

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Павлов Валентин Николаевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 12.01.2023 10:13:15  
Уникальный программный ключ:  
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e64d620524c7146ee

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



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
*А. А. Цыглин*  
А. А. Цыглин  
25 » мая 2021 г.

## ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

(наименование дисциплины)

Разработчик	<u>Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии</u>
Специальность	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
Наименование ООП	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
ФГОС ВО	<u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u>

**Паспорт оценочных материалов по дисциплине / Клиническая фармакология**

<b>№</b>	<b>Наименование пункта</b>	<b>Значение</b>
1.	Специальность/направление подготовки	30.05.01 Медицинская биохимия
2.	Наименование дисциплины	Клиническая фармакология
3.	Для оценки «отлично» не менее	91%
4.	Для оценки «хорошо» не менее	81%
5.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71%
6.	Время тестирования (в минутах)	90 минут

**Код контролируемой компетенции**

ОПК -3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
1.	<b>ДОЗОНЕЗАВИСИМЫЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ</b> А. фармакодинамические: Б. токсические В. аллергические Г. синдром «отмены» тератогенные	В
2.	<b>ЕСТЬ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА ТОГО, ЧТО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА ТЕОФИЛЛИНА МОЖЕТ</b> А. снизить частоту обострений бронхиальной астмы Б. снизить риск дыхательной недостаточности В. снизить функцию почек Г. снизить риск развития нежелательных побочных реакций	Г
3.	<b>ПОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ (ГЛАВНЫМ) ДЕЙСТВИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ПОНИМАЮТ</b> А. действие на организм больного Б. действие, благодаря которому достигается терапевтический эффект В. прямое химическое взаимодействие Г. действие на специфические ферменты	Б
4.	<b>СВЯЗЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С БЕЛКОМ ИМЕЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЕСЛИ ОНА БОЛЬШЕ</b> А. 10% Б. 30% В. 50% Г. 90%	Г
5.	<b>ВТОРИЧНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ — ЭТО</b> А. изначальная нечувствительность микроорганизмов к противомикробным лекарственным средствам Б. резистентность, развившуюся после второго приема противомикробных лекарственных	В

	<p>средств</p> <p>В. появление у микроорганизмов устойчивости к ранее подавляющим их жизнедеятельность противомикробным лекарственным средствам</p> <p>Г. низкая проницаемость клеточной стенки бактерий для противомикробного лекарственного средства</p>	
6.	<p>ДЛЯ ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ХАРАКТЕРНО</p> <p>А. ототоксическое действие</p> <p>Б. принадлежность к аминогликозидам</p> <p>В. принадлежность к фторхинолонам</p> <p>Г. преимущественное влияние на грамположительную флору</p>	Г
7.	<p>ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИМЕНЕНИИ КЛОПИДОГРЕЛА И ОМЕПРАЗОЛА</p> <p>А. повышается эффективность омепразола</p> <p>Б. снижается эффективность клопидогрела</p> <p>В. повышается эффективность клопидогрела</p> <p>Г. снижается эффективность омепразола</p>	Г
8.	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ ДОПАМИНА СЛЕДУЕТ</p> <p>А. мониторировать ЭКГ</p> <p>Б. оценивать клиническую картину</p> <p>В. проводить терапевтический лекарственный мониторинг</p> <p>Г. верно 1 и 2</p>	В
9.	<p>ЦЕФАЛОСПОРИН III ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННЫХ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ</p> <p>А. цефотаксим</p> <p>Б. цефтриаксон</p> <p>В. цефтазидим</p> <p>Г. цефазолин</p>	В
10.	<p>ПОБОЧНЫЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЛИНКОМИЦИНА</p> <p>А. ототоксичность</p> <p>Б. гепатотоксичность</p> <p>В. псевдомембранозный колит</p> <p>Г. нефротоксичность</p>	А
11.	<p>ПОБОЧНЫЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЕНЗИЛПЕНИЦИЛИНА</p> <p>А. ототоксичность</p> <p>Б. аллергические реакции</p> <p>В. гепатотоксичность</p> <p>Г. тромбоцитопения</p>	Г
12.	<p>ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИН- РЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ</p> <p>А. цефтриаксон</p> <p>Б. линезолид</p> <p>В. линкомицин</p>	А

	Г. гентамицин	
13.	ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЗАЛЦИТАБИНА А. грипп Б. острая респираторная вирусная инфекция В. гепатит В Г. ВИЧ-инфекция	Б
14.	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ А. гентамицин Б. ганцикловир В. нельфинавир Г. зидовудин	Б
15.	ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ Р- АДРЕНОСТИМУЛЯТОРОВ С М- ХОЛИНОБЛОКАТОРАМИ ДЕЙСТВИЕ А. усиливается Б. не изменяется В. укорачивается Г. ослабевает	Б
16.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МОНТЕЛУКАСТА А. 4 часа Б. 6 часов В. 8 часов Г. 12 часов	А
17.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ БУДЕСОНИДА А. 4 часа Б. 6 часов В. 8 часов Г. 12 часов	А
18.	АТРОФИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ НЕ ВЫЗЫВАЕТ А. лактулоза Б. фенолфталеин В. кора крушины Г. лист сенны	В
19.	ДЛЯ РАСТВОРЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ А. омепразол Б. фамотидин В. урсодезоксихолевая кислота Г. тетрациклин	А
20.	ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЬГЕТИКОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ А. «по часам» Б. «по восходящей» В. индивидуализация с учетом эффективности и переносимости Г. «по потребности»	А
21.	ПРИМЕНЯТЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЛС ИЗ КАТЕГОРИИ С А. возможно в третьем триместре Б. возможно во втором триместре	В

	В. возможно в любом, если потенциальная польза превышает риск Г. возможно во втором и третьем триместре	
22.	ВСАСЫВАНИЕ ЛС В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ А. увеличивается Б. уменьшается В. не меняется Г. может как увеличиваться, так и уменьшаться	Г
№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Дополните</b>		
23.	_____ для лечения цитомегаловирусной инфекции	ганцикловир
24.	Фармаконадзор – это _____	система регистрации качества производства лекарственных средств
25.	_____ является показанием для проведения фармакогенетического тестирования до применения гормонального контрацептива	семейный анамнез по тромбозам
26.	_____ официальный источник информации о ЛС	инструкция из Гос.реестра ЛС МЗ РФ
27.	Фармакодинамика изучает _____	механизмы действия лекарственных средств
28.	Фармакокинетика изучает _____	закономерности поглощения, распределения, превращения и выведения лекарственных средств
29.	_____ неспецифический индуктор печеночных ферментов	сок грейпфрута
30.	Под термином аффинитет понимают _____	быстроту и прочность связывания медиатора и/или лекарственного средства с рецептором
31.	_____ антиаритмический препарат, противопоказанный при аллергии к йоду	амиодарон
32.	_____ антиаритмический препарат, показанный только при желудочковых аритмиях	лидокаин
33.	_____ имеет преимущественно билиарную экскрецию	цефоперазон
34.	_____ препараты выбора у детей при наличии атипичных возбудителей (микоплазмы, хламидии)	макролиды
35.	Клиническая фармакология — это наука, изучающая _____	взаимодействие лекарственных средств и человека
36.	_____ выбора для лечения гипертермии	парацетамол
37.	_____ гепатопротектор из артишока	хофитол
38.	К какой группе антибиотиков относится тигециклин	тетрациклины

	_____	
39.	Любой работник здравоохранения в РФ, не сообщивший о непредвиденном побочном эффекте лекарственного средства в Росздравнадзор _____	обязан возместить ущерб, полученный в результате побочной реакции
40.	_____ для лечения амебиоза	метронидазол
41.	Клиническая фармакогенетика занимается вопросами _____	персонализированной терапии
42.	К нежелательным лекарственным реакциям типа А относятся _____	реакции, возникшие в результате основного механизма действия и зависящие от дозы
43.	_____ селективный $\beta_2$ -агонист	фенотерол
44.	Хронестезия – это _____	изменение чувствительности рецепторов под влиянием хронофакторов
45.	К стабилизаторам мембран тучных клеток относится _____	недокромил
46.	_____ средство для лечения амебиоза	метронидазол
47.	_____ наиболее активный препарат для лечения НПВС- гастропатии	омепразол
48.	В основе синдрома рикошета, вызываемого $\beta_2$ -адрено-стимуляторами, лежит _____	образование метаболитов, обладающих $\beta_2$ -блокирующей активностью
49.	Вещества, способствующие избирательной стимуляции роста и метаболической активности нормальной микрофлоры кишечника – это _____	синбиотики
50.	Оптимальное время отбора крови для оценки пиковой равновесной концентрации ванкомицина _____	через 1 час после завершения инфузии
51.	Список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств — это _____	список средств, цены на которые регулируются государством
52.	Регистрация лекарственных средств в России осуществляется _____	в отношении любых лекарственных средств
53.	На доклиническом этапе изучаются следующие свойства лекарственных средств _____	эмбрио- и фетотоксичность
54.	Наиболее оптимальный препарат для лечения артериальной гипертензии на фоне исходной брадикардии _____	амлодипин
55.	_____ для которого возможно развитие бронхоспазма и AV-блокады	пропранолол
56.	_____ противопоказан при нестабильной стенокардии	метопролол

57.	_____ применяющийся для лечения инфекции, вызванной стафилококком MRSA	линезолид
58.	_____ применяемый только для профилактики приступов бронхиальной астмы	сальметерол
59.	_____ не применяющийся для лечения хронической сердечной недостаточности	амиодарон
60.	К рецепторным средствам конкурентного действия относятся _____	бета-адреноблокаторы
61.	_____ для амбулаторного лечения внебольничной пневмонии	амоксциллин
62.	_____ для лечения кандидозного стоматита	натамицин
63.	_____ для лечения перитонита	цефалоспорин III – IV поколений + метронидазол
64.	_____ для лечения бактериального эндокардита, вызванного зеленым стрептококком	ванкомицин
65.	_____ для лечения сепсиса после спленэктомии	цефотаксим
66.	_____ для лечения псевдомембранозного колита	ванкомицин
67.	_____ для лечения менингококкового менингита	цефтриаксон
68.	_____ обладает калийсберегающим свойством	спиронолактон
69.	_____ для лечения желудочковых нарушений ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда	лидокаин
70.	_____ вызывает стабилизацию атеросклеротической бляшки	симвастатин
71.	_____ для быстрого купирования приступов бронхиальной астмы	$\beta$ 2-адреноблокаторы
72.	_____ для лечения астматического статуса	преднизолон
73.	_____ используются в качестве отхаркивающего у алтея	корни
74.	_____ обладающий наиболее сильным антисекреторным действием	омепразол
75.	_____ при лечении диареи путешественников	лоперамид
76.	_____ применяется для лечения муковисцидоза	панкреатин
77.	_____ относится к непрямым антикоагулянтам	варфарин
78.	_____ сахароснижающее средство при диабетической коме	хумулин регуляр
79.	_____ имеющий выраженный эффект первичного прохождения через печень	верапамил
80.	_____ глюкокортикостероид, обладающий коротким действием	гидрокортизон
81.	_____ антидотом гепарина является	протамин

82.	_____ бронхолитик с минимальным воздействием на сердечно-сосудистую систему	тиотропия бромид
83.	_____ инотропный препарат, для которого необходим терапевтический лекарственный мониторинг	дигоксин
84.	_____ диуретик, побочным эффектом которого может быть кратковременное снижение слуха	фуросемид
85.	_____ диуретик для длительной терапии артериальной гипертензии	индапамид
86.	_____ диуретик при острой левожелудочковой недостаточности	фуросемид
87.	_____ относится к иммуностимуляторам тимического происхождения	тимостимулин
88.	_____ иммуностимулятор бактериального происхождения	рибомунил
89.	_____ не вызывает атрофию толстой кишки при длительном применении	лактолоза
90.	_____ сахароснижающее средство с коротким периодом полувыведения	репаглинид
91.	_____ антидепрессант с сопутствующим стимулирующим эффектом	нортриптилин

**Код контролируемой компетенции**

ПК -11. Способен разрабатывать и выполнять клинические исследования (испытания) лекарственных средств.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
1.	УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ А ПОДРАЗУМЕВАЕТ _____ А. мнение отдельных экспертов Б. проведение нерандомизированных малочисленных исследований В. проведение малого количества рандомизированных исследований Г. проведение нескольких рандомизированных крупных исследований	Г
2.	ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА — ЭТО А. объем циркулирующей крови Б. объем всего организма В. объем мышечной и жировой ткани Г. мера кажущегося пространства в организме, способного вместить лекарственный препарат	Г
3.	СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ	Г

	А. периода полувыведения Б. способа приема В. связи с белком Г. дозы	
4.	УСЛОВНЫЙ ОБЪЕМ ПЛАЗМЫ КРОВИ, ОСВОБОЖДАЮЩИЙСЯ ОТ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ЗА ЕДИНИЦУ ВРЕМЕНИ, НАЗЫВАЕТСЯ А. объем абсорбции Б. клиренс В. объем распределения Г. объем элиминации	Б
№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Дополните</b>		
5.	GCP — это _____	стандарт этических норм при проведении клинических исследований
6.	К сообщениям о группе сходных клинических наблюдений (исходов) у пациентов, принимающих препарат относят _____	исследования «случай-контроль»
7.	Первичной точкой клинического исследования является _____	смерть от инфаркта миокарда
8.	_____ стандарт проведения качественных клинических исследований ЛС	GCP
9.	Этические правила в клинических исследованиях основаны на _____	правилах ВОЗ

## ЗАДАЧИ

### Код контролируемой компетенции

ОПК -3 Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.

На открытые задания, рекомендованное время – 10 минут.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задачи	Правильные ответы
1.	ОПК -3	Пациентка 35 лет поступила с диагнозом «сердечная недостаточность 2а (2 функциональный класс по NYHA), порок сердца (митральная недостаточность), беременность 25 недель». Порок сердца с детства, чувствовала себя хорошо. Живёт в гражданском браке. От первого мужа: 1 ребёнок 12 лет. Беременность не	Да, возможно. Дипроспан (бетаметазон), как и другие глюкокортикостероиды, является индуктором системы цитохрома P450, усиливает разрушение печенью

		<p>планировала, использовала оральную контрацепцию. По поводу плечевого периартрита фельдшер назначила дипроспан, через несколько недель женщина обнаружила, что беременна. К врачу не обращалась, стала чувствовать себя хуже, появилась одышка, отёки голеней, тахикардия. Беременность хочет сохранить. Возможно ли связать наступление незапланированной беременности с фармакотерапией? Если да, то объясните механизм. Группа каких кардиологических препаратов может быть назначена пациентке в первую очередь, почему?</p>	<p>других препаратов, включая оральные контрацептивы, что, вероятно, снизило их эффект и способствовало наступлению беременности. Могут быть назначены сердечные гликозиды (дигоксин) в стандартной дозе - 1 таблетка в сутки (0,00025). Препарат не обладает тератогенным эффектом, имеется значительный опыт его использования при сердечной недостаточности на фоне беременности. С учётом увеличения объёма распределения у беременных доза может быть повышена под тщательным контролем. У других категорий больных с сердечной недостаточностью дигоксин используют ограниченно.</p>
2.	ОПК -3	<p>Женщина 64 лет, житель районного центра. Диагноз «острый коронарный синдром» при вызове бригады скорой медицинской помощи (приезд через 30 минут после вызова). Приступ «невыносимой» загрудинной боли впервые. В анамнезе: единичные простудные заболевания. Пациент в сознании, «типичный» болевой синдром. Частота сердечных сокращений - 82 в минуту, артериальное давление - 105/70 мм рт. ст., на электрокардиограмме - подъём ST над изолинией на 3 мм. Медикаментозная помощь: морфин - 0,01 в/в, нитроглицерин - 0,0005 под язык дважды, атенолол - 0,05 внутрь, аспирин - 0,5 (больной разжевал таблетку), гепарин - 5000 ЕД п/к, эналаприлат - 0,00125 в растворе</p>	<p>Применение р-блокаторов (атенолола) входит в стандарты неотложной терапии острого инфаркта миокарда, который имеется, судя по электрокардиограмме. Снижается потребность миокарда в кислороде, тем самым уменьшается зона некроза. Препарат, кроме того, снижает риск возникновения аритмий. Применение эналаприлата в первый же час после возникновения острого</p>

		<p>глюкозы в/в. Боль купирована, Артериальное давление - 95/60 мм рт. ст. Обычное время в пути до специализированного учреждения - 3,5 часа, но дорога осложнена снегопадом. Оцените необходимость использования атиенолола. Обоснуйте. Оцените необходимость использования эналаприлата у пациента. Обоснуйте, внесите коррективы, если необходимо.</p>	<p>инфаркта миокарда не представляется обоснованным - в рандомизированных исследованиях летальность повышалась. У пациента - гипотония, которую введение эналаприлата усилило (одновременно вводились необходимые нитроглицерин и атиенолол, тоже снижающие артериальное давление). Возникает риск гипоперфузии коронарных артерий. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента при остром инфаркте миокарда обычно назначаются внутрь, начиная со 2-3 суток на фоне стабильного артериального давления, для предотвращения развития сердечной недостаточности.</p>
3.	ОПК -3	<p>Мужчина, 60 лет. Жалобы на затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до 38,4°C. Дома имел контакт с больным ОРВИ. Участковый терапевт поставил диагноз ОРВИ, назначил капли в нос. Через 3 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до 38,3°C, пациент отмечает отсутствие аппетита, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Мужчина был госпитализирован. При осмотре - бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка до 24 в</p>	<p>Внебольничная очаговая пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого смешанной вирусно-бактериальной этиологии, средней тяжести, ДН1. В-лактамы антибиотики - амоксициллин-клавуланат. Выбор препарата из этих групп основан на чувствительности к данному антибиотику и безопасностью препарата.</p>

		<p>минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, справа укорочение легочного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно - жесткое дыхание, ослабленное в области укорочения перкуторного звука. Тоны сердца слегка приглушены, пульс 89 в 1 мин, живот несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 1 см. Селезенка не увеличена. В анализах: НЬ - 174 г/л, Эр - 5,2x 10<sup>12</sup> /л, тромб- 268x10<sup>9</sup> /л, лейкоц - 13,1x10<sup>9</sup>/л, п/я - 10%, с - 61%, э - 1%, л - 19%, м - 9%, б - 1%, СОЭ -44 мм/час.</p> <p>Предположите наиболее вероятный диагноз. Препарат из какой группы антибактериальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве стартовой терапии. Обоснуйте свой выбор. Возможны ли при применении амоксициллин-клавуланата осложнения в виде гепатотоксических реакций?</p>	<p>Возможны гепатотоксические реакции: повышение трансаминаз, лихорадка, тошнота, рвота за счет присутствия клавуланата.</p>
4.	ОПК -3	<p>Пациентка К. 45 лет, которая наблюдалась по месту жительства с диагнозом гипертоническая болезнь, обратилась к участковому терапевту с жалобами на сухой кашель, который беспокоит ее в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что по поводу гипертонической болезни месяц назад больной назначен эналаприл по 5 мг в сутки. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, частота дыханий 22 в минуту, над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, АД - 135/80 мм. рт. ст. Печень по краю реберной дуги.</p> <p>Обоснуйте возникновение кашля у пациентки. Какие развиваются фармакодинамические эффекты ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в отношении функции почек? Перечислите противопоказания для эналаприла. Какие побочные эффекты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента?</p>	<p>При лечении ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента вследствие избыточной активации кининов и повышения концентрации брадикинина наблюдается сухой кашель, бронхоспазм. Почечные фармакодинамические эффекты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента - увеличение натрийуреза и диуреза, задержка калия, нефропротекция, уменьшение внутриклубочковой гипертензии. Противопоказания для эналаприла - стеноз почечных артерий, гиперкалиемия, выраженный</p>

			аортальный стеноз, ангионевротический отек. Побочные эффекты при приеме ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента: гипотензия, кашель, сыпь, гиперкалиемия, ангионевротический отек
5.	ОПК -3	<p>Женщина 75 лет поступил из дома престарелых с диагнозом «диабетическая стопа, гангрена первого пальца стопы справа. За последние три месяца два эпизода цистита с использованием цефалоспоринов».</p> <p>Удаление некротизированных тканей. В послеоперационном периоде: цефотаксим - 2,0x4, гентамицин - 0,04x2 в/в, инфузионная терапия, первые двое суток: температура тела - 36,0 °С, лейкопения, частота сердечный сокращений - 96 в минуту, частота дыхательных движений - 28 в минуту, умеренная заторможенность. К концу вторых суток: артериальное давление - 90/55 мм рт. ст. Больной переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии. Запланирован консилиум с участием врача-клинического фармаколога на следующий день.</p> <p>Охарактеризуйте адекватность выбора антибиотиков, обоснуйте свою позицию. Проиллюстрируйте важность своевременного назначения эффективных антибиотиков у данного пациента, согласно современным представлениям. Каков прогноз у пациента? Внесите коррективы в назначение антибиотиков. Обоснуйте</p> <p>При синдроме диабетической стопы с нагноением причиннозначимой может быть, как грамнегативная, так и грампозитивная флора.</p>	<p>Выбор антибиотиков нерационален. Пациент из дома престарелых с высоким риском наличия полирезистентной флоры, кроме того, он недавно получал цефалоспорины, что повышает этот риск. У больного были инфекции мочевых путей, высок риск дисфункции почек, что повышает риск нефротоксических осложнений от гентамицина. Высок риск роли стафилококковой инфекции, в отношении которой назначенные антибиотики недостаточно эффективны.</p> <p>У пациента с сепсисом и гипотонией задержка с назначением эффективных антибиотиков на 1 час повышает риск летального исхода на 7 %. Судя по клинической ситуации, прогноз пессимистический.</p> <p>Необходимо назначить высокие дозы карбапенемов (например, меропенем 3 г в день в/в).</p>

			Поскольку высока вероятность роли MRSA, следует добавить ванкомицин в высокой дозе (15 мг/кг) 2 раза в день в/в под контролем функции почек.
6.	ОПК -3	<p>Пациент 57 лет с диагнозом ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III ФК принимает изосорбидадинитрат (продолгованная форма) по 20 мг утром и днем, метопрололасукцинат по 25 мг утром, ацетилсалициловую кислоту по 75 мг вечером. На фоне проводимой терапии самочувствие и состояние пациента удовлетворительное. В связи с эректильной дисфункцией больной вечером принял внутрь 50 мг силденафила. Через 1,5 часа после приема препарата появились резкая слабость, головокружение. АД снизилось до 80/50 мм.рт. ст. Частота сокращений сердца 110 в минуту. Какое состояние развилось у пациента и почему? Можно ли рекомендовать этому больному для предупреждения подобной ситуации заменить прием изосорбидадинитрата использованием нитроглицерина в виде спрея? Мог ли коллапс быть связан с приемом метопрололасукцината?</p>	<p>Развился коллапс из-за усиления силденафилом гипотензивного действия изосорбидадинитрата. Силденафил усиливает гипотензивное действие нитратов как при длительном применении последних, так и при их назначении по острым показаниям. В связи с этим, применение силденафила в сочетании с нитратами или другими донаторами оксида азота противопоказано. Применение силденафила в сочетании с <math>\alpha</math>-адреноблокаторами и другими группами антигипертензивных средств не приводит к возникновению дополнительных побочных эффектов.</p>
7.	ОПК -3	<p>Пациентке 45 лет, принимающей карбамазепин по поводу невралгии тройничного нерва, в связи с артериальной гипертензией назначена продолгованная лекарственная форма верапамила в дозе 240 мг в сутки. Несмотря на прием верапамила у пациентки сохранялось повышенное АД. Какова наиболее вероятная причина неэффективности верапамила? Какой тип взаимодействия между препаратами? Каковы особенности фармакокинетики блокаторов кальциевых каналов? Что необходимо</p>	<p>Взаимодействие лекарственных средств, карбамазепин ускоряет биотрансформацию верапамила. Фармакокинетическое взаимодействие. Блокаторы медленных кальциевых каналов как липофильные соединения хорошо всасываются из ЖКТ, но обладают невысокой степенью биодоступности из-за</p>

		<p>предпринять в данном случае для достижения гипотензивного эффекта? Какие группы лекарственных средств можно предложить в данной ситуации для лечения артериальной гипертензии?</p>	<p>выраженного эффекта первого прохождения через печень. В значительной степени связываются с белками плазмы крови. В метаболизме блокаторов медленных кальциевых каналов участвует изофермент цитохрома P450 3A4. Необходимо заменить верапамил на другой гипотензивный препарат, не метаболизирующийся CYP3A4. р-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензина II, диуретики.</p>
8.	ОПК -3	<p>65-летняя женщина, страдающая остеоартритом, была госпитализирована 1 месяц назад по поводу тромбоза глубоких вен левой голени. Её фармакотерапия включала варфарин 5 мг в день, лорноксикам. Два дня назад врач поликлиники добавил к терапии ципрофлоксацин для лечения обострения хронического пиелонефрита. У пациентки появились кровоподтеки на руках, и она говорит, что её стали беспокоить ночные кошмары. С чем связано появление у пациентки кровоподтеков на руках? Ответ обосновать. Какие Вы знаете пероральные антикоагулянты и какие пероральные антикоагулянты более безопасные для лечения и профилактики тромбоза.? К какому классу антимикробных средств относится ципрофлоксацин? Каков механизм его действия?</p>	<p>Нежелательная реакция при применении лекарственных средств. Геморрагический синдром (кровоподтеки) - результат межлекарственного взаимодействия варфарина с ципрофлоксацином. Варфарин и ципрофлоксацин – фармакокинетическое взаимодействие на уровне биотрансформации в печени. Ципрофлоксацин ингибирует ферменты, участвующие в метаболизме варфарина, в результате повышается концентрация варфарина в крови и выраженность его фармакодинамических эффектов. Варфарин, ривароксабан,</p>

			апиксабан. Более безопасные в отношении риска кровотечения ривароксабан, апиксабан. Фторхинолоны, ингибирование фермента ДНК-гиразы (топоизомеразы II и IV).
9.	ОПК -3	<p>Пациентка К., 38 лет. Жалобы на головную боль на фоне повышения АД до 150/95 мм рт. ст., что связывает с частыми командировками, психоэмоциональным перенапряжением, отсутствием режима труда и отдыха. Не курит, алкоголь употребляет редко. Наследственность отягощена по ССЗ (мать страдает АГ с 45 лет, отец умер от инфаркта миокарда в 54 года).</p> <p>Аллергическая реакция на р-адреноблокаторы (метопролол, бисопролол, бетаксолол) проявляется крапивницей, зудом кожных покровов. При повышении АД эпизодически принимает капотен в дозе 25-50 мг перорально.</p> <p>При осмотре: ИМТ - 26 кг/м<sup>2</sup>, АД 150/95 мм рт. ст. на левой руке, 145/95 мм рт. ст. на правой руке. ЧСС - 80 уд/мин. Лабораторные данные: ХС - 6,4 ммоль/л, ТГ - 1,9 ммоль/л, ХС ЛП1ВП - 1,2 ммоль/л, ХС ЛП1НП - 4,1 ммоль/л. Диагноз: Артериальная гипертензия I стадии, 1 степени, риск 3. Дислипидемия. Пациентке назначили лозартан 50 мг.</p> <p>Какие лабораторные показатели необходимо контролировать при назначении лозартана? Какие противопоказания к назначению лозартана? Какие препараты из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II Вы знаете?</p>	<p>До начала применения блокаторов рецепторов ангиотензина II инг (валсартана) и систематически во время лечения необходим контроль содержания в плазме крови электролитов, мочевины и креатинина.</p> <p>Повышенная чувствительность к препарату, тяжелые нарушения функции печени (более 9 баллов по шкале Чайлд- Пью), беременность, лактация, возраст до 18 лет. Лозартан, валсартан, телмисартан, кандесартан, ирбесартан, эпросартан.</p>
10.	ОПК -3	<p>Больная Р., 35 лет, доставлена в приемное отделение с жалобами на изжогу, однократную рвоту «кофейной гущей», слабость, жидкий дегтеобразный стул. Пациентка страдает ревматоидным артритом,</p>	<p>Осложнение медикаментозной терапии – язвенное кровотечение вследствие приема НПВС и</p>

		<p>принимает метилпреднизолон по 4 мг утром, для уменьшения болей в суставах диклофенак по 50 мг 1 раз в сутки. При эзофагогастродуоденоскопии обнаружено кровотечение из язвы малой кривизны желудка. Какое осложнение развилось у пациентки? Его причина? Назовите препараты, преимущественно ингибирующие ЦОГ-2? Какие базисные препараты для лечения ревматоидного артрита Вы знаете? Какие противопоказания к назначению метотрексата?</p>	<p>глюкокортикоида. Мелоксикам, нимесулид, цецекоксиб. Метотрексат, лефлюномид, сльфасалазин, пеницилламин, азатиоприн, циклофосфамид, препараты золота, хлорохин, циклоспорин А, генно-инженерные биологические препараты (инфликсимаб, ритуксимаб, адалимумаб, этанерцепт). Беременность, лактация, выраженные изменения функции почек и печени, выраженная лейкопения и тромбоцитопения, повышенная чувствительность к препарату.</p>
11.	ОПК -3	<p>Женщина 35 лет около 10 лет страдает бронхиальной астмой. Обострения с госпитализацией - 1 раз в год. В настоящее время: приступы удушья с использованием беродуала 1 раз в неделю, ночные приступы с пробуждением - 2 раза в месяц, отмечает усиление одышки при физической нагрузке. Врач-пульмонолог назначил симбикорт - 2 ингаляции в день, теотард внутрь - 0,2х2. Курит, принимает оральные контрацептивы. В Интернете прочла о повышенном для себя риске ишемической болезни сердца, начала принимать кардиомагнил по 2 таблетки в день. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи по поводу тяжёлого приступа удушья, не купирующегося беродуалом. Ингаляция беродуала через небулайзер, введение дексаметазона в/в - без эффекта.</p>	<p>Да, соответствует. Сочетание возраста старше 35 лет, приёма оральных контрацептивов и курения является фактором риска возникновения ишемической болезни сердца. Наиболее оптимальный путь снизить риск - отказаться от курения. Контроль астмы не достигнут: частые дневные приступы, ночные приступы, снижение толерантности к физической нагрузке. Ухудшение состояния можно трактовать как тяжёлый приступ</p>

		<p>Госпитализирована. Соответствует ли информация в Интернете, на которую отреагировала пациентка, объективным медицинским данным? Дайте рекомендации. Достигнут ли у пациентки контроль астмы? Предложите неотложную терапию при поступлении пациентки в стационар. Каков важнейший ориентир успеха терапии?</p>	<p>астмы (астматический статус 0029, спровоцированный приёмом аспирина, который блокирует циклооксигеназу с блокадой выработки бронходилатирующих простагландинов, но не липооксигеназу с продолжением выработки провоспалительных лейкотриенов). Ввести внутривенно быстродействующий глюкокортикоид (преднизолон), небулайзерная терапия с будесонидом и беродуалом, увлажнённый кислород. Ориентир - уровень сатурации выше 92 %.</p>
12.	ОПК -3	<p>Вызов бригады скорой медицинской помощи к молодому мужчине 18 лет. Жалобы на умеренные боли в правом подреберье, головную боль, головокружение, рвоту. Симптоматика возникла 6 часов назад. Примерно за 4 часа до этого в связи с головной болью и чувством жара самостоятельно принял таблетку аспирина из домашней аптечки. Год назад поставлен диагноз «ревматоидный артрит, серонегативный, суставная форма». Получает метотрексат внутрь - 0,01 в неделю, сульфасалазин - 0,5<sup>3</sup>, при усилении болей в суставах: ибупрофен - 0,2x3. Оцените рациональность базисной терапии ювенильного ревматоидного артрита, которую получает пациент. Следует ли усилить её препаратами «новых» групп (лефлуномид, инфликсимаб)? В чём риск токсического взаимодействия ибупрофена и аспирина у пациента?</p>	<p>Проводимая терапия соответствует стандартам лечения, состояние пациента стабильно, прогноз ревматоидного артрита обычно благоприятный. При отсутствии эффекта возможно назначение препаратами «новых» групп (лефлуномид, инфликсимаб). Наиболее известный риск при комбинированном применении - гастротоксичность, вплоть до эрозий желудка. В данном случае следует учесть и определённый гепатотоксический потенциал ибупрофена.</p>
13.	ОПК -3	<p>В хирургическом отделении больная, 28 лет, проходит лечение по поводу парапроктита. Больной был назначен</p>	<p>При непереносимости бета-лактамов антибиотиков</p>

		<p>амоксциллин/клавуланат. Через день у больной развилась аллергическая реакция.</p> <p>Какие препараты можно использовать вместо амоксициллина/клавуланата?</p>	<p>амоксциллина/клавуланата, рекомендовано альтернативный антибиотик из группы линкозамидов-клиндомицин</p> <p>возрастных дозировках.</p>
--	--	--	---

### Код контролируемой компетенции

ОПК-8. Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегам

На открытые задания, рекомендованное время – 10 минут.

14.	ОПК-8	<p>Мужчина 55 лет, диагноз при поступлении «внебольничная нижнедолевая пневмония справа тяжёлой степени». Госпитализирован 5 дней назад. Трое суток получала цефуроксим и кларитромицин в/в - без эффекта, двое суток - дорипенем, ципрофлоксацин и ванкомицин - также без эффекта, отмечен рост уровня креатинина, щелочной фосфатазы, билирубина. Диагностирован сепсис, переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Получены данные бактериологического анализа мокроты: <i>Acinetobacterbaumannii</i> - 108, резистентна к карбапенемам, цефперазону, ципрофлоксацину. Оцените адекватность стартовой эмпирической терапии: выбор групп, конкретных препаратов. Какие нарушения у больной можно связать с применённой фармакотерапией?</p>	<p>Стартовая эмпирическая терапия внебольничной пневмонии назначена в соответствии с существующими стандартами - сочетание цефалоспоринов III поколения и макролидов. Обычно используются макролиды последних поколений: кларитромицин и азитромицин. Однако при внутривенном пути введения эритромицин достаточно эффективен. Повышение уровня креатинина можно связать с нефротоксическим эффектом ванкомицина. Повышение уровня щелочной фосфатазы и билирубина - с гепатотоксическим действием эритромицина (холестаз). В то же время эти нарушения могут отражать</p>
-----	-------	---	--

			органную недостаточность при сепсисе.
15.	ОПК-8	<p>Больной С., 34 лет, обратился к ЛОР-врачу с жалобами напершение в горле, боли при глотании. В течение предыдущей недели отмечал насморк, кашель, повышение температуры до 38,0 С, слабость. Самостоятельно принимал метамизол натрия. Накануне появились боли в горле, повысилась температура до 39,0С. При осмотре ротовой полости - некротическая ангина. В анализе крови, взятом в приемном отделении: НЬ - 90 г/л, Эр - <math>2,5 \times 10^{12}</math> /л /л, лейкоц - <math>1,5 \times 10^9</math> /л /л, тромб - <math>140 \times 10^{12}</math> /л /л, с - 36%, л - 59%, м - 5%. Из какой группы, какой препарат вызвал осложнение фармакотерапии? Какие меры профилактики нежелательных реакций при применении лекарственного средства? Какие противопоказания для метамизола натрия? Какой препарат является препаратом выбора при фармакотерапии гипертермии?</p>	<p>Осложнение фармакотерапии производными пиразолона, в частности метамизол натрия - поражение системы кровообращения, что проявляется лейкопенией, анемией, тромбоцитопенией - в тяжелых случаях агранулоцитозом, что имело место у данного пациента.</p> <p>Не превышать максимальные суточные дозы, соблюдать продолжительность терапии, не назначать в детском возрасте.</p> <p>Противопоказания для метамизол натрия: гиперчувствительность, угнетение кроветворения (агранулоцитоз, цитостатическая или инфекционная нейтропения), тяжелые нарушения функции печени или почек, наследственная гемолитическая анемия, связанная с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, беременность, кормление грудью.</p> <p>Препарат выбора при гипертермии - парацетамол</p>
16.	ОПК-8	<p>Пациент Р., 56 лет, обратился с жалобами на быструю утомляемость, изредка на головные боли. Страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет, лечение не получает. Курит 15-20 сигарет в день. У больного низкая</p>	<p>У больного очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.</p> <p>Необходимые рекомендации - отказ</p>

		<p>физическая активность, употребляет пищу с высоким содержанием жиров, углеводов. Имеется семейный анамнез ИБС: отец и брат умерли от инфаркта миокарда в возрасте от 50 до 60 лет. Состояние удовлетворительное, масса тела 98 кг, рост 180 см. Имеются ксантелазмы вокруг глаз и ксантомы в области ахилловых сухожилий. Дыхание везикулярное. ЧСС - 80 уд/мин. АД - 170/90 мм рт. ст. На артериях стоп пульс не прощупывается. Биохимический анализ крови: билирубин 15 ммоль/л, АЛТ ЗОЕ Д/л, щелочная фосфатаза 70 ЕД/л, холестерин 12,2 ммоль/л, триглицериды 2,1 ммоль/л, ЛПОНП 0,33 ммоль/л, ЛПНП 9,5 ммоль/л, ЛПВП 0,6 ммоль/л.</p> <p>Препараты из какой группы необходимо назначить для лечения гиперлипидемии? Какие препараты из группы статинов предпочтительны? Ответ обоснуйте. Каковы сроки проведения контроля безопасности статинами и каковы методы контроля безопасности терапии статинами? Назовите группы лекарственных средств, обладающих гиполипидемическим действием.</p>	<p>от курения, увеличение физической активности, соблюдение диеты. Назначение статинов или комбинированное лечение гиперлипидемии. При выборе конкретного статина следует ориентироваться на эффективность и безопасность, доказанные в клинических исследованиях. Наиболее эффективными препаратами являются современные статины - аторвастатин и розувастатин. При проведении гиполипидемической терапии до начала лечения должно проводиться определение уровня трансаминаз (АЛТ) и креатинфосфокиназы. Уровень трансаминаз (АЛТ, АСТ) затем проводится через 8 недель от начала лечения или каждого увеличения дозы препарата и далее ежегодно, если уровень трансаминаз (АСТ, АЛТ) &lt;3 ВГН. Контроль КФК на фоне терапии не обязателен и требуется только при наличии симптомов миалгии. К средствам, корригирующим нарушения липидного обмена, относятся статины, ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике (эзетимиб),</p>
--	--	--	---

			фибраты, никотиновая кислота, секвестранты желчных кислот, со-3 ПНЖК.
17.	ОПК-8	<p>Больной 38 лет обратился к врачу с жалобами на режущие боли в подложечной области натощак, через 2 часа после приема пищи, особенно острой. Анамнез болезни: болен в течение 3 лет, обострения весной и осенью, ранее к врачу не обращался, самостоятельно применял антацидные средства, масло шиповника. Настоящее обострение около 2 недель, эффекта от самолечения не было. Объективно: состояние удовлетворительное, положение - лежа на боку, с прижатыми коленями к животу, сознание ясное. Кожные покровы бледной окраски. Телосложение правильное, подкожная клетчатка развита слабо. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в 1 мин. АД 90 и 60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 80 уд в 1 мин. Язык обложен бело-желтым налетом, суховат. Живот мягкий, резко болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье. Стул - редкий 2 раза в неделю. Проведена ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки на передней поверхности диаметром 12 мм. По данным дыхательного теста обнаружена H.pylori. Назначено лечение: рабепразол 20 мг + кларитромицин 500 мг + амоксициллин 1000 мг. Все препараты принимать внутрь по 1 табл. 2 раза в сутки не менее 10 дней. К каким клиничко-фармакологическим группам относятся рекомендованные для лечения язвенной болезни лекарственные средства? Рациональна ли назначенная терапия? Какие электролитные нарушения могут возникать при длительном применении ИПП?</p>	<p>Для лечения язвенной болезни назначена эрадикационная фармакотерапия, включающая лекарственные средства из группы ингибиторов протонной помпы (ИПП), антибиотики из группы пенициллинов и макролиды. Предложенная терапия рациональная, соответствует клиническим рекомендациям. При длительном лечении ИПП может отмечаться случаи симптоматической или асимптоматической гипомagneмии</p>
18.	ОПК-8	<p>Пациент 20 лет. Жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащенное</p>	<p>Рекомендуется провести антибиотикотерапию следующими препаратами:</p>

		<p>мочеиспускание и боли в животе, через сутки отмечено повышение температуры до 37,5 °С. На следующие сутки повышение температуры до 37,7°С, появление болей в животе и поясничной области. Получала жаропонижающие препараты. При осмотре состояние средней тяжести. ОАМ: Прозрачность - мутная; цвет - светло-желтый; Лейкоциты- 818,1 в п.з.; Белок- 0,25 г/л; бактерии- 14 995,2/мкл.</p> <p>ОАК: Лейкоциты- 19,8 тыс/мкл; Нейтрофилы с/я- 60%, п/я- 8%; СОЭ – 32 мм/ч. Бактериологическое исследование мочи: выделена E.coli 107КОЕ/мл.</p> <p>Диагноз: Острый пиелонефрит, активная стадия; функции почек сохранены.</p> <p>Какую антибиотикотерапию нужно назначить? Какой препарат наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания?</p>	<p>Амоксициллин + Клавулановая кислота 50 мг/кг/сут 2 раза в день, 10-14 дней. Наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания используется препарат из группы нитрофуранов фуразидин.</p>
19.	ОПК-8	<p>Пациент 25 лет жалуется на повышение температуры до 38,5°С, схваткообразные боли внизу живота, тенезмы, частый скудный стул со слизью и прожилками крови. Болен вторые сутки, заболел остро, повысилась температура до 38,5°С, появились: головная боль, однократная рвота, схваткообразные боли внизу живота, жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови. На второй день заболевания: лихорадит, сохраняются схваткообразные боли внизу живота, появились болезненные ложные позывы на дефекацию, стул частый (до 12 раз/сут.) скудный со слизью и прожилками крови. Состояние средней тяжести, температура тела 38,5°С, на голенях и ягодицах незначительно выраженные проявления атопического дерматита, живот втянут, болезненный в левой подвздошной области.</p> <p>Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи и прожилками крови. ОАК: лейкоцитоз <math>20,46 \cdot 10^9</math>, палочкоядерные</p>	<p>В качестве стартового этиотропного препарата при Шигеллезе Зонне рекомендуют амоксициллин/клавуланат.</p> <p>У данного пациента можно использовать такие жаропонижающие препараты такие, как ибупрофен и парацетамол.</p>

		<p>нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 65%, увеличенное СОЭ 28 мм/час. Бактериологическое исследование кала на кишечную группу выделена <i>Shigella sonnei</i> III ферментативный тип. Копрологическое исследование признаки энтероколита. Исследование кала методом ПЦР на шигеллез обнаружена ДНК <i>Shigella sonnei</i>. При проведении УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки реактивного панкреатита, мезаденит, толстый кишечник заполнен жидким содержимым, отмечаются признаки колита, повышенная активность перистальтики и спазмированный участок нисходящего отдела толстого кишечника. Диагноз: Шигеллез Зонне, средней степени тяжести, острое течение</p> <p>Что используют в качестве стартового этиотропного препарата при Шигеллезе Зонне? Какие жаропонижающие препараты можно использовать у данного пациента?</p>	
20.	ОПК-8	<p>Пациент К Отмечается повышение температуры тела до 39,5°C, вялость, головная боль, однократная рвота, боль при глотании, сыпь по всему телу Болен вторые сутки. В первый день отмечалось повышение температуры тела до 39°C, головная боль, появилась боль в горле, вялость, ухудшение общего самочувствия. Лечение проводилось самостоятельно жаропонижающими средствами. На вторые сутки температура тела повысилась до 39,5°C, сохранились явления интоксикации, усилилась боль в горле, появились мелкоточечные элементы сыпи на общем гиперемированном фоне на боковых поверхностях туловища, бледный носогубный треугольник. Фебрильная лихорадка до 39,5°C. Умеренно выраженные симптомы интоксикации. Мелкоточечные элементы сыпи на общем гиперемированном фоне преимущественно на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в местах естественных сгибов в виде темно-красных полосок, бледный</p>	<p>У данного пациента можно использовать такие жаропонижающие препараты как ибупрофен и парацетамол. Рекомендуется назначить такие препараты этиотропной терапии как бензилпенициллин, аминопенициллины.</p>

		<p>носогубный треугольник, стойкий белый дермографизм. Увеличение подчелюстных лимфоузлов до 2,5 см в диаметре. Яркая, ограниченная гиперемия небных дужек, язычка, небных миндалин; гипертрофия небных миндалин   степени, в лакунах налет желтоватого цвета, легко снимающийся шпателем; язык покрыт белым налетом, чистый по краям. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 110 уд. в минуту. Бактериологический метод исследования слизи из ротоглотки: Выявление обильного роста бета-гемолитического стрептококка группы А (<i>S.pyogenes</i>). Определение титра антистрептолизина-О- 356 ед/мл (норма 0-100) ОАК: Гемоглобин понижен 110 г/л , палочкоядерные повышены 15%, лимфоциты понижены 21%, СОЭ повышен 30 мм/час. Диагноз: Скарлатина, типичная, среднетяжелая форма, гладкое течение Какие жаропонижающие препараты можно использовать у данного пациента? Какие средства этиотропной терапии нужно назначить при скарлатине?</p>	
21.	ОПК-8	<p>Пациентка В. обратились к врачу с жалобами на учащенное и болезненное мочеиспускание, недержание мочи. Два дня назад после купания в реке появились жалобы на учащенное и болезненное мочеиспускание, недержание мочи, выделение капель крови после мочеиспускания. В анамнезе часто бывают проявления вульвовагинита. Живот мягкий, болезненный в надлобковой области. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. ОАМ: цвет темно-желтый, прозрачность мутная, белок 0,02%, эритроциты 20-25 в поле зрения, лейкоциты 50-80 в поле зрения, Бактерии много. Диагноз: Острый цистит Какой антибактериальный препарат нужно назначить? Сколько должна быть продолжительность антибактериальной терапии у данного пациента?</p>	<p>При лечении острого цистита в качестве антибиотикотерапии рекомендуется фосфомицин трометамол внутрь однократно 3 г, альтернатива - цефиксим в среднетерапевтических дозах с учетом наиболее вероятного возбудителя. При лечении острого цистита антибиотикотерапия должна продолжаться 5-7 дней.</p>
22.	ОПК-8	<p>Пациент 5 лет. Со слов матери имеются</p>	<p>При лечении</p>

		<p>жалобы на сухой кашель, одышку, учащенное дыхание, повышение температуры до 38,5°C, снижение аппетита. Около недели назад у мальчика поднялась температура до 38,5°C. Далее появился сухой кашель. Был осмотрен педиатром амбулаторно, выставлен диагноз «ОРВИ», назначена симптоматическая терапия. Однако, положительной динамики на фоне лечения нет, кашель и гипертермия сохраняются. В последние сутки появилась одышка, стал отказываться от еды. Общее состояние тяжелое за счет субфебрильной лихорадки, дыхательных нарушений. Температура 37,7°C. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь. Носовое дыхание свободное учащенное. В легких выслушивается жесткое учащенное дыхание, отмечается локальное ослабление дыхания в нижних отделах справа, единичные влажные хрипы справа, ЧД 30/мин. SpO2 - 96%. Исследование С-реактивного белка в крови - 45 мг/л (N менее 5 мг/л). Рентгенография грудной клетки: выявлены очаговые инфильтративные изменения в нижних отделах правого легкого. Диагноз: Правосторонняя очаговая нижнедолевая внебольничная пневмония. Какой антибактериальный препарат необходимо назначить? Какой препарат нужно назначить при аллергической реакции на антибиотик при отеке Квинке?</p>	<p>внебольничная пневмония рекомендуется назначить амоксициллин. При возникновении отека Квинке необходимо провести первую помощь: отменить амоксициллин и назначить ГКС для купирования отека.</p>
23.	ОПК-8	<p>Пациент 14 лет жалуется на боли в животе, тошнота, изжога, отрыжка воздухом, чувство быстрого насыщения и переполнения в желудке после еды. Впервые жалобы появились год назад, когда стала периодически беспокоить тошнота, эпизодические боли в эпигастрии после еды. В течение последних 2 месяцев боли участились и усилились, возникают во время или через 1-1,5 часа после еды. Месяц назад к болевому синдрому присоединилась отрыжка и изжога, которые возникают спонтанно в течение дня, чувство тяжести и переполнения в желудке после еды. Аппетит у ребенка снизился.</p>	<p>Стандартная эрадикационная терапия 1 линии включает в себя ингибитор протонной помпы + амоксициллина + кларитромицина. Эрадикационная терапия 1 линии включает в себя ингибитор протонной помпы + кларитромицин + метронидазол.</p>

		<p>На фоне боли в животе девочка ест редко (1-2 раза в день), небольшими порциями. Мама давала ребенку до еды отвар овса, после чего отмечалось незначительное снижение болевого синдрома. Последний эпизод боли был сегодня утром после завтрака. К врачу не обращалась, лекарственную терапию не получала. Живот мягкий, умеренно болезненный пальпации в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча желтого цвета. Определение антигена <i>H. Pylori</i> в кале: обнаружен. ФЭГДС с биопсией: поверхностный эритематозный пангастрит. Поверхностный экссудативный дуоденит. БУТ положительный. Диагноз: хронический гастродуоденит. Что включает в себя стандартная эрадикационная терапия 1 линии? Назначение каких препаратов подразумевает эрадикационная терапия 1 линии (2 вариант)?</p>	
24.	ОПК-8	<p>Пациент Т. жалуется на подъем температуры до 39,1°C, боли в горле, сыпь, однократную рвоту. Девочка болеет второй день, вчера появились боли в горле, отмечался подъём температуры до 38,5°C, была однократная рвота. Сегодня появилась мелкая розовая сыпь на туловище, лице и конечностях, подъем температуры тела до 39,1°C. Состояние ребенка средней тяжести. На коже туловища, конечностей, лица (кроме кожи носа, губ и подбородка) - ярко-розовые мелкоточечные (1-2 мм) элементы сыпи на гиперемированном фоне, преимущественно на боковых поверхностях туловища, сгибательных поверхностях рук, внутренних поверхностях ног с «выходом» элементов на тыл кистей и стоп, отмечается сгущение сыпи в естественных складках кожи. В ротоглотке слизистая оболочка миндалин, дужек и язычка ярко гиперемирована. Миндалины увеличены, в лакунах наложения. Язык обложен белым налетом. Пальпируются</p>	<p>При лечении скарлатины рекомендуется назначить препараты пенициллинового ряда. Антибактериальные препараты рекомендуется назначить для основного лечения</p>

		увеличенные до 1,5 см, болезненные, плотные передние шейные лимфатические узлы. Эндоскопическое исследование толстого кишечника с биопсией: язвенный колит, левосторонне поражение, I степень активности (умеренная). Диагноз: Скарлатина, типичная, средней степени тяжести, гладкое течение. Какое лекарственное средство первого выбора необходимо назначить? Какие препараты необходимо назначить для основного лечения?	
25.	ОПК-8	<p>Пациент 12 лет жалуется на боли в животе. Со слов матери жидкий стул до 10-20 раз в сутки на протяжении 4 недель, периодически с примесью слизи И крови, тенезмы, ночные дефекации, общую слабость. Пол года назад девочка перенесла кишечную инфекцию, ассоциированную с <i>Clostridium difficile</i>. После перенесенной инфекции ребенок стал периодически жаловаться на боли в животе. За этот период у нее 4 раза были эпизоды жидкого стула с примесью слизи и крови, сопровождающиеся тенезмами. В посевах кала на кишечную группу патогенной флоры высеяно не было. На фоне приема Энтерола и Энтерофурила, назначенного педиатром, диарея купировалась, однако через 2-3 недели жидкий стул повторялся вновь. Анализ кала на скрытую кровь положительный. За полгода ребенок потерял 2 кг массы тела. При осмотре - девочка астенического телосложения, обращает на себя внимание бледность кожных покровов, ладони холодные, влажные, с мраморным оттенком. Температура тела 37,5°C. Язык влажный, обложен густым белым налетом у корня. Живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации левой половины живота, по ходу толстого кишечника отмечается выраженная болезненность, в остальных отделах живот безболезненный. Перкуторные размеры печени по Курлову по среднеключичной линии на 2 см ниже реберной дуги, остальные соответствуют возрастной норме.</p>	<p>При гормонорезистентной форме заболевания рекомендуется инфликсимаб. Перорально при легкой и среднетяжелой активности язвенного колита в качестве терапии первой линии для индукции и поддержания ремиссии рекомендуется назначить 5-АСК (Месалазин) и сульфасалазин.</p>

		<p>Серологические маркеры (ASCA и р-ANCA): обнаружено р-ANCA.</p> <p>Эндоскопическое исследование: Язвенный колит, левостороннее поражение, I степень активности (умеренная) Диагноз: Язвенный колит, острое течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака.</p> <p>Какой препарат рекомендуется при гормонорезистентной форме заболевания? Какой препарат рекомендуется перорально при легкой и среднетяжелой активности язвенного колита в качестве терапии первой линии для индукции и поддержания ремиссии?</p>	
26.	ОПК-8	<p>На приём к врачу пришла пациентка 18 лет. Жалобы на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи, ночные боли, изжогу, отрыжку воздухом. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер боли в области живота. Амбулаторно получала лечение альмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом. Бабушки по материнской линии-гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской Диагноз: язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, неосложненная, фаза обострения. Что включает комплексная терапия обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не ассоциированной с Н. Pylori? Что относится к первой линии антихеликобактерной терапии?</p>	<p>Комплексная терапия обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не ассоциированной с Н. Pylori включает антациды, ингибиторы протонной помпы, гастроцитопротекторы. Первая линии антихеликобактерной терапии включает: ИПП + амоксициллин или кларитромицин+ нифурател (30 мг/кг/сут).</p>
27.	ОПК-8	<p>У больного 68 лет имеется АГ, СД, ИБС. Микроальбуминурия отсутствует. Рассчитанная скорость клубочковой фильтрации по Кокрофту-Гаулту 50 мл/мин. АД 170\90 мм. рт. ст. Принимает метопролола тартрат 100 мг/сут. У такого больного для улучшения прогноза какой комбинированный препарат следует рассматривать в качестве препарата первого ряда с максимально доказанной эффективностью? Какой целевой уровень АД должен быть в</p>	<p>Для улучшения прогноза следует рассматривать комбинированный препарат , содержащий периндоприл и индапамид.в качестве препарата первого ряда с максимально доказанной эффективностью. Целевой уровень АД в соответствии с</p>

		соответствии с европейскими рекомендациями по лечению АГ у такого больного ? В случае развития микроальбуминурии у такого больного предпочтительнее какая тактика антигипертензивной терапии?	европейскими рекомендациями по лечению АГ у такого больного должен быть менее 140/85 мм.рт.ст. Продолжение препарата в назначенного препарата в той же дозе.
28.	ОПК-8	Больной В., 18 лет, страдает atopический БА. Приступы 1-2 раза/мес, купируется сальбутамолом в ингаляциях 200 мкг. В связи с участием приступов послеострого респираторного заболевания до 3-4 раз/нед и появлением ночных эпизодов свистящих хрипов врачом назначен беклометазон 100 мкг 4 раз в день. Через 2 недели приступы исчезли, появились признаки кандидоза ротоглотки. Какие рекомендации лечащего врача по данному поводу ? Через 2 недели кандидоз сохраняется. Требуется ли коррекция фармакотерапии?	Рекомендации лечащего врача включают 1.полоскание полость рта после ингаляций водой.2.. Уменьшение числа ингаляций при тех же суточных дозах беклометазона (по 200 мкг 2 раза/сут). и противогрибковые средства. Возможна смена ингаляционного глюкокортикостероида - циклесонид в дозе 80-160 мкг.
29.	ОПК-8	Вызов на дом к ребенку 10 лет: Жалобы на повышение температуры до 39°C, слабость, вялость, озноб, боли в горле. Ребенок болен 2 день, когда впервые повысилась температура до 38,7°C (принимал ибупрофен с положительным эффектом на 3-4 часа), накануне вечером появились боли в горле. Объективный статус-фебрильная лихорадка до 38,7°C, боли в горле, умеренная гиперемия в ротоглотке, головная боль ,гнойные налеты на миндалинах по ходу лакун, язык обложен белым налетом.. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1,0 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Диагноз: острый стрептококковый тонзиллит, среднетяжелая форма, гладкое течение. Какой жаропонижающим препаратом, который можно использовать у данного пациента? Какой препарат выбора для	Препаратом выбора для лечения гипертермии, который можно использовать у данного пациента является парацетамол либо ибупрофен. Антибиотики пенициллинового ряда.

		этиотропной терапии стрептококковой инфекции?	
30.	ОПК-8	<p>Вызов на дом к пациенту 23 лет на 3-й день заболевания. Жалобы на повышение температуры тела, общую слабость, недомогание, отсутствие аппетита, высыпания на коже. Заболел остро, когда утром повысилась температура до 38,5°C (принимал Ибупрофен с положительным эффектом на 3-4 часа), отмечалась слабость, снижение аппетита. К вечеру появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице, за ушами, быстро сменявшаяся везикулами. В последующие дни сыпь подсыпала, подсыпание сопровождалось повышением температуры. Эпиданамнез: температура тела 38,4°C. Вялый, аппетит снижен. На коже лица, конечностей, туловища, волосистой части головы полиморфная (пятна, папулы, везикулы с прозрачным содержимым), зудящая сыпь. Сыпь распространяется по всей поверхности за исключением ладоней и стоп. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, задняя стенка глотки зерниста. На слизистых оболочках неба, щек, губ единичные везикулезные высыпания. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 26 в минуту. ЧСС - 126 уд. в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, учащены. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 0,5 см ниже края реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, достаточное, моча жёлтого цвета. Стул два раза за прошедшие сутки, кашицеобразный. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет. Какие нежелательные эффекты описаны при применении жаропонижающего препарата парацетамол? Какой препарат выбора для этиотропной терапии герпетической инфекции показан? В каком случае возможно применение антибиотиков при данной инфекции?</p>	<p>При применении жаропонижающего препарата парацетамол возможны такие нежелательные эффекты как: послеоперационные кровотечения, анемия, тромбоцитопения, лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, гемолитическая анемия, головные боли, бессонница, диарея, запор, диспепсия, мышечные спазмы, олигурия. Препарат выбора для этиотропной терапии является ацикловир в дозе 200мг 5 раз в день. Курс -5 дней. Применение антибиотиков возможно в случае подтвержденных бактериальных осложнений.</p>

## КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Проведение зачета по дисциплине как основной формы проверки обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры.

Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и системное знание всего программного материала и структуры дисциплины, а также знание основного содержания лекционного курса;
- свободное владение понятийным аппаратом, научным языком и терминологией, а также умение пользоваться понятийным аппаратом в процессе анализа основных проблем программы;
- логическое и убедительное изложение ответа

Оценки «не зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание либо отрывочное представление учебно-программного материала, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержание лекционного курса;
- затруднения с использованием понятийного аппарата и терминологии учебной дисциплины.