



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

 / С.А. Артюшкин /
« 25 » 01 2019 г.
004-16

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования-программы ординатуры
по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология

Трудоемкость: 3 ЗЕ

Санкт-Петербург
2019

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) выпускников, освоивших программу ординатуры по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология, проводится в целях определения соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология с последующей выдачей диплома государственного образца об окончании ординатуры. ГИА выпускников, освоивших программу ординатуры, является обязательным завершающим этапом обучения в ВУЗе.

К ГИА допускаются выпускники, освоившие программу ординатуры, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология.

ГИА обучающихся предусматривает оценку теоретической профессиональной подготовленности на основе государственных требований к минимуму и уровню подготовки по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология, предусмотренных федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология и проводится в форме государственного экзамена.

ГИА выпускников, освоивших программу ординатуры по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология в ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России осуществляется государственной экзаменационной комиссией (далее-ГЭК), которая работает в соответствии с приказом Минобрнауки России «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.

При условии успешного прохождения ГИА, выпускнику, освоившему программу ординатуры по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России присваивается квалификация врача по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология и выдается диплом государственного образца об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

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

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;

- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (далее - УК) и профессиональных (далее - ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3);

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- организационно-управленческая деятельность;
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

ГИА проводится в форме государственного экзамена. К государственному экзамену по специальности допускается выпускник, успешно завершивший в полном объеме освоение основной образовательной программы ординатуры, разработанной Университетом в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта по программе ординатуры. Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Перед государственным экзаменом по специальности проводится консультирование выпускников, освоивших программу ординатуры по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Уровень знаний выпускника, освоившего программу ординатуры, оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена по специальности:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

4. Порядок подведения итогов государственной аттестации

На каждого выпускника, освоившего программу ординатуры, заполняется протокол приема государственного экзамена по специальности, в который вносятся

вопросы билетов и дополнительные вопросы членов ГЭК. Протокол государственного экзамена по специальности подписывается теми членами ГЭК, которые присутствовали на экзамене.

Результаты государственного экзамена по специальности объявляются в тот же день после оформления протокола заседания комиссии.

Решение о присвоении (не присвоении) выпускнику, освоившему программу ординатуры, квалификации по специальности и выдаче диплома об окончании ординатуры принимает ГЭК.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель председателя комиссии) обладает правом решающего голоса.

Протоколы заседаний ГЭК хранятся в архиве Университета

5. Фонд оценочных средств для проведения государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования.

Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации, а также использовать материалы, имеющиеся в электронном ресурсе на платформе moodle.szgmu.ru, в том числе материалы лекций и семинаров.

Для систематизации знаний ординаторов необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 3 месяца до государственной итоговой аттестации.

Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.37 «Клиническая фармакология»

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординаторов должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

5.2 Вопросы, выносимые на государственный экзамен

5.2.1. Вопросы для собеседования

1. Понятие о клинической фармакологии. Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств. Значение фармакокинетических параметров для правильного дозирования лекарств.
2. Методы оценки эффективности и безопасности лекарственных средств. Факторы, риска развития осложнений. Меры профилактики. Терапевтический лекарственный мониторинг, его значение.
3. Виды взаимодействий лекарственных средств. Клинические примеры.
4. Клинико-фармакологическое обоснование назначения кардиотонических средств (дигоксин, дигитоксин, строфантин и др.), их сравнительная характеристика.

5. Фармакокинетическая и фармакодинамическая характеристика дигоксина, дигитоксина, строфантина (пути введения, всасывание в ЖКТ, связь с белками крови, метаболизм, выведение и клинические проявления их действия).
6. Факторы, предрасполагающие к развитию дигиталисной интоксикации и способы её фармакологической коррекции.
7. Взаимодействие сердечных гликозидов с другими препаратами (диуретиками, препаратами кальция, калия, антацидами, глюкокортикостероидами, витаминами, антиоксидантами и др.). Лекарственные препараты, улучшающие переносимость сердечных гликозидов.
8. Токсические эффекты сердечных гликозидов, диагностика и возможности их фармакологической коррекции.
9. Кардиостимулирующие средства (адреналин, добутамин, дофамин, ингибиторы фосфодиэстеразы и др.). Механизм действия, особенности. Клинико-фармакологическое обоснование их применения. Риск развития нежелательных лекарственных реакций.
10. Методы оценки эффективности и безопасности применения кардиотонических средств.
11. Классификация антиаритмических лекарственных средств. Механизмы действия и особенности клинического применения препаратов различных классов.
12. Клинико-фармакологическое обоснование назначения противоаритмических средств 1 класса (новокаинамид, хинидин, лидокаин, фенитоин, пропафенон и др.). Выбор препарата с учётом его фармакокинетики и фармакодинамики, вида нарушения ритма, риска развития побочных эффектов.
13. Клинико-фармакологические обоснования назначения противоаритмических средств 2 класса (β -адреноблокаторы: пропранолол, метопролол, атенолол, бисопролол и др.). Выбор препарата с учетом его фармакокинетики и фармакодинамики, вида нарушения работы сердца, сопутствующей патологии.
14. Клинико-фармакологическое обоснование назначения противоаритмических средств 3 класса (амиадарон, соталол). Выбор препарата с учётом его фармакокинетики и фармакодинамики, вида нарушения работы сердца, риска развития побочных эффектов.
15. Клинико-фармакологическое обоснование назначения противоаритмических средств 4 класса (блокаторов кальциевых каналов: верапамила, дилтиазема). Выбор препарата с учётом его фармакокинетики и фармакодинамики, вида нарушения работы сердца, риска развития побочных эффектов.
16. Тактика применения противоаритмических средств, режим дозирования, методы контроля эффективности и безопасности терапии.
17. Клинико-фармакологическое обоснование назначения тринитратов. Тактика применения с учётом их фармакокинетики и фармакодинамики, течения и формы ИБС, риска развития побочных эффектов.
18. Клинико-фармакологическое обоснование назначения препаратов изосорбида динитрата (нитросорбид, изо-мак, кардикет ретард и др.). Выбор препарата с учётом его фармакокинетики и фармакодинамики, течения и формы ИБС, риска развития побочных эффектов.
19. Клинико-фармакологическое обоснование назначения препаратов изосорбида мононитрата (моносан, эфокс, оликард ретард, монокинкве и др.). Выбор препарата с учётом его фармакокинетики и фармакодинамики, течения и формы ИБС, риска развития побочных эффектов.
20. Препараты, влияющие на нейрогенную регуляцию тонуса сосудов (центрального и периферического действия). Механизмы их действия, нежелательные эффекты, особенности клинического применения.
21. Периферические вазодилататоры, диуретики – как антигипертензивные препараты. Механизмы их действия, нежелательные эффекты, особенности клинического применения.

22. Фармакокинетика и фармакодинамика симпатолитиков, α -адреноблокаторов. Клинико-фармакологическое обоснование выбора препарата с учетом сопутствующей патологии, риска развития побочных эффектов.
23. Фармакокинетика и фармакодинамика препаратов центрального действия (клонидин, метилдофа, рилменидин (альбарел), моксонидин (цинт, физиотенз)). Выбор препарата с учётом сопутствующей патологии, риска развития побочных эффектов.
24. Ингибиторы АПФ: классификация, фармакокинетика, фармакодинамика, нежелательные эффекты, способы их профилактики.
25. Применение ингибиторов АПФ в лечении артериальной гипертензии
26. Применение ингибиторов АПФ в лечении хронической сердечной недостаточности
27. Применение ингибиторов АПФ в лечении ишемической болезни сердца
28. Антагонисты рецепторов ангиотензина. Механизмы их действия, нежелательные эффекты, особенности клинического применения.
29. Блокаторы кальциевых каналов: классификация, фармакокинетика, фармакодинамика, нежелательные эффекты, способы их профилактики.
30. Применение блокаторов кальциевых каналов в лечении артериальной гипертензии и ИБС
31. Взаимодействие антигипертензивных средств между собой и с другими препаратами (сердечными гликозидами, антикоагулянтами, НПВС, пероральными сахароснижающими препаратами).
32. Выбор мочегонных препаратов при отёках различного происхождения с учётом скорости наступления и длительности диуретического действия, их побочных эффектов. Критерии оценки эффективности и безопасности лечения.
33. Причины снижения мочегонного эффекта диуретиков, способы профилактики и коррекции.
34. Тактика назначения мочегонных средств при различных патологических состояниях (гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность, заболевания почек, отравления и др.).
35. Нежелательные эффекты мочегонных препаратов и их профилактика, способы коррекции.
36. Взаимодействие диуретиков с сердечными гликозидами, антигипертензивными средствами, антибиотиками, НПВС, глюкокортикостероидами и др. препаратами.
37. Неотложная помощь при гипертонических кризах различных типов с учетом сопутствующей патологии (ИБС, ХСН, СД).
38. Клиническая фармакология лекарственных средств, ингибирующих систему фибринолиза (эпсилон-аминокапроновая кислота, апротинин (контрикал, гордокс)). Механизм действия, особенности клинического применения, побочные эффекты, взаимодействие.
39. Фармакологическая характеристика прямых антикоагулянтов. Выбор дозы, кратность назначения и длительность курса лечения в зависимости от тяжести основного заболевания. Критерии оценки эффективности и безопасности терапии.
40. Фармакологическая характеристика непрямых антикоагулянтов. Выбор дозы, кратность назначения и длительность курса лечения в зависимости от тяжести основного заболевания. Критерии оценки эффективности и безопасности терапии.
41. Антиагреганты. Классификация. Особенности клинического применения : выбор препарата, режима дозирования и длительности курса лечения в зависимости от основного заболевания и сопутствующей патологии. Критерии оценки эффективности и безопасности терапии.
42. Фармакологическая характеристика средств, активирующих систему фибринолиза (фибринолизин, стрептокиназа, альтеплаза и др.). Сроки начала фибринолитической терапии. Режим дозирования и длительность курса лечения. Критерии оценки эффективности и безопасности терапии.
43. Нежелательные эффекты антикоагулянтов. Меры помощи при передозировке. Феномен отмены и его предупреждение.

44. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых для лечения анемий. Принципы лечения анемий. Выбор пути введения и дозы препаратов. Контроль эффективности и безопасности терапии.
45. Препараты железа, витамины, микроэлементы. Особенности назначения, побочные эффекты, противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
46. Классификация лекарственных средств, применяемых для лечения язвенной болезни. Механизмы действия, особенности клинического применения.
47. Антисекреторные препараты из группы холинолитиков. Механизм действия, режим дозирования и особенности клинического применения, нежелательные эффекты. Взаимодействия с препаратами других групп.
48. Блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов. Механизм действия, режим дозирования и особенности клинического применения, нежелательные эффекты. Взаимодействия с препаратами других групп.
49. Ингибиторы протонной помпы. Механизм действия, режим дозирования и особенности клинического применения, нежелательные эффекты. Взаимодействия с препаратами других групп.
50. Антацидные средства. Классификация, механизм действия, состав, показания и особенности назначения, нежелательные эффекты, взаимодействие с препаратами других групп.
51. Средства, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка (сукральфат, коллоидные соединения висмута (Де-Нол), синтетические аналоги простагландина (мизопростол) и др.). Механизм действия, режим дозирования и особенности клинического применения, нежелательные эффекты. Взаимодействия с препаратами других групп.
52. Понятие об эрадикационной терапии *H. pylori*. Современные схемы лечения язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori*.
53. Средства, применяемые для лечения обстипационного и диарейного синдромов. Механизм действия, режим дозирования и особенности клинического применения, нежелательные эффекты. Взаимодействия с препаратами других групп.
54. Эубиотики (пре- и пробиотики). Состав, механизм действия, терапевтические и нежелательные эффекты. Особенности клинического применения.
55. Вещества, усиливающие кинетику желчевыводящих путей. Состав, механизм действия, терапевтические и нежелательные эффекты. Особенности клинического применения.
56. Влияние лекарственных препаратов на беременность и плод. Классификация лекарственных средств по категориям безопасности.
57. Нейролептики. Особенности выбора в практике врача-интерниста. Нежелательные эффекты. Противопоказания. Взаимодействие с другими лекарственными средствами.
58. Транквилизаторы. Особенности выбора в практике врача-интерниста. Нежелательные эффекты. Противопоказания. Взаимодействие с другими лекарственными средствами.
59. Антидепрессанты. Особенности выбора в практике врача-интерниста. Нежелательные эффекты. Противопоказания. Взаимодействие с другими лекарственными средствами.
60. Классификация бронхорасширяющих препаратов. Механизмы действия, особенности клинического применения при различных заболеваниях, протекающих с бронхообструктивным синдромом.
61. Отхаркивающие средства. Классификация. Механизмы действия, особенности клинического применения при бронхо - легочной патологии. Нежелательные эффекты. Противопоказания.
62. Клинико-фармакологическая характеристика метилксантинов. Механизм действия, терапевтические и нежелательные эффекты. Показания и особенности режима дозирования с учетом формы и тяжести течения бронхообструктивного синдрома и наличия сопутствующих заболеваний. Методы расчета доз и контроля эффективности и безопасности терапии. Лекарственные взаимодействия.

63. Клинико-фармакологическая характеристика β -адреномиметиков. Механизм действия, терапевтические и нежелательные эффекты. Классификация. Показания и особенности режима дозирования с учетом формы и тяжести течения бронхообструктивного синдрома и наличия сопутствующих заболеваний. Методы контроля эффективности и безопасности терапии. Лекарственные взаимодействия.
64. Клинико-фармакологическая характеристика бронхорасширяющих препаратов группы холинолитиков. Механизм действия, терапевтические и нежелательные эффекты. Классификация. Показания и особенности режима дозирования с учетом формы и тяжести течения бронхообструктивного синдрома и наличия сопутствующих заболеваний. Методы контроля эффективности и безопасности терапии. Лекарственные взаимодействия.
65. Классификация противовоспалительных средств, используемых при бронхообструктивных заболеваниях. Патогенетические основы применения, механизмы действия, показания и особенности клинического применения.
66. Клинико-фармакологическое обоснование и способы применения глюкокортикостероидов (ингаляционных и системных) при бронхообструктивном синдроме. Выбор препаратов и режима дозирования с учетом тяжести течения и формы бронхиальной астмы, наличия сопутствующей патологии.
67. Клинико-фармакологическое обоснование применения стабилизаторов мембран тучных клеток при бронхиальной астме. Механизм действия, терапевтические и нежелательные эффекты. Показания, пути введения и дозы. Противопоказания.
68. Клинико-фармакологическое обоснование применения антилейкотриеновых препаратов при бронхиальной астме. Назначение препаратов с учетом тяжести течения и формы бронхиальной астмы, наличия сопутствующей патологии. Нежелательные эффекты и противопоказания.
69. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы и астматическом статусе (в зависимости от стадии).
70. Клинико-фармакологическое обоснование применения системных глюкокортикостероидов, их фармакокинетика и фармакодинамика. Понятие о терапевтической биоэквивалентности (эквивалентных дозах). Особенности различных групп ГКС. Показания к назначению и виды глюкокортикоидной терапии.
71. Принципы терапии системными глюкокортикостероидами. Схемы прерывистого назначения. Нежелательные эффекты и их профилактика. Синдром отмены.
72. Взаимодействие глюкокортикоидов с нестероидными противовоспалительными средствами, диуретиками, антигипертензивными препаратами, β_2 -адреномиметиками, α_1 -адреномиметиками, психостимуляторами и др.
73. Сравнительная клинико-фармакологическая характеристика нестероидных противовоспалительных средств. Выбор препаратов с учетом фармакокинетики и фармакодинамики, основного и сопутствующих заболеваний.
74. Нежелательные эффекты нестероидных противовоспалительных средств, их профилактика и лечение. Взаимодействие с препаратами других групп.
75. Сульфаниламиды. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
76. Производные 5-нитроимидазола (метронидазол, тинидазол, орнидазол). Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.

77. Нефторированные хилоны. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
78. Фторхилоны. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
79. Аминогликозиды. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
80. Пенициллины. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
81. Цефалоспорины. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
82. Карбапенемы. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
83. Монобактамы. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
84. Макролиды. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
85. Линкозамиды. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
86. Тетрациклины. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика препаратов (механизм действия, биодоступность, распределение в организме, метаболизм и выведение, продолжительность действия). Показания и особенности клинического применения. Нежелательные эффекты и противопоказания. Лекарственные взаимодействия.
87. Принципы рациональной антибиотикотерапии. Критерии выбора стартового антибактериального препарата и пути введения, критерии оценки эффективности терапии, показания к смене антибиотика, особенности режима дозирования, определение

- длительности антибактериальной терапии. Профилактика нежелательных эффектов. Понятие антибиотикопрофилактики.
88. Механизмы устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Факторы, предрасполагающие к развитию антибиотикорезистентности. Пути её преодоления.
 89. Гемодинамические кровезаменители. Классификация. Состав и свойства. Дозы и методы введения. Нежелательные эффекты. Контроль эффективности и безопасности.
 90. Дезинтоксикационные кровезаменители и инфузионные антигипоксанты Классификация. Состав и свойства. Дозы и методы введения. Нежелательные эффекты. Контроль эффективности и безопасности.
 91. Обращение лекарственных средств в России
 92. Какие документы надо представить в ЛЭЖ до начала клинического исследования
 93. Какие уровни доказательности существуют при изучении лекарственных препаратов
 94. Регуляторная стратегия при проведении исследований биоэквивалентности, дизайны исследований.
 95. Регуляторная стратегия при проведении исследований биоэквивалентности, дизайны исследований.
 96. Фазы клинических исследований по стандартам GCP
 97. Серьезные негативные явления
 98. Уязвимые контингенты в клинических исследованиях
 99. Общие принципы формирования содержания образования
 100. Фармэкономика Понятие о лекарственном формуляре лечебного учреждения.
 101. Государственная аккредитация образовательной деятельности
 102. Интерактивные формы обучения в вузе как педагогическая инновация
 103. Требования к оформлению рабочих программ по дисциплине в системе высшего образования
 104. Компетентностный подход в образовании.
 105. Опишите методологию подготовки семинарского занятия.
 106. Назовите и опишите положительные и отрицательные стороны различных технологических методов дистанционного обучения.
 107. Опишите классификацию видов деятельности в учебном процессе по Блюму.
 108. Опишите семь основных механизмов психологической защиты, укажите на связь между механизмами психологической защиты и психологическими особенностями личности. Опишите, почему преподаватель должен знать особенности механизмов психологической защиты.
 109. Опишите понятие о личности преподавателя и индивидуального стиля деятельности.
 110. Что такое профессиональная и личностная деформация преподавателя? Опишите основные положения теории профессионального выгорания и методы профилактики этого расстройства.
 111. Современные методы диспансеризации.
 112. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.
 113. Каким контингентам необходимо постоянное диспансерное наблюдение.
 114. Какие растительные препараты используются для лечения билиарных дисфункций.
 115. Фитотерапия в лечении инфекций мочевыводящих путей.
 116. Профилактическое применение витаминов и микроэлементов.
 117. Применение немедикаментозных методов лечения у пациентов с патологией органов дыхания.
 118. Санаторно-курортное лечение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
 119. Санаторно-курортное лечение пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
 120. Объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи при лучевой нагрузке.

121. Объем лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.
122. Роль врача- клинического фармаколога на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.
123. Статистический показатель, который характеризует уровень явления в среде, непосредственно с ним не связанной.
124. При вычислении интенсивных коэффициентов необходимо знание каких статистических совокупностей
125. Каким коэффициентом характеризуется уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
126. Высокотехнологичные виды медицинской помощи организации частной системы здравоохранения на территории РФ:
127. Лицензирование и мероприятия, связанные с ним.
128. Особенности оформления листков нетрудоспособности. Кто может их выдавать.

5.2.2 Ситуационные задачи

Задача № 1

Пациентка 22 лет предъявляет жалобы на повышенную температуру до 39°C, кашель с отхождением мокроты, боль в грудной клетке при дыхании, ломоту с икроножных мышц. Данные жалобы беспокоят в течение 7 дней, к врачам не обращалась, в домашних условиях лечилась жаропонижающими и отхаркивающими средствами в связи с сохранением жалоб поступила в больницу им Петра Великого. При обследовании:

- по данным клинического анализа крови - Лейкоциты – $13,2 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 92%, Эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 124 г/л, СОЭ – 14 мм/ч
- по данным рентгенологического обследования легких – корни легких не расширены, инфильтрация нижней доли правого легкого, синусы свободны

Из анамнеза также известно, что у пациентки в анамнезе аллергия на ампициллин (проявление в виде крапивницы)

Установлен диагноз: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония

Вопросы:

1. Предположите возможного (возможных) возбудителей данного заболевания
2. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию на основании данных о возможных возбудителях
3. Какие исследования необходимо сделать до назначения антибактериальных препаратов, какие исследования необходимо провести для оценки эффективности и безопасности назначенной антибактериальной терапии и с какие сроки.
4. При эффективности назначенной схемы терапии укажите критерии достаточности антибактериальной терапии

Задача № 2

Пациент 40 лет поступил на хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит, после подготовки прооперирован. Из протокола операции известно, что у пациента имел место гангренозный аппендицит, распространенный перитонит. По данным клинического анализа крови - Лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 85%; Эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 128 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, температура тела 38,0°C. Из анамнеза известно, что пациент страдает гепатитом алкогольной этиологии, циррозом печени

Вопросы:

1. Необходимо ли проведение антибиотикопрофилактики в периоперационном периоде у такого пациента? Если «да» то какой препарат может быть использован для этих целей?
2. Необходимо ли проведение антибактериальной терапии? Если «да», то назначьте эмпирическую антибактериальную терапию? Какой спектр микроорганизмов должна покрывать назначенная антибактериальная терапия?
3. Как можно оценить эффективность проводимой антибактериальной терапии?
4. Чем будет определяться длительность курса антибактериальной терапии?

Задача № 3

Пациентка 56 лет длительно страдает сахарным диабетом, в течение 3 лет периодически получает лечение в стационарах города по поводу диабетической стопы. В настоящее время поступила для оперативного лечения язвенно-некротического дефекта 3 пальца левой стопы и голени. За время нахождения на отделении прооперирована (произведена хирургическая обработка раны, ампутация 3 пальца левой стопы), проводилась антибактериальная терапия (цефтриаксон 1,0 г 2 раза в сутки). Однако на фоне проводимого лечения рана длительно не заживает, имеются некрозы, гнойное отделяемое из послеоперационной раны, температура тела 37,5 °С, по данным клинического анализа крови Лейкоциты – $9,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 74%, лимфоциты – 16%, моноциты - 8%, эозинофилы -2%; Эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 118 г/л, СОЭ – 34 мм/ч

Вопросы:

1. Обоснуйте необходимость назначения/смены антибактериальной терапии
2. Какие исследования необходимо провести для решения вопроса о смене антибактериальной терапии
3. Предположите возможного (возможных) возбудителей характерных для данной ситуации
4. Назначьте антибактериальную терапию
- 5.

Задача № 4

Пациентка 28 лет, поступила в плановом порядке для оперативного лечения хронической варикозной болезни нижних конечностей. При осмотре - трофических изменений кожи нижних конечностей нет, пациентка не лихорадит, по данным клинического анализа крови - лейкоциты – $6,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 8%, эозинофилы -2%, базофилы - 3%; Эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 126 г/л, СОЭ – 4 мм/ч. Из сопутствующей патологии – страдает хроническим бронхитом, в настоящее время - вне обострения. В послеоперационном периоде был назначен цефтриаксон 1,0 г 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Вопрос:

Оцените правильность назначения цефтриаксона в послеоперационном периоде. Как в случае согласия, так и несогласия – ответ обоснуйте

Задача № 5

Пациент 30 лет поступил на терапевтическое отделение с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,4 °С, потливость в течение 2 месяцев. На амбулаторном этапе - получал антибактериальные препараты амоксициллин/клавуланат 625 мг 2 раза в сутки без значительного положительного эффекта. Из анамнеза известно, что пациент в течение длительного времени употреблял в/в наркотики. При осмотре обращает на себя внимание систолический шум на трикуспидальном клапане. На отделении выполнены следующие исследования, 3 года назад диагностирован СПИД, гепатит С и В. На отделении выполнены следующие исследования:

- клинический анализ крови - лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 82%, лимфоциты – 7%, моноциты - 5%, эозинофилы -3%, базофилы - 3%; Эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 110 г/л, СОЭ – 35 мм/ч

- биохимический анализ крови АСТ – 35 ммоль/л, АЛТ - 37 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л

- посев крови – на 2е сутки рост *S.aureus* (оксациллин - резистентный, ампициллин - резистентный, цефтриаксон - чувствительный, гентамицин – чувствительный, ципрофлоксацин – чувствительный, ванкомицин – чувствительный).

Установлен диагноз : инфекционный эндокардит. Была назначена антибактериальная терапия (ванкомицин 1,0 г 2 раза в сутки в/в кап), однако на фоне проводимой терапии (в течение 10 дней) было получено ухудшение состояния – повышение температуры до 38°C, появление кашля с гнойной мокротой, болей в грудной клетке. Было выполнено рентгенологическое исследование грудной клетки - выявлены множественные абсцессы обоих легких, по данным клинического анализа крови - лейкоциты $15,7 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 90%, по данным биохимического анализа крови – креатинин возрос до 140 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Согласны ли Вы с первичным назначением ванкомицина? Ответ обоснуйте
2. Необходима ли смена антибактериальной терапии? Если «да», то какой препарат может быть выбран?
3. В связи, с чем произошло нарастание уровня креатинина?
4. Какие методы лабораторно-инструментального исследования могут быть использованы для контроля эффективности и безопасности антибактериальной терапии?

Задача № 6

Пациентка 77 лет поступила на хирургическое отделение с кишечной непроходимостью, в процессе операции была выявлено опухоль сигмовидной кишки, обтурирующая просвет кишки, перфорации кишки выявлено не было. В послеоперационном периоде получала ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки, в связи с дыхательной недостаточностью продолжала находиться на ИВЛ. На 2-е сутки после операции уровень температуры 37 °С, уровень лейкоцитов $10,0 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 75%, однако на 8-е сутки послеоперационного периода отмечено нарастание уровня лейкоцитов до $17,2 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 95%, температура тела - 38 °С, при санации трахео-бронхиального дерева - гнойное отделяемое. выполнен рентген легких – инфильтрация легочной ткани в средних отделах левого легкого. Диагностирована нозокомиальная пневмония.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
2. Укажите возможных возбудителей данного заболевания?
3. Выберите антибактериальный препарат для лечения данной патологии

Задача № 7

Больной С., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 20 лет. Приступы удушья чаще возникают при переходе из тёплого помещения на улицу и наоборот, обычно купируется приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, и ещё лучше и быстрее – ингаляциями орципреналина (астмопента) по 2 ингаляции с интервалом в несколько минут. Ухудшение самочувствия обычно наблюдается весной и осенью. В настоящее время приступы обычно возникают 4-5 раз в неделю, иногда просыпается ночью от ощущения нехватки воздуха. 6 месяцев назад перенёс мелкоочаговый инфаркт миокарда. Сейчас приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются после прекращения нагрузки или приёма нитроглицерина сублингвально. АД – 170/90 мм рт. ст., ЧСС – 86/мин, пульс ритмичный. Периферических отёков нет. ОФВ₁ = 64 % от должного, прирост ОФВ₁ после пробы с фенотеролом (беротеком) – на 26 %.

А. Определите патогенетический вариант и степень контроля бронхиальной астмы.

Б. Определите необходимость назначения противовоспалительных препаратов для базисной терапии бронхиальной астмы.

В. Если Вы считаете, что назначение их обосновано, то выберите наиболее предпочтительный(ые) препарат(ы) и путь введения:

1. Преднизолон перорально
2. Кромогликат натрия (интал) ингаляционно
3. Дексаметазон внутривенно коротким курсом
4. Монтелукаст (сингуляр) перорально
6. Беклометазон (беклоджет) ингаляционно
5. Кетотифен (задитен) перорально

Обоснуйте Ваш выбор.

Г. Какой бронхолитик будет наиболее предпочтительным для пациента?

1. Орципреналин (астмопент)
2. Тербуталин (бриканил)
3. Ипратропия бромид (атровент)
4. Беродуал
5. Аминофиллин (эуфиллин)
6. Фенотерол (беротек)
7. Сальметерол (серевент)
8. Тиотропия бромид (спирива)

Обоснуйте Ваш выбор.

Д. При выборе нескольких препаратов опишите их возможные взаимодействия между собой с учётом клинической ситуации.

Задача №8

Больная К., 47 лет, в течение 25 лет страдает атопической бронхиальной астмой. В связи с тяжёлым течением заболевания и недостаточностью эффекта флутиказона (фликсотид), последние 6 лет постоянно принимает перорально триамсинолон (24 мг/сут: 16 мг в 8 утра, 8 мг – в 13 часов), постоянно применяет сальметерол (серевент) по 1 дозе (25 мкг) 2 раза в сутки, изредка пользуется дозированными аэрозолями сальбутамола по требованию. В последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Объективно: рост – 160 см, масса тела – 87 кг, гирсутизм, симптомокомплекс Иценко-Кушинга, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88/мин; при лабораторном исследовании: биохимический анализ крови: глюкоза – 7,8 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л, ионизированный кальций – 1,06 ммоль/л.

А. Какие нежелательные побочные реакции наблюдаются у данной больной и с применением какого препарата они связаны?

Б. Как можно уменьшить проявления нежелательных побочных реакций препарата?

1. Отменить сальметерол, назначить ипратропия бромид (атровент)
2. Полностью прекратить применение сальбутамола, при приступах принимать аминофиллин (эуфиллин)
3. Изменить режим дозирования триамсинолона: по 8 мг в 8, 13 и 18 часов
4. Отменить триамсинолон, назначить дексаметазон
5. Попытайтесь снизить суточную дозу триамсинолона на фоне ингаляционных ГКС
6. Назначить препараты кальция, кальцитонин, эстрогены

В. Как можно нормализовать имеющиеся у больной метаболические нарушения?

1. Назначить соответствующую диету (стол №9)
2. Полностью исключить жиры из рациона

3. Назначить пероральные гипогликемизирующие средства
4. Назначить препараты инсулина
5. Назначить курс разгрузочно-диетической терапии (лечебного голодания) на 7-10 суток

Г. Оцените взаимодействие назначенных препаратов между собой.

Задача №9

Больной В., 49 лет, поступил в пульмонологическое отделение с частыми приступами удушья и экспираторной одышкой. Страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет. Приступы удушья стали беспокоить после перенесённой ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Обычно обострения возникают в осенне-весенний период, чаще – после простудных заболеваний. Три года назад, при выраженном обострении БА, принимал преднизолон в течение месяца (30 мг/сут, с постепенным снижением дозы). Постоянно противовоспалительных препаратов не получает. Ухудшение состояния наблюдается в последние 2 недели, после заболевания гриппом. Состояние больного ухудшалось постепенно, увеличивалась потребность в бронхолитиках: до 10-12 доз/сут сальбутамола в последние 2 дня, вместо обычных 2-4 доз; выросла одышка, кашель стал малопродуктивным. Температура тела нормальная. В клиническом анализе крови: лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$ (п/яд. – 3%, с/яд. – 57%, моноциты – 2%, лимфоциты – 28%, эозинофилы – 8%, базофилы – 2%), СОЭ – 15 мм/ч. При рентгенологическом исследовании в легких – без очаговых и инфильтративных изменений. ОФВ₁ – 47%; при фармакологической пробе с фенотеролом (беротек) выявлено увеличение ОФВ₁ на 16%.

А. Определите патогенетический вариант и степень контроля бронхиальной астмы.

Б. Ваша тактика по купированию обострения заболевания:

1. Фенотерол (беротек) в/в капельно
2. Аминофиллин (эуфиллин) в/в капельно
3. Беклометазон ингаляционно
4. Атропин в/в
5. Иpratропия бромид (атровент) ингаляционно
6. Клемастин (тавегил) в/в
7. Кромогликат натрия (интал) ингаляционно
8. Дексаметазон в/в капельно
9. Преднизолон перорально
10. Амоксициллин/клавуланат (амоксиклав) в/в капельно
11. Инфузионная терапия полиионными растворами

В. Выберите режим дозирования выбранных препаратов и определите приблизительную длительность их назначения.

Г. Определите необходимость назначения препаратов для базисной противовоспалительной терапии. Если она необходима, то назовите наиболее предпочтительную(ые) группу(ы) препаратов и обоснуйте Ваш выбор.

Д. Выберите бронхорасширяющий(ие) препарат(ы):

1. Иpratропия бромид (атровент) ингаляционно регулярно
2. Сальбутамол ингаляционно при приступах
3. Фенотерол (беротек) ингаляционно регулярно
4. Аминофиллин (эуфиллин) перорально при приступах
5. Теофиллин пролонгированный (теопек) перорально регулярно
6. Формотерол (форадил) ингаляционно регулярно

Обоснуйте Ваш выбор.

Задача №10

Больная, 33 лет, страдает преимущественно аллергической (атопической) формой бронхиальной астмы в течение 7 лет. В детстве страдала диатезом на цитрусовые и шоколад, с 16-летнего возраста – поливалентная пищевая аллергия и крапивница. Обострения астмы обычно возникают поздней весной и летом, в период цветения растений или после погрешности в диете, и часто сопровождаются крапивницей. Приступы удушья купирует ингаляциями сальбутамола по 1-2 дозы. В осеннее-летний период с целью профилактики приступов применяет кромогликат натрия (интал) по 2 ингаляции 3-4 раза в сутки, что снижает частоту приступов бронхоспазма. Для лечения крапивницы обычно принимает хлоропирамин (супрастин) по 25 мг (1 таб.) 3 раза в день, с хорошим клиническим эффектом, однако отмечает при этом слабость и сонливость. В настоящее время наблюдается ухудшение самочувствия: приступы удушья возникают 3-4 раза в неделю. На коже – уртикарная сыпь. $ОФВ_1 = 82\%$ от должного, проба с фенотеролом (беротеком) положительна. В крови – эозинофилия (12%). Сейчас пользуется только сальбутамолом. Обратилась в поликлинику с целью подбора терапии.

А. Определите степень контроля бронхиальной астмы.

Б. Определите необходимость назначения препаратов для базисной противовоспалительной терапии; обоснуйте Ваш ответ.

В. Если она необходима, то назовите наиболее предпочтительный(ые) препарат(ы) препаратов и обоснуйте Ваш выбор:

1. Кромогликат натрия (тайлед)
2. Преднизолон в/в коротким курсом с последующим переходом на пероральный приём
3. Фенспирид (эреспал)
4. Ибупрофен (нурофен)
5. Зафирлукаст (аколат)
6. Клемастин (тавегил) в/в с последующим переходом на пероральный приём
7. Флутиказон (фликсотид)

Г. Выберите оптимальную(ые) группу(ы) бронхорасширяющих препаратов, обоснуйте Выбор, определите режим применения.

Задача № 11

Больная Д., 20 лет, доставлена машиной скорой помощи. Дома после приёма ацетилсалициловой кислоты по поводу повышенной температуры тела (болеет ОРВИ) возник приступ удушья, купирован в машине введением аминофиллина (эуфиллина) в/в. Ранее ацетилсалициловую кислоту не принимала, обычно при гипертермии принимает парацетамол, но на этот раз его не оказалось. В анамнезе – детские инфекции. При расспросе выяснено также, что пациентка страдает вазомоторным ринитом. ЧДД – 20/мин, жёсткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 86/мин, АД – 130/80 мм рт. ст.. Тоны сердца ясные, шумов нет. При ЛОР-обследовании – острый катаральный ринофарингит, полипоз носа. $ОФВ_1 = 78\%$ от должного, проба с фенотеролом (беротеком) положительна. В остальном по органам и системам – без особенностей.

А. Ваше представление о больной

Б. Необходимо ли назначение пациентке противовоспалительных препаратов? Если да – то какая группа будет наиболее предпочтительной. Обоснуйте Ваш ответ.

В. Если подобный приступ повторится, то какой препарат и какой путь введения будет наиболее показан для его купирования?

Г. Какие меры необходимо принимать для профилактики приступов?

Задача № 12

Больной И., 58 лет, поступил с жалобами на выраженную одышку экспираторного характера, периодические приступы удушья, кашель с мокротой сероватого цвета (преимущественно по утрам). Одышка беспокоит в течение 6 лет, интенсивность её постепенно нарастала. Ухудшение состояния – в течение недели, после перенесённого ОРВИ. Удушье купирует приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, к врачам не обращался. Часто болеет простудными заболеваниями. Курит с 16-летнего возраста, сейчас – по 2 пачки сигарет в день; алкоголь употребляет умеренно. Гиперстеник, грудная клетка бочкообразная. ЧДД – 26/мин; при перкуссии лёгких – коробочный звук; дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 80/мин, АД – 160/100 мм рт. ст. $ОФВ_1 = 45\%$ от должного, прирост $ОФВ_1$ после ингаляции фенотерола (беротека) – 4%; $ОФВ_1/ФЖЕЛ = 0,5$.

А. Составьте представление о больном, определите тяжесть заболевания.

Б. Какие препараты необходимо назначить для купирования обострения (указать дозы, пути введения и длительность назначения)?

В. Необходимо ли продолжение лечения после купирования обострения?

Г. Если да – то выберите необходимые и наиболее предпочтительные препараты и/или мероприятия:

1. Теофиллин пролонгированный (теопек) перорально регулярно
2. Сальбутамол ингаляционно по требованию
3. Окситропия бромид (оксивент) ингаляционно регулярно
4. Аминофиллин (эуфиллин) перорально по требованию
5. Дексаметазон перорально курсами
6. Преднизолон перорально постоянно
7. Беклометазон ингаляционно регулярно
8. Пролонгированная оксигенотерапия

9. Вакцинация против гриппа

10. Римантадин (ремантадин) курсами при обострении

Обоснуйте Ваш выбор.

Д. Оцените взаимодействие назначенных препаратов между собой.

Задача №13

Пациентка М., 70 лет, поступила на отделение терапии с диагнозом: «Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония». Из сопутствующей патологии – ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК; ГБ 3 ст., 3ст., риск 4; Хронические пиелонефрит, вне обострения. Была назначена следующая терапия: гентамицин по 80 мг 3 раза в сутки, цефазолин по 1 г 2 раза в сутки, амброксол по 30 мг 3 раза в сутки, аминофиллин (эуфиллин) 2,4% 10 мл в/в капельно на физ. растворе, реамберин, эналаприл по 5 мг 2 раза в сутки, метопролол по 12,5 мг 2 раза в сутки, ацетилсалициловая кислота (Тромбо АСС 100 мг 1 раз в сутки). На фоне проводимой терапии состояние несколько улучшилось, однако сохраняется субфебрильная температура $37,5^{\circ}\text{C}$ (при поступлении до $38,4^{\circ}\text{C}$), отчетливой положительной рентгенологической динамики не отмечается, по данным клинического анализа крови – сохранение лейкоцитоза ($L - 10,2 \times 10^9/\text{л}$, при поступлении $11 \times 10^9/\text{л}$); при контрольном биохимическом исследовании крови выявлено увеличение концентрации креатинина и мочевины.

Вопросы:

1. Оцените правильность выбора антибактериальных препаратов для эмпирической терапии внебольничной пневмонии.

2. Объясните причины нарастания уровня креатинина и мочевины в биохимическом анализе крови.
3. При необходимости проведите коррекцию назначенной терапии

Задача № 14

Пациент В., 65 лет. Диагноз: «ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ 4 года назад). ГБ 3 ст., 3 ст., риск 4. ФП, постоянная форма, тахисистолия. ХСН 2Б ст., 3ФК. Хроническая варикозная недостаточность 3 ст.». В анамнезе – тромбоз глубоких вен бедра.

В настоящее время получает: пропранолол по 40 мг 3 раза в сутки, эналаприл по 10мг 2 раза в сутки, аспирин 500 мг – по ¼ таб. 1 раз в сутки, варфарин 2,5 мг 1 раза в сутки, гидрохлоротиазид (гипотиазид) по 25 мг 1 раз в сутки, нитроглицерин по требованию. На фоне проводимой терапии пациент отметил изменение цвета мочи (бурая) и двукратное носовое кровотечения на фоне обычных цифр АД, по поводу чего обратился в поликлинику. При обследовании МНО – 4,5.

Вопросы:

1. Объясните причину изменения цвета мочи и носовых кровотечений.
2. Перечислите методы контроля безопасности назначенных лекарственных средств
3. Если это необходимо, осуществите коррекцию проводимой терапии.

Задача № 15

Больной С., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 20 лет. Приступы удушья чаще возникают при переходе из тёплого помещения на улицу и наоборот, обычно купируется приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, и ещё лучше и быстрее – ингаляциями орципреналина (астмопента) по 2 ингаляции с интервалом в несколько минут. Ухудшение самочувствия обычно наблюдается весной и осенью. В настоящее время приступы обычно возникают 4-5 раз в неделю, иногда просыпается ночью от ощущения нехватки воздуха. 6 месяцев назад перенёс мелкоочаговый инфаркт миокарда. Сейчас приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются после прекращения нагрузки или приёма нитроглицерина сублингвально. АД – 170/90 мм рт. ст., ЧСС – 86/мин, пульс ритмичный. Периферических отёков нет. ОФВ₁ = 64 % от должного, прирост ОФВ₁ после пробы с фенотеролом (беротеком) – на 26 %.

А. Определите патогенетический вариант и степень контроля бронхиальной астмы.

Б. Определите необходимость назначения противовоспалительных препаратов для базисной терапии бронхиальной астмы.

В. Если Вы считаете, что назначение их обосновано, то выберите наиболее предпочтительный(ые) препарат(ы) и путь введения:

1. Преднизолон перорально
2. Кромогликат натрия (интал) ингаляционно
3. Дексаметазон внутривенно коротким курсом
4. Монтелукаст (сингуляр) перорально
6. Беклометазон (беклоджет) ингаляционно
5. Кетотифен (задитен) перорально

Обоснуйте Ваш выбор.

Г. Какой бронхолитик будет наиболее предпочтительным для пациента?

1. Орципреналин (астмопент)
2. Тербуталин (бриканил)
3. Ипратропия бромид (атровент)

4. Беродуал
 5. Аминофиллин (эуфиллин)
 6. Фенотерол (беротек)
 7. Сальметерол (серевент)
 8. Тиотропия бромид (спирива)
- Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 16

Больная К., 47 лет, в течение 25 лет страдает атопической бронхиальной астмой. В связи с тяжёлым течением заболевания и недостаточностью эффекта флутиказона (фликсотид), последние 6 лет постоянно принимает перорально триамсинолон (24 мг/сут: 16 мг в 8 утра, 8 мг – в 13 часов), постоянно применяет сальметерол (серевент) по 1 дозе (25 мкг) 2 раза в сутки, изредка пользуется дозированными аэрозолями сальбутамола по требованию. В последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Объективно: рост – 160 см, масса тела – 87 кг, гирсутизм, симптомокомплекс Иценко-Кушинга, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88/мин; при лабораторном исследовании: биохимический анализ крови: глюкоза – 7,8 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л, ионизированный кальций – 1,06 ммоль/л.

А. Какие нежелательные побочные реакции наблюдаются у данной больной и с применением какого препарата они связаны?

Б. Как можно уменьшить проявления нежелательных побочных реакций препарата?

1. Отменить сальметерол, назначить ипратропия бромид (атровент)
2. Полностью прекратить применение сальбутамола, при приступах принимать аминофиллин (эуфиллин)
3. Изменить режим дозирования триамсинолона: по 8 мг в 8, 13 и 18 часов
4. Отменить триамсинолон, назначить дексаметазон
7. Попытаться снизить суточную дозу триамсинолона на фоне ингаляционных ГКС
8. Назначить препараты кальция, кальцитонин, эстрогены

В. Как можно нормализовать имеющиеся у больной метаболические нарушения?

6. Назначить соответствующую диету (стол №9)
7. Полностью исключить жиры из рациона
8. Назначить пероральные гипогликемизирующие средства
9. Назначить препараты инсулина
10. Назначить курс разгрузочно-диетической терапии (лечебного голодания) на 7-10 суток

Г. Оцените взаимодействие назначенных препаратов между собой.

Задача № 17

Больной И., 58 лет, поступил с жалобами на выраженную одышку экспираторного характера, периодические приступы удушья, кашель с мокротой сероватого цвета (преимущественно по утрам). Одышка беспокоит в течение 6 лет, интенсивность её постепенно нарастала. Ухудшение состояния – в течение недели, после перенесённого ОРВИ. Удушье купирует приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, к врачам не обращался. Часто болеет простудными заболеваниями. Курит с 16-летнего возраста, сейчас – по 2 пачки сигарет в день; алкоголь употребляет умеренно. Гиперстеник, грудная клетка бочкообразная. ЧДД – 26/мин; при перкуссии лёгких – коробочный звук; дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 80/мин, АД – 160/100

мм рт. ст. $ОФВ_1 = 45\%$ от должного, прирост $ОФВ_1$ после ингаляции фенотерола (беротека) – 4%; $ОФВ_1/ФЖЕЛ = 0,5$.

А. Составьте представление о больном, определите тяжесть заболевания.

Б. Какие препараты необходимо назначить для купирования обострения (указать дозы, пути введения и длительность назначения)?

В. Необходимо ли продолжение лечения после купирования обострения?

Г. Если да – то выберите необходимые и наиболее предпочтительные препараты и/или мероприятия:

1. Теофиллин пролонгированный (теопек) перорально регулярно
2. Сальбутамол ингаляционно по требованию
3. Окситропия бромид (оксивент) ингаляционно регулярно
4. Аминофиллин (эуфиллин) перорально по требованию
5. Дексаметазон перорально курсами
6. Преднизолон перорально постоянно
7. Беклометазон ингаляционно регулярно
8. Пролонгированная оксигенотерапия

9. Вакцинация против гриппа

10. Римантадин (ремантадин) курсами при обострении

Обоснуйте Ваш выбор.

Д. Оцените взаимодействие назначенных препаратов между собой.

Задача №18

Пациентка М., 70 лет, поступила на отделение терапии с диагнозом: «Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония». Из сопутствующей патологии – ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК; ГБ 3 ст., 3ст., риск 4; Хронические пиелонефрит, вне обострения. Была назначена следующая терапия: гентамицин по 80 мг 3 раза в сутки, ванкомицин по 1 г 2 раза в сутки, амброксол по 30 мг 3 раза в сутки, аминофиллин (эуфиллин) 2,4% 10 мл в/в капельно на физ. растворе, реамберин, эналаприл по 5 мг 2 раза в сутки, метопролол по 12,5 мг 2 раза в сутки, ацетилсалициловая кислота (Тромбо АСС 100 мг 1 раз в сутки). На фоне проводимой терапии состояние несколько улучшилось, однако сохраняется субфебрильная температура $37,5^{\circ}\text{C}$ (при поступлении до $38,4^{\circ}\text{C}$), отчетливой положительной рентгенологической динамики не отмечается, по данным клинического анализа крови – сохранение лейкоцитоза ($Л - 10,8 \times 10^9/\text{л}$, при поступлении $12 \times 10^9/\text{л}$); при контрольном биохимическом исследовании крови выявлено увеличение концентрации креатинина (155 ммоль/л) и мочевины (15 ммоль/л).

Вопросы:

4. Оцените правильность выбора антибактериальных препаратов для эмпирической терапии внебольничной пневмонии.
5. Объясните причины нарастания уровня креатинина и мочевины в биохимическом анализе крови.
6. При необходимости проведите коррекцию назначенной терапии.

Задача №19

Пациент 25 лет предъявляет жалобы на изменение консистенции стула (кашецеобразный), частоты стула до 2 раз в день. Из анамнеза известно, что страдает хроническим гайморитом, часторецидивирующим (за последний год обострения 1 раз в месяц, за это время принимал различные антибактериальные препараты – ампициллин таб, цефтриаксон в/м, линкомицин в/м, азитромицин таб, амоксиклав таб). Также страдает хроническим панкреатитом.

По результатам обследования:

клинический анализ крови – L- $7,8 \cdot 10^9$ /л, Eг- $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Hb -130г/л, СОЭ -10 мм/ч
биохимический анализ крови АсТ -18 ммоль/лч, АлТ -22 ммоль/лч, креатинин – 90
ммоль/л, билирубин – 15 мкмоль/л, глюкоза -5,7 ммоль/л
копрограмма - цвет – коричневый, слизь +, детрит +, растительная клетчатка (неперев ++,
перев +), жир (нейтральный +, ж.к. + мыла+), крахмал (внеклеточный +, внутриклеточный
+), йодофильная флора ++
УЗИ брюшной полости перегиб желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной
железы
Кал на дизбактериоз – патогенной флоры не обнаружено, незначительное снижение
количества бифидобактерий и лактобактерий

Вопросы:

1. Предположите возможные причины изменения стула у данного пациента
2. Выберите лекарственные средства, которые могли быть использованы в данном случае. Ответ обоснуйте
 - a. Панкреатин (мезим-форте, креон)Бифидумбактерин
 - b. Аципол
 - c. Бификол
 - d. Линекс
 - e. Хилак –форте
 - f. Энтерол

Задача №20

Пациентка П. 65 лет поступила на отделение урологии в связи с впервые выявленным эпизодом гематурии. Из анамнеза: длительно страдает артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий, постоянная форма, по поводу чего принимает варфарин в подобранной дозе 7,5 мг/сутки (связь с белками плазмы 97-99%). МНО при этом поддерживается на уровне 2-3. Также принимает эналаприл в дозе 5 мг 2 раза в сутки (связь с белками плазмы 50%), соталол 80 мг 2 раза в сутки (практически не связывается с белками плазмы). Недавно после диспансеризации произведена смена антиаритмической терапии. Назначен амиодарон в дозе 200 мг 3 раза в сутки (связь с белками плазмы 95%). Клинический анализ крови: эритроциты $3,5 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин 95 г/л; лейкоциты $6,2 \cdot 10^9$ /л (п/я 2; с/я 67; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 25%; моноциты 3%); тромбоциты $210 \cdot 10^9$ /л. По данным биохимического анализа крови мочевины 7 ммоль/л; креатинин 65 мкмоль/л. В коагулограмме МНО 7; АЧТВ 25 с. Консультирована гинекологом – гинекологической патологии не выявлено. Проведена цистоскопия – патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз
2. Какое (какие) из лекарственных средств могло (могли) повлиять на развитие симптомов?
3. Объясните механизм возникновения гематурии
4. Какие терапевтические мероприятия следует назначить?

Задача №21

Мужчина 30 лет заболел остро. 5 дней назад появились острые боли в эпигастральной области и в правом подреберье, тошнота, анорексия. Отрыжка воздухом. Последний месяц злоупотреблял алкоголем. При обследовании выявлено снижение массы тела, тремор рук,

субиктеричность склер, телеангиоэктазии, печень увеличена на 3 см, край плотный.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №22

Пациент И., 49 лет. Страдает гастроэзофагельной рефлюксной болезнью около 5 лет. Курит. Периодически выпивает крепкий алкоголь. В течение последних 3-х месяцев отмечает изменение клинической картины заболевания: уменьшились изжога и отрыжка, появилась дисфагия и одинофагия при употреблении плотной пищи, ухудшился аппетит, появилась слабость и снизилась работоспособность. За это время похудел на 5 кг.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №23

У больного К., 40 лет, после перенесенного острого гепатита 4 года назад стали беспокоить острые боли в правом подреберье сопровождающиеся субиктеричностью склер и слизистых. При проведении ультразвукового исследования брюшной полости отмечено, что печень диффузно изменена, стенка желчного пузыря утолщена. HBs Ag (-), Анти -HCV (+), РНК-ПЦР С (+++).

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №24

Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на, слабость, чувство тяжести в правом подреберье, повышение температуры тела до 37,2°C. При осмотре общее состояние относительно удовлетворительное. Бледен, слизистые субиктеричны пальпируется увеличенный край печени. При биохимическом исследовании крови отмечено повышение активности АлАТ, АсАТ, содержания билирубина, тимоловой пробы, сахара, снижение альбумина, протромбинового индекса, холестерина. HBsAg(-), антитела HCV (+).

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №25

Больной Н., 34 лет, обратился с жалобами на слабость, диспепсические явления, чувство тяжести в области правого подреберья. Из анамнеза: 2 года назад при ультразвуковом исследовании выявлены камни желчного пузыря. При обследовании установлена небольшая гепатоспленомегалия, повышение уровня билирубина и активности щелочной фосфатазы активности АСТ. Содержание глобулинов в сыворотке крови 15 г/л.

Обнаружен HBsAg, ДНК- ПЦР (++)

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №26

Мужчина 30 лет заболел остро. 5 дней назад появились острые боли в эпигастральной области и в правом подреберье, тошнота, анорексия. Отрыжка воздухом. Последний месяц злоупотреблял алкоголем. При обследовании выявлено снижение массы тела, тремор рук, субиктеричность склер, телеангиоэктазии, печень увеличена на 3 см, край плотный.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №27

Больная 45 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на кожный зуд усиливающийся к вечеру. В клиническом анализе крови отмечено: повышение СОЭ. В биохимических исследованиях выявлено увеличение уровня билирубина, повышение активности щелочной фосфатазы, ГГТ, титр антимитохондриальных антител 1:40.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №28

Мужчина 38 лет. Рекомендовали обратиться к кардиологу после вызова «скорой помощи». Вес 100 кг. Рост 180 см. За последний год набрал 15 кг (бросил курить). АД 150/90, ЧСС 75 уд/мин, ОХС 6 ммоль/л. Периодически повышается АД до 170/100, по рекомендации «скорой помощи» и родственников принимает капотен под язык.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №29

Женщина 50 лет после ТИА. Рост 168 см, вес 62 кг. АД 150/90, ЧСС 75 уд /мин. ОХС – 5 ммоль/л. Периодическое утреннее повышение АД до 160/100 и ЧСС до 80 уд/мин. При осмотре: АД 150/90, ЧСС 78 уд в мин, ИМТ норма. Анализы: ОХС 7 ммоль/л.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №30

Мужчина, 60 лет курит, пытается бросить. Постоянно за рулём. Жалобы на учатившиеся случаи повышения АД до 180/110 сопровождающиеся чувством «сильной усталости», на фоне регулярного приёма препаратов: 1. валсартан 160 мг + гидрохлоротиазид 12,5 мг 2. амлодипин 5 мг 3. ацетилсалициловая кислота 75 мг.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №31

Пациент 66 лет с диагнозом Бронхиальная астма смешанного генеза использует Симбикорт (будесонид + формотерол) 1-2 раза в сутки. Жалуется на нарушение сна. Психопатологических синдромов нет. Пациент не может долго уснуть, часто просыпается, утром чувствует себя не отдохнувшим и разбитым.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии.

Задача №32

Пациент 66 лет с диагнозом Бронхиальная астма смешанного генеза использует Симбикорт (будесонид + формотерол) 1-2 раза в сутки. Жалуется на нарушение сна. Психопатологических синдромов нет. Пациент не может долго уснуть, часто просыпается, утром чувствует себя не отдохнувшим и разбитым.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №33

Мужчина 35 лет без хронических соматических заболеваний в течении 5 месяцев жалуется на сильные боли в области сердца, тахикардию, чувство онемение в ногах, ощущение волны жара, возникающие обычно в транспорте, метро, дома когда находится один. Симптомы сопровождаются чувством страха, паникой. Пациент несколько раз лежал в кардиологических клиниках, где было исключено заболевание сердца.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №34

Женщина 47 лет, возбуждена, бегаёт по кабинету, чувство страха в глазах, периодически хватается за голову, на вопросы не реагирует, при попытке подойти поближе ведёт себя агрессивно. В анамнезе шизофрения, родственники сказали, что несколько дней перестала пить поддерживающую терапию.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №35

Женщина 56 лет с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, получающая постоянно конкор 5 мг /сутки жалуется на беспокойство, ожидание неприятных событий, трудность сосредоточиться и сконцентрироваться, трудно усидеть на одном месте, страх, что возникнет новый пароксизм фибрилляции предсердий.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №36

Мужчина 40 лет, соматически здоровый жалуется на отсутствие интересов, пессимистическое видение будущего, отсутствие сил, беспомощность, потерю массы тела на 5 кг в течение месяца, чувство постоянной тягостной боли за грудиной, не прекращающаяся после анальгетиков и нитратов, отсутствие желаний, что то делать, стали появляться мысли о самоубийстве. Подобное состояние впервые.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №37

Мужчина 35 лет без хронических соматических заболеваний в течении 5 месяцев жалуется на сильные боли в области сердца, тахикардию, чувство онемение в ногах, ощущение волны жара, возникающие обычно в транспорте, метро, дома когда находится один. Симптомы сопровождаются чувством страха, паникой. Пациент несколько раз лежал в кардиологических клиниках, где было исключено заболевание сердца.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №38

Женщина 47 лет, возбуждена, бегает по кабинету, чувство страха в глазах, периодически хватается за голову, на вопросы не реагирует, при попытке подойти поближе ведет себя агрессивно. В анамнезе шизофрения, родственники сказали, что несколько дней перестала пить поддерживающую терапию.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №39

Женщина 56 лет с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, получающая постоянно конкор 5 мг /сутки жалуется на беспокойство, ожидание неприятных событий, трудность сосредоточиться и сконцентрироваться, трудно усидеть на одном месте, страх, что возникнет новый пароксизм фибрилляции предсердий.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №40

Мужчина 40 лет, соматически здоровый жалуется на отсутствие интересов, пессимистическое видение будущего, отсутствие сил, беспомощность, потерю массы тела на 5 кг в течение месяца, чувство постоянной тягостной боли за грудиной, не прекращающаяся после анальгетиков и нитратов, отсутствие желаний, что то делать, стали появляться мысли о самоубийстве. Подобное состояние впервые.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №41

Мужчина 38 лет, здоровый, без вредных привычек. Заболел остро. Почувствовал ломоту в теле, боли в мышцах, глазных яблоках, головную боль, заложенность носа, саднение в горле, осиплость голоса. Лихорадка 2 дня до 39С, принимает парацетамол. На рентгене придаточных пазух носа, легких – без патологии. В анализе крови – без клинически значимых изменений.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №42

Мужчина 65 лет, курильщик, страдает ХОБЛ. Лихорадка 38С, озноб, появилась одышка, гнойная мокрота. На рентгене – инфильтрация в нижней доле справа. В анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом до юных форм, СОЭ 28 мм/ч.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №43

Женщина 24 года. Появились боли при мочеиспускании, дизурия, лихорадка субфебрильная, ознобы. В посевах мочи – E. coli.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №44

Женщина 49 лет, после переохлаждения боли в пояснице, озноб, лихорадка 38,5С, мутная моча, учащенное мочеиспускание. При осмотре поколачивание по пояснице болезненное справа, УЗИ признаки расширения ЧЛК справа. В анализе мочи – белок, лейкоцитурия, эритроциты единичные в поле зрения, нитриты.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №45

Мужчина 70 лет. После протезирования зубов через 2 недели появилась лихорадка, ночью ознобы, потливость, выраженная слабость, перебои в работе сердца. Катаральных явлений нет. Лихорадка сохраняется 4 недели, несмотря на курс амоксициллина 10 дней. В крови – лейкоцитоз, СОЭ 55 мм/ч, анемия.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №46

Больная Е., 31 год, почтальон. Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 ч дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в

суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала метамизол натрий без существенного эффекта. Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы. По совету соседки принимала ацетилсалициловую кислоту, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5x0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы деформированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД – 17/мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78/мин. АД – 132 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин – 99,4 г/л, лейкоциты – 9,1 тыс., тромбоциты – 519 тыс., СОЭ – 46 мл/ч. Электрофорез белков: альбумины – 43,7%, глобулины: α_1 – 4,9%, α_2 – 12,8%, β – 12,4%, γ – 26,2%. С-реактивный белок +++, фибриноген – 4,38 мг/дл, реакция Ваалера – Роуза – 1:1028. Железо – 152 мг/дл. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа. Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии.

Задача №47

Больная Д., 18 лет, студентка. Жалобы при поступлении: на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство «скованности» в них, боли под лопатками при глубоком дыхании, чувство нехватки воздуха, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Из анамнеза: заболела остро 3 мес. назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повышение температуры тела до 38°C. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась в местной больнице, где состояние расценивалось как ревматизм в активной фазе, ревмокардит, полиартрит, поражение почек. В анализах крови были выявлены анемия (гемоглобин – 90 г/л), увеличение СОЭ до 35 мм/ч. Проводилось лечение пенициллином, индометацином, антигистаминными средствами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильных значений. Однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей, стало возникать чувство нехватки воздуха, затем появились боли под лопатками при глубоком дыхании. При осмотре: температура тела 38,3°C. Кожные покровы бледные, капилляриты ладоней, лимфаденопатия, увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД – 17/мин. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, слабый систолический шум на верхушке. Пульс – 100 уд./мин, ритмичный. АД – 120 и 70 мм рт. ст. Печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная.

Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В анализах крови: гемоглобин – 66 г/л, гематокрит – 33%, ЦП – 0,80, лейкоциты – 2,9 тыс., тромбоциты – 112 тыс., СОЭ – 59 мм/ч. Общий белок – 7,2 г/дл, альбумин – 2,9 г/дл, креатинин – 1,4 мг/дл. IgM – 140 мг%, IgA – 225 мг%, IgG – 1800 мг%, комплемент – 0. Титр АСЛ-О – ниже 250 ед. Латекс-тест – отрицательно, реакция Ваалера – Роуза – отрицательно, антинуклеарные антитела – 1:160, LE-клетки – найдены. В анализах мочи: уд. вес – 1010, рН – 5, белок – 1,75‰, сахара нет, лейкоциты – 4–6 в поле зрения, эритроциты – 7–10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые – 3–4 в поле зрения, цилиндры зернистые – 1–2 в поле зрения. ЭКГ: синусовая тахикардия, отриц. зубцы Т в I, III, aVF, V3–V5 отведениях. Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка, утолщение и уплотнение междолевой плевры. УЗИ брюшной полости и почек: печень и селезенка несколько увеличены, нормальной эхогенности.

Вопросы:

Почки не изменены. Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №48

Больная А., 32 года, домохозяйка, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, «припухание» пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Вышеуказанные симптомы появились около 4 нед. назад. При осмотре: температура тела 36,7°C. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся их посинением в тепле. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 уд./мин. ЧСС 76/мин. АД 115 и 75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин – 14,7 мг/дл, лейкоциты – 6,2 тыс., тромбоциты – 210 тыс., СОЭ – 29 мм/час. Креатинин – 1,0 мг/дл, глюкоза – 101 мг/дл, АСТ – 18 ед./л, АЛТ – 20 ед./л. С-реактивный белок – 1,5 мг/дл. АНФ – отрицательно. РФ в реакции Ваалера – Роуза – 1:160.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №49

Больная 42 лет, домохозяйка, 3 месяца назад после ОРЗ отметила появление умеренной болезненности и припухлости II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, утренней скованности в течение 6 часов. Суставной синдром сопровождался общей слабостью, повышением температуры тела до 37,3°C. При осмотре кожные покровы физиологической окраски, чистые. Пальпируются подмышечные лимфатические узлы размером с горошину, плотные, безболезненные. АД=120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. Дыхание везикулярное. Отмечается дефигурация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, болезненность вышеперечисленных суставов. Активные и пассивные движения в них ограничены и болезненны. При обследовании: эритроциты=3,5x10¹²/л, гемоглобин=110 г/л, лейкоциты=9x10⁹/л, СОЭ=30 мм/час, СРБ=21 мг/мл. РФ=64 ЕД/мл. ЦИК=78 ед.опт.пл. На рентгенограмме суставов кистей обнаружен

околосуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача №50

Больная В., 34 года, инвалид II группы. Заболела 5 лет назад, когда после переохлаждения появились боли и припухлость в мелких суставах кистей и стоп, лучезапястных и коленных, утренняя скованность в суставах в течение всего дня, повышение температуры тела до 37,8-38°C. Был назначен преднизолон в дозе 25 мг/сутки с последующим переходом на поддержки-живающую суточную дозу 10 мг. Последнее ухудшение состояния возникло при попытке уменьшения дозы преднизолона до 5 мг в связи с появлением артериальной гипертензии. Больная отмечала скованность суставов в течение всего дня, боли стали беспокоить даже в покое. Объективно: повышенного питания с отложением жировой клетчатки преимущественно в области живота и грудной клетки, лунообразное, багрово-цианотичное лицо, гипертрихоз. Дефигурация и деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставов кистей, движения в них резко ограничены, выраженная атрофия мышц. Отмечается ульнарная девиация кисти. АД=160/100 мм.рт.ст. Ан.крови: СОЭ=45 мм/час, лейкоциты=12х10⁹/л. РФ=128 ЕД/мл. Рентгенограмма кистей: околосуставной остеопороз, значительное разрушение хрящей и костной ткани II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов. Суставные щели пястно-фаланговых суставов II, III пальцев резко сужены, множественные узур, ульнарная девиация. Сформулируйте клинический диагноз. Составьте план обследования.

Вопросы:

Вероятный диагноз? План дообследования? Какая лекарственная терапия показана пациенту? Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии? Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

Задача 51

М., 27 лет. Во время аварии на ядерной энергетической установке находился в непосредственной близости от активной зоны реактора. Через 30 мин почувствовал слабость, головокружение, появилась головная боль, тошнота, многократная рвота. Доставлен в медико-санитарную часть (МСЧ) через 40 мин после аварии.

МСЧ. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вял, заторможен. Лицо умеренно гиперемировано. Сохраняется тошнота, вновь была рвота. Пульс 100 в мин, слабого наполнения, АД 110/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Температура тела 37,9 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение (СМУ).

СМУ (15 сут после облучения). После периода относительного благополучия отмечено ухудшение состояния. Появились слабость, озноб, кровоточивость дёсен, кровоизлияния в кожу, кашель с отхождением умеренного количества гнойной мокроты, одышка, боли в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, жидкий стул. Состояние средней тяжести. Заторможен, вял, видны «синяки» на коже, кровоточат дёсны. Пульс 120 в мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, АД 100/60 мм рт.ст. Частота дыхания 24 в мин. Дыхание жёсткое, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же - звучные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Температура тела 39,2 °С. В анализе крови: эритроциты 3,5х10¹²/л, гемоглобин 100 г/л, ретикулоциты единичные в мазке, лейкоциты 0,6х10⁹/л, лимфоциты 0,2х10⁹/л, тромбоциты 60х10⁹/л, СОЭ 49 мм/ч.

Миелограмма: опустошение костного мозга, уменьшение количества пролиферирующих эритробластов на 30%, митотический индекс 0,2%. Рентгенография органов грудной клетки: усиление лёгочного рисунка; инфильтрация в проекции нижних долей с обеих сторон.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

Задача 52

Б., 36 лет. Во время аварии на ядерной энергетической установке находился в непосредственной близости от активной зоны реактора. Через 5 мин появилась выраженная общая слабость, неукротимая рвота. Доставлен в МСЧ через 20 мин после аварии.

МСЧ. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вял, гиподинамичен, выраженная гиперемия лица и инъекция склер, частые позывы на рвоту. Пульс 120 в мин, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт.ст. Дыхание жёсткое, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Температура тела 39,2 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (7 сут после облучения). Состояние тяжёлое. Сознание спутанное. Резкая гиперемия лица, адинамия. Кровоизлияния в кожу, кровоточивость дёсен. Диарея. Пульс 130 в мин, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 90/50 мм рт.ст. Частота дыхания 22 в мин, дыхание жёсткое, выслушиваются сухие рассеянные хрипы. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу толстой кишки. В анализе крови: эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 100 г/л, ретикулоциты не определяются, лейкоциты $0,6 \times 10^9$ /л, лимфоциты $0,02 \times 10^9$ /л, тромбоциты 58×10^9 /л, СОЭ 38 мм/ч. Миелограмма: опустошение костного мозга, пролиферирующие эритробласты не определяются, митотический индекс 0,1%. Рентгенография органов грудной клетки: усиление лёгочного рисунка. ЭКГ: синусовая тахикардия (частота сердечных сокращений 124 в мин), единичные Желудочковые экстрасистолы, диффузное нарушение процессов реполяризации.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

Задача 53

К., 24 лет. В результате нарушения правил техники безопасности подверглась общему кратковременному (12 с) относительно равномерному γ -облучению. Примерно через 2,5 часа после происшествия появилась тошнота, умеренно выраженная головная боль, была однократная рвота. Самостоятельно обратилась за медицинской помощью.

МСЧ. Состояние удовлетворительное, несколько возбуждена. Пульс 76 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/75 мм рт. ст. Частота дыхания 16 в минуту, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. ЭКГ в пределах нормы. Температура тела 36,3 °С. Через сутки после облучения произведено исследование периферической крови и костного мозга. Анализ крови: эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 124 г/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты 11×10^9 /л, лимфоциты $1,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты 180×10^9 /л, СОЭ 10 мм/ч. Миелограмма: количество миелокариоцитов 150×10^9 /л, некоторое снижение относительного содержания клеток красного ряда (16,4%).

В течение пяти недель состояние пострадавшей оставалось удовлетворительным, никаких жалоб не предъявляла.

Общий анализ крови на 30-е сутки после облучения: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 120 г/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты $3,3 \times 10^9/л$, лимфоциты $1,0 \times 10^9/л$, тромбоциты $92 \times 10^9/л$, СОЭ 16 мм/ч. Миелограмма: количество миелокариоцитов $100 \times 10^9/л$, снижение клеток эритроидного ряда до 10,2%. Температура тела 36,3 °С. Госпитализирована в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (38 сут с момента облучения). Состояние удовлетворительное. Пульс 68 в минуту, тоны сердца звучные, АД 120/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, живот безболезненный при пальпации. Нерезкое снижение коленных и ахилловых рефлексов, непостоянная их асимметрия. Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 122 г/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты $4,3 \times 10^9/л$, лимфоциты $1,4 \times 10^9/л$, тромбоциты $126 \times 10^9/л$, СОЭ 12 мм/ч. Миелограмма в пределах нормы. Температура тела 36,6 °С.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

Задача 54

А., 29 лет. В результате несчастного случая подвергся общему кратковременному относительно равномерному γ -облучению. Через 2 ч после облучения появилась общая слабость, тошнота, рвота. Самостоятельно обратился за медицинской помощью примерно через 30 мин после появления жалоб.

МСЧ. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние удовлетворительное, во время осмотра была однократная рвота. Кожные покровы обычной окраски, пульс 90 в мин, ритмичный, тоны сердца звучные. АД 110/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, живот безболезненный при пальпации. Температура тела 37,1 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (3 сут после облучения). Состояние удовлетворительное, жалобы на незначительную общую слабость. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Пульс 76 в мин, ритмичный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца звучные, АД 120/80 мм рт.ст. Частота дыхания 18 в минуту. Дыхание жёсткое. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Температура тела 36,7 °С. Анализ крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 116 г/л, ретикулоциты 0,2%, лейкоциты $3,4 \times 10^9/л$, лимфоциты $0,5 \times 10^9/л$, тромбоциты $90 \times 10^9/л$, СОЭ 18 мм/ч. Миелограмма: количество миелокариоцитов $90 \times 10^9/л$, снижение количества пролиферирующих эритробластов на 25%, митотический индекс 0,9%.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

Задача 55

В., 44 лет. Вследствие грубого нарушения правил техники безопасности подвергся общему относительно равномерному кратковременному γ -облучению от промышленной установки. Через несколько минут после облучения возникла неукротимая рвота, выраженная общая слабость, головокружение. В течение последующих 10-15 мин на фоне рвоты дважды был жидкий стул. Из-за выраженной слабости не мог самостоятельно передвигаться и на носилках был доставлен в медицинский пункт предприятия.

Медицинский пункт. Состояние средней тяжести. Заторможен, в контакт вступает с трудом. Выраженная гиперемия лица. Повышенный блеск глаз, лёгкая желтушность склер, озноб. Пульс 110 в мин слабого наполнения, АД 105/70 мм рт.ст. Частота дыхания 22 в мин, дыхание жёсткое. Язык сухой, живот при пальпации болезненный в околопупочной области. Температура тела 39,8 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (3 сут после облучения). Состояние тяжёлое. Жалобы на постоянную головную боль, сухость во рту и боли в горле при глотании, боли в животе. В течение суток была однократная рвота, жидкий стул. Сохраняется эритема, отмечается отёчность губ, язычка и нёбных миндалин, отслойка слизистой оболочки губ. Пульс 92 в мин, АД 100/70 мм рт.ст. Частота дыхания 24 в мин - ослабленное в нижних отделах. Пальпация живота болезненна. Температура тела 40,1 °С.

В анализах периферической крови отсутствие лимфоцитов и ретикулоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов, число лейкоцитов $3,4 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитов $76 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 39 мм/ч. Результат стерильной пункции: отсутствие пролиферирующих эритробластов и резкое угнетение гранулоцитарного и мегакариоцитарного ростков.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

Задача 56

Пострадавший И. доставлен на ЭМЭ через 2 часа после завершения работ по ликвидации последствий химической аварии. Жалуется на одышку при физической нагрузке, боли за грудиной, обильное слюнотечение и насморк. Известно, что при выходе из зараженной зоны повредил средства защиты кожи. Примерно через 1,5 ч после этого появились и неуклонно нарастают перечисленные выше симптомы.

При осмотре сознание ясное, кожные покровы влажные, губы синюшные, акроцианоз. Зрачки сужены до 2 мм, реакция на свет вялая.

Миофибрилляции в области правого предплечья и правой кисти. Пульс 66 уд/мин, ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 130/80 мм рт. ст., число дыханий 26 в минуту, дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, при пальпации определяется болезненность по ходу толстой кишки.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объём помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 57

Пострадавший А. доставлен на ЭМЭ из подразделения. Жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту, головную боль, обильное слюнотечение, появление «сетки» перед глазами. Около получаса назад пил воду из открытого водосточника.

При осмотре возбужден, стремится занять сидячее положение.

Кожные покровы влажные, цианотичные, видны фибриллярные подергивания мышц языка, лица, конечностей. Зрачки точечные, реакция на свет отсутствует. Пульс 62 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, АД – 140/80 мм рт. ст., число дыханий 32 в минуту, дыхание шумное, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и влажные разнокалиберные хрипы. Живот мягкий, при пальпации

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объём помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 58

Пострадавший К. доставлен на ЭМЭ из очага через 2 ч после применения химического оружия. Жалуется на ухудшение зрения, «туман» перед глазами, боль в глазах и переносице при попытке фиксировать взгляд на каком-либо предмете, затрудненное

дыхание. Перечисленные симптомы появились через 15-20 мин после воздействия отравляющего вещества. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки. При осмотре несколько возбужден, рассеян. Кожные покровы влажные, зрачки точечные, на свет не реагируют, конъюнктивы гиперемированы. Пульс 60 уд/мин, ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 150/90 мм рт. ст., число дыханий 18 в минуту, дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 59

Пострадавший К. доставлен на ЭМЭ из очага применения химического оружия через 2,5 ч после химической атаки. Жалуется на боли за грудиной, головную боль, головокружение, «туман» перед глазами.

Указанные изменения в состоянии пострадавшего наступили через 10-15 мин после выхода из зараженной зоны. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре апатичен, подавлен. Кожные покровы влажные, зрачки сужены, их реакция на свет ослаблена. Пульс 70 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, шумов нет, АД – 150/90 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 60

Пострадавший Б. Доставлен на ЭМЭ из очага применения химического оружия через 2 ч после химической атаки. Жалуется на слабость, головную боль, головокружение, ухудшение зрения, чувство страха и тревоги, затрудненное дыхание, тошноту. Со слов пострадавшего, описанные им изменения самочувствия наступили через 15-20 мин после взрыва химического боеприпаса. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре сознание ясное, возбужден, проявляет агрессивность в отношении медперсонала. Кожные покровы влажные, зрачки сужены, их реакция на свет ослаблена. Пульс 62 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 130/80 мм рт. ст., дыхание жесткое, живот безболезненный.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 61

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Мужчина 56 лет доставлен в стационар в состоянии средней тяжести после 3 дней сильных болей в области сердца. Несмотря на интенсивное лечение по поводу острого инфаркта миокарда, на 4 день госпитализации больной умер при явлениях остановки сердечной деятельности.

Выписка из протокола вскрытия: в интима коронарных артерий сердца многочисленные беловатые и желтоватые бляшки, резко суживающие просвет. Передняя стенка левого желудочка выбухает, на разрезе миокард этой области, а также частично межжелудочковой перегородки и верхушки плотноватый, глинистого вида. В других отделах в миокарде множественные, мелкие, линейные рубчики. Многочисленные желтоватые, беловатые и изъязвленные бляшки в интима аорты. Единичные, плоские, желтоватые бляшки в интима артерий головного мозга. Венозное полнокровие слизистых оболочек, селезенки, почек, подчеркнутый рисунок долек печени и стекание темной крови с поверхности ее разреза. Ткань легких тестоватая, с поверхности ее разреза стекает пенная жидкость, окрашенная кровью.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

- I а)
- б)
- в)
- II

Задача 62

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Мужчина 60 лет в течение 20 лет страдал гипертонической болезнью. Два года назад перенес обширный инфаркт миокарда. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на сильные боли в области сердца. Смерть наступила от остановки сердечной деятельности через 7 дней после госпитализации.

Выписка из протокола вскрытия: масса сердца 550 г, стенка левого желудочка толщиной 2,5 см, в области передней стенки истончена до 1,0 см. На разрезе в истонченной части обширный, волокнистый, белый рубец, по периферии которого миокард на протяжении 1,5 см глинистого вида с мелкими кровоизлияниями. На остальном протяжении мышца с мелкими линейными рубчиками. В интима коронарных артерий сердца многочисленные обызвествленные бляшки, суживающие просвет до точечного. Многочисленные беловатые, изъязвленные и обызвествленные бляшки в интима аорты. Единичные, плоские, желтоватые бляшки в интима артерий головного мозга. Венозное полнокровие слизистых оболочек, селезенки, подчеркнутый рисунок долек печени и стекание темной крови с поверхности ее разреза. Ткань легких тестоватая, с поверхности ее разреза стекает пенная жидкость, окрашенная кровью. Почки массой 250 г, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезе корковый слой истончен, мозговой цианотичен.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

- I а)
- б)
- в)
- II

Задача 63

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больной 36 лет со злокачественной формой гипертонической болезни умер от нарастания хронической почечной недостаточности.

Выписка из протокола вскрытия: масса сердца 650 г, стенка левого желудочка толщиной 3 см, перикард с легко снимаемыми наложениями фибрина в виде нитей серого цвета. В интима коронарных артерий сердца немногочисленные плоские желтоватые бляшки. Единичные, плоские, желтоватые бляшки в интима аорты. Ткань легких тестоватая, на разрезе с выбухающими суховатыми очагами серого цвета с кровоизлияниями диаметром до 1 см. Почки массой 250 г, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезе корковый слой с мелкоточечными кровоизлияниями, мозговой цианотичен. Слизистая подвздошной и толстой кишки с наложениями рыхлых сероватых пленок фибрина и участками изъязвлений.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

- I а)
- б)
- в)

II

Задача 64

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больная 58 лет, многие годы страдавшая гипертонической болезнью, умерла на 2 сутки после нарушения мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии.

Выписка из протокола вскрытия: масса сердца 490 г, стенка левого желудочка толщиной 2,2 см, на разрезе миокард с множественными, мелкими, линейными рубчиками. В интима коронарных артерий сердца многочисленные желтоватые бляшки, суживающие просвет на 1/4. Многочисленные беловатые и желтоватые бляшки в интима аорты. В правом полушарии в области подкорковых узлов ткань головного мозга на участке диаметром 4 см разрушена, замещена свертком крови. В других отделах ткань мозга повышенной влажности, извилины уплощены, на миндалинах мозжечка глубокий след от вдавления в большое затылочное отверстие. В интима артерий основания мозга умеренное количество плоских желтоватых бляшек. Венозное полнокровие слизистых оболочек, селезенки, подчеркнутый рисунок долек печени и стекание темной крови с поверхности ее разреза. Ткань легких тестоватая, с поверхности ее разреза стекает пенная жидкость, окрашенная кровью. Почки массой 280 г, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезе корковый слой истончен, мозговой цианотичен.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

I а)

б)

в)

II

Задача 65

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больной 74 лет умер при явлениях острого живота.

Выписка из протокола вскрытия: в брюшной полости 0,5 л зеленоватого гноя с примесью крови, брюшина большей части тощей, подвздошной на всем протяжении, слепой и начального отдела восходящей ободочной кишки тусклая, темно-красного цвета с серовато-зеленоватыми наложениями пленок фибрина, стенка кишки на этих участках пропитана кровью, на остальном протяжении петли кишок склеены между собой, брюшина тусклая с наложениями фибрина. Масса сердца 290 г, стенка левого желудочка толщиной 0,8 см, на разрезе миокард с множественными, мелкими, линейными рубчиками. В интима коронарных артерий сердца многочисленные беловатые бляшки, суживающие просвет на 1/4. Многочисленные беловатые и обызвествленные бляшки в интима аорты. Просвет основного ствола верхней брыжеечной артерии на протяжении 1 см закрыт плотными, крошащимися, темно-красными тромботическими массами, прочно прикрепленными к интима, содержащей единичные изъязвленные бляшки. В интима артерий основания мозга умеренное количество плоских желтоватых бляшек.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

I а)

б)

в)

II

Задача 66

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больной 54 лет, страдавший язвенной болезнью желудка, умер при явлениях нарастания интоксикации на 7 сутки после резекции желудка по поводу кровотечения из язвы.

Результаты исследования операционного материала № 1313:

Макроскопически – резецированный желудок, на малой кривизне округлый дефект диаметром 1,5 см, глубиной 0,8 см, с плотными краями и темно-красным, тусклым дном с аррозированным кровеносным сосудом, просвет которого закрыт тромботическими массами.

Микроскопически – хроническая прогрессирующая язва, в дне которой имеется тромбированная артерия с аррозией утолщенной стенки.

Выписка из протокола вскрытия: Масса сердца 310 г, стенка левого желудочка толщиной 1,0 см, на разрезе миокард тусклый, сероватый, однородный. В интима коронарных артерий сердца единичные, плоские, беловатые бляшки, не суживающие просвет. Немногочисленные беловатые и желтоватые бляшки в интима аорты. Легкие не спались при вскрытии грудной клетки, во всех долях при ощупывании многочисленные мелкие уплотнения, которым на разрезе соответствуют сероватые выбухающие очажки диаметром до 1 см, отделяющие мутную, безвоздушную, гнойвидную жидкость.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

I а)

б)

в)

II

Задача 67

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больной 57 лет, в течение многих лет страдал инсулинозависимым сахарным диабетом. Поводом для госпитализации стала гангрена правой стопы и голени. Смерть наступила на 7 сутки после ампутации правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра.

Результаты исследования операционного материала:

Макроскопически – ампутированная на уровне верхней трети бедра правая нижняя конечность. Кожа и мягкие ткани стопы и нижней трети голени сморщены, черного цвета, граница со здоровыми тканями четкая. В интима бедренной и подколенной артерий многочисленные желтоватые и изъязвленные бляшки, просвет подколенной артерии закрыт плотными, крошащимися, темно-красными тромботическими массами, прочно прикрепленными к интима.

Микроскопически – обширный некроз кожи и мягких тканей стопы и голени, гиалиноз артериол, прогрессирующий атеросклероз с явлениями атероматоза в крупных артериях.

Выписка из протокола вскрытия: Масса сердца 300 г, стенка левого желудочка толщиной 0,9 см, на разрезе миокард тусклый, сероватый, однородный. В интима коронарных артерий сердца единичные, плоские, беловатые бляшки, не суживающие просвет. Немногочисленные беловатые и желтоватые бляшки в интима аорты. В интима левой бедренной и подколенной артерий многочисленные желтоватые и изъязвленные бляшки.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

I а)

б)

- в)
- II

Задача 68

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больная 56 лет, в течение многих лет страдала кардиальной формой ревматизма, комбинированным митральным пороком, хронической сердечной недостаточностью. Смерть наступила внезапно при явлениях нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии.

Выписка из протокола вскрытия: Масса сердца 300 г, полости левых предсердия и желудочка расширены, стенка последнего толщиной 1,5 см. Отверстие митрального клапана зияет, с трудом пропускает указательный палец, створки резко утолщены, сращены у основания, по их свободному краю многочисленные бородавчатые наложения тромботических масс диаметром до 0,5 см. На разрезе миокард тусклый, сероватый с многочисленными мелкими рубчиками. В интима коронарных артерий сердца единичные, плоские, беловатые бляшки, не суживающие просвет. Немногочисленные беловатые и желтоватые бляшки в интима аорты. Просвет левой средней мозговой артерии на протяжении 0,5 см закрыт легко извлекаемыми темно-красными, крошащимися тромботическими массами. В области подкорковых узлов в левом полушарии головного мозга очаг размягченной сероватой ткани диаметром 4 см. В других отделах ткань мозга повышенной влажности, извилины уплощены, на миндалинах мозжечка глубокий след от вдавления в большое затылочное отверстие.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

- I а)
- б)
- в)
- II

Задача 69

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больная 46 лет, в течение многих лет страдала легочным туберкулезом. Смерть наступила от нарастания хронической сердечной недостаточности.

Выписка из протокола вскрытия: В брюшной полости 2 л, в плевральных полостях по 0,5 л прозрачной, желтоватой жидкости. Масса сердца 380 г, полости расширены, стенка левого желудочка толщиной 0,9 см, правого – 0,6. На разрезе миокард дряблый, тусклый, сероватый, однородный. Интима коронарных артерий сердца и аорты гладкая, блестящая. Плевра справа резко утолщена, между ее листками обширные, прочные сращения. В верхней доле правого легкого гигантская полость неправильной формы диаметром 8 см, ее внутренняя поверхность с небольшими желтоватыми крошащимися наложениями, стенка темно-серая толщиной до 1 см. В других отделах правого легкого разрастания плотной фиброзной ткани темно-серого и черного цвета, стенки бронхов резко утолщены. В левой верхушке 3 инкапсулированных петрифицированных очага диаметром 0,6 см и очаговые разрастания фиброзной ткани темно-серого цвета. Печень увеличена, на разрезе ее ткань пестрая: на желтом фоне темно-красный точечный и петлистый рисунок. Венозное полнокровие слизистых оболочек, почек и селезенки.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

- I а)
- б)
- в)
- II

Задача 70

1. Сформулировать патологоанатомический диагноз.

Больной 54 лет, в течение многих лет страдал легочным туберкулезом. Смерть наступила от нарастания хронической почечной недостаточности.

Выписка из протокола вскрытия: Масса сердца 350 г, полости расширены, стенка левого желудочка толщиной 0,9 см, правого – 0,4 см, перикард с наложениями фибрина в виде нитей серого цвета. На разрезе миокард дряблый, тусклый, сероватый, однородный. Интима коронарных артерий сердца и аорты с единичными плоскими желтоватыми. Плевра справа резко утолщена, между ее листками обширные, прочные сращения. В верхней доле правого легкого полость неправильной формы диаметром 4 см, ее внутренняя поверхность с небольшими желтоватыми крошащимися наложениями, стенка темно-серая толщиной до 1 см. В других отделах правого легкого разрастания плотной фиброзной ткани темно-серого и черного цвета, стенки бронхов резко утолщены. В левой верхушке 3 инкапсулированных петрифицированных очага диаметром 0,6 см и очаговые разрастания фиброзной ткани темно-серого цвета. Печень увеличена, на разрезе ее ткань пестрая: на желтом фоне темно-красный точечный и петлистый рисунок. Венозное полнокровие слизистых оболочек. Почки увеличены, плотные, масса обеих 550 г, поверхность мелкозернистая, на разрезе корковый слой шириной до 1,5 см, бледный с сальным блеском, пирамидки цианотичны. Селезенка увеличена, плотная, на разрезе ветчинного вида. Слизистая подвздошной и толстой кишки с наложениями рыхлых сероватых пленок фибрина и участками изъязвлений.

2. Оформить врачебное заключение о смерти.

- I а)
- б)
- в)
- II

Задача 71

Пострадавший И. доставлен на ЭМЭ через 2 часа после завершения работ по ликвидации последствий химической аварии. Жалуется на одышку при физической нагрузке, боли за грудиной, обильное слюнотечение и насморк. Известно, что при выходе из зараженной зоны повредил средства защиты кожи. Примерно через 1,5 ч после этого появились и неуклонно нарастают перечисленные выше симптомы.

При осмотре сознание ясное, кожные покровы влажные, губы синюшные, акроцианоз. Зрачки сужены до 2 мм, реакция на свет вялая.

Миофибрилляции в области правого предплечья и правой кисти. Пульс 66 уд/мин, ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 130/80 мм рт. ст., число дыханий 26 в минуту, дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, при пальпации определяется болезненность по ходу толстой кишки.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 72.

Пострадавший А. доставлен на ЭМЭ из подразделения. Жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту, головную боль, обильное слюнотечение,

появление «сетки» перед глазами. Около получаса назад пил воду из открытого водосточника.

При осмотре возбужден, стремится занять сидячее положение.

Кожные покровы влажные, цианотичные, видны фибриллярные подергивания мышц языка, лица, конечностей. Зрачки точечные, реакция на свет отсутствует. Пульс 62 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, АД – 140/80 мм рт. ст., число дыханий 32 в минуту, дыхание шумное, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и влажные разнокалиберные хрипы. Живот мягкий, при пальпации

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 73

Пострадавший К. доставлен на ЭМЭ из очага через 2 ч после применения химического оружия. Жалуется на ухудшение зрения, «туман» перед глазами, боль в глазах и переносице при попытке фиксировать взгляд на каком-либо предмете, затрудненное дыхание. Перечисленные симптомы появились через 15-20 мин после воздействия отравляющего вещества. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре несколько возбужден, рассеян. Кожные покровы влажные, зрачки точечные, на свет не реагируют, конъюнктивы гиперемированы. Пульс 60 уд/мин, ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 150/90 мм рт. ст., число дыханий 18 в минуту, дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 74

Пострадавший К. доставлен на ЭМЭ из очага применения химического оружия через 2,5 ч после химической атаки. Жалуется на боли за грудиной, головную боль, головокружение, «туман» перед глазами.

Указанные изменения в состоянии пострадавшего наступили через 10-15 мин после выхода из зараженной зоны. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре апатичен, подавлен. Кожные покровы влажные, зрачки сужены, их реакция на свет ослаблена. Пульс 70 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, шумов нет, АД – 150/90 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 75

Пострадавший Б. Доставлен на ЭМЭ из очага применения химического оружия через 2 ч после химической атаки. Жалуется на слабость, головную боль, головокружение, ухудшение зрения, чувство страха и тревоги, затрудненное дыхание, тошноту. Со слов пострадавшего, описанные им изменения самочувствия наступили через 15-20 мин после взрыва химического боеприпаса. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре сознание ясное, возбужден, проявляет агрессивность в отношении медперсонала. Кожные покровы влажные, зрачки сужены, их реакция на свет ослаблена.

Пульс 62 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 130/80 мм рт. ст., дыхание жесткое, живот безболезненный.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

Задача 76.

У больного К. 35 лет в иммунограмме выявлены следующие изменения.

| ПОКАЗАТЕЛЬ | В НОРМЕ | У ОБСЛЕДУЕМОГО |
|---------------------------|---------|----------------|
| CD3+лимфоциты в% | 60–80 | 73 |
| CD4+ лимфоциты в% | 33–50 | 40 |
| CD8+лимфоциты в% | 16–39 | 29 |
| CD16+лимфоциты в% | 3–10 | 7 |
| CD20+лимфоциты в% | 6–23 | 21 |
| Индекс CD4+/CD8+ | 1,5–2,0 | 1,5 |
| Фагоцитарная активность % | 50–90 | 68 |
| Фагоцитарное число | 2–9 | 5 |
| Фагоцитарный резерв % | | 65 |
| IgG, г/л | 0,9–4,5 | 6,0 |
| IgA, г/л | 8–20 | 2 |
| IgM, г/л | 0,6–2,5 | 1,8 |

Вопросы:

1. Какое звено иммунитета нарушено по результатам представленной иммунограммы?
2. Какой иммунологический диагноз Вы поставите больному по изменениям в иммунограмме?
3. Какие наиболее часто встречаемые жалобы предъявляет больной с диагнозом иммунологической недостаточности?

Задача 77.

При чтении лекции преподаватель использует следующую методику: немного обсудив цели и задачи лекции, он выводит на экран ряд вопросов, посвященных антибиотикотерапии. После появления каждого вопроса он просит слушателей проголосовать за наиболее правильный, с их точки зрения, ответ. Затем он разбирает задачи. Какой методикой, по классификации Н.И.Шевандрина, пользуется преподаватель?

Задача 78.

Студент-вечерник, собираясь на занятия, отвечает на звонок по телефону, в котором его вызывают на работу. Студент собирался пойти на лекцию, однако начальник утверждает, что кроме него, никто срочную работу выполнить не может. Какое понятие теории поля К.Левина играет наиболее значимую роль в этой ситуации. Дайте развернутое описание ситуации

Задача 79.

На занятии преподаватель предлагает слушателям продумать ответ на вопрос о проблемах организации деятельности учреждения. Столкнувшись с недостаточно активным участием, он достает коробок спичек и предлагает слушателям найти параллели между структурой коробка и структурой организации. Какой метод использует преподаватель? Дайте общую характеристику таких методов

Задача 80.

Преподаватель, формируя рабочую программу дисциплины утверждает, что его дисциплина формирует компетенции, единые для всех направлений подготовки в области образования «Здравоохранение и медицинские науки». Дайте обоснование того, какие это группы компетенции.

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

| Индекс компетенции | Формулировка компетенции | Оценочные средства | Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС) |
|---------------------------|---|---------------------------|--|
| УК-1 | Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Контрольные вопросы | 1-119 |
| | | Ситуационные задачи | 80 |
| УК-2 | Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | Контрольные вопросы | 98-99. 101-105 |
| | | Ситуационные задачи | 77-80 |
| УК-3 | Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения | Контрольные вопросы | 100-110 |
| | | Ситуационные задачи | 77-80 |
| ПК-1 | Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Контрольные вопросы | 1-100 |
| | | Ситуационные задачи | 1-50 |
| ПК-2 | Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | Контрольные вопросы | 111-113 |
| | | Ситуационные задачи | 1-48 |
| ПК-3 | Готовность к проведению | Контрольные | 120-122 |

| | | | |
|-------|--|---------------------|--------------|
| | противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | вопросы | |
| | | Ситуационные задачи | 50-60 |
| ПК-4 | Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Контрольные вопросы | 122-125 |
| ПК-5 | Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Контрольные вопросы | 1-112 |
| | | Ситуационные задачи | 1-50 |
| ПК-6 | Готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи. | Контрольные вопросы | 1-100 |
| | | Ситуационные задачи | 50-60, 70-75 |
| ПК-7 | Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации | Контрольные вопросы | 120-122 |
| | | Ситуационные задачи | 50-60, 70-75 |
| ПК-8 | Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Контрольные вопросы | 114-119 |
| | | Ситуационные задачи | 1-50 |
| ПК-9 | Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Контрольные вопросы | 11-120 |
| | | Ситуационные задачи | 1-50 |
| ПК-10 | Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Контрольные вопросы | 126-128 |
| ПК-11 | Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей | Контрольные вопросы | 122-125 |
| ПК-12 | Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, | Контрольные вопросы | 120-122 |

| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------|---------------|
| | в том числе медицинской эвакуации | Ситуационные задачи | 50-60, 70-75. |
|--|-----------------------------------|---------------------|---------------|

Критерий оценивания для собеседования:

| Оценка | Описание |
|--------|---|
| 5 | Балл «5» ставится в том случае, когда обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок. |
| 4 | Балл «4» ставится в том случае, когда обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки. |
| 3 | Балл «3» ставится в том случае, когда обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки. |
| 2 | Балл «2» ставится в том случае, когда обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки. |

Критерий оценивания для ситуационных задач:

| Оценка | Описание |
|--------|---|
| 5 | Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены. Ответ соответствует эталону. На все поставленные задачи даны полные развернутые ответы. Практические материалы, прилагаемые к задачам полностью классифицированы и проанализированы. |
| 4 | Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены. Ответ не полностью соответствует эталону. Не на все поставленные задачи даны полные развернутые ответы. Не все практические материалы, прилагаемые к задачам классифицированы и проанализированы. |
| 3 | Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены. |
| 2 | Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу |

6. Перечень рекомендуемой литературы

а) основная литература:

1. Клиническая фармакология: Учеб./Под ред. В.Г. Кукеса.- 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 1056 с.
 2. Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2009. – 144 с.
 3. Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике. Мастер-класс. Учебник. – М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 880 с.
- б) дополнительная литература
1. Козлов С.Н., Страчунский Л.С. Современная антимикробная химиотерапия: руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.- 448 с.
 2. Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия.- 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.- 401 с.
 3. Хронофизиология, хронофармакология и хронотерапия: Монография/Н.А. Агаджанян, В.И. Петров, И.В. Радыш, С.И. Краюшкин. – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2005 – 336 с.
 4. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману./ Под общ. Ред. А.Г. Гилмана.- М. Практика, 2006.- 1850 с.
 5. Клиническая фармакология: Национальное руководство/под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепехина, В.И. Петрова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 976 с.- (Серия «национальные руководства»)
 6. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств: Спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия»/ Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич. – М.: Литера, 2005. – 288с.
 7. Клиническая фармакология в практике врача-терапевта: Учеб. пособие/ В.И. Петров, Н.В. Рогова, Ю.В. Пономарева, О.В. Магницкая, А.В. Красильникова, А.А. Карамышева/ Под ред. академика РАМН, д-ра мед. наук, профессора В.И. Петрова. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. – 427 с.
 8. Кукес В.Г., Грачев С.В., Сычев Д.А., Раменская Г.В. Метаболизм лекарственных средств. Научные основы персонализированной медицины: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 304 с.
 9. Сычев Д.А., Раменская Г.В., Игнатъев И.В., Кукес В.Г. Клиническая фармакогенетика: Учебное пособие/ Под ред. В.Г. Кукеса, Н.П. Бочкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 248с.
 10. Практическое руководство по антимикробной химиотерапии./под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова.- Смоленск: МАКМАХ, 2007.- 464 с.
 11. Петров В.И. Прикладная фармакоэкономика. Учебное пособие- 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 336 с.
 12. Клинические рекомендации. Кардиология./под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –640 с.
 13. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология./под ред. В.Т. Ивашкина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. –208 с.
 14. Клинические рекомендации. Пульмонология./под ред. А.Г. Чучалина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –240 с.
 15. Клинические рекомендации. Эндокринология./под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –304 с.
 16. Клинические рекомендации. Ревматология./под ред. Е.Л. Насонова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –288 с.
 17. Клинические рекомендации. Урология./под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –368 с.
 18. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия./под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –368 с.

19. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) Выпуск XI- XV(ежегодно). – М.: 2010-2015. – 1000 с.
20. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н., Белоусов Ю.Б. Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 656с.
21. Клинико-фармакологические подходы к выбору, оценке эффективности и безопасности психотропных лекарственных средств. Часть I. Психолептические средства (антипсихотики, анксиолитики и гипнотики). Учебно-методическое пособие по клинической фармакологии. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. – 78 с.
22. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи)/П.А. Воробьёва, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура.-3-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство «Ньюдиамед», 2008. – 778 с.
23. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1548 с.
24. Шимановский Н.А. Биохимическая фармакология./под ред. акад РАМН Сергеева П.В. и чл-корр РАМН Шимановского Н.Л. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.- 622 с.
25. Диагностика и лечение пневмоний. Учебное пособие/под ред. Сторожакова Г.И., Карабиненко А.А. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.- 168 с.
26. Стандартизация и контроль качества лекарственных средств./под редТюкавкиной Н.А.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.- 384 с.
27. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А., Милушин М.И. Правовые основы фармацевтической деятельности в Российской Федерации. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.- 480 с.
28. Бертрам Г. Катцунг Базисная и клиническая фармакология: в 2-х т./Пер. с англ. М.- СПб.: БИНОМ -Невский Диалект, 2009. – Т1 (612 с), Т2 (670 с.).

в) программное обеспечение

1. Лицензионное программное обеспечение для работы с информационно-справочными материалами и базами данных;
2. Программные комплексы для оценки входящего и заключительного тестового контроля знаний;
3. Электронная библиотека для высшего медицинского и фармацевтического образования. Том 22 (DVD) Клиническая фармакология и фармакотерапия. Составители В.Г. Кукес, А.К. Стародубцев, А.Н. Цой, М.Л. Максимов, В.В. Архипов, Д.А. Сычев. – Издательский дом «русский врач», Москва, 2005 (Структура, навигация, дизайн – ООО «Корпус-квадро», 2005).

г) базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

- Стандарты медицинской помощи:
<http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1>
- Протоколы ведения больных: <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols3&mod2=db1>
- Государственный реестр лекарственных средств: <http://grls.rosminzdrav.ru/>
- ФГУ Научный центр экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора. Обращение лекарственных средств: <http://www.regmed.ru>
- Фонд фармацевтической информации: <http://www.drugreg.ru>
- Российская энциклопедия лекарств (РЛС): <http://www.rlsnet.ru>
- Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: <http://www.vidal.ru>
- Сайт Главного внештатного специалиста – клинического фармаколога Министерства здравоохранения и социального развития РФ - <http://www.clinpharmrussia.ru>
- Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины.

- <http://www.osdm.org/index.php>
- Московский центр доказательной медицины. <http://evbmed.fbm.msu.ru/>
 - Сайт «Формулярная система России». <http://www.formular.ru>
 - Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ). <http://antibiotic.ru/iastac/>
 - Челябинский региональный центр по изучению побочных действий лекарств с программами для фармакоэкономического анализа (ABC VEN анализ) и для оценки межлекарственного взаимодействия. <http://tabletka.umi.ru>
 - Сайт программы для клинических фармакологов: <http://pharmsuite.ru/>
 - Европейское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. <http://www.eacpt.org>
 - Американское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. <http://www.ascpt.org/>
 - Администрация по продуктам и лекарствам США (FDA). <http://www.fda.gov>
 - Ресурс по фармакогенетике. <http://www.pharmgkb.org/>