Министерство здравоохранения Российской Федерации

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА»**

**ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России**

|  |  |
| --- | --- |
| Факультет | стоматологический |
| Кафедра(ы) | терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи |

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

|  |
| --- |
| **Клиническая фармакология** |
| *Наименование дисциплины и Модуля (при наличии)* |
| **31.05.03 Стоматология** |
| *Код и Наименование специальности/Направления подготовки/Направленность* |
| **Врач-стоматолог** |
| *Квалификация (степень) выпускника* |
| **Очная** |
| *Форма обучения* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕН  на заседании кафедры | | | | |
|  | Терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи | | | | |
|  | Протокол № | 4 | |  | 27.04.2018гг |
|  |  | *Номер протокола* | |  | *Дата* |
|  | Заведующий кафедрой | | | | |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | А.Л.Верткин |
|  |  | | *Подпись* |  | *ФИО* |

**Паспорт фонда оценочных средств**

|  |
| --- |
| по учебной дисциплине (модулю) |
| * Клиническая фармакология |
| *Наименование дисциплины и Модуля (при наличии)* |

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Фонд оценочных средств дисциплины (модуля) создан для контроля знаний и уровня сформированности компетенций у обучающихся.

Фонд оценочных средств устанавливает соответствие знаний и уровня сформированности компетенций у обучающихся требованиям рабочей программы дисциплины (модуля).

Таблица 1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины (модуля)

|  |  |
| --- | --- |
| Индекс компетенции | Формулировка компетенции |
| ОПК-8 | Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач |
| ПК-6 | Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра |

1. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Назначение оценочных средств определяет их использование для измерения уровня достижений обучающегося в результате обучения по одной теме (разделу) и/или совокупности тем дисциплины (модуля).

Таблица 2. Показатели оценивания компетенций

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Контролируемые разделы (темы) дисциплины (модуля) | Код контролируемой компетенции  (или ее части) | Наименование  оценочного средства и способ осуществления оценки компетенции |
|  | Общие вопросы клинической фармакологии | ОПК-8 | Контрольные вопросы (устно),  Задания в тестовой форме (компьютерные технологии),  Ситуационные задачи (письменно) |
|  | Частные вопросы клинической вармакологии | ОППК-6 К-8 | Контрольные вопросы (устно),  Задания в тестовой форме (компьютерные технологии),  Ситуационные задачи (письменно**~~)~~** |

Для оценки качества учебной деятельности обучающегося на этапах формирования компетенций в течение изучения дисциплины (модуля) разработаны критерии оценивания компетенций по различным контролируемым видам деятельности - контроль текущей успеваемости.

Таблица 4. Критерии оценивания текущей успеваемости

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контролируемый вид деятельности | Оценка | Критерии оценивания |
| Задания в тестовой форме | Зачтено | Более 70% правильных ответов |
| Не зачтено | Менее 70% правильных ответов |
| Контрольные вопросы | Зачтено | Наличие знаний программы дисциплины в полном объеме или необходимый минимум знаний (владение основными разделами программы дисциплины), способность к систематизации знаний, клиническому мышлению, применение знаний по образцу в нестандартной и стандартной ситуации. |
| Не зачтено | Наличие поверхностных знаний, не позволяющих применять их даже по образцу в стандартной ситуации |
| Ситуационные задачи | Зачтено | Верный ответ |
| Не зачтено | Неверный ответ |
| Практические задания | Зачтено | Выполнение практических навыков по программе дисциплины в полном объеме. |
| Не зачтено | Не способность продемонстрировать мануальные навыки |

1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Контрольные задания или иные материалы для текущего контроля и проведения промежуточной аттестации направлены на оценивание:

* уровня освоения теоретических понятий, научных основ профессиональной деятельности;
* степени готовности обучающегося применять теоретические знания и профессионально значимую информацию, сформированности когнитивных умений;
* приобретенных умений, профессионально значимых для профессиональной деятельности.

Контрольные задания и иные материалы носят практико-ориентированный комплексный характер, направлены на формирование и закрепление компетенций.

Текущий контроль предназначен для проверки хода и качества формирования компетенций, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики освоения новых знаний.

Каждое контрольное задание или иные материалы проверяет уровень сформированности одной или нескольких компетенций.

Перечни контрольных заданий или иных материалов в совокупности охватывают все компетенции, формируемые дисциплиной (модулем) и заявленные в рабочей программе основные результаты обучения по дисциплине (модулю) на уровне знать, уметь. Выполнение контрольных заданий и иных материалов способствует получению навыка и опыта деятельности.

Промежуточная аттестация предназначена для определения уровня освоения изученного объема дисциплины (модуля).

|  |  |
| --- | --- |
| Для проведения промежуточной аттестации из перечня контрольных заданий или иных | |
| материалов формируются | билеты |
| Каждый билет включает: | |
| * задания в тестовой форме | |
| * контрольные вопросы | |
| * ситуационные задачи | |
| * практические задания | |

Итоговый результат оценивания соотносится на весь заявленный в программе перечень результатов обучения по дисциплине (модулю).

Процедура оценивания результатов обучения проводится с использованием балльно-рейтинговой системы.

|  |
| --- |
| Методика оценивания при проведении промежуточной аттестации: |
| * задания в тестовой форме |
| * контрольные вопросы |
| * ситуационные задачи |
| * практические задания |

Итоговая оценка по дисциплине (модулю) рассчитывается как сумма баллов, полученных обучающимся в ходе текущего контроля успеваемости, и баллов, полученных во время промежуточной аттестации.

Устанавливаются следующие шкалы оценивания уровней освоения компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Таблица 5. Шкалы оценивания уровней освоения компетенций

|  |  |
| --- | --- |
|  | Форма контроля промежуточной аттестации, баллы |
| Показатель | Зачет |
| Повышенный | от 70 до 100 |
| Базовый |
| Пороговый |
| Недостаточный | менее 70 |

При использовании балльно-рейтинговой системы механизм формирования (из чего складывается) оценки по дисциплине (модулю) зависит от требований к пороговым значениям достижений по видам работ обучающихся.

Таблица 6. Механизм формирования оценки

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид работ | Пороговые значения достижений | | Оценка |
| min балл | мах балл |
| 1. Тестирование | 15 | 20 | зачтено |
| 1. Собеседование | 25 | 30 | зачтено |
| 1. Мануальные навыки | 20 | 25 | зачтено |
| 1. Доклады, рефераты | 5 | 10 | зачтено |
| 1. Зачет | 5 | 15 | зачтено |

1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины (модуля).

* 1. Типовые контрольные задания для проверки текущей успеваемости с указанием проверяемых компетенций
     1. **Задания в тестовой форме ОПК-8 ПК-6**

1. Основные органы элиминации лекарственного средства
   1. лимфатические узлы и селезенка
   2. кожа и слизистые оболочки
   3. плазма и форменные элементы крови
   4. легкие
   5. печень и почки \*
2. Толерантность-это
   1. повышение чувствительности к препарату при его повторном применении
   2. понижение чувствительности к препарату при его повторном применении \*
   3. развитие идиосинкразической реакции на препарат
   4. термин, объясняющий зависимость эффекта от дозы препарата
   5. смена состояния рецептора при его конкурентном связывании
3. В фармакокинетике клиренс – это
   1. мера способности организма элиминировать лекарство \*
   2. способность печени и почек метаболизировать препарат
   3. отношение объема полураспрееления ко времени полувыведения
   4. отношение периода полураспада к постоянной Планка
   5. фактор, связывающий некоторые витамины в желудочно-кишечном тракте
      1. **Ситуационные задачи ОПК-8 ПК-6**

Задача №1.

К врачу стоматологу обратилась беременная женщина с жалобами на боли при приеме горячей и холодной пищи. При осмотре был выявлен пришеечный кариес первого премоляра верхней челюсти. Перед началом лечения врач выполнил местную анестезию бупивакаином.

Вопросы:

1. Оцените правильность выбора местного анестетика.

2. Как и при каких ситуациях в стоматологии используют бупивакаин?

3. Укажите особенности фармакокинетики бупивакаина.

4. Назовите противопоказания к применению бупивакаина.

5. Назовите пациентов группы риска в отношении развития нежелательных действий бупивакаина.

Ответы:

1. Беременность повышает риск нежелательного токсического действия бупивакаина на сердечно-сосудистую систему. Этот местный анестетик относится к препаратам класса С по классификации FDA. Применение бупивакаина у беременных не рекомендуется.

2. В стоматологической практике используют 0,5% раствор бупивакаина при проведении длительных болезненных вмешательств в основном в челюстно – лицевой хирургии, где его применение при проводниковой анестезии обеспечивает и послеоперационное обезболивание.

3. Препарат имеет более высокую рКа, чем другие амидные анестетики, что обуславливает более медленное развитие местноанестезирующего действия (начало через 5 – 10 минут, максимальный эффект - через 30 минут). Имеет длительный период полувыведения, местноанестезирующий эффект сохраняется 2 – 4 часа. Обладает высокой липофильностью и хорошо связывается с белками плазмы. Проникает через плаценту.

4. Повышенная чувствительность к бупивакаину и компонентам препарата; артериальная гипотензия, заболевания ЦНС, в/в регионарная анестезия. Препарат не применяется у детей.

5. Заболевания сердечно-сосудистой системы; гиповолюмия, гипоксемия, гиперкапния; ацидоз; анемия; нарушение функции печени, почек; гипопротеинемия; беременность; прием противоаритмических препаратов, блокаторов бета-адренорецепторов, ингибиторов МАО.

Задача №2

Больная “Б”, 40 лет, в обеденный перерыв выпила сладкий прохладительный напиток. Через 20 минут она почувствовала отек верхней губы и век, озноб, быстро нараставший по интенсивности.

Вопросы:

1. Чем обусловлено развитие состояния у больного?
2. Какова тактика врача СМП, вызванного к больной?
3. Какие существуют критерии купирования острого аллергоза?
4. Каков принцип отмены глюкокортикостероидов, назначавшихся по показаниям менее 5 дней?
5. Какова возможность осложнения при одномоментной отмене в/в стероидов?

Ответы:

1. Острым аллергозом, отеком Квинке
2. В\в введение преднизолона; госпитализация в реанимационное отделение
3. Клинические – разрешение отеков, нормализация температуры; лабораторно – нормализация общего анализа крови (разрешение лейкоцитоза, исчезновение сдвига лейкоцитарной формулы влево; общего анализа мочи (разрешение протеинурии); нормализация гликемии и азотемии
4. Одномоментная отмена
5. Рецидив аллергоза
   * 1. **Контрольные вопросы/задания ОПК-8 ПК-6**

1. Основные разделы клиническая фармакологии

Ответ: Основными разделами клинической фармакологии являются фармакодинамика и фармакокинетика.

Клиническая фармакодинамика (типовые механизмы действия лекарств, методы оценки эффективности и безопасности фармакотерапии) — раздел, изучающий совокупность эффектов лекарственных средств на организм, т.е. описывающий разнообразные биологические эффекты, возникающие под влиянием на организм лекарственного средства, а также касающийся механизмов и локализации их действия:

- на специфические рецепторы (симпатомиметики и симпатолитики)

- на активность ферментов (ингибиторы АПФ, статины)

- физико-химическое действие на мембраны клеток (антагонисты кальция)

- прямое химическое взаимодействие (антиоксиданты, препараты магния, калия).

Клиническая фармакокинетика (основные кинетические процессы, понятия биодоступности, распределения, констант абсорбции и элиминации, терапевтического окна и пр. Взаимодействие лекарств и пищи)

Если фармакодинамические механизмы могут изучаться в эксперименте на животных или in vitro на изолированных культурах клеток и тканей, то клиническая фармакокинетика — второй важнейший раздел клинической фармакологии, оперирует данными, полученными только с участием человека. Этот раздел изучает с количественной и качественной стороны совокупность всех процессов прохождения и превращения лекарственного средства в здоровом и больном организме и выявляет закономерности между концентрацией лекарственного средства и наблюдаемыми эффектами.

* + 1. **Практические задания ОПК-8 ПК-6**

Составление клинико-фармакологической карты.

Алгоритм выполнения:

1. Курация пациентов;
2. Описание данных расспроса;
3. Описание объективного метода исследования;
4. Описание лабораторных данных;
5. Описание инструментальных методов исследования больного;
6. Клинический диагноз и его обоснование;
7. Оценка назначенных лекарственных средств;
8. Рекомендации по стандартам лечения нозологии.
   * 1. Контрольные задания/вопросы

**Раздел 1. Общие вопросы клинической фармакологии лекарственных средств ОПК-8 ПК-6**

1. Клиническая фармакология в истории МГМСУ
2. Рациональная фармакотерапия. Критерии выбора лекарственного препарата для конкретного больного и этапы рациональной фармакотерапии. Возрастная клиническая фармакология. Значение фармакогенетики для клинициста.
3. Особенности фармакотерапии у беременных.
4. Предмет и задачи фармакотерапии. Связь фармакотерапии с теоретическими и клиническими дисциплинами. Клиническая фармакология: предмет, структура, задачи, роль в медицине
5. Виды фармакотерапии.
6. Связь фармакодинамики и фармакокинетики. Определение величины фармакологического эффекта. Терапевтический эффект, терапевтический диапазон и терапевтическая широта лекарственного средства. Поддерживающая доза.
7. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: биологически активное вещество, фармакологическое средство, лекарственное средство, лекарственный препарат, лекарственная форма, действующее вещество.
8. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: клиническая фармакология, фармакотерапия, элиминация вещества, квота элиминации, константа элиминации.
9. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: период полувыведения, объем распределения, клиренс, равновесная концентрация, минимальный терапевтический уровень, терапевтический диапазон, терапевтическая широта.
10. Фармакокинетика. Определение. Роль в развитии фармакотерапии, задачи, возможности.
11. Пути введения лекарственных средств.
12. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны.
13. Распределение лекарственных средств в органах и тканях.
14. Связывание лекарственных средств с белками.
15. Метаболизм лекарственных средств.
16. Выведение лекарственных средств.
17. Моделирование фармакокинетических процессов. Двухкамерная фармакокинетическая модель. Определение клиренса.
18. Биологическая доступность. Относительная биодоступность.
19. Практическое значение этих показателей.
20. Понятие о биоэквивалентности лекарственных веществ. Пик концентрации лекарственных веществ в крови. Время достижения максимальной концентрации. Площадь под кривой изменения концентрации лекарства в крови.
21. Фармакодинамика. Определение. Роль и значение в развитии фармакотерапии. Виды действия лекарственных веществ.
22. Механизмы действия лекарственных средств.
23. Дозирование лекарственных средств.
24. Повторное применение лекарственных средств.
25. Взаимодействие лекарственных средств. Виды. Фармацевтическое взаимодействие.
26. Фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств.
27. Взаимозаменяемость лекарственных средств. Препараты выбора.
28. Влияние возраста человека на действие лекарственных средств.
29. Особенности фармакотерапии у новорожденных.
30. Особенности фармакотерапии при беременности.
31. Особенности фармакотерапии у лактирующих женщин.
32. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте.
33. Роль наследственных факторов в фармакотерапии, фармакогенетика.
34. Влияние факторов внешней среды на действие лекарственных средств.
35. Побочное действие лекарственных средств. Специфические побочные эффекты, связанные с фармакологическими свойствами лекарств. Токсическое действие лекарств. Синдром обкрадывания. Парамедикаментозные побочные явления.
36. Побочное действие лекарственных средств. Аллергические реакции на лекарства. Лекарственная зависимость. Синдром отмены.
37. Фармакоэкономика. Фармакоэпидемиология Определение, задачи, основные методы исследования и понятитя.
38. Лекарственная токсикология. Основные клинические синдромы острых отравлений лекарствами. Специфические антидоты.

**Раздел 2. Общие вопросы клинической фармакологии лекарственных средств ОПК-8 ПК-6**

1. Ишемическая болезнь сердца. Определение. Факторы риска. Классификация. Основные принципы лечения в практике врач стоматолога. Классификация анитангинальных средств.
2. Инфаркт миокарда. Определение. Основные клинические симптомы.
3. Клиническая фармакология нитратов.
4. Клиническая фармакология бета-адреноблокаторов.
5. Клиническая фармакология антагонистов ионов кальция.
6. Гипертоническая болезнь в практике врача стоматолога. Определение. Классификация. Этиология. Основные симптомы. Принципы лечения.
7. Классификация гипотензивных средств. Клиническая фармакология нейротропных средств центрального действия.
8. Клиническая фармакология симпатолитиков.
9. Клиническая фармакология периферических антиадренергических средств блокаторов альфа-адренорецепторов.
10. Клиническая фармакология блокаторов рецепторов ангиотензина II.
11. Классификация средств, влияющих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему. Клиническая фармакология ингибиторов ангиотензинконвертирующего фермента.
12. Атеросклероз. Фармакотерапия гиперлипидемий. Классификация гипохолестеринемических средств.
13. Сердечная недостаточность. Классификация (по стадиям и функциональным классам). Основные клинические симптомы. Принципы лечения.
14. Классификация кардиотонических средств. Клиническая фармакология сердечных гликозидов.
15. Клиническая фармакология диуретиков. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетика, взаимодействие с другими средствами, побочное действие.
16. Аритмии. Виды аритмий. Основные симптомы аритмий.
17. Клиническая фармакология антиаритмиков. Классификация антиаритмический средств. Клиническая фармакология хинидина.
18. Клиническая фармакология лидокаина.
19. Клиническая фармакология кордарона.
20. Бронхит. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения.
21. Пневмония. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения.
22. Классификация антимикробных средств. Антибиотики. Принципы антибактериальной терапии. Основные механизмы формирования резистентности к антибиотикотерапии. Понятие о минимальной подавляющей концентрации антибиотика, средней терапевтической и токсической концентрации.
23. Клиническая фармакология пенициллинов.
24. Клиническая фармакология сульфаниламидных препаратов.
25. Клиническая фармакология аминогликозидов.
26. Бронхиальная астма. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения. Базисная терапия. Купирование приступа бронхиальной астмы.
27. Клиническая фармакология глюкокортикостероидов.
28. Классификация бронходилататоров. Классификация и клиническая фармакология симпатомиметиков (бета-агонистов).
29. Язвенная болезнь желудка и 12‑перстной кишки. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения. Классификация средств для –лечения язвенной болезни.
30. Цирроз печени. Определение. Классификация. Основные клинические симптомы. Принципы лечения. Клиническая фармакология гепатопротекторов.
31. Хронический гломерулонефрит. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения.
32. Хронический пиелонефрит. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения.
33. Деформирующий остеоартроз. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения.
34. Клиническая фармакология нестероидных противовоспатительных средств.
35. Гиперфункция щитовидной железы. Этиология. Основные клинические проявления. Принципы лечения.
36. Сахарный диабет. Определение. Основные клинические симптомы. Принципы лечения. Характеристика гипогликемических средств.
37. Анемии. Виды анемий. Основные клинические симптомы. Принципы лечения.
38. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков.
39. Клиническая фармакология антигистаминных средств.
40. Клиническая фармакология средств, влияющих на гемостаз.
    * 1. Ситуационные задачи ОПК-8 ПК-6

Задача №1.

К врачу стоматологу обратилась беременная женщина с жалобами на боли при приеме горячей и холодной пищи. При осмотре был выявлен пришеечный кариес первого премоляра верхней челюсти. Перед началом лечения врач выполнил местную анестезию бупивакаином.

Вопросы:

1. Оцените правильность выбора местного анестетика.
2. Как и при каких ситуациях в стоматологии используют бупивакаин?
3. Укажите особенности фармакокинетики бупивакаина.
4. Назовите противопоказания к применению бупивакаина.
5. Назовите пациентов группы риска в отношении развития нежелательных действий бупивакаина.

Ответы:

1. Беременность повышает риск нежелательного токсического действия бупивакаина на сердечно-сосудистую систему. Этот местный анестетик относится к препаратам класса С по классификации FDA. Применение бупивакаина у беременных не рекомендуется.

2. В стоматологической практике используют 0,5% раствор бупивакаина при проведении длительных болезненных вмешательств в основном в челюстно – лицевой хирургии, где его применение при проводниковой анестезии обеспечивает и послеоперационное обезболивание.

3. Препарат имеет более высокую рКа, чем другие амидные анестетики, что обуславливает более медленное развитие местноанестезирующего действия (начало через 5 – 10 минут, максимальный эффект - через 30 минут). Имеет длительный период полувыведения, местноанестезирующий эффект сохраняется 2 – 4 часа. Обладает высокой липофильностью и хорошо связывается с белками плазмы. Проникает через плаценту.

4. Повышенная чувствительность к бупивакаину и компонентам препарата; артериальная гипотензия, заболевания ЦНС, в/в регионарная анестезия. Препарат не применяется у детей.

5. Заболевания сердечно-сосудистой системы; гиповолюмия, гипоксемия, гиперкапния; ацидоз; анемия; нарушение функции печени, почек; гипопротеинемия; беременность; прием противоаритмических препаратов, блокаторов бета-адренорецепторов, ингибиторов МАО.

Задача №2.

Хирург – стоматолог должен удалить зуб у пациента, у которого ранее была аллергическая реакция в виде крапивницы на новокаин. В качестве препарата для местной анестезии у этого пациента врач выбрал лидокаин.

Вопросы:

1. К какой группе местных анестетиков относится новокаин?
2. К какой группе местных анестетиков относится лидокаин?
3. Возможно ли применение лидокаина у пациентов с аллергией на новокаин?
4. Назовите нежелательные действия лидокаина.
5. Что дает добавление вазоконстриктора к раствору лидокаина?

Ответы:

1. К группе сложных эфиров.

2. К группе амидов.

3. Да, возможно. Между этими двумя группами нет перекрестной аллергии.

4. Головная боль, головокружение, сонливость, беспокойство, шум в ушах, нарушение зрения, тремор, судорожные подергивания, гипотония, брадикардия, дезориентация; аллергические реакции.

5. Добавление констриктора снижает всасываемость лидокаина из места инъекции, что повышает эффективность анестезии, удлиняет действие препараты, снижает риск развития системной токсичности.

Задача №3.

На прием к врачу – стоматологу пришла беременная женщина. Перед лечением врач сделал инфильтрационную анестезию.

Вопросы:

1. Какой местный анестетик является препаратов выбора у беременных?
2. Почему его применение рекомендовано у беременных?
3. Какие отличительные особенности фармакокинетики артикаина?
4. Какая максимальная доза артикаина?
5. Растворы артикаина с каким содержанием адреналина используют у беременных?

Ответы:

1. Артикаин.

2. Препарат плохо проникает через плаценту, не обладает эмбриотоксическим действием. Относится к категории В по классификации FDA.

3. Имеет короткий латентный период, короткий период полувыведения (40 мин.) и умеренную продолжительность действия. Обладает низкой липофильностью, высокой диффузионной способностью, высокой способностью связываться с белками плазмы.

4. Максимальная разовая доза с вазоконстриктором для взрослых составляет 7 мг/кг, для детей от 4 до 12 лет – 5 мг/кг.

5. У беременных препаратами выбора являются растворы артикаина с содержанием адреналина 1: 200000.

Задача №4.

Хирургу стоматологу предстоит удаление нижний большой коренной зуб у пациента 68 лет. При сборе анамнеза выяснилось, что пациент страдает артериальной гипертонией, ИБС: стенокардией напряжения 11 ФК, постоянно принимает амлодипин 10 мг/сутки. Ранее отмечалось развитие крапивницы на новокаин.

Вопросы:

1. Какие факторы риска развития осложнений местной анестезии есть у пациента?
2. Применение какого местного анестетика наиболее безопасно у этого пациента?
3. Обоснуйте свой выбор.
4. Какие нежелательные действия вазоконстриктора (адреналина) могут быть у этого пациента?
5. Какие дозы местных анестетиков рекомендуются у пожилых?

Ответы:

1. Пожилой возраст, артериальная гипертония, стенокардия. Аллергическая реакция на новокаин – местный анестетик группы сложных эфиров.

2. Препаратом выбора может быть артикаин

3. Артикаин обладает хорошей диффузионной способностью и высокой местноанестезирующей активностью, что позволяет использовать низкие концентрации вазоконстрикторов (1:200000) и расширяет показания к его применению у пациентов группы риска. Кардиотоксическое действие менее выражено, чем у других местных анестетиков амидов.

4. Повышение АД, тахикардия, беспокойство, тремор, головная боль, похолодание конечностей, аритмия.

5. Рекомендуется снижение дозы на 1/3.

Задача №5

Больная “К”, 35 лет, страдает гормонозависимой бронхиальной астмой в течение 5 лет. Вызвана “03” в связи с рвотой “кофейной гущей”, госпитализирована с подозрением на ЖКК и с гипотонией в реанимационное отделение. При ЭГДС выявлены 2 острые язвы 12-перстной кишки с пристеночными сгустками крови и нестабильным гемостазом. В течение 2-х последующих суток не получала привычную дозу преднизолона 10мг per os. На третьи сутки почувствовала сердцебиение, потемнение в глазах, резко снизилось АД, появилась боль в животе.

Вопросы:

1. Каким синдромом обусловлено состояние пациентки?
2. Какова правильная тактика в отношении глюкокортикостероидов в данной ситуации?
3. С чем необходимо дифференцировать неотложное состояние больной?
4. Какой альтернативный способ введения кортикостероидов позволит снизить дозу перорального преднизолона без активации бронхиального воспаления?
5. Необходимо ли назначение перорального преднизолона в сочетании с инфузией изотонического раствора?

Ответы:

1. Синдром отмены
2. Продолжить преднизолон per os совместно с применением ингибиторов протоновой помпы (омепразол, пантопразол)
3. С повторным ЖКК
4. Небулайзерная терапия пульмикортом
5. Обязательно, коррекция минералокортикоидного дефицита

Задача №6

Больная “Б”, 40 лет, в обеденный перерыв выпила сладкий прохладительный напиток. Через 20 минут она почувствовала отек верхней губы и век, озноб, быстро нараставший по интенсивности.

Вопросы:

1. Чем обусловлено развитие состояния у больного?
2. Какова тактика врача СМП, вызванного к больной?
3. Какие существуют критерии купирования острого аллергоза?
4. Каков принцип отмены глюкокортикостероидов, назначавшихся по показаниям менее 5 дней?
5. Какова возможность осложнения при одномоментной отмене в/в стероидов?

Ответы:

1. Острым аллергозом, отеком Квинке
2. В\в введение преднизолона; госпитализация в реанимационное отделение
3. Клинические – разрешение отеков, нормализация температуры; лабораторно – нормализация общего анализа крови (разрешение лейкоцитоза, исчезновение сдвига лейкоцитарной формулы влево; общего анализа мочи (разрешение протеинурии); нормализация гликемии и азотемии
4. Одномоментная отмена
5. Рецидив аллергоза

Задача №7

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

 Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

   1. Поставить диагноз.

   2. Провести дифференциальную диагностику.

   3. Наметить план обследования.

   4. Наметить план лечения.

Ответы:

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

4.  План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача №8

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. - 4,3 х 1012,  лейк. - 9,2 х 109,  п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

Вопросы:

 1. Поставьте диагноз.

 2. Проведите дифференциальный диагноз.

 3. Наметьте план дообследования.

 4. Назначьте лечение.

Ответы:

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

Задача №9

Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном  участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью,   неприятными ощущениями в области сердца.  Доставлен  в  приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя.   При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

 Объективнo: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Вопросы:

   1. Установить предварительный диагноз.

   2. Наметить план дообследования больного.

   3. Провести дифференциальную диагностику.

   4. Определить тактику лечения.

Ответы:

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.
4. Лечение: основная задача - снять пароксизм и восстановить синусовый ритм:  
   препараты 1 группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен);  
   электростимуляция.  
   В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.
5. Лечение ИБС - антихолестеринемические препараты, диета.

Задача №10

        Больной Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

     Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

      1. Установить предварительный диагноз.

      2. Наметить план дообследования больного.

      3. Провести дифференциальную диагностику.

       4. Определить тактику лечения.

Ответы:

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу экстрасистолии (вероятно желудочковой).
2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, велоэргометрия, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Дифференциальная диагностика синдрома экстрасистолии (вариант нормы, кардиальное происхождение, внесердечные причины).
4. Лечение: В-блокаторы, кордарон, этмозин, аллопенин, ритмонорм. Оценка эффективности лечения по суточному мониторированию - уменьшение количества экстрасистол на 70%.

Задача №11

 У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

 Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

Вопросы:

    1. Установить предварительный диагноз.

    2. Составить план дополнительного обследования.

    3. Провести дифференциальную диагностику.

    4. Определить тактику лечения.

Ответы:

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

Задача №12

       Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

      Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

     Объективно: темп. тела 37,30С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Вопросы:

     1. Установите предварительный диагноз.

     2. Наметьте план дообследования больного.

     3. Проведите дифференциальную диагностику.

     4. Определите тактику лечения.

Ответы:

1. Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН  П  ст.
2. План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование - определение тира антител к антителам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.
4. Принципы лечения:  
   антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики  
   бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия  
   дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополигмонин, плазма
5. иммунокорригирующая терапия - дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал
6. симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др.  
   физиотерапевтическое лечение - имопецин, электро-УВЧ, индуктотермия, ЛФК.

Задача №13

      У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.

    Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые  резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в Ш межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД - 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент П тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный  в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

Вопросы:

     1. Установите предварительный диагноз.

     2. Составьте план дополнительных обследований.

     3. Проведите дифференциальную диагностику.

     4. Определите тактику лечения.

Ответы:

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.

Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

Задача №14

      Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,50С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.

      Объективно: темп. 37,30С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

Вопросы:

       1. Установите предварительный диагноз.

       2. Наметьте план дополнительного обследования.

       3. Проведите дифференциальную диагностику.

       4. Определите тактику лечения.

 Ответы:

1. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит.
2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острой пневмонией.
4. Принципы лечения:  
   противовоспалительные средства - анальгин, ацетилсалициловая кислота и др.  
   антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламидные препараты  
   противовирусные средства - сывороточный полиглобулин, противогриппозный гамма-глобулин, интерферон  
   бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия  
   физиотерапевтическое лечение - щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК.

**Задания в тестовой форме ОПК-8 ПК-6**

1. Анафилактическим шоком, согласно всемирной организации аллергологов, называют анафилаксию сопровождающуюся снижением
2. систолического АД ниже 90 мм рт.ст. или на 30% от исходного
3. среднего АД ниже 100 мм рт.ст. или на 25% от исходного
4. систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
5. среднего ад на 50% от исходного
6. В лечении крапивницы эффективно применение
7. антигистаминных препаратов
8. противовирусных средств
9. антибиотиков
10. антимикотиков
11. В наружном лечении контактного дерматита эффективно применение топических
12. стероидов
13. антибиотиков
14. антимикотиков
15. ретиноидов
16. Лечение пациента с аллергией на пыльцу березы в виде ринита должно включать
17. антигистаминные средства, топические кортикостероиды и антигенспецифическую иммунотерапию
18. диету, частое проветривание помещений и деконгестанты
19. иглорефлексотерапию, массаж и закаливание
20. гипербарическую оксигенацию и дезинтоксикационную терапию
21. Для достижения равновесной концентрации лекарственного средства необходимо регулярное назначение препарата в течение \_\_\_\_\_\_\_ периодов полувыведения
22. 5
23. 2
24. 10
25. 12
26. Эффективность лечения пищевой аллергии в первую очередь определяет
27. диета
28. лекарственная терапия
29. фитотерапия
30. иглорефлексотерапия
31. Периодом полувыведения лекарственного средства (т1/2) является время
32. снижения концентрации в плазме крови на 50%
33. снижения концентрации в моче на 50%
34. достижения органа-мишени 50% введенной дозы
35. достижения максимальной концентрации в плазме крови
36. Неблагоприятной побочной реакцией является
37. вредный и непредвиденный эффект вследствие применения лекарственного средства в терапевтических дозах для профилактики, лечения, диагностики или изменения физиологической функции человека
38. любое неблагоприятное явление с медицинской точки зрения в жизни пациента, который принимал исследуемый фармацевтический продукт, но не обязательно связанное с приемом данного лекарственного средства
39. реакция на препарат, сведения о природе и тяжести которой отсутствуют в инструкции по применению препарата, не описаны в доступных материалах о препарате и ее не ожидают, исходя из знаний о свойствах препарата
40. реакция, представляющая угрозу жизни пациента, приведшая к длительному ограничению трудоспособности, онкологическим заболеваниям или приведшая к смерти
41. Прогнозируемые побочные реакции лекарственных средств обусловлены
42. фармакологическими свойствами лекарственного средства
43. аллергическими реакциями немедленного или замедленного типа
44. относительной или абсолютной передозировкой препарата
45. нарушением иммунобиологических свойств организма
46. Наиболее серьезной нежелательной реакцией на введение опиоидных анальгетиков является
47. угнетение дыхания
48. судороги конечностей
49. эндогенная депрессия
50. понижение температуры
51. Гипогликемическое действие ингибиторов дипептидилпептидазы-4 обусловлено
52. усилением эндогенной стимуляции секреции инсулина из в-клеток поджелудочной железы
53. уменьшением биодоступности углеводов с высоким гликемическим индексом в тонком кишечнике
54. повышением чувствительности к инсулину гепатоцитов и адипоцитов в жировой ткани
55. угнетением активности ферментов, участвующих в гидролизе углеводов пищи в желудочно-кишечном тракте
56. Механизм обезболивающего действия наркотических анальгетиков заключается в
57. угнетении проводимости болевых стимулов в центральной нервной системе
58. снижении активности циклооксигеназы с ингибированием синтеза простагландинов и брадикинина
59. снижении чувствительности рецепторов к медиаторам боли – гистамину и брадикинину
60. угнетении холинергической иннервации гладкомышечных органов и спазмолитическом действии
61. Наиболее частым проявлением синдрома отмены бензодиазепинов является
62. нарушение циркадианного ритма сон-бодрствование
63. снижение клеточной защиты слизистой ротовой полости
64. появление галлюцинаций, опасных для жизни
65. обострение имеющихся ранее заболеваний
66. К нежелательным быстроразвивающимся неблагоприятным реакциям глюкокортикостероидов относят
67. снижение толерантности к глюкозе
68. истончение и легкую ранимость кожи
69. субкапсулярную заднюю катаракту
70. дистрофические изменения миокарда
71. К наиболее часто встречающейся неблагоприятной побочной реакции при применении аминогликозидов относят
72. нефротоксичность
73. гепатотоксичность
74. кардиотоксичность
75. гематотоксичность
76. Указать адренорецепторы преобладающие в стенке сосудов.
    1. а2-адренорецепторы.
    2. в1-адренорецепторы.
    3. а1-адренорецепторы.
77. С блокадой в2-адренорецепторов связывают следующие эффекты пропранолола.
    1. повышение тонуса сосудов.
    2. повышение тонуса гладкой мускулатуры бронхов.
    3. повышение тонуса матки.
    4. все перечисленное.
78. Отметить характеристику времени, соответствующую инсулинам короткого действия.
    1. начало действия через 15-20 мин., продолжительность 4-6 часов.
    2. начало действия через час, продолжительность 10-12 часов.
    3. начало действия через час, продолжительность 24 часа.
    4. ничего из перечисленного.
79. Лекарственный рецептор - это
    1. активные группировки макромолекул, с которыми взаимодействует лекарство для

осуществления эффекта

* 1. клеточные депо, где накапливаются лекарства
  2. мембраны, сквозь которые лекарство поступает в кровь
  3. всё упомянутое

1. “Кажущийся объем распределения” (л/кг) - это отношение:
2. концентрации в моче к концентрации в крови

дозы к концентрации в слюне

1. концентрации в тканях к концентрации в крови
2. введенной дозы к концентрации в крови
3. ни одно определение не верно
4. согласно наиболее распространенной классификации антиаритмических

препаратов выделяют:

1. 2 класса.
2. 3 класса.
3. 4 класса.
4. 5 классов.
5. 6 классов.
6. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь следует

назначить:

1. Верапамил.
2. Лидокаин.
3. Дигоксин.
4. Пропранолол.
5. Предпосылка неэффективности большинства антиаритмических препаратов
6. Гипокальциемия
7. Гипермагнезиемия
8. Гипонатриемия
9. Гипокалиемия
10. Всё в одинаковой степени
11. Противопоказаниями к назначению В-блокаторов являются:
12. Выраженная брадикардия (ЧСС менее 50/мин).
13. Перемежающаяся хромота, синдром Рейно.
14. Бронхиальная астма.
15. Декомпенсированный сахарный диабет.
16. Все перечисленное.
17. К побочным эффектам амиодарона не относится
18. Гипотиреоз
19. Гипертиреоз
20. Легочный фиброз
21. Снижение прозрачности роговицы
22. Всё это относится
23. Выбрать предпочтительный путь введения аминогликозидов
24. традиционное фракционное введение (с интервалом 8 часов).
25. постоянная инфузия суточной дозы.
26. однократное (1 раз в сутки) введение суточной дозы.
27. любой вариант равноценен
28. Фторхинолоны целесообразно комбинировать
29. с В-лактамами
30. с хлорамфениколом
31. с рифампицином
32. с нитрофуранами
33. со всеми нежелательно
34. Указать спектр антибактериальной активности ципрофлоксацина.
35. Стафилококки, грамнегативные аэробы, в том числе синегнойная палочка.
36. Грампозитивная флора.
37. Грамнегативная флора, исключая синегойную палочку, бактероиды.
38. Равноэффективен при всех вариантах
39. Указать антибактериальный спектр активности метронидазола:
40. Гемолитичекий стрептококк, золотистый стафилококк.
41. Простейшие, анаэробы, хеликобактер.
42. Грамнегативные аэробы, синегнойная палочка.
43. Всё перечисленное
44. Пенициллинсвязывающие белки:
45. Мишени для действия В-лактамов
46. Выводят из клетки пенициллины
47. Структуры макроорганизма, от которых зависит токсичность
48. Связывают и инактивируют пенициллины
49. Ничего из перечисленного
50. Основной объект влияния пенициллазоустойчивых пенициллинов
51. стрептококки
52. микоплазма
53. метициллинрезистентная флора
54. стафилококк
55. ничего из перечисленного
56. Объект воздействия макролидов в основном
57. Стрептококки
58. Хламидии
59. Микоплазма
60. Легионелла
61. Любое из перечисленного
62. Главный объект применения ванкомицина
63. левомицетинрезистентные шигеллы
64. пенициллинустойчивые пневмококки
65. метициллинустойчивые стафилококки
66. метронидазолустойчивые бактероиды
67. любое из перечисленного
68. Стандарт помощи при анафилактическом шоке на бензилпенициллин включает

экстренное введение всего, кроме

1. Пенициллиназы
2. Эпинефрин
3. Объемозамещающих жидкостей
4. ГКС
5. Все это включает
6. Линезолид – это вариант замены
7. макролидов
8. линкосамидов
9. гликопептидов
10. карбапенемов
11. любых из этих групп
12. К блокаторам В-лактамаз не относится:
13. Тазобактам
14. Циластатин
15. Клавуланат
16. Сульбактам
17. Все относятся
18. Адекватная химиотерапия сепсиса - это:
19. Эффективный антибиотик в первые 24 часа
20. Бензилпенициллин в дозе 20 млн в сутки
21. Эритромицин внутривенно в первые 6 часов
22. Комбинация антибактериальных препаратов
23. Ничего из упомянутого
24. Особенностью имипенема в сравнении с меропенемом является:
25. Более широкий спектр
26. Меньший риск судорожного синдрома
27. Большая активность и мощность
28. Предпочтение у детей до 3 месяцев и в ортопедии
29. Всё указанное неверно
30. Укажите антибактериальный препарат, обладающий наибольшей

антианаэробной активностью:

1. ампициллин
2. гентамицин
3. тетрациклин
4. метронидазол
5. Инокулюм-эффект антибиотика - это:
6. Возрастание активности при повторном введении
7. Возникновение ретинопатии
8. Местный раздражающий эффект
9. Ослабление действия при высокой микробной обсемененности
10. Ничего из перечисленного
11. Указать основные нежелательные эффекты антигистаминных препаратов

1 поколения.

1. Возбуждение ЦНС, адреномиментический эффект.
2. Седация, холинолитический эффект, развитие тахифилаксии.
3. Ничего из перечисленного
4. “Ремоделирование” миокарда после инфаркта ведет
5. К снижению риска повторного инфаркта
6. К риску сердечной недостаточности
7. К функциональной адаптации и улучшению работы сердца
8. К регенерации зоны инфаркта
9. Ни к чему из сказанного
10. Механизм антиангинального действия нитратов в основном связан
11. Со снижением постнагрузки
12. С прямым коронарорасширяющим эффектом
13. С холинолитическм действием
14. Со снижением преднагрузки
15. Ни с чем из упомянутого
16. По данным ККИ аспирин
17. Достоверно снижает смертность у больных ИБС
18. Особенно полезен для первичной профилактики ИБС
19. Равноэффективен для лечения инфарктов и инсультов
20. “Работает” в дозе выше 325 мг
21. Всё сказанное – неверно
22. Главное преимущество клопидогрела перед аспирином
23. Эффективность
24. Низкая гастротоксичность
25. Лучше исследован в ККИ
26. Преимуществ нет
27. К противопоказаниям для ИАПФ не относится
28. Беременность
29. Двусторонний стеноз почечных артерий
30. Стеноз артерии единственной почки
31. Облитерирующий атеросклероз
32. Всё это - противопоказания
33. Отметить ингаляционные глюкокортикостероиды.
34. Триамсинолон, бетаметазон.
35. Будесонид, флутиказон
36. Метилпреднизолон, триамсинолона ацетат..
37. Указать ИГКС, обладающий наименьшим системным эффектом.
38. Беклометазона дипропионат.
39. Флунизолид.
40. Флутикозон.
41. Небулайзер представляет собой
42. "влажный распылитель", компрессор, подающий лекарство вместе с воздухом или

кислородом.

1. Баллонный дозированный аэрозоль.
2. Ингалятор, содержащий лекарственое вещество в виде сухой пудры.
3. Современная тактика применения ИПП при ЯБ
4. У всех больных на начальном этапе
5. При неэффективности Н2-блокаторов
6. Только при наличии факторов риска
7. При неэффективности М-холинолитиков
8. Верного ответа нет
   * 1. Практические задания

Составление клинико-фармакологической карты.

1. Алгоритм выполнения:
2. Курация пациентов;
3. Описание данных расспроса;
4. Описание объективного метода исследования;
5. Описание лабораторных данных;
6. Описание инструментальных методов исследования больного;
7. Клинический диагноз и его обоснование;
8. Оценка назначенных лекарственных средств;
9. Рекомендации по стандартам лечения нозологии