов микробиологического исследования - деэскалация (назначение препарата узкого спектра действия).*

4.Как, с учетом полученной от пациентки информации, можно оценить назначенную в отделении терапию? - *как нерациональную. Высокая вероятность развития аллергических реакций на пенициллины. Необходима смена группы антибиотика.*

Задача №50

Пациент 83 лет с инфарктом головного мозга в неврологическом отделении. Страдает сахарным диабетом II типа, артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью IIБ стадии, ДГПЖ. На 12 сутки течение заболевания осложнилось инфекцией мочевыводящих путей с острой задержкой мочи, по поводу чего был поставлен уретральный катетер, ОПН (креатинин - 286 мкмоль/л) и назначена антибактериальная терапия ципрофлоксацином. В гемокультуре, взятой на 5-й день лечения ципрофлоксацином - *Klebsiella pneumoniae*, БЛШС (бета-лактамазы широкого спектра).

Ответы на вопросы:

1.Предполагаемый диагноз - *Учитывая выделение из крови пациента Klebsiella pneumoniae у пациента имеет место развитие уросепсиса, грамотрицательной этиологии (Klebsiella pneumoniae). Течение уросепсиса осложняется тяжелой коморбидной патологией - Сахарным диабетом, артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью IIБ стадии, ДГПЖ на фоне ОНМК.*

2.Проведите оценку тяжести состояния пациента на фоне развившегося осложнения - *Оценки тяжести состояния пациента основывается на выраженности ПОН. Критериями ССВР являются наличие температуры (лихорадка), нестабильность /нарушение гемодинамических показателей - ЧСС ≥ 90 в 1 мин, одышка - ЧДД ≥ 20 в 1 мин, или гипервентиляция $PaCO_2 \leq 32$ ммHg, измененные лабораторные показатели лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом ≥ 12 тыс./мм, п/я сдвиг $\geq 10\%$, повышенный уровень СРБ, прокальцитонина (свыше 10). Выраженность полиорганной недостаточности*

оценивается по состоянию церебральной, почечной недостаточности, миокардиальной недостаточности, выраженности дистресс-синдрома.

3. Какие группы антибактериальных средств рационально использовать в данном случае?

Препараты 1 линии: Аминогликозиды + фторхинолоны – возможная комбинация, например, если в качестве ФХ используются АМП ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин. При назначении аминогликозидов у пациентов пожилого возраста следует обязательно исследовать до начала введения АГ клиренс креатинина и исключить ХПН. В любом случае рекомендуется придерживаться среднерекомендованных доз АГ, курс не должен превышать 7 дней, строгий контроль в процессе терапии клиренса креатинина, диуреза.

Препараты 2 линии: Аминогликозиды + цефалоспорины III-IV поколения.

Задача №51

Женщине 46 лет, находящейся в стационаре по поводу внебольничной пневмонии, назначено введение цефтриаксон в дозе 1.0 в сутки на лидокаине 1% раствор -2.0 мл; перед этим, находясь дома, получала в течение 3 дней амоксициллин (Флемоксин Соллютаб) без эффекта. Со слов пациентки, имеет аллергию на неизвестный ей препарат, который 1,5 года назад вводился в стоматологическом кабинете (реакция – отек Квинке). Врачом рекомендовано введение цефтриаксона (2 г x 1 р/сут).

Ответы на вопросы:

1. Какую ошибку допустил лечащий врач? Что используется в качестве растворителя цефтриаксона? Какой раствор лидокаина и в каком количестве используется с данной целью? - Лидокаин 20 мг/мл -2.0 мл. Вероятнее всего, при обезболивании в стоматологическом кабинете вводился лидокаин, на который возникла аллергическая реакция типа отека Квинке. Назначение цефтриаксона на лидокаине 1% раствор -2.0 мл является ошибочным и может привести к развитию анафилактического шока.

2. К какой группе антибактериальных препаратов относится цефтриаксон. Перечислите другие препараты, относящиеся к цефалоспорином 3 поколения. - ЦФЗ поколения. Парентеральные препараты ЦФ 3 поколения - цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон. Комбинированные препараты - цефоперазон/сульбактам, цефотаксим/сульбактам, цефтриаксон/ сульбактам, цефтазидим/авибактам; пероральные - цефиксим, цефтибутен, цефдиторен, цефподоксим, цефтобипрол.

3. Какие НПР могут возникать на фоне применения цефтриаксона- побочное действие цефтриаксона (аллергические реакции: лихорадка, эозинофилия, кожная сыпь, крапивница, мультиформная экссудативная эритема, отек Квинке, анафилактический шок, сывороточная болезнь, местные реакции при в\в введении (флебиты), со стороны ЦНС- головная боль, головокружение, со стороны мочевыделительной системы (олигурия, нарушение функции почек), со стороны пищеварительной системы (тошнота, рвота, нарушение вкуса, псевдохолелитиаз, глоссит, диарея, запор, псевдомембранозный колит, псевдохолелитиаз, кандидомикоз, суперинфекция), со стороны органов кроветворения (анемия, лейкопения, лейкоцитоз, лимфопения, нейтропения, тромбоцитопения, тромбоцитоз, носовые кровотечения, гемолитическая анемия).

Задача №52

У больной 35 лет, находившейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39 °С, озноб, симптом поколачивания резко положительный. В общем анализе мочи признаки инфекции мочевых путей. Поставлен диагноз «острый пиелонефрит» на фоне мочекаменной болезни в баклабораторию отправлен материал для посева.

Ответы на вопросы:

1. Препарат какой группы антибактериальных химиотерапевтических средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор - *Стартовая эмпирическая терапия в стационаре, учитывая, что наиболее вероятным возбудителем являются представитель семейства Enterobacterales (чаще E. coli) - грамотрицательные возбудители*

2. Через 2 дня антибиотикотерапии клинический эффект незначительный, бактериологически выяснено, что кишечная палочка – продуцент β-лактамаз расширенного спектра, разрушающего все пенициллины и цефалоспорины. Предложите выбор антибиотика - *Препараты грамотрицательного резерва - карбапенемы (меропенем, имипенем/циластатин), допустимо в комбинации с аминогликозидами под контролем функции почек). После получения результатов посева - деэскалационная терапия.*

3. Данные бактериологического анализа показали чувствительность кишечной палочки к Имипенему и Меропенему. Какой из этих препаратов назначить больной? - *Любой из этих препаратов при сохраненной функции почек.*

4. На 4 день применения Меропенема появилась крапивница, отек Квинке, в связи с чем препарат отменён. Предложите замену препарата - *Цефоперазон/сульбактам, цефтазидим/авибактам.*

5. Какой длительности должен быть курс антибиотикотерапии при осложненном пиелонефрите? *14. дней*

6. Какие профилактические средства назначаются при рецидивирующих инфекциях МВП - *растительные уросептики (канефрон, уролесан), уро-Ваксом.*

Задача №53

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

Ответы на вопросы:

1. Выберите наиболее оптимальный противомикробный препарат.

а) Цефтриаксон

- b) Гентамицин
- c) Ко-тримаксозол
- d) Амоксициллин/клавуланат
- e) Амоксициллин

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

- a) Оставить ранее выбранный режим дозирования препарата.
- b) Уменьшить кратность введения и снизить дозу.
- c) Увеличить кратность введения и дозу.
- d) Уменьшить кратность введения без снижения дозы.
- e) Немедленно отменить препарат.

Вопросы для собеседования

1. Виды фармакотерапии – 1) *Этиотропная терапия* – направлена на ликвидацию причины болезни; 2) *патогенетическая терапия* – направлена на устранение или подавление механизмов развития болезни; 3) *симптоматическая терапия* – направлена на устранение или уменьшение отдельных проявлений (симптомов) болезни; 4) *заместительная терапия* проводится при недостаточности естественных биологически активных веществ; 5) *профилактическая терапия* направлена на предупреждения развития заболеваний.

2. Факторы, определяющие индивидуальную чувствительность к ЛС- возраст; пол; масса тела; состояние ЖКТ; кровообращения; функции почек; функции печени; пути введения; состав и количество пищи; скорость метаболизма; одновременное применение других ЛС.

3. 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. «Брендируемые» генерики – генерические лекарственные средства, которые имеют запатентованное название и продаются на фармацевтическом рынке > 10 лет.

4. Особенности лекарственных форм с контролируемым высвобождением- 1) Уменьшение частоты дозирования; 2) Увеличение комплаентности; 3) Удобство для пациента; 4) Высокая стабильность концентрации в плазме крови; 5) Высокая стабильность фармакодинамических эффектов.

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

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

7. 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).

8. Фармакокинетическая эквивалентность ЛС - препараты имеют одинаковые

фармакокинетические параметры (различия площадей под фармацевтическими кривыми (AUCt) не более 20%).

9.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.

10.Возрастные группы в фармакологии -1) недоношенные;2) новорожденные 24 – 40 недель
а) Новорожденные 0 – 2 месяца, б) Младенцы 2 месяца – 1 год; 3) Дети 1 – 12 лет; 4) Подростки 12 – 20 лет;5) Взрослые 20 – 65 лет;6) Пожилые старше 65 лет.

11.Особенности всасывания ЛС в организме новорожденного – 1) кровоток в месте введения ЛС определяется физиологическим статусом ребенка (уменьшают кровоток – шок, сужение сосудов, вызванное симпатомиметическими средствами, сердечная недостаточность); 2) желудочно-кишечная функция новорожденного быстро меняется в течение первых нескольких дней жизни - секреция HCl снижена в первые 10 дней, поэтому нельзя per os назначать ЛС, которые полностью или частично инактивируются при низком pH; 3) время прохождения кишечного содержимого у новорожденного замедленно (обеспечивает большую всасываемость ЛС и удлинение их эффектов),4) в первые месяцы жизни отмечается низкая активности ферментов желудка и кишечника (желчные кислоты, липаза). Данное обстоятельство снижает всасывание жирорастворимых ЛС.

12.Особенности в распределении лекарственных средств у новорожденных – 1) Новорожденные имеют больше воды (70-75%), по сравнению с взрослыми (50-60%) и внеклеточной жидкости (у новорожденных 40%, а у взрослых – 20%);2) Vd некоторых ЛС за счет большого количества воды увеличивается; количество жира в организме ребенка увеличивается с возрастом (способствует накоплению липофильных ЛС); связывание ЛС с белками снижено.

13.Особенности метаболизма ЛС у новорожденных - более низкий метаболизм ЛС за счет снижения активности ферментов микросомального окисления (50-70% от значений взрослого). Поэтому ЛС медленно элиминируются и имеют длительный период полувыведения (салицилаты, индометацин, теофиллин, фенobarбитал, диазепам.)

14.Особенности выделения ЛС у новорожденных – снижена экскреторная функция почек (клубочковая фильтрация - 30% и достигает уровня взрослого только к 9-12 месяцам). В этом случае $T_{1/2}$ ряда ЛС, экскретируемых почками, увеличен (полусинтетические пенициллины, аминогликозиды).

15.Классификация ЛС по категориям действия на плод – 1) Категория А – безопасность ЛС по отношению к плоду доказана в доклинических и клинических испытаниях (левотироксин, фолиевая кислота, нистатин, активированный уголь);2)Категория В – безопасность ЛС по отношению к плоду доказана в опытах на животных, но клинические испытания (КИ) не завершены или токсичность ЛС по отношению к плоду доказана в опытах на животных, но безопасность подтверждена в КИ; 3) Категория С – токсичность ЛС по отношению к плоду доказана в опытах на животных, КИ не завершены, но польза для матери превышает риск развития токсичных эффектов у плода.

16.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.

17. Особенности поведения ЛС в пожилом возрасте - *изменяется фармакокинетика и фармакодинамика ЛС, возрастает риск нежелательных лекарственных взаимодействий, атипичные побочные реакции на ЛС.*

18. Особенности фармакодинамики лекарственных средств в организме пожилого человека - *уменьшается число специфических рецепторов; чувствительность к ЛС увеличивается и извращается из-за снижения физической активности, сниженного потребления пищи и воды, склонности к запорам, витаминной недостаточности, ухудшения кровоснабжения тканей; характер ответа на ЛС разнонаправлен и трудно прогнозируем.*

19. 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; начинать терапию с небольших доз ЛС; 4) титровать дозы до нужного эффекта; 5) упростить режим применения ЛС; 6) обеспечить приверженность пациента к лечению.*

20. 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.*

21. Деэскалационная 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.*

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

23. 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.*

24. 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.*

25. 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 Х – 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).

Перечень вопросов для зачетного занятия

1. Пути введения лекарственных средств. Характеристика, условия выбора каждого из путей введения и их недостатки.
2. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны. Показатели всасывания лекарственных средств и их определение. Факторы, влияющие на всасываемость лекарственных средств.
3. Распределение лекарственных средств в органах и тканях. Показатели распределения лекарственных средств и их определение. Факторы, влияющие на распределение лекарственных средств. Связывание лекарственных средств с белками плазмы крови.
4. Метаболизм лекарственных средств. Пресистемный метаболизм.
5. Типы реакций метаболизма лекарственных средств в организме. Индукторы и ингибиторы метаболизма. Немикросомальная биотрансформация. Печеночный клиренс. Энтеропеченочная циркуляция.
6. Выведение лекарственных средств. Параметры выведения (элиминации) и их расчет. Расчет клиренса креатинина.
7. Биологическая доступность. Относительная и абсолютная биодоступность. Практическое значение этих показателей.
8. Понятие о биоэквивалентности лекарственных веществ (фармацевтическая, терапевтическая). Пик концентрации лекарственных веществ в крови. Время достижения максимальной концентрации. Площадь «под кривой изменения концентрации лекарства» в крови.
9. Связь фармакодинамики и фармакокинетики. Определение величины фармакологического эффекта. Терапевтический эффект, терапевтический диапазон и терапевтическая широта лекарственного средства. Поддерживающая доза.
10. Дозирование лекарственных средств. Зависимость фармакокинетики лекарственных веществ от дозы и времени (линейная и нелинейная кинетика, время зависящая фармакокинетика). Режимы дозирования лекарственных средств.
11. Влияние возраста человека на действие лекарственных средств. Особенности фармакотерапии у новорожденных.
12. Особенности фармакотерапии при беременности и у лактирующих женщин.
13. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте.
14. Взаимодействие лекарственных средств. Виды. Нежелательные и рациональные сочетания лекарственных средств.
15. Нежелательные лекарственные реакции. Классификация НЛР ВОЗ. Характеристика типов НЛР.
16. Сердечные гликозиды. Классификация. Механизм действия. Фармакокинетика и фармакодинамика сердечных гликозидов. Дозирование сердечных гликозидов. Методы контроля за действием сердечных гликозидов. Гликозидная интоксикация.
17. Классификация ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Механизмы гипотензивного действия ингибиторов АПФ. Показания, противопоказания и НЛР

ингибиторов АПФ

18. Классификация и механизм гипотензивного действия блокаторов рецепторов ангиотензина I типа. Механизмы гипотензивного действия, показания, противопоказания и НЛР блокаторов рецепторов ангиотензина I типа.

19. Классификация альфа-адреноблокирующих средств. Фармакодинамика, механизм их действия. Показания, противопоказания и НЛР альфа-адреноблокаторов. Рациональное комбинирование их с другими гипотензивными средствами.

20. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.

21. Классификация бета-адреноблокаторов. Механизмы гипотензивного и антиангинального действия бета-адреноблокаторов. Показания, противопоказания и НЛР бета-адреноблокаторов.

22. Механизм гипотензивного действия препаратов, стимулирующих альфа₂ и имидазолиновые рецепторы в продолговатом мозге. Показания, противопоказания и НЛР к назначению препаратов, стимулирующих альфа₂ и имидазолиновые рецепторы в продолговатом мозге.

23. Классификация антикоагулянтов прямого действия. Механизм действия и фармакодинамика препаратов нефракционного гепарина. Показания, противопоказания и НЛР нефракционного гепарина.

24. Особенности действия низкомолекулярных гепаринов. Показания, противопоказания и НЛР препаратов НМГ.

25. Классификация непрямых антикоагулянтов. Механизм действия и фармакодинамика непрямых антикоагулянтов.

26. Классификация антикоагулянтов прямого действия. Механизм действия и основные фармакодинамические эффекты низкомолекулярных гепаринов. Показания, противопоказания и НЛР препаратов НМГ.

27. Классификация пероральных антикоагулянтов прямого действия. Механизм действия и фармакодинамика препаратов. Показания, противопоказания и НЛР препаратов пероральных антикоагулянтов прямого действия.

28. Классификация тромболитических препаратов. Механизм действия и фармакодинамика тромболитиков. Показания, противопоказания и НЛР при проведении тромболитической терапии.

29. Классификация противосклеротических препаратов. Механизм липиднормализующего действия статинов. Показания, побочные эффекты и противопоказания к назначению статинов. Дозирование статинов, контроль за их применением.

30. Классификация блокаторов кальциевых каналов. Механизмы антиангинального и противоишемического действия антагонистов кальция дигидропиридинового ряда.

31. Нитровазодилататоры. Механизм антиангинального действия. Механизмы развития толерантности к нитратам. Способы предупреждения развития толерантности к нитратам.

32. Классификация мочегонных средств. «петлевые» диуретики. Механизмы действия. Показания к применению, побочные эффекты. Дозирование. Контроль эффективности и безопасности их применения. Рациональные комбинации диуретиков.

33. Выбор диуретических средств при лечении больных с сердечной недостаточностью. Гемодинамические, обменные, гемореологические расстройства при назначении диуретиков и методы их коррекции.

34. Особенности применения диуретиков в лечении артериальной гипертензии. Показания и противопоказания к назначению салуретиков у больных артериальной гипертензией.

35. Классификация ЛС, влияющих на бронхиальную проходимость. Факторы и основные механизмы синдрома бронхообструкции.

36. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности β₂-симпатомиметиков. Показания и НЛР, возникающие при их применении. Методы их коррекции и

профилактики. Способы доставки броходилататоров. Комбинированная бронхолитическая терапия.

37. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности М-холиноблокаторов. Показания и НЛР, возникающие при их применении. Методы их коррекции и профилактики. Способы доставки броходилататоров. Комбинированная бронхолитическая терапия.

38. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности иГКС. Показания и НЛР, возникающие при их применении. Методы их коррекции и профилактики. Способы доставки иГКС.

39. Алгоритм выбора бронхорасширяющих лекарственных средств. Ступенчатая терапия БА.

40. Контроль за эффективностью и безопасностью применения бронхорасширяющих препаратов. Комбинированная бронхолитическая терапия.

41. Классификация НПВП. Патогенез воспаления: основные стадии патологического процесса. Механизмы противовоспалительного, жаропонижающего эффектов НПВП.

42. Сравнительная характеристика основных групп НПВП. Эффективность НПВП в лечении болевого синдрома.

43. Нежелательные лекарственные реакции (НЛР) при применении НПВП, механизмы их развития, своевременного предупреждения и коррекции.

44. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии. Классификация антибиотиков по механизму действия, по спектру терапевтической активности.

45. Классификация антимикробных препаратов: пенициллинов, цефалоспоринов, карбапенемов. Механизм действия бета-лактамов. Показания и противопоказания, НЛР при их применении. Методы контроля и их предупреждения.

46. Основные критерии эффективности антибактериальной терапии. Антибиотикорезистентность. Методы контроля за эффективностью и безопасностью антибактериальных ЛС. Комбинированная антимикробная терапия.

47. Классификация антимикробных препаратов групп макролидов, аминогликозидов и ФХ, Механизмы их действия. Показания и противопоказания, НЛР при их применении. Методы контроля и их предупреждения.

48. Классификация антимикотиков по механизму действия. Классификация антимикотиков по спектру терапевтической активности. Основные критерии эффективности антимикотической терапии. НЛР при использовании антимикотиков.

49. Классификация противовирусных препаратов. Механизмы их действия. Клиническое применение противовирусных препаратов. Эффективность и безопасность противовирусных средств. НЛР и их коррекция.

50. Классификация антисекреторных ЛС. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности антисекреторных и цитопротективных ЛС. Показания и противопоказания при использовании антисекреторных ЛС. НЛР при использовании антисекреторных ЛС, методы предупреждения и их коррекции. Основные критерии эффективности антисекреторной терапии.

51. Классификация прокинетических ЛС. Фармакодинамика и фармакокинетические особенности прокинетических ЛС. Показания и противопоказания при использовании прокинетических ЛС. НЛР при использовании прокинетических ЛС, методы предупреждения и их коррекции. Основные критерии эффективности прокинетической терапии.

52. Фармакотерапия артериальной гипертензии в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

53. Тромбофилии. Профилактика и лечение тромбозов и тромбоэмболий в кардиологической практике в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

54. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при лечении

острого коронарного синдрома (ОКС) и фармакотерапия ОКС в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

55. Клиническая фармакология антиаритмических средств. Рациональная фармакотерапия нарушений ритма сердца в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

56. Фармакотерапия бронхообструктивного синдрома в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

57. Рациональная фармакотерапия инфекций верхних дыхательных путей в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

58. Рациональная фармакотерапия внебольничных пневмоний в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

59. Рациональная фармакотерапия нозокомиальных пневмоний. Проблема развития устойчивости к противомикробным препаратам и пути ее преодоления.

60. Фармакотерапия кислотозависимых заболеваний.

Тематика рефератов для самостоятельной работы

1. Полипрагмазия как проблема современной медицины.
2. Фармакотерапия и профилактика с позиций научно- обоснованной медицинской практики
3. Роль терапевтического лекарственного мониторинга для повышения эффективности и безопасности фармакотерапии.
4. Международная система мониторинга безопасности лекарственных средств ВОЗ.
5. Рациональная фармакотерапия с учетом особенностей поведения ЛС в пожилом возрасте.
6. Особенности поведения ЛС у пациентов с нарушениями функции печени и (или) почек
7. Оценка эффективности и безопасности комбинированного применения лекарственных средств.
8. Проведение лекарственного мониторинга больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: индивидуализации фармакотерапии.
9. Рациональная фармакотерапия при лечении эндокринных заболеваний: индивидуализации фармакотерапии.
10. Проблема полипрагмазии при оказании неотложной помощи больным.
11. Сочетанное применение лекарственных средств – базисный принцип современной фармакотерапии.
12. Система регистрации побочного действия лекарств в РФ: Понятие фармаконадзора.
13. Критерии клинической эффективности ЛС: качество жизни как критерий оценки действия.
14. Алгоритмы рационального выбора лекарственных средств (критерии ВОЗ).
15. Государственная Фармакопея и номенклатура современных ЛС в России.
16. Методология апробации и клинических испытаний новых ЛС.
17. Деонтология и вопросы этики при проведении клинических испытаний.
18. Терапевтический лекарственный мониторинг в клинической практике.
19. Алгоритмы проведения терапевтического лекарственного мониторинга.
20. Принципы фармакотерапии заболеваний человека с позиции научно обоснованной медицинской практики.
21. Стандарты клинических исследований GCP (качественная клиническая практика): основные концепции и элементы системы GCP.
22. Мониторинг противомикробной резистентности в медицинской организации Антимикробный формуляр медицинского учреждения.

23. Бактериальная резистентность, виды и механизмы формирования резистентности. Природная и приобретенная резистентность. «Проблемные возбудители». Полирезистентные и панрезистентные возбудители инфекций. Препараты резерва.
24. Особенности выбора антимикробных препаратов у пациентов пожилого и старческого возраста.
25. Особенности выбора антимикробных препаратов пациентов с нарушениями функций печени и (или) почек.
26. Особенности выбора антимикробных препаратов женщин в период беременности или в период грудного вскармливания).
27. Клинические, лабораторные и инструментальные методы оценки эффективности и безопасности антимикробных препаратов, необходимая кратность их назначения, показания и противопоказания, дозировки и продолжительность их применения в соответствии с клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.
28. Побочное действие антимикробных лекарственных средств, нежелательные лекарственные реакции (НПР). Механизмы их возникновения при применении лекарственных препаратов. Классификация побочных эффектов лекарственных средств. Факторы риска развития НПР. Диагностика, коррекция и профилактика НПР при применении лекарственных препаратов.
29. Взаимодействие антимикробных лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами.
30. Особенности ведения больных с внебольничной пневмонией после вирусных инфекций (на примере COVID-19).
31. Понятие об эмпирической и целенаправленной (этиотропной) АМТ. Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы и пути введения. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
32. Контроль проведения лабораторных и микробиологических исследований по оценке эффективности и безопасности применения противомикробных лекарственных препаратов, ассоциированных с НПР.
33. Клинические, лабораторные и инструментальные методы оценки эффективности и безопасности антимикробных препаратов, необходимая кратность их назначения, показания и противопоказания, дозировки и продолжительность их применения в соответствии с клиническими рекомендациями.
34. Комбинированное назначение антимикробных препаратов, контроль их эффективности и безопасности (принципы комбинирования антимикробных лекарственных средств. Факторы риска взаимодействия лекарственных средств. Виды взаимодействий: фармацевтическое, фармакокинетическое и фармакодинамическое взаимодействие (синергизм и антагонизм). Рациональные, нерациональные и опасные комбинации). Последствия нерационального применения АМП.