

Клиническая фармакология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/farmakolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Мужчина 56 лет находится на лечении в кардиологическом отделении.

* На консультацию приглашен клинический фармаколог. Цель: оптимизировать фармакотерапию у пациента с коморбидностью, наличием факторов риска развития неблагоприятных побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

* Диагноз:

+

ИБС, стенокардия напряжения (болевая и безболевая) - ЗФК, НК I стадия, ФК I по NYHA.

+

Гипертоническая болезнь III стадии, 3-я степень АГ, риск очень высокий (4).

Атеросклероз магистральных артерий головы и сосудов нижних конечностей.

+

Гиперлипидемия IIa типа.

+

Хроническая обструктивная болезнь легких: преимущественно обструктивный тип, легкое течение - I стадия.

Жалобы

На приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левый локоть, возникающие при физической нагрузке (ходьба до 150 м, подъем на 1-й этаж), проходящие при ее прекращении; тяжесть и головную боль в затылочной части головы, больше по утрам, на фоне повышения артериального давления (АД), зябкость стоп.

Анамнез заболевания

* Артериальная гипертензия с 48 лет с максимальными подъемами АД до 185/105 мм рт ст. Для снижения АД разово принимал каптоприл 12,5 мг, регулярную терапию не получал. С 54 лет приступы стенокардии при быстрой ходьбе до 6–9 раз/нед. При обращении в поликлинику рекомендован прием атенолола 50 мг 1 раз/сут, изосорбид динитрата по 20 мг 2 раза/сут, эналаприла 10 мг 2 раза/сут, частота приступов стенокардии снизилась до 3–4 раз/нед. Настоящее ухудшение в течение последних 2 мес, когда на фоне проводимой терапии приступы стенокардии участились до 12-14/нед, уменьшилась толерантность к нагрузкам.

При поступлении в стационар не выявлено отклонений от нормы в общем и биохимическом анализах крови, в общем анализе мочи.

Выявлены изменения в липидном обмене.

|====

3+^ | *Липидный профиль*

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Общий холестерин (ХС), ммоль/л | 6,8 | 3,3- 5,0

| ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), ммоль/л | 5,1 | 1,1 – 3

| ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), ммоль/л | 0,9 | муж. \geq 1,0
жен. \geq 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 1,7 | 0,1 - 1,7

| Индекс атерогенности | 6,6 | 3-4

3+ | *Заключение:* гиперлипидемия 2 а типа

|====

{nbsp}

* ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 85 уд/мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. PQ – 0,17 с, QRS – 0,92 с, QT – 0,34 с. Признаки гипертрофии левого желудочка.

* Холтеровское мониторирование ЭКГ: ритм синусовый; ЧСС среднесуточная – 84 уд/мин, максимальная – 132 уд/мин, минимальная – 62 уд/мин.

Зарегистрированы эпизоды депрессии сегмента ST 2 мм по 2 отведению: 2 болевых и 6 безболевых продолжительностью 12 мин.

* Суточное мониторирование АД: АД ср. суточное – 155/95 мм рт. ст., ср. дневное – 165/98 мм рт. ст., ср. ночное – 145/92 мм рт. ст. Стойкая систоло-диастолическая артериальная гипертензия с достаточным снижением АД в ночное время (тип *dippers*), избыточная вариабельность АД.

* Велоэргометрический тест: объем выполненной нагрузки: 25 вт х 3 мин, 50 вт х 3 мин 14 с. Проба прекращена из-за развития приступа загрудинных болей, одышки, которые сопровождались появлением горизонтальной депрессии сегмента ST в отведениях V4- V6 1,4-1,8 мм. Период восстановления – 6 мин 55 с. *Заключение*: проба положительная, показатели физической нагрузки соответствуют III ФК стенокардии напряжения, реакция АД по гипертоническому типу (макс. АД -185/110 мм рт ст).

* Эхокардиография: фиброз створок аортального кольца с кальцинатами в фиброзном кольце. Размеры камер сердца в пределах нормы. Глобальная (фракция выброса – 60%) и локальные систолические функции в норме.

Гипертрофия стенок левого желудочка: толщина межжелудочковой перегородки – 1,25 см; задней стенки левого желудочка – 1,3 см.

Диастолическая дисфункция левого желудочка по 1-му типу.

* Дуплексное сканирование артерий: стенозы бифуркации левой сонной артерии -20–25%; подколенной артерии слева и подвздошной артерии справа - 30–35%.

* Тест 6-минутной ходьбы – 426 м.

* Функция внешнего дыхания: диагностированы легкие нарушения по

обструктивному типу: ЖЕЛ – 78% (норма >80%), ОФВ1 – 69% (норма >80%), индекс отношения ОФВ1/ЖЕЛ – 78% (норма >75%); тест с сальбутамолом на обратимость обструкции – 10% (отрицательный), при норме прироста ОФВ1 > 15%.

Анамнез жизни

* Наследственность: отец умер в 56 лет от острого инфаркта миокарда. Мать страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа;

* курит (индекс табакокурения 19 пачко-лет), алкоголем не злоупотребляет;

* профессиональных вредностей не имеет;

* аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Телосложение правильное, вес 89 кг, рост 172 см, индекс массы тела – 29,1. Щитовидная железа и периферические лимфоузлы не увеличены. Пульсация на а. dorsalis pedis снижена на обеих стопах. Кожа стоп при пальпации прохладная. Периферических отеков нет. Перкуторно над всей поверхностью легких определяется звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, при форсированном выдохе появляются сухие свистящие хрипы. Число дыханий – 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 84 уд/мин, АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Недостатком проводимой антиангинальной терапии на догоспитальном этапе является применение бета-адреноблокатора атенолола

- в высокой дозе с развитием синдрома обкрадывания миокарда и учащением приступов стенокардии у пациента с распространенным атеросклерозом
- с внутренней симпатомиметической активностью, возможными проаритмогенным и атерогенным эффектами
- неселективного с развитием вазоконстрикции коронарных сосудов и учащением приступов стенокардии
- с низкой кардиоселективностью, в недостаточной дозе, т.к. не был достигнут целевой уровень ЧСС и сохранялись приступы стенокардии

Учитывая наличие у пациента атеросклероза артерий нижних конечностей, целесообразно назначить вместо атенолола бета 1-адреноблокатор с вазодилатирующими свойствами

- бетаксалол
- метопролол
- соталол
- небиволол

Рекомендовано постепенно повышать дозу бета-адреноблокатора до целевого уровня ЧСС + _____ + уд/мин под контролем АД

- 61 -70
- 50 - 60
- 45- 49
- 71 - 80

Недостатком терапии изосорбидом динитратом на догоспитальном этапе у данного пациента является применение его + _____ +. Целесообразно его отменить

- у пациента с распространенным атеросклерозом сосудов нижних конечностей
- у пациента с хронической обструктивной болезнью легких
- на регулярной основе в течение 2-х лет с развитием, по-видимому, толерантности и тахикардии
- в форме с коротким периодом действия и с малой кратностью применения

При наличии стабильной стенокардии 3 ФК следует сразу назначить комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым блокатором кальциевых каналов

- дилтиаземом
- исрадипином
- амлодипином
- лерканидипином

Бета-адреноблокатор в разрешенной максимальной дозе вызвал ощущение холодных стоп, которое прошло при уменьшении дозы в 2 раза. Частота приступов стенокардии на комплексной терапии снизилась до 7 раз/нед. ЧСС- 72 уд/мин. Для усиления антиангинального эффекта следует назначить препарат 2-го ряда

- верапамил
- периндоприл
- дилтиазем
- ивабрадин

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить в качестве антитромбоцитарного средства

+ _____ + мг/сут

- ацетилсалициловую кислоту 50
- дипиридамола гидрохлорида 75
- тиклопидина гидрохлорида 200
- ацетилсалициловую кислоту 100

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту рекомендовано также назначать гиполипидемический препарат

+ _____ + с титрацией дозы до целевого уровня ХС ЛНП

- питавастатин
- эзетимиб
- аторвастатин
- гемфиброзил

У данного пациента очень высокого риска целевым уровнем холестерина ЛНП при проведении гиполипидемической терапии является менее + _____ + ммоль/л

- 3,0
- 2,8
- 1,4
- 2,5

На фоне проводимой терапии сохраняются ежедневные подъемы АД до 150-145/90-100 мм рт ст. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений и достижения целевого уровня АД пациенту следует назначить ингибитор АПФ

- 3,0
- 2,8
- 1,4
- 2,5

Дополнительная информация

АД у пациента стабилизировалось на цифрах 125-135/80-85 мм рт ст, однако стал беспокоить сухой надсадный кашель вечером и ночью. Данные спирографии без динамики. Неблагоприятная побочная реакция связана, по-видимому, с приемом ингибитора АПФ.

В связи с чем его следует заменить на антагонист рецепторов ангиотензина

- эпросартан
- телмисартан
- ирбесартан
- валсартан

Приступы стенокардии пациента не беспокоят. Показатели гемодинамики в норме. По данным ЭКГ-мониторирования сохраняются 2 безболевых эпизода ишемии в сутки. Рекомендовано к терапии добавить антиангинальный цитопротективный препарат

- эпросартан
- телмисартан
- ирбесартан
- валсартан

Условие ситуационной задачи

Ситуация

- * Женщина 63 лет обратилась в поликлинику по месту жительства.
- * Наблюдается по поводу ИБС, стенокардии напряжения - II ФК, НК I стадия, ФК I по NYHA; гипертонической болезни II стадии, 3-ей степени повышения артериального давления (АД), высокого риска (3).
- * Сопутствующие заболевания: нетоксичный многоузловой зоб. Гипотиреоз. Гиперлипидемия 2б типа.
- * Направлена на консультацию к клиническому фармакологу с целью оптимизации фармакотерапии у пациента с коморбидностью, наличием факторов риска развития побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

Жалобы

На эпизоды пекущих болей за грудиной, возникающих при эмоциональной и физической нагрузках, проходящих обычно самостоятельно (иногда для предупреждения стенокардии принимает 1 таблетку нитроглицерина под язык при подъеме на 2-й этаж); небольшую одышку при убыстрении шага; вялость, медлительность, снижение работоспособности, выпадение волос.

Анамнез заболевания

- * Повышение АД в течение 16 лет до 200/110 мм рт ст, АД не контролировала, не лечилась. В 2015 году после смерти мужа появились приступы загрудинных болей, принимала изосорбида динитрат 20 мг утром и в 16 час, атенолол 50 мг/сут, валокордин 20 капель на ночь. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда снизилась толерантность к нагрузке, частота

приступов стенокардии возросла с 2-3 до 7 в нед. Амбулаторно проведено клинико-инструментальное обследование;

* ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 в мин, отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка, диффузные изменения миокарда, ухудшение коронарного кровоснабжения в области задней стенки;

* холтеровское мониторирование ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС ср. суточная – 81 уд/мин, максимальная – 120 уд/мин, минимальная – 60 уд/мин.

Зарегистрирован 1 эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST 1,5 мм по 2-му отведению продолжительностью 5 мин при ходьбе по лестнице;

* велоэргометрический тест: объем выполненной нагрузки: 25 вт x 3 мин, 50 вт x 3 мин, 75 вт 2 мин. Проба прекращена из-за развития приступа загрудинных болей, сопровождавшегося появлением горизонтальной депрессии сегмента ST в отведениях V4- V6 1,5-1,8 мм. Период восстановления – 4 мин. Заключение: проба положительная, показатели физической нагрузки соответствуют II ФК стенокардии напряжения, реакция АД по гипертоническому типу (макс. АД - 200/110 мм рт ст);

* эхокардиография: фиброз створок аортального клапана. Размеры камер сердца в пределах нормы, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, фракция выброса левого желудочка 63%, диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу;

* суточное мониторирование АД: ср. суточное – 158/95 мм рт. ст., ср. дневное – 165/98 мм рт. ст., ср. ночное – 148/95 мм рт. ст. Стойкая систоло-диастолическая артериальная гипертензия с недостаточным снижением АД в ночное время (тип non dippers);

* общий анализ крови и мочи в норме. Глюкоза натощак- 4,7 ммоль/л, креатинин - 94 мкмоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л, триглицериды – 2,9 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности - 1,1 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности - 3,2 ммоль/л;

Гормоны щитовидной железы

|====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Трийодтиронин свободный (Т3), нмоль/л | 1,9 | 1,1-3,1

| Тироксин свободный (Т4), нмоль/л | 42 | 59-135

| Тиреотропный гормон (ТТГ), мЕд/л | 10,4 | 0,4 -4,0

|====

{nbsp}

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Щитовидная железа диффузно увеличена; контур волнистый; на фоне нормальной паренхимы в большом количестве гипоехогенные очаги (3-5 мм) с четким контуром без «галло».

Заключение: узловый зоб, гипертрофическая форма.

Анамнез жизни

- * Наследственность: отец умер в 58 лет от острого ИМ, мать - от инсульта в 62 года;
- * сопутствующие заболевания: гиперлипидемия IIб типа. Многоузловой зоб, гипотиреоз выявлен 4 года назад. Назначенный эндокринологом левотироксин самостоятельно прекратила принимать через 3 месяца;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Индекс массы тела – 28,8 кг/м². Щитовидная железа увеличена. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 170/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Недостатком предыдущей терапии было отсутствие препаратов, предупреждающих сердечно-сосудистые осложнения. С этой целью следует назначить _____

- ингибитор I_f-каналов и цитопротектор триметазин
- блокатор кальциевого канала и цитопротектор ранолазин
- антитромбоцитарное средство и статин
- антагонист рецепторов ангиотензина и ингибитор всасывания холестерина

Рекомендовано назначить в качестве антитромбоцитарного средства

+ _____ + мг/сут

- ацетилсалициловую кислоту 100
- ацетилсалициловую кислоту 50
- дипиридамола гидрохлорид 75
- тиклопидина гидрохлорид 200

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке, относящейся к категории очень высокого риска смерти, рекомендовано также назначать статин - + _____ + с титрацией дозы до целевого уровня ХС ЛНП < 1,5 ммоль/л

- розувастатин
- ципрофибрат
- аторвастатин
- питавастатин

Рекомендовано отменить изосорбид динитрат, т.к. его длительное применение

- в форме, обладающей высокой стимуляцией симпатической нервной системы, вызвало тахикардию
- на регулярной основе привело, по-видимому, к развитию толерантности и тахикардии
- на нерегулярной основе (вместо 3-х раз/сут) привело к развитию толерантности
- в форме, обладающей низкой рефлекторной стимуляцией симпатической нервной системы, вызвало учащение приступов стенокардии

В качестве антиангинального препарата 1 ряда целесообразно назначить вместо атенолола бета1-адреноблокатор с более высокой кардиоселективностью, без внутренней симпатoadренальной активности и с устойчивым клиническим эффектом в течение 24 часов

- метопролола тартрат
- соталола гидрохлорид
- метопролола сукцинат
- целипролола гидрохлорид

Рекомендовать постепенно повышать дозу бета-адреноблокатора до исчезновения приступов стенокардии или до целевого уровня ЧСС + _____ + уд/мин под контролем АД

- 70 - 80
- 50 - 60
- 40- 50
- 60 -70

Бета-адреноблокатор был назначен в максимальной дозе, частота приступов стенокардии уменьшилась до 3 раз/нед, ЧСС - до 54-58 уд/мин, АД - до 145-155/90-95 мм рт ст. Для усиления антиангинального и антигипертензивного эффектов следует дополнительно назначить блокатор медленных кальциевых каналов (препарат 1-го ряда при стабильной стенокардии)

- амлодипин
- верапамил
- дилтиазем
- лерканидипин

Блокатор кальциевых каналов отменили через 7 дней из-за появления выраженных отеков лодыжек и стоп. Следует заменить его на антиангинальный препарат 2 ряда

- никорандил
- дилтиазем
- нимодипин
- метопролол

На фоне терапии частота приступов стенокардии составляет 0-1/нед, увеличилась толерантность к нагрузкам. ЧСС 56-60 уд/мин, АД -145-155/90-95 мм рт ст. Для достижения целевого уровня АД и профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке следует назначить _____

- квинаприл
- фозиноприл
- рамиприл
- зофеноприл

Для проведения заместительной терапии гипотиреоза пациентке рекомендован прием

- левотироксина
- тиамазола
- карбимазола
- тиреоидина

Тактика назначения гормонозаместительного препарата пациентке 63 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями заключается в применении лекарственного средства в начальной дозе + _____ + однократно утром натощак

- 25 мг
- 100 мкг
- 25 мкг
- 75 мг

В последующем, учитывая наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, следует рекомендовать увеличение суточной дозы гормонального препарата 1 раз в + _____ + до нормализации уровня тиреотропного гормона в крови и под контролем кардиальных симптомов

- 25 мг
- 100 мкг

- 25 мкг
- 75 мг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Мужчина 67 лет находится в кардиологическом отделении.

* Диагноз:

+

ИБС: стенокардия напряжения - II ФК. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Атеросклероз венечных артерий. Стентирование правой коронарной артерии, передней межжелудочковой и огибающей ветвей левой коронарной артерии (3 стента, 02.2017).

+

Гипертоническая болезнь II стадии, 3-я степень повышения артериального давления (АД), риск очень высокий (4).

+

Гиперхолестеринемия IIa типа.

* Направлен на консультацию к клиническому фармакологу с целью оптимизации фармакотерапии у пациента с коморбидностью, наличием факторов риска развития побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

Жалобы

На эпизоды нехватки воздуха, болей в области левого предплечья, возникающих при физических нагрузках, проходящих самостоятельно при прекращении нагрузки или после употребления нитроглицерина; на приступы нерегулярного сердцебиения 1-2 раза в месяц продолжительностью по 1-2 часа, сопровождающиеся неприятными ощущениями за грудиной, головокружением, проходящие самостоятельно; на головные боли при повышении АД.

Анамнез заболевания

* В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 210/120 мм рт ст, рабочие цифры - 150/90-95 мм рт ст. Стенокардия напряжения и пароксизмы тахисистолической формы фибрилляции предсердий с 2017 г.; при коронароангиографии обнаружено многососудистое поражение, проведено стентирование коронарных артерий (3 стента): правой коронарной, передней межжелудочковой и огибающей ветвей левой коронарной артерии. Постоянно принимает бисопролол 10 мг/сут, эналаприл 20 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту 75 мг/сут, симвастатин 20

мг/сут. На фоне терапии отмечает брадикардию 50-54 уд/мин, сопровождающуюся слабостью. В течение последних 2-х месяцев участились приступы стенокардии до 7-10 в неделю и возобновились пароксизмы фибрилляции предсердий;

* Результаты клинико-инструментального обследования в стационаре: общие анализ крови и мочи в норме. Биохимический анализ крови: общий холестерин - 6,6 ммоль/л, холестерин ЛНП - 4,7 ммоль/л, остальные показатели в норме (уровень глюкозы, общего билирубина, креатинина, АЛТ, АСТ, калия и натрия крови). Гормоны щитовидной железы без патологических отклонений;

* ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 49 в 1 мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии и диффузных изменений миокарда левого желудочка;

* Велоэргометрический тест: достигнута максимальная мощность 75 Вт, длительность 1:47, продолжительность нагрузки 3:47. Проба прекращена в связи с появлением горизонтальной депрессии сегмента ST в отведениях V3- V6 1,0-1,5 мм при ЧСС 88 в 1 мин, что составляет 63% для данного возраста (субмаксимальная ЧСС не достигнута). Заключение: проба положительная, средняя толерантность к физической нагрузке. Реакция АД по гипертоническому типу (макс. АД -190/100 мм рт ст);

* Суточное мониторирование ЭКГ: ритм синусовый; ЧСС среднесуточная – 61 уд/мин, максимальная –82 уд/мин на нагрузке; в течение 13 ч синусовая брадикардия, преобладающая в пассивный период суток с ЧСС – 41 - 52 уд/мин. Зарегистрированы: 1 эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST 1,5 мм по 2 отведению продолжительностью 4 мин при ходьбе по лестнице; 2 эпизода фибрилляции предсердий в дневное время по 40-16 сокращений с ЧСС 115-102 в 1 мин; ЖЭС – 2, НЖЭС – 113;

* Суточное мониторирование АД: АД среднее суточное – 158/95 мм рт. ст., среднее дневное – 165/98 мм рт. ст., среднее ночное – 148/95 мм рт. ст. Стойкая систоло-диастолическая артериальная гипертензия с недостаточным снижением АД в ночное время (тип non dippers);

* Эхокардиография: небольшая дилатация полости левого предсердия (4,3x4,4x5,6 см), камеры левого и правого желудочков, правого предсердия не расширены. Региональная сократимость не нарушена, фракция выброса 59%, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, диастолическая дисфункция 1 типа;

* Чреспищеводная эхокардиография: исключен интракардиальный тромбоз;

* Мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий: шунты проходимы.

Анамнез жизни

* Наследственность: отец умер в 60 лет от острого ИМ, мать - от инсульта в 62

года;

* курит - индекс курения 18,8, алкоголем не злоупотребляет;

* аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Индекс массы тела (ИМТ) – 29,8. Щитовидная железа не увеличена. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 52 уд/мин, АД 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастральной области. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Учитывая выявленную у пациента брадикардию до 41- 52 уд/мин по данным холтеровского мониторирования ЭКГ, следует

- подкожно ввести 0,3-0,5 мг раствора эпинефрина
- уменьшить дозу бисопролола до 2,5 мг/сут
- установить временный кардиостимулятор
- назначить атропин в таблетках по 0,25 мг 2 раза/сут

Для усиления антиангинального и антигипертензивного эффектов целесообразно назначить дополнительно препарат 1-ой линии при стабильной стенокардии - блокатор медленных кальциевых каналов

- исрадипин
- амлодипин
- лерканидипин
- дилтиазем

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений и достижения целевого уровня АД пациенту следует назначить в качестве ингибитора АПФ вместо эналаприла + _____ + мг/сут, поскольку он имеет дополнительные доказательства в плане улучшения прогноза у пациентов с ИБС

- трандолаприл 4
- каптоприл 50
- периндоприл 10
- фозиноприл 10

У пациента ЧСС – 68-72 уд/мин, АД 130/85 мм рт ст. Для медикаментозной профилактики рецидивов фибрилляции предсердий, которые сопровождаются клинической симптоматикой и не предупреждаются

бисопрололом, рекомендовано назначить + _____ +, который обладает также антиангинальным действием

- амиодарон
- лидокаин
- хинидин
- верапамил

Перед назначением выбранного антиаритмического средства необходимо исследовать

- уровни глюкозы, креатинина, кортизола в крови
- С-реактивный белок, кальций, альдостерон в крови
- ЭКГ, уровень калия крови, тиреотропный гормон
- показатели свертывающей системы крови, АКТГ

Проведенные исследования не выявили отклонений от нормы в необходимых показателях. Рекомендовано вначале применить тактику «насыщающей» дозы (для стационара) выбранного антиаритмического средства по + _____ + дней

- 200 мг 4 раза/сут в течение 14
- 200 мг 1 раз/сут в течение 10
- 200 мг 3 раза/сут в течение 5-8
- 100 мг 3 раза/сут в течение 14

При применении выбранного антиаритмика необходимо осуществлять контроль интервалов PQ и QT на ЭКГ. Допустимо увеличение интервала QTc (корректированного) не более + _____ + мс или не более чем на 25 % от первоначальной величины

- 450
- 500
- 470
- 520

На фоне терапии антиаритмическим препаратом в стационаре пароксизмов фибрилляции у пациента не возникало, следует перейти на поддерживающую минимальную эффективную дозу в соответствии с индивидуальным терапевтическим эффектом + _____ + мг/сут

- 100 - 400
- 500-600
- 900-1200

- 600-800

При длительном приеме данного антиаритмического препарата в выписке из стационара пациенту следует указать на необходимость регулярного контроля

- показателей свертывающей системы крови, АКТГ
- ЭКГ (каждые 3 месяца), активности трансаминаз, тиреотропного гормона
- эхокардиограммы, уровней креатинина и кортизола крови
- иммуноглобулинов (каждые 3 месяца), кальция, альдостерона крови

Следует указать в выписке пациенту, что, несмотря на отсутствие во время лечения антиаритмиком клинических проявлений побочных реакций, проводить каждые

- 6 мес рентгенологическое исследование легких и функциональные легочные пробы
- 6 мес ультразвуковое исследование почек и печени
- 12 мес исследование уровня глюкозы натощак и гликированного гемоглобина
- 12 мес офтальмологическое исследование роговицы в области зрачка для исключения отложений липофуцина

На фоне применения симвастатина 20 мг/сут не был достигнут целевой уровень ХС ЛНП, поэтому целесообразно назначить

- розувастатин 20
- аторвастатин 20 или 40мг/сут, т.к. не рекомендовано повышение дозы симвастатина при сопутствующей терапии назначенным антиаритмическим препаратом
- симвастатин 40
- питавастатин 4

По шкале CHA2DS2-VASc риск инсульта у данного пациента составляет 3 балла, поэтому целесообразно ацетилсалициловую кислоту

- розувастатин 20
- аторвастатин 20 или 40мг/сут, т.к. не рекомендовано повышение дозы симвастатина при сопутствующей терапии назначенным антиаритмическим препаратом
- симвастатин 40
- питавастатин 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Мужчина 68 лет обратился в поликлинику по поводу болей в поясничном отделе позвоночника, костях, слабость в ногах, судорог в икроножных мышцах.

* Диагноз:

+

Остеопороз, тяжелое течение, компрессионные изменения тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника, максимальная потеря минеральной плотности кости (МПК) в зоне L2 позвонка (T-2,7 SD).

+

Эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу идиопатического коксартроза слева.

+

ИБС: стенокардия напряжения - II ФК, НК I стадия, ФК I по NYHA.

+

Гипертоническая болезнь II стадии, 3-я степень АГ, риск очень высокий (4).

+

Сахарный диабет 2 типа, компенсированный.

+

Гиперлипидемия IIa типа. Ожирение 2 ст.

+

Хронический атрофический гастрит.

+

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

* На консультацию вызван клинический фармаколог. Цель: оптимизировать фармакотерапию у пациента с коморбидностью, нерациональным назначением лекарственных средств, наличием факторов риска развития побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

Жалобы

На боли в поясничном отделе позвоночника, слабость в ногах, быструю утомляемость, судороги в икроножных мышцах, уменьшение роста на 3 см за последние 4 года (был 175 см, стал 172 см).

Анамнез заболевания

* Идиопатический коксартроз слева с 61 года, получал симптоматическую терапию, в том числе глюкокортикостероидами (дексаметазон максимально до 15мг/сут, профилактику остеопороза не проводили). Боли в поясничном отделе позвоночника беспокоят в течение последних 2-х лет (с 66 лет). В 67 лет проведено эндопротезирование левого тазобедренного сустава. В предоперационном периоде минеральную плотность бедренной кости слева и позвонков не исследовали, хотя присутствовали факторы риска развития

остеопороза.

* Результаты DEXA-исследования проксимального отдела бедренной кости справа после операции эндопротезирования слева

|====

| Область исследования | Результаты DEXA

| Т-критерий области проксимального отд. бедренной кости справа, SD | Шейка бедренной кости -2,3

Верхняя часть шейки бедренной кости -2,1

Большой вертел бедренной кости -0,9

Ср. значение для проксимальных

отд. бедренной кости -2,2

|====

После выписки из стационара было рекомендовано постепенное расширение физической активности. Боли в поясничной области усилились, стали беспокоить почти постоянно, появилась выраженная слабость в нижних конечностях.

После обращения в поликлинику (через 4 месяца после операции) было решено провести дообследование - двухэнергетическую рентгеновскую денситометрию (DXA) поясничного отдела позвоночника.

|====

| Область исследования | Результаты DXA

| Т-критерий поясничного отдела позвоночника, SD | L1 -1,5

L2 -2,7

L3 -1,5

L4 -1,7

|====

Выявлена компрессионная клиновидная деформация передних отделов тел позвонков Th12 (1 ст.) и L1(2 ст.).

* Биохимические показатели крови

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,9 | 4,1-5,9

| HbA1c,% | 6,0 | 4,7-6,0

| Холестерин общий, ммоль/л | 7,9 | 3,3 - 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 5,5 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,2 | мужчины \geq 1,0
женщины \geq 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 1,6 | 0,1 — 1,7

| Кальций ионизированный, ммоль/л | 1,13 | 1,16-1,3

| Паратгормон, пмоль/л | 3,5 | 4,7-114,0

| 25-гидрокси-холекальциферол, нг/мл | 10 | 14,0-60,0
| N-терминальный пропептид проколлагена 1-го типа, нг/мл | 100 | 20-90
| Остеокальцин, нг/мл | 67 | 14 - 46
| Креатинин, мкмоль/л | 79 | 80 - 115
| Клиренс креатинина, мл/мин | 88 | 61-120
|====

Общие анализы крови и мочи в норме.

* ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 60 в 1 мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка.

* Суточное мониторирование ЭКГ: ритм синусовый; ЧСС среднесуточная – 66 уд/мин, максимальная –82 уд/мин на нагрузке. Зарегистрирован 1 эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST 1,5 мм по 2 отведению продолжительностью 4 мин при ходьбе по лестнице, сопровождавшийся болями за грудиной. ЖЭС – 2, НЖЭС – 113.

* Суточное мониторирование АД: АД среднее суточное и среднее дневное в пределах нормы. Недостаточное снижение АД в ночное время (тип non dippers).

* Эхокардиография: размеры камер сердца в пределах нормы. Региональная сократимость не нарушена, фракция выброса 66%, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, диастолическая дисфункция по 1 типу.

* С учетом жалоб больного, анамнеза заболевания и жизни, данных объективного статуса и дополнительных методов исследования был впервые верифицирован клинический диагноз остеопороза с компрессионными переломами тел позвонков, наиболее вероятно, глюкокортикоид-индуцированный.

Учитывая выраженный болевой синдром, врач назначил кальцитонин 200 ЕД интраназально 2 раза/сут и диклофенак 200 мг/сут.

Анамнез жизни

* Перенесенные и сопутствующие заболевания.

** Артериальная гипертензия с 45 лет, максимальный цифры АД - до 190/110 мм рт ст., рабочие - 120-138/80-90 мм рт ст.

** ИБС, стенокардия напряжения 2 ФК с 48 лет. Количество приступов стенокардии 1-2/мес. По поводу сердечно-сосудистых заболеваний получает терапию биспрололом 5 мг/сут, амлодипином 5 мг/сут, периндоприлом А 10 мг/сут, ацетилсалициловой кислотой 100 мг/сут, розувастатином 10 мг/сут.

** Сахарный диабет 2 типа с 59 лет, принимает терапию комбинированным препаратом, содержащим метформин 500 мг и гликлазид 40 мг, по 2 таб. утром + 1 таб. вечером. Периодически (2 раза/год по 4 нед) проводит курсы лечения и профилактики прогрессирования диабетической полинейропатии комбинированным препаратом (бенфотиамин 100 мг и пиридоксин 100 мг) по 1 драже 3 раз/сут.

** Хронический атрофический гастрит с 50 лет. Последняя гастродуоденоскопия 4 месяца назад.

** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (3–5 позывов к мочеиспусканию в течение ночи), принимает тамсулозина гидрохлорид (Омник) 400 мкг/сут.

* Наследственность: отец умер в 65 лет от острого ИМ, страдал избыточным весом, сахарным диабетом 2 типа, АГ. Мать умерла от инсульта в 68 лет.

* Курит - индекс курения 21, алкоголем не злоупотребляет.

* Аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

Объективный статус

Осанка сутулая, походка замедленная. Усилен грудной кифоз в ниже-грудном и верхне-поясничном отделах позвоночника, уплощен поясничный лордоз. При пальпации области позвоночника отмечаются выраженные боли в проекции остистых отростков и паравертебрально на уровне L1–L2. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены и болезненны. Расстояние между реберной дугой и краем подвздошной кости меньше 2-х пальцев.

Индекс массы тела (ИМТ) – 35,0. Щитовидная железа не увеличена.

Периферических отеков нет. В легких единичные сухие хрипы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 64 уд/мин, АД 135/85 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет жировых отложений, мягкий, безболезнен во всех отделах. Печень у края реберной дуги.

Ошибкой врачей хирургического стационара 4 месяца назад является не проведение пациенту + _____ + для верификации диагноза остеопороза и не назначение соответствующего лечения, несмотря на жалобы, наличие факторов риска и данных объективного статуса

- исследования поясничного отдела позвоночника DXA лежа на боку
- ультразвуковой денситометрии лучевой кости и биопсии гребня подвздошной кости
- ультразвуковой денситометрии пяточной кости и периферической DXA
- рентгеноморфометрического и DXA исследований поясничного отдела позвоночника

Следует отменить кальцитонин в виде назального спрея, так как он

- увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений
- не увеличивает минеральную плотность костей
- увеличивает риск развития злокачественных новообразований
- не предупреждает компрессионные переломы позвоночника

Для предупреждения низкотравматических переломов и повышения МПК пациенту (мужчине) целесообразно назначить препарат первого ряда

- ралоксифен
- стронция ранелат
- бисфосфонат
- терипаратид

Рекомендовано назначить + _____ + кислоту, учитывая ее высокую эффективность у мужчин в снижении риска переломов тел позвонков и внепозвоночных переломов, в повышении МПК, однократное парентеральное применение в год, т.к. пациент ежедневно принимает 7–10 препаратов и имеет патологию желудочно-кишечного тракта

- алендроновую
- ризедоновую
- золендроновую
- ибандоновую

Выбранный препарат относят к

- анаболическим, которые преимущественно усиливают костеобразование
- стероидным, которые увеличивают костную резорбцию
- антирезорбтивным, подавляющим преимущественно костную резорбцию, путем воздействия на остеокласт
- препаратам двойного действия, замедляющим костную резорбцию и усиливающим костеобразование

Уровень ионизированного кальция у пациента составляет 1,13 ммоль/л, поэтому за 14 дней до введения противоостеопоротического препарата и на всем протяжении лечения рекомендовано постоянно принимать

- кальций 1000 мг/сут и колекальциферол (витамин D3) 800 МЕ/сут
- поливитамины в профилактических дозах
- кальций 400 мг/сут и колекальциферол (витамин D3) 600 МЕ/сут
- кальций 1500 МЕ/сут

В будущем оценку клинической эффективности медикаментозной терапии остеопороза следует проводить по снижению количества переломов и косвенно по суррогатным критериям

- кальций 1000 мг/сут и колекальциферол (витамин D3) 800 МЕ/сут
- поливитамины в профилактических дозах
- кальций 400 мг/сут и колекальциферол (витамин D3) 600 МЕ/сут

- кальций 1500 МЕ/сут

Дополнительная информация

Для выбора нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) для длительного применения для обеспечения обезболивающего эффекта при компрессионном переломе позвонков необходимо оценить риск НПВП-ассоциированных сердечно-сосудистых и желудочно-кишечных осложнений.

У данного пациента риски НПВП-ассоциированных осложнений (со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы)

- очень высокий и высокий
- умеренный и низкий
- высокий и умеренный
- низкий и отсутствует

С учетом НПВП-ассоциированных и сердечно-сосудистых рисков осложнений пациенту необходимо назначить вместо диклофенака

+ _____ + мг/сут

- кетопрофен 100 мг/сут и ранитидин 150
- индометацин 200 мг/сут и сукральфат 4000
- фенилбутазон 600 мг/сут и фамотидин 20
- целекоксиб 200 мг/сут и пантопразол 20

У пациента с ИБС и сахарным диабетом 2 типа уровень холестерина ЛНП 5,5ммоль/л. Для вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует + _____ + мг для достижения целевого уровня ХС ЛНП

- кетопрофен 100 мг/сут и ранитидин 150
- индометацин 200 мг/сут и сукральфат 4000
- фенилбутазон 600 мг/сут и фамотидин 20
- целекоксиб 200 мг/сут и пантопразол 20

Пациенту следует дать рекомендации продолжить инфузионное введение данного противоостеопоротического препарата в сочетании с препаратами кальция и витамина D3 до + _____ + лет от начала лечения

- 12
- 15
- 3
- 5

Объяснить пациенту, что в будущем возможно временное прекращение лечения остеопороза при условии достижения клинического эффекта терапии (возрастании МПК до $\geq - +$ _____ + Т-критерия в шейке бедра и при отсутствии новых переломов) с последующим динамическим наблюдением

- 12
- 15
- 3
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Пациентка 73 лет обратилась к врачу по поводу интенсивных болей в поясничном отделе позвоночника, госпитализирована в стационар для обследования и лечения.

* Диагноз:

+

Постменопаузальный остеопороз, тяжелое течение с низкоэнергетическими переломами (правой лучевой кости и шейки левой плечевой кости, компрессионными изменениями тел позвонков поясничного отдела позвоночника), максимальная потеря минеральной плотности кости (МПК) в зоне L1-2 позвонков (T-2,4 SD).

+

ИБС: стенокардия напряжения - II ФК, НК I стадия, ФК I по NYHA.

+

Гипертоническая болезнь II стадии, 3-я степень АГ, риск очень высокий (4).

+

Гиперлипидемия IIa типа.

+

Хронический атрофический гастрит вне обострения.

* Цель консультации клинического фармаколога: оптимизировать фармакотерапию у пациента с коморбидностью, наличием факторов риска развития побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

Жалобы

На интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, слабость в ногах, снижение работоспособности; на приступы давящих загрудинных болей при физических нагрузках, проходящих в покое.

Анамнез заболевания

* Менопауза с 44 лет. В 62 года - перелом правой лучевой кости при падении дома на скользком полу, в 68 лет - перелом шейки левой плечевой кости при падении во время прополки грядок. Боли в поясничном отделе позвоночника стали беспокоить 4 месяца назад, нарастали по интенсивности, присоединилась слабость в ногах. По поводу болевого синдрома принимала диклофенак, кетопрофен, наочно мази с нестероидными противовоспалительными препаратами.

* В стационаре при проведении рентгеноморфометрического исследования позвоночника выявлена компрессионная клиновидная деформации передних отделов тел позвонков L1 (1 ст.) и L2 (2 ст.).

Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (DXA) поясничного отдела позвоночника и бедренных костей

|====

| Область исследования | Результаты DXA

| Т-критерий поясничного отдела позвоночника, SD | L1 -2,3

L2 -2,4

L3 -1,9

L4 -1,7

| Т-критерий области проксимального отд. бедренной кости справа и слева, SD

| Шейка -2,3

Верхняя часть шейки -2,2

Ср. значение -2,3

|====

{nbsp}

* Общие анализы крови и мочи, уровень гормонов щитовидной железы в норме.

{nbsp}

Биохимические показатели крови

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,5 | 4,1-5,9

| HbA1c,% | 5,7 | 4,7-6,0

| Холестерин общий, ммоль/л | 7,7 | 3,3 - 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 5,8 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,2 | мужчины \geq 1,0

женщины \geq 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 1,6 | 0,1 — 1,7

| Кальций ионизированный, ммоль/л | 1,11 | 1,16-1,3

| Паратгормон, пмоль/л | 4,8 | 4,7-114,0

| 25-гидрокси-холекальциферол, нг/мл | 12 | 14,0-60,0

| N-терминальный пропептид проколлагена 1-го типа, нг/мл | 98 | 20-90

| Остеокальцин, нг/мл | 57 | 14 - 46

| Креатинин, мкмоль/л | 79 | 80 - 115

| Клиренс креатинина, мл/мин | 88 | 61-120

|====

{nbsp}

* ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС 64-66 в 1 мин. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

* Суточное мониторирование ЭКГ: ритм синусовый; ЧСС среднесуточная – 67 уд/мин, максимальная –118 уд/мин на нагрузке. Зарегистрирован 1 эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST 2,0 мм по 2 отведению продолжительностью 5 мин при подъеме на 5 этаж по лестнице, сопровождавшийся болями за грудиной. ЖЭС – 212, НЖЭС – 3173.

* Суточное мониторирование АД на фоне проводимой антигипертензивной терапии (биспролол + периндоприл А): АД среднее суточное – 135/84 мм рт. ст., среднее дневное – 140/86 мм рт. ст., среднее ночное – 115/70 мм рт. ст. Нормосистолия на фоне антигипертензивной терапии, тип dippers.

* Эхокардиография: фиброз створок аортального клапана, отложения кальция в фиброзном кольце аортального и митрального клапанов. Размеры камер сердца в пределах нормы. Региональная сократимость не нарушена, фракция выброса 66%, гипертрофия стенок левого желудочка, диастолическая дисфункция 1 типа.

С учетом жалоб больной 73 лет, анамнеза заболевания и жизни, данных объективного статуса и дополнительных методов исследования был впервые верифицирован клинический диагноз постменопаузального остеопороза с низкоэнергетическими переломами, несмотря на остеопенические значения T-критерия. Подсчет риска переломов по калькулятору FRAX: 10-летний абсолютный риск основных переломов – 34%, бедренной кости – 20% - высокая вероятность переломов. Врач стационара назначил противоостеопоротическую терапию стронция ранелатом 2 г 1 раз/сут перед сном.

Анамнез жизни

* Перенесенные и сопутствующие заболевания.

** АГ с 45 лет, максимальный цифры АД до 180/105 мм рт ст., рабочие - 130-125/85-75 мм рт ст.

** ИБС, стенокардия напряжения 2 ФК с 58 лет. Количество приступов стенокардии 0-1/нед. По поводу сердечно-сосудистых заболеваний получает биспролол 5 мг/сут, изосорбид динитрат 20 мг 1 табл утром, периндоприл А 10 мг 1 раз/сут, ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут.

** Хронический атрофический гастрит с 50 лет. Последняя гастродуоденоскопия 6 мес назад.

* Наследственность: у матери и бабушки были низкоэнергетические переломы конечностей. Мать умерла от инсульта в 60, отец - от острого ИМ в 68 лет, страдал АГ.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает

Объективный статус

Осанка сутулая, походка замедленная. Масса тела 53 кг, рост 161 см, ИМТ =20,4. Уплощен поясничный лордоз. При пальпации паравертебральных точек отмечается выраженная болезненность на уровне L1–L2. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены и болезненны. Расстояние между реберной дугой и краем подвздошной кости > 2-х пальцев. Щитовидная железа не увеличена. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 64 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Рекомендовано отменить стронция ранелат, так как он

- не увеличивает минеральную плотность костей
- увеличивает риск онкологических заболеваний
- увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений
- не предупреждает компрессионные переломы позвоночника

Для предупреждения низкотравматических переломов и повышения МПК пациентке с постменопаузальным остеопорозом следует назначить препарат первого ряда

- ралоксифен
- бисфосфонат
- терипаратид
- монофторфосфат

Целесообразно назначить + _____ + кислоту, учитывая ее высокую эффективность в снижении риска переломов тел позвонков и внепозвоночных переломов, в повышении МПК, однократное парентеральное применение в год (пациентка ежедневно принимает 5-6 препаратов, имеет патологию желудочно-кишечного тракта)

- ибандроновую
- алендроновую
- золендроновую
- ризедроновую

Выбранное лекарственное средство по механизму действия относят к

- стероидным, которые увеличивают костную резорбцию
- антирезорбтивным, подавляющим преимущественно костную резорбцию, путем воздействия на остеокласт
- анаболическим, которые преимущественно усиливают костеобразование
- препаратам двойного действия, замедляющим костную резорбцию и усиливающим костеобразование

Уровень ионизированного кальция составляет 1,11 ммоль/л, поэтому за 14 дней до введения противоостеопоротического препарата следует назначить

- кальций 200 мг/сут и колекальциферол (витамин D3) 400 МЕ/сут
- поливитамины в профилактических дозах
- кальций 200 МЕ/сут
- кальций 1000 мг/сут и колекальциферол (витамин D3) 800 МЕ/сут

Рекомендовать вводить противоостеопоротический препарат с помощью клапанной инфузионной системы с постоянной скоростью в течение 15 мин в дозе + ____ + мг (100 мл раствора)

- 10
- 20
- 5
- 30

Для лечения остеопороза частота введения золендроновой кислоты составляет + ____ + раз/раза в год

- 4
- 1
- 2
- 3

В будущем оценку клинической эффективности медикаментозной терапии остеопороза необходимо проводить по снижению количества переломов и косвенно по суррогатным критериям

- уменьшению интенсивности болей и слабости, увеличению работоспособности
- увеличению/не снижению МПК или изменению маркеров костного ремоделирования
- нормализации количественных показателей ультразвуковой денситометрии в пяточной кости

- возрастанию МПК по данным периферической DXA (предплечья, пальца или пяточной кости)

Следует дать рекомендации пациентке продолжать применение выбранным внутривенным препаратом при хорошей его переносимости в течение + ____ + лет

- 15
- 5
- 3
- 12

В дальнейшем в случае достижения клинического эффекта терапии остеопороза (МПК до \geq - + _____ + Т-критерия в шейке бедра, отсутствии новых переломов) рекомендовать временно прекратить терапию выбранным противоостеопоротическим препаратом с последующим динамическим наблюдением

- 15
- 5
- 3
- 12

Дополнительная информация

Для выбора нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) для длительного применения с целью обеспечения обезболивающего эффекта при компрессионном переломе позвонков необходимо оценить риск НПВП-ассоциированных и сердечно-сосудистых осложнений.

У данной пациентки риски НПВП-ассоциированных и сердечно-сосудистых осложнений соответственно

- низкий и отсутствует
- умеренный и низкий
- очень высокий и высокий
- высокий и умеренный

С учетом категорий риска НПВП-ассоциированных и сердечно-сосудистых осложнений пациентке следует рекомендовать + _____ + мг/сут

- низкий и отсутствует
- умеренный и низкий
- очень высокий и высокий

- высокий и умеренный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Пациентка М., 52 лет, была госпитализирована в отделение ревматологии с жалобами на боли в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника.

* Диагноз:

+

Лекарственный (глюкокортикостероидный) остеопороз, тяжелое течение с низкоэнергетическими переломами (компрессионные изменения тел нижнегрудных и поясничных позвонков), максимальная потеря минеральной плотности кости (МПК) в зоне Th12 и L2 позвонков (Т -2,5 и - 2,4 SD).

+

Васкулит Хортона. Хроническая болезнь почек (ХБП), III стадия.

Гломерулонефрит. Состояние после трансплантации почки справа.

Артериальная гипертензия. 2 степень повышения АД.

+

Анемия смешанного генеза (хронических состояний и ренальная).

+

Гиперлипидемия IIa типа.

* Цель консультации клинического фармаколога: оптимизировать фармакотерапию у пациента с полипрагмазией, коморбидностью, наличием факторов риска развития побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

Жалобы

На боли в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся в вертикальном положении, иррадиирующие по ходу ребер и в область живота, а также на быструю утомляемость и снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

* В 44года диагностирован васкулит Хортона, в связи с чем принимала метилпреднизолон в максимальной дозе 24 мг/сут с последующим снижением дозы до 4 мг/сут.

В 47 лет выявлены повышенные уровни мочевины и креатинина в крови - установлен диагноз вторично сморщенных почек и хронической почечной недостаточности. В течение 3-х лет находилась на гемодиализе, в 50 лет проведена трансплантация почки справа. Послеоперационный период протекал без особенностей. Принимает постоянно иммуносупрессор циклоsporин - 25 мг/сут, метилпреднизолон 16 мг/сут, кальция карбонат 1000 мг/сут,

колекальциферол (вит. D3) 800 ME, аллопуринол 100мг/сут для коррекции гиперурикемии, курсы эритропоэтина и препаратов железа по поводу анемии смешанного генеза.

Артериальная гипертензия с 47 лет, максимальные цифры АД до 160/105 мм рт ст. На фоне приема амлодипина 5 мг/сут и периндоприла А 10 мг/сут АД удерживается на уровне 125-135/85-90 мм рт ст.

* В стационаре при проведении рентгеноморфометрического исследования выявлена компрессионная клиновидная деформации передних отделов тел позвонков Th11, Th12 и L1.

Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (DXA)

|====

| *Область исследования* | *Результаты DXA*

| Т-критерий поясничного отдела позвоночника, SD | Th11 -2,1

Th12 -2,5

L1 -2,1

L2 -2,4

L3 -1,9

L4 -1,7

| Т-критерий области проксимального отд. бедренной кости, SD | Шейка -2,1

| Т-критерий лучевой кости | -0,3

| Т-критерий всего скелета | -0,7

|====

{nbsp}

* Общий анализ крови: Hb - 120 г/л; эритроциты - $4,21 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $8,9 \times 10^9$ /л; СОЭ - 16 мм/ч; формула крови — без особенностей.

Общий анализ мочи: удельный вес — 1020; реакция кислая, следы белка, плоский эпителий - небольшое кол-во, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимические показатели крови

|====

| *Показатель* | *До лечения* | *Референсные значения*

| Альбумин, г/л | 30,0 | 35–50

| Мочевина, ммоль/л | 12 | 1,7–8,3

| Креатинин, мкмоль/л | 154,2 | 80 - 115

| Мочевая кислота мкмоль/л | 362,6 | 150,0–360,0

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,5 | 4,1-5,9

| Холестерин общий, ммоль/л | 6,6 | 3,3 - 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 4,69 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,18 | мужчины $\geq 1,0$

женщины $\geq 1,2$

| Триглицериды, ммоль/л | 1,6 | 0,1 - 1,7

| Кальций ионизированный, ммоль/л | 1,2 | 1,12-1,3

| Фосфор, ммоль/л | 1,16 | 0,81–1,45

|====

{nbsp}

Скорость клубочковой фильтрации по MDRD: 33 мл/мин/1,73кв.м, Кокрофт-Голту: 35 мл/мин (36 мл/мин/1,73кв.м) - умеренное снижение СКФ - III стадия ХБП.

Иммуноферментный анализ маркеров костного ремоделирования

|====

| *Показатель* | *До лечения* | *Референсные значения*

| Паратгормон, пмоль/л | 27,03 | 15,0–65,0

| P1ND (компонент предшественника коллагена первого типа), нг/мл | 125,8 | 20,0- 115,0

| Остеокальцин, нг/мл | 14,21 | 11,0–43,0

|====

{nbsp}

* ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 72 в 1 мин. Нормальное положение ЭОС.

* Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза: размеры печени в пределах нормы, паренхима однородная. Стенки желчного пузыря уплотнены. Умеренно выраженные диффузные изменения поджелудочной железы. Правая почка: положение и форма типичные, контуры неровные, размеры уменьшены - 91 x 41 мм, паренхима 9 - 12 мм, однородная, равномерно повышенной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка не выражена, чашечно-лоханочная система (ЧЛС) не расширена. Левая донорская почка: тазовое положение (справа от мочевого пузыря), уменьшена в размерах - 91 x 47 мм, равномерно гипоехогенная, кортико-медуллярная дифференцировка умеренно выражена, паренхима - 15 мм, центральный комплекс уплотнен, ЧЛС не расширена. Регионарные лимфатические узлы не визуализируются.

* С учетом жалоб пациентки 52 лет, анамнеза заболеваний и жизни, данных объективного статуса и дополнительных методов исследования был впервые верифицирован клинический диагноз лекарственного (глюкокортикостероидного) остеопороза с низкоэнергетическими переломами на фоне III стадии ХБП.

По FRAX 10-летний абсолютный риск основных остеопоротических переломов - 30%, риск перелома проксимального отдела бедра – 6,6%.

Анамнез жизни

* Перенесенные и сопутствующие заболевания: аппендэктомия в 45 лет;

* наследственность: мать умерла от инсульта в 77лет, отец - от острого ИМ в 68 лет;

- * отмечает в последние полгода нерегулярность месячных, приливов нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, периферических отеков нет. Рост 164 см, масса тела 61,0 кг, индекс массы тела 22,7. Осанка сутулая, походка замедленная. Усилен грудной кифоз в нижнегрудном и верхнепоясничном отделах позвоночника, уплощен поясничный лордоз. При пальпации области позвоночника отмечаются выраженные боли в проекции остистых отростков и паравертебрально на уровне Th10–Th12 и L1. Движения в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника резко ограничены и болезненны. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 125/85 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Для предупреждения низкотравматических переломов и повышения МПК пациентке с глюкокортикостероидным остеопорозом следует назначить препарат первого ряда

- терипаратид
- бисфосфонат
- ралоксифен
- стронция ранелат

Рекомендована + _____ + кислота, учитывая ее высокую эффективность в снижении риска переломов тел позвонков и внепозвоночных переломов, в повышении МПК, однократное парентеральное применение в год

- золендроновая
- алендроновая
- ибандроновая
- ризедроновая

Выбранное лекарственное средство по механизму действия относят к

- антирезорбтивным, подавляющим преимущественно костную резорбцию, путем воздействия на остеокласт
- анаболическим, которые преимущественно усиливают костеобразование
- стероидным, которые увеличивают костную резорбцию

- препаратам двойного действия, замедляющим костную резорбцию и усиливающим костеобразование

При наличии умеренной степени нарушения функции почек у пациентки дозу данного противоостеопоротического препарата

- следует вводить дискретно в 2 последующих дня
- необходимо снизить на 1/3 от рекомендуемой
- корректировать не нужно
- необходимо уменьшить на 50% от рекомендуемой

Пациентка применяет достаточные дозы кальция и витамина D3 в течение последнего года. Поэтому после адекватной гидратации показано введение противоостеопоротического препарата с помощью клапанной инфузионной системы с постоянной скоростью в течение 15 мин в дозе + _____ + мг (100 мл раствора)

- 5
- 10
- 15
- 3

Необходимо рекомендовать пациентке в дальнейшем принимать препараты кальция и витамина D3 в течение

- 1 месяца
- 1 года
- 1 недели
- 6 месяцев

Через 1 час после внутривенного введения препарата у пациентки появились постинфузионные нежелательные побочные реакции: озноб, миалгии, артралгии, боль в животе. Для купирования данного состояния рекомендовано в таких случаях назначать

- парацетамол или ибупрофен
- внутривенное введение физраствора
- лоратидин или цетиризин
- клемастин или хлоропирамин

У пациентки гиперлипидемия IIa типа. С целью замедления прогрессирования заболеваний почек и сохранения клубочковой фильтрации, учитывая также постоянный прием циклоспорина, пациентке следует назначить гиполипидемический препарат + _____ + мг/сут

- аторвастатин 20
- розувастатин 20
- эзетимиб 10
- флувастатин 40

В дальнейшем оценку клинической эффективности медикаментозной терапии остеопороза следует проводить по снижению количества переломов и косвенно по суррогатным критериям

- аторвастатин 20
- розувастатин 20
- эзетимиб 10
- флувастатин 40

Исследование маркера костной резорбции

Для оценки эффективности терапии через 3 месяца после введения противоостеопоротического препарата исследовали маркер костной резорбции

|====

| *Показатель* | *До лечения* | *Через 3 **мес** лечения* | *Референсные значения*

| P1ND (компонент предшественника коллагена первого типа), нг/мл | 125,8 | 115,8 | 20,0- 115,0

|====

{nbsp}

Окончательное решение по терапии перенесли на 9 месяцев

Снижение уровня P1ND на 8% расценено как

- аторвастатин 20
- розувастатин 20
- эзетимиб 10
- флувастатин 40

Дополнительная информация

Через 6 месяцев у пациентки появились интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника. При рентгеноморфометрическом исследовании выявлена новая клиновидная деформация переднего отдела тела позвонка L2, наряду с имеющимися ранее - Th11, Th12 и L1.

Решено изменить терапию и назначить антирезорбтивный препарат

- ралоксифен 60 мг 1 раз/сут перорально
- стронция ранелат 2 г ежедневно, предварительно размешать в стакане воды

- деносуаб 120 мг 1 раз в 4 нед п/к в область плеча
- деносуаб 60 мг 1 раз в 6 мес п/к в переднюю область бедра

У пациентки со сниженной функцией почек на данной терапии следует проводить регулярный мониторинг

- ралоксифен 60 мг 1 раз/сут перорально
- стронция ранелат 2 г ежедневно, предварительно размешать в стакане воды
- деносуаб 120 мг 1 раз в 4 нед п/к в область плеча
- деносуаб 60 мг 1 раз в 6 мес п/к в переднюю область бедра

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Консультация врачом-клиническим фармакологом больной с фибрилляцией предсердий и лекарственным поражением печени, госпитализированной бригадой скорой медицинской помощи после купирования эпизода обморочного состояния на фоне брадикардии. Цель консультации: оценка характера поражения печени, коррекция антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

Жалобы

В момент осмотра – слабость.

Анамнез заболевания

Согласно медицинской документации – Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Ожирение III ст. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма.

По назначению участкового врача длительно принимала триметазидин МВ 35 мг 2 раза в день, изосорбид динитрат 10-20 мг при приступах стенокардии, последний год принимала амиодарон в поддерживающей (после насыщения) дозе 200 мг/сут, а связи с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и апиксабан 5 мг 2 раза в день. Частота приступов фибрилляции предсердий, протекающие с легкой симптоматикой, снизилась с 3-4 раз в неделю до 1 раза в 1-2 месяца

Три недели назад в поликлинике при биохимическом анализе: щелочная фосфатаза -360 ЕД/л (30-120) АЛТ 240 ЕД/л (0-40), АСТ 160 ЕД/л (0-40), билирубин 32 мкмоль/л(5-21) Иммуноферментный анализа на сифилис, ВИЧ, HBSAg, HBC–отрицательный. Консультирована гастроэнтерологом, исключена патология гепатобилиарной системы. Состояние расценивается как возможное лекарственное поражение печени. Отменен амиодарон, назначена УДХК. Участковым врачом назначен пропafenон 150 мг 3 раза в день.

Через 3 дня возник пароксизм фибрилляции предсердий с ощущением нерегулярности ритма без другой симптоматики. Купирован врачом скорой помощи новокаиномидом и по совету врача дозу пропafenона увеличила до 300 мг 2 раза в день. Стала ощущать эпизоды головокружения и через 3 дня возникло обморочное состояние. Бригадой скорой помощи зарегистрирована брадикардия до 38 уд/мин, А.Д-100/60 мм.рт.ст. Введен атропин 1 мг в/в. Госпитализирована.

Анамнез жизни

Возраст 68 лет. Не курит, алкоголь практически не употребляет, старается соблюдать диету, физическая активность – ходьба в умеренном темпе 30-60 мин. Наследственность: мать умерла в возрасте 65 лет от инсульта, отец умер в 48 лет от инфаркта.

Объективный статус

А.Д. в стационаре - 110/80 мм.рт.ст., Ч.С.С. 46 уд/мин . Вес 110 кг, рост 165 см (индекс массы тела 40.4 кг/м²)

Данные лабораторного и инструментального обследования при поступлении в стационар

По Эхо КГ: фракция выброса ЛЖ-53 %, толщина межжелудочковой перегородки – 11 мм, толщина задней стенки – 10 мм. Креатинин - 67 мкмоль/л, СКФ по формуле СКД-ЕPI = 81 мл/мин/1,73 м² протромбиновое время – 15 сек, АЧТВ-30 сек.

Выявленные в поликлинике изменения биохимических показателей у данной больной соответствуют + _____ + типу лекарственного поражения печени

- холестатическому
- смешенному
- гепатоцеллюлярному
- цирротическому

Степень тяжести поражения печени у данной больной

- среднетяжелая
- тяжелая
- умеренная
- легкая

Анализ показаний к назначению амиодарона при возникновении фибрилляции предсердий у данной больной свидетельствует, что амиодарон

- не являлся препаратом первоначального выбора при отсутствии сердечной недостаточности у больной
- был показан в связи с отсутствием альтернативных вариантов тактики лечения
- являлся жизненно необходимым препаратом в связи с ИБС и стенокардией напряжения
- был абсолютно противопоказан в связи с пожилым возрастом и выраженным ожирением

Оценка связи лекарственного поражения печени с амиодароном по положительной динамике после его отмены затруднена, так как период полувыведения препарата составляет + ____ + дней

- 7
- 14
- 20
- 40

Брадикардия может быть проявлением неблагоприятной лекарственной реакции _____

- апиксабана
- триметазидина МВ
- пропафенона
- изосорбида динитрата

Согласно классификации антиаритмических средств, пропафенон обладает в основном свойствами препаратов + ____ + и + ____ + классов

- IA; IB
- IB; III
- III; IA
- IC; II

Степень выраженности и симптомный характер брадикардии может быть следствием фармакодинамического межлекарственного взаимодействия пропафенона с

- амиодароном
- изосорбид динитратом
- триметазидином МВ
- апиксабаном

Нельзя исключить возможную роль в развитии брадикардии генетического полиморфизма + _____+, участвующего в метаболизме пропafenона

- CYP 2C9
- CYP 2D6
- CYP 2E1
- CYP 2C19

Следует учитывать возможность потенциальной опасности повышения плазменной концентрации пропafenона при фармакокинетическом взаимодействии с ингибиторами CYP3A4, к которым относится

- изосорбид динитрат
- триметазидин МВ
- амиодарон
- апиксабан

Антиаритмическую терапию, направленную на контроль ритма, с учетом возраста пациентки и выраженности симптомов, следует

- проводить с заменой пропafenона на соталол в низкой дозе с учетом ИБС
- отменить в связи с отсутствием прямых показаний
- продолжить этацизином в половинной суточной дозе в целях безопасности
- оптимизировать назначением аллапинина в связи с доказанной эффективностью и безопасностью

Следует обсудить с больной целесообразность антикоагулянтной терапии с учетом риска тромбоэмболических осложнений, который по шкале _CHA2DS2-VASc_ составляет + ___+ балла/баллов

- 2
- 4
- 5
- 3

При принятии решения о продолжении антикоагулянтной терапии, доза апиксабана у данной больной может быть + _____+ мг х + ___+ раз/раза в день

- 2
- 4
- 5
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Консультация врачом-клиническим фармакологом больного пожилого возраста с возникшей в стационаре фибрилляцией предсердий в период коррекции терапии сердечной недостаточности на фоне артериальной гипертензии, сахарного диабета и хронической болезни почек. Цель консультации: коррекция терапии у коморбидного больного, направленная на повышение эффективности и безопасности.

Жалобы

В момент осмотра предъявляет жалобы на слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, отеков ног нет.

Анамнез заболевания

Согласно анамнезу и медицинской документации – Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, очень высокий риск. Хроническая сердечная недостаточность III функционального класса (по NYHA). Сахарный диабет 2 типа. Дислипидемия. ХБП С3а. Бронхиальная астма, среднетяжелого течения, контролируемая.

До госпитализации принимал эналаприл 10 мг 2 раза в день, аторвастатин 20 мг/сут, метформин 1000 мг 2 раза в день, гликлазид МВ 60 мг 2 раза в день, будесонид/формотерол в режиме единого ингалятора.

Попытки применения бета-адреноблокаторов в низких дозах приводили к развитию тяжелых приступов удушья.

В стационаре при ЧСС 88 уд/мин назначен ивабрадин 5 мг 2 раза в день, триметазидин МВ 35 мг 2 раза в день, спиронолактон 12.5 мг/сут, флуконазол в связи с кандидозом полости рта на фоне ИГКС.

На 4-ый день возникло замедление ЧСС до 46 уд/мин и затем фибрилляция предсердий с ЧСС 80 уд/мин без ухудшения симптоматики. Приглашен на консультацию клинический фармаколог.

Анамнез жизни

Возраст 70 лет. Курит до 10 сигарет в день, алкоголь употребляет редко не более 60 мл водки, физическая активность – ходьба в умеренном темпе до 60 мин в сутки. Наследственность: мать страдала сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инфаркта, отец умер в 48 лет от инсульта.

Объективный статус

А.Д. в момент осмотра 130/80 мм.рт.ст. Вес 86 кг, рост 180 см (индекс массы тела 26.5 кг/м²)

Данные лабораторного и инструментального обследования при поступлении в стационар

По данным биохимического анализа крови: калий - 4.8 ммоль/л, общий холестерин - 5.0 ммоль/л, холестерин ХС ЛНП - 2.5 ммоль/л, АЛТ 24 Ед/л, АСТ - 16 Ед/л., креатинин - 112 мкмоль/л, СКФ по формуле СКД-ЕПІ - 57 мл/мин/1,73м² Клинренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта = 66 мл/мин HbA1c - 8.0 % По данным Эхо КГ: ФВ ЛЖ -35%

Данному больному, при синусовом ритме с высокой ЧСС и непереносимостью бета-адреноблокаторов, при поступлении в стационар для лечения ХСН было показано назначение

- милдроната
- триметазидина МВ
- омега-3 ПНЖК
- ивабрадина

Возникшие на фоне лечения брадикардия и фибрилляция предсердий могут быть нежелательной лекарственной реакцией при приеме

- спиронолактона
- флуконазола
- триметазидина МВ
- ивабрадина

Усиление действия ивабрадина возможно явилось следствием совместного применения с флуконазолом, который является ингибитором изофермента цитохрома P450

- CYP1A2
- CYP3A4
- CYP2C9
- CYP2D6

Показаний для экстренного купирования фибрилляции предсердий в настоящий момент нет, необходимо отменить ивабрадин и триметазидин МВ в связи с отсутствием показаний к применению в сложившейся ситуации . Для дополнительного снижения риска смерти и обострения ХСН целесообразно заменить эналаприл на

- валсартан + сакубитрил
- лозартан
- торасемид
- милдронат

Назначение валсартан + сакубитрил возможно после отмены эналаприла через +_____+ часов

- 36
- 24
- 12
- 48

У данного больного валсартан + сакубитрил можно назначить в стартовой дозе +_____+ мг х +_____+ раза в сутки

- 200; 2
- 50; 3
- 50; 2
- 100; 2

Через 2-4 недели возможно увеличение стартовой дозы до целевой (максимальной суточной) +_____+ мг х +_____+ раз/раза в день

- 200; 2
- 100; 3
- 400; 1
- 300; 2

Целевой уровень ХС-ЛНП у данного больного должен быть ниже +_____+ ммоль/л

- 4,0
- 1,4
- 3,0
- 2,5

Увеличение дозы аторвастатина в настоящий момент нецелесообразно, так как сакубитрил может усилить его действие путем ингибирования

- ферментов CYP3A4 и CYP2D6
- скорости клубочковой фильтрации
- переносчиков OATP~1~B~1~ и OATP~1~B~3~
- связи с белками крови

Целевой уровень HbA1c для данного больного, с учетом возраста и отсутствия макрососудистых осложнений, составляет +_____+ %

- < 7,5

- < 7,0
- < 8,0
- < 6,5

Целесообразно обсудить с больным, при достигнутом уровне HbA1 (8,0%) и с учетом наличия сердечной недостаточности и нефропатии, рациональность добавления в качестве третьего препарата сахароснижающей терапии

- эмпаглифлозина
- глибенкламида
- саксаглиптина
- акарбозы

При сохранении фибрилляции предсердий для профилактики инсульта необходимо назначить ривароксабан, доза которого у данного больного должна составлять +_____+ мг/сут

- эмпаглифлозина
- глибенкламида
- саксаглиптина
- акарбозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Л. 32 лет, госпитализированной в отделение гематологии. Диагноз: лимфома Ходжкина II ст. Состояние после трансплантации правой почки. Проведен первый курс ПХТ с минимальным положительным эффектом.

Жалобы

Появление выраженной общей слабости, одышки в покое, тахикардии (ЧСС – до 130 уд/минуту), лихорадка 38^oС.

Анамнез заболевания

На компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). выявили интерстициальные изменения легких и увеличенные внутригрудные лимфатические узлы. Генез лимфоаденопатии установить не удалось. Был заподозрен саркоидоз, получала преднизолон 120 мг/сут в течение 12 дней. После выписки продолжала принимать преднизолон 30 мг в день, далее длительно метилпреднизолон 16 мг/сут. Выполнили биопсию лимфатического узла над левой ключицей. При исследовании гистологических препаратов с использованием иммуногистохимического анализа диагностировали

классическую лимфому Ходжкина II ст., нодулярный склероз. На амбулаторном этапе больная отмечала прогрессивное ухудшение состояния выполнили позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ). При исследовании выявлен высокий уровень накопления радиофармпрепарата в шейных, подмышечных, внутригрудных, абдоминальных, тазовых лимфатических узлах, в очагах легких, в утолщениях плевры, в очагах селезенки, в костном мозге. Также отмечали значительный двусторонний гидроторакс. Пациентка была госпитализирована в отделение гематологии, где выполнили дренирование обеих плевральных полостей, катетеризацию верхней полой вены

Анамнез жизни

В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте. В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 15 лет по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. На коже, преимущественно нижних конечностей, расчесы. Дыхание самостоятельное. Выраженная одышка в покое, частота дыхательных движений (ЧДД) – 30 уд/минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 140-150 уд/минуту, SpO₂= 90-92%.

В связи с диагностикой инвазивного кандидоза у данного пациента в качестве антимикотического препарата первой линии рекомендовано назначение

- амфотерицина В
- каспофунгина
- позаконазола и флуконазола
- итраконазола

Режим дозирования каспофунгина в рамках эмпирической терапии должен составлять 70 мг в первый день и +____+ мг в последующие дни

- 50
- 10
- 60
- 30

В связи с развитием анафилактической реакции (ангионевротического отека с проявлениями крапивницы), рекомендуется заменить каспофунгин на

- анидулафунгин
- амфотерицин В
- итраконазол

- позаконазол

Выделенная культура *Candida* была идентифицирована как *C. albicans*, чувствительная к флуконазолу и вориконазолу *in vitro*. С учетом чувствительности выделенного изолята к антимикотическим препаратам показано проведение

- эскалационной терапии флуконазолом
- эскалационной терапии флуконазолом и вориконазолом
- деэскалационной терапии флуконазолом
- ступенчатой терапии флуконазолом

Режим дозирования флуконазола в этом случае должен составлять 800 мг в первый день и + ____ + мг в последующие дни

- 12
- 300
- 150
- 400

Препарат флуконазол в данном случае имеет + _____ + путь введения

- внутримышечный
- внутривенный
- ингаляционный
- пероральный

Общая длительность терапии кандидемии флуконазолом составляет + _____ + недели/неделю после первого отрицательного результата посева крови и исчезновения признаков и симптомов кандидемии

- 2
- 1
- 4
- 3

Выраженная + _____ + амфотерицина В деоксихолата ограничивают использование этого препарата. В значительной мере этих недостатков лишены липидные формы амфотерицина В

- нефротоксичность
- кардиотоксичность
- гематотоксичность
- гепатотоксичность

Большинство современных схем лечения инвазивных микозов включают два этапа фармакотерапии, вторым этапом является поддерживающее лечение, которое предполагает

- длительное, в течение 3-5 недель, применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в минимальной суточной дозе
- длительное, в течение нескольких месяцев, применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе
- длительное, в течение нескольких месяцев, применение противогрибковых средств, обычно внутримышечно и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе
- короткое применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе

Использование итраконазола на втором этапе не оправдано из-за

- высокого уровня распределения
- вариабельной биодоступности при приеме внутрь
- низкого уровня связывания с белками плазмы крови
- длительной нейтропении

В настоящее время существуют + _____ + поколения/поколений препаратов для лечения системных микозов

- четыре
- три
- пять
- семь

Длительность срока вторичной профилактики после перенесенных угрожающих жизни системных микозов у больных, получающих иммуносупрессивную терапию

- четыре
- три
- пять
- семь

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 37 лет с

диагнозом абстинентный синдром, вызванный употреблением психостимуляторов. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Снижение настроения, повышенный аппетит, психомоторное возбуждение, бессонница.

Анамнез заболевания

Известно, что страдает зависимостью от кокаина. В ночь перед возникновением жалоб посещал мероприятие, где употребил большое количество кокаина. Утром возникли указанные жалобы, родственники вызвали скорую. Пациент госпитализирован в психоневрологический стационар.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – не знает

Объективный статус

Рост 178 см, вес 86 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание спутанное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100/мин. АД 135/87 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Пациенту для купирования абстинентного синдрома, вызванного употреблением психостимулятора, рекомендовано применение

- диазепам
- карбамазепин
- галоперидол
- дифенгидрамин

Для купирования абстинентного синдрома рекомендовано ввести диазепам в дозе + _____ + мг

- 1-2
- 5-10
- 50
- 15-20

В стационаре у пациента развился судорожный приступ. Для снятия данного состояния рекомендовано применение

- вальпроевой кислоты
- адамантилбромфениламина
- трамадола
- хлорпротиксена

Для быстрого достижения и поддержания высокой концентрации в плазме вальпроевой кислоты рекомендовано внутривенное введение за 5 минут дозы из расчёта + _____ + мг/кг

- 20-25
- 15
- 5-10
- 12,5

Через 30 минут после в/в введения вальпроевой кислоты из расчёта 15 мг/кг за 15 минут рекомендовано продолжить инфузию со скоростью + ____ + мг/кг/час

- 5
- 10
- 15
- 1

Продолжать инфузию со скоростью 1 мг/кг/час рекомендовано до достижения концентрации + _____ + мкг/мл

- 150
- 125
- 75
- 25

После купирования приступа суточная доза вальпроевой кислоты производится из расчёта + _____ + мг/кг

- 5-10
- 75-100
- 1-2
- 20-30

При одновременном применении диазепама с вальпроевой кислотой необходимо принимать во внимание, что

- вальпроевая кислота потенцирует действие диазепама
- диазепам усиливает токсическое действие вальпроевой кислоты

- вальпроевая кислота снижает действие диазепама
- вальпроевая кислота снижает способность диазепама взаимодействовать с бензодиазепиновыми рецепторами

У пациента на фоне синдрома отмены, вызванного употреблением психостимуляторов, развился депрессивный эпизод. В данном случае рекомендовано назначить

- тапентадол
- левомепромазин
- флуоксетин
- зверобоя продырявленного травы экстракт

Начальная суточная доза флуоксетина для купирования депрессии составляет + _____ + мг

- 20
- 50
- 100
- 5

Отменять флуоксетин необходимо

- предварительно повысив суточную дозу до максимальной
- одномоментно
- постепенно в течение 1-2 недель
- с премедикацией перед каждой новой дозой

На фоне приёма флуоксетина у пациента развились артралгии. При этом необходимо заполнить

- предварительно повысив суточную дозу до максимальной
- одномоментно
- постепенно в течение 1-2 недель
- с премедикацией перед каждой новой дозой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию для подбора терапии к мужчине Б, 57 лет, с диагнозом анемия хронической болезни почек.

Жалобы

На быструю утомляемость, снижение двигательной активности, однократную потерю сознания.

Анамнез заболевания

Обратился в поликлинику с жалобами в течение 3 месяцев на быструю утомляемость, снижение двигательной активности, однократную потерю сознания. Известно, что пациент наблюдается в поликлинике по месту жительства по поводу хронической болезни почек. В клиническом анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 81 г/л, эритроциты $3.2 \cdot 10^{12}$ /л, в связи с чем пациент госпитализирован по направлению поликлиники в терапевтическое отделение стационара. В ходе госпитализации по результатам сбора анамнеза, физикального, лабораторного, инструментального исследований выставлен диагноз анемия при ХБП средней степени тяжести.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Рекомендованным методом введения препаратов железа у пациентов с хронической болезнью почек является

- внутривенный
- подкожный
- интратекальный
- пероральный

Рекомендуемая курсовая доза в/в препаратов железа для терапии абсолютного дефицита железа составляет + _____ + мг

- 100
- 500
- 5000
- 1000

Период, за который рекомендовано ввести 1000 мг в/в препаратов железа, составляет + _____ + недель

- 6-10
- 12-18
- 1-2
- 20-30

Поддерживающую дозу в/в препаратов железа вводят 1 раз в + _____ + недели

- 2-4
- 8-10
- 5-10
- 12-14

Средства, стимулирующие эритропоэз, должны назначаться всем пациентам с хронической болезнью почек, имеющим уровень Hb ниже + _____ + г/дл

- 70
- 100
- 10
- 500

Стартовые дозы рекомбинантного человеческого эритропоэтина, при п/к введении составляют + _____ + ед/кг/неделю

- 500-1000
- 50-100
- 150-200
- 10-20

Рекомбинантный человеческий эритропоэтин вводится

- перорально
- внутривенно
- подкожно
- внутримышечно

Целевой уровень гемоглобина у пациентов с хронической болезнью почек в преддиализных стадиях, на диализе и после трансплантации почки составляет + _____ + г/дл

- 13-15
- 10-12
- 90-100
- 8-9

К стимуляторам эритропоэза длительного действия относится препарат

- железа гидроксид полимальтозат
- эпоэтин бета
- дарбопоэтин альфа
- эпоэтин альфа

Показанием для гемотрансфузии у пациентов с хронической болезнью почек является

- уровень гемоглобина ниже 7 г/дл
- неэффективность применения пероральных препаратов железа
- неэффективность соблюдения диеты
- снижение содержания в крови фолиевой кислоты и витамина В12

При применении эритропоэтина у пациента развился гипертонический криз. При этом необходимо заполнить

- журнал о нежелательных реакциях в лечебном учреждении
- извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата в Росздравнадзор
- специальную графу в дневнике истории болезни
- извещение о развитии нежелательной реакции на имя заведующего отделения/главного врача/ начальника медицинской части

Согласно приказу № 1071 "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора" для лекарственных средств находящихся в обращении более 4х лет, периодически обновляемый отчет о безопасности лекарственного средства подается

- журнал о нежелательных реакциях в лечебном учреждении
- извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата в Росздравнадзор
- специальную графу в дневнике истории болезни

- извещение о развитии нежелательной реакции на имя заведующего отделения/главного врача/ начальника медицинской части

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной 53 лет, находящейся на лечении в кардиологическом отделении.

* Диагноз: Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения – II функционального класса. Постинфарктный кардиосклероз нижней стенки левого желудочка (Q-образующий инфаркт миокарда в анамнезе).

+

Атеросклероз церебральных артерий и стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных ветвей аорты. Состояние после циркуляторного инсульта (в 48 лет).

+

Гипертоническая болезнь III ст., степень повышения артериального давления (АД) 2, риск очень высокий.

+

Семейная гиперхолестеринемия IIa типа.

Жалобы

В условиях стационара отсутствуют.

Анамнез заболевания

ИБС, приступы стенокардии напряжения с 40 лет. В 48 лет перенесла острый ишемический инсульт в бассейне правой среднемозговой артерии с левосторонним гемипарезом, инфаркт миокарда (ИМ) – в 50 лет. Артериальная гипертония (АГ) в течение 15 лет (максимальные цифры АД до 160/100 мм рт.ст., рабочие – 125/80 мм рт.ст.). В настоящее время на фоне терапии метопрололом, амлодипином, периндоприлом и индапамидом ретардом приступов стенокардии нет, АД сохраняется в пределах целевых значений. Кроме того, пациентка получает кишечнорастворимую форму ацетилсалициловой кислоты 100 мг/сут, розувастатин 10 мг/сут.

В стационаре в общих анализах крови и мочи, общий белок, альбумин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза, гормоны щитовидной железы без отклонений от нормы. Анализы на ВИЧ, RW, гепатиты С и В - отрицательные.

Выявлены нарушения липидного обмена

|====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Холестерин, ммоль/л | 10 | 3,3- 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 8,03 | 1,1 – 3,0
| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,2 | муж. ≥ 1,0
жен. ≥1,2
| Триглицериды, ммоль/л | 1,7 | 0,1 - 1,7
| Коэффициент атерогенности | 7,3 | 2,0-3,0
|====

ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, ЧСС 58-61 уд/мин. Рубцовые изменения миокарда нижней стенки левого желудочка. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Эхокардиография. Признаки атеросклероза восходящего отдела аорты, кальцинированная бляшка по передней стенке. Кальций в фиброзном кольце аортального и митрального клапанов. Размеры камер сердца в пределах нормы. Гипокинез задней стенки левого желудочка с компенсаторным гиперкинезом межжелудочковой перегородки. Фракция выброса 58%.

Умеренная гипертрофия стенок левого желудочка. Диастолическая дисфункция левого желудочка по первому типу.

Холтеровское мониторирование ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС днем 58-105, ночью 48-58 в 1 мин. Наджелудочковых экстрасистол -102, желудочковых экстрасистол 48 за сутки. Изменений конечной части желудочкового комплекса по ишемическому типу не зарегистрировано.

Впервые в стационаре был поставлен диагноз семейной гиперхолестеринемии IIa типа на основании высокого уровня холестерина ЛНП (8,03 ммоль/л), наличия сухожильных ксантом и ксантелазм, данных о раннем (моложе 60 лет) развитии инсульта и ИМ, случаев раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии родства.

Анамнез жизни

- * менопауза с 38 лет;
- * наследственность отягощена. Отец страдал ИБС и АГ, первый ИМ перенес в 38 лет, повторный - в 48 лет с летальным исходом; известно, что был повышен уровень холестерина. Младшая сестра перенесла ИМ в 46 лет, ОНМК – в 48 лет, холестерин – 10,8 ммоль/л.
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное, пациентка нормостенического телосложения (вес 64 кг, рост 159 см, индекс массы тела – 25,3). Липоидная дуга роговиц обоих глаз. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, утолщение ахилловых сухожилий. Щитовидная железа и периферические

лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 60 уд/мин, АД 125/75 мм рт.ст. (на фоне антигипертензивной терапии). Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Липоидная дуга

Утолщение ахилловых сухожилий с туберозными ксантомами

Следует определить необходимость и степень интенсивности гиполипидемической терапии в соответствии с риском. Пациентка относится к категории + _____ + риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет

- высокого
- умеренного
- низкого
- очень высокого

Тактика проведения гиполипидемической терапии заключается в назначении + _____ + мг/сут

- питавастатина 0,5 мг/сут с увеличением дозы через 2 мес. до максимальной 1
- флувастатина 80 мг/сут с увеличением дозы до 160
- розувастатина 20 мг/сут с повышением дозы через 1 мес. до максимальной 40
- аторвастатина 20 мг/сут с повышением дозы каждые 1-1,5 мес в 2 раза до максимальной дозы 80

Целевым уровнем холестерина ЛНП при проведении гиполипидемической терапии для данной категории пациентов является менее + _____ + ммоль/л

- 1,8
- 2,5
- 1,5
- 3,0

При выписке из стационара даны рекомендации проводить контроль эффективности гиполипидемической терапии (липидный профиль) через + _____ + после назначения/коррекции лечения

- 8 (±4) недель
- 7-10 (±3) дней
- 2(±1) недель

- 6 (± 1) месяцев

При достижении целевого уровня холестерина ЛНП и хорошей переносимости гиполипидемического препарата рекомендовать пациентке проводить контроль липидного обмена 1 раз в

- 8 (± 4) недель
- 5 месяцев
- 1 год
- 3 года

Следует проводить контроль биохимических параметров безопасности гиполипидемической терапии

- общий билирубин, щелочную фосфатазу через 1 мес после изменения дозы; после достижения целевых уровней липидов крови 1 раз/год; Т-тропонин при появлении признаков ишемии на ЭКГ
- АЛТ, АСТ, КФК каждые 6 месяцев, если их уровень < 3 верхних границ нормы; при появлении клиники поражения печени - ежемесячно
- NT-proBNP, общий билирубин через 4-12 нед после начала терапии, каждого изменения дозы; после достижения целевых уровней липидов крови контроль 1 раз в год
- АЛТ, АСТ через 4-12 нед. после назначения/коррекции дозы; после достижения целевых уровней липидов крови исследование 1 раз в год; КФК - при появлении миалгий

Через 4 месяца холестерин ЛНП снизился до 4,0 ммоль/л - целевой уровень не достигнут на максимальной дозе статина. Для усиления гиполипидемического эффекта рекомендовано добавить + _____ + в сутки

- фенофибрат 145 мг
- омега 3-жирные кислоты 4 г
- эзетимиб 10 мг
- пробукол 1 г

Через 9 мес. применения комбинированной гиполипидемической терапии у пациентки появились боль и выраженная слабость в мышцах предплечий и ног без явлений олиго- и анурии, что, возможно, является проявлением неблагоприятной побочной реакции в виде

- дерматомиозита
- миопатии
- васкулита

- полиневрита

Кроме того, для подтверждения развития серьезной неблагоприятной побочной реакции необходимо исследовать уровни

+ _____ + в крови

- дерматомиозита
- миопатии
- васкулита
- полиневрита

Результаты обследования

Серьезная неблагоприятная побочная реакция могла развиваться на фоне приема

- метопролола и/или амлодипина
- статина и/или эзетимиба
- ацетилсалициловой кислоты
- статина

В связи с развитием серьезной неблагоприятной побочной реакции следует

- отменить статин и эзетимиб, контролировать функцию почек и КФК каждые 2 нед. до их нормализации
- продолжать прием статина в прежней дозе, провести контрольное исследование КФК и функции почек через 2 недели
- заменить предыдущий статин на другой – питавастатин с титрацией дозы от 1 мг до 4 мг/сут
- отменить эзетимиб, контролировать функцию почек и уровень КФК каждые 2 нед. до нормализации

Учитывая плохую переносимость предыдущей гиполипидемической терапии, следует назначить

- отменить статин и эзетимиб, контролировать функцию почек и КФК каждые 2 нед. до их нормализации
- продолжать прием статина в прежней дозе, провести контрольное исследование КФК и функции почек через 2 недели
- заменить предыдущий статин на другой – питавастатин с титрацией дозы от 1 мг до 4 мг/сут
- отменить эзетимиб, контролировать функцию почек и уровень КФК каждые 2 нед. до нормализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 54 лет, находящемуся на лечении в кардиологическом отделении.

* Диагноз: Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения – II функционального класса. Постинфарктный кардиосклероз межжелудочковой перегородки (Q-образующий инфаркт миокарда в анамнезе).

+

Атеросклероз церебральных артерий. Состояние после ишемического инсульта (в 50 лет).

+

Гипертоническая болезнь III ст., степень повышения артериального давления (АД) 3, риск очень высокий.

+

Семейная гиперхолестеринемия IIa типа.

Жалобы

В условиях стационара отсутствуют.

Анамнез заболевания

ИБС, приступы стенокардии напряжения с 38 лет, инфаркт миокарда (ИМ) перенес в 43 года; в 50 лет - острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) ишемического типа в бассейне левой среднемозговой артерии с правосторонним гемипарезом. Артериальная гипертония (АГ) в течение 14 лет (АД 180/110 мм рт.ст.). В настоящее время на фоне терапии бисопрололом, амлодипином, рамиприлом и индапамидом приступов стенокардии нет, АД сохраняется в пределах $\leq 135/85$ мм рт ст. Антиагрегантная терапия представлена клопидогрелем.

В стационаре общие анализы крови и мочи, гормоны щитовидной железы без отклонений от нормы.

Биохимические показатели крови

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| Общий белок, г/л | 66 | 64 - 83

| Альбумины, % | 57 | 55,8-66,1

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,5 | 4,1-5,9

| Билирубин общий, мкмоль/л | 5,8 | 3,4-20,5

| Билирубин прямой (мкмоль/л) | 2,0 | <5,1

| Аланинаминотрансфераза(АЛТ), Ед/л | 52 | < 41

| Аспартатаминотрансфераза (АСТ), Ед/л | 58 | < 40

| Гамма-глутамилтранспептидаза (гамма-ГТ), Ед/л | 45 | 6-42

| Креатинин, мкмоль/л | 82 | 80 - 115

| Холестерин общий, ммоль/л | 9,8 | 3,3- 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 8,1 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,0 | муж. \geq 1,0

жен. \geq 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 1,5 | 0,1 - 1,7

| Коэффициент атерогенности | 8,8 | 2,0-3,0

|====

{nbsp}

Анализы на ВИЧ, RW, гепатиты С и В - отрицательные.

ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, ЧСС 60-62 уд/мин. Рубцовые изменения миокарда в области межжелудочковой перегородки. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Холтеровское мониторирование ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС днем 59-112, ночью 49-60 в 1 мин. Наджелудочковых экстрасистол - 4, желудочковых экстрасистол 348 за сутки. Изменений конечной части желудочкового комплекса по ишемическому типу не зарегистрировано.

Эхокардиография. Признаки атеросклероза восходящего отдела аорты.

Отложения кальция в фиброзном кольце аортального и митрального клапанов.

Размеры камер сердца в пределах нормы. Гипокинез среднего сегмента межжелудочковой перегородки с компенсаторным гиперкинезом задней стенки левого. Фракция выброса 54%. Умеренная гипертрофия стенок левого желудочка. Диастолическая дисфункция левого желудочка по первому типу.

Впервые в стационаре был поставлен диагноз семейной гиперхолестеринемии II а типа на основании высокого уровня холестерина ЛНП (8,1 ммоль/л), наличия множественных ксантелазм с 35 лет, данных о раннем (моложе 60 лет) развитии инсульта и ИМ, а также наличия случаев раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии родства.

Анамнез жизни

* Наследственность: дед по отцовской линии перенес 2 ИМ, первый - в 40 лет; умер в 48 лет от инсульта. Отец страдал ИБС и АГ, перенес ИМ в 38 лет, умер внезапно от острой коронарной недостаточности в 50 лет, со слов родственников, были высокие липиды крови. Младший брат перенес ИМ в 46 лет, ОНМК – в 48 лет, холестерин – 9,6 ммоль/л.

* Курит много лет, количество выкуриваемых сигарет до 10-12 в сутки. Крепкие алкогольные напитки употребляет 1-2 раза в неделю по 200 мл.

* Профессиональных вредностей не имеет

* Аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, пациент нормостенического телосложения (вес 74 кг, рост 172 см, индекс массы тела – 25,0).

Ксантелазмы в области верхних век обоих глаз.

{nbsp}

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Щитовидная железа и периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 60 уд/мин, АД 125/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Следует определить необходимость и степень интенсивности гиполипидемической терапии в соответствии с риском. Пациент относится к категории + _____ + риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет

- высокого
- низкого
- умеренного
- очень высокого

Тактика проведения гиполипидемической терапии у данного пациента заключается в назначении + _____ + мг/сут

- розувастатина 20 мг/сут с повышением дозы через 1 мес. до максимальной - 40
- аторвастатина 20 мг/сут с повышением дозы каждые 1-1,5 мес в 2 раза до максимальной дозы 80
- питавастатина 0,5 мг/сут с увеличением дозы через 2 мес. до максимальной -1
- флувастатина 80 мг/сут с увеличением дозы до 160

Целевым уровнем холестерина ЛНП при проведении гиполипидемической терапии для данной категории пациентов является менее + _____ + ммоль/л

- 2,5
- 1,4
- 3,0
- 1,8

При выписке из стационара даны рекомендации проводить контроль липидного обмена на фоне гиполипидемической терапии через + _____ + после начала лечения или изменения дозы

- 6 (± 1) месяцев
- 7-10 (± 3) дней
- 8 (± 4) недель
- 2 (± 1) недели

При достижении целевого уровня холестерина ЛНП и хорошей переносимости гиполипидемического препарата рекомендовать пациенту проводить контроль липидного обмена 1 раз в

- 8 (± 4) недель
- 5 месяцев
- 1 год
- 2 года

Следует проводить контроль биохимических параметров безопасности гиполипидемической терапии

- АЛТ, АСТ, КФК каждые 6 месяцев, если их уровень < 3 верхних границ нормы; при появлении клиники поражения печени - ежемесячно
- общий билирубин, щелочную фосфатазу через 1 мес после изменения дозы; после достижения целевых уровней липидов крови 1 раз/год; Т-тропонин при появлении признаков ишемии на ЭКГ
- NT-proBNP, общий билирубин через 4-12 нед после начала терапии, каждого изменения дозы; после достижения целевых уровней липидов крови контроль 1 раз в год
- АЛТ, АСТ через 4-12 нед после начала и изменения дозы; после достижения целевых уровней липидов крови исследование не рекомендовано; КФК - при появлении миалгий

Через 1 месяц контроля после достижения максимальной дозы статина отмечено повышение уровня АЛТ до 138 Ед/л, АСТ - до 142 Ед/л, в связи с чем следует рекомендовать пациенту прекратить прием алкогольных напитков, + _____ +, провести контроль печеночных ферментов через 4-6 недель

- наблюдать за клиническими проявлениями
- снизить дозу гиполипидемического препарата в 2 раза
- назначить урсодезоксихолевую кислоту 250 мг 3 раза/сут
- назначить омега-3 20 мг 1 раз/сут

Через 4 месяца уровень холестерина ЛНП - 6,1 ммоль/л на фоне приема статина в дозе ½ от максимальной (т.к. дальнейшее увеличение дозы приводило к повышению печеночных ферментов). Для усиления гиполипидемического эффекта рекомендовано добавить + _____ + в сутки

- фенофибрат 145 мг
- эзетимиб 10 мг
- ципрофибрат 200 мг
- пробукол 1г

Пациент постоянно получает бисопролол, рамиприл, индапамид, клопидогрел. После назначения кларитромицина по поводу бактериального острого гайморита появились слабость и интенсивные боли в мышцах без олиго- и анурии. Для подтверждения развития определенной серьезной неблагоприятной побочной реакции необходимо исследовать уровень + _____ + в крови

- фенофибрат 145 мг
- эзетимиб 10 мг
- ципрофибрат 200 мг
- пробукол 1г

Результаты обследования

Причиной развития серьезной побочной реакции явилось возрастание уровня статина в крови в результате ингибирования метаболизма статина

- клопидогрелем
- бисопрололом
- рамиприлом
- кларитромицином

В связи с развитием серьезной неблагоприятной побочной реакции следует отменить

- статин и кларитромицин (последний заменить на амоксициллин); контролировать функцию почек и КФК каждые 2 нед. до нормализации
- все препараты, после исчезновения болей и слабости в мышцах возобновить прием всех препаратов
- клопидогрел, снизить дозу статина на 1/2, контролировать функцию почек и уровень КФК каждые 2 нед. до нормализации
- бисопролол, снизить дозу статина на 50%, после исчезновения клиники миопатии постепенно увеличивать дозу статина до максимальной

После возобновления гиполипидемической терапии в прежнем объёме (2-х компонентная терапия) уровень холестерина ЛНП составил 4,4 ммоль/л. Для усиления гипохолестеринемического эффекта следует дополнительно назначить

- статин и кларитромицин (последний заменить на амоксициллин); контролировать функцию почек и КФК каждые 2 нед. до нормализации
- все препараты, после исчезновения болей и слабости в мышцах возобновить прием всех препаратов
- клопидогрел, снизить дозу статина на 1/2, контролировать функцию почек и уровень КФК каждые 2 нед. до нормализации
- бисопролол, снизить дозу статина на 50%, после исчезновения клиники миопатии постепенно увеличивать дозу статина до максимальной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Впервые мать привела на консультацию сына в 9,5 лет к клиническому фармакологу в связи с выявлением гиперхолестеринемии для решения вопроса о возможном начале лечения и дальнейшем наблюдении.

Жалобы

Отсутствуют

Анамнез заболевания

1 месяц назад у ребенка в биохимическом анализе крови было выявлено повышение уровня общего холестерина крови. Общие анализы крови и мочи, общий белок, альбумин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза, гормоны щитовидной железы без отклонений от нормы. Анализы на гепатиты С и В - отрицательные. Вторичный характер гиперхолестеринемии был исключен. После соблюдения гипокалорийной диеты дважды с разницей в 2 недели исследован липидный профиль.

Выявлены нарушения липидного обмена

|====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Холестерин, ммоль/л | 6,8 | 3,3- 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 5,4 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,0 | муж. ≥ 1,0

жен. ≥1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 0,9 | 0,1 - 1,7

| Коэффициент атерогенности | 5,8 | 2,0-3,0

|====

У ребенка заподозрена семейная гетерозиготная гиперхолестеринемия IIa типа на основании высокого уровня холестерина ЛНП (5,4 ммоль/л, что > 4,0 ммоль/л), наличия в семье случаев раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Анамнез жизни

* Наследственность: прадед по отцовской линии перенес 2 инфаркта миокарда (ИМ), первый - в 40 лет; умер в 48 лет от инсульта. Отец страдал ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией, перенес ИМ в 38 лет, умер внезапно от острой коронарной недостаточности в 50 лет, говорили о высоком уровне холестерина, наличии ксантелазм на веках. Родной дядя по линии отца перенес ИМ в 46 лет, острое нарушение мозгового кровообращения – в 48 лет, общий холестерин – 11,6 ммоль/л, имеет ксантелазмы на веках и туберозные ксантомы в области ахилловых сухожилий;

* сопутствующих заболеваний нет;

* аллергических реакций на лекарственные средства и пищевые продукты не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, ребенок нормального телосложения (вес 21 кг, рост 117 см, индекс массы тела – 15,3 - близок к среднему значению для этого возраста). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Щитовидная железа и периферические лимфоузлы не увеличены.

Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 105/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Для подтверждения диагноза семейной гиперхолестеринемии и решения вопроса о начале гиполипидемической терапии в отсутствии клинических критериев заболевания необходимо провести

- генетическое исследование на наличие мутаций гена LDLR, apoB и PCSK9
- липидный анализ с определением липопротеида (a), apoA1 и apoB
- биохимический анализ с определением уровня АЛТ, АСТ и КФК
- генетическое исследование на наличие полиморфизма изоформы 3A4 системы P 450

Выявлена мутация гена LDLR в гетерозиготном варианте, которая ассоциирована с семейной гиперхолестеринемией. Рекомендовано начинать гиполипидемическую терапию в

- 12 лет
- настоящее время
- 16 лет
- 18 лет

Препаратом первого выбора в качестве гиполипидемического средства является + _____ + дозе

- статин в небольшой
- статин в максимальной
- фибрат в небольшой
- ингибитор апоВ в средней

Целевым уровнем холестерина ЛНП при проведении гиполипидемической терапии у мальчика данного возраста является менее + _____ + ммоль/л.

- 1,5
- 2,5
- 1,4
- 4,0

Даны рекомендации проводить контроль эффективности гиполипидемической терапии (липидный профиль) через + _____ + после назначения/коррекции лечения

- 2(±1) недели
- 7-10 (±3) дней
- 6 (±1) месяцев
- 8 (±4) недель

Следует проводить контроль биохимических параметров безопасности гиполипидемической терапии

- АЛТ, АСТ, КФК каждые 6 месяцев, если их уровень < 3 верхних границ нормы; при появлении клиники поражения печени - ежемесячно
- АЛТ, АСТ через 4-12 нед после начала/коррекции дозы; после достижения целевых уровней липидов крови исследование 1 раз в год; КФК - при появлении миалгий
- общий билирубин, щелочную фосфатазу через 1 мес после изменения дозы; после достижения целевых уровней липидов крови 1 раз/год; Т-тропонин при появлении признаков ишемии на ЭКГ
- NT-proBNP, общий билирубин через 4-12 нед после начала терапии, каждого изменения дозы; после достижения целевых уровней липидов крови контроль 1 раз в год

Через 1 месяц лечения уровень холестерина ЛНП достиг 4,8 ммоль/л. Следует произвести коррекцию терапии с

- увеличением дозы статина в 2 раза
- добавлением фибрата
- добавлением ингибитора апоВ
- назначением ЛНП-афереза

Через 11 месяцев применения гиполипидемической терапии мальчика стала беспокоить слабость в мышцах конечностей без олиг- и анурии, в результате чего на уроках физкультуры не может выполнять упражнения и бегать. Уровень КФК – 1501 Ед/л (норма ≤ 174), АЛТ – 18 Ед/л (норма < 41), АСТ – 22 Ед/л (норма < 40). Дозу препарата снизили до начальной, т.к. развилась неблагоприятная побочная реакция в виде

- рабдомиолиза
- миопатии
- полиневрита
- миозита

В последующем мама привела ребенка на консультацию в 10,5 лет. Уровень холестерина ЛНП – 4,7 ммоль/л, целевой уровень не достигнут. Для усиления гиполипидемического эффекта разрешено после 10 лет

- добавить эзетимиб 10 мг/сут
- добавить фенофибрат 145 мг/сут
- увеличить дозу статина до максимальной
- соблюдать жесткую вегетарианскую диету

Целевым уровнем холестерина ЛНП при проведении гиполипидемической терапии у данного ребенка 10,5 лет является менее + _____ + ммоль/л

- 1,5
- 2,5
- 3,5
- 1,4

Даны рекомендации продолжать терапию еще 1,5 года. Далее, если целевой уровень ХС ЛНП достигнут не будет, рекомендовать с 12 лет в качестве третьего компонента гиполипидемической терапии

- эволокумаб 420 мг п/к 1 раз/мес
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты 3 г/сут
- ципрофибрат перорально 200 мг/сут

- ломитапид 60 мг п/к 1 раз/мес

Если после достижения 12 лет на фоне комбинированной терапии будет сохраняться уровень холестерина ЛНП > 4,1 ммоль/л, то планируется назначение

- эволокумаб 420 мг п/к 1 раз/мес
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты 3 г/сут
- ципрофибрат перорально 200 мг/сут
- ломитапид 60 мг п/к 1 раз/мес

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Мужчина 46 лет находится на лечении в кардиологическом отделении.

* Диагноз:

+

Гипертрофическая латентная (провоцируемая) обструктивная кардиомиопатия, спорадическая форма, прогрессирующий вариант течения. Высокий риск внезапной сердечной смерти.

+

Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Желудочковая экстрасистолия. Сердечная недостаточность IIст. 2 ФК по NYHA

+

Хронический бронхит курильщика. ХОБЛ.

+

Диффузно-узловой зоб, эутиреоз.

* Цель консультации клинического фармаколога: оптимизировать фармакотерапию у пациента с коморбидностью и наличием факторов риска развития побочных реакций.

Жалобы

на приступы сдавливания за грудиной, одышки, дурноты, головокружения, пресинкопальные и синкопальные состояния, возникающие при физической нагрузке, резком принятии вертикального положения; на периодически возникающие перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания

* В 40 лет впервые сказали о шуме в сердце. С 45 лет стали беспокоить одышка, головокружение и сдавливающие ощущения за грудиной в ходьбе. Выявлена латентная обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) - толщина межжелудочковой перегородки 1,8см, пиковый градиент давления в выходном

тракте левого желудочка в покое 27 мм рт ст, в нагрузке -70мм рт ст. На фоне приема атенолола 100 мг/сут состояние существенно не улучшилось. По рекомендации врача поликлиники для купирования или предотвращения приступов стенокардии пытался принимать нитроглицерин, отказался от его применения, т.к. он усиливал боль за грудиной и вызывал пресинкопальные состояния. Через 2 года появились пароксизмы фибрилляции предсердий и частая желудочковая экстрасистолия, в связи с чем был назначен аллапинин. Принимает в настоящее время, но не всегда регулярно: периндоприл 5 мг ½ табл/сут; атенолол 100/сут, аллапинин 25 мг 3 раза/сут, клопидогрел 75 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, дигоксин 0,25 мг /1/2 табл. Участились пресинкопальные, появились единичные синкопальные состояния.

* При обследовании в стационаре общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

* Биохимический анализ крови

|====

| *Показатель* | *До лечения* | *Референсные значения*

| Общий белок, г/л | 6,8 | 6,0 – 8,0

| Альбумин, г/л | 4,5 | 3,5-5,5

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,8 | 4,1-5,9

| Общий билирубин, мкмоль/л | 17,1 | <20,5

| АЛТ, ЕД | 14 | 7-40

| АСТ, ЕД | 15 | 4-40

| Холестерин общий, ммоль/л | 4,9 | 3,3 - 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 3,0 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,2 | мужчины ≥ 1,0

женщины ≥ 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 1,6 | 0,1 - 1,7

| Мочевина, ммоль/л | 3,3 | 1,6 – 3,3

| Креатинин, ммоль/л | 0,086 | 0,061 – 0,115

| Мочевая кислота, мкмоль/л | 280 | 147 -360

| Калий, ммоль/л | 4,5 | 3,5 - 5,0

| Натрий, ммоль/л | 132 | 136–145

|====

{nbsp}

Коагулограмма

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| АЧТВ (нормализованное отношение) | 1,12 | 22,5-35,5

| Протромбиновый индекс, % | 112 | 86 – 110

| Международное нормализованное отношение (МНО) | 1,7 | 0,85- 1,15

| Фибриноген, г/л | 2,63 | 2,7 – 4,0

|====

{nbsp}

* Гормоны щитовидной железы: Т4 (своб.) – 16,3 пмоль/л (норма 11,5-23,0), ТТГ – 2,33 МЕ/л (норма 0,17-4,05), Ат к ТПО – 19 МЕ/мл (норма 0-30).

* Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма обычно расположена, синусы свободные. Легочный рисунок усилен за счет венозного застоя и деформирован в прикорневых зонах за счет перибронхиального пневмофиброза. Аорта уплотнена. Сердце косо расположено, в первой косой проекции отмечается увеличение размеров левого предсердия.

* Электрокардиограмма: ритм синусовый с ЧСС 74-76 в 1 мин. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

* Холтеровское мониторирование ЭКГ: основной суточный ритм синусовый, ср. дневная ЧСС 71 в мин. Зарегистрированы 2 пароксизма фибрилляции предсердий продолжительностью 10 и 15 мин с ЧСС 120-132 в 1 мин., ЖЭС – 10123, НЖЭС – 7.

* Эхокардиография: дилатация полости левого предсердия (5,0 см x 5,2 x 6,1 см) с псевдоконтрастированием по задней стенке; остальные камеры сердца в пределах нормы (КДР - 4,6 см, КСР 2,6 см, правый желудочек парастернально 2,1 см, правое предсердие – 3,8 x 4,9 см). Асимметричная гипертрофия стенок: толщина МЖП в базальном сегменте - 1,8 см, в среднем сегменте – 1,6 см, толщина задней стенки левого желудочка - 1,15 см). Переднесистолическое движение створок митрального клапана. Регургитация из митрального клапана 2 ст. Пиковый градиент давления в выходном тракте левого желудочка в покое 30 мм рт ст. Стресс-эхокардиография: при нагрузке 60 Вт 2 мин пиковый градиент давления - 89 мм рт ст.

* Суточное мониторирование АД: на фоне терапии нормотония с сохраненным суточным профилем ЧСС.

* Ультразвуковое исследование магистральных сосудов: общие (ОСА), наружные (НСА) и внутренние (ВСА) сонные артерии в экстракраниальных отделах с обеих сторон прямолинейного хода, стенозов не выявлено; гемодинамические характеристики кровотока в пределах нормы с обеих сторон. Комплекс «интима-медиа» ОСА - 1,2 мм, локально уплотнен.

Заключение: УЗ-картина начальных изменений по атеросклеротическому типу.

* Ультразвуковое исследование щитовидной железы: правая доля - 2,1x2,3x5,5 объём - 13,9; левая доля - 1,5x1,6x5,0 объём - 6,53; перешеек 3 мм. В правой доле узлы неоднородные, размером - 2,1x1,4 см; 1,1x0,7 см, сливаются между собой, кровоток в узлах увеличен, в левой доле узлы аналогичной структуры 0,8, 0,9, 0,7, и 0,8 см, сливаются между собой. Рекомендовано проведение биопсии узлов.

* Ультразвуковое исследование органов внутренних органов: патологических отклонений не найдено.

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался нормально. Образование 8 классов. Служил в рядах Советской армии (пехотные войска). Работал водителем транспорта. Женат.

* Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 20 лет. Диффузно-узловой зоб, эутиреоз выявлен в 44 года.

* Наследственность: отец – умер в 30 лет (причина смерти не известна). Матери 86 лет, страдает ИБС и АГ. Младшей сестре 53 года, страдает язвенной болезнью желудка, АГ. Дочь здорова.

* Курение, использование наркотических веществ – отрицает. Употребление алкоголя – эпизодическое.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, вес - 85 кг, рост 176 см, ИМТ 27,4 кг/м².

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Щитовидная железа незначительно увеличена, периферические лимфоузлы не увеличены.

Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы в нижних отделах легких. Перкуторно границы сердца расширены влево на 0,5 см. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, систолический шум парастернально слева в 3 межреберье, ЧСС – 72 в 1 мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, плотно-эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Следует отменить у пациента с обструктивной ГКМП

- клопидогрел, который в сочетании с бета-адреноблокатором может увеличить градиент давления и ухудшить клинические проявления заболевания
- атенолол, который может увеличить конечно-диастолическое давление в левом желудочке и вызвать отек легкого
- амлодипин и препараты нитроглицерина, так как они способствуют увеличению градиента давления в выходном тракте и ухудшению клинических проявлений заболевания
- аллапинин, способный резко снизить градиент давления и вызвать ишемию миокарда

У пациента с провоцируемой обструктивной ГКМП и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий не показан прием + _____ +, т.к. повышает градиент давления в выходном тракте левого желудочка

- атенолола

- аллапинина
- дигоксина
- клопидогрела

Основной целью фармакотерапии при ГКМП является

- уменьшение степени гипертрофии миокарда
- снижение степени фиброза миокарда
- уменьшение выраженности клинических проявлений и симптомов заболевания
- предотвращение неустойчивой желудочковой аритмии

Пациенту с провоцируемой обструктивной ГКМП следует рекомендовать для снижения градиента давления вместо атенолола пролонгированный бета-адреноблокатор с большей кардиоселективностью (сопутствующее заболевание - ХОБЛ) + _____ + однократно в сутки для улучшения комплаентности

- пропранолол
- лабетолол
- небиволол
- бисопролол

Дозу бета-адреноблокатора необходимо титровать до достижения ЧСС + _____ + в минуту

- 50-54
- 66-70
- 55-65
- 71-75

С целью профилактики тромбоэмболий при наличии обструктивной ГКМП с пароксизмальной формой фибрилляции следует рекомендовать применить вместо клопидогрела

- абциксимаб
- ацетилсалициловую кислоту
- тикагрелор
- варфарин

Пациенту следует провести индивидуальную титрацию дозы антикоагулянта с достижением умеренного противосвертывающего эффекта с уровнем МНО

- 3,5-4,0

- 2-3
- 2,8-4
- 1-1,5

Рекомендован регулярный контроль МНО каждые

- 6 месяцев
- 3-4 месяца
- 7-10 дней
- 2-4-8 недель

Увеличение дозы бета-адреноблокатора приводило к гипотонии и ухудшению состояния, поэтому не удалось снизить ЧСС до целевого уровня.

Провоцируемый градиент давления в выходном тракте левого желудочка снизился до 62 мм рт ст. Для более эффективного предотвращения повышения градиента давления, лучшего контроля ЧСС и нарушений ритма вместо аллапинина следует назначить + _____ + мг/сут в 2 приема

- дизопирамид 400 - 800
- хинидин 400- 600
- пропafenон 450-600
- этацизин 100-200

Контроль побочных эффектов антиаритмического средства следует проводить по параметрам

- ЭКГ: ширина комплекса QRS, интервал Q-T и PQ
- функции внешнего дыхания: объем форсированного выдоха, жизненная емкость легких
- пуринового обмена: активность 5'-нуклеотидазы, ксантиноксидазы, мочевого кислоты в крови
- липидного профиля: общий холестерин, ХС ЛНП и ХС ЛВП

Через 4 месяца пациент обратился за консультацией к клиническому фармакологу в связи с низкими значениями МНО, несмотря на увеличение дозы варфарина и хорошую приверженность к его приему. Последний показатель МНО - 1,9. Целесообразно заменить варфарин на антикоагулянт + _____ +, не требующий контроля МНО

- фенилин
- тикагрелор
- дабигатран
- клопидогрел

Переход с варфарина на новый антикоагулянт осуществить по следующей схеме

- фенилин
- тикагрелор
- дабигатран
- клопидогрел

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Мужчина 42 лет поступил в кардиологическое отделение.

* Диагноз:

+

Гипертрофическая асимметричная спорадическая кардиомиопатия, необструктивная форма, «конечная стадия» заболевания. Нарушения ритма и проводимости: постоянная форма фибрилляции предсердий, пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии, блокада передней ветви левой ножки и правой ножек пучка Гиса. Высокий риск внезапной сердечной смерти (ВСС). ХСН 4 ФК по NYHA. НК III ст.

* Цель консультации клинического фармаколога: оптимизировать фармакотерапию у пациента с конечной стадией гипертрофической необструктивной кардиомиопатии ХСН 4 ФК и факторами риска развития побочных реакций.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке (ходьба в умеренном темпе на 50-100 м) в том числе и в покое, усиливающуюся при принятии горизонтального положения; головокружения, чувство «дурноты» при незначительной активности, тяжесть в правом подреберье, отечность голеней и стоп, сердцебиение, перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

* В 22 года при медицинском осмотре выявлен систолический шум в прекардиальной области, не обследовался. С 32 лет стала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке, в 35 лет впервые диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП). При эхокардиографическом исследовании выявлена ассиметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (толщина межжелудочковой перегородки – 2,2-2,4 см, задней стенки – 1,1 см), уменьшение полости левого желудочка (КДР -4,2 см), нормальные размеры левого предсердия (3,6см) и фракции выброса (ФВ) 68%.

Градиент обструкции в выходном тракте левого желудочка в покое 30 мм. рт. ст., митральная регургитация 2 ст. На фоне терапии метопрололом сукцинатом 100 мг/сут состояние существенно улучшилось, в течение 3 лет одышка не прогрессировала. В последующем появились пароксизмы фибрилляции предсердий, на фоне которых нарастала одышка, беспокоило головокружение, выраженная слабость, купировал приемом бета-адреноблокатора. Последний был заменен на верапамил 240 мг/сут. С 40 лет постоянная форма фибрилляции предсердий, стала прогрессировать одышка, беспокоила уже в покое, появились периферические отеки. С вышеописанными жалобами впервые поступил в стационар.

* При обследовании в стационаре общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

* Биохимический анализ крови

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| Общий белок, г/л | 6,1 | 6,0 – 8,0

| Альбумин, г/л | 3,5 | 3,5-5,5

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,2 | 4,1-5,9

| Общий билирубин, мкмоль/л | 21,4 | <20,5

| АЛТ, ЕД/л | 70 | 7-40

| АСТ, ЕД/л | 40 | 4-40

| Холестерин общий, ммоль/л | 4,9 | 3,3 - 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 3,0 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,2 | мужчины \geq 1,0

женщины \geq 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 1,6 | 0,1 - 1,7

| Мочевина, ммоль/л | 3,3 | 1,6 – 3,3

| Креатинин, ммоль/л | 1,02 | 0,061 – 0,115

| Мочевая кислота, мкмоль/л | 286 | 147 -360

| Калий, ммоль/л | 4,5 | 3,5 - 5,0

| Натрий, ммоль/л | 135 | 136–145

|====

{nbsp}

Таким образом, при лабораторном обследовании отмечалась тенденция к снижению синтетической функции печени (альбумин 3,5 г/л) с умеренным цитолизом (АСТ 45 ЕД/л, АЛТ 70 ЕД/л, билирубин 21,4 мкмоль/л), не было выявлено признаков почечной недостаточности,.

* Электрокардиограмма: фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 95-110 в 1 мин., блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса, Q зубцы во II, III, AVF, V 5-6 отведениях.

* Холтеровское суточное мониторирование ЭКГ: фибрилляция предсердий с

ЧЖС 90-115 в мин, полиморфная желудочковая экстрасистолия, 1 эпизод неустойчивой желудочковой тахикардии.

* Эхокардиография: дилатация полостей левого желудочка (КДР - 6,2 см) и левого предсердия до 5,4 см, уменьшение степени гипертрофии левого желудочка (толщина межжелудочковой перегородки 1,8-2,0 см, толщина задней стенки 1,0 см), ФВ 38 %, дилатация полости правого желудочка 4,5 см, признаки легочной гипертензии АТ/ЕТ =0,25, систолическое давление в легочной артерии 43 мм.рт.ст. При доплер-эхокардиографии градиент обструкции выходного тракта левого желудочка 5,5 мм.рт.ст, митральная регургитация 3 ст, трикуспидальная регургитация 2 ст.

* Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда: не выявлено признаков очагового поражения миокарда.

* Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: признаки застоя в малом круге кровообращения; правосторонний гидроторакс, расширение поперечника сердца (120% от нормы), увеличение ширины легочной артерии на уровне корня правого легкого.

* Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатомегалия, дилатация нижней полой вены до 28 мм (спадение < 50% на вдохе).

* Результаты проведенного клинико-инструментального исследования показали, что у пациента с ГКМП впервые была выявлена дилатационное ремоделирование всех полостей сердца со снижением глобальной сократительной функции миокарда, что клинически проявлялось симптомами бивентрикулярной сердечной недостаточности. Таким образом, у данного больного ГКМП было констатировано развитие «конечной стадии».

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался нормально.

* Перенесенные заболевания. В 39 лет выявлена гиперлипидемия 2 б типа (общий холестерин 6,8 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль/л, ХС ЛНП -4,2 ммоль/л), по поводу чего получает розувастатин 10 мг/сут.

* Наследственность: отец умер в возрасте 78 лет от онкологического заболевания, мать 76 лет страдает ИБС, артериальной гипертонией. Дочери 18, 25 и 28 лет здоровы.

* Курение, использование наркотических веществ – отрицает. Употребление алкоголя – эпизодическое.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Положение ортопное, цианоз губ, набухшие яремные вены, симметричные отеки нижних конечностей до 1/3 бедра. Число дыхательных движений (ЧДД) в покое 22/мин, над нижними отделами легких выслушивались влажные не звонкие хрипы. При аускультации

сердца пансистолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область; систолический шум над мечевидным отростком, усиливающийся на вдохе. При повторных измерениях АД 115/65 мм. рт. ст., ЧСС 96-102 в мин, ритм неправильный, дефицит пульса 15/мин. Увеличение размеров печени (по Курлову 15/5x10x9).

У пациента с ГКМП и бивентрикулярной сердечной недостаточностью следует верапамил

- заменить на дилтиазем, обладающий меньшим отрицательным инотропным эффектом
- отменить, т.к. он противопоказан при хронической сердечной недостаточности III стадии
- снизить до 120 мг/сут, т.к. обладает отрицательным инотропным эффектом
- увеличить до максимальной дозы 420 мг/сут в 3 приема

Учитывая наличие у пациента не обструктивной ГКМП с систолической дисфункцией миокарда левого желудочка, рекомендовано назначить + _____ + с постепенной титрацией дозы с 2,5 мг/сут до максимально разрешенной

- блокатор кальциевых каналов дилтиазем
- нитратоподобный препарат молсидомин
- ингибитор АПФ периндоприл
- ингибитор If –каналов синусового узла ивабрадин

Для улучшения клинических проявлений сердечной недостаточности целесообразно назначить

- малые дозы торасемида
- малые дозы диакарба
- максимальные дозы диакарба
- максимальные дозы торасемида

Для контроля частоты сердечного ритма следует рекомендовать + _____ + мг/сут

- ивабрадин 15
- дизопирамид 600
- аллапинин 150
- дигоксин 0,125

Для снижения риска смерти и клинических проявлений сердечной недостаточности рекомендовано начать прием + _____ + мг/сут

- метопролола в начальной дозе 100
- валсартана два раза 80
- спиронолактона в начальной дозе 25
- спиронолактона в нагрузочной дозе 100

При наличии не обструктивной ГКМП, осложненной постоянной формой фибрилляции и хронической сердечной недостаточностью, для профилактики тромбоемболий следует назначить

- тикагрелор
- ацетилсалициловую кислоту
- варфарин
- абциксимаб

Пациенту следует провести индивидуальную титрацию дозы антикоагулянта с достижением умеренного противосвертывающего эффекта с уровнем МПО

- 1-1,8
- 2-3
- 0,5-1
- 3,0-4,0

Рекомендовать регулярный контроль МНО каждые

- 7-10 дней
- 3-4 месяца
- 2-4-8 недель
- 6 месяцев

У пациента с ХСН IV ФК розувастатин следует

- уменьшить до 5 мг/сут в связи с угрозой рабдомиолиза
- заменить на флувастатин в связи с угрозой рабдомиолиза
- отменить, т.к. при данной тяжести ХСН гиполипидемическая терапия не рекомендована
- увеличить до 20 мг/сут, так как не достигнут целевой уровень ХС ЛНП

Через 3 недели лечения было достигнуто состояние субкомпенсации (уменьшилась одышка, расширился объем выполняемых физических нагрузок, сократились размеры печени, исчез отечный синдром), в связи чем стало возможным назначение + _____ + мг/сут

- антиаритмика I класса пропafenона в терапевтической дозе 450
- блокатора рецепторов ангиотензина II кандесартана 80
- бета-адреноблокатора бисопролола в начальной дозе 1,25
- бета-адреноблокатора блокатора метопролола в начальной дозе 100

Через 3 месяца пациент обратился за консультацией к клиническому фармакологу в связи с нестабильностью показателей МНО, часто с уровнем, ниже рекомендуемого, несмотря на высокую приверженность лечению.

Целесообразно заменить варфарин на антикоагулянт

+ _____+, не требующий контроля МНО

- клопидогрел
- тиклопидин
- дабигатран
- тикагрелор

Последний показатель МНО – 2,0. Переход с варфарина на новый антикоагулянт осуществить по следующей схеме

- клопидогрел
- тиклопидин
- дабигатран
- тикагрелор

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет находится на лечении в кардиологическом отделении.

Диагноз:

Гипертрофическая семейная асимметричная кардиомиопатия, обструктивная форма. Клинический вариант – фибрилляция предсердий. Высокий риск внезапной сердечной смерти (ВСС). Миэктомия доступом из правого желудочка. Нарушение ритма и проводимости: постоянная форма фибрилляции предсердий, полная блокада правой ножки пучка Гиса. ХСН II ФК по NYHA.

Повторные ишемические инсульты в правом полушарии головного мозга.

ХОБЛ. Хронический бронхит курильщика. Эмфизема легких.

Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит. Мочекаменная болезнь. Хроническая болезнь почек (ХБП), III стадия. Артериальная гипертензия.

Гиперлипидемия IIб типа.

Цель консультации клинического фармаколога: оптимизировать

фармакотерапию у пациента с коморбидностью, наличием факторов риска развития побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

Жалобы

На одышку при физической нагрузке (при подъеме на 2 этаж, при убыстрении шага); сердцебиение, перебои в работе сердца; редкие колющие боли в прекардиальной области без четкой связи с физической нагрузкой; головокружение, повышенную утомляемость, общую слабость.

Анамнез заболевания

В 18 лет впервые сказали о шуме в сердце. С 33 лет стали беспокоить одышка и головокружение при быстрой ходьбе, при обследовании была выявлена обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия (толщина межжелудочковой перегородки 2,7 см, пиковый градиент давления в выходном тракте левого желудочка в покое 94 мм рт ст). Получал терапию атенололом по 50 мг 2 раза в сутки. С 41 года присоединились приступы загрудинных болей при физической нагрузке, кардиалгии; по данным эхокардиографии градиент давления без динамики, однако появились регургитация на митральном клапане 2 ст. и дилатация полости левого предсердия до 4,7 см, затем – до 5,0 см. С 45 лет постоянная форма фибрилляции предсердий, ежедневные приступы стенокардии и частые пресинкопальные состояния. Острое нарушение мозгового кровообращения в лобно-височно-теменной области справа в 45 лет, повторно в 46 лет. В 47 лет проведена миэктомия из правого доступа с хорошим клиническим эффектом: приступы стенокардии и пресинкопальные состояния прекратились, уменьшилась одышка при ходьбе. Однако в течение последнего года отмечает постепенное ухудшение состояния с нарастанием вышеописанных жалоб, описанных при поступлении. Принимает атенолол 100 мг/сут, варфарин 5 мг/сут (несмотря на прием различных доз, МНО остается \leq 2,0).

При обследовании в стационаре общий анализ крови без отклонений от нормы. Общий анализ мочи: рН -5,0, удельный вес 1014, белок – 0,65 г/л, эритроциты 5-7, лейкоциты единичные, кристаллы уратов в поле зрения. Суточная протеинурия – 1,1 г/л.

Биохимические анализы крови

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| Общий белок, г/л | 6-8 | 60 - 80

| Альбумин, г/л | 4,5 | 3,5-5,5

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,8 | 4,1-5,9

| Общий билирубин, мкмоль/л | 17,1 | <20,5

| АЛТ, ЕД | 14 | 7-40

| АСТ, ЕД | 15 | 4-40

| Холестерин общий, ммоль/л | 5,9 | 3,3 - 5,0
| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 3,8 | 1,1 – 3,0
| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,0 | мужчины \geq 1,0

женщины \geq 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 2,4 | 0,1 - 1,7
| Мочевина, ммоль/л | 5,3 | 1,6 – 3,3
| Креатинин, ммоль/л | 0,149 | 0,061 – 0,115
| Клиренс креатинина, мл/мин | 47 | 61-120
| Мочевая кислота, мкмоль/л | 625 | 147 -360
| Калий, ммоль/л | 4,5 | 3,5 - 5,0

|====

{nbsp}

Оценка функции почек: MDRD: 46 мл/мин/1,73 кв.м, Кокрофт-Голт: 68 мл/мин (55 мл/мин/1,73 кв.м) - умеренное снижение СКФ - III стадия ХБП.

{nbsp}

Коагулограмма

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения
| АЧТВ (нормализованное отношение) | 1,12 | 60 - 80
| Протромбиновый индекс, % | 112 | 86 – 110
| Международное нормализованное отношение (МНО) | 1,7 | 0,85- 1,15
| Фибриноген, г/л | 2,63 | 1,8 – 4,0

|====

{nbsp}

Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма низко расположена, подвижна, синусы свободные. В легких инфильтративных изменений не определяется. Умеренные признаки хронического бронхита в виде эмфиземы и перибронхиального пневмосклероза. Прикорневой венозный застой. Сердце косо расположено, в первой косой проекции отмечается увеличение размеров левого предсердия.

Электрокардиограмма: фибрилляция предсердий с частотой сокращения желудочков 88-102 в 1 мин. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Эхокардиография: дилатация полости левого предсердия (5,7см x 5,6 x 6,1 см) с псевдоконтрастированием по задней стенке. Остальные камеры сердца в пределах нормы. Регургитация из митрального клапана I ст. Асимметричная гипертрофия стенок левого желудочка: толщина МЖП в базальном сегменте - 1,25 см, в среднем сегменте -1,4-1,9 см, в верхушечном сегменте - 1,9 см с распространением на верхушку; толщина задней стенки 1-1,1 см. Градиент давления в выходном тракте левого желудочка в покое 16 мм. рт. ст., в условиях стресс-эхокардиографии с использованием велоэргометрического теста – возрос до 27 мм рт ст. Среднее давление в легочной артерии 20 мм. рт. ст.

Чреспищеводная эхокардиография: в полости сердца, включая ушки предсердий, признаков тромбоза нет. В левом предсердии отмечается эффект псевдоконтрастирования.

Холтеровское мониторирование ЭКГ: фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений (ЧЖС) днем - 87-151 в мин, средняя ночная - 78 в мин

Желудочковых экстрасистол – 7. Ночью зарегистрирована 1 пауза 2792 мс, достоверной динамики конечной части желудочкового комплекса по 1 и 2 мониторным отведениям не выявлено.

Велоэргометрический тест: мощность последней ступени нагрузки - 90 Вт (51% от должной) при ЧЖС – 156 в мин (101%). Проба прекращена в связи с достижением макс ЧЖС. Достоверной динамики сегмента ST и нарушений ритма не было. Заключение: проба отрицательная, средняя толерантность к физическим нагрузкам. Реакция АД по гипертоническому типу.

Перфузионная томосцинтиграфия миокарда в покое: асимметричная гипертрофия левого желудочка, не выявлены признаки очагового (рубцового) поражения миокарда.

МРТ головного мозга: в правой лобно-височно-теменной области зона постинсультной кистозно-глиозной трансформации размером 9,6x3,4 см с четкими контурами без перифокального отека. В области базальных ядер, перивентрикулярно, в семиовальных центрах определяются очаги сосудистого генеза

ЭЭГ: признаки умеренно выраженной дисфункции срединных структур мозга с заинтересованностью височных отделов, больше правой (умеренные локальные изменения).

Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов: проходимость экстракраниальных отделов сонных и позвоночных артерий не нарушена.

Комплекс интима-медиа увеличен до 1,2 в области бифуркации сонных артерий.

Ультразвуковое исследование: печень, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная и предстательная железы без значимых отклонений от нормы. Почки обычно расположены, с несколько неровными контурами, толщина паренхимы 14-15 мм (норма 15-20 мм). Микролиты в левой почке 3,8x4,0 мм и 4,6x4,0 мм с ультразвуковыми тенями.

Эзофагогастродуоденоскопия: недостаточность кардиального отдела желудка

Анамнез жизни

* Родился 3 ребенком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал, ограничения в физической нагрузке с 27 лет.

* ХОБЛ. Хронический бронхит курильщика. Эмфизема легких.

* Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, мочекаменная

болезнь, артериальная гипертензия (максимальные цифры АД - 165/110 мм рт ст.) диагностированы в 43 лет. Хроническая болезнь почек, III стадия - в 45 лет.

- * Наследственность: отец умер в 76 лет от рака желудка. Мать страдала каким-то заболеванием сердца с молодого возраста, умерла в 75 лет. Старшие два брата страдали обструктивной гипертрофической кардиомиопатией, один умер в 54 года (внезапная сердечная смерть), второй – в 46 лет (рак гортани). У дочери 28 лет выявлена гипертрофия межжелудочковой перегородки 1,4 см. При генетическом исследовании у пробанда и старшей дочери диагностирована миссенс мутация в 22 экзоне гена, кодирующего тяжелую цепь β миозина MYH7 A870C (14 хромосома, экзоны 3-22) – замена аргинина на цистеин.
- * Курит по 1 пачке сигарет в день, 1-2 раза в неделю употребляет крепкие спиртные напитки.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, пациент с абдоминальным типом ожирения (вес -91 кг, рост 175 см, ИМТ 30 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Щитовидная железа и периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. Перкуторно границы сердца расширены влево на 1 см. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, систолический шум парастернально слева в 3 межреберье, ЧСС – 85-92 в 1 мин, дефицит – 6 в 1 мин; АД – 155/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, плотно-эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периодически отмечает отделение мочи бурого цвета.

Основной целью фармакотерапии при ГКМП является

- предотвращение неустойчивой желудочковой аритмии
- уменьшение степени гипертрофии миокарда
- снижение фиброзного поражения миокарда
- уменьшение выраженности клинических проявлений и симптомов заболевания

Пациенту с ГКМП и тахисистолической формой фибрилляции предсердий следует вместо атенолола назначить пролонгированный бета-адреноблокатор с большей кардиоселективностью (сопутствующее заболевание ХОБЛ)

+ _____ + однократно в сутки для улучшения комплаентности

- соталол
- пропранолол
- бисопролол

- небиволол

Дозу бета-адреноблокатора необходимо титровать до достижения ЧЖС + _____ + в минуту

- 66-70
- 50-54
- 55-65
- 71-75

Для лучшего контроля частоты сокращений желудочков пациенту с ГКМП и фибрилляцией предсердий наряду с бета-адреноблокатором следует назначить + _____ + в сутки

- ранолазин 500 мг 2 раза
- никорандил 10 мг 2 раза
- ивабрадин 7,5 мг 2 раза
- дигоксин 0,25 мг 1/2 табл

У пациента низкое МНО вопреки хорошей приверженности к лечению варфарином, поэтому целесообразно отменить варфарин и перейти на прием

- антитромбоцитарного препарата
- другого антагониста витамина К
- тромболитика
- высокоселективного ингибитора фактора Ха

В качестве антикоагулянта следует назначить препарат с однократным применением в сутки, дозу которого не требуется корректировать при умеренных нарушениях функции почек - + _____ + мг/сут

- ривароксабан 15
- дабигатран 150
- клопидогрел 75
- апиксабан 5

Последний показатель МНО- 1,7. Переход с варфарина на новый антикоагулянт осуществить по следующей схеме

- снижать дозу варфарина до уровня МНО 1,5, затем начать прием нового препарата
- начать лечение на следующий день после последнего приема варфарина
- постепенно снижать дозу варфарина на 1/4 табл/сут вплоть до отмены, после чего начать лечение

- совместное применение варфарина и нового препарата в течение 2-х дней, затем – монотерапия

Объяснить пациенту, что при пропуске очередной дозы антикоагулянта он должен

- немедленно принять препарат и на следующий день продолжать его регулярный прием в соответствии с рекомендованным режимом
- удвоить принимаемую дозу для компенсации пропущенной ранее
- в течение 2-х последующих дней применять удвоенную дозу
- на следующий день однократно принять ацетилсалициловую кислоту 100 мг и продолжить регулярный прием препарата

У пациента гиперлипидемия IIb типа. С целью замедления прогрессирования заболевания почек, сохранения клубочковой фильтрации, предупреждения прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний следует назначить гиполипидемический препарат + _____ + с титрацией до целевого значения холестерина ЛНП

- аторвастатин
- никотиновую кислоту
- эзетимиб
- розувастатин

Для коррекции риска прогрессирования уратного тубулоинтерстициального нефрита, мочекаменной болезни, хронической почечной недостаточности рекомендовано

- принимать преднизолон 5 мг/сут для подавления выработки провоспалительных цитокинов
- увеличить дозу аллопуринола до 200 мг/сут, далее титровать до целевого уровня мочевой кислоты в крови
- принимать в качестве дезагреганта ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут
- проводить гемодиализ 2 раза в неделю

На фоне проводимого лечения АД снизилось до 145/90 мм рт ст., ЧЖС – до 62-65 в 1 мин, одышка уменьшилась, но беспокоит пациента. Учитывая значение градиента давления в выходном тракте левого желудочка в нагрузке до 27 мм рт ст, возможно добавление к терапии + _____ + с последующим контролем состояния

- празозина
- гидрохлортиазида

- периндоприла
- моксонидина

Через 3 месяца применения аллопуринола 300 мг/сут пациент достиг целевого уровня мочевой кислоты в крови 358 мкмоль/л, однако было выявлено повышение уровня креатинина до 0,158 ммоль/л, снижение СКД-ЕРІ до 43 мл/мин/1,73 кв.м. Рекомендовано вместо аллопуринола назначить

- празозина
- гидрохлортиазида
- периндоприла
- моксонидина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Вызван клинический фармаколог с целью оптимизации фармакотерапии у пациента с полипрагмазией, коморбидностью, наличием факторов риска развития побочных реакций и межлекарственных взаимодействий.

* Мужчина 42 лет находится третьи сутки в ревматологическом отделении.

+

Диагноз: первичная хроническая тофусная подагра тяжелого течения. Хронический подагрический полиартрит, активность 3-й степени, II рентгенологической стадии. Функциональная недостаточность суставов 3-й степени. Множественные крупные подкожные неизъязвленные тофусы в области ушных раковин, суставов кистей и стоп, изъязвленный тофус в левой пяточной области.

+

ИБС. Стенокардия напряжения – 2 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (Q – образующий ИМ в 2016 г.).

+

Гипертоническая болезнь III стадии, степень повышения АД 2, риск очень высокий.

+

Гиперлипидемия 2 б типа.

+

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

+

На фоне проводимой терапии сохраняются интенсивные боли в суставах, приступы стенокардии.

Жалобы

На постоянные интенсивные боли в левом коленном, голеностопных, плюснефаланговых суставах 1-х пальцев обеих стоп, ряде проксимальных межфаланговых суставов кистей; на приступы давящих болей за грудиной при убыстрении шага (2-3 раза/нед.), проходящие при прекращении движения.

Анамнез заболевания

Впервые приступ острого артрита первого плюснефалангового сустава справа развился 10 лет назад после посещения сауны. В последующем артриты рецидивировали в правом коленном суставе, в межфаланговых суставах рук, постепенно суставной процесс принял полиартритный характер. 2 года назад перенес острый передне-перегородочно-верхушечный инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q, впервые диагностирована сопутствующая подагра с уровнем мочевой кислоты в крови 572 мкмоль/л. После выписки назначенные препараты не принимал (дезагреганты, бета-адреноблокаторы, статины, урикоstatик). Обострения артрита участились до 5–6 раз/год. Неделю назад после алкогольного эксцесса (злоупотребление алкоголем в течение 7 дней) развилось тяжелое обострение в области левого коленного сустава, первого плюснефалангового сустава справа, голеностопных суставов, межфаланговых суставов кистей.

В стационаре назначена терапия диклофенаком 50 мг 2раза/сут, бисопрололом 5 мг/сут, индапамидом 2,5 мг/сут, ацетилсалициловой кислотой 100 мг/сут, аторвастатином 20 мг/сут.

Клинический анализ крови

|====

| Показатель | Результат | Норма

| Лейкоциты 10^9 кл/л | 7,9 | 3,6 - 10

| -нейтрофилы, % | 70,1 | 35 - 76

| -лимфоциты % | 20,1 | 20 - 51

| -моноциты % | 8,1 | 1,7 - 11

| -эозинофилы % | 1,5 | 1 - 5

| -базофилы % | 0,3 | 0 - 1

| Эритроциты (RBC) 10^{12} кл/л | 4,93 | 4,1 - 5,3

| Гемоглобин (HGB) г/л | 149 | 120 - 140

| Гематокрит (HCT) % | 40,8 | 36 - 42

| Средний объем эритроцита (MCV), фл | 83 | 75 - 95

|====

{nbsp}

Биохимический анализ крови

|====

| Показатели | Результат | Норма

| Общий белок, г/л | 68 | 64 - 83
| Альбумины, % | 58 | 55,8-66,1
| Аланинаминотрансфераза (АЛТ), Ед/л | 48 | < 41
| Аспартатаминотрансфераза (АСТ), Ед/л | 51 | < 40
| Билирубин общий, мкмоль/л | 18 | 5-20
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 2,2 | 1,25-5,0
| Глюкоза, ммоль/л | 5,4 | 4,1-5,9
| Креатинин, мкмоль/л | 110 | 80 - 115
| Клиренс креатинина по Кокрофт-Голт, мл/мин х 1,73м² | 82 | 80-150
| Мочевая кислота, мкмоль/л | 581 | 210 - 360
| Общий холестерин, ммоль/л | 5,8 | 3,3 - 5,2
| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 3,52 | 1,1 – 3
| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,1 | 1,15 - 2,6
| Триглицериды, ммоль/л | 2,6 | 0,1 — 1,7
| С-реактивный белок, мг/л | 18,9 | 0-5

|====

{nbsp}

Клинический анализ мочи

|====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Цвет | соломенно-желтый |

| Прозрачность | прозрачная |

| Удельная плотность (SG), г/мл | 1,019 | 1,018 - 1,03

| Кислотность (pH) | 5,5 | 5 - 6

| Лейкоциты (LEU), в 1 мкл | 2-4 | 0 - 5

| Нитриты (NIT) | 0 | 0

| Белок (PRO), г/л | 0,3 | 0 - 0,3

| Глюкоза (GLU), ммоль/л | 0 | 0

| Кетоны (KET), ммоль/л | 0 | 0 - 0,5

| Эритроциты (BLD), в 1 мкл | 1 - 2 | 0 - 2

|====

{nbsp}

* Электрокардиограмма. Ритм синусовый, ЧСС 64-68 в 1мин. Отклонение электрической оси влево. Рубцовые изменения передне-перегородочной и верхушечной областях. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

* Рентгенография кистей и стоп: сужение суставных щелей проксимальных и дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и стоп. Эрозии 2–4 проксимальных межфаланговых суставов, кистовидные просветления костной ткани округлой формы с четкими границами в области 2,3 проксимальных

фаланг обеих кистей, просветление неправильной формы в области первого плюсне-фалангового сочленения с обеих сторон, пяточной кости слева.

* Эхокардиография: створки аортального и митрального клапанов уплотнены, небольшая дилатация полости левого предсердия (4,3х4,4х5,5 см), гипертрофия миокарда левого желудочка: толщина межжелудочковой перегородки - 1,2 см, задней стенки – 1,2 см, фракция выброса левого желудочка 55%. Гипокинез передне-перегородочной области межжелудочковой перегородки и верхушки с компенсаторным гиперкинезом задней стенки. Диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу.

* Эзофагогастродуоденоскопия: недостаточность кардиального отдела желудка, явления гастрита в пилорическом отделе, рубцовые изменения в луковице двенадцатиперстной кишки. Анализ на хеликобактер пилори отрицательный.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения – 2 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (Q –образующий ИМ от 2016 г.).

+

Гипертоническая болезнь III стадии, степень повышения АД 2, риск очень высокий.

+

Гиперлипидемия 2 б типа.

+

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в течение 10 лет с обострениями 1 раз в 3 года.

* Наследственность: отец и дед со стороны отца страдали подагрой.

* Выкуривает по 1/3 пачки сигарет в сутки, злоупотребляет алкоголем

* Профессиональных вредностей не имеет

* Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда

Объективный статус

Состояние средней тяжести, вынужденное положение из-за болей в левом коленном суставе, деформация коленных (больше левого), межфаланговых, голеностопных суставов. Гиперемия, гипертермия, отечность вышеуказанных суставов. Множественные подкожные образования кремоватого цвета с локализацией на ушных раковинах, в области разгибательных поверхностей суставов кистей, стоп, изъязвленное образование размером 1,5×1,0 см) с белым творожистым отделяемым в левой пяточной области. Рост - 174 см, вес – 90 кг, индекс массы тела – 29,7 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца увеличены влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет, ЧСС – 76 в 1 мин, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень – по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Подкожные образования в области проксимальных межфаланговых суставов левой кисти и в области первого плюсне-фалангового сочленения правой стопы.

Дополнительная информация

Для выбора нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) с целью обеспечения обезболивающего и противовоспалительного эффектов при подагрическом артрите 3 ст. активности необходимо оценить риск НПВП-ассоциированных сердечно-сосудистых осложнений

У данного пациента + _____ + риск сердечно-сосудистых осложнений

- низкий
- умеренный
- очень высокий
- высокий

Риск НПВП-ассоциированных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта у пациента

- высокий
- низкий
- умеренный
- очень высокий

По поводу подагрического артрита с учетом НПВП-ассоциированных категорий риска осложнений у пациента необходимо назначить вместо диклофенака + _____ + мг/сут

- целекоксиб 200
- кетопрофен 100
- индометацин 200
- фенилбутазон 600

Для длительной профилактики НПВП-гастропатии у данного пациента с коморбидностью следует рекомендовать

- фамотидин (H₂ блокатор гистаминовых рецепторов)
- омепразол (ингибитор протонной помпы)
- пантопразол (ингибитор протонной помпы)
- ранитидин (H₂ блокатор гистаминовых рецепторов)

Планируемая продолжительность применения НПВП у данного пациента

- курсами по 2-3 недели в больших дозах в периоды суставных атак
- не более 7-10 дней в минимальных дозах для купирования острого артрита
- 5-10 дней в больших дозах, далее 6 мес в поддерживающих дозах на фоне гипоурикемической терапии
- постоянный непрерывный прием в течение нескольких лет в средних дозах

Пациенту следует заменить антитромбоцитарную терапию ацетилсалициловой кислотой на клопидогрел в связи с тем, что применение ацетилсалициловой кислоты в низких дозах

- снижает экскрецию мочевой кислоты и может спровоцировать обострение подагры
- задерживает натрий, воду, в результате чего повышает уровень АД
- снижает эффективность антигипертензивных препаратов
- повышает экскрецию мочевой кислоты и может спровоцировать острую уратную нефропатию

У пациента с частыми обострениями подагрического артрита в сочетании с Q – образующим ИМ в анамнезе, артериальной гипертонией целесообразно вместо индапамида назначить

- ирберсартан
- эналаприл
- моноприл
- периндоприл

Препаратом выбора в качестве патогенетической антигиперурикемической терапии является

- фебуксостат
- алопуринол
- пеглотиказа
- анакинра

Следует начать прием антигиперурикемического препарата после купирования клинических проявлений активности подагрического артрита следует по схеме

- вначале - 100 мг/сут, затем увеличивать каждые 2-4 нед по 100 мг/сут до достижения целевого уровня мочевой кислоты в крови
- 600 мг/сут 3 месяца, затем при необходимости уменьшать или увеличивать дозу, ориентируясь на целевой уровень мочевой кислоты

- вначале в средней дозе 300 мг/сут, затем увеличивать на 100 мг каждую неделю до максимально разрешенной - 900мг/сут
- 100 мг/сут, затем дозу увеличивать на 50-100мг/сут до достижения целевого уровня урикозурии

Целевой уровень мочевой кислоты при лечении тофусной подагры с частыми обострениями составляет < + _____ + мкмоль/л

- 360
- 460
- 200
- 180

Пациент выписан из стационара с улучшением, через 1 месяц применения урикостатика уровень мочевой кислоты в крови снизился до 452 мкмоль/л, однако обострился артрит правого коленного сустава. Тактикой врача является _____

- назначение фенилбутазона по 150 мг 2 раза/сут до купирования артрита, затем по 150 мг/сут в течение 6 мес для профилактики суставных атак
- замена НПВП на колхицин: в первый день по 1 мг 3 раза/сут, во второй и третий дни по 1мг 2 раза, затем по 1 мг/сут вечером в течение 6 мес для профилактики суставных атак
- замена урикостатика на урикозурик в комплексе с ощелачиванием мочи в течение 2-х месяцев, постепенно наращивать дозу
- замена предыдущего урикостатика на другой, с постепенным увеличением дозы каждые 2-3 недели до целевого уровня мочевой кислоты

Через 6 месяцев лечения у пациента появилась макулопапулезная обильная сыпь на коже, которая проходила при отмене урикостатика. Следует рекомендовать

- назначение фенилбутазона по 150 мг 2 раза/сут до купирования артрита, затем по 150 мг/сут в течение 6 мес для профилактики суставных атак
- замена НПВП на колхицин: в первый день по 1 мг 3 раза/сут, во второй и третий дни по 1мг 2 раза, затем по 1 мг/сут вечером в течение 6 мес для профилактики суставных атак
- замена урикостатика на урикозурик в комплексе с ощелачиванием мочи в течение 2-х месяцев, постепенно наращивать дозу
- замена предыдущего урикостатика на другой, с постепенным увеличением дозы каждые 2-3 недели до целевого уровня мочевой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Клинический фармаколог вызван на консультацию с целью оптимизировать фармакотерапию в связи с ее малой эффективностью и возможностью межлекарственных взаимодействий у пациента с коморбидностью.

* Мужчина 60 лет находится в ревматологическое отделение.

* Диагноз:

+

Первичная хроническая тофусная подагра тяжелого течения. Хронический подагрический артрит правого коленного, обоих голеностопных, первых плюснефаланговых, лучезапястных суставов, межфаланговых суставов кистей и стоп, активность 3-й степени, II рентгенологической стадии. Функциональная недостаточность суставов 2-й степени. Ампутация 2 пальца правой стопы.

Подкожные неизъязвленные тофусы в области кистей и стоп.

+

Хроническая болезнь почек 3 стадии. Хроническая подагрическая нефропатия.

+

Гипертоническая болезнь 2 ст., 3 степень повышения АД, риск 4.

+

Гиперлипидемия 2б типа.

Жалобы

На постоянные интенсивные боли, припухлость и покраснение в области правого коленного, левого голеностопного сустава, плюснефаланговых суставов обеих стоп, незаживающую в течение 1 года рану в области 2-го пальца правой стопы после ампутации, выполненной год назад.

Анамнез заболевания

В 45 лет впервые развился острый артрит плюснефалангового сустава 1-го пальца правой стопы. Первое обращение к врачу спустя несколько лет после череды рецидивирующих артритов одного и того же плюснефалангового сустава. Выявлена гиперурикемия 456 мкмоль/л, поставлен диагноз «подагра, хронический подагрический артрит», начата терапия аллопуринолом 100 мг/сут, доза которого не пересматривалась на протяжении 12 лет. В дальнейшем присоединились артриты одноименного сустава левой стопы, обоих коленных голеностопных, локтевых, лучезапястных суставов, пястно-фалангового сустава 2-го пальца правой кисти, частота обострений - 5-6 раз/год. В области суставов кистей и стоп появились подкожные образования (тофусы) с нарастанием размеров и количества. Приступы артритов купировал в/м инъекциями кеторолака, диклофенака, мелоксикама, ксефокама с

недостаточным обезболивающим и противовоспалительным эффектами.

Принимал биологически активные добавки с целью снижения уровня мочевой кислоты в крови.

Ретроспективный анализ амбулаторной карты выявил постоянную гиперурикемию со значениями мочевой кислоты 571-623 мкмоль/л. Год назад обратился к хирургу в связи с выраженными явлениями артрита 2-го пальца правой стопы, которые сопровождались нейтрофильным лейкоцитозом без сдвига влево ($11,0 \times 10^9$ /л), ускорением СОЭ до 46 мм/ч. Состояние расценено как «острый гнойный артрит», выполнена ампутация 2-го пальца правой стопы, получено большое количество творожистого белого отделяемого с отсутствием гнойного экссудата. Рана зажила вторичным натяжением, сохраняется кожный дефект в основании 2-го пальца правой стопы с периодическим отхождением из раны тофусных масс. 6 мес назад лечился в стационаре с диагнозом «Хроническая подагрическая нефропатия с поражением почек по типу хронического интерстициального нефрита. Хроническая болезнь почек (ХБП) 2 стадии». После выписки, несмотря на рекомендации увеличить дозу аллопуринола, продолжал принимать его по 100 мг/сут, последовала череда обострений хронического подагрического артрита.

* В настоящее время в стационаре в клиническом анализе крови: гемоглобин - 144 г/л, эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9$ /л, формула не изменена, СОЭ - 38 мм/час.

* Биохимический анализ крови: глюкоза - 5,4 ммоль/л, холестерин общий - 7,2 ммоль/л, триглицериды - 2,5 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности - 5,15 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности - 1,0 ммоль/л, креатинин - 178 мкмоль/л, мочевая кислота - 525 мкмоль/л, общий белок - 60 г/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 34 Ед/л, кальций - 1,7 ммоль/л, калий - 3,4 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, С-реактивный белок - 110 г/л, ревматоидный фактор - отрицательный. MDRD: 36 мл/мин/1,73 кв.м. Скорость клубочковой фильтрации по Кокрофт-Голт 49 мл/мин (42 мл/мин/1,73 кв.м), MDRD - 36 мл/мин/1,73 кв.м.

* Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, pH - 4,2, белок - 0,6 г/л, лейкоциты 1-2 в поле/зр., эритроциты 1-2 в поле/зр. Анализ мочи на суточную протеинурию: 1800 мг. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 3000, лейкоциты - 2100, гиалиновые цилиндры - 5.

* ЭКГ: ритм синусовый, отклонение электрической оси сердца влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

* Рентгенография кистей: эрозии и кистовидные просветления костной ткани округлой формы с четкими границами в области проксимальных и дистальных межфаланговых суставов обеих кистей, сужение суставных щелей.

* Рентгенография суставов стоп: кистовидные просветления в эпифизах костей, мелкие эрозии на суставных поверхностях, сужение суставных щелей ряда пястно-фаланговых и межфаланговых суставов, значительное уплотнение

околосуставных мягких тканей в проекции плюснефаланговых суставов.

* УЗИ почек: бугристость контуров почек, уменьшение толщины паренхимы с множественными очагами фиброза до 4–5 мм.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: в течение 14 лет артериальная гипертензия с максимальным подъемом АД до 185/110 мм рт ст, последние 8 лет принимает эналаприл 10 мг/сут и гипотиазид 25 мг/сут, рабочие цифры АД 145-155/90-100 мм рт ст.

* Наследственность: отец и дед со стороны отца страдали подагрой.

* Н курит, употребляет крепкие спиртные напитки 1-2 раза в неделю,

* Аллергии на лекарственные препараты и пищу не отмечает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 88 кг, ИМТ- 30,4 кг/м².

Температура нормальная. Болезненность при пальпации и деформация правых коленного, лучезапястного и обоих голеностопного суставов с локальной гиперемией и гипертермией, отек тыла правой стопы, преимущественно у основания пальцев, множественные тофусы с локализацией на кистях и стопах. Отсутствует 2 палец правой стопы.

{nbsp}

{nbsp}

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 72 уд/мин. АД 175/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Учитывая наличие у пациента подагры, ХБП 2 стадии и нарушений электролитного обмена, следует

- отменить гипотиазид
- назначить оротат калия
- внутривенно вводить 5% раствор глюкозы
- отменить эналаприл

Целесообразно пациенту с артериальной гипертензией с подагрой и ХБП назначить комбинированную антигипертензивную терапию

- торасемидом 10 мг/сут и празозином 50 мг/сут
- алискиреном 150 мг/сут и каптоприлом 50 мг/сут

- индапамидом 2,5 мг/сут и клофелином 0,3 мг
- периндоприлом 10 мг/сут и амлодипином 10 мг/сут

Целевым уровнем систолического АД у пациента с ХБП и протеинурией является < + _____ + мм рт ст

- 130
- 140
- 110
- 120

Пациенту с подагрой в сочетании с ХБП не рекомендовано применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Поэтому по поводу обострения артрита во многих суставах целесообразно назначить

- перорально преднизолон 30 мг/сут с быстрой отменой в течение 5-7 дней с полной отменой за 10-14 дней
- периартикулярно бетаметазон по 1 мл около суставов с клиническими проявлениями артрита
- внутривенно инфузионно пеглотиказу 8 мг 1 раз в 2 недели
- перорально колхицин 4 мг/сут в течение 2 месяцев

Эффект от курса лечения противовоспалительным препаратом в отношении обострения артрита был кратковременным. Следует назначить

- анакинру 100 мг п/к 1 раз/сут
- фебуксостат 120 мг перорально 1 раз/сут
- колхицин по 2 мг 2 раза/сут
- пеглотиказу 8 мг инфузионно 1 раз в 2 нед

Пациент с артериальной гипертензией и повышением АД до 185/110 мм рт ст, с ХБП 2 стадии относится к категории высокого риска смерти. В соответствии с рекомендациями следует назначить гиполипидемическую терапию в виде с титрацией дозы до целевого уровня холестерина ЛНП

- ингибитора всасывания холестерина
- фибрата
- статина
- никотиновой кислоты

Рекомендуемый целевой уровень ХС ЛНП у пациента с высоким сердечно-сосудистым риском составляет \leq + _____ + ммоль/л

- 1,8
- 2,5
- 3,0
- 3,5

Препаратом выбора в качестве патогенетической антигиперурикемической терапии является

- алопуринол
- пеглотиказа
- фебуксостат
- анакинра

После купирования клинических проявлений острого подагрического артрита у пациента с сопутствующей ХБП следует начать прием антигиперурикемического препарата по схеме + _____ + до целевого уровня мочевой кислоты

- вначале в средней дозе 300 мг/сут, затем увеличивать каждую неделю на 100 мг под контролем уровня тромбоцитов
- 100 мг/сут в 1 раз/сут после еды с большим количеством жидкости длительно
- вначале - 100 мг/сут, затем увеличивать каждые 2-4 нед по 100 мг/сут под контролем функции почек
- курсовое лечение по 600-800 мг/сут в 2-3 приема/сут 6 месяцев с контролем урикозурии

Целевой уровень мочевой кислоты при лечении тофусной подагры с частыми обострениями составляет < + _____ + мкмоль/л

- вначале в средней дозе 300 мг/сут, затем увеличивать каждую неделю на 100 мг под контролем уровня тромбоцитов
- 100 мг/сут в 1 раз/сут после еды с большим количеством жидкости длительно
- вначале - 100 мг/сут, затем увеличивать каждые 2-4 нед по 100 мг/сут под контролем функции почек
- курсовое лечение по 600-800 мг/сут в 2-3 приема/сут 6 месяцев с контролем урикозурии

Дополнительная информация

На фоне приема антигиперурикемического препарата уровень мочевой кислоты в крови снизился до 453 ммоль/л. Однако на очередном этапе увеличения дозы урикостатики повысился уровень креатинина крови и снизилась скорость клубочковой фильтрации почек.

В связи с этим целесообразно заменить предыдущий урико статик на + _____ + с постепенной титрацией дозы

- уратоксидазу
- бензбромарон
- сульфипиразон
- фебуксостат

Через 3 месяца применения антигиперурикемического препарата в полной дозе уровень мочевой кислоты в крови снизился до 370 ммоль/л. Следует рекомендовать для усиления антигиперурикемического эффекта

- уратоксидазу
- бензбромарон
- сульфипиразон
- фебуксостат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

- * Женщина 64 лет поступила в ревматологическое отделение.
- * Вызван на консультацию клинический фармаколог с целью оптимизации фармакотерапии у пациентки с коморбидностью и повышения эффективности лечения основного заболевания, предупреждения нежелательного межлекарственного взаимодействия.
- * Диагноз: первичная хроническая тофусная подагра тяжелого течения. Хронический подагрический артрит правого коленного, голеностопных суставов, правого лучезапястного сустава, суставов кистей и стоп, активность 3-й степени, II рентгенологической стадии. Функциональная недостаточность суставов 2-й степени. Подкожные неизъязвленные тофусы в области суставов кистей,
- * Хроническая болезнь почек 4 стадии. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Нефролитиаз слева.
- * ИБС. Стенокардия 1-2 ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 ст., 3 степень повышения АД, риск 4. ХСН 3 ст, 2 ФК по NYHA.
- * Ожирение 1 ст.
- * Гиперлипидемия 2б типа.

Жалобы

Боль и припухлость мелких суставов кистей, боли в правом коленном, обоих голеностопных суставах, повышение температуры тела до 37,2 °С; головные

боли на фоне повышение артериального давления (АД) до 180/100 мм рт ст, слабость.

Анамнез заболевания

* 10 лет назад впервые развился острый артрит левого голеностопного сустава, в последующем регулярные приступы артритов лучезапястных и межфаланговых суставов кистей до 3-4 раз в год, сопровождались гиперемией кожи над суставами, повышением общей и локальной температур. Для купирования артритов принимала различные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Ухудшение состояния в последние 2 недели, когда на фоне повышения температуры тела до 37,2°C, появились боли и припухание правого коленного, голеностопных суставов, мелких суставов кистей и стоп, отеки голеней, стоп, в связи с чем самостоятельно ежедневно принимала кетопрофен и диклофенак в максимальных дозах, которые не обеспечивали достаточного обезболивающего и противовоспалительного эффектов. Для уменьшения отечного синдрома самостоятельно добавила фуросемид 40-80 мг/сут. Появилась выраженная слабость.

* Данные лабораторных исследований при поступлении. Клинический анализ крови: гемоглобин -134 г/л, эритроциты- 4,9×10¹²/л, лейкоциты – 9,8×10⁹/л, формула не изменена, СОЭ -45 мм/ч.

Биохимический анализ крови

|====

| Показатели | Результат | Норма

| Общий белок, г/л | 60 | 64 - 83

| Альбумины, % | 56 | 55,8-66,1

| Аланинаминотрансфераза (АЛТ), Ед/л | 32 | < 41

| Аспартатаминотрансфераза (АСТ), Ед/л | 44 | < 40

| Билирубин общий, мкмоль/л | 18 | 5-20

| Билирубин прямой, мкмоль/л | 2,2 | 1,25-5,0

| Глюкоза, ммоль/л | 5,8 | 4,1-5,9

| Креатинин, мкмоль/л | 210 | 80 - 115

| Клиренс креатинина по Кокрофт-Голт, мл/мин x 1,73 м² | 29 | 80-150

| Кальций общий, ммоль/л | 2,15 | 2,15-2,50

| Калий, ммоль/л | 3,4 | 3,5-5,0

| Натрий, ммоль/л | 135 | 136-145

| Мочевая кислота, мкмоль/л | 495 | 210 - 360

| Общий холестерин, ммоль/л | 7,4 | 3,3 - 5,2

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 4,1 | 1,1 – 3

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 0,9 | 1,15 - 2,6

| Триглицериды, ммоль/л | 3,9 | 0,1 – 1,7

| С-реактивный белок, мг/л | 11, | 0-5

|====

{nbsp}

* Ревматоидный фактор – отрицательный.

* Общий анализ мочи: относительная плотность -1007, рН- 4,2, белок - 0,6 г/л, лейкоциты 4–5 в поле/зр., эритроциты 2–4 в поле/зр., глюкоза, цилиндры отсутствуют. Анализ мочи на суточную протеинурию: 1800 мг. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 3000,

* лейкоциты - 2100, гиалиновые цилиндры - 5.

* Рентгенография кистей: сужение суставных щелей проксимальных и дистальных межфаланговых суставов обеих кистей. Эрозии 2–4 проксимальных межфаланговых суставов, кистовидные просветления костной ткани округлой формы с четкими границами в области 2,3 проксимальных фаланг обеих кистей.

* УЗИ почек: размеры уменьшены, контуры неровные; паренхима 4 мм, эхогенность ее повышена. В проекции чашечно-лоханочной системы левой почки два гиперэхогенных образования диаметром 12 мм с акустическими тенями, чашечно-лоханочная система не расширена.

* Компьютерной томографии брюшной полости без контрастирования: правая почка - 80×50 мм, левая – 74×42 мм, контуры неровные, четкие, конкременты не визуализируются, печень селезенка, забрюшинные лимфатические узлы не увеличены.

* Эхокардиография: створки аортального и митрального клапанов уплотнены, небольшая дилатация полости левого предсердия (4,4×4,5×5,6см), гипертрофия миокарда левого желудочка: толщина межжелудочковой перегородки - 1,3 см, задней стенки – 1,3 см, фракция выброса левого желудочка 57%.Диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу.

* Эзофагогастродуоденоскопия: недостаточность кардиального отдела желудка, явления гастрита в пилорическом отделе. Анализ на хеликобактер пилори отрицательный. Назначена противоязвенная терапия пантопразолом 40 мг до завтрака.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: в течение 20 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 200/110 мм рт ст, последние 5 лет принимает эналаприл 10 мг/сут, гипотиазид 25 мг/сут, рабочие цифры АД 140-150/90-100 мм рт ст.

+

ИБС дебютировала инфарктом миокарда в 58 лет, приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца на фоне большой физической нагрузки, принимает ацетилсалициловую кислоту 100 мг 1 раз/сут.

* Наследственность: отец, брат отца и дед со стороны отца страдали подагрой.

* Не курит, пиво употребляет 1-2 раза в неделю.

* Аллергии на лекарственные препараты и пищу не отмечает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 164 см, вес 90 кг, ИМТ 33,5 кг/м².

Температура тела 37,3°C. Отек и гиперемия кожи нижней трети голени и стоп, над правым коленным и 1, 2, 3 проксимальных и дистальных межфаланговых суставов обеих стоп, болезненность при пальпации, повышение местной температуры. Дефигурация правых коленного и лучезапястного суставов, ограничение сгибания из-за болей. Крупные тофусы в области межфаланговых суставов 2-3 пальцев правой кисти и 5 пальца левой кисти.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 уд/мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание учащено до 10–15 раз/сут, никтурия 3–4 раза за ночь.

В первую очередь, учитывая наличие у пациентки подагры, хронической болезни почек 4 ст. и нарушений электролитного обмена, следует

- назначить в/в введение 5% раствора глюкозы
- отменить фуросемид, гипотиазид, индапамид
- назначить оротат калия
- отменить эналаприл и пантопразол

Целесообразно у пациентки с ИБС и Q –образующим ИМ в анамнезе, ХБП заменить эналаприл на

- периндоприл
- моноприл
- эпросартан
- ирберсартан

Далее, для стабилизации АД у пациентки с постинфарктным кардиосклерозом, подагрой и ХБП рекомендовано назначить

+ _____ +, учитывая, что ранее двухкомпонентная терапия была малоэффективной

- лерканидипин и хлорталидон
- бисопролол и амлодипин
- соталол и фелодипин
- празозин и торасемид

Для купирования обострения подагрического артрита следует удалить синовиальную жидкость, промыть правый коленный сустав и ввести внутрисуставно

- кеторолак
- трамадол
- гидрокортизон
- беклометазон

В связи с тем, что ранее клинические проявления обострения артритов в других суставных группах сохранялись на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, следует рекомендовать

- перорально фенилбутазон 150 мг/сут в течение 2 месяцев
- периартикулярно бетаметазон по 1 мл около суставов с клиническими проявлениями артрита
- перорально преднизолон 30 мг/сут с быстрой отменой в течение 5-7 дней
- внутривенно инфузионно пеглотиказу 8 мг 1 раз в 2 недели

Эффект от короткого курса предыдущего лечения в отношении клинических проявлений артритов был кратковременным. Рекомендовано назначить

- анакинру 100 мг п/к 1 раз/сут
- фебуксостат 120 мг перорально 1 раз/сут
- индометацин по 100 мг 2 раза/сут
- пеглотиказу 8 мг инфузионно 1 раз в 2 нед

Заменить антитромбоцитарную терапию ацетилсалициловой кислотой на клопидогрел в связи с тем, что она в низких дозах

- снижает эффективность антигипертензивных препаратов
- повышает экскрецию мочевой кислоты и может спровоцировать обострение подагры
- задерживает натрий, воду, в результате чего повышает уровень АД
- снижает экскрецию мочевой кислоты и может спровоцировать обострение подагры

Препаратом выбора в качестве патогенетической антигиперурикемической терапии является

- фебуксостат
- анакинра
- пеглотиказа
- алопуринол

Необходимо начать прием антигиперурикемического препарата после купирования клинических проявлений активности подагрического артрита по схеме

- вначале - 100 мг/сут, затем увеличивать каждые 2-4 нед по 100 мг/сут до достижения целевого уровня мочевой кислоты
- 100 мг/сут, затем дозу увеличивать на 50-100 мг/сут до целевого уровня урикозурии
- вначале в средней дозе 300 мг/сут, затем увеличивать на 100 мг каждую неделю до максимально разрешенной – 900 мг/сут
- 600 мг/сут 3 месяца, затем при необходимости уменьшать или увеличивать дозу, ориентируясь на целевой уровень мочевой кислоты

Целевой уровень мочевой кислоты при лечении тофусной подагры с частыми обострениями составляет + _____ + мкмоль/л

- < 460
- < 180
- < 360
- < 200

Пациентка выписана из стационара с улучшением, через 1 месяц применения урикостатика уровень мочевой кислоты в крови – снизился до 452 мкмоль/л, однако обострился артрит левого локтевого сустава. Следует назначить

- назначить фенилбутазон по 150 мг 2 раза/сут до купирования артрита, затем по 150 мг/сут в течение 6 мес для профилактики суставных атак
- колхицин в первый день по 1 мг 3 раза/сут, во второй и третий дни по 1 мг 2 раза, затем по 1 мг/сут вечером в течение 6 мес для профилактики суставных атак
- заменить предыдущий урикостатик на другой, начинать постепенное увеличение дозы каждые 2-3 недели до целевого уровня мочевой кислоты
- заменить урикостатик на урикозурик в комплексе с ощелачиванием мочи в течение 2-х месяцев, постепенно наращивать дозу

Через 6 месяцев лечения у пациента появилась макулопапулезная обильная сыпь на коже, которая проходила при отмене урикостатика, в связи с этим следует

- назначить фенилбутазон по 150 мг 2 раза/сут до купирования артрита, затем по 150 мг/сут в течение 6 мес для профилактики суставных атак

- колхицин в первый день по 1 мг 3 раза/сут, во второй и третий дни по 1 мг 2 раза, затем по 1 мг/сут вечером в течение 6 мес для профилактики суставных атак
- заменить предыдущий урикоостатик на другой, начинать постепенное увеличение дозы каждые 2-3 недели до целевого уровня мочевой кислоты
- заменить урикоостатик на урикозурик в комплексе с ощелачиванием мочи в течение 2-х месяцев, постепенно наращивать дозу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Консультация врачом - клиническим фармакологом больного в стационаре.

Цель консультации: решение вопроса о коррекции антибактериальной терапии, оценка межлекарственного взаимодействия антибактериальных препаратов из группы карбапенемов и антиконвульсантов - препаратов вальпроевой кислоты.

Жалобы

Жалоб не предъявляет, так как у пациента угнетено сознание до сопора.

Анамнез заболевания

Согласно анамнезу и медицинской документации - Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Правосторонняя острая субдуральная гематома с компрессией вещества мозга

Хирургическое лечение:

Трепанация черепа в правой теменной области, удаление острой субдуральной гематомы 70 мл, дренирование субдурального пространства

Осложнения: Вторичный гнойный менингит. Отек головного мозга.

Дислокационный синдром. Судорожный синдром. На вторые сутки после оперативного лечения появился судорожный синдром в виде генерализованных тонико – клонических судорог. Назначена вальпроевая кислота в дозе 1000 мг х 2р в день в/в. Через четыре дня после оперативного вмешательства у пациента появилась гипертермия до 39 С, угнетение сознания до сопора.

Анамнез жизни

Возраст 45 лет. Работает. Курит 1 пачка в день. Выпивает по праздникам.

Физически активен. Сопутствующих заболеваний со слов родственников нет.

Аллергический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние пациента тяжелое. Уровень сознания сопор. Шкала Ком Глазго – 9 баллов. Менингеальные симптомы положительны. Т 39.1С. Проводится ИВЛ.

Гемодинамика стабильная. АД 134/76 мм.рт.ст. ЧСС – 87 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Вес 76 кг, рост 174 см.

Данные лабораторного обследования

По данным клинического анализа крови: гемоглобин 125 г/л, тромбоциты - 150×10^9 /л. лейкоциты 17×10^9 /л. По данным биохимического анализа крови: калий - 4.1 ммоль/л, креатинин - 119 мкмоль/л. (клиренс креатинина по формуле Кокрофт-Голта 68 мл/мин, АЛТ 21 Ед/л, АСТ -20 Ед/л. С-реактивный белок - 226 Ликвор: Прозрачность до центрифугирования – мутная; Прозрачность после центрифугирования – не полная. Цитоз $2300,0 \times 10^6$ в л. Лимфоциты 2%, Нейтрофилы 98%. По данным ЭКГ: Ритм синусовый. Вертикальное положение электрической оси сердца. ЧСС – 86 в мин.

Наиболее вероятным основным возбудителем вторичного гнойного менингита у данного больного является + _____+, но не исключается роль энтеробактерий и неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов

- Staphylococcus aureus
- Pseudomonas aeruginosa
- Enterococcus faecalis
- Proteus vulgaris

Препаратом выбора для стартовой эмпирической терапии у данного больного является + _____+ в дозе + _____+ г + _____+ раз/раза в/в

- меропенем; 1; 3
- цефепим; 2; 2
- меропенем; 2; 3
- амикацин; 1,5; 1

Фармакокинетический параметр, имеющий наибольшее значение при выборе антибактериальной терапии для лечения менингита, - это

- клиренс
- доля вещества, экскретируемая в неизменном виде
- объем распределения
- период полувыведения

При получении микробиологического исследования ликвора: Pseudomonas aeruginosa в титре 10^5 , нецелесообразно назначение

- эртапенем
- меропенем

- дорипенем
- имипенем

При совместном применении меропенема и вальпроевой кислоты, назначенной больному по поводу судорожного синдрома, следует иметь в виду

- снижение антимикробной активности меропенема
- нефротоксичность
- гепатотоксичность
- снижение противосудорожного эффекта вальпроевой кислоты

Следует иметь в виду возможность уменьшения проникновения меропенема через гематоэнцефалический барьер при совместном применении с

- омепразолом
- фуросемидом
- линезолидом
- дексаметазоном

При подозрении на наличие у пациента микроаспирации и появления инфильтративных изменений в верхней доле правого лёгкого препаратом выбора является

- кларитромицин
- цефоперазон
- амикацин
- меропенем

При выделении из ликвора грамотрицательных бактерий, продуцирующих карбапенемазы, интратекально вводится

- меропенем
- полимиксин В
- цефтриаксон
- линезолид

Применение полимиксина нецелесообразно при выделении из ликвора

- *_Pseudomonas aeruginosa_*
- *_Escherichia coli_*
- *_Klebsiella pneumoniae_*
- *_Staphylococcus aureus_*

В связи с высокой нефротоксичностью, у данного больного следует избегать применения

- кларитромицина
- амикацина
- меропенема
- линезолида

При выделении из ликвора у данного больного метициллин-резистентного золотистого стафилококка (MRSA) препарат выбора

- линезолид
- меропенем
- оксациллин
- цефтриаксон

При назначении линезолида следует иметь в виду возможность развития серотонинового синдрома при совместном применении с

- линезолид
- меропенем
- оксациллин
- цефтриаксон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Мужчина 47 лет находится на лечении в кардиологическом отделении.

* Диагноз:

Гипертрофическая латентная (провоцируемая) обструктивная кардиомиопатия, спорадическая форма, прогрессирующий вариант течения. Высокий риск внезапной сердечной смерти. Нарушения ритма: пароксизмы наджелудочковой тахикардии, желудочковая и наджелудочковая экстрасистолии. Сердечная недостаточность IIa ст., 2 ФК по NYHA.

Хронический бронхит курильщика. ХОБЛ.

* Цель консультации клинического фармаколога: оптимизировать фармакотерапию у пациента с коморбидностью и наличием факторов риска развития побочных реакций.

Жалобы

На приступы одышки, дурноты, головокружения, пресинкопальные состояния и

синокопальных, возникающие при физической нагрузке, на перебои в работе сердца и приступы сердцебиения, иногда свистящее дыхание.

Анамнез заболевания

* С 20 лет врачи говорили о шуме в сердце. С 42 лет стало беспокоить головокружение, одышка при ходьбе. Выявлена латентная обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) - толщина межжелудочковой перегородки 1,8см, пиковый градиент давления в выходном тракте левого желудочка в покое 26 мм рт ст, в нагрузке -72мм рт ст. На фоне приема метопролола сукцината 100 мг/сут состояние несколько улучшилось. Через 2 года появились перебои в работе сердца (наджелудочковая и желудочковая эстрасистолии). Назначен врачом периндоприл 5 мг ½ табл/сут; метопролола сукцинат 200мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, дигоксин 0,25 мг 1/2 табл/сут. Участились пресинкопальные состояния, появились единичные синкопальные состояния.

* При обследовании в стационаре общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

* Биохимический анализ крови

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| Общий белок, г/л | 6,7 | 6,0 – 8,0

| Альбумин, г/л | 4,4 | 3,5-5,5

| Глюкоза натощак, ммоль/л | 5,2 | 4,1-5,9

| Общий билирубин, мкмоль/л | 16,1 | <20,5

| АЛТ, ЕД | 20 | 7-40

| АСТ, ЕД | 18 | 4-40

| Холестерин общий, ммоль/л | 5,0 | 3,3 - 5,0

| Холестерин ЛНП, ммоль/л | 2,9 | 1,1 – 3,0

| Холестерин ЛВП, ммоль/л | 1,2 | мужчины ≥ 1,0

женщины ≥ 1,2

| Триглицериды, ммоль/л | 1,6 | 0,1 - 1,7

| Мочевина, ммоль/л | 2,3 | 1,6 – 3,3

| Креатинин, ммоль/л | 0,075 | 0,061 – 0,115

| Мочевая кислота, мкмоль/л | 256 | 147 -360

| Калий, ммоль/л | 4,1 | 3,5 - 5,0

| Натрий, ммоль/л | 140 | 136–145

|====

Коагулограмма

|====

| Показатель | До лечения | Референсные значения

| АЧТВ (нормализованное отношение) | 26,1 | 22,5-35,5

| Протромбиновый индекс, % | 92 | 86 – 110
| Международное нормализованное отношение (МНО) | 1,1 | 0,85- 1,15
| Фибриноген, г/л | 2,5 | 2,7 – 4,0
|====

* Гормоны щитовидной железы: Т4 (своб.) – 17,3 пмоль/л (норма 11,5-23,0), ТТГ – 1,8 МЕ/л (норма 0,17-4,05), Ат к ТПО – 20 МЕ/мл (норма 0-30).

* Рентгенография органов грудной клетки: диафрагма обычно расположена, синусы свободные. Легочный рисунок усилен за счет венозного застоя и деформирован в прикорневых зонах за счет перибронхиального пневмофиброза. Аорта уплотнена. Сердце косо расположено, в первой косой проекции отмечается увеличение размеров левого предсердия.

* Электрокардиограмма: ритм синусовый с ЧСС 76-78 в 1 мин. Единичные желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

* Холтеровское мониторирование ЭКГ: основной суточный ритм синусовый, ср. дневная ЧСС 71 в мин. Зарегистрировано: 3 эпизода наджелудочковой тахикардии по 1-3 мин с ЧСС 90-114-122 в 1 мин, НЖЭС — 3828, политопных ЖЭ - 10895.

* Эхокардиография: дилатация полости левого предсердия (4,7см x 5,5 x 5,5 см) с признаками псевдоконтрастирования по задней стенке; остальные камеры сердца в пределах нормы (КДР - 4,5см, КСР 2,5 см, правый желудочек парастернально 2,0 см, правое предсердие – 3,8 x 4,9 см). Асимметричная гипертрофия стенок: толщина МЖП в базальном сегменте - 1,8 см, в среднем сегменте – 1,8 см, толщина задней стенки левого желудочка- 1,15 см). Переднесистолическое движение створок митрального клапана. Регургитация из митрального клапана 2 ст. Пиковый градиент давления в выходном тракте левого желудочка в покое 29 мм рт ст. Стресс-эхокардиография: при нагрузке 60 Вт 2 мин пиковый градиент давления - 80 мм рт ст.

* Суточное мониторирование АД: на фоне терапии нормотония с сохраненным суточным профилем ЧСС.

* Ультразвуковое исследование щитовидной железы: патологии не выявлено.

* Ультразвуковое исследование органов внутренних органов: патологических отклонений не найдено.

Оценка риска внезапной сердечной смерти в течение 5 лет по шкале «HCMRisk-SCD» составила 5,6%, что ниже 6%, следовательно, в настоящее время пациенту не показана установка имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора.

Необходим подбор фармакотерапии для уменьшения выраженности клинических проявлений, предупреждения случаев внезапной сердечной смерти и прогрессирования заболевания

Анамнез жизни

- * В детстве рос и развивался нормально. Имеет высшее образование. Перенесенные заболевания: хронический бронхит курильщика (выкуривает 1-1,5 пачки сигарет в сутки). ХОБЛ с 44 лет.
- * Наследственность: отец 84 лет страдает АГ; мать 86 лет - ИБС и АГ; у младшей сестры в анамнезе язвенная болезнь желудка. Дочь здорова.
- * Использование наркотических веществ – отрицает. Употребление алкоголя – эпизодическое.
- * Аллергия в виде ангионевротического отека на сульфаниламидные антибактериальные средства.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, вес - 85 кг, рост 176 см, ИМТ 27,4 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Щитовидная железа, периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы в нижних отделах легких. Перкуторно границы сердца расширены влево на 0,5 см. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, систолический шум парастернально слева в 3 межреберье, ЧСС – 72 в 1 мин, АД – 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, плотно-эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Учитывая наличие у пациента обструктивной формы ГКМП, необходимо отменить

- метопролол, который может увеличить конечно-диастолическое давление в левом желудочке и вызвать отек легкого
- аллапинин, способный резко снизить градиент давления и вызвать ишемию миокарда
- ацетилсалициловую кислоту, которая в результате задержки жидкости может увеличить проявления сердечной недостаточности
- периндоприл, способствующий увеличению градиента давления в выходном тракте и ухудшению клинических проявлений заболевания

У пациента с провоцируемой обструктивной ГКМП и синусовым ритмом не показан прием + _____+, т.к. повышает градиент давления в выходном тракте левого желудочка

- дигоксина
- аллапинина
- ацетилсалициловой кислоты
- метопролола сукцината

Необходимо отменить + _____+, так как он в максимальной дозе существенно не снизил пиковый градиент давления в выходном тракте, более того, усилил клинические проявления бронхиальной обструкции сопутствующей ХОБЛ

- дигоксин
- метопролола сукцинат
- аллапинин
- периндоприл

Следует назначить альтернативный препарат + _____+ для снижения провоцируемого градиента давления в выходном тракте левого желудочка и клинических проявлений

- амлодипин
- верапамил
- амиодарон
- фелодипин

Следует рекомендовать тактику назначения данного препарата для снижения градиента давления

- амлодипин начинать с малых доз – 2,5 мг/сут с постепенным повышением под контролем переносимости до 10 мг/сут
- верапамил начинать с малых доз -20-40 мг 3 раза/сут с постепенным повышением под контролем переносимости
- фелодипин титровать с дозы 2,5 мг/сут до максимальной 10 мг/сут под контролем АД
- амиодарон в начале в нагрузочной дозе 300-600 мг/сут, через 2 недели – 200 мг/сут

Учитывая наличие сердечной недостаточности II ст., в том числе венозного застоя в легких по данным рентгенологического исследования, следует назначить

- амлодипин начинать с малых доз – 2,5 мг/сут с постепенным повышением под контролем переносимости до 10 мг/сут
- верапамил начинать с малых доз -20-40 мг 3 раза/сут с постепенным повышением под контролем переносимости
- фелодипин титровать с дозы 2,5 мг/сут до максимальной 10 мг/сут под контролем АД
- амиодарон в начале в нагрузочной дозе 300-600 мг/сут, через 2 недели – 200 мг/сут

Дополнительная информация

На фоне проводимой терапии снизился пиковый градиент в выходном тракте левого желудочка на нагрузке с 80 до 46 мм рт ст, уменьшилась одышка, однако перебои в работе сердца остались без существенной динамики.

Для более эффективного предотвращения повышения градиента давления, лучшего контроля симптомных нарушений ритма следует назначить у пациента с ГКМП

- хинидин
- ацебутолол
- этмоидин
- дизопирамид

Рекомендованный алгоритм назначения данного антиаритмического средства при обструктивной ГКМП - это

- постоянный прием в дозе 300 мг/сут в 3 приема под контролем внутриглазного давления
- нагрузочная доза 1800 мг в первый день, затем по 25мг/сут в 3 раза/сут под контролем ЭКГ
- начальная доза 1600 мг/сут в течение 1 недели в 2 приема, затем переход на терапевтическую - 200 мг/сут
- начальная доза 400-600мг/сут в 2 приема с постепенным увеличением под контролем АД до достижения минимальной эффективной

Пациенту назначено два пульсурежающих препарата, в связи с этим дозы их следует тировать медленно и осторожно до целевого уровня ЧСС + _____ + уд/мин в покое при ГКМП

- постоянный прием в дозе 300 мг/сут в 3 приема под контролем внутриглазного давления
- нагрузочная доза 1800 мг в первый день, затем по 25мг/сут в 3 раза/сут под контролем ЭКГ
- начальная доза 1600 мг/сут в течение 1 недели в 2 приема, затем переход на терапевтическую - 200 мг/сут
- начальная доза 400-600мг/сут в 2 приема с постепенным увеличением под контролем АД до достижения минимальной эффективной

Дополнительная информация

Через 2 недели лечения пиковый градиент в нагрузке снизился до 35 мм рт ст. Пациент отметил отчетливое уменьшение одышки в нагрузке; исчезновение головокружения, перебоев в работе сердца, синкопальных и пресинкопальных состояний.

Критерием эффективности антиаритмического действия препарата является

- отсутствие экстрасистол при снятии ЭКГ в течение 30 сек
- исчезновение ощущения перебоев в работе сердца в покое и в нагрузке
- снижение числа экстрасистол на 70% от исходного (по данным суточного мониторирования по Холтеру)
- снижение числа экстрасистол на 50% от исходного (по данным суточного мониторирования по Холтеру)

Применение данного антиаритмического препарата требует контроля

- легких по данным рентгенологического исследования
- интервалов PQ, QRS и Q-T по ЭКГ
- уровня гормонов щитовидной железы в крови
- креатинина крови, клиренса креатинина

При контроле ЭКГ на фоне проводимой терапии ритм синусовый с ЧСС 56-58 в 1 мин. Интервалы PQ - 0,22с, QRS - 0,08с и Q-T - 0,40с. Рекомендовано

- легких по данным рентгенологического исследования
- интервалов PQ, QRS и Q-T по ЭКГ
- уровня гормонов щитовидной железы в крови
- креатинина крови, клиренса креатинина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациентке Д., 41 год, беременность 20 недель. Поступила экстренно на кардиологическое отделение.

Жалобы

На повышение АД до 165/100 мм рт.ст., слабость, отеки нижних конечностей до колен.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной на протяжении 3 лет, когда впервые начала отмечать подъем АД до 145-150/85-90 мм рт.ст. Обратилась в поликлинику по месту жительства, кардиологом был назначен биспролол 10 мг 2 р./д. На фоне постоянного приема препарата стала чувствовать себя хуже, отмечала сильное снижение АД до 110/60 мм рт.ст., сильную слабость и головокружение.

Самостоятельно отменила препарат, эпизодически принимала мочегонные (Фуросемид, дозировки не помнит). Текущее ухудшение связывает с беременностью, когда начала отмечать стойкое повышение АД до 150/90-95 мм

рт.ст. Антигипертензивная терапия назначалась (препараты не помнит), однако, из страха гипотонии и боязни «навредить ребенку», препараты не принимала. На отделении были назначены сульфат магния 25% 10 мл на физ.р-ре в/в 2 р./сут. и индапамид 1,5 мг 1 р./сут. на 3 дня.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование высшее.

Профессиональная вредность - нет.

Питание регулярное, качественное, в избыточном количестве.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – замужем. Детей нет.

Перенесенные заболевания – ветрянка, корь, краснуха.

Сопутствующие заболевания:.-

Операции-нет.

Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда (возраст не помнит).

Аллергоанамнез — не отягощен.

Вредные привычки: -

Гинекологический анамнез – беременностей 1, родов 0, аборт 0. Месячные с 13 лет по 5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные. Текущая беременность первая.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

Температура тела 36,5°C. АД 165/95 мм рт.ст.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 15 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос.

Аускультация: Дыхание везикулярное.

Пульсация на артериях стоп достаточная, сохранена с обеих сторон. Отеки на нижних конечностях до голеней.

Цель лечения беременных с артериальной гипертензией

- снизить артериальное давление до целевых для беременных женщин значений – менее 140/90 мм рт.ст
- защитить сердечно-сосудистую и мочевыделительную системы беременной от вторичных изменений, вызванных высоким уровнем артериального давления
- снизить артериальное давление до возрастной нормы

- предупредить развитие осложнений, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды

Данной пациентке медикаментозная терапия артериальной гипертензии

- противопоказана
- абсолютно показана
- показана при присоединении к высокому АД головных болей
- показана при нарастании отеков

На фоне постоянного приема бисопролола 10 мг 2 р./д пациентка стала отмечать эпизоды гипотонии. Наиболее вероятной причиной этого является

- высокая стартовая доза бета-адреноблокатора
- неверно подобранный препарат
- непереносимость бета-блокаторов
- низкая стартовая доза бета-адреноблокатора

При назначении бета-адреноблокатора всегда начинают с + _____ + дозы + ___ + раз/раза в день

- минимальной; 1
- максимальной; 2
- максимальной; 1
- минимальной; 3

При терапии артериальной гипертензии беременных добиваются снижения АД менее + _____ + мм рт.ст.

- 140/90
- 120/70
- 150/100
- 110/60

Эпизоды гипотонии у беременных на фоне антигипертензивной терапии допускать не следует, поскольку это

- усиливает плацентарный кровоток
- улучшает трофику тканей
- усиливает микроциркуляцию в жизненно-важных органах
- ухудшает плацентарный кровоток

Главное правило при лечении гипертонического криза – контролируемое снижение АД не более + _____ + % от исходного

- 20
- 5
- 30
- 50

Для пероральной терапии криза беременной женщине следует назначить

- каптоприл
- фуросемид
- эналаприл
- метилдопу

В неотложных случаях (преэклампсия) лабетолол или нитропруссид натрия рекомендуется применять

- перорально
- внутривенно
- внутримышечно
- подкожно

Назначение ингибиторов АПФ в качестве базовой терапии АГ у беременных

- показано только в первом триместре, в дальнейшем не эффективна
- возможно, когда польза для матери больше, чем риск для плода
- противопоказано
- показано, при неэффективности других групп антигипертензивных лекарственных средств

Женщинам с высоким риском преэклампсии рекомендуется назначать малые дозы аспирина с + ____ + недели беременности и вплоть до родов, при условии низкого риска желудочно-кишечных кровотечений

- 10
- 12
- 32
- 5

Возможная комбинация 2 антигипертензивных лекарственных средств, которую можно назначать беременным - это

- 10
- 12
- 32
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациенту А. 46 лет поступившему для ревизионного эндопротезирования левого тазобедренного сустава (ТБС).

Жалобы

На боли в области левого ТБС, хромоту, ограничение движений связанные с болью.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 2002 года, когда начал отмечать хромоту и боль в левом ТБС при ходьбе. В 2006 году выполнено тотальное эндопротезирование левого ТБС, в феврале 2017 год - развитие перипротезной инфекции, удаление эндопротеза, выделен штамм *Pseudomonas aeruginosa*. 12.09.17 - операция, со дня операции назначен амикацин 1,0*1 раз/сут, ципрофлоксацин 0,6*2 раза/сут. 22.09.17 по результатам микробиологического исследования (*Pseudomonas aeruginosa*+ *Staphylococcus epidermidis*). Вызван клинический фармаколог при МНО 5.67 (на 4-е сутки после операции).

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование высшее.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.

Женат. Есть сын и дочь.

Перенесенные заболевания – пиелонефрит в детстве, ангина.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 1 ст., риск ССО 3.

Наследственность: не отягощена.

Аллергия: отрицает.

Вредные привычки: курит с 15 лет по 5-7 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

Рост -170 см, вес - 95 кг.

АД 120/70 мм рт.ст.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Получены результаты посева

|====

|Выделенные микроорганизмы |КОЕ/мл

|Staphylococcus epidermidis MRSE (1) |10*5

|Ps. aeruginosa (2) |10*8

|====

{nbsp}

|====

|Антибиотикограмма ** |(1) |(2)

|Амикацин | |S

|Ампициллин/Сульбактам | |

|Ванкомицин |S |

|Доксициклин |S |

|Колистин | |S

|Левифлоксацин |R |R

|Меропенем | |S

|Цефоперазон/сульбактам | |S

|Цефтазидим | |S

|Ципрофлоксацин |S |R

|====

Исходя из полученных результатов посева, пациенту можно назначить

- ципрофлоксацин + левофлоксацин
- ампициллин/сульбактам + амикацин
- цефоперазон/сульбактам + доксициклин
- левофлоксацин + амикацин

К витамин-К зависимым факторам свертывающей и противосвертывающей систем относят

- тромбоцитарный фактор 4, фактор фон Виллебранда
- факторы II, VII, IX, X, протеины C и S
- факторы I, III, IV, XI, антитромбин III
- тромбоспондин, факторы V, VI, VIII, XII

Наиболее частая причина повышения МНО является

- повышенная активность VII фактора
- последний триместр беременности
- прием антагонистов витамина К
- ДВС-синдром

Чувствительность пациента к варфарину может определяться полиморфизмом

- ALDH-1 и NAT2
- CYP 2C9 и VKORC1
- SULT1A3 и mEPHX1
- ABCB1 и CYP 2D6

Дефицит витамина К приводит к

- снижению МНО
- эозинофилии
- лимфоцитопении
- развитию гипопротромбинемии

**Протромбиновое время у данного пациента 20 (Норма - 11,5 - 14,5 сек.).
Наиболее вероятной причиной удлинения протромбинового времени является**

- прием антагонистов витамина К
- прием витамина К
- высокая физическая активность
- возможное заболевание болезнью Виллебранда

Пациент получает цефоперазон/сульбактам, бисопролол и омепразол на отделении. Также на тумбочке у него Вы заметили активированный уголь. Из принимаемых пациентом препаратов на МНО влияет

- бисопролол
- цефоперазон/сульбактам
- активированный уголь
- омепразол

Механизм действия препаратов витамина К заключается в

- угнетении Na/K АТФ-азы
- ингибировании протонной помпы
- стимулировании К-эпоксид редуктазы
- ингибировании ЦОГ-1 и ЦОГ-2

Лечение дефицита витамин К зависимых факторов свертывания у данного пациента заключается в

- назначении налоксона
- отмене цефоперазона/сульбактама
- назначении непрямых антикоагулянтов
- проведении гемодиализа

Следующим шагом в лечении данного пациента является

- гемодиализ
- промывание желудка
- назначение витамина В12 внутримышечно
- назначение витамина К

Терапия препаратом Цефоперазон/сульбактам может привести к диарее, связанной с

- *_Escherichia coli_*
- *_Enterobacteriaceae spp_*
- *_Clostridium difficile_*
- *_Pseudomonas aeruginosa_*

Витамин К противопоказан при

- *_Escherichia coli_*
- *_Enterobacteriaceae spp_*
- *_Clostridium difficile_*
- *_Pseudomonas aeruginosa_*

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному мальчику 3 лет (вес 15 кг) через 10 минут после внутримышечного введения бензилпенициллина натриевой соли (500000 ЕД) с целью терапии инфекционного эндокардита, вызванного *Streptococcus bovis* появились отёк ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз. С целью коррекции проявлений неблагоприятной реакции внутримышечно вводились дексаметазон 2 мг, супрастин 2% 0,4 мл.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Из анамнеза выяснено, что в течение двух дней до введения бензилпенициллина ребенок получал:

- ампициллин 250 мг 3 раза в сутки внутримышечно,
- глюкозу 5% 200 мл внутривенно капельно 20 капель/мин 1 раз в сутки,
- пиридоксин 5% 1 мл внутривенно струйно 1 раз в сутки.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве

Привит согласно национальному календарю.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Перенесенные заболевания – корь, ангина.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание - ясное.

Рост 98 см, вес 15 кг, температура тела 36,7°C

К нежелательным реакциям, возникающим при применении бензилпенициллина натриевой соли наряду с аллергической реакцией, относятся

- нефротоксичность
- нейтропения
- гепатотоксичность
- нейротоксичность

Причиной сенсibilизации организма ребенка могло стать применение

- бензилпенициллина натриевой соли
- пиридоксина
- ампициллина
- глюкозы

Последовательность введения препаратов при терапии системной аллергической реакции выбрана

- не верно, но режим дозирования выбран верно
- верно, но доза дексаметазона чрезмерная – 2 мг. Необходимая доза дексаметазона 0,5-1 мг
- не верно, терапию необходимо было начать с введения адреналина
- верно, но доза дексаметазона недостаточная – 2 мг. Необходимая доза дексаметазона 4-8 мг

Разовая доза 500000 ЕД бензилпенициллина с целью терапии инфекционного эндокардита -

- недостаточная доза с учетом возраста ребенка
- адекватная доза с учетом веса ребенка
- недостаточная доза с учетом веса ребенка

- адекватная доза с учетом возраста ребенка

Для лечения инфекционного эндокардита данному ребенку необходимо назначить

- амикацин
- ванкомицин
- азитромицин
- ципрофлоксацин

Доза ванкомицина для терапии ИЭ для ребенка составляет + _____ + мг/кг/сут в + _____ + введения

- 30; 1-2
- 15-20; 2-3
- 40; 2-3
- 50; 1-2

Продолжительность антибактериальной терапии инфекционного эндокардита непротезированных клапанов, вызванным группой высокочувствительных к пенициллину Streptococci и Streptococcus bovis составляет + _____ + недель(ли)

- 2
- 4
- 6
- 8

При выделении штамма Streptococci, относительно устойчивого к пенициллину, доза ванкомицина составляет

- 50 мг/кг/сут в 2 введения
- 40 мг/кг/сут в/в в 2 введения, но не более 2 г/сут
- половинную дозу, чем при выделении штаммов высокочувствительных к пенициллину Streptococci и Streptococcus bovis
- в 2 раза большую дозу, чем при выделении штаммов высокочувствительных к пенициллину Streptococci и Streptococcus bovis

При установлении стафилококковой этиологии инфекционного эндокардита непротезированного клапана у данного пациента, необходимо назначить

- азитромицин
- ампициллин

- ципрофлоксацин
- даптомицин

Доза даптомицина для терапии ИЭ для ребенка составляет + ____ + мг/кг/сут в + ____ + введение(я)

- 15; 4
- 10; 2
- 10; 4
- 12; 1

Длительность в/в инфузии даптомицина у детей должна составлять не менее + ____ + минут

- 2
- 5
- 60
- 10

При возникновении нежелательной реакции необходимо заполнить

- 2
- 5
- 60
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному Б, 57 лет, поступившему с диагнозом анемия хронической болезни почек.

Жалобы

Быстрая утомляемость, снижение двигательной активности, однократная потеря сознания.

Анамнез заболевания

Обратился в поликлинику с жалобами в течение 3 месяцев на быструю утомляемость, снижение двигательной активности, однократную потерю сознания. Известно, что пациент наблюдается в поликлинике по месту жительства по поводу хронической болезни почек. В клиническом анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 81 г/л, эритроциты $3.2 \cdot 10^{12}$ /л, в связи с чем пациентка госпитализирована по направлению поликлиники в

терапевтическое отделение стационара. В ходе госпитализации по результатам сбора анамнеза, физикального, лабораторного, инструментального исследований выставлен диагноз анемия при ХБП средней степени тяжести.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Рекомендованный метод введения препаратов железа у пациентов с ХБП на додиализной стадии

- перорально
- подкожно
- внутривенно
- интратекально

Рекомендуемая доза в/в препаратов железа для терапии абсолютного дефицита железа + _____ + мг/кг/нед

- 10
- 1
- 5
- 2

Рекомендуется назначение препаратов железа для поддержания уровня насыщения трансферрина выше 20% и ферритина выше + _____ + нг/мл

- 150
- 50
- 30

- 100

При внутривенном введении препаратов железа нежелательным явлением может служить

- острая печеночная недостаточность
- анафилактический шок
- потеря сознания
- острая почечная недостаточность

Согласно ВОЗ, данная нежелательная реакция относится к типу

- С
- А
- В
- D

Согласно ВОЗ, Тип А - это

- развитие лекарственной устойчивости
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

Средства, стимулирующие эритропоэз, должны назначаться всем пациентам с ХБП, имеющим уровень Hb ниже + _____ + г/л

- 120
- 130
- 110
- 100

Ориентировочная начальная доза ЭСП короткого действия (рекомбинантный человеческий ЭПО) составляет + _____ + Ед/кг 2 раза в неделю

- 10-20
- 50-100
- 150-200
- 500-1000

Возможные пути введения рекомбинантного человеческого эритропоэтина

- перорально или трансдермально
- внутримышечно или внутривожно

- ректально или сублингвально
- подкожно или внутривенно

К стимуляторам эритропоэза длительного действия относится препарат

- эпоэтин бета
- железа гидроксид полимальтозат
- дарбопоэтин альфа
- эпоэтин альфа

Наиболее частой клинической проблемой терапии эритропоэтином является

- усугубление течения артериальной гипертензии
- толерантность к действию лекарственного средства
- увеличение количества гипертонических кризов
- стойкое увеличение диуреза

На фоне приёма эритропоэтина у пациента развилась артериальная гипертензия. При этом необходимо заполнить

- усугубление течения артериальной гипертензии
- толерантность к действию лекарственного средства
- увеличение количества гипертонических кризов
- стойкое увеличение диуреза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке В., 84 года. находится на госпитализации в кардиологическом отделении с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, ФК III, ухудшение. Кардиосклероз диффузный. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия III ст., 2 степени, риск ССО~4~. ХСН IIA, ФК II. Дискуляторная энцефалопатия III ст. с вестибуло-атаксическим синдромом. Остеохондроз шейного отдела позвоночника с болевым синдромом.

Назначено: Нолипрел-форте (Периндоприл 5 мг + Индапамид 2,5 мг) 1 т. 1 р/д, Бисопролол 5 мг 2 р/д, Симвастатин 20 мг 1 р/д, Моксонидин 2 мг 1 р/д, Нитросорбид 10 мг 2 р/д, Пирацетам 20% - 10 мл в/в 1 р/д, Кардиомагнил 75 мг 1 р/д, Диклофенак 3 мг в/м 1 р/д, Кеторолак 1 мл в/м 1 р/д.

Жалобы

На момент госпитализации предъявляет жалобы на боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в область левой руки, преимущественно на

фоне физической нагрузки; повышение АД до 175-180/100 мм рт.ст. 2-3 раза в неделю, что сопровождается головной болью, шаткостью при ходьбе, сильным головокружением. Кроме того, жалуется на сильные боли в области шеи, иррадиирующие в правую руку.

Анамнез заболевания

Обычные цифры АД 150-155/95 мм рт.ст. Постоянно принимает аспирин-кардио 100 мг/сут, нитросорбид, лизиноприл 20 мг 1 р/сут.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Лабораторно-инструментальные данные

Вес 78 кг, рост 155 см.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 98 уд/мин, нормальное положение ЭОС. Одиночная и парная НЖЭС, одиночная ЖЭС. ЭКГ (в динамике): ритм синусовый, ЧСС 65 уд/мин, нормальное положение ЭОС. ЭХО-КГ: Стенки аорты кальцинированы, кальциноз створок аортального и митрального клапанов. Общая сократимость миокарда ЛЖ хорошая (ФВ 60%), гипертрофия стенок ЛЖ. Б/х крови: глюкоза 5,4 ммоль/л, АСАТ 39 ед/л, АЛАТ 35 ед/л, мочевины 5,6 ммоль/л, креатинин 92 мкмоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л, ЛПНП 3,2 ммоль/л, ТГ 1,5 ммоль/л, ЛПВП 1,2 ммоль/л. Б/х крови (в динамике) – без существенных изменений. ОАМ: плотность 108, белок отр., лейкоциты 1-2 в п/зрения, глюкоза отр. ОАК: Эр $4,63 \times 10^{12}$, Нб 108 г/л, Л $7,5 \times 10^9$, С 52%, П 2%, Л 26%, МЗ%, СОЭ 6 мм/ч. АД в динамике при поступлении 175/110 мм рт.ст., ЧСС 86 уд/мин, АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 65 уд/мин.

Комбинацию + _____ + можно назвать «рациональной»

- индапамида и периндоприла
- моксонидина и диуретика
- периндоприла и валсартана
- моксонидина и бисопролола

Комбинацию + _____ + можно назвать «нерациональной»

- моксонидина и диуретика
- периндоприла и бисопролола
- моксонидина и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента
- моксонидина и бисопролола

Назначение лекарственного средства + _____ + могло снизить эффективность антигипертензивной терапии

- пирацетам
- нитросорбид
- диклофенак
- кардиомагнил

В данной ситуации целесообразно + _____ + бисопролола

- снизить суточную дозу
- уменьшить кратность применения
- отменить применение
- повысить суточную дозу

Бета-адреноблокатор + _____ + имеет доказательную базу по снижению риска сердечно-сосудистых осложнений

- пропранолол
- метопролол тартрат
- атенолол
- бисопролол

Целесообразно отменить + _____ + и назначить

- моксонидин; амлодипин
- нолипрел-форте; амлодипин
- моксонидин; дилтиазем
- нитросорбид; верапамил

Пациенту требуется увеличение дозы Симвастатина с достижением целевых показателей ЛПНП < + _____ + мМоль/л

- 2,4
- 1,0
- 5,0
- 1,4

Увеличение аланин-трансаминазы более + ___ + норм требует отмены статинов

- 4
- 2
- 3
- 5

Рекомендованный режим дозирования симвастатина + _____ + мг в сутки

- 60
- 30
- 40
- 100

К терапии необходимо добавить торасемид + _____ + мг 1 р/сутки и оставить нитросорбид по требованию

- 5
- 25
- 20
- 15

Исключается употребление кофе и крепкого чая в течение + _____ + часа/часов перед исследованием артериального давления

- 2
- 1
- 1,5
- 0,5

Профилактический осмотр терапевта не реже + _____ + раз(-а) в + _____ + месяца(-ев) показан всем пациентам с ишемической болезнью сердца даже с удовлетворительным самочувствием

- 2
- 1
- 1,5
- 0,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больному Л., 16 лет (масса тела 60 кг). находится в стационаре. Диагноз: Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, средне-тяжелое течение, ДН I.

Лист назначения

|====

| 6+ | март

|| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12

|Цефазолин 1г х 3 р/сут. в/в |+ |+ |+ |||
|Амикацин 500мг х 1 р/сут в/в ||| |+ |+ |+
|Ибупрофен, табл. 200 мг внутрь при повышении Т тела свыше 38.5°C ||| |+ |+
|+
|Амброксол, сироп 15 мг/5 мл, 10 мл х 3 р/сут |+ |+ |+ |+ |+ |+
|t°тела |38.5 |38.4 |38.0 |38.7 |38.6 |38.0
|ЧСС |98 |92 | |80 |86 |
|====

Жалобы

Озноб, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4.03: появился озноб, повышение температуры тела до 38,8^oC. В течение последующих 3 дней появились жалобы на сухой кашель, боли и тяжесть в правой половине грудной клетки, температура в пределах 38-38,7^oC. Принимал противовирусные препараты (арбидол, ингавирин), жаропонижающие средства. В связи с отсутствием улучшения состояния, сохранением кашля, болей в грудной клетке и повышения температуры тела 7.03 обратился в поликлинику и был госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен.

Лабораторно-инструментальные данные

Рентгенография легких (7.03): признаки пневмонии нижней доли правого легкого.

Общий анализ крови (7.03): Нв-145 г/л, лейкоциты 18x10⁹/л, эритроциты 4,5x10¹²/л, тромбоциты 240x10⁹/л, п-12%, л-20%, нейтрофилы-74%, э-1%, м-3%, СОЭ 25 мм/ч

Стартовая антибактериальная терапия Цефазолином

- нерациональна
- эффективна
- рациональна
- противопоказана

Смена цефазолина на амикацин

- нерациональна
- противопоказана

- рациональна
- возможна

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через ___ часов/часа от ее начала

- 48
- 36
- 24
- 12

Ибупрофен повышает риск развития + _____ + действия аминогликозидов

- гематотоксического
- гастротоксического
- нефротоксического
- гепатотоксического

С целью оптимизации антибактериальной терапии рекомендовано + _____ + амикацина

- уменьшить суточную дозу
- отменить назначение
- удвоить суточную дозу
- назначить комбинацию цефтриаксона и

Антибактериальный препарат выбора с учетом средне-тяжелого течения пневмонии является

- амоксициллин/ клавуланат
- левофлоксацин
- амоксициллин
- ампициллин

При развитии осложнений внебольничной пневмонии рекомендованы цефалоспорины + _____ + поколения

- IV
- I
- III
- II

Препаратом выбора внутри группы цефалоспоринов III поколения является

- цефтриаксон
- цефиксим
- цефтазидим
- цефоперазон

В данном случае выбранные антибактериальные лекарственные средства целесообразно комбинировать с антибиотиками из группы

- макролидов
- тетрациклинов
- карбапенемов
- линкозамидов

Под + _____ + терапией понимают двухэтапное применение антибиотиков: переход с парентерального введения на пероральный прием

- эмпирической
- деэскалационной
- ступенчатой
- эскалационной

Предиктором эффективности β -лактамного антибиотика является показатель + _____ + - T, Если T>МПК превышает 40%, наблюдается надежный эффект

- биодоступности при приеме внутрь
- объема распределения
- периода выведения
- времени между приемами

Возможная ранняя выписка из стационара на + _____ + день госпитализации позволяет снизить риск нозокомиальных инфекций

- биодоступности при приеме внутрь
- объема распределения
- периода выведения
- времени между приемами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Д., 41 год, беременна, 20 недель. Поступила экстренно на кардиологическое отделение

Жалобы

На повышение АД до 165/100 мм рт.ст., слабость, отеки нижних конечностей до колен.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной на протяжении 3 лет, когда впервые начала отмечать подъем АД до 145-150/85-90 мм рт.ст. Обращалась в поликлинику по месту жительства, кардиологом был назначен бисопролол 10 мг 2 р./д. На фоне постоянного приема препарата стала чувствовать себя хуже, отмечала сильное снижение АД до 110/60 мм рт.ст., сильную слабость и головокружение.

Самостоятельно отменила препарат, эпизодически принимала мочегонные (Фуросемид, дозировки не помнит). Текущее ухудшение связывает с беременностью, когда начала отмечать стойкое повышение АД до 150/90-95 мм рт.ст. Антигипертензивная терапия назначалась (препараты не помнит), однако, из страха гипотонии и боязни «навредить ребенку», препараты не принимала. На отделении были назначены сульфат магния 25% 10 мл на физ.р-ре в/в 2 р./сут. и индапамид 1,5 мг 1 р./сут. на 3 дня.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование высшее.

Профессиональная вредность-нет.

Питание регулярное, качественное, в избыточном количестве.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – замужем. Детей нет.

Перенесенные заболевания – ветрянка, корь, краснуха.

Сопутствующие заболевания – нет.

Операции-нет.

Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда (возраст не помнит).

Аллергоанамнез — не отягощен.

Вредные привычки: -

Гинекологический анамнез – беременностей 1, родов 0, аборт 0. Менструальные с 13 лет по 5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные. Текущая беременность первая.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

Температура тела 36,5°C. АД 165/95 мм рт.ст.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 15 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется

через нос.

Аускультация: Дыхание везикулярное.

Пульсация на артериях стоп достаточная, сохранена с обеих сторон. Отеки на нижних конечностях до голеней.

Целью назначения антигипертензивной терапии беременным женщинам является

- бесконтрольное снижение АД до нормальных значений
- предупреждение развития осложнений
- поддержание артериального давления на уровне субклинической гипотонии
- профилактика вторичной гипертензии

Данной пациентке медикаментозная терапия артериальной гипертензии

- показана при присоединении к высокому АД головных болей
- противопоказана
- показана при нарастании отеков
- абсолютно показана

На фоне постоянного приема бисопролола 10 мг 2 р./д пациентка стала отмечать эпизоды гипотонии. Наиболее вероятной причиной этого является

- неверно подобранный препарат
- непереносимость бета-блокаторов
- высокая стартовая доза бета-адреноблокатора
- низкая стартовая доза бета-адреноблокатора

При возникновении нежелательной реакции необходимо заполнить

- извещение о развитии нежелательной реакции на имя заведующего отделения/главного врача/ начальника медицинской части
- специальную графу в дневнике истории болезни
- журнал о нежелательных реакциях в лечебном учреждении
- извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата в Росздравнадзор

При терапии артериальной гипертензии беременных добиваются снижения АД менее + _____ + мм рт.ст.

- 150/100
- 110/60
- 140/90
- 120/70

Эпизоды гипотонии у беременных на фоне антигипертензивной терапии допускать не следует, поскольку это

- улучшает трофику тканей
- ухудшает плацентарный кровоток
- усиливает плацентарный кровоток
- усиливает микроциркуляцию в жизненно-важных органах

Главное правило при лечении гипертонического криза – контролируемое снижение САД до <+ _____ + И ДАД до <+ _____ + мм рт. ст

- 160; 105
- 140; 95
- 130; 90
- 120;80

Для пероральной терапии криза беременной женщине следует назначить

- фуросемид
- метилдопу
- каптоприл
- эналаприл

В неотложных случаях (преэклампсия, эклампсия) сульфат магния рекомендуется применять

- подкожно
- внутривенно
- перорально
- внутримышечно

Назначение ингибиторов АПФ в качестве базовой терапии АГ у беременных

- показано во втором триместре
- показано в первом триместре
- показано на протяжении всей беременности
- противопоказано

Женщинам с высоким риском преэклампсии рекомендуется назначать малые дозы аспирина с _____ недели беременности и вплоть до родов, при условии низкого риска желудочно-кишечных кровотечений

- 32

- 5
- 10
- 12

Возможной комбинацией 2 антигипертензивных препаратов, которую можно назначать беременным, является

- 32
- 5
- 10
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 25 лет, с диагнозом аллергическая бронхиальная астма, тяжелое неконтролируемое течение, среднетяжелое обострение, сезонный аллергически ринит. Причина консультации врача-клинического фармаколога: неэффективность лечения лекарственными препаратами 4й ступени (Gina 2018).

Жалобы

Чувство заложенности в грудной клетке, одышку при физической нагрузке, ежедневные приступы удушья

Анамнез заболевания

В качестве поддерживающей терапии использует аэрозоль для ингаляций дозированный Беклометазон (250 мкг/доза) по 3-4 ингаляции в сутки, Формотерол 48 мкг в сутки, Монтелукаст, тиотропия бромид на регулярной основе

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания –детские инфекции. Наследственность не отягощена. Курение отрицает. Профессиональные вредности отрицает. Аллергоанамнез: цитрусовые – крапивница

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 78 кг. При аускультации дыхание жесткое, над всей поверхностью легких рассеянные сухие хрипы. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 84 в минуту, АД 110/75 мм.рт.ст.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 32
- 5
- 10
- 12

Результаты лабораторного метода обследования

Данные лабораторной диагностики свидетельствует в пользу

- эозинофильной астмы
- IgE-обусловленной БА
- инфекционного осложнения БА
- аллергической БА развивающейся с участием аллергического воспаления 2 типа

Учитывая данные лабораторных исследований анамнеза, данной пациентке показана

- антибактериальная терапия
- анти-IgE-терапия дополнительно к терапии максимальными дозами ИГКС
- отмена ИГКС, назначение низких доз оральных кортикостероидов
- отмена ИГКС, назначение Анти-IgE-лекарственных препаратов

Под таргетной терапией тяжелой БА понимают применение + _____ + против одного из патогенетически значимых факторов воспаления при БА

- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- моноклональных антител
- минимально возможной дозы пероральных ГКС
- тиотропия _soft mist inhaler_ (Респимата)

Омализумаб, являясь рекомбинантным гуманизированным моноклональным антителом, получен на основе рекомбинантной ДНК и

- до 65% состоит из человеческого иммуноглобулина
- полностью состоит из человеческого иммуноглобулина
- до 95% состоит из человеческого иммуноглобулина
- до 40% состоит из мышинового иммуноглобулина

Лекарственный препарат омализумаб имеет _____ путь введения

- пероральный
- внутрикожный
- внутривенный
- подкожный

Период полувыведения ЛП омализумаб составляет более

- 3 недель
- 6 недель
- 6 часов
- 24 часа

Подбор дозы и интервала введения ЛП омализумаб происходит с учетом

- 3 недель
- 6 недель
- 6 часов
- 24 часа

Дополнительная информация

На 7 сутки после введения ЛП омализумаб у пациентки зафиксированы лихорадка 37,5°C, макуло-эритематозная сыпь, биохимический анализ крови

[cols="^,^"]
|====

^| Показатель | Значение | Референсное значение

| О.белок | 64.90 | 66,0-87,0 г/л

| Глюкоза | 5.25 | 3,05-6,10ммоль/л

| Креатинин | 68.00 | 44-106 umol/L

| АЛТ | 60.40 | 0,0-41,0 U/L

| Альбумины | 36.10 | 34-48 g/L

| О.Билирубин | 12.20 | 5,0-21,0 umol/L

| СРБ | 40 | 0,0-5,0 mg/L

|====

Данные изменения являются проявлением

- присоединения вторичной инфекции
- синдрома Чарга-Стросса
- сывороточной болезни
- гепатотоксичности

Развившееся на 7 сутки состояние больного требует

- назначения антигистаминных ЛП и оральных ГКС
- отмены ЛП омализумаб и проведения плазмофереза
- назначения нестероидных противовоспалительных ЛП
- наблюдения

Контроль эффективности назначенного лечения предполагается не ранее ++ _____ ++ недель от начала биологической терапии

- 4
- 16
- 30
- 10

Критериями эффективности проводимого лечения являются

- 4
- 16
- 30
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к ребенку С. 4,5 года (вес 20 кг) поступившему в пульмонологическое отделение Детской клинической больницы с диагнозом: Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония.

Дежурным врачом назначен Цефиксим 8 мл 1 раз в сут.

Жалобы

Мама указывает на малопродуктивный кашель в течение 2 недель.

Анамнез заболевания

Болен в течение 2 недель. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,4°C, слизистое отделяемое из носа, конъюнктивит, кашель. Амбулаторно получал противовирусную терапию. На фоне лечения состояние ребенка с отрицательной динамикой: усилился кашель, появилась одышка

Анамнез жизни

Родился доношенным. Рос и развивался по возрасту. Аллергоанамнез: пищевая аллергия на первом году жизни. Вакцинация по возрасту. Санитарно бытовые условия хорошие. Наследственность: мать соматически здорова, отец страдает эпилепсией, у бабушки по линии отца бронхиальная астма

Объективный статус

Ребенок в сознании, вялый. Кожные покровы бледные, влажные. Зев не гиперемирован. Температура 37,8°C. При аускультации дыхание жесткое,

ритмичное, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы с двух сторон.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

В общем анализе крови: лейкоциты - $20,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы - 69,1%, лимфоциты - 42,9%, моноциты - 9,3%, эозинофилы - 5,1%, эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 116 г/л, тромбоциты – 284×10^6 /л, СОЭ - 20 мм/час.

В биохимическом анализе крови СРБ 7,2 мг/л.

Протокол рентгенологического исследования: Легочный рисунок сгущен медиально за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации.

Очагово-инфильтративные изменения медиально справа, без четких контуров.

Заключение: Ro-картина правосторонней пневмонии

У детей 3 месяцев - 5 лет чаще всего внебольничную пневмонию вызывает

- *S.agalactiae*
- *M.pneumoniae*
- *S.pneumoniae*
- *C.pneumoniae*

При достоверном диагнозе антибактериальную терапию следует начинать

- при неэффективности симптоматической терапии
- после получения результатов бактериологической диагностики
- незамедлительно
- при неэффективности патогенетической терапии

Антибактериальным препаратом выбора в данной ситуации является

- амоксициллин
- бензилпенициллин
- цефазолин
- оксациллин

Показанием для назначения альтернативных антибактериальных препаратов является наличие у ребенка факторов риска развития резистентной флоры: посещение детских дошкольных учреждений и прием антибактериальных препаратов в предшествующие ++ ____ ++ месяца/месяцев

- 2
- 3
- 4
- 6

Альтернативным антибактериальным препаратом в данной ситуации может быть

- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат
- аминогликозид
- доксициклин

Только + _____ + является показанием для назначения макролидных антибиотиков - азитромицин, кларитромицин

- аллергия на β -лактамы
- тяжелое течение внебольничной пневмонии
- наличие тяжелых осложнений внебольничной пневмонии
- выявление штамма _MRSA_

Под ступенчатой терапией понимают двухэтапное применение антибиотиков: переход с

- парентерального введения на пероральный прием
- перорального приема на парентеральное введение
- парентерального введения на ингаляционное применение
- перорального приема на ингаляционное применение

Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм

- бактериостатических антибиотиков
- антибиотиков из одной группы
- в пределах одного МНН (международного непатентованного наименования)
- бактерицидных антибиотиков

Диспергируемая таблетка амоксициллина обладает ++ ____ ++ биодоступностью по сравнению с амоксициллином в виде таблеток и капсул

- равной
- большей
- меньшей
- непредсказуемой

Продолжительность антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии обычно составляет + ____ + дней

- 5-10
- 15-20
- 25-30

- 3-5

Предиктором эффективности β -лактамовых антибиотиков является показатель $T > \text{МПК}$, где T обозначает

- время между приемами
- биодоступность при приеме внутрь
- объем распределения
- период выведения

Возможная ранняя выписка из стационара на ++ ____ ++ день госпитализации позволяет снизить риск нозокомиальных инфекций

- время между приемами
- биодоступность при приеме внутрь
- объем распределения
- период выведения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной 35 лет, вес 85 кг, рост 169 см. Беременность, 21 неделя. При обращении к участковому терапевту врач назначил метилдопу 250 мг 3 р/сут.

Жалобы

На фоне лечения пациентка отмечает снижение АД до 130/80 мм рт.ст., однако предъявляет жалобы на выраженную сонливость, головную боль, головокружение при переходе в вертикальное положение

Анамнез заболевания

До возникновения беременности постоянно принимала индапамид-ретард 1,5 мг 1 р/сут. На фоне беременности самостоятельно прекратила лечение.

Анамнез жизни

Повышение АД до 150-160/90 мм рт.ст. отмечает с 30 лет

Объективный статус

АД 120/80 мм рт.ст.

Целевой уровень артериального давления для беременных < ++ ____ ++ мм рт.ст.

- 150/90

- 140/90
- 130/80
- 140/100

Медикаментозное лечение артериальной гипертензии у беременных рекомендуется проводить при артериальном давлении \geq ++ ___ ++ мм. рт.ст. при отсутствии осложнений

- 150/95
- 140/95
- 140/90
- 150/90

Артериальное давление + ___ + мм рт. ст. и более при наличии осложнений таких как протеинурия, отечный синдром у беременных является показанием для начала антигипертензивной терапии

- 150/90
- 140/90
- 150/95
- 140/95

Препаратом первой линии для лечения артериальной гипертензии в период беременности является

- метопролол тартрат
- пропранолол
- метилдопа
- лизиноприл

Возможно использование антагонистов кальция дигидропиридинового ряда – нифедипин, предпочтительно ++ _____ ++ высвобождения

- длительного
- ночного
- рапидного
- короткого

С целью антигипертензивной терапии также возможно назначение

- селективных бета-адреноблокаторов
- гидрофильных бета-адреноблокаторов
- бета-адреноблокаторов с внутренней симпатомиметической активностью
- неселективных бета-адреноблокаторов

++ ____ ++ исключает применение ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, антагонистов рецепторов к ангиотензину и прямых ингибиторов ренина для медикаментозной терапии артериальной гипертензии у беременных

- Риск гипонатриемии
- Риск гиперкалиемии
- Риск гипотензии
- Тератогенность

Беременным высокого риска развития преэклампсии возможно применение ацетилсалициловой кислоты в низкой дозе от 75 до + ____ + мг в сутки с 12 недель беременности

- 200
- 500
- 325
- 162

Лечение Ацетилсалициловой кислотой продолжают

- постепенно повышая суточную дозу до максимально переносимой
- до конца первой половины третьего триместра беременности
- до родов
- неопределенно долго

С учетом жалоб пациентки препарат метилдопа необходимо заменить Нифедипином с медленным высвобождением активного вещества в дозе + ____ + мг в сутки под контролем пульса

- 200
- 20
- 5
- 500

+ _____ + это мера немедикаментозного снижения артериального давления у беременных

- Ограничение физической нагрузки
- Ограничение количества потребляемых килокалорий
- Ограничение потребления поваренной соли
- Отказ от курения

Прекращение курения – главная мера профилактики рака

- Ограничение физической нагрузки
- Ограничение количества потребляемых килокалорий
- Ограничение потребления поваренной соли
- Отказ от курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной В. 53 лет. Поставлен диагноз Острый пиелонефрит нетяжелого течения, неосложненный. Назначена антибактериальная терапия – Ципрофлоксацин.

Жалобы

Жалобы на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 37.5°C , учащенное мочеиспускание

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, она больна в течение недели. Заболевание связывает с переохлаждением. К врачу не обращалась. Для снижения температуры принимала жаропонижающие средства.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Сопутствующие заболевания: ИБС. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии. ХОБЛ. Принимает постоянно Теофиллин, Варфарин.

Объективный статус

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Симптом Пастернацкого с левой стороны положительный. Общий анализ крови – лейкоцитоз со сдвигом влево. Общий анализ мочи – реакция кислая, белок – следы, лейкоциты – покрывают все поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. УЗИ почек. Правая почка: размеры 113x52 см, подвижность сохранена, контуры ровные, паренхима 17 мм. Левая почка: размеры 115x52 см, подвижность сохранена контуры ровные, паренхима 18 мм. Обзорная и экскреторная урография – признаки левостороннего острого пиелонефрита с расширением и деформацией чашек и лоханки слева.

Лекарственное средство Ципрофлоксацин для эмпирической антимикробной терапии

- противопоказано
- выбрано верно

- не применяется
- выбрано неверно

Ципрофлоксацин применяется в дозе ++ ____ ++ мг х 2 раза в сутки

- 400
- 500
- 800
- 250

Длительность антибактериальной терапии острого неосложнённого пиелонефрита лёгкой и средней степени тяжести составляет ++ ____ ++ дней/дня/день

- 3
- 5
- 21
- 10

При диагностировании острого неосложнённого пиелонефрита лёгкой и средней степени тяжести рекомендуется назначение ++ _____ ++ антибактериальной терапии

- внутривенной длительной
- внутримышечной
- внутривенной капельной
- пероральной

Ципрофлоксацин ++ ____ ++ активность процессов микросомального окисления в гепатоцитах

- ускоряет
- повышает
- снижает
- не влияет на

В данном случае возможно лекарственное взаимодействие между Ципрофлоксацином и теофиллином с повышением/удлинением ++ ____ ++ теофиллина

- Vd
- T 1/2
- Cl
- F

При совместном применении ципрофлоксацина и теофиллина необходим терапевтический лекарственный мониторинг ++ _____ ++ теофиллина в плазме пациента

- концентрации
- биодоступности
- периода полувыведения
- объема распределения

Ципрофлоксацин ++ ____ ++ антикоагулянтное действие варфарина

- снижает
- не влияет на
- ингибирует
- усиливает

При сочетанном применении ципрофлоксацина и антагонистов витамина К (варфарина) следует регулярно проводить

- терапевтический лекарственный мониторинг концентрации варфарина в крови
- исследование свертывающей системы крови
- исследование противосвертывающей системы крови
- терапевтический лекарственный мониторинг концентрации ципрофлоксацина в крови

При известной чувствительности грамположительного возбудителя возможно назначение Амоксициллин + клавулановая кислоты по ++ ____ ++ мг 3 раза в день

- 500/125
- 125/50
- 250/12
- 750/25

Для профилактики обострений пиелонефрита ++ _____ ++ профилактический приём антибактериальных препаратов

- данному пациенту показан
- рекомендован
- не рекомендован
- показан

Не допускать переохлаждений и ++_____ ++ – основные рекомендации по профилактики обострений у пациентов с хроническим пиелонефритом

- данному пациенту показан
- рекомендован
- не рекомендован
- показан

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Л., 67 лет, госпитализированной в терапевтическое отделение с диагнозом: ишемическая фблезнь сердца, стенокардия напряжения ФК III, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4~, ХСН IIA, ФК III. Сахарный диабет типа 2, целевой уровень HbA~1~с<7%. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей.

Во время пребывания в стационаре (12 койко-дней) пациентка получала ежедневно: Нитросорбид 10 мг 4 р/д., Спиринолактон 25 мг 3 р/д, Фуросемид 1% - 4 мл в/в, Торасемид 10 мг утром, Аспирин 100 мг 1 р/д, Эналаприл 10 мг 2 р/д, Биосулин Р подкожно в 7:00 - 14 ЕД, в 13:00 - 12 ЕД, в 19:00 - 12 ЕД; Биосулин Н подкожно в 7:00 - 10 ЕД, в 22:00 - 10 ЕД. Курсовой прием препаратов: Р-р Берлитион 300 МЕ в/в кап на 200 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7, Р-р Мексидол 4 мл в/в на 20 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7.

Жалобы

На одышку при обычной физической нагрузке, слабость, боли в области сердца давящего характера, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном напряжении.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 92 уд/мин, нормальное положение ЭОС, признаки рубцовых изменений передней стенки ЛЖ (ОИМ в анамнезе).

ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда ЛЖ нормальная (ФВ 50%), диастолическая дисфункция ЛЖ I тип, незначительная концентрическая гипертрофия стенок ЛЖ. УЗИ ЖКТ: УЗИ признаки гепатомегалии и диффузных изменений печени.

Биохимия крови: АСАТ 150 ед/л, АЛАТ 175 ед/л, креатинин 200мкмоль/л, ОХС 6,2 ммоль/л, ТГ 2,4 ммоль/л, ЛВП 1,2 ммоль/л, глюкоза 7,0 ммоль/л, К⁺+⁺5,9 ммоль/л.

Анамнез жизни

Острый инфаркт миокарда 2008 г.

Объективный статус

При осмотре АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 95 уд/мин, при аускультации дыхание жесткое в межлопаточной области, хрипов нет, отеков, пастозности голеней не отмечается. Рост 176 см, вес 95 кг

Увеличение плазменной концентрации K⁺ выше ++ ___ ++ ммоль/л требует уменьшения дозы спиронолактона

- 5,5
- 4,5
- 5,0
- 5,9

Лекарственное средство спиронолактон должен применяться в дозе ++ ___ ++ мг/сутки

- 25
- 30
- 50
- 10

Уровень гиперкалиемии \geq ++ ___ ++ ммоль/л при применении антагонистов минералкортикоидных рецепторов в комбинации с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента или блокаторами рецепторов к ангиотензину II и бета-адреноблокаторами является жизнеугрожающим

- 6,0
- 3,0
- 5,0
- 4,0

Уровень креатинина выше ++ ___ ++ мкмоль/л является показанием для отмены спиронолактона

- 310
- 130
- 200
- 230

Так как необходимости в агрессивной диуретической терапии нет, следует отменить

- фуросемид
- торасемид
- спиронолактон
- эналаприл

Расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта < ++ ___ ++ мл/мин, что говорит о развитии почечной недостаточности, требующей коррекции режима применения эналаприла

- 85
- 90
- 80
- 100

Так как расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта равен 30,7 мл/мин доза эналаприла должна составлять ___ мг/сутки

- 10
- 15
- 7,5
- 20

С учетом наличия почечной недостаточности может быть рекомендован ингибитор АПФ с двойным путём элиминации, которым является

- лизиноприл
- каптоприл
- фозиноприл
- периндоприл

С учетом необходимости назначения β_1 -адреноблокаторов для снижения избыточной активации нейрогормональных систем, β_1 -адреноблокатор выбора на фоне нарушения функции почек является

- бисопролол
- пропранолол
- небиволол
- атенолол

Декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность является противопоказанием к применению

- антагонистов минералкортикоидных рецепторов
- диуретиков

- β_1 -адреноблокаторов
- блокаторов рецепторов к ангиотензину II

Самостоятельное ведение пациентом ++ _____ ++ поможет в оценке эффективности проводимого лечения хронической сердечной недостаточности

- картотеки назначений
- пищевого дневника
- санитарно-гигиенических мероприятий
- дневника уровня АД и ЧСС

Для самостоятельного подсчета пульса в домашних условиях, пациенту рекомендовано несильно прижать два пальца к внутренней стороне запястья и считать удары в течение ++ ____ ++ секунд

- картотеки назначений
- пищевого дневника
- санитарно-гигиенических мероприятий
- дневника уровня АД и ЧСС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 18 лет с диагнозом «Акне». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объема терапии.

Жалобы

Сыпь, крапивница, зуд

Анамнез заболевания

Пациент находится на отделении с травмой голеностопного сустава. Несколько недель назад обращался к дерматологу, поставлен диагноз «Акне».

Назначенную терапию пациент не принимал, однако, за день до текущей госпитализации самостоятельно решил начать прием Клиндамицин внутрь 150 мг 1 раз в сутки. После приема препарата через 3 часа у пациента появилась сыпь на теле, зуд. Реакция купирована введением 2 мл хлоропирамина внутримышечно. Вас пригласили на консультацию по вопросу возникновения нежелательной реакции и необходимости дальнейшей терапии клиндамицином.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. На момент осмотра кожа физиологической окраски, слизистые удовлетворительной влажности. Кожи лица сальная, определяются комедоны и пустулезные высыпания. Дыхание везикулярное, ЧДД=15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный при пальпации.

В патогенезе заболевания важным звеном являются микроорганизмы, относящиеся к роду

- _Salmonella_
- _Propionibacterium_
- _Peptostreptococcus_
- _Flavobacterium_

Антибактериальное лекарственное средство, которое пациент решил принимать для терапии Акне

- эффективно при приеме внутрь на любой стадии болезни
- используется только для наружного применения
- неактивно в отношении возбудителя
- эффективно при приеме внутрь только у пациентов в возрасте до 18 лет

Нежелательная реакция, которая возникла на фоне приема Клиндамицина, относится к типу

- D
- A
- B
- C

Под нежелательными реакциями типа B подразумевают

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС

Нежелательные реакции типа В развиваются в

- организме при заражении ВИЧ
- сенсibilизированном организме
- любом организме при передозировке ЛС
- ослабленном организм в период эпидемий

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется в

- отдел санитарно-эпидемиологического надзора
- Росздравнадзор
- отделение медицинской статистики стационара той больницы, где регистрируется нежелательная реакция
- государственный центр гигиены и эпидемиологии

Антибактериальным ЛС, рекомендуемое к назначению при акне, является

- тетрациклин
- амикацин
- гентамицин
- полимиксин В

При акне назначение тетрациклина рекомендовано

- перорально
- внутримышечно
- внутривенно
- наружно

Тетрациклин назначается в суточной дозировке ++ _____ ++ г

- 0.2
- 4.0
- 1.0
- 0.5

Общая длительность антибактериальной терапии составляет не более

- 3 месяца
- 10 дней
- 8 недель

- 5 дней

Противопоказанием к назначению тетрациклина является

- пневмония
- конъюнктивит
- возраст до 8 лет
- глютенная энтеропатия

В период лечения тетрациклином пациенту необходимо рекомендовать ограничение

- пневмония
- конъюнктивит
- возраст до 8 лет
- глютенная энтеропатия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному Д, 46 лет. Пациенту в качестве вторичной тромбопрофилактики после перенесенного острого инфаркта миокарда был назначен варфарин в стартовой дозе 5 мг. Через 3 дня МНО = 4,87

Варфарин был отменен.

Консультация с целью подбора адекватной дозы варфарина.

Получает инъекции низкомолекулярного гепарина.

Жалобы

Быстрая утомляемость, снижение двигательной активности.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (около 10 лет) страдает гипертонической болезнью (отмечает эпизоды головных болей, головокружения, быструю утомляемость), с максимальными подъемами систолического АД до 220 мм рт. ст. Регулярного лечения не проводилось. Ранее проявлений ИБС не было. В течение последней недели стал отмечать боли за грудиной продолжительностью около 1 мин. Боли возникали после физической нагрузки и исчезали в покое самостоятельно, нитроглицерин и аналогичные препараты с целью купирования приступов не принимал. Неделю назад пациент находился на работе в состоянии покоя (физических и эмоциональных нагрузок не было), появились давящие, жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку,

длительностью более 30мин, слабость, чувство нехватки воздуха, страха смерти, головная боль, повысилось потоотделение. Была вызвана СМП. Больную с диагнозом ИБС, острый инфаркт миокарда доставили в ГКБ №20, где он был госпитализирован с диагнозом ИБС, острый переднебоковой инфаркт миокарда.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Целевым уровнем МНО, для большинства клинических ситуаций, при терапии варфарином является

- 1,0-2,0
- 2,0-3,0
- 2,5-3,5
- 3,0-4,0

Молекулой-мишенью для антагонистов витамина К (в частности варфарина) является

- протромбиновый комплекс
- витамин К-зависимые факторы свертывания
- витамин К-эпоксидредуктаза (VKORC1)
- активный витамин К

Ключевым ферментом биотрансформации варфарина является

- CYP1A1
- CYP1A2

- CYP3A4
- CYP2C9

Генотипирование пациентов перед началом терапии варфарином необходимо для выявления носительства полиморфизмов в генах

- CYP1A2 и VKORC1
- CYP3A4 и CYP1A1
- CYP1A1 и VKORC1
- CYP 2C9 и VKORC1

При выявлении у больного гетерозиготного носительства медленного аллельного варианта гена CYP2C9 и VKORC1 необходимо

- воздержаться от назначения аценокумарола, назначить варфарин
- назначить варфарин или аценокумарол в минимальной начальной дозе
- воздержаться от применения непрямых антикоагулянтов
- воздержаться от применения варфарина, назначить аценокумарол

У пациента выявлено носительство следующих полиморфизмов: VKORC1 – GG (warfarin insensitive), CYP2C9*2/*2 и носительство копий CYP2C9*3, CYP2C9*5, CYP2C9*6. Стартовой дозой варфарина в таком случае является

+ _____ + мг

- 2
- 4
- 1
- 3

Контроль МНО, после назначения скорректированной дозы варфарина необходимо выполнить через + _____ + часа(ов)

- 96
- 72
- 48
- 24

Изменения генотипа, происходящие под влиянием внешней или внутренней среды – это

- геном
- аллель
- полиморфизм
- мутация

Явление, когда в популяции существуют различные аллельные варианты одного и того же гена, носит название

- генома
- генетического полиморфизма
- variability наследования
- мутации

«Экстенсивные» метаболизаторы (extensive metabolism, EM) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы по «дикому» аллелю гена соответствующего фермента

- медленной
- нормальной
- быстрой
- супербыстрой

«Медленные» метаболизаторы (poor metabolism, PM) - лица со + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы или гетерозиготы по «медленному» аллелю гена соответствующего фермента

- быстрой
- сниженной
- супербыстрой
- нормальной

«Сверхактивные» или «быстрые» метаболизаторы (ultraextensive metabolism, UM) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы (при аутосомно-рецессивном типе наследования) или гетерозиготы (при аутосомно-доминантном типе наследования) по «быстрому» аллелю гена соответствующего фермента или, что встречается чаще, несущие копии функциональных аллелей

- быстрой
- сниженной
- супербыстрой
- нормальной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному Д, 46 лет.

Пациенту в качестве вторичной тромبوпрофилактики после перенесенного острого инфаркта миокарда был назначен клопидогрель.

Жалобы

Быстрая утомляемость, снижение двигательной активности.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (около 10 лет) страдает гипертонической болезнью (отмечает эпизоды головных болей, головокружения, быструю утомляемость), с максимальными подъемами систолического АД до 220 мм рт. ст. Регулярного лечения не проводилось. Ранее проявлений ИБС не было. В течение последней недели стал отмечать боли за грудиной продолжительностью около 1 мин. Боли возникали после физической нагрузки и исчезали в покое самостоятельно, нитроглицерин и аналогичные препараты с целью купирования приступов не принимал. Неделю назад пациент находился на работе в состоянии покоя (физических и эмоциональных нагрузок не было), появились давящие, жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, длительностью более 30 мин, слабость, чувство нехватки воздуха, страха смерти, головная боль, повысилось потоотделение. Была вызвана СМП. Больного с диагнозом ИБС, острый инфаркт миокарда доставили в ГКБ №20, где он был госпитализирован с диагнозом ИБС, острый переднебоковой инфаркт миокарда.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Механизм действия клопидогрела связан с

- ингибированием циклооксигеназы 1

- селективным ингибированием АДФ-индуцируемой агрегации тромбоцитов
- нарушением синтеза тромбоксана A2
- ингибированием регулируемого лигандами ионный канала P2X1 на поверхности тромбоцитов

Нагрузочная доза клопидогрела окончательно не установлена и обычно составляет +_____+ мг

- 300-600
- 150
- 150-300
- 500

Поддерживающая доза клопидогрела в большинстве случаев составляет +_____+ мг

- 300
- 150
- 75
- 100

Клопидогрел является пролекарством и метаболизируется в печени в активный метаболит с помощью нескольких изоферментов цитохрома P-450 (CYP). Полностью функционирующий метаболизм клопидогрела обеспечивает носительство +_____+ аллеля

- _CYP2C19*2_
- _CYP2C19*1_
- _CYP2C19*4_
- _CYP2C19*3_

Носительство аллелей _CYP2C19*2_ и _CYP2C19*3_ изменяет метаболизм клопидогрела так как

- уменьшает функциональную активность ферментов, метаболизирующих клопидогрел
- увеличивает плотность активных рецепторов на тромбоцитах
- увеличивает функциональную активность ферментов, метаболизирующих клопидогрел
- уменьшает плотность активных рецепторов на тромбоцитах

Клиническим исходом, к которому приводит носительство функционально дефектных аллелей, является

- увеличение частоты геморрагических осложнений, у больных, получающих клопидогрел в стандартной дозировке
- увеличение концентрации активного метаболита в крови
- увеличение частоты серьезных нежелательных реакций, у больных, получающих клопидогрел в стандартной дозировке
- увеличение частоты сердечно-сосудистых событий, у больных, получающих клопидогрел в стандартной дозировке

Распространенность носительства функционально дефектных аллелей в европейской популяции составляет + ____ + %

- 90
- 55
- 40
- 26

Пациентам, постоянно получающим клопидогрел, не рекомендован одновременный прием препаратов

- 90
- 55
- 40
- 26

Дополнительная информация

Носительство аллеля `_CYP2C19*1_`, обеспечивающего нормально функционирующий метаболизм клопидогрела, отмечается только у 74% европейцев, оставшаяся часть популяции является носителями аллелей, уменьшающих активность ферментов.

При недостаточном клиническом эффекте от приема клопидогреля, пациенту можно рекомендовать

- продолжать принимать клопидогрел, в назначенной дозе
- фармакогенетическое тестирование
- увеличение дозы клопидогреля
- отказ от приема антиагрегантов

Явление, когда в популяции существуют различные аллельные варианты одного и того же гена, носит название

- генетического полиморфизма
- вариабельности наследования
- генома
- мутации

Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом

- иммунофлюоресцентного анализа
- иммуноферментного анализа
- высокоэффективной жидкостной хроматографии
- полимеразной цепной реакции

«Сверхактивные» или «быстрые» метаболизаторы (_ultraextensive metabolism, UM_) - лица с + _____+ скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы (при аутосомно-рецессивном типе наследования) или гетерозиготы (при аутосомно-доминантном типе наследования) по «быстрому» аллелю гена соответствующего фермента или, что встречается чаще, несущие копии функциональных аллелей

- иммунофлюоресцентного анализа
- иммуноферментного анализа
- высокоэффективной жидкостной хроматографии
- полимеразной цепной реакции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному X, 35 лет в связи с неэффективностью проводимой терапии.

Жалобы

При осмотре предъявляет жалобы на сухость, кислый привкус во рту, изжогу, возникающую через 1-1,5 часа после приема еды, отрыжку кислым, жгучую боль по ходу пищевода, возникающую после приема пищи, проходящую самостоятельно через 20-30 минут в покое. Боль в эпигастрии.

Анамнез заболевания

Больным себя считает на протяжении трёх лет. В конце декабря 2017 г. отмечает появление выше указанных жалоб. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, принимал 1 таблетку «Ранитидина» и «Анальгина», которые купировали боль и изжогу через 5-10 минут. В связи с прогрессированием жалоб 03.03.18 г. обратился за медицинской помощью в поликлинику к врачу-терапевту. Был выставлен диагноз: «ГЭРБ. Обострение эзофагита» и назначено лечение, название ЛС больной назвать не может. Лечение принимал в полном объеме согласно назначению лечащего врача, но эффекта от проведенной терапии не было. В связи с

неэффективностью проводимого лечения и ухудшения общего состояния больной был направлен на дообследование.

Анамнез жизни

В детские годы развивался соответственно возрасту, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Получил высшее образование по специальности «экономист». Работает бухгалтером.

Живёт в 3х-комнатной квартире с женой и двумя детьми.

Частое употребление крепкого кофе, чая.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, грипп, бронхит.

Наличие оперативных вмешательств, гемотрансфузий отрицает. Туберкулез, венерические заболевания, малярию отрицает.

Семейный анамнез без особенностей.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Основной целью терапии ГЭРБ является

- ускорение эвакуации желудочного содержимого
- снижение кислотности желудочного содержимого
- увеличение объема продуцируемой соляной кислоты
- снижение тонуса пищеводного сфинктера

Наиболее эффективной группой лекарственных средств для терапии ГЭРБ являются

- адсорбенты
- ингибиторы протонной помпы
- антациды
- прокинетики

Фактором риска развития рефрактерной ГЭРБ является

- адсорбенты
- ингибиторы протонной помпы
- антациды

- прокинетики

Дополнительная информация

В настоящее время выделен еще один тип метаболизаторов по изоферменту CYP2C19, названный «ультрабыстрым», который может часто встречаться в европейской популяции. У метаболизаторов этого типа метаболизм препаратов, расщепляющихся с помощью изофермента CYP2C19, происходит особенно быстро.

Доза ингибитора протонной помпы, назначаемая таким пациентам, должна быть

- адсорбенты
- ингибиторы протонной помпы
- антациды
- прокинетики

Дополнительная информация

Генетический полиморфизм CYP2C19 оказывает влияние на фармакокинетику и фармакодинамику ингибиторов протонной помпы, обуславливая различия в выраженности их антисекреторного действия и клинической эффективности при ГЭРБ, имея выраженные межиндивидуальные и межэтнические различия.

В качестве ИПП, наименее подверженного влиянию генотипа CYP2C19, предложен + _____ + , так как он метаболизируется преимущественно в результате неферментативного процесса

- пантопразол
- рабепразол
- омепразол
- лансопразол

При выявлении у пациента генотипа CYP2C19*1/*1 (дикий тип) рекомендуется назначить + _____ + дозу ингибиторов протонной помпы

- нагрузочную, а затем поддерживающую
- двойную
- стандартную терапевтическую
- половинную

При необходимости одновременного назначения других лекарственных средств метаболизирующихся с участием CYP2C19, доза лекарственных средств должна быть

- оставлена прежней

- увеличена, в зависимости от развившегося клинического эффекта
- снижена
- увеличена

Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма

- CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19
- CYP3A4, CYP1B1, CYP1A2
- CYP4F2, CYP3A4, CYP1B1
- A1075C, C430T, G1297A

Изменения генотипа, происходящие под влиянием внешней или внутренней среды – это

- мутация
- аллель
- геном
- полиморфизм

Явление, когда в популяции существуют различные аллельные варианты одного и того же гена, носит название

- мутации
- генома
- генетического полиморфизма
- вариабельности наследования

В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежат

- однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеры или мишени лекарственных средств
- однонуклеотидные полиморфизмы генов, участвующих в формировании терапевтического ответа
- генетический полиморфизм, генов, участвующих в выводе неактивных метаболитов из организма
- однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих проницаемость гистогематических барьеров для метаболитов лекарственных средств

Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом

- однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеры или мишени лекарственных средств
- однонуклеотидные полиморфизмы генов, участвующих в формировании терапевтического ответа
- генетический полиморфизм, генов, участвующих в выводе неактивных метаболитов из организма
- однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих проницаемость гистогематических барьеров для метаболитов лекарственных средств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному Д, 46 лет, с целью подбора терапии.

Жалобы

Жалобы на перебое в области сердца, возникли сегодня, в 9.00 зафиксирован обморок. Общая слабость. Боли в области сердца сжимающего характера, локализующиеся за грудиной, иррадиирующие в левую ключицу и лопатку. В покое боли не проходят.

Повышенная утомляемость, сердцебиение, одышка во время ходьбы. В покое эти симптомы исчезают. Повышенное АД. Жалобы по другим органам и системам не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, повышенное АД появилось давно, около 10 лет назад. Был инфаркт миокарда три года назад.

Принимает Верапамил 2 таблетки. Сегодня начались перебои в сердце.

Потеряла сознание в 9.00. Бригадой скорой помощи доставлен в больницу.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы

не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

При недавно развившейся ФП (до 48 часов) и отсутствии органического заболевания сердца, одним из препаратов выбора для восстановления ритма является

- пропafenон
- пропранолол
- амиодарон
- дигоксин

Возможным путем введения пропafenона для восстановления ритма, в отличии от прокаинамида и флекаинида, является

- пероральный
- внутривенный
- ингаляционный
- внутримышечный

Дозой пропafenона для купирования пароксизма фибрилляции предсердий, является _____ мг

- 600
- 300
- 150
- 1000

При необходимости одновременного назначения варфарина и пропafenона, стартовую дозу варфарина следует

- увеличить
- уменьшить
- оставить стандартной
- выбрать максимальную

Метаболизм пропafenона происходит с участием изоферментов CYP2D6, CYP1A2, CYP3A4. Одновременный прием ЛС, которые ингибируют указанные изоферменты, приведет к

- снижению концентрации этим ЛС
- увеличению концентрации пропafenона

- увеличению концентрации этих ЛС
- снижению концентрации пропафенона

Метаболизм пропафенона происходит с участием изоферментов CYP2D6, CYP1A2, CYP3A4. Одновременный прием ЛС, метаболизирующихся с помощью изофермента CYP2D6, может вызывать

- снижение концентрации пропафенона
- повышение концентрации этих ЛС в плазме крови
- увеличение концентрации пропафенона
- снижение концентрации этих ЛС в плазме крови

Изменения генотипа, происходящие под влиянием внешней или внутренней среды – это

- мутация
- геном
- аллель
- полиморфизм

Явление, когда в популяции существуют различные аллельные варианты одного и того же гена, носит название

- генетического полиморфизма
- вариабельности наследования
- мутации
- генома

«Экстенсивные» метаболизаторы (_extensive metabolism, EM_) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы по «дикому» аллелю гена соответствующего фермента

- супербыстрой
- нормальной
- медленной
- быстрой

«Медленные» метаболизаторы (_poor metabolism, PM_) - лица со + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы или гетерозиготы по «медленному» аллелю гена соответствующего фермента

- нормальной
- супербыстрой

- сниженной
- быстрой

«Сверхактивные» или «быстрые» метаболизаторы (ultraextensive metabolism, UM₁) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы (при аутосомно-рецессивном типе наследования) или гетерозиготы (при аутосомно-доминантном типе наследования) по «быстрому» аллелю гена соответствующего фермента или, что встречается чаще, несущие копии функциональных аллелей

- супербыстрой
- повышенной
- замедленной
- нормальной

Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что

- супербыстрой
- повышенной
- замедленной
- нормальной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту. Мужчина 50 лет, экстренно доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Сонливость, сердцебиение, снижение АД до 80/60 мм рт.ст.. учащенные императивные позывы к мочеиспусканию.

Анамнез заболевания

Страдает доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Обращался к урологу по месту жительства, были назначены Доксазозин 8 мг/сут и Финастерид в дозе 5 мг/сут (коротким курсом 2 месяца). После приема первой дозы Доксазозина пациент пошел на работу, однако, упал в обморок, в связи с чем жена вызвала скорую помощь и пациент был доставлен в стационар. В настоящий момент на фоне проводимого лечения самочувствие пациента улучшилось. Однако, жалобы на учащенные императивные позывы к мочеиспусканию сохраняются. На постоянной основе принимает препараты

Эналаприл 5 мг*1 р./сут, Бисопролол 5 мг*1 р./сут., Омепразол 20 мг*2 р./сут.
Вас вызвали для принятия решения о дальнейшей тактике терапии.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование высшее. Профессиональная вредность-нет.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.

Женат. Двое детей. Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит (ремиссия). Гипертоническая болезнь 2 ст., риск ССО 3. Наследственность: неотягощена. Аллергия: отрицает.

Вредные привычки: курение с 25 по 6-10 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

АД 100/60 мм рт.ст.

Дыхание-грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Возникшее острое состояние данного пациента (обморок) является нежелательным явлением на прием препарата

- омепразол
- бисопролол
- доксазозин
- эналаприл

Из альфа-адреноблокаторов для терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы к препаратам, нуждающимся в титровании дозы наряду с terazозином относят

- тамсулозин
- силодозин
- доксазозин
- альфузозин

Рекомендуемая начальная доза препарата Доксазозин при лечении ДГПЖ, для того, чтобы свести к минимуму вероятность нежелательных явлений, составляет + ____ + мг/сут

- 1
- 8
- 3
- 5

Максимальная суточная доза препарата Доксазозин составляет + ____ + мг/сут

- 10
- 20
- 8
- 2

Ошибка в назначении препарата Доксазозин состояла в том, что после приема первой дозы препарата пациент должен находиться в постели в течение

- 1-х суток
- 30-60 минут
- 10-15 минут
- 6-8 часов

Рекомендуемый интервал для повышения дозы Доксазозина составляет

- 1-2 недели
- 1-2 месяца
- 1-2 дня
- 2-4 дня

Урологом по месту жительства пациенту был назначен Финастерид в дозе 5 мг/сут коротким курсом 2 месяца. Дайте свою оценку терапии: препарат выбран + _____ + , доза выбрана + _____ + , курс

- верно; верно; короткий
- неверно; неверно; короткий
- верно; неверно; длинный
- верно; верно; длинный

Применение коротких курсов ингибиторов 5 α -редуктазы

- возможно, только при совместном применении с антагонистами альфа-адреноблокаторами
- возможно, только при совместном применении с антагонистами мускариновых рецепторов
- возможно, только при совместном применении с ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа
- не оправдано

Эффект действия препарата Финастерид отсрочен во времени и проявляется не ранее чем через + ____ + мес

- 6

- 8
- 18
- 12

Наиболее часто встречающийся побочный эффект препаратов группы ингибиторов 5 α -редуктазы

- ухудшение сексуальной функции
- возникновение приступов необоснованной агрессии
- судороги, вызванные гипонатриемией
- гипогликемическая кома

Ингибиторы 5 α -редуктазы + _____ + концентрацию ПСА сыворотки крови в + ___ + раза

- снижают; 2
- повышают; 3
- снижают; 4
- повышают; 2

Официальным показанием для назначения антагонистов мускариновых рецепторов пациенту с ДГПЖ являются сохраняющиеся «симптомы нижних мочевыводящих путей» после + _____ + непрерывной терапии α -адреноблокаторами в активной терапевтической дозировке

- снижают; 2
- повышают; 3
- снижают; 4
- повышают; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больная К. 38 лет.
Диагноз: Острый двухсторонний верхнечелюстной синусит.

Жалобы

Лихорадка 38,7°C, выраженная общая слабость, появилась головная боль, усиливающаяся при наклоне головы, из носа – обильное отделяемое желто-зеленого цвета

Анамнез заболевания

Заболела остро, появился насморк, повышение Т до 38,5°C принимала

ингавирин в течение 5 дней. После кратковременного улучшения (снижение Т, некоторое уменьшение насморка на 3-4 день заболевания) вновь повысилась Т до 38,7°C выраженная общая слабость, появилась головная боль, усиливающаяся при наклоне головы, из носа – обильное отделяемое желто-зеленого цвета. Самостоятельно принимала ампициллин 500 мг 3 р/сут 3 дня, без существенного эффекта.

Анамнез жизни

Неотягощен.

Данные лабораторных исследований

Б/х крови – без особенностей, ОАК Л/ц $12,5 \times 10^9$ /л, Эр $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв 120 г/л, С% 78%, П 6%, Л 23%. ОАМ – без особенностей.

Настоящие клинические проявления связаны с

- развитием острого респираторного вирусного заболевания
- присоединением бактериальной инфекции
- развитием осложненного течения гриппа
- присоединением вирусной суперинфекции

Ампициллин обладает бактерицидным действием на не вырабатывающую бета-лактамазы + ____ + флору

- Гр {plus}
- Гр -
- внутриклеточную
- анаэробную

Одной из причин неэффективности приема Ампициллина в данном случае может быть его низкая

- кумулятивная способность
- оральная биодоступность
- связь с белками плазмы крови
- проникающая способность через ГЭБ

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через + ____ + часа/часов

- 12-24
- 36-48
- 48-72
- 24-48

В данной ситуации существует необходимость

- парентерального применения ампициллина
- назначения амоксициллина – препарата с большей оральной биодоступностью
- увеличения дозы ампициллина
- отмены ампициллина

Альтернативными препаратами являются ингибиторзащищенные пенициллины - амоксициллин+клавулановая кислота, режим дозирования которого + _____ + мг 3 раза в сутки

- внутрь 625
- внутривенно 1000
- внутримышечно 750
- внутривенно 625

диспергируемая таблетка амоксициллина обладает + _____ + биодоступностью по сравнению с амоксициллином в виде таблеток и капсул

- меньшей
- непредсказуемой
- равной
- большей

+ ____ + применяется для лечения острого синусита в случае наличие аллергической реакции на бета-лактамы антибиотики

- Цефиксим
- Цефдиторен
- Моксифлоксацин
- Клиндамицин

Обсемененность определяется по количеству + _____ +, это показатель количества жизнеспособных микроорганизмов в единице объема (1 см³), в жидкости (1 мл), или в твердом/сухом материале (1 г)

- колоний
- колониобразующих единиц
- международных единиц
- миллиэквивалент

Забор материала для микробиологического анализа производится

- на высоте лихорадки
- после нормализации температуры тела
- перед назначением препарата второй линии
- во время первого обращения в поликлинику

Регулярное + _____ + является мерой профилактики одонтогенного синусита, требующего хирургического лечения

- посещение стоматолога
- посещение сауны
- использование назальных форм глюкокортикостероидов
- применение левофлоксацина

Профилактика синуситов должна быть направлена на лечение основного заболевания и устранение предрасполагающих факторов, таких как

- посещение стоматолога
- посещение сауны
- использование назальных форм глюкокортикостероидов
- применение левофлоксацина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 23 лет с диагнозом акне. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Покраснение, сыпь, гнойные элементы, узелки на лице, верхней части груди.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение 6 месяцев. Самостоятельно местно применяет эритромицин мазь – без эффекта. Обратилась в поликлинику за помощью. По результатам обследования установлен диагноз тяжелые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – у отца ГБ

Перенесённые и сопутствующие заболевания – стоматит (принимает зверобоя продырявленного траву)

Объективный статус

Рост 168 см, вес 65 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже лица, верхней части грудной клетки определяются папулы, пустулы, узлы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68/мин. АД 110/78 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для коррекции проводимой терапии в плане лечения акне пациентке рекомендовано

- отменить зверобоя продырявленного траву
- увеличить дозу эритромицина
- уменьшить дозу эритромицина
- отменить эритромицин

Для данного пациента в качестве первой линии терапии рекомендовано системное применение

- антимикотических препаратов
- иммунодепрессантов
- антибиотиков
- глюкокортикостероидов

В качестве системного антибактериального лекарственного средства рекомендовано применять

- моксифлоксацин
- доксициклин
- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат

Суточная доза доксициклина для терапии акне составляет ++_____++ мг

- 500-1000
- 400-600
- 100-200
- 50-70

В сочетании с системной антибактериальной терапии местно данному пациенту показано назначение

- пимекролимуса

- преднизолона
- клобетазола пропионата
- адапалена

Применение в течение 1 месяца системной антибактериальной терапии в сочетании с местным ретиноидом без эффекта. Данной пациентке рекомендовано применение

- ципротерона ацетат
- пимекролимуса
- метилпреднизолона
- метатрексата

Ципротерона ацетат необходимо назначать в комбинации с

- этинилэстрадиолом
- мефипрестоном
- тамоксифеном
- медоксипрогестероном

Суточная доза ципротерона ацетата и этинилэстрадиола составляет ++ _____ ++ мг и ++ _____ ++ мг, соответственно

- 2; 0,035
- 10,5; 7,5
- 12,5; 100
- 3; 0,00085

На фоне применения ципротерона с этинилэстрадиолом у пациентки отмечается увеличение массы тела с увеличением индекса массы тела до 28 – избыточная масса тела. Альтернативным сочетанием с этитнилэстрадиолом вместо ципротерона для терапии акне является

- мегестрол
- дезогестрел
- дроспиренон
- гидроксипрогестерона капроат

Рекомендованная доза дроспиренона для терапии акне составляет ++ _____ ++ мг

- 10
- 3
- 1

- 5,5

Не смотря на обладание контрацептивным эффектом сочетания дроспиренона и этинилэстрадиола в связи с тем, что пациентка принимает зверобоя продырявленного траву, необходимо рекомендовать

- воздержаться от дополнительных методов контрацепции
- принимать лекарственный препарат до еды
- дополнительный метод контрацепции
- воздержаться от сексуальных контактов

В качестве профилактики ухудшения и рецидива состояния пациентке рекомендовано избегать

- воздержаться от дополнительных методов контрацепции
- принимать лекарственный препарат до еды
- дополнительный метод контрацепции
- воздержаться от сексуальных контактов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Э, 14 лет, с диагнозом острая амёбная дизентерия. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Тошнота, вздутие кишечника, жидкий стул, температура до 37,8°C.

Анамнез заболевания

Заболевание началось с подъёма температуры, максимально до 37,8°C, жидкого стула, вздутия кишечника. Из анамнеза известно, что пил воду из естественного открытого водоёма (река). По результатам физикального, лабораторного и инструментального обследований установлен диагноз острая амёбная дизентерия, среднетяжёлая форма, без осложнений.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей

Перенесённые заболевания – ветряная оспа

Операций не было

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез не отягощён

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

Питание регулярное, качественное

Мать и отец здоровы

Объективный статус

Рост 155 см, вес 52 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.

Кожа, слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное,

ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 92/мин. АД 113/85 мм рт ст.

Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации, петли кишечника

раздуты. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Стул

жидкий, со слизью и прожилками кров до 8 раз в день.

Для терапии амёбиоза у детей применяются препараты группы

- защищённые цефалоспорины
- тетрациклины
- противовирусные
- 5-нитроимидазолы

Режим дозирования Метронидазола для терапии амёбиоза у детей

++ _____ ++ мг/кг/сутки

- 100
- 30
- 25,5-27,5
- 7,5-10,5

**Суточную дозу метронидазола необходимо распределить на + _____ +
прием/приема**

- 1
- 2
- 4
- 3

Курс терапии метронидазола для терапии амёбиоза у детей составляет

+ _____ + день/дней

- 8-10
- 14-21
- 28-35
- 10-20

Режим дозирования орнидазола у данного пациента для терапии амёбиоза

++ _____ ++ г/сутки

- 10
- 5
- 2
- 7

Длительность применения орнидазола составляет + _____ + день/дня/дней

- 3
- 10
- 1
- 28

Режим дозирования Секнидазола у данного пациента для терапии амебиаза + _____ + г/сутки

- 5
- 14
- 4
- 2

Длительность применения секнидазола составляет + _____ + день/дня/дней

- 14
- 21
- 3
- 10

Режим дозирования Метронидазола для санации паразитоносителей, в анамнезе которых был ранее перенесенный амебиаз, составляет ++ _____ ++ мг ++ ____ ++ р/сутки

- 500; 2
- 250; 4
- 200; 1
- 750; 3

Для купирования абдоминального болевого синдрома рекомендован препарат

- морфина сульфат
- ванкомицин
- дротаверин
- ибупрофен

При развитии аллергической реакции уртикарной сыпи на фоне амебиаза рекомендован препарат

- цетиризин
- далбаванцин
- гидроксизин
- ранитидин

Для устранения диареи и метеоризма у пациента рекомендован препарат

- цетиризин
- далбаванцин
- гидроксизин
- ранитидин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 23 лет с диагнозом «Анкилозирующий спондилит».

Жалобы

Боли в спине ночью, утренняя скованность, боли и припухание суставов кистей.

Анамнез заболевания

У пациента установлен диагноз «Анкилозирующий спондилит», по поводу которого пациенту был назначен Парацетамол 1000 мг 1-2 раза в сутки. Пациент принимает данные препараты около 2х недель, однако, отмечает недостаточный обезболивающий эффект. С целью обезболивания пациент решил самостоятельно принять 10 таблеток парацетамола. Требуется консультация клинического фармаколога по вопросу экстренной помощи пациенту, а также возможностях дальнейшей терапии болевого синдрома у пациента.

По данным ФГДС-эрозивный гастрит.

Объективный статус

Профессиональная вредность - нет. Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Перенесенные заболевания – детские инфекции. Вредные привычки: курение с 18 по 10-15 сигарет в день.

Дальнейшее применение Парацетамола следует прекратить

- даже при отсутствии признаков передозировки
- при появлении лабораторных признаков печеночной недостаточности

- при появлении лабораторных признаков почечной недостаточности
- при появлении болей в правом подреберье

Пациенту рекомендовано в течение первых 8 часов после передозировки ввести

- дефероксамин
- флумазенил
- налоксон
- ацетилцистеин

Детоксикационный эффект ацетилцистеина связан с предотвращением истощения и повышением синтеза внутриклеточного

- ферритина
- колекальциферола
- витамина B9
- глутатиона

В качестве терапии первой линии назначенный препарат выбран

- верно, дозировка слишком большая
- неверно
- верно, дозировка слишком маленькая
- верно; дозировка верна

В качестве обезболивающего средства парацетамол рекомендовано назначать сроком менее ++ ___ ++ дней

- 14
- 10
- 5
- 12

Средствами первой линии терапии у пациентов с анкилозирующим спондилитом являются

- НПВС
- местные анестетики
- опиоидные анальгетики
- барбитураты

При низком риске развития осложнений (отсутствие факторов риска со стороны ЖКТ и SCORE=0) пациентам с анкилозирующим спондилитом рекомендуется назначать

- любые НПВС
- производные индолуксусной кислоты
- производные пиразолона
- производные салициловой кислоты

НПВС при анкилозирующем спондилите до наступления низкой активности заболевания рекомендовано назначать для приема

- непрерывно
- при жалобах преимущественно на утренние боли и скованность
- только при появлении четких рентгенологических признаков заболевания
- при жалобах преимущественно на ночные боли

При назначении данному пациенту Диклофенака с учетом данных ФГДС к терапии следует добавить

- индапамид
- макрогол
- омепразол
- смектит диоктаэдрический

Дополнения терапии Омепразолом не требует назначение

- кетопрофена
- диклофенака
- целекоксиба
- аспирин

Целекоксиб по механизму действия является селективным ингибитором

- ЦОГ-1
- ГАМК-трансферазы
- ЦОГ-2
- моноаминооксидазы

Целекоксиб противопоказан при

- ЦОГ-1
- ГАМК-трансферазы
- ЦОГ-2
- моноаминооксидазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 60 лет с диагнозом внебольничная пневмония. Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Общая слабость, жидкий стул, схваткообразные боли в животе

Анамнез заболевания

Пациент проходит лечение в стационаре по поводу внебольничной пневмонии. Парентерально получал препарат Амоксициллин+клавулановая кислота в дозе 1,2 x 3 раза в сутки. Состояние несколько улучшилось, нормализовалась температура. На 5 день лечения появились жалобы на жидкий стул, зловонный, с примесью слизи, схваткообразные боли в животе, тенезмы. В крови умеренный лейкоцитоз – 9×10^9 /л. Поставлен диагноз – Антибиотик-ассоциированная диарея.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощён

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, тургор в норме. АД 135/80 мм рт.ст., ЧСС 83 в минуту, температура 37,5°C. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции ободочной кишки, симптомов раздражения брюшины нет.

Возбудителем, способным вызвать подобное осложнение, может являться

- _Pseudomonas aeruginosa_
- _Clostridium difficile_
- _Neisseria gonorrhoeae_
- _Legionella pneumophila_

Дальнейшей тактикой в отношении антибиотикотерапии является

- отмена данного ЛС
- воздержание от дальнейшей антибактериальной терапии
- отмена данного ЛС, замена на другой антибиотик
- симптоматическая терапия с продолжением применения данного ЛС

Пациентам с лёгкой и среднетяжёлой формой антибиотик-ассоциированной диареи к терапии рекомендовано добавить

- Пенициллин
- полимиксин В
- метронидазол
- флуконазол

Метронидазол назначается в дозировке ++ _____ ++ мг ++ ___ ++ раза в день

- 250; 1
- 1000; 2
- 250; 2
- 500; 3

Метронидазол для терапии данного заболевания назначается сроком на ++ _____ ++ дней

- 35
- 5
- 25
- 10

Пациенту с таким диагнозом запрещено добавлять к терапии

- метамизол натрия
- эналаприл
- лоперамид
- раствор глюкозы

При отсутствии клинического эффекта через 5-7 дней производят смену препарата в связи с клинической неэффективностью на

- тербинафин
- пенициллин
- ванкомицин
- цефтриаксон

Ванкомицин назначается внутрь в дозировке ++ _____ ++ мг 4 раза в день

- 125
- 250
- 1000
- 500

Противопоказанием к применению ванкомицина является

- неврит слухового нерва

- сахарный диабет 2 типа
- поверхностный гастрит
- эндокардит

Ванкомицин следует назначать с осторожностью пациенту с аллергией на

- тейкопланин
- нитрофураны
- аминогликозиды
- диклофенак

Быстрое введение Ванкомицина может вызвать синдром

- «красного человека»
- Жильбера
- Туретта
- раздраженного кишечника

При выявлении данной нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется

- «красного человека»
- Жильбера
- Туретта
- раздраженного кишечника

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту М., 78 лет с диагнозом «Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО4, кризовое течение. Атеросклероз аорты, церебральных артерий, ХСН IIA». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объема терапии.

Жалобы

На момент осмотра активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Пациенту на отделении назначена терапия нифедипин 40 мг 1 раз в день утром, валсартан 160 мг вечером, омега-3 20 мг 2 раза в день, индапамид 1.5 мг 1 раз в день утром. Через день у пациента появились после приема нескольких часов после приема утренних лекарств жалобы на покраснение лица, ощущение «прилива», сердцебиение, дрожь, потливость. Объективно на

момент появления жалоб ЧСС 110 уд/мин, снижение АД до 100/85 мм рт.ст. (привычные цифры АД 150/100 мм рт.ст.). Данные явления купировались самостоятельно.

Результаты дополнительного исследования – общий холестерин 6,8 ммоль/л (3.73 - 6.86 ммоль/л), ЛПНП 6,2 ммоль/л (2.49-5.34 ммоль/л). Вас пригласили на консультацию для определения дальнейшей тактики в отношении лекарственной терапии.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 150/100 мм рт.ст. ЧСС 110 уд/мин. Грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Пульсация на артериях стоп достаточная, сохранена с обеих сторон.

Описанная нежелательная реакция наиболее вероятно развилась на прием

- нифедипина
- омепразола
- индапамида
- валсартана

Механизм действия нифедипина основан на блокировании

- H₂-гистаминовых рецепторов
- кальциевых каналов
- Na⁺-K⁺-АТФ-азы
- протонной помпы

Нежелательная реакция, возникшая на фоне приема нифедипина, относится к типу

- А
- С
- В
- D

Под нежелательными реакциями типа А подразумевают

- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС

- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены

В связи с развившейся нежелательной реакцией необходимо заполнить

- заявление в региональный центр эпидемиологии
- извещение о развитии нежелательной реакции в Росздравнадзор
- экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию
- уведомление эпидемиологу лечебного учреждения

Дальнейшая тактика в отношении применения нифедипина у данного пациента заключается в

- снижении дозы препарата
- приеме препарата в той же дозе с добавлением симптоматической терапии
- отмене нифедипина с увеличением дозировки валсартана
- полной отмене гипотензивной терапии на неопределенный срок

Максимальная суточная доза нифедипина составляет ++ _____ ++ мг

- 20
- 120
- 160
- 80

При передозировке нифедипина антидотом является

- кальция глюконат
- тиосульфат натрия
- ацетилцистеин
- налоксон

С учетом лабораторных показателей к терапии рекомендовано добавить

- холекальциферол
- фолиевую кислоту
- аторвастатин
- пирацетам

Аторвастатин является ингибитором

- ацетилхолинэстеразы
- скваленэпоксидазы
- 5-альфа-редуктазы
- ГМГ-КоА-редуктазы

Аторвастатин противопоказан при

- активном заболевании печени
- поверхностном гастрите
- гомозиготной семейной гиперхолестеринемии
- грибковых заболеваниях кожи

В качестве мероприятий по изменению образа жизни пациенту необходимо рекомендовать снизить потребление соли до ++ _____ ++ г в сутки

- активном заболевании печени
- поверхностном гастрите
- гомозиготной семейной гиперхолестеринемии
- грибковых заболеваниях кожи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р, 7 лет, с аскаридозом. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Температура до 37.5°C, умеренные боли в животе, тошнота, жидкий стул, метеоризм.

Анамнез заболевания

В связи с жалобами был госпитализирован в детский инфекционный стационар с подозрением на острую кишечную инфекцию. В ходе госпитализации появились жалобы на зудящую сыпь в области передней поверхности грудной клетки, нижних конечностей. Известно, что пациент часто ест не мытые фрукты и овощи. По результатам лабораторных и инструментальных данных установлен диагноз аскаридоз.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей

Перенесённые заболевания – ОРВИ

Операций не было

Прививки по календарю, поствакцинальных реакций не наблюдалось.

Контакт с инфекционными больными отрицает
Аллергический анамнез – не отягощён
Половое развитие соответствует возрасту
Жилищно-бытовые условия неудовлетворительные
Питание регулярное, качественное

Объективный статус

Рост 122 см, вес 22 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. На коже передней поверхности грудной клетки и голени определяется мелкопятнистая экзантема. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 86/мин. АД 110/80 мм рт ст. Живот безболезненный, петли кишечника раздуты. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Стул кашицеобразный.

Пациенту в качестве этиотропной терапии рекомендован препарат

- левамизол
- албендазол
- никлозамид
- празиквантел

Режим дозирования албендазола у пациентов с массой тела больше 60 кг ++ ____ ++ мг/сутки

- 200
- 1000
- 400
- 800

Режим дозирования албендазола у пациентов с массой тела меньше 60 кг ++ ____ ++ мг/кг/сутки

- 20-25
- 15
- 50
- 5-7

Албендазол разрешён к применению у детей

- старше 7 лет
- любого возраста
- старше 12 лет

- старше 3 лет

Препарат мебендазол рекомендован к применению у детей

- старше 7 лет
- старше 10 лет
- старше 3 лет
- с первого месяца жизни

Режим дозирования мебендазола для лечения аскаридоза у детей старше 10 лет и взрослых ++ ____ ++ мг ++ ____ ++ р/сутки

- 1000; 1
- 100; 2
- 200; 3
- 50; 1

Длительность применения мебендазола для терапии аскаридоза составляет

- 1 месяц
- 3 дня
- 6-8 недель
- 5 дней

Препарат пирантел для лечения аскаридоза разрешён к применению

- детям с 7 лет
- детям с 6 месяцев
- только у взрослых
- новорождённым

Кратность применения пирантела для терапии аскаридоза

- двукратно
- 1 р/сутки в течение 10 дней
- 1 раз/сутки в течение 7 дней
- однократно

Доза пирантела для терапии аскаридоза у детей старше 12 лет и взрослых с массой тела до 75 кг составляет ++ ____ ++ мг

- 250
- 1000
- 750
- 1500

Доза пирантела для терапии аскаридоза у детей от 3 до 6 лет составляет ++ _____ ++ мг

- 500
- 250
- 1000
- 100

При отсутствии эрадикации аскарид или обнаружении их яиц в повторных исследованиях спустя 2-3 недели рекомендовано

- 500
- 250
- 1000
- 100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 3, 8 лет, с аскаридозом. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Температура до 37.3°C, умеренные боли в животе, тошнота, жидкий стул, метеоризм, уртикарная экзантема, зуд.

Анамнез заболевания

Родителями была вызвана СМП, госпитализирован в детский инфекционный стационар. Известно, что пациент часто ест не мытые фрукты и овощи. По результатам лабораторных и инструментальных данных установлен диагноз аскаридоз.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей

Перенесённые заболевания – ОРВИ

Операций не было

Прививки по календарю, поствакцинальных реакций не наблюдалось.

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез – не отягощён

Половое развитие соответствует возрасту

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

Питание регулярное, качественное

Объективный статус

Рост 125 см, вес 25 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. На коже передней поверхности грудной клетки и голени определяется уртикарная экзантема. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот безболезненный, петли кишечника раздуты, урчание кишки. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Стул кашицеобразный.

Пациенту в качестве этиотропной терапии рекомендован препарат

- амоксициллин/Сульбактам
- ганцикловир
- рифампицин
- албендазол

Режим дозирования албендазола для данного пациента составляет ++ ____ ++ мг/кг/сутки

- 20
- 10
- 100
- 5

Албендазол разрешён к применению у детей

- старше 3 лет
- старше 12 лет
- с новорождённости
- старше 7 лет

В случае применения мебендазола режим дозирования для данного пациента составляет ++ ____ ++ мг ++ ____ ++ р/сутки

- 100; 2
- 10; 1
- 500; 3
- 500; 1

Препарат мебендазол рекомендован к применению у детей

- с первого месяца жизни
- старше 3 лет

- старше 7 лет
- старше 10 лет

Длительность применения мебендазола для терапии аскаридоза составляет

- 14-21 день
- 6 месяцев
- 4 недели
- 3 дня

Кратность применения пирантела для терапии аскаридоза

- двукратно
- ежедневно 10 дней
- трехкратно
- однократно

Препарат пирантел для лечения аскаридоза разрешён к применению

- детям с 7 лет
- только у взрослых
- детям с 6 месяцев
- новорождённым

Доза пирантела для лечения аскаридоза у данного пациента составляет

++ _____ ++ мг

- 500
- 150
- 1500
- 1000

Для устранения аллергических симптомов при аскаридозе рекомендовано применение препарата

- левосимендан
- фамотидин
- гидроксизин
- цетиризин

Суточная доза цетиризина составляет ++ _____ ++ мг

- 12,5
- 20
- 50

- 10

Для коррекции нарушений микробиоценоза кишечника в позднюю стадию аскаридоза рекомендовано применение

- 12,5
- 20
- 50
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной С., 65 лет, находящейся в стационаре

Жалобы

Жидкий зловонный стул, с примесью слизи, схваткообразные боли в животе

Анамнез заболевания

Проходит лечение в стационаре по поводу внебольничной пневмонии, парентерально получал препарат Амоксициллин+клавулановая кислота в дозе 1,2 x 3 раза в сутки. Состояние улучшилось, нормализовалась температура. На 6 день лечения появились жалобы на жидкий стул, зловонный, с примесью слизи, схваткообразные боли в животе, тенезмы. При осмотре – общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, тургор в норме. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции ободочной кишки, симптомов раздражения брюшины нет. АД 135/80 мм рт.ст., ЧСС 83 в минуту, температура 38,1°C. В крови умеренный лейкоцитоз – 9×10^9 /л.

Биохимическое исследование крови – альбумин 70 г/л, креатинин крови 87 мкмоль/л. Вас пригласили на консультацию.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Профессиональная вредность - нет.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. Женат. Двое детей.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Поверхностный гастрит (ремиссия). Аллергия: -

Вредные привычки: курение с 18 до 35 по 10-15 сигарет в день.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, тургор в норме. АД 135/80 мм рт.ст., ЧСС 83 в минуту, температура 38,1°C. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции ободочной кишки, симптомов раздражения брюшины нет.

Осложнением, наиболее вероятно развившимся у данной пациентки с учетом проводимой фармакотерапии, является

- Антибиотикоассоциированная диарея
- Острый панкреатит
- Неспецифический язвенный колит
- Болезнь Крона

При подозрении данного состояния обязательным является анализ кала на

- простейшие
- скрытую кровь
- C.difficile
- яйца глист

За счет клавулановой кислоты происходит необратимое ингибирование

- РНК-транскриптаз
- бета-лактамаз
- топоизомераз
- гидролаз

В основе механизма действия амоксициллина лежит влияние на ++ _____ ++ бактерий

- метаболизм фолиевой кислоты
- синтез белка
- синтез ДНК/РНК
- синтез пептидогликана

Препарат Амоксициллин+Клавулановая кислота противопоказан

- пациентам с нарушением почечной функции легкой степени
- беременным женщинам
- детям и подросткам
- пациентам с инфекционным мононуклеозом

В случае подозрения на инфекционный мононуклеоз препарат Амоксициллин+Клавулановая кислота не следует принимать, поскольку он

может вызвать ++ _____ ++, затрудняющую диагностику заболевания

- септические осложнения
- боль в горле
- кореподобную кожную сыпь
- боль в спине

Относительно дальнейшей терапии препаратом Амоксициллин+Клавулановая кислота в данной клинической ситуации

- следует увеличить дозировку препарата
- следует добавить к терапии гепатопротектор
- препарат следует отменить
- следует уменьшить дозировку препарата

В качестве этиотропной терапии диареи, ассоциированной с *Cl.difficile* используют

- метронидазол
- изониазид
- линезолид
- пefлоксацин

Метронидазол для лечения диареи, ассоциированной с *Cl.difficile*, назначается

- внутримышечно
- внутривенно
- внутрь
- ингаляционно

Метронидазол назначается в дозировке ++ _____ ++ мг ++ ____ ++ раза в день

- 125; 1
- 1000; 4
- 500; 3
- 250; 1

Метронидазол активен в отношении

- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Herpes simplex*
- *Treponema pallidum*
- *Entamoeba histolytica*

При отсутствии клинического эффекта от приема Метронидазола производят смену препарата в связи с клинической неэффективностью на

- _Mycobacterium tuberculosis_
- _Herpes simplex_
- _Treponema pallidum_
- _Entamoeba histolytica_

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент О, 42 лет, с диагнозом опийный абстинентный синдром. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Боли в мышцах, субфебрилитет, бессонница, тремор, чувство тревоги, двигательное беспокойство.

Анамнез заболевания

Родственники вызвали СМП в связи с жалобами на беспокойство, чувство страха и тревоги, субфебрилитет. Госпитализирован в психоневрологический стационар с подозрением на абстинентный синдром.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей

Перенесённые заболевания – ОРВИ

Вредные привычки — инъекционные наркотики (метадон, героин)

Операций не было

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез – не отягощён

Объективный статус

Рост 173 см, вес 68 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. На коже рук определяются язвенные дефекты в области локтевого сгиба, слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120/мин. АД 137/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для лечения опийного абстинентного синдрома рекомендовано применять

- норадреналин

- метопролол
- амфетамин
- клонидин

По механизму действия клонидин является

- бета1-адреноблокатором
- альфа2-адреномиметиком
- альфа1-адреноблокатором
- бета2-адреномиметиком

Минимальная доза клонидина составляет ++ ____ ++ мг

- 0,55
- 15,5
- 0,3
- 100

Максимальные суточные дозировки клонидина для терапии опиоидного абстинентного синдрома ++ ____ ++ мг

- 1,5-2,25
- 0,6-0,9
- 1,1-1,5
- 0,255-0,3

Частая нежелательная реакция при применении клонидина - это

- сухость во рту
- язва слизистой желудка
- сухой кашель
- галлюцинации

Препарат для купирования передозировки опиоидными препаратами, который также используется для теста на определение наличия опиоидов в организме

- зуклопентиксол
- галоперидол
- налоксон
- гидроксизин

Начальная доза налоксона составляет ++ ____ ++ мг

- 0,55
- 0,4

- 0,1
- 1,5

Для проведения налоксоновой пробы на определение наличия в организме наркотиков опийной групп рекомендована доза налоксона ++ ____ ++ мг

- 0,3-0,35
- 0,15-0,2
- 1,5-2,5
- 0,4-1,2

В качестве обезболивающего препарата при опийном абстинентном синдроме рекомендован

- героин
- трамадол
- севофлуран
- лидокаин

Суточная доза трамадола в первые 2-3 дня терапии составляет ++ ____ ++ мг

- 400
- 100
- 1000
- 500

Трамадол в высоки дозах в сочетании с другими психотропными препаратами вызывает

- судороги
- сухой кашель
- язву слизистой желудка
- гипотиреоз

В качестве анальгетического и противосудорожного препарата при опийном абстинентном синдроме рекомендован

- судороги
- сухой кашель
- язву слизистой желудка
- гипотиреоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А, 75 лет, с диагнозом абстинентный синдром, вызванный седативными препаратами. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Тревога, бессонница, тремор рук, ощущение сердцебиения.

Анамнез заболевания

Находится на терапевтическом отделении стационара для коррекции антигипертензивной терапии. В ходе госпитализации возникли описанные жалобы, пациентка требовала у мед персонала дать ей феназепам. Из анамнеза известно, что принимает феназепам в течение 1 года, врач не назначал, посоветовали подруги.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей

Перенесённые заболевания – ветряная оспа

Вредные привычки отрицает

Операций не было

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез – не отягощён

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

Объективный статус

Рост 157 см, вес 63 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.

Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет,

ЧДД=26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110/мин. АД 145/90 мм рт ст.

Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю

рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для лечения абстинентного синдрома, вызванного употреблением седативных средств, рекомендовано

- отменять препарат ступенчато
- назначение препарата с более сильным седативным эффектом
- отменять препарат, вызвавший привыкание, одномоментно
- не отменять препарат, вызвавший привыкание

При применении первой линии терапии абстинентного синдрома, вызванного употреблением седативных средств, следует рекомендовать

- перевод на бензодиазепины с более длительным периодом полураспада
- применение поливитаминовых комплексов
- применение бета-адреноблокаторов
- одномоментную отмену препарата, вызвавшего абстинентный синдром

Препаратом, применяемым для лечения абстинентного синдрома, вызванного употреблением седативных средств является

- хлорпротиксен
- галоперидол
- кофеин
- клоназепам

Начальная доза клоназепама у взрослых составляет ++ _____ ++ мг/сутки

- 7,5
- 5
- 1
- 10

Поддерживающая доза клоназепама для взрослых составляет ++ _____ ++ мг/сутки

- 15-20
- 4-8
- 70-100
- 10-14

При применении второй линии терапии абстинентного синдрома, вызванного употреблением седативных средств, рекомендован (-но)

- назначение опиоидных анальгетиков
- переход на фенобарбитал в эквивалентной дозе
- назначение препарата, вызвавшего зависимость, в более высокой дозе
- применение поливитаминовых комплексов и БАДов

Доза диазепама, эквивалентная 30 мг фенобарбитала, составляет ++ _____ ++ мг

- 5
- 100
- 10
- 25,5

Доза клоназепама, эквивалентная 30 мг фенобарбитала, составляет ++_____++ мг

- 10
- 4
- 15
- 2

Для пациентов, зависимых от бензодиазепиновых транквилизаторов, рекомендован препарат

- морфина сульфат
- налоксон
- флумазенил
- клонидин

По механизму действия флумазенил является

- антагонистом бензодиазепинов
- агонистом опиоидных рецепторов
- агонистом бензодиазепинов
- селективным ингибитором обратного захвата серотонина

Начальная доза флумазенила составляет ++_____++ мг

- 0,2
- 5-7,5
- 10-15
- 0,55

Флумазенил необходимо ввести

- 0,2
- 5-7,5
- 10-15
- 0,55

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог Пациент Ю, 45 лет, с диагнозом алкогольным отравлением. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Нарушение сознания, слюнотечение.

Анамнез заболевания

Известно, что накануне употреблял алкогольную продукцию (водка, самогон). Скорую вызвал друг, обнаружив пациента без сознания. Госпитализирован с подозрением на алкогольное отравление.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза затруднён в связи нарушением сознания.

Объективный статус

Рост 178 см, вес 72 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание сопор. От пациента ощущается запах спирта. Кожа, слизистые физиологичной окраски. Дыхание жёсткое, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 64/мин. АД 140/90 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень +1.5 из-под края рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для купирования гиперсаливации рекомендовано введение

- дофамина
- адреналина
- атропина
- диазепама

Доза атропина для купирования гиперсаливации при алкогольном отравлении составляет ++ _____ ++ мл

- 7-10
- 20-25
- 1-2
- 5,5-7,5

Путь введения атропина

- внутримышечно
- подкожно
- перорально
- внутривенно

Для коррекции метаболического ацидоза рекомендовано применять

- ментола раствор в ментил изовалерате
- фуросемид

- валерианы лекарственной корневищ с корнями настойка
- раствор гидрокарбоната натрия

Для ускорения метаболизма этанола, нормализации обменных процессов при отравлении алкоголем рекомендовано введение

- гидрохлортиазида
- декстрозы
- глюкозы
- будесонида

Объём глюкозы должен составлять ++ ____ ++ мл

- 500-1000
- 150,5-200,5
- 50-100
- 1500-2000

Для ускорения метаболизма этанола, нормализации обменных процессов при отравлении алкоголем глюкозу рекомендовано сочетать с

- нифедипином
- инсулином
- фенobarбиталом
- торасемидом

Доза инсулина составляет ++ ____ ++ ЕД.

- 16-20
- 25,5-50,5
- 5,5-7
- 100-150

В раствор глюкозы рекомендовано добавить

- ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
- витамины
- диуретик
- антигистаминное средство

В комплекс витаминов рекомендовано включить

- токоферол
- колекальциферол
- тиамин

- ретинол

В комплекс витаминов, наряду с тиамином, рекомендовано включить

- витамин К
- колекальциферол
- цианкобаламин
- алендроновую кислоту

При глубокой коме с арефлексией, отсутствии положительной динамики после проведения форсированного диуреза, крайне высоком уровне этанола 10 и более г/л рекомендовано

- витамин К
- колекальциферол
- цианкобаламин
- алендроновую кислоту

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 35 лет с диагнозом головная боль, вызванная применением лекарственных средств. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Головная боль, ощущение напряжения мышц головы.

Анамнез заболевания

Обратился в поликлинику. Страдает головными болями давящего характера в течение 2 лет. Ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимает суматриптан, ранее дозировка была 50 мг, последние полгода принимает 100 мг – слабopоложительный временный эффект. Данный эпизод не купировался 150 мг суматриптана, в связи с чем обратился в врачу. Проведены лабораторные, инструментальные обследования, установлен диагноз головная боль напряжения в сочетании с головной болью, вызванной применением лекарственных средств.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – у матери была ГБ

Вредные привычки – курение, алкоголь

Объективный статус

Рост 188 см, вес 93 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа и слизистые физиологичной окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 74/мин. АД 133/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Обращает на себя внимание болезненность перикраниальных мышц при пальпации.

Первым шагом при выявлении лекарственно-индуцированной головной боли рекомендовано

- отменить суматриптан
- увеличить дозу суматриптана
- уменьшить дозу суматриптана до 50 мг
- добавить ещё одно противомигренозное средство

Для облегчения головной боли данному пациенту рекомендовано лекарственное средство

- суматриптан
- супрастин
- трамадол
- целекоксиб

Суточная доза целекоксиба составляет ++_____++ мг

- 700
- 1000
- 400
- 1500

Для облегчения тошноты и предотвращения повторной рвоты пациенту рекомендовано назначить

- смектит диоктаэдрический
- метоклопрамид
- дротаверин
- лоперамид

Разовая доза метоклопрамида составляет ++_____++ мг

- 50
- 75

- 100
- 10

В качестве профилактической терапии первой линии при головной боли напряжения рекомендован

- фенобарбитал
- галоперидол
- amitриптилин
- аминофенилмасляная кислота

Средняя эффективная суточная доза amitриптилина для терапии головной боли напряжения составляет ++ _____ ++ мг

- 50-75
- 200-250
- 10-20
- 300-350

У пациента в течение 2,5 месяцев применения amitриптилина эффекта не наблюдалось. Рекомендована смена лекарственного средства на

- венлафаксин
- золпидем
- аминофенилмасляную кислоту
- хлорпротиксен

Суточная доза венлафаксина для терапии головной боли напряжения составляет ++ _____ ++ мг

- 20
- 250
- 50
- 150

Применение венлафаксина в течение 2 месяцев так же без эффекта. Лекарственным средством третьей линии терапии головной боли напряжения является

- кломипрамин
- фенобарбитал
- клоназепам
- хлорпромазин

У пациента наблюдается выраженная дисфункция перикраниальных мышц, дополнительно ему необходимо назначить

- трамадол
- тизанидин
- кодеин
- галоперидол

Для повышения эффективности профилактического лечения лекарственно-индуцированной головной боли пациенту рекомендовано воздержаться от

- трамадол
- тизанидин
- кодеин
- галоперидол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 18 лет с диагнозом акне. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Покраснение, сыпь, гнойные элементы, узелки на лице, верхней части груди и спины.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение 1 года. Использовала местно гидрокортизон – с временным положительным эффектом, после отмены состояние ухудшилось. Обратилась амбулаторно к врачу. После дообследования установлен диагноз тяжёлые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – у отца атопический дерматит

Перенесённые и сопутствующие заболевания – хронический тонзиллит

Объективный статус

Рост 165 см, вес 72 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже лица, верхней части грудной клетки и спины определяются папулы, пустулы, узлы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС

74/мин. АД 120/78 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для данного пациента в качестве первой линии терапии рекомендовано системное применение

- антимикотических препаратов
- антибиотиков
- иммунодепрессантов
- глюкокортикостероидов

В качестве системного антибактериального препарата рекомендовано применять

- амоксициллин/Клавуланат
- моксифлоксацин
- ванкомицин
- доксициклин

Суточная доза доксициклина для терапии акне составляет ++ _____ ++ мг

- 100-200
- 50-70
- 400-600
- 500-1000

В сочетании с системной антибактериальной терапии местно данному пациенту показано назначение

- клобетазола пропионата
- преднизолона
- пимекролимуса
- адапалена

Применение комбинации системных антибактериальных препаратов с адапаленом в течение 2х месяцев без эффекта. Рекомендовано к местной терапии добавить

- такролимус
- бетаметазона валерат
- бензоила пероксид
- мометазона фуруат

Применение комбинации системных антибиотиков, адапалена и бензоила пероксида в течение 1 месяца без эффекта. Наблюдаются единичные акне с исходом в рубцы. Рекомендовано назначение

- метилпреднизолона
- метатрексата
- циклоспорина
- изотретиноина

Начальная суточная доза изотретиноина составляет ++ _____ ++ мг/кг

- 0,15
- 3
- 10,5
- 0,5

Курсовая доза препарата изотретиноина составляет ++ _____ ++ мг/кг

- 120-150
- 180-200
- 200-250
- 50,5-100,5

При назначении изотретиноина пациенту необходимо отменить доксициклин, так как одновременное применение тетрациклинов и изотретиноина увеличивает риск

- повышения внутричерепного давления
- нефротоксичности, ототоксичности и офтальмотоксичности
- увеличивает риск возникновения аритмий
- поражения костно-мышечной системы

Нежелательная реакция, характерная для применения изотретиноина, -это

- желудочковая тахикардия
- увеличение интервала QT на ЭКГ
- нарушение обоняния
- боль в суставах

На фоне приёма изотретиноина у пациентки появились признаки гипервитаминоза А – хейлит, сухость кожи, раздражительность, охриплость голоса. В данном случае рекомендовано

- снизить суточную дозу изотретиноина

- оставить суточную дозу без изменений
- временно отменить препарат с последующим возобновлением приёма
- отменить препарат без возобновления приёма

В связи с высокой тератогенностью пациентке необходимо рекомендовать использование эффективных методов контрацепции в течение ++ _____ ++ после отмены препарата

- снизить суточную дозу изотретиноина
- оставить суточную дозу без изменений
- временно отменить препарат с последующим возобновлением приёма
- отменить препарат без возобновления приёма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к беременной женщине 27 лет с диагнозом акне. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Покраснение, сыпь, гнойные элементы на лице, верхней части груди.

Анамнез заболевания

Пациентка на сроке беременности 16 недель обратилась в женскую консультацию. Жалобы беспокоят в течение 1.5 месяцев. Самостоятельно использовала увлажняющие крема, ранее за помощью не обращалась. Установлен диагноз папуло-пустулезные акне средней степени тяжести

Анамнез жизни

Беременность 16 недель, первая

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – у отца язва желудка

Объективный статус

Рост 158 см, вес 57 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже лица, верхней части грудной клетки определяются папулы, пустулы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72/мин. АД 125/86 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

В качестве первой линии терапии пациентке рекомендовано лекарственное средство

- фторлоролона ацетонид
- азелаиновая кислота
- пимекролимус
- диметинден

Азелаиновую кислоту необходимо применять

- внутримышечно
- местно
- внутривенно
- перорально

При использовании азелаиновой кислоты у пациентки развился выраженный отёк в месте нанесения. Рекомендовано сменить лекарственное средство на

- дифенгидрамин
- триамцинолона ацетонид
- такролимус
- бензоила пероксид

Рекомендованная дозировка бензоила пероксида

- не менее 20%
- не более 1%
- не более 5%
- не менее 10%

В качестве антимикробного лекарственного средства в комбинации с бензоила пероксидом для местного применения рекомендован

- не менее 20%
- не более 1%
- не более 5%
- не менее 10%

Дополнительная информация

В течение 1.5 месяцев местная терапия без эффекта, наблюдается отрицательная динамика в виде увеличения количества высыпных элементов, исходом в рубцы, ухудшения психоэмоционального состояния в следствие ухудшения течения заболевания – потребовались сеансы психотерапии.

В связи с ухудшением состояния пациентка госпитализирована.

Рекомендовано назначить системно

- ванкомицин
- цефтриаксон
- эритромицин
- имипенем/циластатин

**Режим дозирования эритромицина для терапии акне составляет ++ _____ ++ мг
++ _____ ++ р/сутки**

- 700; 3
- 250; 4
- 1000; 2
- 50; 2

**Нежелательная реакция, развивающаяся при применении эритромицина, -
это**

- боли в суставах
- психоз
- нарушение зрения
- удлинение QT

**У пациентки отмечается повышение АЛТ, АСТ на фоне приёма эритромицина.
В данном случае необходимо заполнить**

- служебную записку на имя лечащего врача о развитии нежелательной реакции
- извещение о развитии нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата в Росздравнадзор
- служебную записку на имя главного врача и заместителя главного врача по лечебной работе с просьбой исключить лекарственное средство из формуляра
- форму с указанием о недопустимости использования данного лекарственного средства

Для терапии акне данной пациентке показано применение

- дезлоратадина
- левоцетиризина
- циклоспорина
- преднизолона

При инфекционных заболеваниях, в том числе акне, применение системных кортикостероидов рекомендовано

- одновременно с цитостатиком
- на фоне противомикробной терапии
- одновременно с гистаминоблокатором
- в комбинации с топическим кортикостероидом

В качестве профилактики ухудшения и рецидива состояния пациентке рекомендовано избегать

- одновременно с цитостатиком
- на фоне противомикробной терапии
- одновременно с гистаминоблокатором
- в комбинации с топическим кортикостероидом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к девочке 16 лет с диагнозом акне. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

В области Т-зоны лица (лоб, нос, верхняя часть подбородка) сыпь, покраснение, чёрные точки.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение 1 месяца. Самостоятельно пыталась лечить местно салициловой кислотой и оксидом цинка – без эффекта. Обратилась за помощью к врачу в поликлинику. Установлен диагноз папуло-пустулезные акне легкой-средней степени тяжести.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая аллергия (цитрусовые)

Наследственный анамнез – у матери в молодости была угревая сыпь

Объективный статус

Рост 160 см, вес 53 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже лица в области Т-зоны определяются комедоны, папулы, пустулы.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 88/мин. АД 115/87 мм рт.ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень

по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

В качестве первой линии терапии данному пациенту рекомендован препарат

- такролимус
- адапален
- преднизолон
- пимекролимус

Адапален местно рекомендовано применять ++ ____ ++ р/сутки

- 1
- 3
- 4
- 2

Рекомендовано применять адапален

- днём на увлажнённую кожу
- на ночь
- не зависимо от времени суток
- утром на увлажнённую кожу

В качестве альтернативного средства местной терапии акне рекомендован препарат

- пимекролимус
- триамцинолона ацетонид
- азелаиновая кислота
- клотримазол

Кратность нанесения азелаиновой кислоты составляет

- 4 раза в день
- 2 раза в сутки
- 1 раз в неделю
- 3 раза в неделю

На азелаиновую кислоту у пациента развилась аллергическая реакция ангионевротический отёк. Рекомендовано сменить местную терапию на

- такролимус
- поливитаминный комплекс
- фторцинолона ацетонид

- бензоил пероксид

В связи с развитием нежелательной реакции необходимо отправить

- извещение на имя лечащего доктора
- уведомление с просьбой вывести препарат из употребления на имя главного врача
- извещение о развитии нежелательной реакции в Росздравнадзор
- жалобу о неправильном применении препарата заместителю главного врача

Кратность применения бензоила пероксида составляет

- 2 раза в сутки
- 4 раза в неделю
- 1 раз в неделю
- 3 раза в день

Бензоила пероксид рекомендовано применять в комбинации с

- Н1-гистаминоблокаторами
- антибактериальными препаратами
- антимикотическими препаратами
- глюкокортикостероидами системно

Антибактериальный препарат, рекомендованный для местной терапии акне, - это

- тетрациклин
- неомицин
- полимиксин В
- клиндамицин

При применении бензоила пероксида в комбинации с адапаленом терапевтический эффект проявляется через

- 1-4 недели
- 3-5 дней
- 8-12 недель
- 4-6 месяцев

С целью снижения антибиотикорезистентности *Propionibacterium acnes* рекомендовано применять

- 1-4 недели

- 3-5 дней
- 8-12 недель
- 4-6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 19 лет с диагнозом «Акне». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Головная боль, тошнота, рвота, сухость слизистых оболочек, охриплость голоса

Анамнез заболевания

По поводу своего заболевания пациентка принимает изотретионин 60 мг в сутки, назначенный дерматологом. Недавно самостоятельно начала прием Тетрациклина 1.0 г в сутки. Через некоторое время после приема пациента стали беспокоить головные боли, тошнота, рвота. Данные явления купированы внутримышечным введением 10 мг метоклопрамида и 3 мл диклофенака. Вас пригласили на консультацию для определения объема терапии и дальнейшей тактики лечения.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. На момент осмотра кожа физиологической окраски, слизистые удовлетворительной влажности. Кожи лица сальная, определяются комедоны и папуло-пустулезные высыпания. Дыхание везикулярное, ЧДД=12/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный при пальпации.

Основным результатом механизма действия изотретионина является

- антигонадотропное и антиандрогенное, а также антиминералокортикоидное действие
- нормализация дифференцировки фолликулярных эпителиальных клеток
- подавление активности сальных желез
- бактериостатическая активность в отношении *_Propionibacterium acnes_*

Противопоказанием к применению изотретионина является (-ются)

- инфекция кожи и мягких тканей
- грибковые заболевания
- инфекция нижних дыхательных путей

- выраженная гиперлипидемия

Такие симптомы, как сухость кожи, охриплость голоса, возникающие на фоне приема изотретионина, связаны с гипервитаминозом

- В~1~
- А
- С
- D

Нежелательные явления, которые возникли у данного пациента (головная боль, тошнота, рвота), относятся к типу

- А
- D
- В
- С

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется в

- комитет по здравоохранению
- региональный центр гигиены и эпидемиологии
- Росздравнадзор
- территориальный отдел управления Роспотребнадзора

Противопоказан одновременный прием Изотретионина и

- холекальциферола
- омега-3
- тетрациклина
- витамина С

При выявлении нежелательных явлений на фоне терапии Изотретионином дальнейшей тактикой является

- снижение дозировки
- добавление к терапии витамина А
- немедленная отмена препарата
- симптоматическая терапия при сохранении назначенной дозировки

Из антибактериальных средств в терапии акне наружно рекомендуется использовать

- неомицин

- хлорамфеникол
- клиндамицин
- левомицетин

Механизм действия клиндамицина основан на

- антагонизме с фолиевой кислоты
- блокировании синтеза белка
- ингибировании синтеза глюкана
- прямом повреждении цитоплазматической мембраны

Курс лечения акне топическими антибактериальными препаратами составляет не более + _____ + (в неделях)

- 3-4
- 6-8
- 1-2
- 12-14

Системная антибактериальная терапия противопоказана пациентам с ++ _____ ++ формой акне

- узловой
- папуло-пустулезной
- конглобатной
- комедональной

Женщинам с акне в терапии рекомендуется назначать блокаторы

- узловой
- папуло-пустулезной
- конглобатной
- комедональной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Пациентке, 66 лет. Диагноз: ХОБЛ, группа D, GOLDIII, преимущественно смешанный тип, обострение. Эмфизема легких. Диффузный пульмосклероз. ДН II.

Больная госпитализирована в пульмонологическое отделение, где ей были дополнительно назначены следующие препараты: аминофиллин в растворе 2,4% - 5 мл в/в капельно 1 раз в сутки, дексаметазон в растворе 0,004 - 1 мл в/в

струйно 1 раз в сутки, фенотерол/ипратропия бромид в растворе (500/250 мкг/мл) ингаляционно по 1 мл через небулайзер 2 раза в сутки.

Жалобы

Последнее обострение спровоцировано ОРВИ. Отмечается повышение температуры тела до 38°C, выраженная одышка, кашель, появление слизисто-гнойной мокроты

Анамнез заболевания

Три года назад был поставлен диагноз ХОБЛ.

В качестве поддерживающей терапии был назначен формотерол/будесонид в форме дозированного порошка (4,5/160мкг/доза) по 2 дозы 2 раза в день, фенотерол/ипратропия бромид в форме дозированного аэрозоля (50/20 мкг/доза) по 2 дозы для купирования одышки. Кроме того, регулярно принимает амлодипин 10 мг 1 раз в день вечером и индапамид-ретард 1,5 мг 1 раз в день утром, метформин по 500 мг 2 раза в день

Анамнез жизни

Наследственный анамнез не отягощен. Курит в течение 10 лет по 10 сигарет в день. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО~4~. НIIA. ФК II. Сахарный диабет, тип 2, целевой HbA1c < 7,0%. аллергия на амоксициллин. В течение последних двух лет обострения отмечаются ежегодно, при этом регулярно в связи с тяжестью состояния больная проходит лечение в стационаре

Лабораторно-инструментальные данные

При оценке выраженности симптомов ХОБЛ в фазу стабильного течения mMRC=2 балла, САТ=25 баллов. Данные ФВД:

постбронходилатационный ОФВ1=46% от должной величины, ОФВ1/ФЖЕЛ 0,7.

Проба с фенотеролом отрицательная

АД = 150/90 мм рт.ст. ЧСС = 85 ударов в минуту. ОАК: эритроциты – $4,45 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, сегментоядерные – 72%, палочкоядерные – 10%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 17 мм/час. В биохимическом анализе крови глюкоза 6,5 ммоль/л, HbA1c=6,2%.

Лекарственная терапия ХОБЛ в фазу обострения у данной пациентки

- противопоказана
- проводится лекарственными препаратами не рекомендованными для этих целей
- проводится в полном объеме
- проводится не в полном объеме

Назначение дексаметазона на фоне бактериальной инфекции

- потенцирует действие антибиотиков
- носит рекомендательный характер
- нежелательно
- показано

Лекарственная терапия хронической обструктивной болезни легких была

- неэффективной
- рекомендована неверно
- эффективной
- противопоказанной

Необходимо назначить М³-холинолитик

- длительного действия тиотропия бромид
- короткого действия Аclidиния бромид
- длительного действия Ипратропия бромид
- короткого действия Ипратропия бромид

Пациентке + _____ + антибактериальная терапия

- не показана
- показана
- противопоказана
- проводилась

Пациентке показаны

- защищенные пенициллины
- пенициллины
- фторхинолоны
- цефалоспорины

Пациентке показано назначение

- рофлумапта
- ацетилцистеина или карбоцистеина
- пероральных глюкокортикостероидов
- адреналина внутримышечно

Терапия гипертонической болезни

- не имеет недостатков
- неэффективна
- противопоказана

- эффективна

Лекарственная терапия сахарного диабета 2 типа

- рациональна
- нерациональна
- противопоказана
- неэффективна

На фоне антибактериальной терапии У больной необходимо контролировать интенсивность и/или появление новых клинических симптомов, динамику

+ _____+, данные рентгенографии легких

- артериального давления
- частоты сердечных сокращений
- показателей пикфлоуметрии
- температурной реакции

Мерой профилактики атеросклероза является

- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день
- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день
- отказ от курения
- курение сигарет с низким содержанием никотина

Идеальное процентное соотношение калорий из белков, жиров и углеводов для пациентов с сахарным диабетом

- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день
- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день
- отказ от курения
- курение сигарет с низким содержанием никотина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 66 лет. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения ФКIII. Постинфарктный кардиосклероз, коронаросклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий.

Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО~4~. ХСНIIБ, ФКIII

На момент осмотра пациент получает:

- Верошпирон (спиронолактон) 25 мг 1 раза в день
- Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки

- Аторвастатин 40 мг вечером
- Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день
- Варфарин 5 мг 1 раза в день

Жалобы

Одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Заболел 10 лет назад.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

При осмотре АД 120/70 мм рт.ст., PS 60 уд/мин, при аускультации легких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС 65 уд/мин, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе).

ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%).

Биохимия крови: АСАТ-45 ед/л, АЛАТ-39 ед/л, креатинин-98 мкмоль/л, ОХС-4,5 ммоль/л, ТГ-1,4 ммоль/л, ЛВП-1,0 ммоль/л, глюкоза-4,5 ммоль/л, К⁺-4,0 ммоль/л.

Доза + _____ + недостаточна

- варфарина
- бисопролола
- дигоксина
- спиронолактона

К спиронолактону необходимо добавить

- ацетазоламид
- этакриновую кислоту
- торасемид
- маннитол

При эффективной диуретической терапии должна быть положительная динамика клинических данных уменьшение отеков и

- боли за грудиной
- перебоев в работе сердца

- артериальной гипертензии
- одышки

Одновременное назначение + _____ + и бисопролола усиливает риск брадикардии и АВ-блокады

- дигоксина
- аторвастатина
- спиронолактона
- варфарина

Мониторинг + _____ + - это один из методов контроля безопасности фармакотерапии дигоксина

- уровня трансаминаз плазмы
- артериального давления
- частоты сердечных сокращений
- уровня креатинина плазмы

+ _____ + - лабораторный показатель для оценки эффективности и безопасности назначения варфарина

- ПИ
- АЧТВ
- МНО
- ПВ

Лечение варфарином проводится под контролем МНО, которое рассчитывается по формуле

- $\text{МНО} = \text{ПВ больного} / \text{ПВ контроль}$
- $\text{МНО} = (\text{ПВ больного} / \text{ПВ контроль})^{\text{МИЧ}}$
- $\text{МНО} = (\text{ПВ больного} + \text{ПВ контроль})^{\text{МИЧ}}$
- $\text{МНО} = \text{ПВ больного} * \text{ПВ контроль}^{\text{МИЧ}}$

Целевое значение МНО для данного пациента равно

- 2,0-3,0
- 4,5-5,5
- 3,0-4,0
- 3,5-4,5

При передозировке антикоагулянтный эффект варфарина можно устранить введением

- андексанета альфа
- протамина сульфата
- идаруцизумаба
- витамина К

Увеличение + _____ + более 3 норм требует отмены препарата

Аторвастатин

- билирубига
- трансаминаз
- лейкоцитов
- холестерина

+ _____ + исследование рекомендовано пациентам с симптомами избыточной или недостаточной гипокоагуляции в ответ на применение стандартных доз варфарина

- Фармакокинетическое
- Цитологическое
- Молекулярно-генетическое
- Аллергологическое

Именно полиморфизм изофермента + _____ + увеличивает риск кровотечений у пациентов получающих варфарин

- Фармакокинетическое
- Цитологическое
- Молекулярно-генетическое
- Аллергологическое

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больной 54 года.
Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II, кардиосклероз постинфарктный (ОИМ 2015 г.), ХСН IIA, ФК II.

Жалобы

В последнее время появились жалобы на одышку, утомляемость при обычной физической нагрузке

Анамнез заболевания

В течение 5 лет страдает стенокардией напряжения.

Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, нитроглицерин по потребности 2-3 раза в неделю.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез неотягощен. Наследственный анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. 2 года назад перенес инфаркт миокарда

Объективный статус

Рост 174 см, вес 75 кг.

При осмотре АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 82 уд/мин, в легких дыхание жесткое в нижних отделах, хрипов нет, отеков нижних конечностей нет.

Биохимия крови: АСАТ 35 ед/л, АЛАТ 34 ед/л, креатинин 72 мкмоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, ОХС 6,4 ммоль/л, ТГ 1,5 ммоль/л

Пациенту с ишемической болезнью сердца для снижения риска смерти к терапии должен быть добавлен периндоприл в дозе + ____ + мг 1 раз в день

- 2
- 10
- 4
- 7

Рекомендован препарат из группы ингибиторов I[~]f[~]-каналов синусового узла + _____ + 5 мг 2 р/сут

- ивабрадин
- фелодипин
- периндоприл
- молсидомин

Учитывая повышенный уровень холестерина, пациенту необходимо назначить препарат из группы

- ниацина
- статинов
- секвестрантов желчных кислот
- фибратов

В качестве гиполипидемической терапии показан

- церивастатин
- ловастатин
- аторвастатин
- правастатин

Рекомендованный режим дозирования аторвастатина + ____ + мг 1 раз в день вечером после ужина

- 40
- 60
- 10
- 20

Увеличение аланин-трансаминазы более + ____ + норм требует отмены статинов

- 6
- 3
- 5
- 7

Увеличение Креатинфосфокиназы более + ____ + норм требует отмены препарата Аторвастатин

- 2
- 5
- 10
- 3

Под лабораторным контролем эффективности проводимой терапии в данной ситуации понимают нормализацию показателей

- коагулограммы
- липидного обмена
- электролитов плазмы
- сахара крови

Инструментально для контроля эффективности лечения необходимо выполнять

- эхокардиографию
- стентирование
- коронароангиографию
- электрокардиографическое исследование

Для профилактики сердечнососудистых осложнений пациенту показано назначение

- валсартана

- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина
- тикагрелора

К главным профилактическим мероприятиям ишемической болезни сердца относится

- санаторно-курортное лечение
- отказ от курения
- употребление более 3 л воды
- употребление более 5 л воды

Профилактический осмотр терапевта не реже 1 раза в + ____ + месяцев/месяца показан всем пациентам с ишемической болезнью сердца даже с удовлетворительным самочувствием

- санаторно-курортное лечение
- отказ от курения
- употребление более 3 л воды
- употребление более 5 л воды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 69 лет, доставленному в травматологический стационар с подозрением на перелом шейки правого бедра.

Жалобы

На боль в области правого тазобедренного сустава, жажду, слабость, головные боли.

Анамнез заболевания

Поступил в стационар экстренно. Собрать анамнез затруднительно. Удалось узнать, что во время прогулки по улице резко закружилась голова, и пациент упал. Известно, что жалобы на слабость появились и резко нарастали последние 7 дней после заболевания простудой, также в эти дни на фоне заболевания у пациента была рвота несколько раз.

Результат экспресс-диагностики уровня глюкозы в крови- 40 ммоль/л. В приемном отделении предполагают развитие гипергликемической комы. В стационаре врач-эндокринолог приходит 2 раза в неделю, в связи с чем вас вызвали на консультацию для принятия решения о дальнейшей тактике, а также разъяснении нюансов коррекции данного состояния.

Анамнез жизни

В связи с тяжестью состояния собрать анамнез представляется затруднительным. Рос и развивался нормально. Образование среднее специальное.

Профессиональная вредность-нет. Питание регулярное, качественное. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Семейное положение – женат. Есть сын.

Перенесенные заболевания –не помнит.

Сопутствующие заболевания: не удалось выяснить.

Операции: -.

Наследственность: у отца был диабет 2 типа.

Вредные привычки: курение с 18 по пачке в день.

Объективный статус

Состояние - тяжелое, умеренное оглушение сознания.

АД 150/95 мм рт.ст. ЧСС-140 в мин.

Кожа и слизистая сухие, теплые; сниженный тургор кожи. Запаха ацетона нет.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Дыхание ритмичное, поверхностное, осуществляется через нос. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Наряду с выявлением и лечением заболеваний, спровоцировавших ГГС с борьбой с дегидратацией и гиповолемией, восстановлением электролитного баланса к основным компонентам лечения гиперосмолярного гипергликемического состояния относят

- витаминотерапию
- устранение инсулиновой недостаточности
- усиленную дегидратацию при помощи применения мочегонных препаратов
- массивную антибактериальную терапию

Во избежание ошибочного назначения мочегонных вместо регидратации крайне важен дифференциальный диагноз гиперосмолярного гипергликемического состояния с

- обострением хронического цистита
- опухолью головки поджелудочной железы
- отеком мозга
- пневмонией

Подозрение на сопутствующую инфекцию возникает при уровне лейкоцитоза в клиническом анализе крови свыше + _____ + *10⁹/л

- 8
- 12
- 10
- 25

В биохимическом анализе крови при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии типичны следующие изменения: гипергликемия + _____ + , кетонемия

- высокая; значительная
- высокая; незначительная
- отсутствует; отсутствует
- отсутствует; значительная

Для правильного выбора раствора для инфузии данному пациенту необходимо произвести расчет скорректированного

- Ca⁺⁺
- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻

К клиническим проявлениям гиперосмолярного гипергликемического состояния (ГГС) относят

- офтальмопатию
- полиурию
- гипертензию
- слезотечение

Схема регидратации включает в себя вливание в первый час + _____ + л + _____ + % раствора NaCl

- 0,5; 0.9
- 1; 0.45
- 1; 0.9
- 0.2; 0.45

Объем вводимой за час жидкости не должен превышать часовой диурез более, чем на + _____ + л

- 0,5–1
- 0,2-0,5
- 2-3
- 1-2

У пациента уровень скорректированном Na^{plus} составляет 148 ммоль/л. При скорректированном Na^{plus} 145–165 ммоль/л регидратацию проводят

- 5% раствором глюкозы
- 0,45% раствором NaCl
- раствором альбумина
- 0,9% раствором NaCl

С учетом высокой чувствительности к инсулину при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии, в начале инфузионной терапии инсулин не вводят или вводят в очень малых дозах - максимум + ____ + ед/ч в/в

- 20
- 4
- 10
- 15

Если одновременно с началом регидратации 0,45% (гипотоническим) раствором NaCl ошибочно вводятся более высокие дозы ИКД ($\geq 6-8$ ед/ч), возможно быстрое снижение осмолярности с развитием

- отека легких и мозга
- инфаркта миокарда
- острого панкреонекроза
- двусторонней пневмонии

При возникновении нежелательной реакции на лекарственное средство, описанное в инструкции по применению, необходимо заполнить

- отека легких и мозга
- инфаркта миокарда
- острого панкреонекроза
- двусторонней пневмонии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больной, 18 лет, доставленной в травматологический стационар после ДТП.

Жалобы

Боль в области мягких тканей живота, рвота, головная боль, одышка, боли в животе.

Анамнез заболевания

Пациент поступил в первые сутки от ДТП. Анамнез собрать затруднительно из-за тяжести состояния. Известно, что пациент совершал длительную поездку на машине в течение 2х суток. Из-за возникшей боли в животе и резкой слабости не справился с управлением. Обращают на себя внимание множественные повреждения мягких тканей, ушибы, гематомы, а также запах ацетона изо рта. Подозрение на СД 1 типа, впервые выявленный, диабетический кетоацидоз. Экспресс-тест на глюкозу крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи ацетон ++. Поскольку ближайший визит эндокринолога в больницу планируется через неделю, Вас экстренно вызвали для проведения консультации, решения вопроса о дальнейшей тактике лечения, принятия решения и вопросов проведения инсулинотерапии.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Студент. Питание регулярное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Не женат, детей нет.

Перенесенные заболевания: -.

Сопутствующие заболевания:-.

Наследственность-отец болел СД 1 типа.

Аллергия-отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние-тяжелое, умеренное оглушение сознания.

АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС-90 в мин.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Напряженность и болезненность брюшной стенки при пальпации.

К основным компонентам лечения данного состояния наряду с борьбой с дегидратацией и гиповолемией, восстановлением электролитного баланса и КЩС, лечением сопутствующих заболеваний, спровоцировавших ДКА относят

- массивную антибактериальную терапию
- экстренное введение мочегонных препаратов, для предупреждения развития отека мозга

- длительный постельный режим
- устранение инсулиновой недостаточности

В приемном отделении требуется сразу ввести инсулин короткого действия в количестве +___+ ЕД/кг (начальная доза)

- 0,1-0,15; в/в
- 10-20; в/в
- 0,5-1,0; в/в
- 1,0-1,5; в/в

Экспресс-анализ гликемии следует проводить ежечасно до снижения уровня глюкозы плазмы до +___+ ммоль/л

- 15
- 8
- 13
- 20

Пациенту ввели инсулин короткого действия в приемном отделении. Далее ему также показана инсулинотерапия. Начальную дозу инсулина короткого действия набирают в инсулиновый шприц, добирают 0,9% раствором NaCl до 1 мл и вводят

- исключительно подкожно
- внутривенно, как можно быстрее, желательно в течение 30 секунд
- внутримышечно
- внутривенно, очень медленно, в течение 2–3 мин

После этого осуществляют инфузию инсулина короткого действия. В инфузионную смесь для предотвращения сорбции инсулина в системе следует добавить раствор

- альбумина 20%
- глюкозы 5%
- альбумина 10%
- маннитола

В отделении отсутствует инфузомат для инфузии раствора инсулина. Принято решение вводить инсулин короткого действия в/в болюсно (медленно) 1 раз/час шприцем в «резинку» инфузионной системы. Длительность фармакодинамического эффекта инсулина короткого действия при этом составляет до +_____+ мин

- 15
- 45
- 120
- 60

Сорбция инсулина при выборе такого способа введения + _____+, добавлять альбумин или кровь в раствор

- отсутствует; необходимо
- отсутствует; не нужно
- присутствует; не нужно
- присутствует; необходимо

Проведение внутримышечной инсулинотерапии возможно во всех случаях, кроме

- невозможности в/в доступа
- легкой формы диабетического кетоацидоза
- отсутствия нарушений гемодинамики
- тяжелой формы диабетического кетоацидоза

Если скорость снижения гликемии плазмы >5 ммоль/л/ч, следующую дозу инсулина короткого действия следует

- продолжать в прежнем объеме
- уменьшить вдвое
- удвоить
- пропустить

Перевод на подкожную инсулинотерапию возможен во всех случаях, кроме

- уровня гликемии плазмы > 13 ммоль/л
- стабильной гемодинамики
- улучшения состояния
- уровня гликемии плазмы \leq 11-12 ммоль/л

При уровне гликемии плазмы \leq 13 ммоль/л регидратацию пациента можно осуществлять 5–10% раствор глюкозы. При этом необходимо добавлять + 3–4 ЕД инсулина короткого действия на каждые + ___+ г глюкозы

- 5
- 20
- 60
- 40

При возникновении нежелательной реакции на лекарственное средство, описанное в инструкции по применению, необходимо заполнить

- 5
- 20
- 60
- 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному. Мужчина, 53 лет, 10 сут. находился в ортопедическом отделении стационара, где ему была проведена операция эндопротезирования правого тазобедренного сустава. В анамнезе: гипертоническая болезнь, эрозивный гастрит в стадии ремиссии. По поводу артериальной гипертензии длительно принимал рамиприл.

В стационаре со дня оперативного вмешательства больной получал:

- цефотаксим 1 г 3 р/сут. в/м 6 дней, первое введение в/м за 20 мин до операции,
- кеторолак 1 мл 3 р/сут в/м 8 сут,
- трамадол 2 мл 3 р/сут в/м 3 дня,
- омепразол 20 мг внутрь 1 р/сут 10 дней
- эноксапарин 40 мг п/к 5 сут.
- дабигатрана этексилат 220 мг/сут, внутрь (с 6-го дня послеоперационного периода),
- рамиприл 10 мг внутрь 10 сут.

Кроме того, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО) проводилась эластическая компрессия нижних конечностей.

Послеоперационный период проходил без осложнений. Проводился контроль клиничко-лабораторных показателей: общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, коагулограммы. АД – 145/90 мм рт.ст. Остальные показатели в пределах нормальных значений. При выписке даны рекомендации по дальнейшей фармакотерапии на амбулаторном этапе: дабигатрана этексилат 220 мг/сут, внутрь 28 дней, рамиприл 10 мг 1 р/сут длительно под контролем АД.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больным, в течении 3-х лет. Начали беспокоить боли в правом тазобедренном суставе. Консервативная терапия без эффекта.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование среднее.

Есть профессиональные вредности (токсичная пыль).

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – женат.

Перенесенные заболевания – корь, ангина.

Артериальная гипертензия.

Аллергоанамнез — димедрол, новокаин - крапивница.

Вредные привычки – нет.

Объективный статус

Состояние**удовлетворительное, сознание - ясное.

Рост 170 см, вес 68 кг, температура тела 36,7°C

Эндогенные ИОХВ на основании механизма возникновения подразделяются на инфекции связанные с распространением возбудителя из органа (полости), его содержащего, при выполнении на нем медицинских манипуляций, связанные с распространением возбудителя из хронического очага инфекции, кожи и слизистых оболочек и

- вызванные преимущественно кожной микрофлорой
- обусловленные гематогенным распространением возбудителя из органа, не являющегося первично контаминированными
- обусловленные транслокацией возбудителя из кишечника
- обусловленные транслокацией возбудителя из легких

Перечисленная комбинация препаратов приводит к увеличению риска развития нежелательных реакций, так

- совместное назначение кеторолака и трамадола уменьшает действие препаратов при лечении болевого синдрома
- одновременное назначение кеторолака с цефотаксимом повышает риск кровотечения
- комбинация кеторолака, эноксапарина и дабигатрана этексилата повышает риск кровотечения
- совместное назначение кеторолака и цефотаксима снижает антибактериальную активность цефотаксима

Для периоперационной антибиотикопрофилактики лекарственный препарат выбран

- не верно, так как имеет низкую эффективность в отношении основных возбудителей инфекции области хирургического вмешательства
- верно, так как имеет высокую эффективность в отношении основных возбудителей инфекции области хирургического вмешательства
- верно, так как имеет высокую эффективность в отношении Грам отрицательных возбудителей
- не верно, так как имеет низкую эффективность в отношении Грам отрицательных возбудителей

Оценивая тактику проведения периоперационной антибиотикопрофилактики, способ введения

- выбран верно, но начало введения антибиотика и длительность его применения не соответствовали рекомендациям по антибактериальной профилактике в хирургии
- и начало введения антибиотика, и длительность его применения не соответствовали рекомендациям по антибактериальной профилактике в хирургии
- и начало введения антибиотика, и длительность его применения соответствовали рекомендациям по антибактериальной профилактике в хирургии
- и начало введения выбраны верно, но длительность его применения не соответствовали рекомендациям по антибактериальной профилактике в хирургии

В случае аллергии на бета- лактамы в целях профилактики инфекции области хирургического вмешательства рекомендовано применение

- ципрофлоксацина, доксициклина
- бисептола, азитромицина
- клиндамицина, ванкомицина
- рифампицина, джозамицина

Рекомендованная доза антибиотика, используемая при проведении ПАП

- составляет тройную терапевтическую дозу
- составляет половину терапевтической дозы
- соответствует разовой терапевтической дозе
- составляет двойную терапевтическую дозу

Оценивая тактику проведения профилактики тромбоэмболических осложнений у пациента, препараты

- выбраны не верно, режим дозирования выбран верно
- выбраны верно, режим дозирования выбран не верно
- и режим дозирования выбраны верно
- и режим дозирования выбраны не верно

При клиренсе креатинина менее 10 мл/мин суточную дозу цефотаксима необходимо

- уменьшить вдвое
- оставить без изменений
- уменьшить в 4 раза
- увеличить вдвое

Оценивая эффективность проводимой антигипертензивной терапии, следует сделать выводы о том, что

- цифры АД достаточны для послеоперационного периода
- целевые цифры АД не достигнуты, но коррекция терапии не требуется
- цели терапии достигнуты
- целевые цифры АД не достигнуты, требуется коррекция терапии

Для усиления антигипертензивного эффекта рационально добавить к принимаемой терапии

- бета-блокатор
- диуретик
- сердечный гликозид
- блокатор рецепторов к ангиотензину II

Для усиления антигипертензивного эффекта рационально добавить к принимаемой терапии

- блокатор рецепторов к ангиотензину II
- антагонист кальция
- сердечный гликозид
- ингибитор АПФ

Рекомендации по модификации образа жизни, которые необходимо дать пациенту, - это

- блокатор рецепторов к ангиотензину II

- антагонист кальция
- сердечный гликозид
- ингибитор АПФ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту, 53 лет, который 10 дней находился в ортопедическом отделении стационара, где ему была проведена операция эндопротезирования тазобедренного сустава. Послеоперационный период проходил с инфекционными осложнениями области хирургического вмешательства

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

В стационаре со дня оперативного вмешательства больной получал:

- цефотаксим 1 г 3 р/сут. в/м 6 дней, первое введение в/м за 20 мин до операции,
- кеторолак 1 мл 3 р/сут в/м 8 сут,
- трамадол 2 мл 3 р/сут в/м 3 дня,
- фамотидин 20 мг 2 р/сут в/в 8 дней, затем омепразол 20 мг внутрь 1 р/сут 2 дня
- эноксапарин 40 мг п/к 7 сут.,
- варфарин 5 мг внутрь 1 р/сут 5 сут (с 5-го дня послеоперационного периода),
- рамиприл 10 мг внутрь 10 сут.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. В анамнезе: гипертоническая болезнь, эрозивный гастрит в стадии ремиссии. По поводу артериальной гипертензии длительно принимал рамиприл.

Объективный статус

При выписки проводился контроль клинико-лабораторных показателей: общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, все показатели в пределах нормальных значений.

Предполагаемые возбудители инфекционных осложнений + _____ + микрофлора

- внутриклеточная

- Гр(-)
- Гр(+)
- анаэробная

Периоперационная антибиотикопрофилактика в данной ситуации + _____ + рекомендациям по антибактериальной профилактике в хирургии

- полностью соответствовала
- частично соответствовала
- противопоказана согласно
- полностью не соответствовала

Цефотаксим не рекомендован для использования в периоперационной антибиотикопрофилактике в связи с низкой активностью против + _____ + микрофлоры

- стрептококковой
- анаэробной
- стафилококковой
- грамотрицательной

Препаратом выбора для периоперационной профилактики в данной ситуации является

- цефазолин
- цефепим
- цефтриаксон
- цефоперазон

В целях проведения периоперационной антибиотикопрофилактики введение лекарственного средства должно быть проведено внутривенно за + _____ + мин до кожного разреза

- 120
- 15
- 10
- 30

Дополнительное введение одной дозы противомикробного препарата в целях проведения периоперационной антибиотикопрофилактики требуется при длительности операции более + _____ + часов

- 4

- 3
- 5
- 6

Дополнительное введение одной дозы противомикробного препарата в целях проведения периоперационной антибиотикопрофилактики требуется при большой интраоперационной кровопотере > + _____ + мл

- 1000
- 500
- 1500
- 750

Эпидемиологический анализ инфекции области хирургического вмешательства на основе стандартных приемов эпидемиологической диагностики выполняется врачом- + _____ + медицинской организации

- бактериологом
- эпидемиологом
- инфекционистом
- клинический фармакологом

Поверхностные инфекции области хирургического вмешательства

- требуют назначения системной антибактериальной терапии в детском возрасте
- не требуют назначения системной антибактериальной терапии если пациент не лихорадит
- требуют назначения системной антибактериальной терапии если пациент не получал периоперационную антибиотикопрофилактику
- не требуют назначения системной антибактериальной терапии у пациентов без тяжелой сопутствующей патологии

Инфекция области хирургического вмешательства возникает в течение первых + _____ + дней послеоперационного периода

- 10
- 14
- 30
- 60

После проведенного лечения инфекции области хирургического вмешательства пациенту необходимо исключить

- физическую активность
- умственное напряжение
- принятие душа
- перегревание

Пациенту рекомендовано посещать бальнео- и климатолечебные курорты не ранее чем через + _____ + месяцев/месяца после операции

- физическую активность
- умственное напряжение
- принятие душа
- перегревание

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Пациентка В., 67 лет, которая госпитализирована в урологическое отделение с диагнозом: МКБ, конкремент правой почки, хронический калькулезный пиелонефрит, обострение. Хроническая почечная недостаточность I.

В стационаре назначено лечение: амикацин в/в 1 г. 1 р/сут, р-р. кеторолак в/м 1 мл 2 р/сут ежедневно, дротаверин в/м 2 мл 2 р/сут, инфузионная терапия – реамберин 500 мл ежедневно.

Жалобы

Дискомфорт в поясничной области, утомляемость, общая слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

В анамнезе гипертоническая болезнь II ст., риск ССО~3~. Постоянно принимает лизиноприл 10 мг 1 р/сут и поливитамины. Со слов больной, АД на фоне лечения снижается до 130-135/85 мм рт.ст.

Анамнез жизни

Без особенностей.

Лабораторные данные

При поступлении в биохимическом анализе крови креатинин 120 мкмоль/л (норма 44-97 мкмоль/л), в ОАК – лейкоциты 12×10^9 /л, П-12%. В ОАМ – лейкоциты 60-80 в п/зрения, бактериурия.

В посеве мочи – E.coli 10^8 КОЕ, резистентная только к ампициллину, что указывает на продукцию

- бета-лактамаз широкого спектра
- бета-лактамаз расширенного спектра
- металлобета-лактамаз
- пенициллинсвязывающего белка 2 модификации альфа

Наличие чувствительности выделенного штамма E.coli к цефалоспорином + _____ + поколения указывает на отсутствие продукции бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС)

- IV
- I
- II
- III

На 5-е сутки госпитализации возникли изменения в биохимическом анализе крови – креатинин крови увеличился до 350 мкмоль/л по причине применения

- дротаверина
- лизиноприла
- амикацина
- реамберина

Выбор амикацина для стартового лечения инфекции мочевыводящих путей

- рационален
- согласуется со спектром природной чувствительности E.coli
- не рационален
- согласуется с показателем локальной резистентности

В данной ситуации возможно назначение цефалоспоринов III поколения или + _____ + с коррекцией режима дозирования

- цефалоспоринов II поколения
- ингибиторзащищенных пенициллинов
- фторхинолонов I поколения
- цефалоспоринов I поколения

Отмечено повышение артериального давления до 160/100 мм.рт.ст. по причине лекарственного взаимодействия лизиноприла и

- дротаверина
- кеторолака
- амикацина

- поливитаминов

Назначение лизиноприла требует коррекции режима дозирования с учетом данных об уровне

- общего белка
- клиренса креатинина
- гематокрита
- белка в моче

Для уточнения дозы лекарственных средств в связи с возможным развитием нефросклероза рекомендовано проведение пробы

- Реберга
- Зимницкого
- Сулковича
- Нечипоренко

При выраженной артериальной гипертензии пациенту рекомендуется выполнение анализа крови на содержание

- альбумина
- лизиноприла
- ренина
- эндотелина

Бактериологический анализ мочи рекомендуется выполнить + _____ + антибактериальной терапии хронического пиелонефрита

- после прекращения
- на вторые сутки от начала
- перед началом
- во время

Для профилактики обострений пиелонефрита + _____ + профилактический приём антибактериальных препаратов

- данному пациенту показан
- обязателен
- рекомендован
- не рекомендован

Избегать переохлаждений и производить коррекцию нарушений
+ _____ + – основные рекомендации по профилактики
обострений у пациентов с хроническим пиелонефритом

- данному пациенту показан
- обязателен
- рекомендован
- не рекомендован

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию. Пациент П, 7 лет, поступил в инфекционное детское отделение стационара, установлен диагноз менингококковая инфекция, менингит, без осложнений.

Жалобы

Температура до 39.5°C, геморрагическая сыпь на голенях, головная боль, сонливость, отказ от еды.

Анамнез заболевания

Болен вторые сутки, вчера отмечал слабость, сонливость, температура до 38°C, единичные розеолезные элементы на голенях, сегодня утром появились жалобы на подъём температуры до 39.5, геморрагическую сыпь на голенях, головную боль, отказ от еды. Вызвали участкового педиатра, который госпитализировал ребёнка в инфекционное отделение с подозрением на менингококковую инфекцию. На основании данных анамнеза, физикального обследования, лабораторных исследований – реакция агглютинации латекса крови и ликвора на менингококк, гемофильную палочку, пневмококк, вирусные возбудители, клинический анализ крови и инструментальных установлен диагноз менингококковая инфекция, менингит, без осложнений.

Анамнез жизни

Ребёнок от первой беременности, первых родов.

Рос и развивался без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ.

Операций не было.

Прививки по календарю, поствакцинальных реакций не наблюдалось. От менингококка не привит.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Половое развитие соответствует возрасту.

Мать и отец здоровы.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 120 см, вес 24 кг, окружность груди 59 см, окружность головы 53 см.

Физическое развитие среднее, гармоничное, соответствует возрасту.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, отмечается сонливость.

Экзантема в виде единичных геморрагических элементов на голених неправильной формы, выступающих над поверхностью кожи, гиперемия задней стенки глотки, миндалин. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=28/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120/мин. АД 100/75 мм рт ст. Менингеальные симптомы – ригидность затылочных мышц, Кернига справа и слева. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

К условиям введения антибактериальных препаратов при генерализованной форме менингококковой инфекции относится

- нахождение в условиях реанимационного отделения
- соблюдение за неделю до введения первой дозы диеты
- пероральный путь введения
- парентеральный путь введения

Вводить антибактериальные препараты на догоспитальном этапе необходимо только при веских подозрениях на менингококковую инфекцию, обеспечении сосудистого доступа и налаженной инфузионной терапии по причине

- вероятности развития аллергической реакции на введение антибактериальных препаратов
- экономической целесообразности по сравнению с введением антибактериальных препаратов в условиях стационара
- риска развития септического шока в ответ на резкое повышение уровня эндотоксина при распаде менингококков под воздействием бактерицидных антибиотиков
- необходимости уточнения антибактериальной чувствительности штамма *_Neisseria meningitidis_*, так как в настоящее время появляется много пенициллинрезистентных штаммов

Группой препаратов для лечения менингококковой инфекции у данного пациента является

- макролиды
- цефалоспорины

- фторхинолоны
- пенициллины в сочетании с ингибиторами бета-лактамаз

Препаратом выбора у данного пациента для лечения менингококковой инфекции является

- цефтриаксон
- цефепим
- цефазолин
- цефуроксим

Для лечения бактериального менингита применяются дозы антибиотика

- средние суточные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- минимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- максимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- любые, так как дозировка не имеет значения

**Режим дозирования цефтриаксона у данного пациента + _____ + мг/кг/сут;
+ _____ + р/сут**

- средние суточные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- минимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- максимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- любые, так как дозировка не имеет значения

Результаты посевов ликвора и мокроты

|====

2+^ | Neisseria meningitidis, ликвор

| Ампициллин | R

| Цефотаксим | R

| Цефтриаксон | R

| Ципрофлоксацин | S

| Меропенем | S

| Цефазолин | R

| Гентамицин | S

| Рифампицин | S

|====

Рекомендуемый препарат для антибактериальной терапии в случае развития осложнения в виде пневмонии и получения посевов ликвора и мокроты

- меропенем
- ампициллин
- цефтриаксон
- ципрофлоксацин

В случае развития судорог необходимо назначить

- вальпроаты
- кортикостероиды
- НПВС
- внутривенные иммуноглобулины

У пациента, получающего препарат вальпроевой кислоты и меропенем, имеется риск

- развития резистентности к карбапенемам возбудителя
- развития эксикоза тяжёлой степени
- развития инфекционного-токсического шока
- рецидива судорог

Рецидив судорог при одновременном назначении препаратов вальпроевой кислоты и меропенема может произойти в связи с тем, что

- меропенем и вальпроаты имеют высокую нейротоксичность
- меропенем снижает концентрацию вальпроатов в крови
- оба препарата выводятся почками
- меропенем и препараты вальпроевой кислоты вводятся только внутривенно

Препаратом для химиопрофилактики ребёнку, находившемуся в тесном контакте с больным менингококковой инфекцией, является

- бисептол
- ципрофлоксацин
- меропенем
- ампициллин

В случае развития судорог на фоне применения меропенема необходимо заполнить

- бисептол
- ципрофлоксацин
- меропенем
- ампициллин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту. Пациентка В., 30 лет, Поставлен диагноз: острый тонзиллит, острый средний отит справа.

Жалобы

На боли и чувство переполнения в ухе справа, сохраняется температура до 38С.

Анамнез заболевания

Заболела остро после переохлаждения, когда стали беспокоить острые боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры до 38,5С, общая слабость. Принимала самостоятельно ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки в течение 2 дней, без существенной положительной динамики. Через 2 дня появились жалобы на боли и чувство переполнения в ухе справа, сохраняется температура до 38С. Вследствие неэффективности терапии обратилась к врачу.

Анамнез жизни

При сборе анамнеза выявлена задержка менструации в течение 6 недель.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Самостоятельно принимаемый пациенткой антимикробный препарат является

- цефалоспорином II поколения
- макролидом
- фторхинолоном
- монобактамом

Задержка менструации в течение 6 недель, может являться признаком беременности. При беременности ципрофлоксацин

- противопоказан
- можно применять только перорально

- можно применять пациенткам с аллергией на бета-лактамы
- является препаратом выбора

Лабораторно была подтверждена стрептококковая этиология тонзиллита, препаратом выбора для данной пациентки будет

- левофлоксацин
- цефтазидим
- меропенем
- амоксициллин

Дозировка амоксицилина при лечении стрептококкового тонзиллита и острого отита составляет

- 0,75 г/сут в 3 приема или 1г/сут в 2 приема
- 3 г/сут в 3 приема или 2 г/сут в 2 приема
- 1,5 г/сут в 3 приема или 2 г/сут в 2 приема
- 1 г/сут в 1 прием или 1г/сут в 2 приема

Продолжительность приема амоксицилина при лечении стрептококкового тонзиллита и острого отита составляет + _____ + суток

- 0,75 г/сут в 3 приема или 1г/сут в 2 приема
- 3 г/сут в 3 приема или 2 г/сут в 2 приема
- 1,5 г/сут в 3 приема или 2 г/сут в 2 приема
- 1 г/сут в 1 прием или 1г/сут в 2 приема

Дополнительная информация

Пациентка начала прием амоксицилина в дозе 500 мг*3 раза в сутки, после приема третьей таблетки отметила сыпь, локализованную на передней поверхности грудной клетки, животе и верхних конечностях. Состояние было расценено, как аллергическая реакция на пенициллины.

Препаратом выбора для лечения стрептококкового тонзиллита и острого отита при аллергии на пенициллины являются

- карбапенемы
- цефалоспорины
- оксазалидиноны
- сульфаниламиды

Дозировка цефуроксима при лечении стрептококкового тонзиллита и острого отита составляет + _____ + мг * 2 раза /сутки, внутрь

- 250
- 1000
- 500
- 750

Дозировка цефтибутена при лечении стрептококкового тонзиллита и острого отита составляет + _____ + мг * + _____ + раз /сутки, внутрь

- 200, 2
- 400, 1
- 200, 1
- 400, 2

Дозировка цефиксима при лечении стрептококкового тонзиллита и острого отита составляет + _____ + мг * + _____ + раз /сутки, внутрь

- 200, 2
- 400, 2
- 400, 1
- 200, 1

При аллергии на пенициллины и цефалоспорины для лечения стрептококкового тонзиллита и острого отита рекомендованы

- оксазалидиноны
- макролиды
- сульфаниламиды
- карбапенемы

Дозировка азитромицина при лечении стрептококкового тонзиллита и острого отита составляет + _____ + мг * + _____ + раз /сутки, внутрь

- 500, 1
- 500, 2
- 250, 1
- 250, 2

При аллергии на пенициллины и цефалоспорины для лечения стрептококкового тонзиллита и острого отита рекомендованы

- 500, 1
- 500, 2
- 250, 1
- 250, 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Пациентке В., 30 лет. Поставлен диагноз: острый тонзиллит. При сборе анамнеза выявлена задержка менструации в течение 6 недель.

Жалобы

На боли и чувство переполнения в ухе справа, температура до 38С.

Анамнез заболевания

Заболела остро после переохлаждения, когда стали беспокоить острые боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры до 38,5С, общая слабость. Принимала самостоятельно ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки в течение 2 дней, без существенной положительной динамики. Вследствие неэффективности терапии обратилась к врачу.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Без особенностей.

Наиболее частый возбудитель при остром тонзиллите

- S. faecalis
- M. pneumonia
- S. pneumoniae
- S. pyogenes

Для ципрофлоксацина характерна + _____ + активность к Гр+ возбудителям

- промежуточная
- высокая
- природная
- низкая

Фторхинолоны при беременности

- показаны
- противопоказаны
- безопасны

- неэффективны

Ципрофлоксацин относится к категории С по степени возможного риска для плода, а значит

- в испытаниях на животных доказан потенциальный риск для плода
- риск для плода доказан и превышает лечебное действие препарата
- доказан потенциальный риск для плода
- в испытаниях на животных препарат безвреден, а клинические испытания не проводились

Ципрофлоксацин обладает свойством

- тератогенности
- образовывать высокие концентрации в сердечной мышце плода
- образовывать высокие концентрации в тканях головного мозга плода
- неблагоприятного воздействия на суставные хрящи новорожденных

Препарат выбора – + _____ + , обладающий высокой биодоступностью

- кларитромицин
- азитромицин
- амоксициллин
- цефдиторен

Диспергируемая таблетка амоксициллина обладает + _____ + биодоступностью по сравнению с амоксициллином в виде таблеток и капсул

- непредсказуемой
- большей
- меньшей
- равной

Режим применения Амоксициллина + _____ + г/сут в 3 приема

- 1,5
- 0,5
- 2,0
- 0,75

Рекомендуемая длительность терапии + _____ + дней

- 5
- 14
- 10

- 7

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через + _____ + часа/часов

- 12-24
- 48-72
- 36-48
- 24-48

Рекомендуется изоляция пациентки от организованных коллективов во избежание вспышек стрептококковой инфекции и

- скарлатины
- коклюша
- рожистого воспаления
- дифтерии

Требуется профилактика + _____ + пути распространения инфекции

- скарлатины
- коклюша
- рожистого воспаления
- дифтерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Р, мужчине 65 лет. С целью подбора гиполипидемической терапии.

Жалобы

Быстрая утомляемость, снижение двигательной активности.

Анамнез заболевания

Болен в течение 3 лет, когда после физической нагрузки начали появляться одышка, систематические боли в области сердца сжимающего характера, приступ купировал приемом нитроглицерина. Постепенно заболевание прогрессировало, снижалась толерантность к физической нагрузке.

Примерно с 30 лет, в связи с артериальной гипертензией, пациент постоянно принимает гипотензивные средства (Метопролол).

Последняя госпитализация в марте - апреле 2017 г., после чего постоянно

принимает кордарон. Настоящая госпитализация с целью коррекции гиперлипидемии.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание избыточное.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Наиболее распространенной группой гиполипидемических лекарственных средств, снижающих сердечно-сосудистую смертность, являются

- ω-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- ингибиторы абсорбции ХС в кишечнике
- ингибиторы ГМГ-КоАредуктазы (статины)
- производные фиброевой кислоты (фибраты)

Суточная доза аторвастатина умеренной интенсивности для ↓ ХС ЛНП от 30 до 50% составляет

- 40-80
- 10-20
- 20-30
- 30-40

Суточная доза аторвастатина высокой интенсивности для ↓ ХС ЛНП ≥ 50% составляет

- 80-120
- 40-80
- 30-60
- 100-120

Практически все статины метаболизируются с участием изоформ цитохрома P-450. При этом Ловастатин, Симвастатин, Аторвастатин метаболизируются с участием + _____ + изоформы

- 2D6
- 3A4
- 2C5
- 2C9

Практически все статины метаболизируются с участием изоформ цитохрома P-450. При этом Флувастатин, Розувастатин метаболизируются с участием + _____ + изоформы

- 2C9
- 2C5
- 2D6
- 3A4

Единственным статином, метаболизм которого не связан с цитохромом P-450, является

- правастатин
- аторвастатин
- флувастатин
- ловастатин

Пациент получает метопролол, который так же метаболизируется с участием изоформ цитохрома P-450. В этом случае, дозу аторвастатина следует

- оставить стандартной, так как одновременное назначение лекарственных средств, метаболизирующихся с участием цитохрома P-450, не влияет на их фармакокинетику
- назначить максимальную, так как метапролол конкурентно ингибирует цитохром P-450 и количество активного метаболита аторвастатина снижается
- оставить стандартной, так как метопролол метаболизируется с участием 2D6 изоформы цитохрома P-450
- назначить минимальную, так как метапролол конкурентно ингибирует цитохром P-450 и количество активного метаболита аторвастатина увеличивается

Явление, когда в популяции существуют различные аллельные варианты одного и того же гена, носит название

- генетического полиморфизма
- мутации
- вариабельности наследования
- генома

Наиболее распространённый полиморфный маркёр гена MDR1, кодирующего гликопротеин P, - замена в нуклеотидной последовательности в положении 3435 цитидилового нуклеотида на тимидиловый (полиморфный маркёр C3435T). Это пример

- генетического полиморфизма
- мутации
- вариабельности наследования
- генома

Дополнительная информация

Наиболее распространённый полиморфный маркёр гена MDR1, кодирующего гликопротеин P, - замена в нуклеотидной последовательности в положении 3435 цитидилового нуклеотида на тимидиловый (полиморфный маркёр C3435T).

Это приводит к снижению экспрессии гена MDR1 и к снижению количества гликопротеина P.

У больных с генотипом TT по полиморфному маркёру C3435T гена MDR1 терапия субстратами гликопротеина P (такими как дигоксин и циклоспорин), должна сопровождаться

- генетического полиморфизма
- мутации
- вариабельности наследования
- генома

Дополнительная информация

Генетический полиморфизм характерен как для генов, кодирующих ферменты I фазы биотрансформации (изоферменты цитохрома P-450, дигидропиримидин дигидрогеназа, бутирилхолинэстераза, параоксоназа), так и II фазы метаболизма (N-ацетилтрансфераза, тиопурин S-метилтрансфераза, эпоксид гидролаза).

Реакции I фазы метаболизма (несинтетические реакции) - реакции, в которых ЛС, + _____ + чем исходное вещество, путем присоединения или освобождения активных функциональных групп (например, -OH, -NH², -SH)

- генетического полиморфизма
- мутации

- variability наследования
- генома

Дополнительная информация

Генетический полиморфизм характерен как для генов, кодирующих ферменты I фазы биотрансформации (изоферменты цитохрома P-450, дигидропиримидин дигидрогеназа, бутирилхолинэстераза, параоксоназа), так и II фазы метаболизма (N-ацетилтрансфераза, тиопурин S-метилтрансфераза, эпоксид гидролаза).

Реакции II фазы метаболизма (синтетические реакции, конъюгация) - реакции, в которых ЛС или их метаболиты

- генетического полиморфизма
- мутации
- variability наследования
- генома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Г., 57 лет, вес 78 кг, рост 170 см. Диагноз: ИБС, аритмический вариант, частая наджелудочковая экстрасистолия. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4~, ХСН I.

Сопутствующие заболевания: Бронхиальная астма, персистирующее течение, ремиссия.

Жалобы

Тяжесть за грудиной, перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания

Постоянно принимает метопролол сукцинат 100 мг 1 р/сут, дилтиазем 90 мг 2 р/сут, эналаприл 10 мг 2 р/сут, аторвастатин 20 мг 1 р/сут вечером, клопидогрел 75 мг 1 р/сут на ночь, симбикорт турбухайлер 80 мкг+4,5 мкг ингаляционно по 1 дозе 2 раза в сутки.

Анамнез жизни

Не отягощен

Объективный статус

При осмотре АД 135/80 мм рт.ст., ЧСС 55 уд/мин. Б/х крови: глюкоза 5,2 ммоль/л, креатинин 60 мкмоль/л, ОХС 4,5 ммоль/л, ЛПНП 2,3 ммоль/л, ТГ 1,2 ммоль/л. В остальном – без особенностей.

Необходимо отменить + _____ + в связи с наличием бронхиальной астмы

- аторвастатин
- метопролола сукцинат
- эналаприл
- дилтиазем

Комбинация дилтиазема и метопролола сукцината является

- рациональной
- возможной
- нерациональной
- оправданной

В данной ситуации пациентке показана отмена метопролола сукцината и назначение

- верапамила
- амлодипина
- молсидомина
- ивабрадина

Ивабрадин является специфическим ингибитором + _____ + рецепторов/каналов синусного узла

- If
- кальциевых
- альфа 1
- бета 1

Целевой показатель уровня липопротеинов низкой плотности пациентки < + ____ + ммоль/л

- 1,2
- 1,4
- 2,0
- 2,1

Необходимо увеличение дозы аторвастатина до + _____ + мг/сут

- 200
- 90
- 100
- 40

Для оценки эффективности повышения дозы препарата аторвастатин требуется контроль показателей липидного обмена через + _____ + (в неделях) приема препарата в новой дозе

- 6
- 1
- 4
- 2

К частым нежелательным явлениям при приеме аторвастатина относят

- миалгию
- импотенцию
- депрессию
- гинекомастию

В случае неэффективности дилтиазема необходимо назначение препарата + _____ + класса

- IV
- III
- II
- IB

Мерой профилактики неблагоприятных реакций фармакотерапии бронхиальной астмы является контроль за развитием

- иммуносупрессии
- отечного синдрома
- кандидоза полости рта
- липодистрофии

Регулярный самоконтроль + _____ + - это базовый принцип лечения ишемической болезни сердца

- артериального давления и частоты пульса
- частоты сердечных сокращений
- суточного диуреза
- сахара крови

Профилактический осмотр терапевта не реже + _____ + месяцев/месяца показан всем пациентам с ишемической болезнью сердца

- артериального давления и частоты пульса

- частоты сердечных сокращений
- суточного диуреза
- сахара крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больной М., 64 года, которая наблюдается с диагнозом: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIБ, III ФК по NYHA. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4~

Получает: Метопролола тартрат 25 мг 2 р/сут, Ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут, Аторвастатин 20 мг/сут, Гидрохлортиазид 50 мг 1 р/сут, Телмисартан 80 мг 1 р/сут, Метформин 500 мг 2 р/сут.

Жалобы

Ухудшение общего состояния.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет, 2 тип, целевой уровень HbA_{1c} < 7,5%.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациента возникновение сухого кашля на прием эналаприла.

Объективный статус

При осмотре на фоне приема препаратов АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин, отмечается пастозность голеней, стоп.

ЭХО-КГ: ФВ 45%. Б/х крови: клиренс креатинина 75 мл/мин, K⁺ 4,2 ммоль/л

Бета-адреноблокатор + _____ + имеет доказательную базу по снижению риска сердечно-сосудистых осложнений

- пропранолол
- метопролол тартрат
- атенолол
- карведилол

Рекомендованный режим дозирования Карведилола составляет + _____ + мг 2 р/сут.

- 6,25
- 12,5
- 3,125
- 1,25

Целевой режима дозирования карведилола + _____ + мг 2 р/сутки

- 100
- 25-50
- 10
- 20

Коррекция дозы Карведилола происходит

- 1 раз в 4 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 3 дня
- 1 раз в неделю

Назначение Телмисартана оценено как нерациональное, необходимо заменить Телмисартан на

- эпросартан
- валсартан
- ирбесартан
- лизиноприл

В случае необходимости доза метформина может быть увеличена до + _____ + мг в сутки на три приема

- 4000
- 2000
- 2500
- 3000

Гидрохлортиазид в дозе свыше 25 мг/сут может негативно влиять на

- всасывание Валсартана
- процессы катаболизма
- липогенез
- уровень глюкозы

Рекомендована комбинация Торасемида и

- триамтерена
- гидрохлортиазида
- индапамида
- спиронолактона

К торасемиду и спиронолактону возможно добавление

- осмотического диуретика
- калийсберегающего диуретика
- петлевого диуретика
- ацетазоламида

В случае неэффективности проводимой терапии + _____ + повышение дозы ацетазоламида

- не рекомендовано
- эффективно
- показано
- рекомендовано

+ _____ + является мерой профилактики атеросклероза

- курение сигарет с низким содержанием никотина
- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день
- отказ от курения
- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день

Профилактический осмотр терапевта не реже + ____ + месяцев/месяца показан всем пациентам с ишемической болезнью сердца даже с удовлетворительным самочувствием

- курение сигарет с низким содержанием никотина
- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день
- отказ от курения
- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 35 лет, поступившему в стационар для лечения основного заболевания. Диагноз: «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II ФК».

Жалобы

На боли в грудной клетке при физической нагрузке, иррадиирующие в левую руку, головную боль

Анамнез заболевания

Указанные жалобы стали беспокоить в течение года, обращался к кардиологу по месту жительства. Были назначены Нитроглицерин 0.5 мг при возникновении

приступа, Изосорбида динитрат 40 мг 1 таблетку 1 р./д. Терапию принимает регулярно, для дообследования и дальнейшей коррекции основной и сопутствующей патологии (Гипертоническая болезнь 2, риск 3) поступил в стационар.

Из анамнеза известно, что пациента беспокоят частые головные боли, эпизодически принимает анальгетики (названия не приводит), с непостоянным эффектом. Вас вызвали на консультацию.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование высшее. Профессиональная вредность-нет.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – женат. Двое детей.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: -

Операции-аппендэктомия в 40 лет.

Наследственность: Отец умер (страдал гипертонической болезнью)

Аллергия: -

Вредные привычки: курение с 22 по 6-8 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

АД 140/90 мм рт.ст.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

При аускультации-дыхание везикулярное, посторонних дыхательных шумов нет.

Дополнительная информация

В процессе сбора фармакологического анамнеза вы заметили у пациента на тумбочке парацетамол. Далее выяснилось, что пациент после эпизода боли, вызванного основным заболеванием, боится возникновения повторных эпизодов, поэтому принимает парацетамол. Вы подозреваете, что это может быть причиной возникновения головной боли у пациента.

Подобная лекарственно-индуцированная головная боли может возникнуть в случае регулярного приема парацетамола \geq + ____ + дней в месяц на протяжении более + ____ + месяцев

- 15; 3
- 10; 20

- 5; 10
- 3; 10

Лекарственно-индуцированная головная боль может возникнуть в связи с избыточным приемом

- ацетилсалициловой кислоты
- ибупрофена
- налоксона
- эрготамина

Парацетамол противопоказан к применению у

- детей до 3 лет
- подростков
- беременных и кормящих
- пожилых без сопутствующих патологий

Парацетамол следует принимать

- до приема или во время приема пищи
- сразу после приема пищи
- через 1-2 часа после приема пищи
- перед сном

У взрослых парацетамол не рекомендуется применять в качестве обезболивающего средства более + _____ + дней

- 8
- 5
- 10
- 2

Максимальная суточная доза парацетамола составляет + _____ + г

- 1
- 4
- 2
- 6

Гепатотоксичность парацетамола усиливает

- эналаприл
- алкоголь
- рабепразол

- вареный картофель

При передозировке парацетамола, антидотом является

- карбоангидраза
- Na⁺ /K⁺ - АТФ-аза
- глутатион
- витамин К

Для купирования эпизодов головной боли в качестве препарата первого выбора рекомендуется

- ацетилсалициловая кислота
- кетопрофен
- диклофенак
- ибупрофен

Наименее эффективным препаратом из представленных для купирования приступа головной боли является

- диклофенак
- парацетамол
- ацетилсалициловая кислота
- ибупрофен

Для купирования эпизодов головной боли напряжения рекомендуется использовать

- НПВС
- опиоидные анальгетики
- миорелаксанты
- триптаны

Проведение поведенческой терапии, направленной на модификацию образа жизни

- НПВС
- опиоидные анальгетики
- миорелаксанты
- триптаны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Пациентке М., 29 лет. У пациентки диагностировано депрессивное состояние и начата терапия медазепамом

Жалобы

Обратилась в поликлинику с жалобами на ощущение постоянного беспокойства, тревоги.

Анамнез заболевания

Больная не ездит в лифте, избегает ситуаций, сопряженных с большим скоплением людей, поскольку, когда она оказывается в подобной ситуации, ее охватывает ощущение страха. Указанные симптомы начались у пациентки около 1 года назад, после сильного стресса в личной жизни. С тех пор больная ограничила привычное общение с друзьями, уволилась с любимой работы, так как перестала видеть во всем этом какой-либо смысл.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Не описан

Под + _____ + эффектом понимают уменьшение внутреннего напряжения, устранение беспокойства, тревоги и страха

- амнестическим
- анксиолитическим
- седативным
- противосудорожным

Максимальная суточная доза медазепама для взрослого человека + _____ + мг в амбулаторных условиях

- 20
- 40
- 10
- 5

Длительное непрерывное применение медазепама более + ___ + месяцев нежелательно

- 3

- 2
- 6
- 4

Рекомендованный режим дозирования медазепам в данной ситуации + _____ + мг в сутки внутрь перед приемом пищи

- 100
- 50
- 60
- 30

При приеме анксиолитиков бензодиазепинового ряда может наблюдаться развитие

- гиперкинетических кризов
- парестезии
- нарушения сна
- судорог

При длительном приеме бензодиазепиновых препаратов высокий риск развития зависимости и

- тахифилаксии
- синдрома рикошета
- синдрома отмены
- обстипации

Для профилактики осложнений

- используют альтернирующий режим назначения
- отмену производят постепенно
- применяют налоксон
- назначают минимальные терапевтические дозы

Лабораторный контроль + _____ + необходим как мера профилактики неблагоприятных реакций при приеме анксиолитиков бензодиазепинового ряда

- функции печени и почек
- сахара крови
- электролитов в моче
- показателей гемостаза

При отмене медазепам суточную дозу препарата уменьшают каждые +___+ недели/неделю

- 3
- 4
- 1
- 2

При резкой отмене медазепам развивается

- светобоязнь
- миоз
- инъектированность склер
- боль (ломка)

В период лечения необходимо

- быть осторожным при вождении
- избегать физических нагрузок
- соблюдать низкокалорийную диету
- пользоваться контрацептивами

Связь нежелательного явления с лекарственным средством оценивается по алгоритму

- быть осторожным при вождении
- избегать физических нагрузок
- соблюдать низкокалорийную диету
- пользоваться контрацептивами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному К, 45 лет, поступившему в инфекционное отделение стационара. При поступлении установлен диагноз менингит не уточнённой этиологии, без осложнений.

Жалобы

Температура до 40 градусов Цельсия, светобоязнь, слабость, головная боль, головокружение.

Анамнез заболевания

Болен первые сутки, подъём температуры до 40 градусов Цельсия, слабость, сонливость, головная боль, снижение аппетита. Вызвал СМП (скорую

медицинскую помощь), был госпитализирован с подозрением на менингит. На основании данных анамнеза, физикального обследования, лабораторных и инструментальных исследований установлен диагноз менингит не уточнённой этиологии, без осложнений.

Анамнез жизни

Рос и развивался без особенностей.

Перенесённые заболевания – ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Наследственность — не знает.

Питание регулярное, качественное.

Вредные привычки отрицает.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 183 см, вес 79 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, отмечается сонливость. Кожа, слизистые физиологической окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100/мин. АД 130/90 мм рт ст. Менингеальные симптомы – ригидность затылочных мышц, верхний Брудзинского, Кернига справа и слева. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

В качестве патогенетической терапии рекомендовано применение

- антибактериальных лекарственных средств
- противоменингококковых интерферонов
- противовирусных лекарственных средств
- внутривенных иммуноглобулинов, обогащенных IgM

Условием введения антибактериальных препаратов при генерализованной форме менингококковой инфекции является

- пероральный путь введения
- парентеральный путь введения
- соблюдение диеты за неделю до введения первой дозы
- нахождение пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии

Вводить антибактериальные препараты на догоспитальном этапе необходимо только при веских подозрениях на менингококковую инфекцию, обеспечении сосудистого доступа и налаженной инфузионной терапии по причине

- экономической целесообразности по сравнению с введением антибактериальных препаратов в условиях стационара
- необходимости уточнения антибактериальной чувствительности штамма *_Neisseria meningitidis_*, так как в настоящее время появляется много пенициллинрезистентных штаммов
- вероятности развития аллергической реакции на введение антибактериальных препаратов
- риска развития септического шока в ответ на резкое повышение уровня эндотоксина при распаде менингококков под воздействием бактерицидных антибиотиков

Группой препаратов для лечения менингококковой инфекции у данного пациента является

- фторхинолоны
- пенициллины в сочетании с ингибиторами бета-лактамаз
- цефалоспорины
- тетрациклины

Препаратом выбора у данного пациента для лечения менингококковой инфекции является

- цефуроксим
- цефазолин
- цефепим
- цефтриаксон

Для лечения бактериального менингита дозы антибиотика выбираются

- средние суточные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- минимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- максимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- любые, так как дозировка не имеет значения

Режим дозирования цефтриаксона у данного пациента должен составлять

+ _____ + г + _____ + р/сут

- средние суточные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- минимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- максимальные для данного возраста, согласно инструкции по применению
- любые, так как дозировка не имеет значения

С учетом результата посева ликвора препаратом выбора является

- ванкомицин
- ампициллин/сульбактам
- полимиксин В
- ципрофлоксацин

На фоне проводимой терапии наблюдалась отрицательная динамика, в связи с чем было выполнено КТ, по результатам которого установлен диагноз абсцесс головного мозга. В связи с этим необходимо к в/в введению полимиксина В добавить

- внутривенные иммуноглобулины
- тигециклин + фосфомицин + азтреонам
- ванкомицин
- полимиксин В интратекально

Стартовый режим дозирования взрослому пациенту полимиксина В для интратекального введения составляет + _____ + мг* + _____ + р/сутки

- 10;2
- 10;1
- 5;3
- 5;1

Длительность интратекального введения полимиксина В продолжается

- до выписки пациента на амбулаторное лечение и далее на амбулаторном этапе
- до выписки пациента на амбулаторное лечение
- 2 недели после отрицательного посева ликвора
- до субъективного клинического улучшения по желанию пациента

Препаратом для химиопрофилактики взрослому, находившемуся в тесном контакте с больным менингококковой инфекции, является

- до выписки пациента на амбулаторное лечение и далее на амбулаторном этапе
- до выписки пациента на амбулаторное лечение
- 2 недели после отрицательного посева ликвора
- до субъективного клинического улучшения по желанию пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 50 лет (масса тела 60 кг) страдает бронхоэктатической болезнью. Частые (3-4 раза в год) обострения. Во время последнего обострения получал цефтриаксон внутривенно с положительным эффектом. Настоящее обострение в течение недели: лихорадка, кашель с густой гнойной мокротой, одышка. В домашних условиях 4 дня получал инъекции гентамицина по 40 мг 2 раза в день внутримышечно. В связи с неэффективностью терапии был госпитализирован. Врач-клинический фармаколог вызван к больному для консультации в отношении тактики фармакотерапии.

Объективный статус

Объективно: состояние тяжелое, легкий цианоз, в легких сухие хрипы на фоне диффузно ослабленного дыхания, ЧДД-24 в минуту. Температура тела 38°C, Общий анализ крови: лейкоциты - $12,4 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 25%, моноциты - 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты - вязкая, зелёного цвета, лейкоциты - 100 в поле зрения, эозинофилов нет, На рентгенограмме грудной клетки: признаки эмфиземы легких, очаговых инфильтративных изменений нет.

Выбор гентамицина в данном случае является

- правильным, Гр(+) возбудители респираторной инфекции, такие как пневмококки чувствительны к гентамицину
- ошибочным, Гр(+) возбудители респираторной инфекции, такие как пневмококки устойчивы к гентамицину
- ошибочным, гентамицин должен применяться только внутривенно
- правильным, гентамицин хорошо проникает в ткани легких

В стационаре для проведения эмпирической терапии данному пациенту целесообразно назначить

- респираторные фторхинолоны
- макролиды

- природные пенициллины
- гликопептиды

При назначении эмпирической антибактериальной терапии у данного пациента следует учитывать высокий риск

- колонизации дыхательных путей Гр(-) микроорганизмами, вырабатывающими бета-лактамазы
- колонизации дыхательных путей Гр(+) микроорганизмами, в том числе MRSA
- инфицирования вирусом Эпштейн-Барра
- инфицирования атипичными микроорганизмами

Основные преимущества респираторных фторхинолонов у пациентов, страдающих бронхоэктатической болезнью, объясняются широким спектром в отношении возбудителей респираторной инфекции, а также

- способностью в высоких концентрациях проникать в ткани легких
- профилем безопасности сходным с природными пеницилинами
- активностью в отношении возбудителей инфекций, передающихся половым путем
- способностью проникать через гематоэнцефалический барьер

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии следует оценивать через +_____+ (в часах)

- 12-24
- 6-12
- 48-72
- 24-32

На 3-и сутки лечения состояние больного улучшилось, температура тела снизилась, но сохраняется кашель с отделением гнойной мокроты. В повторном посеве мокроты выявлен рост синегнойной палочки. Данная картина свидетельствует о том, что

- эмпирическая терапия эффективна. С учетом выделенного возбудителя следует продолжить терапию респираторными фторхинолонами
- эффективность терапии недостаточна. С учетом выделенного возбудителя следует назначить больному парентеральные препараты с выраженной активностью в отношении Гр(+) возбудителей
- эффективность терапии недостаточна. С учетом выделенного возбудителя следует продолжить терапию респираторными фторхинолонами, вдвое увеличив дозу

- эффективность терапии недостаточна. С учетом выделенного возбудителя следует назначить больному парентеральные препараты с антисинегнойной активностью

Антисинегнойной активностью обладают

- цефоперазон/сульбактам, цефепим, пиперациллин/тазобактам, меропенем
- цефепим, азитромицин, амоксициллина клавуланат, меропенем
- цефоперазон/сульбактам, ванкомицин, пиперациллин/тазобактам, меропенем
- линезолид, цефепим, пиперациллин/тазобактам, телаванцин

Синегнойная палочка – это

- _Enterococcus faecalis_
- _Pseudomonas aeruginosa_
- _Proteus mirabilis_
- _Enterobacter cloacae_

Активностью против синегнойной палочки обладает

- цефтаролин
- ампициллин/сульбактам
- цефтазидим
- цефтриаксон

К факторам риска внебольничных инфекций, вызванных антибиотикорезистентными возбудителями, относят

- посещение пациентом городской поликлиники в эпидсезон по гриппу
- перенесенную туберкулезную инфекцию с нахождением на диспансерном учете
- прием антибиотиков по любому поводу давностью более 6 месяцев
- госпитализацию в течение предшествующих 3 месяцев

Больным с бронхоэктазами необходимо назначение

- препаратов группы теофиллина
- системных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- ингаляционных глюкокортикостероидов

Стандарты лечения и клинические рекомендации руководства профессиональных медицинских ассоциаций составляются на основе принципов + _____ + **медицины**

- препаратов группы теофиллина
- системных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- ингаляционных глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному 65 лет, госпитализированному в клинику поступил больной 65 лет.

Жалобы

На лихорадку, одышку в покое, кашель с отделением гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Курит в течение 45 лет в среднем по 1 пачке в день. Около 15 лет ежедневно беспокоит кашель с мокротой по утрам, последние 7 лет отмечает одышку при физической нагрузке, подъеме по лестнице на 1 этаж. Настоящее ухудшение состояния в течение 2-х суток. Принимал сальбутамол (по потребности), бромгексин по 16 мг 2 раза в день.

Объективный статус

Объективно: состояние тяжелое, легкий цианоз, в легких сухие хрипы на фоне диффузно ослабленного дыхания, ЧДД-24 в минуту. Температура тела 38°C, Общий анализ крови: лейкоциты - $12,4 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 25%, моноциты - 4%, СОЭ - 28 мм/час ОФВ1 = 35% от должного, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ - 54%. Общий анализ мокроты - вязкая, зелёного цвета, лейкоциты - 100 в поле зрения, эозинофилов нет, На рентгенограмме грудной клетки: признаки эмфиземы легких, очаговых инфильтративных изменений нет.

Наиболее вероятным предварительным диагнозом является

- препаратов группы теофиллина
- системных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- ингаляционных глюкокортикостероидов

Диагноз

Показаниями к проведению антибиотикотерапии у пациентов страдающих ХОБЛ являются

- усиление одышки, повышение температуры, СОЭ, лейкоцитоз
- усиление легочного рисунка на рентгенограмме, повышение температуры, снижение ОФВ1, увеличение СОЭ
- гнойный характер мокроты, усиление одышки, повышение температуры, увеличение СОЭ, лейкоцитоз
- усиление легочного рисунка на рентгенограмме, снижение ОФВ1, длительный анамнез курения, наличие обратимой бронхообструкции

Факторами, которые следует учитывать при назначении эмпирической антибактериальной терапии у данного пациента, являются

- высокий риск колонизации дыхательных путей Гр(-) микроорганизмами, вырабатывающими бета-лактамазы
- высокий риск колонизации дыхательных путей Гр(+) микроорганизмами, в том числе MRSA
- высокий риск инфицирования вирусом Эпштейн-Барра
- высокий риск инфицирования атипичными микроорганизмами

С учетом факторов риска, присутствующих у данного пациента, в качестве эмпирической антибактериальной терапии следует назначить респираторные фторхинолоны (например, левофлоксацин) или

- оксациллин
- амоксициллина клавулат
- азитромицин
- доксициклин

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии следует оценивать через + _____ + часа/часов

- 12-24
- 48-72
- 24-32
- 6-12

На 2-е сутки лечения одышка у больного уменьшилась, температура тела снизилась до нормальных значений, но сохраняется кашель с отделением гнойной (>50 лейкоцитов в поле зрения) мокроты. В посеве мокроты выявлен рост *N. influenzae*. Данная картина свидетельствует о

- неэффективности проводимой эмпирической терапии, следует заменить антибиотик
- неполной эффективности антибиотика, следует пересмотреть режим дозирования
- положительном эффекте антибиотика, тем не менее терапию следует продолжить еще 3-5 дней
- положительном эффекте антибиотика, терапию можно прекратить

Во время госпитализации больному показана бронхолитическая терапия

- комбинация КДАХ (короткодействующие антихолинергики) и иГКС (ингаляционные глюкокортикостероиды) через небулайзер по потребности
- КДБА (короткодействующие β_2 -агонисты), КДАХ (короткодействующие антихолинергики) или их комбинация через небулайзер по потребности
- комбинация ДДАХ (длительнодействующие антихолинергики) и ДДБА (длительнодействующие β_2 -агонисты) через небулайзер по потребности
- комбинация ДДАХ (длительнодействующие антихолинергики) и иГКС (ингаляционные глюкокортикостероиды) через небулайзер по потребности

К КДБА (короткодействующие β_2 -агонисты) относятся Сальбутамол и

- фенотерол
- индекатерол
- сальмеретол
- формотерол

К КДАХ (короткодействующие антихолинергики) относится

- гликопиррония хлорид
- ипратропия бромид
- тиотропия бромид
- теofilлин

После выписки из стационара в качестве бронхолитической терапии для постоянного приема показана комбинация

- теofilлина и сальбутамола
- ДДАХ и теofilлина
- ДДБА и теofilлина
- ДДАХ и ДДБА

Продолжительностью бронхолитического действия до 24 часов при однократном ингаляционном применении обладает

- формотерол
- индакатерол
- фенотерол
- салметерол

Основными направлениями реабилитации пациентов с ХОБЛ включают психологическую поддержку, борьбу с депрессией, обучение, нутритивную поддержку и

- формотерол
- индакатерол
- фенотерол
- салметерол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному 48 лет, доставленному машиной скорой помощи в приемное отделение стационара с направительным диагнозом «Пневмония».

Жалобы

На кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, одышкой, повышением температуры до 39°C .

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 дней назад после переохлаждения.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит.

Наследственность неотягощена.

Вредные привычки: курит на протяжении 10 последних лет (не более 1 пачки в день), алкоголь употребляет в умеренных количествах.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Заторможен, слегка дезориентирован в пространстве и времени. Температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$. ЧД – 32 в минуту. При дыхании атмосферным воздухом уровень сатурации 89%. В легких справа в задненижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- формотерол
- индакатерол
- фенотерол
- салметерол

Результаты лабораторных методов обследования

Вероятный возбудитель патологического процесса выявляется

- формотерол
- индакатерол
- фенотерол
- салметерол

Результаты

Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является

- формотерол
- индакатерол
- фенотерол
- салметерол

Диагноз

Осложнением пневмонии у данного пациента является

- септический шок
- эмпиема плевры
- бронхообструктивный синдром
- абсцедирование

Тактика ведения данного больного включает

- немедленную госпитализацию в отделение реанимации (интенсивной терапии)
- госпитализацию в стационар
- незамедлительное направление пациента к фтизиатру для исключения туберкулезной этиологии воспалительного процесса
- возможность амбулаторного лечения

Препаратом выбора для проведения эмпирической антибактериальной терапии среди перечисленных лекарственных средств является

- ампициллин

- азитромицин
- ципрофлоксацин
- цефтриаксон

К основным классам антибиотиков, активных в отношении грамположительных микроорганизмов помимо бета-лактамов относят

- нитрофураны
- хинолоны
- полимиксины
- макролиды

**На третьи сутки госпитализации получен результат бактериологического анализа мокроты: метициллин-резистентный *Staphylococcus aureus* (MRSA).
посев крови стерилен. в данной ситуации необходимо**

- увеличить дозу цефтриаксона в 2 раза
- отменить цефтриаксон, назначить ванкомицин
- отменить цефтриаксон, назначить кларитромицин
- отменить цефтриаксон, назначить оксациллин

Продолжительность антибактериальной терапии в случае выявления mrsa-инфекции составляет + _____ + (в днях)

- 10-14
- 14-21
- 7-10
- 21-30

На третьи сутки после назначения ванкомицина появились массивные высыпания на коже в виде крапивницы тактика в отношении ванкомицина заключается в

- снижении дозы ванкомицина и назначении антигистаминных препаратов
- продолжении ванкомицина и назначении преднизолона
- отмене ванкомицина и назначении линезолида
- отмене ванкомицина и назначении цефтазидима

К основным антибактериальным препаратам, активным в отношении штаммов *S. aureus*, устойчивых к метициллину (mrsa) относятся ванкомицин, линезолид, а также

- амикацин
- телаванцин

- амоксициллин
- цефтриаксон

У больного при проведении терапии ванкомицином следует мониторировать

- амикацин
- телаванцин
- амоксициллин
- цефтриаксон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию в урологическое отделение стационара к больной А., 24 лет, рост 170 см, вес 78 кг, 28 неделя беременности.

Жалобы

На боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, слабость.

Анамнез заболевания

Больной себя считает со вчерашнего дня, когда после переохлаждения появились и стали прогрессировать вышеописанные жалобы. Сегодня утром, в связи с ухудшением состояния, больная вызвала СМП и была доставлена в стационар, где ее госпитализировали в у/о.* *

Объективный статус и лабораторно-инструментальные данные

Данные объективного осмотра: кожные покровы чистые, влажные, лицо гиперемировано. АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 88 уд/мин. ГОСТ в пределах нормы. ЧДД 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЖКТ – без особенностей. Правая почка болезненна при пальпации, симптом Пастернацкого - положительный справа. Отеков нет. Стул – тенденция к запорам. Диурез в норме.

Данные инструментальных методов исследования:

* ЭКГ: ритм правильный, 88 в минуту. Нормальная ЭОС. P – 0,1, PQ – 0,16, QT 0,36.

* УЗИ почек: структурных изменений левой почки не выявлено. Эхогенность паренхимы правой почки снижена, паренхима утолщена до 18 мм, контур неровный, определяется синдром выделяющихся пирамидок.

Данные лабораторных методов исследования:

* Общий анализ крови:

-- Hb _135_ г/л, Ht _0,43%_, Eг _4,2_ x 10¹²/л, ЦП _0,95_, СОЭ _14_ мм / час,
-- Tr _208_ x 10⁹/л; L __12,7__ x 10⁹/л; формула: п/_9_; с/_59_; б/_0_; э/_1_;
л/_33_; м/_7

* Общий анализ мочи:

-- Удельный вес _1012_, реакция – кислая, мутность – мутная, цвет – жел,
-- белок _следы_ г/л, L _на все_ п/зр; Eг _1-2_ п/зр; цилиндры _нет_ п/зр;
соли __нет

* Бактериологический посев мочи – в работе.

* Биохимический анализ крови:

-- Общий билирубин __10,1__ мкмоль/л,

-- Тимолова проба __1__ ЕД, АЛТ _0,18__ ммоль/ч*л,

АСТ _0,19__ ммоль/ч*л

-- Мочевина _6,3__ ммоль/л, Креатинин _100__ мкмоль/л

-- Гликемия __5,4__ ммоль/л

* Генетическое тестирование – быстрый метаболизатор CYP3A4.

Предварительный диагноз - основное заболевание:

+ _____ +. Осложнение основного заболевания: ХПН

0. Сопутствующие заболевания: Беременность, 28 недель.

- амикацин
- телаванцин
- амоксициллин
- цефтриаксон

Диагноз

Препаратом выбора при эмпирическом назначении антибактериальной терапии в данной клинической ситуации является

- амоксициллин/клавуланат
- азитромицин
- ципрофлоксацин
- левофлоксацин

На фоне антибактериальной терапии необходима

+ _____ + терапия

- инфузионная, десенсибилизирующая, гипокоагуляционная
- гипокоагуляционная, десенсибилизирующая, мочегонная
- инфузионная, гипокоагуляционная, мочегонная
- инфузионная, десенсибилизирующая, мочегонная

Причиной выбора аминопенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз в данной клинической ситуации является

- низкая эффективность антибактериальных препаратов других подгрупп у беременных женщин
- отсутствие регистрации природных пенициллинов в аптечной сети Российской Федерации
- беременность пациентки
- отсутствие риска развития тератогенного эффекта

Механизм действия амоксициллина/клавуланата основан на

- нарушении синтеза белков микробной клетки, находящейся в стадии вегетации
- угнетении синтеза бактериальной стенки
- подавлении белкового синтеза
- ингибировании ДНК-гиразы и топоизомеразы, нарушая таким образом синтез ДНК, что ведёт к гибели бактерий

Во II и III триместрах беременности в качестве эмпирической терапии острого пиелонефрита рассматривают

- макролиды, аминогликозиды
- респираторные фторхинолоны, тетрациклины
- цефалоспорины, аминогликозиды
- ингибиторзащищённые пенициллины и цефалоспорины

Механизм действия цефалоспоринов основан на

- подавлении белкового синтеза
- нарушении синтеза белков микробной клетки, находящейся в стадии вегетации
- нарушении образования клеточной стенки бактерий
- ингибировании ДНК-гиразы и топоизомеразы, нарушая таким образом синтез ДНК, что ведёт к гибели бактерий

Рекомендуемая доза амоксициллина/клавуланата при пиелонефрите во время беременности + _____ + раз/раза в сутки в/в

- 3,0+0,6г; 3
- 1,0+0,2г; 3
- 1,5+0,5г; 1
- 0,1+0,1г; 2

Пенициллины нельзя смешивать в одном шприце или в одной инфузионной системе с + _____ + ввиду их физико-химической несовместимости

- цефалоспорины
- тетрациклинами
- фторхинолонами
- аминогликозидами

Период полувыведения пенициллинов в среднем составляет + ___ + час/часов

- 5
- 12
- 1
- 7

При сочетании цефалоспоринов с + _____ + возможно повышение риска нефротоксичности

- антацидами
- сердечными гликозидами
- антикоагулянтами
- аминогликозидами

К цефалоспориновым III поколения относятся препараты

- антацидами
- сердечными гликозидами
- антикоагулянтами
- аминогликозидами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинически фармаколог вызван на консультацию к больной Р., 30 лет (50 кг), которая обратилась в поликлинику, откуда была направлена на госпитализацию в стационар.

Жалобы

На частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°C.

Анамнез заболевания

Впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды –

без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективный статус и лабораторно-инструментальные данные

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Предварительный диагноз- это

- антацидами
- сердечными гликозидами
- антикоагулянтами
- аминогликозидами

Диагноз

Эмпирической антибактериальной терапией в данной клинической ситуации является терапия

- фторхинолонами
- макролидами
- аминогликозидами
- ингибиторзащищёнными пенициллинами

Рекомендованный режим дозирования эмпирической терапией ципрофлоксацином + _____ + мг 2 раза в день

- 500-750

- 50-75
- 1500-1750
- 5-7

Пациентам, у которых показатель резистентности *E. coli* к ципрофлоксацину и левофлоксацину составляет <10%, показаны

- аминогликозиды или карбапенемы
- парентеральные фторхинолоны
- аминопенициллины + ингибиторы β -лактамаз
- цефалоспорины 3 поколения

Пациентам, у которых показатель резистентности БЛРС-продуцирующих штаммов *E. coli* к цефотаксиму, цефтриаксону, цефтазидиму и цефепиму составляет <10%, показаны

- парентеральные фторхинолоны
- аминогликозиды или карбапенемы
- аминопенициллины + ингибиторы β -лактамаз
- цефалоспорины 3 поколения

При известной чувствительности грамположительного возбудителя острого неосложнённого пиелонефрита пациенту показана терапия

- аминопенициллинами + ингибиторами β -лактамаз
- парентеральными фторхинолонами
- цефалоспорины 3 поколения
- аминогликозидами или карбапенемами

Пациентам, у которых показатель резистентности *E. coli* к фторхинолонам >10% и/или БЛРС-продуцирующих штаммов *E. coli* к цефалоспорином 3 поколения составляет >10%, показаны

- аминогликозиды или карбапенемы
- парентеральные фторхинолоны
- цефалоспорины 3 поколения
- аминопенициллины + ингибиторы β -лактамаз

К альтернативным антибактериальным препаратам в терапии хронического пиелонефрита относится группа

- аминопенициллинов
- цефалоспоринов 3 поколения
- макролидгов

- аминогликозидов

Режим дозирования цефтриаксоном при хроническом пиелонефрите является +_____+ в день

- 250 мг 1 раз
- 400 мг 2 раза
- 1-2 г 1 раз
- 100 мг 1 раз

Продолжительность терапии парентеральными фторхинолонами при хроническом пиелонефрите составляет +_____+ дней

- 7-14
- 28
- 5-7
- 10

Гипотензивную терапию при хроническом пиелонефрите проводят

- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
- метилдопой
- бета-адреноблокаторами
- петлевыми диуретиками

При непереносимости иАПФ гипотензивную терапию при хроническом пиелонефрите проводят

- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
- метилдопой
- бета-адреноблокаторами
- петлевыми диуретиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 25 лет, с диагнозом аллергическая бронхиальная астма, тяжелое неконтролируемое течение, среднетяжелое обострение, сезонный аллергически ринит. Причина консультации врача-клинического фармаколога: неэффективность лечения лекарственными препаратами 4-й ступени (Gina 2018)

Жалобы

Чувство заложенности в грудной клетке, одышку при физической нагрузке, ежедневные приступы удушья

Анамнез заболевания

В качестве поддерживающей терапии использует аэрозоль для ингаляций дозированный Беклометазон (250 мкг/доза) по 3-4 ингаляции в сутки, Формотерол 48 мкг в сутки, Монтелукаст, тиотропия бромид на регулярной основе

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания –детские инфекции. Наследственность не отягощена. Курение отрицает. Профессиональные вредности отрицает. Аллергоанамнез: цитрусовые – крапивница

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 78 кг. При аускультации дыхание жесткое, над всей поверхностью легких рассеянные сухие хрипы. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 84 в минуту, АД 110/75 мм.рт.ст.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
- метилдопой
- бета-адреноблокаторами
- петлевыми диуретиками

Результаты лабораторных методов обследования

Данные лабораторной диагностики свидетельствует в пользу

- аллергической БА развивающейся с участием аллергического воспаления 2 типа
- инфекционного осложнения БА
- эозинофильной астмы
- IgE-обусловленной БА

Учитывая данные лабораторных исследований анамнеза, данной пациентке показана

- антибактериальная терапия
- отмена ИГКС, назначение низких доз оральных кортикостероидов
- отмена ИГКС, назначение Анти-IgE-лекарственных препаратов

- анти-IgE-терапия дополнительно к терапии максимальными дозами ИГКС

Омализумаб, являясь рекомбинантным гуманизированным моноклональным антителом, получен на основе рекомбинантной ДНК и

- до 95% состоит из человеческого иммуноглобулина
- полностью состоит из человеческого иммуноглобулина
- до 65% состоит из человеческого иммуноглобулина
- до 40% состоит из мышинового иммуноглобулина

Лекарственный препарат омализумаб имеет _____ путь введения

- подкожный
- внутривенный
- пероральный
- внутрикожный

Период полувыведения ЛП омализумаб составляет более

- 24 часа
- 6 часов
- 6 недель
- 3 недель

Подбор дозы и интервала введения ЛП омализумаб происходит с учетом

- 24 часа
- 6 часов
- 6 недель
- 3 недель

Дополнительная информация

На 7 сутки после введения ЛП омализумаб у пациентки зафиксированы лихорадка 37,5°C, макуло-эритематозная сыпь, биохимический анализ крови (см. УТ).

Биохимический анализ крови

|====

| Показатель | Значение | Референсное значение

| О.белок | 64.90 | 66,0-87,0 г/л

| Глюкоза | 5.25 | 3,05-6,10ммоль/л

| Креатинин | 68.00 | 44-106 umol/L

| АЛТ | 60.40 | 0,0-41,0 U/L

| Альбумины | 36.10 | 34-48 g/L

| О.Билирубин | 12.20 | 5,0-21,0 umol/L

| СРБ | 40 | 0,0-5,0 mg/L

|====

Данные изменения являются проявлением

- присоединения вторичной инфекции
- гепатотоксичности
- синдрома Чарга-Стросса
- сывороточной болезни

Под сывороточной болезнью понимают лекарственную аллергию + _____ + типа

- III
- II
- IV
- I

III тип аллергической реакции

- цитотоксический
- иммунокомплексный
- немедленного типа
- замедленного типа

Лечение сывороточной болезни предполагает

- проведения плазмофереза
- назначения антигистаминных ЛП и ГКС
- наблюдения
- назначения НПВС

Контроль эффективности назначенного лечения предполагается не ранее + ____ + недель от начала биологической терапии

- проведения плазмофереза
- назначения антигистаминных ЛП и ГКС
- наблюдения
- назначения НПВС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к девочке 8 лет с

диагнозом atopический дерматит. Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Зудящие высыпания на коже, шелушение, покраснение.

Анамнез заболевания

Диагноз atopический дерматит был установлен 3 года назад. Обострения 4-5 раз в год, купируются местным применением мази с содержанием преднизолона 0.5%, увлажняющими средствами. 2 недели назад началось очередное обострение, стандартная терапия без эффекта. Обратились в поликлинику, назначена консультация клинического фармаколога для коррекции терапии.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая аллергия (цитрусовые, шоколад), бытовая химия

Наследственный анамнез – у отца аллергический ринит

Перенесённые и сопутствующие заболевания – СД 1 типа (поставлен в 3 года)

Объективный статус

Рост 131 см, вес 25 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа сухая, на лице, задней поверхности шеи, заушных областях, передней и задней поверхности грудной клетки отмечается эритема, инфильтрация, шелушение, экскориации, участки гиперпигментации. Дыхание везикулярное, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 94/мин. АД 105/70 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Пациентам с тяжелой формой atopического дерматита для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов может быть рекомендован

- дезоксиметазон
- такролимус
- преднизолон
- бетаметазона валерат 0,025%

Такролимус назначают пациентам с atopическим дерматитом в лекарственной форме в виде

- порошка
- лосьона
- мази
- ингалятора

Для терапии атопического дерматита кратность нанесения пимекролимуса на поражённые участки кожи составляет

- 3 раза в месяц
- 4 раза в сутки
- 1 раз в неделю
- 2 раза в день

У пациента наблюдался временный слабopоложительный эффект от проводимой терапии, однако затем состояние ухудшилось, жалобы усилились, пациент был госпитализирован, тяжесть по SCORAD возросла до 40. Пациенту рекомендовано назначить

- поливитаминный комплекс
- системные ретиноиды
- системные кортикостероиды
- H1-антигистаминные препараты

Назначение разовой дозы преднизолона у детей производится из расчёта + _____+мг/кг

- 0,5-0,7
- 7-10
- 3-5
- 1-2

Нежелательное явление, развивающееся при длительном системном применении кортикостероидов, -это

- синдром Иценко-Кушинга
- неврит тройничного нерва
- токсический миокардит
- повышение слюнообразования

В связи с сахарным диабетом 1 типа пациент находится на терапии инсулином. При одновременном применении с системными кортикостероидами дозу инсулина рекомендовано

- увеличить
- уменьшить в 2 раза
- оставить без изменений
- уменьшить в 3 раза

Высыпные элементы осложнились присоединением грибковой инфекции, без системной воспалительной реакции. Рекомендовано назначить местно

- вориколназол
- клотримазол
- амфотерецин В
- микафунгин

При развитии бактериальных осложнений и необходимости системного применения рекомендуется назначить

- пимафуцин
- амоксициллина клавуланат
- аморолфин
- натамицин

На фоне терапии системными кортикостероидами у пациента отмечается отрицательная динамика в виде нарастания распространённости процесса, жалоб. Рекомендовано назначить

- хлорохин
- финголимод
- циклоспорин
- такролимус

Режим дозирования циклоспорина для лечения атопического дерматита составляет + _____ + мг/кг/сутки

- 3-5
- 7-10
- 1-2
- 12,5-15

В целях профилактики пациенту и его родителям рекомендовано воздержаться от

- 3-5
- 7-10
- 1-2
- 12,5-15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 5 лет с диагнозом атопический дерматит. Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Зудящие высыпания на коже, шелушение, покраснение.

Анамнез заболевания

Впервые данные жалобы появились год назад, в поликлинике был установлен диагноз атопический дерматит, назначены топические глюкокортикостероиды (преднизолон). На фоне терапии состояние улучшилось. В течение года обострение было 4 раза, лекарственных средств не применяли, улучшение состояние наступало на фоне гипоаллергенной диеты. Вновь жалобы появились 1 неделю назад. В связи с отсутствием эффекта от гипоаллергенной диеты обратились в поликлинику по месту жительства. Диагноз атопический дерматит, средней степени тяжести, SCORAD 23. Педиатром назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая аллергия (цитрусовые, шоколад)
Наследственный анамнез – у матери бронхиальная астма. Отец курит

Объективный статус

Рост 105 см, вес 18 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа сухая, на локтевых складках, задней поверхности шеи, заушных областях, передней и задней поверхности грудной клетки отмечается эритема, инфильтрация, шелушение, экскориации, участки гиперпигментации. Дыхание везикулярное, ЧДД=26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 104/мин. АД 100/65 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень +0.5 от края рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

В качестве местной терапии данному пациенту рекомендован кортикостероид

- мометазон 0,1%
- флуоцинолон ацетонид 0,025%
- гидрокортизон 1%
- преднизолон 0,5%

Использовать топические кортикостероиды под повязку данному пациенту

- рекомендовано при отсутствии эффекта от системных кортикостероидов
- рекомендовано
- не рекомендовано
- рекомендовано при лёгком течении

Рекомендованная продолжительность терапии топическими глюкокортикостероидами составляет

- не более 4 недель
- не менее 12 недель
- не менее 8 недель
- 6 месяцев

У пациента высыпные элементы осложнились присоединением микробной инфекции. В данном случае местно рекомендовано применение комбинированного препарата, в который наряду с глюкокортикостероидом входит препарат из группы

- ретиноиды
- витамины
- H1-гистаминоблокаторы
- антибиотики

Для терапии атопического дерматита, осложнённого бактериальной инфекцией, рекомендован антибиотик

- колистин
- полимиксин В
- гентамицин
- ципрфлоксацин

Продолжительность лечения комбинированным препаратом составляет

- 6 месяцев
- не более 2 недель
- не менее 10 недель
- не менее 4 недель

Для местной терапии атопического дерматита, наряду с кортикостероидами, рекомендовано применение

- цинка оксид
- топических ингибиторов кальциневрина
- ретиноидов

- Н1-гистаминоблокаторов в сочетании с противовирусными

Топический ингибитор кальциневрина пимекролимус крем 1% разрешён к применению

- с 1 месяца
- у новорождённых
- с 3 месяцев
- только у взрослых

Топический ингибитор кальциневрина такролимус мазь 0,1% разрешён к применению

- с 16 лет
- с 10 лет
- с 2 лет
- только у взрослых

В периоде обострения рекомендованная кратность нанесения такролимуса составляет

- 4 раза в день
- 3 раза в неделю
- 2 раза в день
- 1 раз в неделю

Для достаточного увлажнения кожи при атопическом дерматите место рекомендовано применение

- топических глюкокортикостероидов
- эмолиентов
- Н1-гистаминоблокаторов
- ретиноидов

Для снижения выраженности и частоты обострений родителям пациента рекомендовано воздержаться от

- топических глюкокортикостероидов
- эмолиентов
- Н1-гистаминоблокаторов
- ретиноидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 29 лет с диагнозом «Бактериальный вагиноз». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Беловато-серые густые выделения из влагалища, безболезненные.

Анамнез заболевания

Пациентка 29 лет, беременность 15 недель. Планируется назначение Клиндамицина для терапии отита 150 мг 4 раза в сутки. Однако, пациентка сообщила, что недавно была на консультации, где ей был поставлен диагноз «Бактериальный вагиноз», по поводу которого ей был назначен Метронидазол, однако терапию пациентка еще не начала.

На отделении также были назначены MgSO₄ 10 мл (на растворе NaCl 0.9%). Требуется консультация клинического фармаколога по вопросу необходимости совместного приема антибактериальных препаратов и коррекции терапии.

Анамнез жизни

Аллергоанамнез — не отягощен. Вредные привычки отсутствуют.

Гинекологический анамнез – беременностей 0, родов 0, абортов 0. Месячные с 13 лет по 5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные. Текущая беременность первая, 15 недель.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 125/70 мм рт.ст.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос.

Аускультация: Дыхание везикулярное.

Данной женщине в качестве антибактериальной терапии вагиноза и отита следует назначить

- другой антибактериальный препарат
- клиндамицин
- сочетанную терапию Клиндамицином и Метронидазолом
- метронидазол

Механизм действия клиндамицина основан на

- нарушении синтеза клеточной стенки

- ингибировании метаболизма фолиевой кислоты
- нарушении синтеза белка
- прямом токсическом действии на мембрану бактериальной клетки

Клиндамицин метаболизируется преимущественно

- кишечником
- почками
- легкими
- печенью

В терапии бактериального вагиноза клиндамицин назначается

- внутривенно
- внутримышечно
- перорально
- подкожно

Для лечения бактериального вагиноза у беременных клиндамицин назначается в дозировке + ____ + мг + ____ + раза в сутки

- 150; 1
- 450; 2
- 150; 6
- 300; 2

Длительность лечения бактериального вагиноза у беременных составляет

- 15 дней
- 2 дня
- 1 месяц
- 7 дней

Совместное применение сульфата магния и Клиндамицина

- разрешено в первом триместре беременности
- разрешено только в период грудного вскармливания
- разрешено на протяжении всей беременности
- противопоказано

При назначении Клиндамицина запрещено назначать лекарственные средства

- усиливающие желчевыделение
- тормозящие перистальтику кишечника

- вызывающие расширение сосудов кровеносного русла
- влияющие на тонус матки

Нежелательное явление, развивающееся на фоне приема Клиндамицина и требующее назначения внутрь метронидазола или ванкомицина, - это

- эзофагит
- псевдомембранозный колит
- нарушение нервно-мышечной проводимости
- крапивница

Следует рассказать пациентке, что при отрицательных результатах микроскопического обследования через 2 недели после окончания лечения пациентке

- дальнейшее лечение не показано
- показан профилактический курс Метронидазола 500 мг 2 раза в сутки 3 дня
- показан профилактический курс Клиндамицина 150 мг 2 раза в сутки 3 дня
- показан однократный прием Клиндамицина 600 мг

Следует предупредить пациентку, что в период лечения необходимо

- отказаться от использования средств барьерной контрацепции
- воздержаться от половых контактов
- выполнять спринцевание влагалища
- регулярно использовать гигиенические прокладки

В качестве дальнейшей профилактики бактериального вагиноза следует рекомендовать пациентке

- отказаться от использования средств барьерной контрацепции
- воздержаться от половых контактов
- выполнять спринцевание влагалища
- регулярно использовать гигиенические прокладки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 10 лет с диагнозом «Балантидиаз» по вопросу терапии, назначенной пациенту.

Жалобы

Жидкий стул, вздутие живота, боли в животе, слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

На отделении поставлен диагноз «Балантидиаз». Назначено лечение Тинидазол 2000 мг в сутки, раствор 0.9% NaCl 200 мл в сутки, Цетиризин 5 мг 2 раза в день. Вас пригласили на консультацию по вопросу возможности применения назначенной терапии у данного пациента и определения дальнейшей тактики.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. Температура тела - 37,9°C. АД 110/60 мм рт.ст. Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Аускультация: Дыхание везикулярное.

Возбудителем данной инфекции является

- _Acinetobacter baumannii_
- _Balantidium coli_
- _Pseudomonas aeruginosa_
- _Bacillus anthracis_

Данный возбудитель относится к

- простейшим
- грам «-» микроорганизмам
- грибам
- грам «+» микроорганизмам

**Назначенный препарат + _____ + в отношении данного возбудителя,
+ _____ + для применения данному пациенту**

- активен; не разрешен
- не активен; разрешен
- активен; разрешен
- не активен; не разрешен

Механизм действия Тинидазола основан на

- прямом повреждающем действии мембрану клетки
- угнетении синтеза фолиевой кислоты
- угнетении синтеза ДНК
- ингибировании 50S субъединицы

К особенностям взаимодействия Тинидазола относят развитие

+ _____ + реакций при одновременном приеме с этанолом

- окислительно-восстановительных
- дисульфирамоподобных
- фотохимических
- экзотермических

Эффективным в отношении возбудителя данной инфекции помимо Тинидазола является

- Тетрациклин
- левофлоксацин
- линезолид
- полимиксин В

Тетрациклин противопоказан

- пациентам с сахарным диабетом
- детям до 8 лет
- пожилым пациентам без нарушения почечной и печеночной функции
- пациентам с нарушением печеночной функции легкой степени

Во время приема тетрациклина необходимо ограничить

- количество свежих овощей в рационе
- двигательную активность
- продукты, содержащие простые углеводы
- пребывание на солнце

С целью устранения таких симптомов, как жидкий стул, вздутие живота, целесообразно использовать

- смектит диоктаэдрический
- бисакодил
- макрогол
- цветы ромашки аптечной

С целью купирования абдоминального болевого синдрома пациенту рекомендовано назначить

- кеторолак
- морфина гидрохлорид
- дротаверин
- парацетамол

После клинического выздоровления ребенка для допуска в образовательную организацию необходимо наличие отрицательных результатов анализов + _____ + (трехкратные в течение 1 нед.) на балантидии

- крови
- мочи
- фекалий
- мокроты

В качестве мер дальнейшей профилактики балантидиаза необходимо обязательно просветить пациента и его родителей о/об

- крови
- мочи
- фекалий
- мокроты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Л, 42 лет, с диагнозом болезнь Гентинготна. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора препарата.

Жалобы

Непроизвольные движения рук, трудности выполнения заданий, требующих тонкой координации.

Анамнез заболевания

В связи с возникшими жалобами направлен на госпитализацию поликлиникой. После проведения лабораторных, инструментальных исследований установлен диагноз болезнь Гентингтона.

Анамнез жизни

Рос и развивался без особенностей.

Перенесённые заболевания – ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Наследственность — инфаркт у матери

Питание регулярное, качественное.

Вредные привычки отрицает

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 186 см, вес 93 кг. Состояние крайне тяжёлое, сознание кома I. Кожа, слизистые физиологической окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жёсткое. ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84/мин. АД 153/92 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей

Для терапии хореи при болезни Гентингтона рекомендован препарат

- метилпреднизолон
- пирацетам
- тетрабеназин
- гидроксихлорохин

Начальная доза тетрабеназина составляет + _____ + мг/сутки

- 100,5
- 5
- 12,5
- 20

Максимальная суточная доза тетрабеназина составляет + _____ + мг

- 100
- 400
- 50
- 75

Противопоказаниями для назначения тетрабеназина являются

- хроническая болезнь почек
- психоз
- наличие синдрома мальабсорбции
- миопия

Нежелательная реакция тетрабеназина, результатом которой может стать аритмия, - это

- удлинение QT
- повышение трансаминаз
- аллергическая реакция
- повышение уровня креатинина крови

На поздних стадиях при развитии у пациента акинезии, выраженной мышечной ригидности и спастичности в отношении тетрабеназина рекомендовано (-на)

- увеличение дозы до максимальной
- смена пути введения
- применение в прежней дозе
- отмена препарата

Нежелательное явление тетрабеназина, развитие которого может способствовать возникновению аспирационной пневмонии, - это

- дисфагия
- аллергическая реакция
- удлинение интервала QT
- головокружение

Механизм действия тетрабеназина основан на

- нарушении метаболизма биогенных аминов
- ингибировании аденозин-превращающего фермента
- ингибировании действия Т-лимфоцитов путём связывания с поверхностными рецепторами
- повышении чувствительности ГАМК-рецепторов к медиатору

Для лечения брадикинезии и акинетико-ригидного синдрома рекомендован препарат

- амантадин
- флуоксетин
- фенобарбитал
- верошпирон

Максимальная суточная доза амантдина составляет + _____ + мг

- 600
- 900
- 400
- 1000

При внутривенном применении амантадина рекомендовано вводить препарат

- капельно, продолжительность инфузии не более 1.5 часов

- капельно, продолжительность инфузии 3 часа
- быстро, струйно
- капельно, продолжительность инфузии 1 час

Нежелательная реакция амантадина, приводящая к аритмии, - это

- капельно, продолжительность инфузии не более 1.5 часов
- капельно, продолжительность инфузии 3 часа
- быстро, струйно
- капельно, продолжительность инфузии 1 час

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Е., 32 лет, с диагнозом болезнь Гентинготна. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора препарата.

Жалобы

Непроизвольные движения рук, трудности выполнения заданий, требующих тонкой координации.

Анамнез заболевания

В связи с возникшими жалобами направлен на госпитализацию поликлиникой. После проведения лабораторных, инструментальных исследований установлен диагноз болезнь Гентинготна.

Анамнез жизни

Рос и развивался без особенностей.

Перенесённые заболевания – ветряная оспа, краснуха

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез – пищевая аллергия

Наследственность не знает

Питание регулярное, качественное

Вредные привычки отрицает

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 175 см, вес 72 кг. Состояние средней степени тяжести. Кожа, слизистые физиологической окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жёсткое. ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин. АД 135/86 мм рт.ст. Живот

безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для терапии хорей при болезни Гентингтона рекомендован препарат

- тетрабеназин
- пирацетам
- гидроксихлорохин
- метилпреднизолон

Начальная доза тетрабеназина составляет + ____ + мг/сутки

- 20
- 5
- 100,5
- 12,5

Максимальная суточная доза тетрабеназина составляет + _____ + мг

- 200
- 400
- 500
- 1000

Противопоказаниями для назначения тетрабеназина является

- миопия
- депрессия
- хроническая болезнь почек
- наличие синдрома мальабсорбции

Механизм действия тетрабеназина основан на

- ингибировании аденозин-превращающего фермента
- нарушении метаболизма биогенных аминов
- повышении чувствительности ГАМК-рецепторов к медиатору
- ингибировании действия Т-лимфоцитов путём связывания с поверхностными рецепторами

Нейролептиком, рекомендованным для терапии болезни Гентингтона, обладающим меньшей способностью вызывать седативный эффект и депрессию по сравнению с тетрабеназином, является

- фенотарбитал
- рисперидон

- левомепромазин
- арипипразол

У пациента развился бронхит, потребовавший назначения кларитромицина. При совместном применении с тетрабеназином рекомендовано дозу тетрабеназина

- увеличить минимум на 50%
- увеличить максимум в 2 раза
- оставить прежней
- уменьшить минимум на 50%

При одновременном назначении арипипразола и карбамазепина дозу арипипразола рекомендовано

- уменьшать постепенно до достижения суточной дозы 5 мг
- увеличить в 2 раза
- оставить прежней
- уменьшить минимум на 50%

Механизмом лекарственного взаимодействия, в связи с которым требуется коррекция дозы арипипразола, в указанных случаях является

- увеличение связывания с белками плазмы
- ингибирование выработки соляной кислоты слизистой желудка
- влияние на изофермент CYP3A4
- стимуляция выработки NO эндотелием сосудов

Нейролептиком, действие которого сопоставимо с тетрабеназином, рекомендованным для терапии болезни Гентингтона, является

- трифлуоперазин
- эверолимус
- зуклопентиксол
- галоперидол

Рекомендована начальная доза галоперидола + _____ + мг/сутки

- 0,5-1
- 7,5-10,5
- 100-150
- 15-30

Максимальная суточная доза галоперидола составляет + _____ + мг

- 0,5-1
- 7,5-10,5
- 100-150
- 15-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Н, 38 лет, с диагнозом болезнь Гентинготна. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора препарата.

Жалобы

Непроизвольные движения рук, неловкость движений. Со слов родственников, изменение поведения.

Анамнез заболевания

В связи с возникшими жалобами направлен на госпитализацию поликлиникой. После проведения лабораторных, инструментальных исследований установлен диагноз болезнь Гентинготна.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ветряная оспа, краснуха

Операции – аппендэктомия в 1994 г.

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез – пищевая аллергия

Наследственность – рак лёгких у отца

Питание регулярное, качественное

Вредные привычки отрицает

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 168 см, вес 72 кг. Состояние средней степени тяжести. Кожа, слизистые физиологической окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жёсткое. ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Нейролептик, действие которого сопоставимо с тетрабеназином, рекомендованный для терапии болезни Гентинготна

- эверолимус

- галоперидол
- трифлуоперазин
- зуклопентиксол

Рекомендована начальная доза галоперидола + _____ + мг/сутки

- 0,1-0,2
- 0,5-1
- 0,2-3
- 1,5-2,5

Максимальная суточная доза галоперидола составляет + _____ + мг

- 45
- 60
- 15
- 50

В основе механизма действия галоперидола лежит

- селективное ингибирование обратного захвата серотонина
- активация рецепторов ГАМК
- селективное ингибирование обратного захвата норадреналина
- блокировка постсинаптических дофаминовых рецепторов

По поводу поверхностного кандидоза пациенту был назначен итраконазол.

Дозу галоперидола необходимо

- уменьшить
- оставить без изменений
- увеличить в 2 раза
- увеличить на 50%

Коррекция дозы галоперидола при одновременном назначении с итраконазолом необходима в связи с

- нарушением фильтрационной и выделительной функций почек
- связыванием итраконазола с белками плазмы
- ингибированием итраконазолом изофермента CYP3A4
- влиянием итраконазола на биотрансформацию медиаторов и повышением нейротоксичности препаратов

По поводу уроинфекции пациенту был назначен ципрофлоксацин. При одновременном применении его с галоперидолом пациент имеет высокий риск развития

- желудочковой аритмии
- псевдомембранозного колита
- инфекции, вызванной полирезистентным возбудителем
- печёночной недостаточности

Возникновение желудочковой аритмии при одновременном применении ципрофлоксацина и галоперидола связано с

- удлинением интервала QT
- развитием мышечной ригидности
- развитием экстрапирамидных нарушений
- задержкой мочи

Нейролептик, рекомендованный для лечения болезни Гентингтона, - это

- оланзапин
- флуоксетин
- рисперидон
- тиопроперазин

Начальная доза оланзапина составляет + _____ + мг/сутки

- 10,25-12,25
- 7,25-15,25
- 5,5-7,5
- 1,25-2,5

Максимальная суточная доза оланзапина составляет + _____ + мг

- 10-15
- 5-7
- 20-25
- 100-150

При одновременном применении оланзапина с вальпроатами дозу препарата вальпроевой кислоты рекомендовано

- 10-15
- 5-7
- 20-25
- 100-150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент И, 14 лет, с диагнозом острый вирусный гепатит А. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Температура до 37,7°C, желтушность кожи, снижение аппетита, сонливость, боль в мышцах, тошнота.

Анамнез заболевания

Болен 3и сутки. Заболевание началось с подъёма температуры до 37,7, тошноты, снижения аппетита. На 3и сутки температура снизилась, появилась желтушность кожи, склер. Родители вызвали СМП, пациент госпитализирован в инфекционный стационар. По результатам лабораторных, инструментальных исследований установлен диагноз острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей

Перенесённые заболевания – ветряная оспа

Операций не было

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез не отягощён

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

Питание регулярное, качественное

Родители здоровы

Объективный статус

Рост 159 см, вес 55 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.

Иктеричность кожи, склер. Дыхание везикулярное, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 88/мин. АД 110/82 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень +1.5 см от края рёберной дуги.

Периферических отёков нет. Стула не было, мочеиспускание без особенностей.

Для проведения дезинтоксикационной терапии при вирусном гепатите А рекомендовано применение

- эналаприла
- смектита диоктаэдрического
- гидрохлортиазида
- настойки валерианы лекарственной корневищ с корнями

Для проведения инфузионно-дезинтоксикационной терапии рекомендовано введение

- глюкокортикостероидов
- дактиномицина
- аминокислот для парентерального питания
- кристаллоидных растворов

Суточная доза вводимой инфузии производится из расчёта + ___ + мл/кг

- 5
- 100
- 30
- 10

При тяжёлом течении вирусного гепатита А рекомендованный суточный объём вводимой жидкости составляет + ___ + мл/кг

- 15-20
- 100-130
- 10
- 50-70

При отсутствии эффекта от проводимой инфузионной терапии рекомендовано назначить

- гемодиализ
- кортикостероиды
- бифидобактерии бифидум
- нестероидные противовоспалительные препараты

Суточная доза кортикостероидов про преднизолону составляет + ___ + мг/кг

- 80-100
- 10-15
- 1-2
- 3-6

При развитии психомоторного возбуждения рекомендован препарат

- галоперидол
- морфина гидрохлорид
- адреналин
- оксибутират натрия

Суточная доза оксибутирата натрия составляет + ___ + мг/кг

- 200-250

- 1000
- 100
- 20-50

При развитии геморрагического синдрома рекомендован препарат

- очищенная микронизированная флавоноидная фракция
- аминокaproновая кислота
- витамин E+ Ретинол
- аминoфенилмасляная кислота

Режим дозирования аминокaproновой кислоты для купирования геморрагического синдрома при вирусном гепатите А составляет + ___ + мг*+ ___ + р/сутки

- 100-200; 3
- 500; 3
- 1000; 1
- 250; 2

При задержке отхождения стула рекомендован препарат

- ондансетрон
- домперидон
- хлорпромазин
- смектит диоктаэдрический

Режим дозирования домперидона составляет + ___ + мг* + ___ + р/сутки

- ондансетрон
- домперидон
- хлорпромазин
- смектит диоктаэдрический

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к женщине 56 лет с диагнозом клещевой вирусный энцефалит. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Температура до 39 градусов, выраженная головная боль, светобоязнь, боль в мышцах, тошнота.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что 2 недели назад укусил клещ. От клещевого энцефалита не прививалась, профилактику клещевого энцефалита не получала. В связи с нарастанием жалоб вызвала скорую, госпитализирована в инфекционный стационар. В ходе госпитализации установлен диагноз клещевой вирусный энцефалит, менингит.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – не знает

Объективный статус

Рост 164 см, вес 80 кг. Состояние тяжёлое, сознание оглушение. Кожа и слизистые физиологичной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=24/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110/мин. АД 142/87 мм рт ст. Менингеальные симптомы положительные – ригидность затылочных мышц, Кернига. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Этиотропная терапии при вирусном клещевом энцефалите заключается в введении

- вакцины для профилактики клещевого энцефалита
- тилорона
- противоклещевого иммуноглобулина
- антибактериальных препаратов

Разовая доза противоклещевого иммуноглобулина для лечения менингеальной формы клещевого энцефалита производится из расчёта + ___ + мл/кг

- 1
- 0,5
- 0,1
- 0,25

Для лечения менингеальной формы клещевого энцефалита разовую дозу противоклещевого иммуноглобулина необходимо вводить каждые

- 10-12 часов
- 3-4 часа
- 30-60 минут
- 10-14 дней

В качестве этиотропной терапии на ряду с противоклещевым иммуноглобулином рекомендовано применение

- микофенолата мофетила
- интерферона альфа-2b
- интерлейкин 1 бета
- пенициллина

Рекомендованная суточная доза интерферона альфа-2b составляет

- 500-1000 мг
- 10 мг
- 10 млн ЕД
- 1 млн МЕ

Для терапии вирусного энцефалита интерферон альфа-2b рекомендовано сочетать с

- осельтамивир
- рибавирином
- римантадином
- ламивудином

Режим дозирования рибавирина для терапии клещевого энцефалита составляет + _____ +мг* + ____ + р/сутки

- 500; 3
- 400; 2
- 1000; 1
- 200; 3

Для купирования лихорадки рекомендовано применить

- дексаметазон
- парацетамол
- метилпреднизолон
- хлоропирамин

У пациента наблюдаются признаки быстро прогрессирующего отёка мозга. Рекомендовано назначить

- дексаметазон
- спиронолактон
- цетиризин
- лазикс

Расчёт суточной дозы дексаметазона для купирования отёка головного мозга производится по схеме + ___ + мг/кг

- 5-7
- 0,5-1
- 15,5
- 5-10

Для купирования судорог пациенту рекомендовано назначить

- пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин
- вальпроевую кислоту
- пипотиазин
- трамадол

На фоне терапии вальпроевой кислотой у пациента развилась тромбоцитопения. В данном случае необходимо заполнить

- пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин
- вальпроевую кислоту
- пипотиазин
- трамадол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к ребенку С. 6 лет (вес 24 кг) поступившему в пульмонологическое отделение Детской клинической больницы с диагнозом: Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония.

Дежурным врачом назначен Цефиксим 8 мл 1 раз в сут.

Жалобы

Мама указывает на малопродуктивный кашель в течение 2 недель.

Анамнез заболевания

Болен в течение 2 недель. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,4°C, слизистое отделяемое из носа, конъюнктивит,

кашель. Амбулаторно получал противовирусную терапию. На фоне лечения состояние ребенка с отрицательной динамикой: усилился кашель, появилась одышка

Анамнез жизни

Родился доношенным. Рос и развивался по возрасту. Аллергоанамнез: пищевая аллергия на первом году жизни. Вакцинация по возрасту. Санитарно-бытовые условия хорошие. Наследственность: мать соматически здорова, отец страдает эпилепсией, у бабушки по линии отца бронхиальная астма

Объективный статус

Ребенок в сознании, вялый. Кожные покровы бледные, влажные. Зев не гиперемирован. Температура 37,8°C. При аускультации дыхание жесткое, ритмичное, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы с двух сторон.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

В общем анализе крови: лейкоциты - $20,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы - 69,1%, лимфоциты - 42,9%, моноциты - 9,3%, эозинофилы - 5,1%, эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 116 г/л, тромбоциты - 284×10^6 /л, СОЭ - 20 мм/час.

В биохимическом анализе крови СРБ 7,2 мг/л.

Протокол рентгенологического исследования: Легочный рисунок сгущен медиально за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации.

Очагово-инфильтративные изменения медиально справа, без четких контуров.

Заключение: Ro-картина правосторонней пневмонии

У детей 5-18 лет чаще всего внебольничную пневмонию вызывает

- *S.pneumoniae*
- *S.pneumoniae*
- *C.pneumoniae*
- *M.pneumoniae*

Антибактериальная терапия назначается только при

- неэффективности патогенетической терапии
- неэффективности симптоматической терапии
- высоко вероятной или доказанной бактериальной природе заболевания
- получении результатов бактериологической диагностики

Антибактериальным препаратом выбора в данной ситуации является

- оксациллин
- цефазолин
- бензилпенициллин
- амоксициллин

Показаниями для назначения альтернативных антибактериальных препаратов является наличие у ребенка факторов риска развития резистентной флоры: посещение детских дошкольных учреждений, недавние путешествия, госпитализация и прием антибактериальных препаратов в предшествующие + ____ + месяца/месяцев

- 4
- 2
- 3
- 6

Альтернативным антибактериальным препаратом в данной ситуации может быть

- амоксициллин/клавуланат
- ванкомицин/ гликопептид
- доксициклин
- аминогликозид/ респираторный фторхинолон

Только + _____ + является показанием для назначения макролидных антибиотиков - азитромицин, кларитромицин

- аллергия на β -лактамы антибиотики
- тяжелое течение внебольничной пневмонии
- выявление штамма _MRSA_
- наличие тяжелых осложнений внебольничной пневмонии

Под ступенчатой терапией понимают двухэтапное применение антибиотиков: переход с

- перорального приема на парентеральное введение
- парентерального введения на ингаляционное применение
- парентерального введения на пероральный прием
- перорального приема на ингаляционное применение

Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм

- антибиотиков из одной группы
- бактериостатических антибиотиков
- бактерицидных антибиотиков
- в пределах одного МНН (международного непатентованного наименования)

Диспергируемая таблетка амоксициллина обладает + _____ + биодоступностью по сравнению с амоксициллином в виде таблеток и капсул

- равной
- меньшей
- большей
- непредсказуемой

Антибактериальная терапия в данном случае может быть завершена через + ___ + часа после стойкой нормализации температуры тела и стабилизации клинического состояния

- 5-7
- 2-3
- 48-72
- 10-20

Предиктором эффективности β -лактамного антибиотика является показатель T (+ _____ +), если $T > \text{МПК}$ превышает 40%, наблюдается надежный эффект

- объема распределения
- периода выведения
- биодоступности при приеме внутрь
- времени между приемами

Возможная ранняя выписка из стационара на + ___ + день госпитализации позволяет снизить риск нозокомиальных инфекций при неосложненной внебольничной пневмонии и возможности лечения в домашних условиях

- объема распределения
- периода выведения
- биодоступности при приеме внутрь
- времени между приемами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 38 лет с диагнозом стрепто-стафилококковое импетиго. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Зудящие высыпания на воротниковой зоне

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, с детства страдает atopическим дерматитом, 2 недели назад появились зудящие высыпания на воротниковой зоне, соблюдение гипоаллергенной диеты, приём цетиризина – временный эффект. Около недели назад на месте первичных высыпаний отметила появление гнойных пузырьков, на месте которых затем формировались жёлтые корки. Обратилась в поликлинику по месту жительства, установлен диагноз вторичное стрептостафилококковое импетиго.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая аллергия (атопический дерматит)

Наследственный анамнез – у отца псориаз

Сопутствующие и перенесённые заболевания – сахарный диабет 2 типа, atopический дерматит

Объективный статус

Рост 163 см, вес 68 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже воротниковой зоны, преимущественно, на задней поверхности шеи везикулы с гнойным содержимым, жёлтые корки. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72/мин. АД 136/80 мм рт.ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для местной терапии вторичного стрептостафилококкового импетиго рекомендовано назначить

- колистиметат натрия
- тимекролимус + диметинден
- тетрациклин + триамцинолон
- адапален

Продолжительность курса тетрациклина гидрохлорида и триамцинолона ацетонида составляет

- колистиметат натрия
- тимекролимус + диметинден
- тетрациклин + триамцинолон
- адапален

Дополнительная информация

Наблюдался временный положительный эффект от проводимой терапии, однако пациентка заболела острым респираторным заболеванием, на фоне которого состояние ухудшилось. На месте импетиго образовался карбункул, развились признаки системного воспаления, регионарный лимфаденит.

В данной ситуации рекомендовано назначить

- системные антибиотики
- иммуносупрессоры
- ретиноиды
- системные глюкокортикостероиды

Из антибактериальных лекарственных средств в качестве первой линии терапии рекомендовано назначить

- имипенем/циластатин
- хлорамфеникол
- ванкомицин
- амоксициллин

Режим дозирования амоксициллина для лечения карбункула для данного пациента составляет + ___ + мг* + ___ + р/сутки

- 100-150; 4
- 200-400; 1
- 500-700; 2
- 1000-1200; 3

Длительность курса амоксициллина составляет

- 6 месяцев
- 7-10 дней
- 2-3 месяца
- 14-21 день

В ответ на применение амоксициллина у пациента развилась крапивница. Рекомендовано сменить антибактериальное лекарственное средство на

- ванкомицин
- ампициллин/сульбактам
- азитромицин
- тетрациклин

Суточная доза азитромицина у данного пациента составляет + ___ + мг

- 300-400
- 700-1000
- 200
- 500

Длительность курса азитромицина составляет

- 21 день
- 3 дня
- 7-10 дней
- 1 месяц

Механизм действия азитромицина заключается в

- связывании с 30S субъединицей рибосом, препятствовании образования комплекса тРНК и мРНК
- блокировании пенициллин-связывающих белков
- блокировании ДНК-гиразы и топоизомеразы IV
- связывании с 50S-субъединицей рибосомы

Выведение азитромицина осуществляется, преимущественно

- лёгкими
- почками
- кишечником
- потовыми железами

Для профилактики возникновения вторичных пиодермий необходим контроль основного заболевания-атопического дерматита. С этой целью пациенту рекомендовано воздержаться от

- лёгкими
- почками
- кишечником
- потовыми железами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 10 лет с диагнозом вторичный фурункул. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Зудящая сыпь, болезненный отёчный элемент на коже предплечья

Анамнез заболевания

С 3 лет установлен диагноз atopический дерматит. В течение последнего года имели место 4 обострения, 2 из которых сопровождались формированием вторичных пиодермий в виде фолликулита. Данное обострение началось 2 недели назад – лечение гипоаллергенной диетой, несколько дней назад на месте зудящих высыпаний появилось отёчное болезненное красное образование, отмечается подъём температуры до 37,5°C. Знакомый доктор назначил доксициклин, принимают 3й день, однако решили обратиться в поликлинику по месту жительства, по результатам осмотра установлен диагноз вторичный фурункул на фоне обострения atopического дерматита.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая, пыльцевая аллергия.

Наследственный анамнез – у матери бронхиальная астма.

Сопутствующие и перенесённые заболевания – atopический дерматит.

Объективный статус

Рост 140 см, вес 33 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже предплечья на гиперемизованном фоне везикулярные элементы, отёчное конусовидная пустула с зоной воспаления по периферии и жёлтой головкой. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84/мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Пациенту рекомендовано отменить доксициклин, так как у детей данное лекарственное средство

- нарушает развитие зубов
- снижает продукцию Т- и В-лимфоцитов
- замедляет нервно-психическое развитие
- снижает уровень гормона роста

В качестве местной терапии вторичного фурункула на фоне atopического дерматита рекомендовано назначить

- адапален
- фузидовую кислоту + гидрокортизон
- пимекролимус + линкомицина гидрохлорид
- такролимус

Продолжительность курса фузидовой кислоты и гидрокортизона составляет

- 2-3 месяца
- 7-14 дней
- 21 день
- 1 месяц

Антибактериальное лекарственное средство, рекомендованное в качестве первой линии терапии фурункула

- хлорамфеникол
- имипенем/циластатин+полимиксин В
- амоксициллин/клавуланат
- ванкомицин

Режим дозирования амоксициллина/клавуланата для лечения фурункула для данного пациента составляет +___+ мг +___+ р/сутки

- 500,5+25,25; 2
- 250+62,5; 3
- 1000+250,5; 1
- 725,5+150,5; 1

Длительность курса амоксициллина/клавуланата составляет

- 500,5+25,25; 2
- 250+62,5; 3
- 1000+250,5; 1
- 725,5+150,5; 1

Результат посева гнойного отделяемого

В связи с отрицательной динамикой, нарастанием интоксикации, появлением новых фурункулов пациент был госпитализирован. Получен результат посева гнойного отделяемого.

|====

2+^ | Staphylococcus aureus, гной, 10^6^

| Бензилпенициллин | R

| Амоксициллин/Клавуланат | R

| Цефуроксим | R

| Цефокситин | R

| Цефтриаксон | R

| Левофлоксацин | R

| Кларитромицин | R

| Ванкомицин | S
| Сульфаметоксазол/триметоприм | R
| Пиперациллин/Тазобактам | R
|====

Данному пациенту для терапии вторичного фурункулёза рекомендована смена антибактериального лекарственного средства на

- левофлоксацин
- пиперациллин/тазобактам
- сульфаметоксазол/триметоприм
- ванкомицин

Данному пациенту для терапии вторичного фурункулёза рекомендован режим дозирования ванкомицина + ___ + мг/кг + ___ + р/сутки

- 10; 4
- 100; 1
- 25,5; 3
- 40; 2

Рекомендованная продолжительность введения дозы ванкомицина составляет

- не менее 120 минут
- не менее 60 минут
- не более 10 минут
- не более 20 минут

В связи с рецидивирующей, упорно протекающей формой вторичной пиодермии стафилококковой этиологии пациенту рекомендовано назначить

- интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека антистафилококковый
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]+Интерферон альфа-2b

Суточная доза иммуноглобулина человека антистафилококкового составляет

- 100 МЕ
- 4 г
- 50 мг
- 1500 мг

Для профилактики возникновения вторичных пиодермий необходим контроль основного заболевания - атопического дерматита. С этой целью пациенту рекомендовано

- 100 МЕ
- 4 г
- 50 мг
- 1500 мг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к девочке 8 лет с диагнозом «Вирусный гепатит А». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Боли в животе, слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38°C.

Анамнез заболевания

Находится на стационарном лечении. Выполнена устранение стеноза почечной артерии. На 3и сутки после операции появились жалобы на боли в животе, слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38°C. В ходе расспроса мама рассказала, что узнала от родительского комитета о регистрации случаев гепатита А в школе, которую за несколько дней до госпитализации посещал ребенок. Вас пригласили на консультацию для подбора терапии.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа физиологической окраски, слизистые удовлетворительной влажности, желтоватые. Дыхание везикулярное, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот слегка болезненный при пальпации, убедительных данных за хирургическую патологию нет. Спленомегалия.

В начальный период болезни, особенно при выраженном синдроме желтухи, лечение следует начинать с

- пробиотиков
- ингибиторов протонной помпы
- НПВС
- холеспазмолитиков

Эффективными в начальный период болезни при выраженном синдроме желтухи также являются препараты, + _____ + объем желчи

- увеличивающие; за счет водного компонента
- уменьшающие; за счет водного компонента
- уменьшающие; и образование желчных кислот
- увеличивающие; и образование желчных кислот

Холеретики по механизму действия являются

- препаратами, усиливающими моторику желудочно-кишечного тракта
- спазмолитиками
- препаратами, стимулирующими желчеобразование
- препаратами, усиливающими выведение желчи

Прием холеретиков, в том числе и растительных, не показан при

- «пестром» стуле
- холурии
- осветлении мочи
- гипогликемии

Противопоказанием к назначению желчегонных средств является

- сахарный диабет 2 типа
- головные боли
- поверхностный гастрит
- обтурационная желтуха

В качестве метаболической терапии, направленной на улучшение тканевого обмена, стабилизацию клеточных мембран и снижение цитолиза гепатоцитов, рекомендовано назначить растительный препарат

- ромашки аптечной цветки
- экстракт плодов расторопши пятнистой
- белладонны листья
- прутняка обыкновенного плодов экстракт

Длительность курса пероральных препаратов с гепатопротекторным и антиоксидантным действием составляет

- 5-6 дней
- 6-8 месяцев
- 3-4 недели
- 1 год

При наличии симптомов поражения поджелудочной железы к терапии целесообразно добавить

- панкреатин
- колекальциферол
- ретинол
- пантопразол

К особенностям способа применения панкреатина является прием

- на ночь
- строго натощак после пробуждения
- за 30 минут до еды
- во время еды или сразу после

В состав панкреатина входит такой фермент, как

- нуклеаза
- липаза
- аминопептидаза
- лактаза

Основная мера по ликвидации источника инфекции - это

- активная иммунизация населения
- проведение профилактических мероприятий
- ранняя диагностика заболевания
- пассивная иммунизация населения

Период карантина после контакта с зараженным гепатитом А составляет +__+ дней

- активная иммунизация населения
- проведение профилактических мероприятий
- ранняя диагностика заболевания
- пассивная иммунизация населения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Ф, 7 лет, с диагнозом гименолепидоз. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Тошнота, вздутие кишечника, жидкий стул, боль в животе, температура до 37,5°C, сыпь на бёдрах, животе.

Анамнез заболевания

Заболевание началось с подъёма температуры, максимально до 37,5°C, жидкого стула, боли в животе. Из анамнеза известно, что употреблял в пищу термически не достаточно обработанное мясо. Госпитализирован в инфекционный стационар. По результатам физикального, лабораторного и инструментального обследований установлен диагноз острый гименолепидоз, среднетяжёлая форма, без осложнений.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей

Ребёнок от второй беременности, вторых родов. Есть сестра, здорова.

Перенесённые заболевания – ветряная оспа, ОРВИ

Операций не было

Контакт с инфекционными больными отрицает

Аллергический анамнез не отягощён

Половое развитие правильное, соответствует возрасту

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

Питание регулярное, качественное

Мать и отец здоровы

Объективный статус

Рост 120 см, вес 24 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.

Уртикарная сыпь на передней поверхности бёдер, животе. Дыхание везикулярное, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98/мин. АД 113/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации, петли кишечника раздуты. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Стул жидкий, со слизью и прожилками крови до 5 раз в день.

Для эрадикации карликового цепня у детей рекомендован препарат

- метронидазол
- кларитромицин
- празиквантел
- тетрациклин

Празиквантел разрешён для применения

- детям с 3х месяцев
- детям с 10 лет
- детям с 4х лет

- только взрослым

Разовая доза празиквантела для лечения гименолепидоза составляет +___+ мг/кг

- 5
- 100
- 50
- 25

Принять дозу празиквантела необходимо в течение

- 12 часов
- 14 дней
- суток
- 1 недели

Дозу празиквантела для лечения гименолепидоза необходимо

- разделить на 5 приёмов
- разделить на 2 приёма
- принять всю сразу
- разделить на 3 приёма

Празиквантел необходимо принимать

- после еды
- во время еды
- запивая большим количеством молока
- перед едой

При отсутствии эффекта (отсутствие эрадикации карликового цепня по данным трёхкратных микроскопических исследований через 2 недели) рекомендовано

- провести повторный курс
- заменить препарат на другой антигельминтный препарат
- продолжить диагностический поиск
- отменить всю проводимую лекарственную терапию

Для купирования аллергической реакции рекомендован препарат

- пантопразол
- полиметилсилоксана полигидрат
- цетиризин

- гидроксизин

Для купирования абдоминального болевого синдрома при гименолепидозе рекомендован препарат

- морфина сульфат
- ванкомицин перорально
- дротаверин
- ибупрофен

Для устранения диареи и метеоризма у пациента рекомендован препарат

- омепразол
- ондансетрон
- смектит диоктаэдрический
- алюминия гидроксид+магния карбонат+магния гидроксид

Очень часто развивающаяся нежелательная реакция при применении празиквантела - это

- повышение уровня печёночных ферментов
- боль в животе
- удлинение интервала QT
- генерализованные судороги

При применении празиквантела с противосудорожными препаратами (индукторы системы цитохрома P450) концентрация в крови

- повышение уровня печёночных ферментов
- боль в животе
- удлинение интервала QT
- генерализованные судороги

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная в возрасте 66 лет поступила в хирургический стационар. Вас пригласили на консультацию для оценки принимаемой терапии.

Жалобы

Жалуется на небольшие боли в правом подреберье.

Анамнез заболевания

Около 3 мес. назад был приступ боли в правом подреберье, возникший после

употребления жирной пищи. Боли прошли самостоятельно через несколько дней. После обследования поставлен диагноз ЖКБ. Хронический холецистит. Планируется плановое оперативное лечение.

Из анамнеза известно, что у пациентки имеется Сахарный диабет 2 типа (диагноз установлен 2 года назад), а также Хронический поверхностный гастрит и Гипертоническая болезнь 2 стадии, степень 2, риск 3. На постоянной основе принимает Алискирен 25 мг*2 р/д., Эналаприл 10 мг*2 р/д., Омепразол 20 мг*2 р/д., Метформин 850 мг*2 р./сут. и Спиринолактон 25 мг утром.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее.

Профессиональная вредность-нет. Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Семейное положение – замужем. Детей-2.

Перенесенные заболевания – детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск ССО 3.

Хронический поверхностный гастрит. Сахарный диабет 2 типа.

Операции —

Наследственность не отягощена. Аллергия – отрицает.

Вредные привычки: курение с 30 лет по 4-5 сигарет в день.

Гинекологический анамнез – беременностей 2, родов 2, аборт 0. Месячные с 14 лет по 5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. Температура тела 36,4°C.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос.

Аускультация: Дыхание везикулярное.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в правом подреберье пальпируется дно увеличенного слегка болезненного желчного пузыря.

У больных сахарным диабетом при наличии протеинурии или микроальбуминурии предпочтительны для применения

- тиазидные диуретики
- петлевые диуретики
- блокаторы РААС
- блокаторы кальциевых каналов

Всем пациентам с АГ и СД рекомендуется начинать лечение с комбинации

- бета-блокатора с тиазидным диуретиком
- блокатора имидазолиновых рецепторов с петлевым диуретиком
- адреноблокатора с петлевым диуретиком
- блокатора РААС с антагонистом кальция

Из получаемых пациентом препаратов нерациональной комбинацией является

- омепразол+эналаприл
- алискирен+эналаприл
- эналаприл+метформин
- метформин+омепразол

У больных диабетом рекомендуется целевое значение САД < _____ мм рт.ст

- 155
- 160
- 170
- 140

Механизм действия эналаприла обусловлен

- блокированием синтеза клеточной стенки
- угнетением протонной помпы
- угнетением активности АПФ
- блокадой рецепторов ангиотензина II

Противопоказанием для применения Эналаприла является

- хроническая сердечная недостаточность
- сахарный диабет 2 типа
- артериальная гипертензия
- беременность

Таблетки Эналаприл следует принимать

- до приема пищи
- вне зависимости от приема пищи
- утром натощак или ночью перед сном
- во время приема пищи

Максимальная суточная доза Эналаприла составляет + _____ + мг/сут

- 10
- 100

- 5
- 40

Одним из частых побочных эффектов эналаприла является

- синдром Рейно
- печеночный некроз
- синдром Стивенса-Джонсона
- кашель

Одновременный прием Эналаприла и Спиринолактона может привести к

- гипертоническому кризу
- повышению содержания калия в плазме
- замедлению выведения лития из организма
- гипогликемии

Спиринолактон противопоказан при

- гипомагниемии
- артериальной гипертензии
- хронической сердечной недостаточности
- гиперкалиемии

Длительное применение спинолактона у мужчин может привести к развитию

- гипомагниемии
- артериальной гипертензии
- хронической сердечной недостаточности
- гиперкалиемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной 35 лет, вес 85 кг, рост 169 см. Беременность, 21 неделя. При обращении к участковому терапевту врач назначил метилдопу 250 мг 3 р/сут.

Жалобы

На фоне лечения пациентка отмечает снижение АД до 130/80 мм рт.ст., однако предъявляет жалобы на выраженную сонливость, головную боль, головокружение при переходе в вертикальное положение

Анамнез заболевания

До возникновения беременности постоянно принимала индапамид-ретард 1,5 мг 1 р/сут. На фоне беременности самостоятельно прекратила лечение.

Анамнез жизни

Повышение АД до 150-160/90 мм рт.ст. отмечает с 30 лет

Объективный статус

АД 120/80 мм рт.ст.

Целевой уровень артериального давления для беременных < + _____ + мм рт.ст

- 140/90
- 130/80
- 150/90
- 140/100

Медикаментозное лечение артериальной гипертензии у беременных рекомендуется проводить при артериальном давлении \geq + _____ + мм. рт.ст. при отсутствии осложнений

- 150/95
- 150/90
- 140/90
- 140/95

Артериальное давление + _____ + мм рт. ст. и более при наличии осложнений таких как протеинурия, отечный синдром у беременных является показанием для начала антигипертензивной терапии

- 140/95
- 140/90
- 150/95
- 150/90

Препаратом первой линии для лечения артериальной гипертензии в период беременности является

- пропранолол
- метилдопа
- лизиноприл
- метопролол тартрат

Возможно использование антагонистов кальция дигидропиридинового ряда – нифедипин, предпочтительно + _____ + высвобождения

- короткого
- длительного
- рапидного
- ночного

С целью антигипертензивной терапии также возможно назначение

- бета-адреноблокаторов с внутренней симпатомиметической активностью
- неселективных бета-адреноблокаторов
- гидрофильных бета-адреноблокаторов
- селективных бета-адреноблокаторов

+ _____ + исключает применение ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, антагонистов рецепторов к ангиотензину и прямых ингибиторов ренина для медикаментозной терапии артериальной гипертензии у беременных

- Риск гипонатриемии
- Тератогенность
- Риск гиперкалиемии
- Риск гипотензии

Ацетилсалициловую кислоту в низкой дозе от 75 до + ____ + мг в сутки применяют профилактически у женщин с ранней < 28 недель преэклампсией в анамнезе

- 500
- 162
- 325
- 200

Беременным высокого риска развития преэклампсии возможно применение ацетилсалициловой кислоты с + _____ + недели беременности

- 32
- 12
- 28
- 4

С учетом жалоб пациентки препарат метилдопа необходимо заменить Нифедипином с медленным высвобождением активного вещества в начальной дозе + ____ + мг в сутки под контролем пульса

- 50
- 10
- 20
- 200

Ограничение + _____ + - это мера немедикаментозного снижения артериального давления у беременных

- анаэробной физической нагрузки
- потребления жидкости
- количества потребляемых килокалорий
- потребления поваренной соли

Прекращение курения - самая эффективная из всех профилактических мер у пациента с

- анаэробной физической нагрузки
- потребления жидкости
- количества потребляемых килокалорий
- потребления поваренной соли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д., 62 лет, поступил на эндокринологическое отделение

Жалобы

На сухость во рту, боли в ногах, чувство онемения, головные боли

Анамнез заболевания

Болен сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет. Диету не соблюдает, сахароснижающие препараты принимает не регулярно. Последние полгода беспокоят боли в ногах, преимущественно в ночное время, чувство жжения, онемения, ползанья «мурашек».

Также беспокоит постоянная головная боль двухсторонней локализации, давящего характера, консультирован неврологом по месту жительства несколько дней назад, поставлен диагноз «Головная боль напряжения», назначен Амитриптилин 20 мг/сут, после приема которого пациента беспокоила сильная сонливость. Вас пригласили на консультацию.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование высшее.

Профессиональная вредность-нет.

Питание регулярное, качественное, в избыточном количестве.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – женат. Двое детей.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2, риск ССО 3.

Операции-аппендэктомия в 29 лет.

Наследственность: Отец и мать умерли от инсульта (страдали гипертонической болезнью)

Аллергия: отрицает.

Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

АД 140/85 мм рт.ст.

Дыхание-грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Пульсация на артериях стоп достаточная, сохранена с обеих сторон. Конечности теплые, розовые.

Оцените выбор профилактического препарата и его дозировку (Амитриптилин 20 мг/сут.) в качестве первой линии терапии профилактики головной боли напряжения

- препарат и дозировка подобрана неверно
- препарат верен, дозировка слишком высокая
- препарат и дозировка подобрана верно
- препарат верен, дозировка слишком низкая

Антидепрессанты могут использоваться для профилактики головной боли напряжения, и этот эффект обусловлен их собственным противоболевым действием вследствие

- ингибирования обратного захвата серотонина
- усиления активности антиноцицептивных систем
- уменьшения активности ноцицептивных систем
- селективной блокады ЦОГ-1

Анальгетическое действие антидепрессантов наступает в + _____ + дозах и + _____ +, чем собственно антидепрессивное действие

- больших; раньше
- больших; позже
- меньших; раньше
- меньших; позже

Лечение amitriptylinom начинают с небольших доз + _____ + мг/сут

- 15-20
- 1-2
- 100-150
- 5-10

После назначения минимальной стартовой дозы следующее повышение на 5-10 мг (при недостижении клинической эффективности) можно проводить

- на следующий день
- через пару часов
- через месяц
- через неделю

Эффективность профилактического лечения рекомендуется оценивать через + _____ + после начала приёма препарата в рекомендованной дозе

- 12 часов
- 12 месяцев
- 3 месяца
- 2 недели

Пациент жалуется на нарушение ночного сна. В связи с этим большая часть дозы должна быть принята

- утром натощак после пробуждения
- за 1-2 ч до сна
- за 30 мин до еды
- утром после завтрака

Amitriptylin противопоказан к применению при

- ночном энурезе
- депрессивных состояниях
- закрытоугольной глаукоме
- гиперплазии предстательной железы

Рекомендуется считать профилактическое лечение эффективным, если частота эпизодов головной боли напряжения (число дней с головной болью в месяц) сокращается через 3 месяца терапии на + ____ + % и более от исходной

- 50
- 80
- 10
- 20

Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина целесообразно применять при сочетании головной боли напряжения с

- паническими и/или фобическими расстройствами
- сопутствующими нарушениями органов дыхания
- агранулоцитозом и остеопорозом
- расстройством желудочно-кишечного тракта

В качестве препаратов резерва при неэффективности или непереносимости антидепрессантов рекомендуются

- ганглиоблокаторы
- ингибиторы протонной помпы
- антиконвульсанты
- миорелаксанты

Профилактическое лечение антидепрессантами головной боли напряжения следует прекратить, при наличии положительного эффекта через

- ганглиоблокаторы
- ингибиторы протонной помпы
- антиконвульсанты
- миорелаксанты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 47 лет с диагнозом головная боль напряжения. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Головная боль, ощущение напряжения мышц головы

Анамнез заболевания

Страдает головными болями давящего характера в течение 9-10 месяцев. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Некоторые приступы купирует самостоятельно приёмом 200 мг ибупрофена. В связи с учащением эпизодов головной боли обратилась в поликлинику. Проведены лабораторные, инструментальные обследования, установлен диагноз головная боль напряжения.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая аллергия

Наследственный анамнез – у отца рак лёгких, у матери инфаркт

Сопутствующие и перенесённые заболевания – хронический поверхностный гастрит

Объективный статус

Рост 164 см, вес 66 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84/мин. АД 127/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Обращает на себя внимание болезненность перикраниальных мышц при пальпации.

В качестве профилактической терапии первой линии при головной боли напряжения рекомендован

- галоперидол
- аминафенилмасляная кислота
- amitриптилин
- фенобарбитал

Эффективная суточная доза amitриптилина для терапии головной боли напряжения составляет +___+ мг

- 30-75
- 15-20
- 80-85
- 100-150

У пациента в течение 3 месяцев применения amitриптилина эффекта не наблюдалось. Рекомендована смена лекарственного средства на

- золпидем
- аминафенилмасляную кислоту

- миртазапин
- хлорпротиксен

Суточная доза миртазапина для терапии головной боли напряжения составляет + ___ + мг

- 20
- 100
- 50,5
- 30

Применение миртазапина в течение 3 месяцев так же без эффекта. Лекарственным средством третьей линии терапии головной боли напряжения является

- хлорпромазин
- клоназепам
- кломипрамин
- фенobarбитал

Суточная доза кломипрамина для терапии головной боли напряжения составляет + ___ + мг

- 200-250
- 30-40
- 75-150
- 15-20

Применение кломипрамина у пациента тоже не оказало положительного эффекта, наблюдается астенический синдром. В данном случае рекомендовано назначить

- трамадол
- кодеин
- венлафаксин
- галоперидол

Рекомендованная суточная доза венлафаксина составляет + ___ + мг

- 10
- 15
- 150
- 100

В качестве дополнительной терапии к венлафаксину для лечения головной боли напряжения рекомендовано назначить

- элетриптан
- толперизон
- хлорпротиксен
- пароксетин

Терапия венлафаксином в течение 4 месяцев была неэффективна. Пациенту рекомендована смена лекарственного средства на

- гопантеповую кислоту
- аминифенилмасляную кислоту
- кветиапин
- габапентин

Рекомендованная суточная доза габапентина для терапии головной боли напряжения составляет +___+ мг

- 7000-10000
- 900-1200
- 1600-2400
- 500-600

Для повышения эффективности лекарственной терапии в качестве профилактических мероприятий в плане образа жизни пациенту необходимо рекомендовать избегать

- 7000-10000
- 900-1200
- 1600-2400
- 500-600

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 45 лет с диагнозом головная боль напряжения. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Головная боль, ощущение напряжения мышц головы.

Анамнез заболевания

Обратился в поликлинику. Страдает головными болями давящего характера в течение 1 года. Ранее за медицинской помощью не обращался.

Самостоятельно купировал состояние приёмом 200 мг ибупрофена. В последнее время отмечает учащение головных болей, в связи с чем решил обратиться к врачу. Проведены лабораторные, инструментальные обследования, установлен диагноз головная боль напряжения.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён.

Наследственный анамнез – отец страдал головными болями

Вредные привычки – курение

Объективный статус

Рост 182 см, вес 86 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78/мин. АД 130/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Обращает на себя внимание болезненность перикраниальных мышц при пальпации.

В качестве лекарственного средства первой линии для купирования острого приступа головной боли напряжения рекомендован

- фентанил
- ибупрофен
- суматриптан
- трамадол

Минимальная доза ибупрофена для купирования головной боли напряжения составляет + ___ + мг

- 1200
- 400
- 800
- 100

Максимальная доза ибупрофена для купирования головной боли напряжения составляет + _____ + мг

- 800
- 1200
- 400

- 1500

Нежелательная реакция, риск которой необходимо учитывать при назначении нестероидных противовоспалительных лекарственных средств, - это

- нарушение концентрации внимания
- желудочно-кишечное кровотечение
- увеличение размеров молочных желёз
- периферическая нейропатия

В качестве профилактической терапии первой линии при головной боли напряжения рекомендован

- галоперидол
- фенобарбитал
- аминофенилмасляная кислота
- amitriptilin

Начальная доза amitriptilina для терапии головной боли напряжения составляет +___+ мг

- 80-100
- 1-2
- 5-10
- 20-30

Эффективная суточная доза amitriptilina для терапии головной боли напряжения составляет +___+ мг

- 15-20
- 100-150
- 50-75
- 80-85

У пациента в ответ на приём amitriptilina развилась крапивница. Необходимо заполнить

- форму с указанием о недопустимости использования данного лекарственного средства
- извещение о развитии нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата в Росздравнадзор

- служебную записку на имя главного врача и заместителя главного врача по лечебной работе с просьбой исключить лекарственное средство из формуляра
- служебную записку на имя лечащего врача с просьбой вывести лекарственное средство из употребления

В связи с развившейся нежелательной реакцией пациенту рекомендована смена amitriptyline на

- аминифенилмасляную кислоту
- хлорпротиксен
- венлафаксин
- золпидем

Суточная доза венлафаксина для терапии головной боли напряжения составляет + ___ + мг

- 150
- 250
- 50,5
- 20

В качестве дополнительной терапии к венлафаксину для терапии головной боли напряжения рекомендовано лекарственное средство

- пароксетин
- элетриптан
- тизанидин
- флуоксетин

Суточная доза тизанидина для терапии головной боли напряжения составляет + ___ + мг 3 раза в сутки

- пароксетин
- элетриптан
- тизанидин
- флуоксетин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 45 лет с

диагнозом «Гонококковая инфекция». Требуется консультация клинического фармаколога для решения вопроса о необходимости антибиотикотерапии.

Жалобы

Выделения из уретры, зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, болезненность в области наружного отверстия уретры

Анамнез заболевания

Пациент находится на отделении с травмой колена. Сообщил, что неделю назад обращался к урологу по месту жительства, был поставлен диагноз «Гонококковая инфекция», назначено лечение, которое пациент решил отложить. На данный момент предъявляет жалобы на зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и гнойные выделения из уретры. На отделение назначено лечение: Цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно. На фоне терапии самочувствие пациента не улучшилось, симптомы сохраняются. Вас пригласили на консультацию для решения вопроса о необходимости антибиотикотерапии и расширении объема терапии.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 120/70 мм рт.ст. Температура тела- 37.5°C. Грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Живот безболезненный при пальпации. В области выводных протоков парауретральных желез определяется наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно.

Возбудителем гонококковой инфекции является микроорганизм, являющийся представителем рода

- Neisseria
- Acinetobacter
- Proteus
- Moraxella

Оцените выбор антибактериальной терапии: препарат выбран

+ _____+, дозировка

- неверно; неверна
- верно; должна быть уменьшена
- верно; верна
- верно; должна быть увеличена

Верным является назначение цефтриаксона в дозировке +___+ г внутримышечно каждые +___+ ч

- 1.0; 24
- 1.5; 12
- 0.5; 8
- 1.5; 8

При осложненной гонококковой инфекции срок антибактериальной терапии составляет +___+ дней

- 26
- 7
- 5
- 14

Бактериальная активность цефтриаксона обусловлена

- ингибированием бактериальных бета-лактамаз
- подавлением синтеза клеточной стенки
- антагонизмом с фолиевой кислотой
- нарушением проницаемости цитоплазматической мембраны

Цефтриаксон противопоказан при

- сепсисе
- менингите
- непереносимости пенициллинов
- инфекции органов брюшной полости

Наиболее частой нежелательной реакцией на фоне терапии Цефтриаксоном может быть

- синдром Лайелла
- агранулоцитоз
- синдром Стивенса-Джонсона
- эозинофилия

При условии исчезновения клинических симптомов заболевания через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии можно перейти на пероральный прием лекарственного средства

- цефиксим
- азитромицин

- амоксициллин
- меропенем

При переходе с парентерального введения на пероральный прием антибактериальных препаратов общая продолжительность терапии

- увеличивается на 5 дней
- уменьшается на 3 дня
- увеличивается на 10 дней
- не изменяется

При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется

- определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибиотикам
- полная отмена антибактериальной терапии, продолжение лечения симптоматически
- добавление к терапии уросептиков
- добавление к терапии преднизолона внутримышечно

При отрицательных результатах обследования пациента на наличие гонококковой инфекции через 14 дней после окончания лечения, пациент

- подлежит обязательному санаторно-курортному лечению
- подлежит наблюдению и назначению профилактической антибактериальной терапии
- подлежит дальнейшему наблюдению и симптоматическому лечению
- дальнейшему наблюдению не подлежит

В качестве меры дальнейшей профилактики следует рекомендовать пациенту

- подлежит обязательному санаторно-курортному лечению
- подлежит наблюдению и назначению профилактической антибактериальной терапии
- подлежит дальнейшему наблюдению и симптоматическому лечению
- дальнейшему наблюдению не подлежит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Д, 29 лет, с диагнозом грибковый средний отит. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Зуд, боль в ухе, жидкие выделения, боль в заушной области, повышение температуры до 37,6°C.

Анамнез заболевания

Пациент находится в ЛОР-отделении стационара по поводу гнойного среднего отита. Получал антибактериальную терапию Цефтриаксон 2г*1р/сутки в/в + Левофлоксацин 500 мг*1р/сутки в/в, было проведено хирургическое вскрытие среднего уха с целью обеспечения адекватного дренирования очага инфекции. Через 6 дней после операции появились жалобы на зуд, боль в ухе, жидкие выделения, боль в заушной области, повышение температуры до 37,6°C. Были назначены капли в уши дексаметазон+полимиксин В+неомимцин – без эффекта. ЛОР-врачом был выставлен диагноз грибковый средний отит.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – краснуха, ветряная оспа

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Наследственность не отягощена

Питание регулярное, качественное.

Вредные привычки отрицает

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 178 см, вес 75 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.

Жидкие выделения из уха. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Результаты микологического и микроскопического исследований

|====

2+^ | Candida albicans, 10^7^, ухо

| Натамицин | S

| Флуконазол | S

| Клотримазол | S

| Микафунгин | S

| Амфотерецин В | S

|====

|====

| Показатель | Значение
| Лейкоциты | 30-40 в п/зр
| Споры грибов | Обнаруж
| Псевдомицелий | Обнаруж
| Мицелий | Не обнаруж
| Дрожжеподобные клетки | Не обнаруж
|====

Были выполнены микологическое и микроскопическое исследования отделяемого из уха. Результаты представлены (см. УТ 1.6) Для назначения терапии обследований

- недостаточно, необходимы результаты аудиограммы
- достаточно, в случае исключения хронического отита
- достаточно, известен возбудитель и титр
- недостаточно, необходимо не менее 2х положительных результатов микробиологического исследования

Препаратом выбора для лечения среднего отита, вызванного грибами рода Candida, возникшего после оперативного вмешательства, является

- микафунгин
- вориконазол
- флуконазол
- амфотерецин В

Режим дозирования флуконазола для терапии грибкового среднего отита + ___ + мг* + ___ + р/сутки

- 150-200; 2
- 50-100; 1
- 150; 2
- 400; 3

Длительность применения флуконазола + ___ + день/дней

- 21
- 10
- 14
- 7

Препарат для местного применения для терапии грибкового среднего отита

- ксилометазолин
- триамцинолон
- нафтифин
- натамицин

Антимикотический препарат назначается

- на основании статистических данных, о чувствительности штаммов, выявленных в прошлом
- на основании литературных данных, о чувствительности выделенного штамма
- эмпирически
- на основании посева, с учетом чувствительности выявленной грибковой флоры

Для терапии среднего отита, вызванного плесневыми грибами, рекомендован препарат

- микафунгин
- итраконазол
- флуконазол
- каспофунгин

Режим дозирования Итраконазола для терапии грибкового среднего отита + ___ + мг* + ___ + р/сутки

- 1000; 3
- 50; 4
- 100; 1
- 200; 2

Длительность применения интраконазола составляет + ___ + дня/дней

- 21-28
- 3-5
- 10-14
- 5-7

Препарат выбора для терапии отита, как послеоперационного осложнения, вызванного плесневыми грибами

- каспофунгин
- тербинафин
- натамицин
- флуконазол

Режим дозирования тербинафина для терапии грибкового среднего отита
+ _____ + мг/сутки

- 150
- 250
- 1000
- 500

Длительность применения тербинафина составляет + ___ + дней

- 150
- 250
- 1000
- 500

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 55 лет поступил в урологическое отделение

Жалобы

Затрудненное, учащенное мочеиспускание

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят около 5 лет. Не обследовался, не лечился. На отделении был предварительно поставлен диагноз «Аденома предстательной железы». Планируется дальнейшее дообследование.

Из анамнеза известно, что у пациента имеется хронический бронхит, в связи с чем он эпизодически использует сальбутамол (ингаляции).

На 3и сутки нахождения в стационаре у пациента появились жалобы на высокую температуру (39.2°C), сильную головную боль, ломоту в мышцах, боль в глазных яблоках, сухой кашель, заложенность носа.

С учетом эпидемии гриппа в городе, а также клинической картины, поставлен диагноз «Грипп, типичный, среднетяжелая форма». Вас пригласили на консультацию.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование-высшее техническое.

Профессиональная вредность-нет.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.

Женат. Четверо детей. Перенесенные заболевания –детские инфекции, ангина в 18 лет, пневмония в 23 года.

Сопутствующие заболевания: Поверхностный гастрит (ремиссия). Хронический

бронхит. Наследственность: неотягощена. Аллергия: сезонная (поллиноз).
Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, температура тела 39.1°C. Кожа чистая, обычной окраски, язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный над лобком при пальпации.

Наилучший лечебный эффект достигается в случаях начала применения противовирусных препаратов в первые + ____ + (в часах) от начала болезни

- 72
- 24
- 12
- 48

Занамивир является ингибитором

- M2 - белков
- гемагглютинаина
- протонной помпы
- нейраминидазы

Занамивир эффективен в отношении инфекций, вызванных вирусом

- папилломы человека
- гриппа С и D
- гриппа А и В
- «птичьего» гриппа

Занамивир применяется

- ингаляционно
- перорально
- внутримышечно
- внутривенно

Доза Занамивира у пациентов пожилого возраста и пациентов с нарушением функции печени или почек

- такая же, как у других пациентов
- такая же, как у других пациентов, но кратность введения 1 раз в сутки
- ниже в два раза (половинная доза)
- выше в два раза (двойная доза)

В случае использования Сальбутамола ингаляцию Занамивира

- проводят до ингаляции Сальбутамола
- не проводят
- проводят после ингаляции Сальбутамола
- заменяют разовой дозой Осельтамивира

Умифеновир является ингибитором

- нейраминидазы
- фузии
- обратной транскриптазы
- днк гиразы

Умифеновир препятствует слиянию липидной оболочки вируса и клеточных мембран за счёт взаимодействия с _____ вируса

- нейроминедазой
- рибонуклеопротеином
- гемагглютинином
- белком М2

Умифеновир используется в комплексной терапии всех заболеваний, кроме

- гриппа А и В
- вирусных гепатитов В и С
- кишечной инфекции ротавирусной этиологии
- рецидивирующей герпетической инфекции

При появлении у пациента влажного кашля с трудноотходимой мокротой к терапии рекомендуется добавить

- ацетилцистеин
- бутамират
- витамин Е
- амлодипин

Снижение вязкости слизи при приеме Ацетилцистеина связано с

- увеличением секреции жидкости в мокроту
- селективной блокадой ЦОГ-1 рецепторов
- стимуляцией мю-опиоидных рецепторов
- разрывом дисульфидных связей

Дезинтоксикационная терапия показана + _____ + с вирусом гриппа

- увеличением секреции жидкости в мокроту
- селективной блокадой ЦОГ-1 рецепторов
- стимуляцией мю-опиоидных рецепторов
- разрывом дисульфидных связей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 19 лет, поступил в хирургический стационар

Жалобы

Боли в правой подвздошной области

Анамнез заболевания

Заболел около 10 часов назад, когда появились боли в эпигастрии, которые постепенно сместились в правую подвздошную область. На отделении поставлен диагноз «Острый аппендицит». Пациент был прооперирован. На 2-е сутки после операции на отделении появились жалобы на сильную головную боль, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, заложенность носа, чувство першения в горле. Повысилась температура до 39,2°C, с ознобом. С учетом эпидемии гриппа в городе, а также клинической картины, поставлен диагноз «Грипп, типичный, среднетяжелая форма». Вас пригласили на консультацию.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование-студент ВУЗа. Профессиональная вредность-нет.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.

Женат. Двое детей. Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: отсутствуют. Наследственность: не отягощена.

Аллергия: отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. Кожа чистая, сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 95 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Послеоперационная повязка пропитана сукровичным отделяемым.

Рекомендуется начать лечение препаратами с прямым противовирусным действием не позднее + ____ часов после манифестации болезни

- 72
- 100
- 48
- 2

Наилучший лечебный эффект достигается в случаях начала применения противовирусных препаратов в первые + ____ + часа/часов от начала болезни

- 12
- 24
- 72
- 48

Среди перечисленных препаратов + _____ + является единственным с зарегистрированным показанием: лечение/профилактика гриппа у взрослых и детей

- осельтамивир
- кагоцел
- амантадин
- интерферон-альфа

В лечении гриппа можно использовать все препараты, кроме

- римантадина
- занамивира
- умифеновира
- осельтамивира

При осложненных среднетяжелой, тяжелой и крайне тяжелой формах гриппа незамедлительно после поступления в стационар рекомендуется начать лечение

- амантадином
- кетоконазолом
- интерфероном 2-альфа
- осельтамивиром

Осельтамивир является ингибитором

- M2 - каналов
- нейраминидазы
- гемагглютенина
- РНК-полимеразы

Химопрофилактика гриппа в период эпидемии показана

- лицам,находившимся в непосредственном контакте с пациентами (в эпидемических очагах)
- только детям в период эпидемии
- только лицам, имеющим ослабленный иммунитет (включая ВИЧ) и частые ОРВИ в анамнезе
- только пожилым пациентам

Осельтамивир выводится преимущественно

- легкими
- почками
- печенью
- кожей

Осельтамивир противопоказан при наличии у пациента

- сахарного диабета 2 типа
- печеночной недостаточности легкой степени
- терминальной стадии почечной недостаточности
- поверхностного гастрита

Осельтамивир запрещен к применению у

- подростков
- женщин в периоде грудного вскармливания
- пациентов старше 55 лет
- детей до 1 года

Пациентам с клиренсом креатинина менее 60 мл/мин коррекция дозы осельтамивира + _____+, дозировка

- требуется; остается прежней, при снижении кратности
- требуется; увеличивается
- не требуется; остается прежней
- требуется; уменьшается

Для улучшения переносимости препарата, Осельтамивир рекомендуется принимать

- требуется; остается прежней, при снижении кратности
- требуется; увеличивается
- не требуется; остается прежней
- требуется; уменьшается

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту, 53 лет, который 10 дней находился в ортопедическом отделении стационара, где ему была проведена операция эндопротезирования тазобедренного сустава. Кроме того, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО) проводилась эластическая компрессия нижних конечностей. Послеоперационный период проходил без осложнений. При выписке даны рекомендации по дальнейшей фармакотерапии на амбулаторном этапе: варфарин– 1,5 месяца, рамиприл 10 мг 1 р/сут длительно под контролем АД.

Жалобы

Не предъявляет

Анамнез заболевания

В стационаре со дня оперативного вмешательства больной получал:

- цефотаксим 1 г 3 р/сут. в/м 6 дней, первое введение в/м за 20 мин до операции,
- кеторолак 1 мл 3 р/сут в/м 8 сут,
- трамадол 2 мл 3 р/сут в/м 3 дня,
- фамотидин 20 мг 2 р/сут в/в 8 дней, затем омепразол 20 мг внутрь 1 р/сут 2 дня
- эноксапарин 40 мг п/к 7 сут.,
- варфарин 5 мг внутрь 1 р/сут 5 сут (с 5-го дня послеоперационного периода),
- рамиприл 10 мг внутрь 10 сут.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. В анамнезе: гипертоническая болезнь, эрозивный гастрит в стадии ремиссии. По поводу артериальной гипертензии длительно принимал рамиприл.

Объективный статус

Проводился контроль клинико-лабораторных показателей: общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, коагулограммы. МНО на 5-й день назначения варфарина – 2,1. АД – 145/90 мм рт.ст. Остальные показатели в пределах нормальных значений.

Периоперационная антибиотикопрофилактика в данной ситуации + _____ + рекомендациям по антибактериальной профилактике в хирургии

- полностью не соответствовала
- противопоказана согласно
- полностью соответствовала
- частично соответствовала

Препарат выбора для периоперационной профилактики в данной ситуации

- цефоперазон
- цефепим
- цефазолин
- цефтриаксон

Профилактика тромбоэмболических осложнений у пациента + _____ + современным рекомендациям и стандарту профилактики тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава

- не соответствует
- противопоказана согласно
- соответствует
- частично соответствует

Проведение общего анализа мочи необходимо для выявления + _____ + на фоне антикоагулянтной терапии

- цилиндрурии
- протеинурии
- лейкоцитурии
- гематурии

Лабораторным показателем избыточной гипокоагуляции на фоне приема варфарина является увеличение + _____ + , а также удлинение времени кровотечения

- АЧТВ более 80 сек
- ПВ более 12 сек
- МНО больше 3,5
- МНО больше 3

Лабораторным показателем недостаточной эффективности тромбопрофилактики на фоне приема варфарина является МНО <

- 2,5
- 2,0
- 1,5
- 3,0

При передозировке антикоагулянтный эффект варфарина можно устранить введением

- витамина К
- протамина сульфата
- идаруцизумаба
- андексанета альфа

Комбинация + _____ + , эноксапарина и варфарина повышает риск развития желудочно-кишечного кровотечения

- фамотидина
- кеторолака
- трамадола
- рамиприла

Основными антисекреторными лекарственными средствами с доказанной эффективностью в профилактике стресс- язв являются

- аналоги простагландинов
- ингибиторы протонной помпы
- H₂-гистаминоблокаторы
- М-холиноблокаторы

Назначение 2-х анальгетиков с различным механизмом действия + _____ + в данной ситуации

- избыточно
- недостаточно
- рационально
- противопоказано

После проведенного лечения инфекции области хирургического вмешательства пациенту необходимо исключить

- принятие душа

- переиздание
- умственное напряжение
- перегревание

Пациенту рекомендовано посещать бальнео- и климатолечебные курорты не ранее чем через + _____ + месяцев/месяца после операции

- принятие душа
- переиздание
- умственное напряжение
- перегревание

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной К. 38 лет. Диагноз: Острый двухсторонний верхнечелюстной синусит.

Жалобы

Лихорадка 38,7°C, выраженная общая слабость, появилась головная боль, усиливающаяся при наклоне головы, из носа – обильное отделяемое желто-зеленого цвета

Анамнез заболевания

Заболела остро, появился насморк, повышение Т до 38,5°C принимала ингавирин в течение 5 дней. После кратковременного улучшения (снижение Т, некоторое уменьшение насморка на 3-4 день заболевания) вновь повысилась Т до 38,7°C выраженная общая слабость, появилась головная боль, усиливающаяся при наклоне головы, из носа – обильное отделяемое желто-зеленого цвета. Самостоятельно принимала ампициллин 500 мг 3 р/сут 3 дня, без существенного эффекта.

Анамнез жизни

Не отягощен

Объективный статус

Б/х крови – без особенностей, ОАК Л/ц $12,5 \times 10^9$ /л, Эр $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нб 120 г/л, С% 78%, П 6%, Л 23%. ОАМ – без особенностей.

Настоящие клинические проявления связаны с

- развитием осложненного течения гриппа
- развитием острого респираторного вирусного заболевания
- присоединением бактериальной инфекции

- присоединением вирусной суперинфекции

Ампициллин обладает бактерицидным действием на не вырабатывающую бета-лактамазы + _____+ флору

- анаэробную
- внутриклеточную
- Гр-
- Гр+

Одной из причин неэффективности приема ампициллина в данном случае может быть его низкая

- кумулятивная способность
- проникающая способность через ГЭБ
- связь с белками плазмы крови
- оральная биодоступность

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через + _____+ часа/часов

- 12-24
- 36-48
- 24-48
- 48-72

В данной ситуации существует необходимость

- назначения амоксициллина
- отмены ампициллина
- увеличения дозы ампициллина
- парентерального применения ампициллина

Альтернативными препаратами являются ингибиторзащищенные пенициллины - амоксициллин+клавулановая кислота, режим дозирования которого + _____+ мг 3 раза в сутки

- внутривенно 500/500
- внутримышечно 750/100
- внутривенно 1000/875
- внутрь 500/125

Диспергируемая таблетка амоксициллина обладает + _____+ биодоступностью по сравнению с амоксициллином в виде таблеток и капсул

- большей
- равной
- непредсказуемой
- меньшей

+ _____ + применяется для лечения острого синусита в случае наличие аллергической реакции на бета-лактамы антибиотики

- Цефиксим
- Цефтриаксон
- Цефдиторен
- Моксифлоксацин

Обсемененность определяется по количеству + _____ + , это показатель количества жизнеспособных микроорганизмов в единице объема (1 см³), в жидкости (1 мл), или в твердом/сухом материале (1 г)

- колоний
- колониобразующих единиц
- миллиэквивалент
- международных единиц

Забор материала для микробиологического анализа производится

- при неэффективности эмпирического курса антибиотикотерапии
- после нормализации температуры тела
- на высоте лихорадки
- во время первого обращения в поликлинику

Регулярное + _____ + является мерой профилактики одонтогенного синусита, требующего хирургического лечения

- посещение стоматолога
- посещение сауны
- использование назальных форм глюкокортикостероидов
- применение левофлоксацина

Профилактика синуситов должна быть направлена на лечение основного заболевания и устранение предрасполагающих факторов, таких как

- посещение стоматолога
- посещение сауны
- использование назальных форм глюкокортикостероидов
- применение левофлоксацина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 3 лет (вес 15 кг), у которого через 10 минут после внутримышечного введения бензилпенициллина натриевой соли (500000 ЕД) появились отёк ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз.

С целью коррекции проявлений неблагоприятной побочной реакции внутримышечно вводились дексаметазон 2 мг, супрастин 2% 0,4 мл

Из анамнеза выяснено, что в течение двух дней до введения бензилпенициллина ребенок получал:

- ампициллин 250 мг 3 раза в сутки внутримышечно,
- глюкозу 5% 200 мл внутривенно капельно 20 капель/мин 1 раз в сутки,
- пиридоксин 5% 1 мл внутривенно струйно 1 раз в сутки.
- витамин Д

Анамнез заболевания

Заболел остро

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен.. Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус

Акроцианоз

Причиной возникшего состояния является аллергическая неблагоприятная побочная реакция + _____ + типа

- замедленного
- отсроченного
- немедленного
- отложенного

Данная нежелательная реакция относится к неблагоприятным побочным реакциям типа ____, так как не имеет дозозависимый характер

- D
- B
- C
- A

У данного пациента сенсibilизирующим фактором выступило введение

- ампициллина
- витамина Д
- пиридоксина
- глюкозы

Отмена введения + _____ + – первый этап лечения ангионевротического отека

- пиридоксина
- пенициллинов
- бензилпенициллина
- витамина Д

Для оказания медицинской помощи в экстренной форме пациенту показан + _____ + внутримышечно и дексаметазон внутривенно

- диазепам
- адреналин
- метилпреднизолон
- атропин

Доза и путь введения дексаметазона выбраны неверно, необходимая доза дексаметазона + _____ + мг внутривенно

- 3-5
- 20-30
- 10-20
- 4-8

Введение антигистаминного лекарственного средства Хлоропирамин (супрастин)

- произведено верно
- произведено без учета веса ребенка
- показано с 5 лет
- противопоказано в данной ситуации

При использовании бензилпенициллина натриевой соли возможны и другие нежелательные реакции, такие как

- окрашивание мочи
- интерстициальный нефрит
- фотосенсибилизация
- анемия

При + _____ + введении очень больших доз Бензилпенициллина натриевой соли возможны явления нейротоксичности

- эндолюмбальном
- эндотрахеальном
- внутривенном
- внутримышечном

При сохраняющейся/сохраняющемся + _____ + раствор хлорида натрия 0,9% необходимо вводить внутривенно струйно или капельно

- тахипноэ
- гипопноэ
- артериальной гипертензии
- артериальной гипотензии

Необходимо объяснить пациенту опасность + _____ + в том числе с точки зрения повторной лекарственной аллергии

- пищевой непереносимости
- самолечения
- перегревания
- физической нагрузки

С целью профилактики повторной аллергической реакции на лекарственное средство пациенту выдается заполненный

- пищевой непереносимости
- самолечения
- перегревания
- физической нагрузки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Ребенку К., 13 лет, который находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом "Хронический гастродуоденит, обострение. Дискинезия желчевыводящих путей. Реактивный панкреатит.

Жалобы

На 5 день терапии ребенок пожаловался на отсутствие стула в течение 3-х дней, тошноту. В связи с этим к терапии добавлен Макрогол (форлакс) 1 саше 2 р/д.

Анамнез заболевания

Назначено лечение:

Алгелдрат + Магния гидроксид (алмагель) по 2 ч.л. 2 р/д; Алюминия фосфат (фосфалюгель) по 1 пакету 2 р/д; омепразол 20 мг 1 р/д; панкреатин 25000 (креон) по 1 капсуле 4 р/д, Урсодезоксихолевая кислота (урсофальк) 250 мг 1 р/д на ночь.

Анамнез жизни

Родился доношенным. Рос и развивался по возрасту. Аллергоанамнез: пищевая аллергия на первом году жизни. Вакцинация по возрасту. Санитарно-бытовые условия хорошие.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное

Назначены два препарата однонаправленного действия Алгелдрат +Магния гидроксид (алмагель) и

- панкреатин
- Макрогол (форлакс)
- Алюминия фосфат (фосфалюгель)
- омепразол

При гастрите и диспепсии антацидные препараты применяют

- через 1 час после еды
- на ночь
- во время еды
- через 2-3 часа после еды

Капсулы лекарственного препарата панкреатин следует принимать

- во время еды
- перед едой
- разведя содержимое капсулы в горячей воде
- тщательно пережевывая

Интервал между приемом антацидных препаратов и других лекарственных средств должен составлять не менее +_____+ часов/часа

- двух
- одного
- трех
- полу

При одновременном приеме с панкреатином в кишечнорастворимой оболочке могут ускорить разрушение оболочки ферментного препарата креон в желудке

- макрогол
- антациды
- лактулоза
- урсодезоксихолевая кислота

Причиной нарушения стула и тошноты может быть избыточный прием лекарственных препаратов, содержащих

- алюминий
- магний
- кальций
- натрий

Послабляющий эффект оказывают ионы

- натрия
- алюминия
- кальция
- магния

Лекарственный препарат Макрогол является + _____ + слабительным

- раздражающим
- объемным
- спазмолитическим
- смягчительным

Кишечнорастворимая оболочка минимикросфер, содержащих панкреатин разрушается при pH>

- 3,5
- 5,5
- 4,0
- 5,0

Дозировка препарата креон у детей с муковисцидозом, зависит от

- роста
- возраста

- массы тела пациента
- выделительной способности почек

С целью профилактики обострения язвенной болезни всем пациентам с диагностированной хеликобактерной инфекцией рекомендуется

- постоянный прием ингибиторов протонной помпы
- эрадикация инфекции *_H.pylori_*
- снижение титра *_H.pylori_*
- стимуляция моторики желудочно-кишечного тракта

Для профилактики приступов билиарной боли, развития острого «дисфункционального» панкреатита необходимо избегать употребления + _____ + пищи, переедания, психоэмоциональных нагрузок, что подразумевает санаторно-курортное лечение

- постоянный прием ингибиторов протонной помпы
- эрадикация инфекции *_H.pylori_*
- снижение титра *_H.pylori_*
- стимуляция моторики желудочно-кишечного тракта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Д., 45 лет, который находился на стационарном лечении (18.08-31.08) с диагнозом: Неспецифический язвенный колит, прободение ободочной кишки, перитонит. Операция 18.08.11 – лапаротомия.

За 30 мин до операции внутримышечно введен цефтриаксон 1 г, во время операции выявлено наличие гнойного содержимого в брюшной полости, после операции антибактериальная терапия была продолжена.

В стационаре со дня оперативного вмешательства больной получал:

- Р-р. Платифиллин 0,2%-1 мл 2 р/сут в/м 18.08-22.08
- Ципрофлоксацин 100 мл (200 мг) в/в 2 р/сут 18.08-26.08
- Р-р. Кеторол 1 мл в/м 2 р/сут 18.08-26.08
- Фамотидин 20 мг в/в 2 р/сут 18.08-26.08

На фоне лечения отмечалось сохранение субферильной температуры 25.08 – повышение температуры до 38.5°C, объективно – наличие небольшого количества мутного отделяемого по дренажам. Состояние было расценено как недостаточная эффективность антибактериальной терапии, проведена смена терапии. Назначена комбинация препаратов:

- Ампициллин+сульбактам 1,5 г 3 р/сут в/в кап. на 200 мл 0,9% NaCl 27.08-31.08,
- Р-р. Метронидазол 100 мл (500 мг) в/в кап. 3 р/сут 27.08-31.08.
После изменения схемы терапии состояние с положительной динамикой,
нормализовалась температура тела, 30.08 дренажи были удалены

Жалобы

Сейчас больной отмечает появление жалоб на тяжесть и неприятные ощущения в правом подреберье

Анамнез заболевания

Болеет неспецифическим язвенным колитом в течение 5 лет

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает

Объективный статус

Данные лабораторного исследования в динамике:

ОАК (18.08): Эр $4,9 \times 10^{12}/л$, Нб 157 г/л, Л $16 \times 10^9/л$, С 66%, П 8%, СОЭ 30 мм/ч.

ОАК (25.08): Эр $4,9 \times 10^{12}/л$, Нб 142 г/л, Л $12 \times 10^9/л$, С 56%, П 5%, СОЭ 20 мм/ч.

ОАК (30.08): Эр $4,9 \times 10^{12}/л$, Нб 135 г/л, Л $8,5 \times 10^9/л$, С 42%, П 4%, СОЭ 16 мм/ч.

Б/х крови (18.08): АСАТ 24 ед/л, АЛАТ 39 ед/л, креатинин 75 мкмоль/л.

Б/х крови (30.08): АСАТ 220 ед/л, АЛАТ 189 ед/л, креатинин 70 мкмоль/л.

Предполагаемые возбудители перитонита в данном случае

+ _____ + бактерии и анаэробная микрофлора

- Гр(+)
- Гр(-)
- внутриклеточные
- кокковые

В данной ситуации периоперационная антибиотикопрофилактика

- осуществлена не верно
- осуществлена верно
- противопоказана
- оказалась эффективна

В целях проведения периоперационной антибиотикопрофилактики антибактериальное лекарственное средство применяется

- интратекально
- внутримышечно
- перорально

- внутривенно

Послеоперационное введение антибактериальных лекарственных средств в данном случае

- показано однократно
- противопоказано
- не показано
- оправдано

Монотерапия ципрофлоксацином

- показана
- выбрана неверно
- противопоказана
- выбрана верно

Рекомендованный режим дозирования ципрофлоксацина в настоящий момент + ___ + мг в/в 2 р/сут

- 300
- 800
- 400
- 700

Назначенная комбинация ампициллин+сульбактам и метронидазол

- рациональна
- показана
- антагонистична
- нерациональна

Основными антисекреторными лекарственными средствами с доказанной эффективностью в профилактике стресс- язв являются

- аналоги простагландинов
- ингибиторы протонной помпы
- H₂-гистаминоблокаторы
- M-холиноблокаторы

Увеличение уровня трансаминаз говорит о развитии гепатотоксичности в ответ на применение

- ампициллина+сульбактама
- кеторола

- платифиллина
- метронидазола

Данная нежелательная реакция относится к неблагоприятным побочным реакциям типа

- А
- С
- В
- D

После проведенного лечения инфекции области хирургического вмешательства пациенту необходимо исключить

- перегревание
- умственное напряжение
- физическую активность
- принятие душа

Пациенту рекомендовано посещать бальнео- и климатолечебные курорты не ранее чем через ___месяцев/месяца после операции

- перегревание
- умственное напряжение
- физическую активность
- принятие душа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной В. 53 лет. Поставлен диагноз Острый пиелонефрит нетяжелого течения, неосложненный. Назначена антибактериальная терапия – Ципрофлоксацин 500 мг х 1 раз в сутки на 5 дней.

Жалобы

Жалобы на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 37.5°C , учащенное мочеиспускание

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, она больна в течение недели. Заболевание связывает с переохлаждением. К врачу не обращалась. Для снижения температуры принимала жаропонижающие средства.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Сопутствующие заболевания: ИБС. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии. ХОБЛ. Принимает постоянно Теофиллин, Варфарин.

Объективный статус

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Симптом Пастернацкого с левой стороны положительный. Общий анализ крови – лейкоцитоз со сдвигом влево. Общий анализ мочи – реакция кислая, белок – следы, лейкоциты – покрывают все поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. УЗИ почек. Правая почка: размеры 113x52см, подвижность сохранена, контуры ровные, паренхима 17мм. Левая почка: размеры 115x52см, подвижность сохранена контуры ровные, паренхима 18 мм. Обзорная и экскреторная урография – признаки левостороннего острого пиелонефрита с расширением и деформацией чашек и лоханки слева.

Лекарственное средство Цефтибутен для эмпирической антимикробной терапии

- выбрано неверно
- противопоказано
- выбрано верно
- не применяется

Ципрофлоксацин применяется в дозе + ____ + мг х 2 раза в сутки

- 400
- 800
- 500
- 250

Длительность антибактериальной терапии острого неосложнённого пиелонефрита лёгкой и средней степени тяжести составляет ____ дней/дня/день

- 21
- 5
- 3
- 10

При диагностировании острого неосложнённого пиелонефрита лёгкой и средней степени тяжести рекомендуется назначение + _____ + антибактериальной терапии

- внутривенной капельной
- внутримышечной
- пероральной
- внутривенной длительной

Ципрофлоксацин + _____ + активность процессов микросомального окисления в гепатоцитах

- ускоряет
- не влияет на
- повышает
- снижает

В данном случае возможно лекарственное взаимодействие между Ципрофлоксацином и теофиллином с повышением/удлинением + ____ + теофиллина

- T 1/2
- F
- Cl
- Vd

При совместном применении ципрофлоксацина и теофиллина необходим терапевтический лекарственный мониторинг + _____ + теофиллина в плазме пациента

- объема распределения
- концентрации
- биодоступности
- периода полувыведения

Ципрофлоксацин + _____ + антикоагулянтное действие варфарина

- ингибирует
- не влияет на
- усиливает
- снижает

При сочетанном применении Ципрофлоксацина и антагонистов витамина К (варфарина) следует регулярно проводить исследование свертывающей системы крови в течение курсового приема, а так же в течение + _____ + после завершения терапии антибиотиками

- полугода
- короткого времени
- неопределенного времени
- 2 месяцев

При известной чувствительности грамположительного возбудителя возможно назначение Амоксициллин + клавулановая кислоты по + ____ + мг 3 раза в день

- 1,0
- 500
- 0,75
- 0,8

Для профилактики обострений пиелонефрита + _____ + профилактический приём антибактериальных препаратов

- рекомендован
- данному пациенту показан
- не рекомендован
- показан

Не допускать переохлаждений и + _____ + – основные рекомендации по профилактики обострений у пациентов с хроническим пиелонефритом

- рекомендован
- данному пациенту показан
- не рекомендован
- показан

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной А.А., 52 года, страдающей сахарным диабетом типа 2 в течение года.

Жалобы

Обратилась к эндокринологу с жалобами на слабость, потливость по ночам, кошмарные сновидения, сердцебиение, усталость и разбитость по утрам, усиление аппетита и веса (прибавила 3 кг).

Анамнез заболевания

К моменту постановки диагноза имела избыточную массу тела – 30кг/м², в

начале заболевания использовала немедикаментозную терапию, которая не привела к компенсации сахарного диабета, HbA1c – 7,8%. В связи с чем 3 месяца назад был назначен микронизированный глибенкламид (Манинил) в дозе 3,5 мг 4 раза в день перед каждым приемом пищи.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Гликемия натощак, измеренная в домашних условиях с помощью глюкометра, составила от 9 до 13 ммоль/л. HbA1c – 8,3%.

Механизм действия глибенкламида - + _____ + секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы

- стимуляция
- угнетение
- ингибирование
- подавление

Возможные нежелательные лекарственные реакции лекарственного средства

Глибенкламид - прибавка массы тела и

- риск развития лактацидоза
- периферические отеки
- снижение реабсорбции глюкозы в почках
- гипогликемические состояния

Жалобы пациентки связаны с + _____ + глибенкломида/глибенкломидом

- низкой приверженностью лечению
- индивидуальной непереносимостью
- передозировкой
- применением недостаточной дозы

Глибенкламид в дозе 3,5 мг назначается + ___ + раза/раз в день

- 1
- 2
- 5
- 3

Максимальная суточная доза глибенкламида ___ мг

- 11,25
- 15
- 7,5
- 10,5

Рациональной Альтернативой Глибенкламида могут стать

- бигуаниды
- инсулины
- тиазолидиндионы
- ингибиторы альфа-глюкозидаз

Начальная доза метформина в данной ситуации ___ мг в сутки

- 1000
- 300
- 750
- 500

В случае необходимости доза метформина может быть увеличена до ___ мг в сутки на три приема

- 4000
- 3000
- 2500
- 2000

Мониторинг уровня + _____ + у больных СД 2 типа без осложнений проводят 1 раз в 3 месяца

- HbA1c
- гликемии натощак
- гликемии постпрандиальной
- микроальбуминурии

Для пациентов с сопутствующей сердечной недостаточностью рекомендовано назначение приоритетных сахароснижающих лекарственных средств из группы

- ингибиторов дипептидил-пептидазы 4 типа
- тиазолидиндионов
- ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- препаратов сульфонилмочевины

Основой лечения сахарного диабета 2 типа является (-ются)

- изменение образа жизни
- заместительная инсулинотерапия
- сахароснижающие препараты
- хирургическое лечение

Употребление алкогольных напитков в данном случае возможно в количестве не более 1 условной единицы, что соответствует ___ г крепких алкогольных напитков

- изменение образа жизни
- заместительная инсулинотерапия
- сахароснижающие препараты
- хирургическое лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больному 78 лет. Получает перорально метформин 1000 мг на ночь, диабетон (гликлазид) 60 мг утром, лизиноприл 5 мг 2 раза в день, кардиомагнил 75 мг 1 раз в сутки, аторвастатин 20 мг 1 раз в сутки.

Жалобы

Болезненность при ходьбе

Анамнез заболевания

Поступил с диагнозом: Сахарный диабет, тип 2, целевой уровень HbA_{1c} < 8%, ретинопатия, диабетическая микро- и макроангиопатия

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения ФК II, Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО~4~, синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма, трофическая язва 1 пальца правой стопы 1 ст. по Вагнеру.

Объективный статус и лабораторные данные

Рост 170 см, вес 72 кг.

При поступлении – глюкоза 9,2 ммоль/л, АСАТ 160 ЕД/л, АЛАТ 140 ЕД/л, ОХС 6,3 ммоль/л, ЛПНП 3,3 ммоль/л, креатинин 156 мкмоль/л.

При бактериологическом исследовании посева раневого отделяемого выделен золотистый стафилококк – MSSA. Данному пациенту следует назначить антибактериальный препарат

- клиндамицин
- амоксициллин/клавуланат
- цефазолин
- линезолид

Рекомендованная доза Цефазолина в данной ситуации по ___ г 3 р/сут

- 2
- 0,5
- 3
- 1,0

Лекарственное средство цефазолин в данной ситуации применяется

- местно
- внутривенно
- перорально
- внутримышечно

Не соответствует рекомендациям + _____ + лизиноприла

- выбор
- кратность применения
- путь введения
- доза

С учетом наличия почечной недостаточности может быть рекомендован ингибитор АПФ с двойным путём элиминации

- каптоприл
- периндоприл
- лизиноприл
- фозиноприл

Пациенту с АГ и очень высоким или экстремальным СС риском требуется назначение статинов с достижением целевых показателей ХС-ЛНП ≤ + _____ + ммоль/л

- 1,4
- 3,0
- 1,8
- 2,4

В данной ситуации требуется + _____ + аторвастатина

- временная отмена
- снижение дозы
- отмена
- увеличение дозы

Увеличение аланин-трансаминазы более +___+ норм требует отмены препарата Аторвастатин

- 5
- 2
- 3
- 4

Пациент получает двойную гипогликемическую терапию пероральными сахароснижающими лекарственными препаратами: гликлазид из группы +_____+, метформин из группы бигуанидов

- ингибиторов α -глюкозидаз
- арГПП-1
- сульфаниламиды
- глинидов

Компенсация сахарного диабета может быть достигнута назначением инсулина +_____+ действия

- длительного
- короткого
- средней продолжительности
- ультракороткого

Пациенты с сахарным диабетом 2 типа, получающие инсулин короткого действия должны осуществлять учет потребления

- продуктов с минимальной калорийностью
- богатых водой и клетчаткой овощей
- калорий
- углеводов по системе «хлебных единиц»

Пациенту +_____+ потреблять сахарозаменители

- продуктов с минимальной калорийностью
- богатых водой и клетчаткой овощей
- калорий
- углеводов по системе «хлебных единиц»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Пациенту А.В., 49 лет. В настоящее время получает метформин – 2500 мг/сутки, ситаглиптин 100 мг/сутки. Гликемия натощак при самоконтроле с помощью глюкометра до 8,3 ммоль/л, после еды – до 10 ммоль/л. Постоянно принимает бисопролол 5 мг 2 раз в сутки, аторвастатин 20 мг в сутки.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Страдает ожирением на протяжении длительного времени, СД тип 2 выявлен 4,5 года назад

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Музыкант. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II стадия, риск ССО~4~,

Объективный статус

ИМТ=33 кг/м², объем талии – 110 см, объем бедер – 104 см. При обследовании: гликированный гемоглобин (HbA1c) – 7,7%, холестерин 5,2 ммоль/л, триглицериды 2,7 ммоль/л, уровень С-пептида – 5,68 нг/мл (норма – 1,1-4,4), СКФ (по формуле MDRD) = 78 мл/мин.

АД 155/90 мм рт. ст., пульс 62 уд/мин.

Пациент получает двойную гипогликемическую терапию пероральными сахароснижающими лекарственными препаратами, один из них Метформин из группы бигуанидов, другой ситаглиптин из группы

- производных сульфанилмочевины
- ингибиторов дипептидил пептидазы 4 типа
- ингибиторов α-глюкозидаз
- агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1

В данном случае Метформин и ситаглиптин в качестве стартовой терапии

- назначены OFF-LABEL
- противопоказаны пациенту
- комбинированы нерационально
- назначены ON-LABEL

Основным критерием оценки эффективности терапии является уровень

- С-пептида
- микроальбуминурии
- глюкозы плазмы натощак
- гликированного гемоглобина

Целевой уровень HbA1c в данном случае < + ___ + %

- 8,0
- 6,5
- 7,5
- 7,0

Проводимая гипогликемическая терапия требует

- назначения глибенкламида
- увеличения дозы метформина
- отмены пероральных сахароснижающих лекарственных средств
- интенсификации

Интенсификация сахароснижающей терапии выполняется не позднее чем через ___ месяцев/месяца

- 3
- 4
- 6
- 2

В данном случае в качестве пероральных сахароснижающих лекарственных средств следует выбрать + _____ + и глифлозины

- тиазолидиндионы
- агонисты рецепторов глюкагоно-подобного пептида-1 (аГПП-1)
- производные сульфанилмочевины
- инсулины

Рекомендуемый режим дозирования бисопролола в данной ситуации + _____ + раз/раза в сутки

- 5 мг 1
- 5 мг 3
- 7,5 мг 2
- 10 мг 1

Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у больных с сахарным диабетом являются

- диуретики
- бета-адреноблокаторы
- антагонисты альдостерона
- антагонисты рецепторов ангиотензина II

Высокий уровень триглицеридов является показанием для назначения

- ниацина
- эзетимиба
- секвестрантов желчных кислот
- фибратов

Мерой профилактики атеросклероза является

- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день
- отказ от курения
- курение сигарет с низким содержанием никотина
- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день

Идеальное процентное соотношение калорий из белков, жиров и углеводов для пациентов с сахарным диабетом

- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день
- отказ от курения
- курение сигарет с низким содержанием никотина
- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Л., 65 лет, госпитализированной в терапевтическое отделение с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения ФК III, постинфарктный кардиосклероз.

Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4, ~ХСН IIA, ФК III.

Во время пребывания в стационаре (12 койко-дней) пациентка получала ежедневно: Нитросорбид (Изосорбида динитрат) 10 мг 4 р/д., Спиринолактон 25 мг 2 р/д, Фуросемид 1% - 4 мл в/в, Торасемид 10 мг утром, Аспирин 100 мг 1 р/д, Эналаприл 10 мг 2 р/д

Жалобы

Одышку при обычной физической нагрузке, слабость, боли в области сердца давящего характера, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном напряжении

Данные инструментальных методов лечения

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 92 уд/мин, нормальное положение ЭОС, признаки рубцовых изменений передней стенки ЛЖ (ОИМ в анамнезе). ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда ЛЖ нормальная (ФВ 50%), диастолическая дисфункция ЛЖ I тип, незначительная концентрическая гипертрофия стенок ЛЖ. УЗИ ЖКТ: УЗИ признаки гепатомегалии и диффузных изменений печени.

Данные лабораторных методов лечения:

Биохимия крови: креатинин 200 мкмоль/л, ОХС 6,2 ммоль/л, ТГ 2,4 ммоль/л, ХсЛНП 2,4 ммоль/л, К⁺ 5,9 ммоль/л.

Анамнез жизни

Острый инфаркт миокарда 2008 г.

Объективный статус

При осмотре АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 95 уд/мин, при аускультации дыхание жесткое в межлопаточной области, хрипов нет, отеков, пастозности голеней не отмечается. Рост 176 см, вес 95 кг

Режим дозирования Нитросорбида

- корректен
- требует увеличения суточной дозы Нитросорбида
- требует отмены Нитросорбида на неопределенный срок
- требует его отмены на 8-10 часов

Также для профилактики толерантности возможен периодический переход на приём нитратоподобных препаратов, например,

- амилнитрит
- триметазидин
- молсидомин
- ивабрадин

С учетом факторов риска целевой уровень ХсЛНП данного пациента < __ ммоль/л

- 1,6
- 1,4
- 2,1
- 2,0

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений рекомендуется назначать + _____ + для достижения целевого уровня ХсЛНП

- фибраты
- статины
- эзетимиб
- алирокумаб

С учетом наличия почечной недостаточности может быть рекомендован ингибитор АПФ с двойным путём элиминации

- каптоприл
- периндоприл
- спираприл
- лизиноприл

Назначение бета-адреноблокаторов у больных хронической сердечной недостаточностью должно включать + _____ + для снижения риска развития декомпенсации хронической сердечной недостаточности

- титрование дозы
- проведение терапевтического лекарственного мониторинга
- нагрузочную дозу
- ежедневный контроль уровня сахара периферической крови

Титровать дозу бета-адреноблокаторов необходимо медленно, удваивая дозу не чаще, чем ___ недели/неделю

- 2 раза в
- 1 раз в
- 1 раз в 3
- 1 раз в 2

Риск развития декомпенсации хронической сердечной недостаточности связан с проявлением отрицательного + _____ + эффекта бета-адреноблокаторов

- батмотропного
- дромотропного
- хронотропного
- инотропного

Доказательную базу по уменьшению прогрессирования заболевания имеют β -адреноблокаторы карведилол и

- метопролол сукцинат
- атенолол
- анаприлин
- пропранолол

β_1 -адреноблокатор выбора на фоне нарушения функции почек и печени может быть + _____+, учитывая его двойной путь выведения

- небиволол
- метопролол сукцинат
- бисопролол
- пропранолол

Самостоятельное ведение пациентом дневника + _____+ поможет в оценке эффективности проводимого лечения хронической сердечной недостаточности

- назначений
- пищевого
- санитарно-гигиенических мероприятий
- уровня артериального давления и пульса

Для самостоятельного подсчета пульса в домашних условиях, пациенту рекомендовано прижать два пальца к внутренней стороне запястья и считать удары в течение ____ секунд

- назначений
- пищевого
- санитарно-гигиенических мероприятий
- уровня артериального давления и пульса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Л., 67 лет, госпитализированной в терапевтическое отделение с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения ФК III, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4, ~ХСН IIA, ФК III. Сахарный диабет типа 2, целевой уровень HbA~1~с<7%. Диабетическая полинейропатия нижних

конечностей.

Во время пребывания в стационаре (12 койко-дней) пациентка получала ежедневно: Нитросорбид 10 мг 4 р/д., Спиринолактон 25 мг 3 р/д, Фуросемид 1% - 4 мл в/в, Торасемид 10 мг утром, Аспирин 100 мг 1 р/д, Эналаприл 10 мг 2 р/д, Биосулин Р подкожно в 7:00 - 14 ЕД, в 13:00 - 12 ЕД, в 19:00 - 12 ЕД; Биосулин Н подкожно в 7:00 - 10 ЕД, в 22:00 - 10 ЕД. Курсовой прием препаратов: Р-р Берлитион 300 МЕ в/в кап на 200 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7, Р-р Мексидол 4 мл в/в на 20 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7.

Жалобы

На одышку при обычной физической нагрузке, слабость, боли в области сердца давящего характера, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном напряжении.

Лабораторно-инструментальные данные

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 92 уд/мин, нормальное положение ЭОС, признаки рубцовых изменений передней стенки ЛЖ (ОИМ в анамнезе). ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда ЛЖ нормальная (ФВ 50%), диастолическая дисфункция ЛЖ I тип, незначительная концентрическая гипертрофия стенок ЛЖ. УЗИ ЖКТ: УЗИ признаки гепатомегалии и диффузных изменений печени. Биохимия крови: АСАТ 150 ед/л, АЛАТ 175 ед/л, креатинин 200 мкмоль/л, ОХС 6,2 ммоль/л, ТГ 2,4 ммоль/л, ЛВП 1,2 ммоль/л, глюкоза 7,0 ммоль/л, K^{+} 5,9 ммоль/л.

Анамнез жизни

Острый инфаркт миокарда 2008 г.

Объективный статус

При осмотре АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 95 уд/мин, при аускультации дыхание жесткое в межлопаточной области, хрипов нет, отеков, пастозности голеней не отмечается. Рост 176 см, вес 95 кг

Увеличение концентрации K^{+} выше + _____ + ммоль/л требует уменьшения дозы спинолактона

- 4,5
- 5,0
- 5,9
- 5,5

У пациентки наблюдается признаки ХПН и гиперкалиемии, по этому препарат спинолактон должен применяться в дозе + _____ + мг/сутки

- 25

- 30
- 50
- 10

Уровень гиперкалиемии \geq ____ ммоль/л при применении антагонистов минералкортикоидных рецепторов в комбинации с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента или блокаторами рецепторов к ангиотензину II и бета-адреноблокаторами является жизнеугрожающим

- 6,0
- 4,0
- 5,0
- 4,5

Уровень K^+ \geq 6,0 ммоль/л или креатинина выше + ____ + мкмоль/л является показанием для отмены спиронолактона

- 230
- 130
- 310
- 200

Необходимости в агрессивной диуретической терапии нет в связи с отсутствием выраженных признаков застойных явлений. Поэтому необходимо оставить 1 препарат группы петлевых диуретиков, а именно торасемид в дозе + ____ + мг/сутки с последующим контролем уровня электролитов крови

- 10
- 25
- 20
- 15

Расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта $<$ ____ мл/мин говорит о развитии почечной недостаточности, требующей коррекции режима применения эналаприла

- 100
- 95
- 80
- 90

Так как расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта равен 30,7 мл/мин доза эналаприла должна составлять ____ мг/сутки

- 20
- 12
- 15
- 10

С учетом наличия почечной недостаточности может быть рекомендован ингибитор АПФ с двойным путём элиминации

- лизиноприл
- периндоприл
- каптоприл
- фозиноприл

С учетом необходимости назначения β_1 -адреноблокаторов для снижения избыточной активации нейрогормональных систем, β_1 -адреноблокатор выбора на фоне нарушения функции почек и печени может быть + _____+, учитывая его двойной путь выведения

- пропранолол
- атенолол
- метопролол
- бисопролол

Нестабильным пациентам с декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью назначение + _____+ не рекомендуется

- диуретиков
- β_1 -адреноблокаторов
- антагонистов минералкортикоидных рецепторов
- блокаторов рецепторов к ангиотензину II

Самостоятельное ведение пациентом дневника + _____+ поможет в оценке эффективности проводимого лечения хронической сердечной недостаточности

- выпитой и выделенной жидкости
- уровня артериального давления и пульса
- съеденной пищи, с учетом калорийности
- съеденной пищи, с учетом потребляемых жиров

Для самостоятельного подсчета пульса в домашних условиях, пациенту рекомендовано несильно прижать два пальца к внутренней стороне запястья и считать удары в течение + ____+ секунд

- выпитой и выделенной жидкости
- уровня артериального давления и пульса
- съеденной пищи, с учетом калорийности
- съеденной пищи, с учетом потребляемых жиров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больная П., возраст 45 лет, вес 64 кг.

Лист назначения:

- Р-р. преднизолона 300 мг + р-р. NaCl 0,9% 200 мл в/в кап. 1 р/сут с 18.07 по 21.07.16
- Р-р. преднизолона 180 мг + р-р. NaCl 0,9% 200 мл в/в кап. 1 р/сут с 21.07 по 24.07.16
- Р-р. преднизолона 90 мг + р-р. NaCl 0,9% 200 мл в/в кап. 1 р/сут с 24.07 по 27.07.16
- Р-р. тавегила (клинастин) 2 мл в/м 2 р/сут с 18.07 по 28.07.16
- Эналаприл 10 мг 2 р/сут с 21.07 по 27.07.16

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Со слов больной 11.07.2016 ее укусила бродячая собака. Женщина была госпитализирована в хирургический стационар, ей провели обработку раны и ввели антирабическую сыворотку по схеме. Сразу после окончания введения первой серии инъекций появились жалобы на общую слабость, появление эритемы на месте введения препарата. Больная не сообщила врачу об ухудшении самочувствия, по настоятельной просьбе была выписана. Повторное введение антирабической сыворотки было произведено 15.07.2016 и 17.07.2016 г. Состояние пациентки ухудшилось 18.07.2016, увеличился объем поражения кожных покровов, отмечались отек мягких тканей лица, озноб, падение АД, больная была доставлена в стационар

Анамнез жизни

Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает

Объективный статус

Б/х крови (18.07.16): глюкоза 5,4 ммоль/л, АСАТ 34 ед/л, АЛАТ 28 ед/л, креатинин 82 мкмоль/л, белок 74 г/л. ОАК (18.07.16): Нв 134 г/л, лейкоц. 8×10^9 /л, СОЭ 54 мм/ч.

В данном случае у пациентки симптомокомплекс

- идиосинкразии
- столбняка
- ангионевротического отека
- сывороточной болезни

Под сывороточной болезнью понимают лекарственную аллергию + ___+ типа

- IV
- II
- III
- I

III тип аллергической реакции

- иммунокомплексный
- IgE-опосредованный
- замедленного типа
- цитотоксический

Назначение Преднизолона в данной ситуации

- опасно
- рационально
- нерационально
- противопоказано

Для купирования данной нежелательной реакции наряду с преднизолоном правильно использовать антигистаминный препарат ___ поколения клемастин

- 2
- 3
- 4
- 1

Эффект антигистаминных препаратов 1 поколения при длительном приеме снижается за счет

- антихолинергической активности
- идиосинкразии
- снижения биодоступности
- развития тахифилаксии

В целях повышения эффективности лечения необходима частая смена H1-гистаминоблокатора первого поколения или назначение

- кромонов (кромогликат)
- антагонистов лейкотриенов
- H1-гистаминоблокатора нового поколения
- антихолинергических средств

Назначение лекарственного средства эналаприл в данной ситуации

- возможно
- абсолютно показано
- противопоказано
- не имеет противопоказаний

Под аллерген-специфической иммунотерапией понимают метод патогенетического лечения аллергических заболеваний связанных с + _____ + -опосредованным механизмом аллергии

- IgG
- IgM
- комплимент
- IgE

Икатибант антагонист рецепторов + _____ + типа 2

- брадикинина
- плазмина
- калликреина
- гистамина

Необходимо объяснить пациенту опасность + _____ + в том числе с точки зрения повторной лекарственной аллергии

- пищевой непереносимости
- перегревания
- самолечения
- физической нагрузки

С целью Профилактики повторной аллергической реакции на лекарственное средство пациенту выдается заполненный

- пищевой непереносимости
- перегревания

- самолечения
- физической нагрузки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к Больной Д., 76 лет, вес 75 кг. Диагноз: ИБС, аритмический вариант, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, гипертоническая болезнь III ст., ХСН IIБ

В стационаре пациентке для экстренного восстановления ритма назначено внутривенное введение 600 мг амиодарона, в последующем прием амиодарона был продолжен в дозе 200 мг 3 р/сут в течение 4 дней, затем 200 мг 1 р/сут. Ритм восстановился к концу первых суток пребывания в стационаре. На фоне восстановления ритма назначение антикоагулянтов не проводилось. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с 3-го дня госпитализации назначен варфарин в стартовой дозе 2,5 мг 1 р/сут.

Жалобы

Не предъявляет

Анамнез заболевания

Постоянно принимает кардиомагнил 75 мг 1 р/сут, эналаприл 5 мг 1 р/сут. Несколько дней назад возникло нарушение ритма (со слов больной около 3-х дней назад), самостоятельно не лечилась. Обратилась за медицинской помощью в связи с сильным головокружением, одышкой, сердцебиением.

Анамнез жизни

Не отягощен

Объективный статус

При выписке из стационара МНО 1,5, АД 160/100 мм рт.ст., ЧСС 76 уд/мин.

Восстановление ритма должно было проводиться на фоне назначения антикоагулянтов

- прямого действия для перорального применения
- непрямого действия для перорального применения
- непрямого действия для парентерального введения
- прямого действия для парентерального введения

При расчете риска тромбоэмболических осложнений по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ - +___+ баллов/балла

- 4

- 6
- 3
- 5

В данном случае при переходе с антикоагулянтов для парентерального применения на пероральные, назначение последних должно продолжаться

- 3 месяца
- 1 год
- 6 месяцев
- неопределенно долго

Назначение варфарина

- произведено OFF-LABEL
- эффективно
- противопоказано
- неэффективно

Необходимо увеличить дозу варфарина на + ___ + таблетки с последующим контролем МНО через 2 дня лечения

- 1/3
- 1/4
- 1,5
- 1/2

Пациентке рекомендован контроль МНО не реже 1 раза в + ___ + недель/недели

- 7-8
- 3-5
- 2-3
- 4-6

Для больных с искусственными клапанами сердца диапазон целевых значений МНО в большинстве случаев составляет

- 2,0-3,0
- 2,5-3,5
- 2,0-3,5
- 2,5-3,0

Для контроля безопасности назначения амиодарона необходимо определение уровня гормонов

- щитовидной железы
- поджелудочной железы
- гипофиза
- коры надпочечников

При передозировке антикоагулянтный эффект варфарина можно устранить введением

- витамина К
- протамина сульфата
- идаруцизумаба
- андексанета альфа

Прекратить прием варфарина необходимо при уровне МНО

- >3,5
- >4
- >4,5
- > 9

Ведение здорового образа жизни это важнейший базовый принцип лечения ишемической болезни сердца, а отказ от курения, снижение избыточного веса, регулярный самоконтроль + _____ + главные мероприятия по его поддержанию

- диуреза
- частоты сердечных сокращений
- сахара крови
- артериального давления и частоты пульса

Профилактический осмотр терапевта не реже + _____ + месяцев/месяца показан всем пациентам с ишемической болезнью сердца даже с удовлетворительным самочувствием

- диуреза
- частоты сердечных сокращений
- сахара крови
- артериального давления и частоты пульса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Л., 67 лет,

госпитализированной в терапевтическое отделение с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения ФК III, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4, ~ХСН IIA, ФК III. Сахарный диабет типа 2, целевой уровень HbA_{1c}<7%. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей.

Во время пребывания в стационаре (12 койко-дней) пациентка получала ежедневно: Нитросорбид 10 мг 4 р/д., Спиринолактон 25 мг 3 р/д, Фуросемид 1% - 4 мл в/в, Торасемид 10 мг утром, Аспирин 100 мг 1 р/д, Эналаприл 10 мг 2 р/д, Биосулин Р подкожно в 7:00 - 14 ЕД, в 13:00 - 12 ЕД, в 19:00 - 12 ЕД; Биосулин Н подкожно в 7:00 - 10 ЕД, в 22:00 - 10 ЕД. Курсовой прием препаратов: Р-р Берлитион 300 МЕ в/в кап на 200 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7, Р-р Мексидол 4 мл в/в на 20 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7.

Жалобы

На одышку при обычной физической нагрузке, слабость, боли в области сердца давящего характера, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном напряжении.

Анамнез заболевания

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 92 уд/мин, нормальное положение ЭОС, признаки рубцовых изменений передней стенки ЛЖ (ОИМ в анамнезе).

ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда ЛЖ нормальная (ФВ 50%), диастолическая дисфункция ЛЖ I тип, незначительная концентрическая гипертрофия стенок ЛЖ. УЗИ ЖКТ: УЗИ признаки гепатомегалии и диффузных изменений печени.

Биохимия крови: АСАТ 150 ед/л, АЛАТ 175 ед/л, креатинин 200 мкмоль/л, ОХС 6,2 ммоль/л, ТГ 2,4 ммоль/л, ЛВП 1,2 ммоль/л, глюкоза 7,0 ммоль/л, К⁺ 5,9 ммоль/л.

Анамнез жизни

Острый инфаркт миокарда 2008 г.

Объективный статус

При осмотре АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 95 уд/мин, при аускультации дыхание жесткое в межлопаточной области, хрипов нет, отеков, пастозности голеней не отмечается. Рост 176 см, вес 95 кг

Увеличение плазменной концентрации К⁺ выше + ____ + ммоль/л требует уменьшения дозы спинолактона

- 5,0
- 5,5
- 5,9
- 4,5

Лекарственное средство спиронолактон должен применяться в дозе +___+ мг/сутки

- 50
- 25
- 30
- 10

Уровень гиперкалиемии \geq ___ ммоль/л при применении антагонистов минералкортикоидных рецепторов в комбинации с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента или блокаторами рецепторов к ангиотензину II и бета-адреноблокаторами является жизнеугрожающим

- 5,0
- 6,0
- 3,0
- 4,0

Уровень креатинина выше +___+ мкмоль/л является показанием для отмены спиронолактона

- 130
- 221
- 330
- 400

Так как необходимости в агрессивной диуретической терапии нет, следует отменить

- спиронолактон
- фуросемид
- энalapрил
- торасемид

Расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта $<$ ___ мл/мин, что говорит о развитии почечной недостаточности, требующей коррекции режима применения энalapрила

- 90
- 85
- 80
- 100

Так как расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта равен 30,7 мл/мин доза эналаприла должна составлять ___ мг/сутки

- 10
- 75
- 20
- 15

С учетом наличия почечной недостаточности может быть рекомендован ингибитор АПФ с двойным путём элиминации, которым является

- периндоприл
- лизиноприл
- каптоприл
- фозиноприл

С учетом необходимости назначения β_1 -адреноблокаторов для снижения избыточной активации нейрогормональных систем, β_1 -адреноблокатор выбора на фоне нарушения функции почек является_____, учитывая его двойной путь выведения

- небиволол
- пропранолол
- бисопролол
- атенолол

Декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность является противопоказанием к применению

- антагонистов минералкортикоидных рецепторов
- блокаторов рецепторов к ангиотензину II
- диуретиков
- β_1 -адреноблокаторов

Самостоятельное ведение пациентом + _____ + поможет в оценке эффективности проводимого лечения хронической сердечной недостаточности

- санитарно-гигиенических мероприятий
- картотеки назначений
- пищевого дневника
- дневника уровня АД и ЧСС

Для самостоятельного подсчета пульса в домашних условиях, пациенту рекомендовано несильно прижать два пальца к внутренней стороне запястья и считать удары в течение + ____ + секунд

- санитарно-гигиенических мероприятий
- картотеки назначений
- пищевого дневника
- дневника уровня АД и ЧСС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному К. 55 лет, находившемуся в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Цирроз печени, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии, асцит, синдром цитолиза, синдром холестаза. Хроническая печеночно-клеточная недостаточность 2 ст. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, умеренное обострение. Ожирение 1 ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО~3~. ХПН I. Дисциркуляторная энцефалопатия
Назначено лечение: верошпирон 100 мг 2 р/сут, панкреатин по 2 табл. 3 р/сут во время еды, омепразол 20 мг 2 р/сут за 30 мин до еды, амлодипин 10 мг 1 р/сут утром, адеметеонин 400 мг в/в капельно 2 р/сут, лактулоза сироп 30 мл 2 р/сут.

Жалобы

На повышенную утомляемость, ноющую боль или дискомфорт в области правого подреберья без четкой связи с приемом пищи

Анамнез заболевания

Заболел 5 лет назад

Анамнез жизни

Вес 100 кг, рост 175 см.

Злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

При поступлении б/х крови: глюкоза 5,1 ммоль/л, АСАТ 23 ед/л, АЛАТ 79 ед/л, билирубин связанный 33 ммоль/л (норма 0,4-5,1), общий 54 ммоль/л (норма 0-21), ЩФ 369 ммоль/л (норма 40-129), ГГТ 221 ммоль/л (норма 11-55), креатинин 175 мкмоль/л (норма 44-100 мкмоль/л), общий белок 60 г/л (норма 64-85), альбумин 28 г/л (норма 34-48), протромбиновый индекс – 24%, калий сыворотки – 6,5 ммоль/л.

Для оценки функционального состояния печени в данной ситуации врач использует шкалу

- Глазго
- _SOFA_
- _APACHE II_
- Чайлд-Пью

Для больного с циррозом печени класса В 7-9 баллов коррекция дозы лекарственных препаратов требует снижения на ____%

- 20
- 50
- 25
- 15

Класс С по шкале Чайлд-Пью 10-15 баллов при декомпенсации для препаратов с эффектом 1-го прохождения требует снижение дозы лекарственного препарата на +____%

- 75
- 65
- 50
- 45

Так как по шкале Чайлда-Пью у больного общая сумма – 12 баллов, необходима коррекция режима дозирования амлодипина и

- лактулозы
- верошпирона
- омепразола
- панкреатина

Клиренс креатинина пациента по формуле Кокрофта-Голта равен 37 мл/мин/1,73м², что указывает на +_____+ функции почек

- повышение концентрационной
- снижение элиминирующей
- снижение реабсорбирующей
- повышение обменной

В данном случае пациенту +_____+ коррекция режима дозирования лекарственных препаратов согласно клиренсу креатинина

- не требуется
- невозможна
- требуется
- не показана

С учетом имеющегося декомпенсированного цирроза печени, синдрома портальной гипертензии и асцита пациенту показано

- назначение осмотических диуретиков
- назначение больших доз калийсберегающих диуретиков
- назначение антигипертензивных лекарственных препаратов
- комбинированное назначение диуретиков

Назначение диуретической терапии требует повышенного контроля уровня _____ плазмы крови

- хлора
- калия
- кальция
- натрия

Прием _____ на данный момент противопоказан в связи с наличием гиперкалиемии

- торасемида
- фуросемида
- гидрохлортиазида
- спиронолактона

Для коррекции гипопроteinемии пациенту показано назначение

- фамотидина
- адеметионина
- липопротеина
- альбумина

Количество + _____ +, потребляемого пациентом, имеет значение в практике врача любого профиля, особенно у пациентов с заболеваниями печени

- растительного жира
- никотина
- красного мяса
- алкоголя

Опросник + _____ + позволяет заподозрить у пациента алкогольную зависимость

- растительного жира
- никотина
- красного мяса
- алкоголя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке, 55 лет. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, неконтролируемая, обострение. ДН II

Жалобы

На фоне проводимой фармакотерапии приступы одышки и сухого кашля беспокоят пациентку ежедневно, в том числе в ночные часы. В дневное время существенно ограничена физическая активность. В течение последних 2 недель отмечается повышение АД до 160/100 мм рт.ст., учащенное сердцебиение, тремор.

Анамнез заболевания

В течение месяца принимает следующую лекарственную терапию: формотерол в форме дозированного порошка по 1 дозе (9 мкг) 2 раза в сутки, аминофиллин в таблетках по 150 мг внутрь 2 раза в сутки, сальбутамол в форме дозированного аэрозольного ингалятора по 2 дозы (200 мкг) по требованию, лизиноприл 5 мг внутрь 1 раз в сутки вечером, индапамид-ретард 1,5 мг внутрь 1 раз в сутки утром. Для купирования приступов больная ежедневно использует сальбутамол по 2 ингаляционные дозы (200 мкг) до 5 раз в сутки.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск ССО~3~. Н0.

Объективный статус

По данным пикфлоуметрии ПСВ – 70% от должных величин, вариабельность ПСВ – 35%. При осмотре АД = 165/100 мм рт.ст., ЧСС = 92 удара в минуту, пульс ритмичный

Лекарственная терапия

- неэффективна
- достаточна
- эффективна
- не показана

Возможна замена сальбутамола на + _____ + для небулайзерной терапии

- формотерол
- индакатерол
- фенотерол/ипратропия бромида
- сальметерол

Допустимая доза сальбутамола составляет + _____ + мкг в течение суток

- 800
- 1000
- 400
- 600

Регулярный прием аминофиллина в стандартной дозе может спровоцировать появление

- сухого кашля
- тремора и тахикардии
- приступов одышки
- повышенного артериального давления

Максимальная суточная доза лекарственного средства аминофиллин равна _____ г

- 1,0
- 0,5
- 1,5
- 0,4

Биодоступность эуфиллин при приеме внутрь _____ %

- 50
- 100
- 40
- 70

Концентрация эуфиллина в плазме крови свыше + _____ + /мл является токсичной

- 20 мкг
- 10 мг
- 20 мг
- 30 мкг

Назначение + _____ + при лечении обострений бронхиальной астмы у взрослых пациентов не рекомендуется

- преднизолона
- небольших доз кислорода
- эуфиллина
- адреналина

Назначение антибиотиков + _____ + у пациентов с острыми формами астмы

- показано
- не показано
- рационально
- противопоказано

С учетом тяжести течения бронхиальной астмы пациентке показано назначение

- кромонов
- глюкокортикостероидов
- омализумаба
- оральных β_2 - агонистов

Под общими мероприятиями по укреплению здоровья пациента с бронхиальной астмой понимают борьбу с курением и проведение

- ежеквартального диспансерного осмотра
- вакцинации против полиомиелита
- противогриппозной вакцинации
- ежегодного диспансерного осмотра

Активное и пассивное курение подавляют

- ежеквартального диспансерного осмотра
- вакцинации против полиомиелита
- противогриппозной вакцинации
- ежегодного диспансерного осмотра

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке, 72 года.

Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, неконтролируемая, обострение. ДНІ.

Пациент получает следующую лекарственную терапию: дексаметазон в растворе 0,004 - 1 мл в/в струйно 1 раз в сутки, формотерол/будесонид 4,5/160 мкг в форме дозированного порошка по 2 ингаляционные дозы 2 раза в сутки. Фенотерол в растворе 1 мл ингаляционно через небулайзер 2 раза в сутки, фенотерол в форме дозированного аэрозоля по 2 ингаляционные дозы (200 мкг) по требованию, дигоксин 0,25 мг по ½ таблетки 1 раз в день, лизиноприл 10 мг по 1 таблетке в сутки, аторвастатин 10 мг по 1 таблетке вечером, метопролола сукцинат (беталок ЗОК) по 50 мг 1 раз в день, варфарин 2,5 мг по 2 таб. 1 раз в день.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что у пациента за последний год отмечалось одно обострение бронхиальной астмы, приведшее к госпитализации

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Сопутствующие заболевания: ИБС. Диффузный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск ССО~3~. НИА. ФК III

Объективный статус

При осмотре отмечается пастозность голеней. При аускультации легких определяется жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы по всем легочным полям, ЧДД = 22 в минуту. При аускультации тоны сердца неритмичные, приглушены, ЧСС = 82 удара в минуту. Пульс – неритмичный, 72 в минуту, дефицит пульса – 10 уд/мин. АД=150/95 мм рт.ст. По данным ЭХО-КГ ФВ = 35%. МНО = 2,8. Биохимия крови: ОХС = 6,7 ммоль/л, ЛПНП = 3,0 ммоль/л

Пациентке противопоказан приём

- спиронолактона
- метопролола сукцината
- дигоксина

- лизиноприла

Комбинация дексаметазона, торасемида, фенотерола и формотерола с дигоксином опасна развитием

- бронхоконстрикции
- гиперкалиемии
- кровотечения
- нарушения сердечного ритма

Аторвастатин + _____ + антикоагулянтный эффект варфарина

- не влияет на
- усиливает
- блокирует
- снижает

Увеличение + _____ + более 5 норм требует отмены препарата Аторвастатин

- креатинфосфокиназы
- аланин-трансаминазы
- аспартат-трансаминазы
- холестерина

Лекарственные препараты для лечения обострения бронхиальной астмы выбраны

- верно
- ошибочно
- без учета тяжести состояния
- неверно

Для уменьшения объема назначения бета²-агонистов короткого действия возможно вместо фенотерола использовать комбинированный препарат + _____ + для небулайзерной терапии

- сальбутамола и беклометазона дипропионата
- гликопиррония и индакатерола
- беклометазона и формотерола
- фенотерола и ипратропия бромида

Купирование обострения бронхиальной астмы + _____ + введения адреналина

- требует внутримышечного
- является показанием для подкожного
- не требует
- требует подкожного

Под терапией в режиме единого ингалятора в данном случае понимают использование лекарственного средства + _____ + в ингаляторе для поддерживающей терапии и для купирования симптомов обструкции при бронхиальной астме

- фенотерол
- дексаметазон
- аминофиллин
- формотерол/будесонид

Комбинированная терапия в режиме единого ингалятора демонстрирует высокий уровень контроля над заболеванием на фоне более низких среднесуточных доз ингаляционных

- холинолитиков
- бета-агонистов длительного действия
- глюкокортикоидов
- бета-агонистов короткого действия

Так как целевой уровень артериального давления не достигнут, допустимо назначение

- бисопролола
- амлодипина
- дилтиазема
- карведилола

Мерой профилактики атеросклероза является

- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день
- курение сигарет с низким содержанием никотина
- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день
- отказ от курения

Профилактический осмотр терапевта не реже 1 раза в + _____ + месяцев/месяца показан всем пациентам с ишемической болезнью сердца даже с удовлетворительным самочувствием

- сокращение выкуриваемых сигарет до 10 штук в день

- курение сигарет с низким содержанием никотина
- сокращение выкуриваемых сигарет до 5 штук в день
- отказ от курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациенту М., 46 лет, вес 98 кг, рост 174 см, находится на лечении в кардиологическом отделении с диагнозом: Артериальная гипертензия II ст., смешанной этиологии, риск ССОЗ. Н0. Сопутствующий диагноз: МКБ, хронический пиелонефрит, фаза ремиссии, ХПН I. сахарный диабет

При поступлении назначено:

Tabl. Nifedipini 10mg 1 т. сублингвально однократно

Sol. Dibazoli 1% - 5 ml в/м однократно

Tabl. Enalapriili 5 mg 1 т. 1 р/д

Жалобы

Поступил с жалобами на выраженное головокружение, головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами

Анамнез заболевания

Из анамнеза: страдает повышением АД в течение 10 лет, максимальные цифры 170-180/100-110 мм рт.ст., постоянно гипотензивные препараты не принимает.

Анамнез жизни

Курит в течение 10 лет 2 пачки/сут

Объективный статус

АД 165/100 мм рт.ст., ЧСС 85 уд/мин

Оценивая рациональность выбора препаратов для купирования гипертонического криза для данного пациента, важно отметить, что лекарственный препарат + _____ + не рекомендован для снижения АД

- бендазол (Дибазол) 1% - 5 ml
- эналаприл
- нитропруссид натрия
- метопролол

Сахарный диабет является + _____ + назначения лекарственного препарата Нифедипин

- показанием для

- противопоказанием для
- ограничением для
- осложнением

Доза назначенного препарата Эналаприл

- учитывает повышенные значения ЧСС
- выше допустимой
- недостаточна
- не учитывает возраст пациента

В данном случае учитывая высокие цифры АД и риск сердечно-сосудистых осложнений стартовая антигипертензивная терапия должна быть

- в виде монотерапии
- комбинированной
- внутримышечной
- внутривенной

Преимущество комбинированной терапии – возможность физиологического и фармакологического + _____ + между препаратами разных классов

- в виде монотерапии
- комбинированной
- внутримышечной
- внутривенной

С учетом Б/х крови в динамике пациенту показана отмена эналаприла и назначение + _____ +, для которого основной путь выведения – ЖКТ

- винпоцетина 2 мл
- пирацетама 20% 10 мл
- лозартана 50 мг
- эналаприла 20 мг+гидрохлортиазида 25 мг

Комбинации двух антигипертензивных препаратов в фиксированных дозах в одной таблетке

- рекомендуются и предпочтительны, так как улучшают комплаентность
- не рекомендуются, так как снижают эффективность и безопасность лечения
- не рекомендуются из-за выраженности нежелательных явлений
- рекомендуются так как улучшают прогноз

Для пациента, имеющего очень высокий сердечно-сосудистый риск, важно проводить лечение дислипидемии с достижением целевых показателей ОХС, ЛПНП, а в комплексной терапии необходимо назначение препаратов группы

- статинов (розувастатин или аторвастатин)
- никотиновой кислоты
- фибратов (атромид, гевилон)
- секвестрантов желчных кислот (колестирамин)

Ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг 1 р/день + _____ + пациенту с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых событий

- не рекомендована
- рекомендована
- показана
- противопоказана

+ _____ + является частой нежелательной реакцией при приеме розувастатина со стороны опорно-двигательного аппарата

- Миалгия
- Сахарный диабет 2 типа
- Рабдомиолиз
- Миопатия

Циклоспорины, ритонавир повышают концентрацию розувастатина в плазме крови за счет + _____ +, что может повышать риск миопатии

- взаимодействия с транспортными белками
- ингибирования цитохрома P450
- индукции цитохрома P450
- фармакологического антагонизма

Рекомендуемая начальная дозы розувастатина для данного пациента составляет + ___ + mg 1 р/д вечером

- взаимодействия с транспортными белками
- ингибирования цитохрома P450
- индукции цитохрома P450
- фармакологического антагонизма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к ребенку С. 4,5 года (вес 20 кг), который поступил в пульмонологическое отделение Детской клинической больницы. Диагноз: Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония.

Дежурным врачом назначен Цефиксим 8 мл 1 раз в сут.

Жалобы

Мама указывает на малопродуктивный кашель в течение 2 недель.

Анамнез заболевания

Болен в течение 2 недель. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,4°C, слизистое отделяемое из носа, конъюнктивит, кашель. Амбулаторно получал противовирусную терапию. На фоне лечения состояние ребенка с отрицательной динамикой: усилился кашель, появилась одышка

Анамнез жизни

Родился доношенным. Рос и развивался по возрасту. Аллергоанамнез: пищевая аллергия на первом году жизни. Вакцинация по возрасту. Санитарно-бытовые условия хорошие. Наследственность: мать соматически здорова, отец страдает эпилепсией, у бабушки по линии отца бронхиальная астма

Объективный статус

Ребенок в сознании, вялый. Кожные покровы бледные, влажные. Зев не гиперемирован. Температура 37,8°C. При аускультации дыхание жесткое, ритмичное, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы с двух сторон. В общем анализе крови: лейкоциты - $20,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы - 69,1%, лимфоциты - 42,9%, моноциты - 9,3%, эозинофилы - 5,1%, эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 116 г/л, тромбоциты - 284×10^6 /л, СОЭ - 20 мм/час. В биохимическом анализе крови СРБ 7,2 мг/л.

Протокол рентгенологического исследования: Легочный рисунок сгущен медиально за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации. Очагово-инфильтративные изменения медиально справа, без четких контуров. Заключение: Rg-картина правосторонней пневмонии

У детей 6 месяцев - 5 лет чаще всего внебольничную пневмонию вызывает

- _K.pneumoniae_
- _Streptococcus agalactiae_
- _Staphylococcus aureus_
- _S.pneumoniae_

При достоверном диагнозе антибактериальную терапию следует начинать

- при неэффективности симптоматической терапии
- после получения результатов бактериологической диагностики
- при неэффективности патогенетической терапии
- незамедлительно

У детей основным антибактериальным препаратом для лечения внебольничной пневмонии является

- оксациллин; цефалексин
- цефазолин
- амоксициллин
- бензилпенициллин; ампициллин

Показанием для назначения альтернативных антибактериальных препаратов является наличие у ребенка факторов риска развития резистентной флоры: посещение детских дошкольных учреждений и прием антибактериальных препаратов в предшествующие

- 3 месяца
- 4 месяца
- 2 месяца
- полгода

В таком случае в качестве альтернативы препаратом выбора могут быть

- карбапенем
- амоксициллин/ клавулановая кислота
- респираторный фторхинолон
- гликопептид

Макролиды (азитромицин, кларитромицин) перорально и доксициклин назначаются в случае

- выявления штамма, продуцирующего β -лактамазы расширенного спектра
- развития тяжелого течения внебольничной пневмонии
- подозрения на атипичную этиологию внебольничной пневмонии
- развития тяжелых осложнений внебольничной пневмонии

+ ____ + терапия – двухэтапное применение антибиотиков: переход с парентерального введения на пероральный прием

- Эмпирическая

- Деэскалационная
- Ступенчатая
- Эскалационная

Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм

- одного и того же антибиотика
- бактерицидных антибиотиков
- АБП из одной группы
- АБП близких по антимикробным свойствам

При выборе лекарственной формы следует учитывать, что диспергируемая таблетка обладает +____+ биодоступностью по сравнению с амоксициллином в виде таблеток и капсул

- худшей
- более быстрой
- равной
- лучшей

Антибактериальная терапия может быть завершена через +____+ дня/дней после стойкой нормализации температуры тела при стабилизации клинического состояния

- 3-4
- 2-3
- 5-7
- 1-2

Предиктором эффективности β -лактамных антибиотиков является показатель $T > \text{МПК}$, где $T > \text{МПК}$ - это

- биодоступность препарата
- объем распределения препарата, когда его концентрация в крови выше МПК для возбудителя
- период выведения препарата
- время, в течение которого концентрация препарата превышает величину МПК

При неосложненной ВП и наличии условий для лечения на дому целесообразна ранняя выписка из стационара сразу после достижения клинического эффекта на +____+ день госпитализации, что позволяет снизить риск нозокомиальных инфекций

- биодоступность препарата
- объем распределения препарата, когда его концентрация в крови выше МПК для возбудителя
- период выведения препарата
- время, в течение которого концентрация препарата превышает величину МПК

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к больному З., 70 лет, вес 67 кг, диагноз: ИБС, аритмический вариант, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахиформа. ХСН IIА. Пациент поступил в стационар в связи с возникновением пароксизма фибрилляции предсердий, длительность более 2-х суток. Дома принимал бисопролол 2,5 мг 1 р/сут, периндоприл 5 мг 1 р/сут, торасемид 10 мг 1 р/сут. При поступлении АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин, PS 90 в мин. ОАК – без патологии. Б/х крови – ОХС 5,6 ммоль/л, ЛПНП 3,1 ммоль/л. В связи с нестабильными показателями гемодинамики принято решение о проведении экстренного восстановления ритма.

Назначено лечение:

- Р-р. Амиодарон 3 мл (450 мг) в/в капельно+р-р. глюкозы 5% 200 мл однократно
- Табл. Амиодарон 200 мг 3 р/сут в течение 5 дней, затем 200 мг 1 р/сут
- Табл. Аторвастатин 20 мг 1 р/сут
- Табл. Торасемид 10 мг 1 р/сут
- Табл. Эналаприл 5 мг 1 р/сут

На фоне лечения – восстановление ритма на 1-е сутки пребывания в стационаре, состояние стабильное, с положительной динамикой. На 5-е сутки пребывания в стационаре в связи с развитием острого респираторного заболевания принимал ибупрофен 200 мг 3 раза в день. На 7-е сутки пребывания в стационаре отмечается возникновение гематурии, что стало причиной отмены варфарина.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Пациент поступил в стационар в связи с возникновением пароксизма фибрилляции предсердий, длительность более 2-х суток. Дома принимал бисопролол 2,5 мг 1 р/сут, периндоприл 5 мг 1 р/сут, торасемид 10 мг 1 р/сут.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

При поступлении АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин, PS 90 в мин. ОАК – без патологии. Б/х крови – ОХС 5,6 ммоль/л, ЛПНП 3,1 ммоль/л.

Отсутствие предварительной антикоагулянтной подготовки в данном случае

- противопоказано
- обосновано
- необоснованно
- нерационально

В случае принятия решения о проведении неотложной кардиоверсии рекомендовано подкожное введение

- нефракционированного гепарина
- непрямых антикоагулянтов
- низкомолекулярного гепарина
- селективных ингибиторов тромбина

1 мг эноксапарина соответствует +___+ МЕ эноксапарина

- 10
- 100
- 10 000
- 500

Лабораторный показатель для оценки эффективности и безопасности назначения варфарина - это

- МНО
- АЧТВ
- ПИ
- ПВ

Целевое значение МНО для данного пациента равно

- 2,0-2,5
- 1,5-2,5
- 2,5-3,5
- 2-3

Пациенту в стационаре должен быть проведен переход с назначения антикоагулянтов для парентерального введения на прием антикоагулянтов для перорального приема, назначение которых должно продолжаться

- 3-4 недели
- 5 дней
- 3-12 дней
- не менее 8 недель

Причиной гематурии послужила реакции лекарственного взаимодействия между варфарином, + _____ + и ибупрофеном

- эналаприлом
- аторвастатином
- амиодароном
- торасемидом

В данной ситуации необходимо отменить ибупрофен и

- торасемид
- амиодарон
- варфарин
- аторвастатин

При передозировке варфарина применяют

- идаруцизумаб
- андексанет альфа
- витамин К
- протамин сульфат

Для контроля безопасности назначения амиодарона необходимо определение уровня гормонов

- коры надпочечников
- поджелудочной железы
- гипофиза
- щитовидной железы

Тератогенность варфарина пример нежелательной лекарственной реакции типа + ___ + по критериям экспертов ВОЗ

- D
- C

- А
- В

О случае гематурии на фоне приёма варфарина необходимо заполнить

- D
- C
- А
- В

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациент А. 45 лет, инженер, 78 кг.

Жалобы

На озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Анамнез заболевания

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства.

Анамнез жизни

Работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался. Лекарственная непереносимость – пенициллин, новокаин.

Объективный статус и лабораторно-инструментальные данные

Общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца

правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9$ /л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. Креатинин-135 мкмоль/л.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата

Предварительный диагноз

- D
- C
- A
- B

Диагноз

Препаратом выбора для стартовой эмпирической терапии в данной клинической ситуации являются

- ингибиторзащищённые пенициллины парентерально
- цефалоспорины III-IV генерации парентерально
- респираторные фторхинолоны парентерально
- макролиды

К респираторным фторхинолонам относятся

- имипенем, меропенем
- кларитромицин, рокситтромицин
- цефтаролин, цефепим
- левофлоксацин, моксифлоксацин

Режим дозирования моксифлоксацина в данной клинической ситуации является + _____ + в сутки

- 0,2 г в/в 1 раз
- 0,4 г в/в 1 раз
- 0,1 г в/в 1 раз
- 1,0 г в/в 2 раза

Необходимым для верификации возбудителя лабораторно-инструментальным исследованием в данной клинической ситуации является

- фибробронхоскопия
- иммуноферментный анализ на легионеллезную антигенурию, желателно до начала антибактериальной терапии
- бактериологический посев мокроты с определением чувствительности к антибиотикам (до начала антибактериальной терапии)
- компьютерная томография органов грудной клетки желателно до начала антибактериальной терапии

Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через + _____ + часов/часа

- 12
- 48-72
- 24-48
- 24

Не менее важной терапией, чем антибактериальная, в данной клинической ситуации является

- терапия статинами
- респираторная поддержка
- терапия системными ГКС
- терапия внутривенными иммуноглобулинами

Показанием к кислородотерапии является $PaO_2 < + ______ +$ мм рт.ст. или $Sp(a)O_2 < + ______ +$ % (при дыхании воздухом)

- 45; 98
- 35; 88
- 55; 88
- 25; 78

Оптимальным является поддержание $Sa(p)O_2$ в пределах + _____ + % или $Sa(p)O_2 + ______ +$ мм рт.ст

- 95-100; 80-90
- 88-95; 55-80
- 80-85; 45-60
- 75-80; 90-99

При неэффективности стартовой антибактериальной терапии и верификации возбудителя *S. Pneumoniae* препаратом выбора в данной клинической ситуации является

- меропенем
- ванкомицин
- цефтаролин
- левофлоксацин

Режим дозирования ванкомицина является + _____ + мг/кг в/в каждые 12 ч

- 15-20
- 40-50
- 30-40
- 35-45

Характерными для фторхинолонов нежелательными лекарственными реакциями являются

- 15-20
- 40-50
- 30-40
- 35-45

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к больному К., 43 лет, 174 см ростом, 122 кг.

Жалобы

На головную боль на фоне повышения цифр АД, общую слабость

Анамнез заболевания

Артериальное давление повышается более 10 лет. Максимальные цифры АД – 200/100 мм рт. ст. (однократно). Рабочие цифры АД=130/80 мм. рт. ст. Гипотензивные препараты принимает нерегулярно (индапамид). От работы по состоянию здоровья не отстранялся, болей в сердце, одышки, нарушений ритма сердца нет. При прохождении очередного мед. осмотра на приеме цифры АД повышены. Госпитализирован в к/о для дообследования и подбора гипотензивной терапии.

Анамнез жизни

Варикозное расширение вен нижних конечностей. С/п оперативного лечения вен правой нижней конечности (1992г.). Ожирение III ст.

Лабораторно-инструментальные данные

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

|=====

| Эрит. | Гемог. | Лейк. | Цв.п | Пал. | Сегм. | Эоз. | Мон. | Лимф. | Тр. | СОЭ

| 4,7 | 159 | 8,7 |

| 1 | 55 | 1 | 5 | 38 | 224 | 7

|=====

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ:

|=====

| Уд. вес | Прозр. | Сахар | Белок | Эритроц. | Лейк. | Пл.эпит. | Бакт.

| 1030 | проз | нег | нег | нег | нег | норм | -

|=====

БИОХИМИЯ:

|=====

| Бі | Ті. | ALT | AST | Мочевина | Креатинин | Холестерин | Глюкоза

| 10 | 1 | 51 | 40 | 5,5 | 110 | 5,5 | 5,9

|

|

|

|

|

|

|

| 5,4

|=====

Калий крови=3,9 ммоль/л; 4,2 от 08.11

КОАГУЛОГРАММА:

|=====

| ПТВ | АЧТВ | Фибриноген | МНО | Нафт.тест | Этан.тест

| 15,5 | 25,8 | 3,8 | 1,08 | - | -

|=====

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР:

|=====

| Общ.холестерин | ТГ | ЛПНП | ЛПВП | Инд.атерогенности
| 5,5 | 1,32 | 4,0 | 0,9 | 4,5
|====

Гормоны щитовидной железы

|====
| ТТГ | Т4 | Т3
| 0,39 мкМЕ/мл | 15,0 пмоль/л | -нмоль/л
|====

ЭКГ 1: Ритм синусовый, 104 уд. в мин. S-тип положение ЭОС. «ST-T» на изолинии, «Т»-положительный. НБПНПГ.

Предварительный диагноз

- 15-20
- 40-50
- 30-40
- 35-45

Диагноз

Рациональной фармакотерапией в данной клинической ситуации является

- антагонист кальция и тиазидный диуретик
- ИАПФ и блокатор рецептора ангиотензина
- ИАПФ и петлевой диуретик
- ИАПФ и дигидропиридиновый антагонист кальция

К иАПФ относятся

- амлодипин, нифедипин
- метопролол, бисопролол
- лозартан, валсартан
- лизиноприл, эналаприл

Стартовый режим дозирования эналаприла + _____ + мг 2 раза в сутки

- 50-75
- 25-50
- 75-100
- 2,5-5

Характерным побочным эффектом ингибиторов АПФ является

- удлинение интервала Q-T
- желудочно-кишечное кровотечение
- сухой кашель
- синдром красного человека

Абсолютным противопоказанием к применению иАПФ является

- микроальбуминурия
- беременность
- лейкоцитоз
- бронхиальная астма

К бета-адреноблокаторам относятся

- амлодипин, нифедипин
- лозартан, валсартан
- метопролол, бисопролол
- эналаприл, лизиноприл

Стартовый режим дозирования бисопролола + _____ + мг 2 раза в сутки

- 25-50
- 50-75
- 2,5-5
- 75-100

Абсолютными противопоказаниями для назначения бета-адреноблокаторов является (-ются)

- тахикардия
- сердечная недостаточность
- беременность
- АВ блокада 2 и 3 степени

Механизм действия эналаприла заключается в

- подавлении ренин-ангиотензиновой-альдостероновой системы
- прямом расслабляющем влиянии на гладкие мышцы сосудов
- расширении коронарных и периферических артерий и артериол
- снижении общего периферического сопротивления (постнагрузки)

Механизм гипотензивного действия бисопролола заключается в

- прямом расслабляющем влиянии на гладкие мышцы сосудов
- уменьшении МОК, снижении активности симпатoadренальной системы

- снижении общего периферического сопротивления (постнагрузки) венул и вен
- расширении коронарных и периферических артерий и артериол

Необходимой дополнительной рациональной фармакотерапией в данной клинической ситуации являются

- прямом расслабляющем влиянии на гладкие мышцы сосудов
- уменьшении МОК, снижении активности симпатoadреналовой системы
- снижении общего периферического сопротивления (постнагрузки) венул и вен
- расширении коронарных и периферических артерий и артериол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту С., 53 лет, рост 167 см, вес 78 кг в аллергологическое отделение стационара.

Жалобы

На зуд по всему телу, множественные высыпания на теле, преимущественно в области живота, спины, бедер, тыльной поверхности рук, общую слабость, бессонницу.

Анамнез заболевания

СРК выставлен в 2008 году. В 2009 г. впервые появились высыпания на теле, лечилась самостоятельно таблетками фенкарولا с временным положительным эффектом. Через неделю высыпания снова появились, обратилась к врачу, была направлена в стационар, где прошла курс лечения. Рецидивы крапивницы наблюдаются 4-5 раз в год. Постоянной базисной терапии не получает.

Последнее ухудшение 2 дня назад, когда появились вышеописанные жалобы. Госпитализирована в аллергологическое отделение стационара для лечения. В 1-е сутки пребывания в стационаре у больной развилась НЛР на супрастин в виде тремора.

Анамнез жизни

Хроническим холецистопанкреатитом страдает в течение 10 лет.

Объективный статус

В области туловища, бедер, тыльной поверхности рук наблюдаются множественные уртикарные высыпания на фоне гиперемизированной кожи с тенденцией к слиянию. АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. ГОСТ в пределах нормы. ЧДД 17 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот

подвздут, чувствителен при пальпации в мезо- и гипогастральной областях. Печень и селезенка не увеличены, безболезненны при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Отеков нет. Стул – нестабильный. Диурез в норме.

* Данные инструментальных методов исследования:*

* ЭКГ: ритм правильный, 72 в минуту. Нормальная ЭОС. P – 0,1, PQ – 0,16, QT 0,36. Признаки гипертрофии левого желудочка.

* УЗИ органов брюшной полости: органических изменений органов брюшной полости не выявлено.

* Данные лабораторных методов исследования:*

* Общий анализ крови:

* Hb 132 г/л, Ht 0,42%, Eг 4,8 x 10¹²/л, ЦП 0,95, СОЭ 6 мм / час,

* Tr 204 x 10⁹/л; L 6,7 x 10⁹/л; формула: п/ 2 ; с/66; б/0; э/6; л/32; м/8

* Общий анализ мочи:

* Удельный вес – 1010, реакция – кислая, мутность – прозрачная, цвет – с/ж,

* белок – нет; L – нет в п/зр; Eг – нет в п/зр; цилиндры – нет в п/зр; соли – нет

* Биохимический анализ крови:

* Общий билирубин 10,1 мкмоль/л,

* Тимоловая проба 1 ЕД, АЛТ 0,18 ммоль/ч*л, АСТ 0,19 ммоль/ч*л

* Мочевина 6,3 ммоль/л, Креатинин 99 мкмоль/л

* Гликемия 4,4 ммоль/л

* СРБ 0,7 мг/л

* IgE: 20 МЕ/л

* Генетическое тестирование – медленный метаболизатор CYP3A4.

Предварительный диагноз

- прямом расслабляющем влиянии на гладкие мышцы сосудов
- уменьшении МОК, снижении активности симпатoadреналовой системы
- снижении общего периферического сопротивления (постнагрузки) венул и вен
- расширении коронарных и периферических артерий и артериол

Диагноз

В данной клинической ситуации пациенту показана терапия

- H1-гистаминоблокаторами 2 поколения
- циклоспоином А
- H1-гистаминоблокаторами 1 поколения
- омализумабом

К H1-гистаминоблокаторами 2 поколения относятся

- лоратадин, дезлоратадин, клемастин
- акривастин, лоратадин, эбастин
- клемастин, хлоропирамин, прометазин
- дезлоратадин, цетиризин, левоцетиризин

Механизм действия H1-гистаминоблокаторов 2 поколения заключается в

- высоком избирательном действии на H1-рецепторы, прохождении через ГЭБ, ослаблении терапевтической активности при длительном применении, в быстом и коротком действии (назначаются до 4 раз в сутки)
- обратимом конкурентном агонировании H1-гистаминорецепторов, ослаблении терапевтической активности при длительном применении, в быстом и коротком действии (назначаются до 4 раз в сутки)
- высоком избирательном действии на H1-рецепторы, незначительном влиянии на другие медиаторные системы (холинергические и др.), не проходят через ГЭБ, сохранении активности при длительном применении
- обратимом конкурентном агонировании H1-гистаминорецепторов, незначительном влиянии на другие медиаторные системы (холинергические и др.), не проходят через ГЭБ, сохранении активности при длительном применении

При сохранении проявлений крапивницы в течение 2 недель на фоне терапии H1-гистаминоблокаторами 2 поколения, дальнейшая тактика лечения

- увеличение дозы H1-гистаминоблокаторов до 4-х кратной
- отмена H1-гистаминоблокаторов и назначение циклоспорина А
- продолжение терапии H1-гистаминоблокаторами и добавление циклоспорина А
- продолжение терапии H1-гистаминоблокаторами, без добавления циклоспорина А

Терапия третьей линии хронической рецидивирующей крапивницы заключается в

- добавлении омализумаба, дапсона к H1-гистаминоблокаторам или их смене; возможно проведение короткого курса ГКС (3-7 дней)
- добавлении циклоспорина А, дапсона, омализумаба к H1-гистаминоблокаторам или их смене; возможно проведение короткого курса ГКС (3-7 дней)
- добавлении антагонистов лейкотриеновых рецепторов к H1-гистаминоблокаторам или их смене; возможно проведение короткого курса ГКС (3-7 дней)

- добавлении циклоспорина А, антагонистов лейкотриеновых рецепторов к H1-гистаминоблокаторам или их смене

Терапия четвёртой линии хронической рецидивирующей крапивницы заключается в

- добавлении циклоспорина А, H2-антигистаминные, дапсон, омализумаб
- добавлении антагонистов лейкотриеновых рецепторов к H1-гистаминоблокаторам или их смене; возможно проведение короткого курса ГКС (3-7 дней)
- отмене H1-гистаминоблокаторов, терапия ГКС в течение 1 месяца
- назначении антагонистов лейкотриеновых рецепторов

Механизм действия Циклоспорина А заключается в

- связывание с IgE и снижении уровня свободного IgE, впоследствии чего происходит down-регуляция клеточных IgE-рецепторов
- антагонизме ПАБК и нарушении синтеза фолатов в микробных клетках, ингибировать ферментов, проявлении окисляющих свойства, иммуносупрессивного эффекта
- высокоселективной конкуренции и обратимом блокировании рецепторов ЛТ D4
- торможении развития реакции иммунитета клеточного типа, в т.ч. реакцию «трансплантат против хозяина», кожную гиперчувствительность замедленного типа, аллергический энцефаломиелит, артрит, продукцию антител, зависимость от Т-хелперов

Механизм действия Омализумаба заключается в

- высокоселективной конкуренции и обратимом блокировании рецепторов ЛТ D4
- связывании с IgE и снижении уровня свободного IgE, впоследствии чего происходит down-регуляция клеточных IgE-рецепторов
- торможении развития реакции иммунитета клеточного типа, в т.ч. реакцию «трансплантат против хозяина», кожную гиперчувствительность замедленного типа, аллергический энцефаломиелит, артрит, продукцию антител, зависимость от Т-хелперов
- антагонизме ПАБК и нарушении синтеза фолатов в микробных клетках, ингибировать ферментов, проявлении окисляющих свойства, иммуносупрессивного эффекта

Механизм действия Дапсона заключается в

- антагонизме ПАБК и нарушении синтеза фолатов в микробных клетках, ингибировать ферментов, проявлении окисляющих свойства, иммуносупрессивного эффекта
- высокоселективной конкуренции и обратимом блокировании рецепторов ЛТ D4
- торможении развития реакции иммунитета клеточного типа, в т.ч. реакцию «трансплантат против хозяина», кожную гиперчувствительность замедленного типа, аллергический энцефаломиелит, артрит, продукцию антител, зависимость от Т-хелперов
- связывании с IgE и снижении уровня свободного IgE, впоследствии чего происходит down-регуляция клеточных IgE-рецепторов

К антилейкотриеновым препаратам относятся

- зафирлукаст, монтелукаст
- омализумаб, дапсон
- фамотидин, роксатидин
- лоратадин, дезлоратадин

Механизм действия Зафирлукаста заключается в

- зафирлукаст, монтелукаст
- омализумаб, дапсон
- фамотидин, роксатидин
- лоратадин, дезлоратадин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван в пульмонологическое отделение стационара для консультации к больной С. 33 лет, рост 172 см, вес 56 кг.

Основное заболевание: Бронхиальная астма, atopическая форма, средней степени тяжести, тяжелое обострение.

Осложнения основного заболевания: ДН I.

Сопутствующие заболевания: Диффузный токсический зоб II степени, легкой степени тяжести.

Жалобы

На чувство нехватки воздуха, одышку экспираторного характера, кашель с выделением вязкой слизистой мокроты, ощущение сердцебиения.

Анамнез заболевания

Диагноз бронхиальной астмы поставлен 3 года назад, регулярной базисной

терапии не получает, для купирования приступа использует ипратропия бромид. В последний месяц отмечает ухудшение состояния в виде учащения приступов удушья до 6-8 раз в неделю и увеличение потребности в бронхолитике короткого действия до 2-3 доз для купирования 1 приступа. Накануне вечером во время прогулки появились вышеописанные жалобы. Приступ удалось купировать самостоятельно 2 ингаляциями ипратропия бромида. Ночью приступ повторился и купировался частично 4 ингаляциями ипратропия бромида (сохранялось ощущение «заложенности» грудной клетки). Утром состояние ухудшилось, ингаляции ипратропия бромида были неэффективны, в связи с чем больная вызвала скорую помощь и была доставлена в стационар.

Объективный статус

Больная в положении ортопноэ, кожные покровы теплые, влажные. ЧДД – 24-26 в минуту. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие хрипы по всем легочным полям. АД 150/100 мм.рт.ст., ЧСС – 92 уд/мин. Границы ОСТ в пределах нормы, аускультативно – тоны сердца ясные, ритмичные. Щитовидная железа увеличена до II степени. Остальные органы и системы – без особенностей. SaO₂ – 90%.

В отношении амбулаторной терапии можно сделать заключение, что терапия

- не является адекватной, больной следовало бы назначить базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами
- является адекватной, больной следовало вместо ипратропиума бромида назначить сальбутамол
- является адекватной, больной показана монотерапия бронхолитиками
- не является адекватной, больной показана комбинация двух бронхолитиков

Ипратропия бромид представляет собой

- М-холиноблокатор
- М-холиномиметик
- бета2-антагонист
- бета2-агонист

Бронхолитический эффект у ипратропия бромида развивается через

+ _____ + минут

- 20-30
- 5-10
- 50-60
- 3-5

Ингаляционным М-холиноблокатором пролонгированного действия, который зарегистрирован для лечения бронхиальной астмы, является

- аклидиния бромид
- ипратропия бромид
- гликопиррония бромид
- тиотропия бромид

Лекарственными средствами, которые предотвращают развитие необратимой бронхиальной обструкции при бронхиальной астме, являются

- бета-адреномиметики
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- М-холиноблокаторы
- метилксантины

После выписки из стационара в качестве поддерживающей терапии вы решили назначить комбинированный препарат в виде единого ингалятора. Комбинированными препаратами в режиме единого ингалятора, которые могут применяться для купирования и поддерживающей терапии бронхиальной астмы, являются

- будесонид+формотерол
- флутиказон+сальметерол
- флутиказон+гликопиррония бромид
- будесонид+сальметерол

Более безопасному профилю ИГКС в отношении системных нежелательных реакций соответствуют следующие фармакокинетические параметры: высокая связь с белками, низкий объем распределения, короткий период полувыведения, высокий клиренс и

- низкая системная биодоступность, высокая липофильность
- низкая системная биодоступность, низкая липофильность
- высокая системная биодоступность, высокая липофильность
- высокая системная биодоступность, низкая липофильность

Риск развития кандидоза полости рта минимален при применении

- будесонида
- циклесонида
- флутиказона
- беклометазона

Среди перечисленных лекарственных средств 24-часовым действием обладает комбинация

- вилантерол+флутиказон фуроат
- гликопиррония бромид+флутиказон
- сальметерол+флутиказон
- формотерол+будесонид

Осторожность при применении у пациентов со снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 30 мл/мин/1,73 м² требуется при назначении

- ипратропия бромида
- гликопиррония бромида
- индакатерола
- тиотропия бромида

К основным мероприятиям, направленным на лечение тяжелого обострения бронхиальной астмы, относят все нижеперечисленные, за исключением

- ингаляций кислорода
- применения бронхолитиков короткого действия через небулайзер
- раннего применения системных глюкокортикостероидов
- дыхательной гимнастики

Исследование лекарственных средств, в котором участников в случайном порядке распределяют в группы (по меньшей мере, в две - основную и контрольную) называют

- ингаляций кислорода
- применения бронхолитиков короткого действия через небулайзер
- раннего применения системных глюкокортикостероидов
- дыхательной гимнастики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 66 лет (вес 78 кг, рост 180 см). Поступил в стационар с обострением хронической обструктивной болезни легких (усиление одышки, выраженный гнойный характер мокроты, лихорадка). В течение года было три обострения, лечился антибиотиками. Курит 10 сигарет в день. Назначен ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в сутки внутривенно, ипратропия бромид/фенотерол (беродуал)

через небулайзер. По данным клинического анализа крови - лейкоцитоз до 12 тыс/мл. При спирометрии: ОФВ1-28%. По данным биохимического анализа крови: креатинин - 153 мкмоль/л. Постоянно принимает пролонгированный теофиллин, ацетилцистеин, дабигатрана этаксилат 150 мг 2 раза в сутки (пароксизмальная форма фибрилляции предсердий). В стационаре у пациента развился пароксизм фибрилляции предсердий, купированный внутривенным введением амиодарона. Для профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий решается вопрос о длительном назначении амиодарона или соталола. Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию для подбора фармакотерапии.

В отношении обоснованности выбора ципрофлоксацина в качестве стартовой терапии можно сделать вывод о том, что выбор

- не обоснован, имеется противопоказание из-за выраженного нарушения почечной функции
- обоснован наличием факторов риска синегнойной инфекции
- не обоснован ввиду отсутствия факторов риска синегнойной инфекции
- не обоснован, так как препаратом первого выбора является амоксициллин

Ципрофлоксацин по отношению к системе цитохрома P450 является

- ингибитором CYP3A4
- индуктором CYP1A2
- ингибитором CYP1A2
- индуктором CYP3A4

Концентрация теофиллина при совместном назначении с ципрофлоксацином может

- снизиться и привести к снижению бронхолитического эффекта
- остаться неизменной ввиду отсутствия участия системы цитохрома P450
- увеличиться и привести к развитию теофиллиновой интоксикации
- остаться неизменной, ввиду метаболизма разными изоферментами цитохрома P450

Взаимодействие между ципрофлоксацином и теофиллином, приводящее к возможному развитию теофиллиновой интоксикации является

- фармакокинетическим на уровне биотрансформации
- фармакодинамическим на уровне рецепторов
- фармакокинетическим на уровне распределения
- фармакокинетическим на уровне всасывания

В соответствии с критериями _STOPP/START_ у пожилых пациентов бронхолитическая терапия должна быть скорректирована таким образом, что теофиллин

- не рекомендован у пожилых пациентов, однако может быть использован в виде форм с пролонгированным высвобождением
- как монотерапия не рекомендован, показано использование теофиллина только в комбинации с бета-агонистами пролонгированного действия
- как монотерапия не рекомендован, показано использование теофиллина только в комбинации с антихолинергическими препаратами
- как монотерапия не рекомендован, показан регулярный прием бета2-агонистов и антихолинергических препаратов длительного действия

Соталол не может считаться его препаратом выбора для профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий у данного больного ввиду повышенного риска развития

- тахикардии
- стенокардии
- бронхоспазма
- крапивницы

В случае назначения данному пациенту амиодарона для профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий дозу дабигатрана возможно

- уменьшить до 110 мг 1 раз в день
- уменьшить до 150 мг 1 раз в день
- увеличить до 200 мг 2 раза в день
- уменьшить до 25 мг 2 раза в день

Дабигатран является

- ингибитором цитохрома P 450
- субстратом P-гликопротеина
- ингибитором P-гликопротеина
- индуктором цитохрома P 450

Является исключением в отношении эффективности для профилактики обострений и прогрессирования ХОБЛ

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- обучение основам самоконтроля и техники ингаляций
- назначение антибиотиков профилактически
- мотивация к отказу от курения

Гликопротеин Р выполняет функцию

- выведения ЛС из энтероцитов в просвет кишечника
- усиления метаболизма ЛС в гепатоцитах
- снижения выведения ЛС почками
- транспортировки ЛС к органам и тканям

Терапевтический диапазон бронходилатирующего действия теофиллина составляет + _____ + мг/л

- 5,0-7,5
- 20,0-25,0
- 10-15
- 2,5-5,0

Разновидностью фармакоэпидемиологического анализа является

- 5,0-7,5
- 20,0-25,0
- 10-15
- 2,5-5,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 78 лет (вес 76 кг, рост 175 см ИМТ-25 кг/м²). Курит по 1 пачке в день. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения II функционального класса. Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. Хроническая сердечная недостаточность II функционального класса по NYHA. По данным клинического анализа крови- все показатели в пределах нормы. По данным биохимического анализа крови: общий холестерин - 5.8 ммоль/л, холестерин ЛНП - 3.5 ммоль/л, ТГ- 1.5 ммоль/л. креатинин - 92 мкмоль/л., остальные показатели в пределах нормы. По данным ЭХО-КГ - значимых изменений нет. ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахисистолия, ЧСС 82 уд/мин. По назначению участкового терапевта постоянно принимает: ацетилсалициловую кислоту 100 мг 1 раз в сутки, триметазидин 20 мг 3 раза в сутки, изосорбида динитрат 20 мг 2 раза в сутки, карведилол 12.5 мг 2 раза в сутки, дигоксин 0.125 мг 2 раза в сутки, препарат омега-3 триглицериды -1000 мг 1 раз в сутки. В связи с остро возникшей болью в ухе обратился к ЛОР - врачу, которым поставлен диагноз среднего отита и назначен кларитромицин 250 - 2

раза в сутки на 7 дней. На 5-й день приема препарата пациент отметил появление тошноты, несколько раз была рвота.

Тошнота и рвота наиболее часто развиваются при применении

- триметазидина
- дигоксина
- изосорбида динитрата
- карведилола

Согласно классификации ВОЗ тошнота и рвота, развившиеся у данного пациента, относятся к неблагоприятным побочным реакциям типа

- C
- B
- A
- D

Данная НПР развилась в результате межлекарственного взаимодействия дигоксина с

- изосорбида динитратом
- ацетилсалициловой кислотой
- кларитромицином
- карведилолом

Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника (например, дигоксина), при их совместном применении с антибиотиками (например, кларитромицина)

- зависит от принимаемой пищи
- угнетается
- не изменяется
- усиливается

При нормальной фракции выброса левого желудочка у данного пациента можно рассмотреть возможность отмены

- изосорбида динитрата
- карведилола
- дигоксина
- ацетилсалициловой кислоты

Препаратами со "слабой" доказательной базой эффективности при ИБС и стенокардии, которые применяет пациент, являются

- ацетилсалициловая кислота и карведилол
- омега-3 триглицериды и карведилол
- омега-3 триглицериды и ацетилсалициловая кислота
- триметазидин и омега-3 триглицериды

Фенотип гиперлипидемии у данного пациента (классификация ВОЗ) соответствует

- IIb
- I
- III
- IIa

Увеличивает концентрацию дигоксина в крови

- дилтиазем
- верапамил
- пропafenон
- амиодарон

Препаратами в соответствии со _START_ критериями у пожилых пациентов, которые необходимо назначить больному, являются

- хондропротекторы
- антиконвульсанты
- статины
- ненаркотические анальгетики

Рекомендации по профилактике прогрессирования атеросклероза у данного больного включают: отказ от курения, контроль АД, поддержание имеющейся массы тела, умеренная физическая нагрузка не менее 30-60 мин в день и

- никотинзамещающая терапия
- употребление чеснока в больших количествах
- дыхательная гимнастика
- соблюдение холестеринснижающей диеты

Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-P (например, дигоксина), при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-P (например, верапамилем)

- не изменяется
- угнетается

- усиливается
- зависит от принимаемой пищи

Методом оценки рациональности расходования денежных средств путем распределения лекарственных средств по трем классам в соответствии со степенью их жизненной необходимости является

- не изменяется
- угнетается
- усиливается
- зависит от принимаемой пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 29 лет с диагнозом головная боль, вызванная применением лекарственных средств. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Головная боль, ощущение напряжения мышц головы, тошнота, однократная рвота.

Анамнез заболевания

Страдает головными болями давящего характера в течение 1 года. Ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимает суматриптан 100 мг – слабopоложительный временный эффект. Данный эпизод не купировался 100 мг суматриптана, в связи с чем обратился в врачу. Проведены лабораторные, инструментальные обследования, установлен диагноз головная боль напряжения в сочетании с головной болью, вызванной применением лекарственных средств.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – отец страдал головными болями

Вредные привычки – курение

Объективный статус

Рост 185 см, вес 88 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68/мин. АД 130/80 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю

рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Обращает на себя внимание болезненность перикраниальных мышц при пальпации.

Первым шагом при выявлении лекарственно-индуцированной головной боли рекомендовано

- отменить суматриптан
- добавить ещё одно противомигренозное средство
- увеличить дозу суматриптана
- уменьшить дозу суматриптана до 50 мг

В качестве лекарственного средства первой линии для купирования острого приступа головной боли напряжения рекомендован

- фентанил
- трамадол
- суматриптан
- ибупрофен

Разовая доза ибупрофена для купирования головной боли напряжения составляет + ___ + мг

- 400
- 1500
- 800
- 200

Нежелательная реакция, риск которой необходимо учитывать при назначении нестероидных противовоспалительных лекарственных средств

- желудочно-кишечное кровотечение
- увеличение размеров молочных желёз
- удлинение интервала QT на ЭКГ
- галлюцинации

Для облегчения тошноты и предотвращения рвоты пациенту рекомендовано назначить

- лоперамид
- смектит диоктаэдрический
- дротаверин
- метоклопрамид

Разовая доза метоклопрамида составляет + _____ + мг

- 100-120
- 3-5
- 50-70
- 10-20

В качестве профилактической терапии первой линии при головной боли напряжения рекомендован

- галоперидол
- фенобарбитал
- аминафенилмасляная кислота
- amitriptilin

Эффективная суточная доза amitriptilina для терапии головной боли напряжения составляет + _____ + мг

- 80-85
- 15-20
- 100-150
- 50-75

У пациента в течение 2,5 месяцев применения amitriptilina эффекта не наблюдалось. Рекомендована смена лекарственного средства на

- венлафаксин
- хлорпротиксен
- золпидем
- аминафенилмасляную кислоту

Суточная доза венлафаксина для терапии головной боли напряжения составляет + _____ + мг

- 150
- 250
- 50,5
- 20

Применение венлафаксина в течение 2 месяцев так же без эффекта. Лекарственным средством третьей линии терапии головной боли напряжения является

- клоназепам
- хлорпромазин
- кломипрамин

- фенобарбитал

Для повышения эффективности профилактического лечения лекарственно-индуцированной головной боли пациенту рекомендовано

- клоназепам
- хлорпромазин
- кломипрамин
- фенобарбитал

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 23 лет с диагнозом «Угри». Требуется консультация клинического фармаколога для коррекции терапии.

Жалобы

Розовые высыпания на верхних и нижних конечностях, на туловище, а также зуд

Анамнез заболевания

Пациентка поступила на отделение с травмой коленного сустава. Около года назад обращалась к дерматологу по поводу высыпаний на коже лица, был поставлен диагноз «Акне». Назначена наружная терапия, которую пациентка систематически не использовала, положительный эффект не достигнут. За сутки до текущей госпитализации с целью терапии основного заболевания пациентка решила самостоятельно начать прием Эритромицина по 500 мг 2 раза в сутки. В первые сутки после начала приема пациентка обратила внимание на появление высыпаний розового цвета размером 2см*2 см преимущественно на верхних и нижних конечностях, на туловище, а также сильный зуд. Возникшие симптомы были купированы введением 2 мл хлоропирамина внутримышечно. Вас пригласили на консультацию по вопросу возникновения нежелательной реакции и необходимости дальнейшей терапии эритромицином.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. На момент осмотра кожа физиологической окраски, слизистые удовлетворительной влажности. Кожи лица сальная, определяются комедоны и папуло-пустулезные высыпания. Дыхание везикулярное, ЧДД=14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный при пальпации во всех отделах.

В патогенезе заболевания важным звеном являются микроорганизмы, относящиеся к роду

- *_peptostreptococcus_*
- *_flavobacterium_*
- *_propionibacterium_*
- *_salmonella_*

Антибактериальное лекарственное средство, которое пациент решил принимать для терапии Акне

- эффективно при приеме внутрь только у пациентов в возрасте до 18 лет
- эффективно при приеме внутрь на любой стадии болезни
- абсолютно неактивно в отношении возбудителя
- ограничено к применению в терапии данного заболевания

Нежелательная реакция, которая возникла на фоне приема Эритромицина, относится к типу

- D
- C
- B
- A

Под нежелательными реакциями типа B подразумевают

- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены

Нежелательные реакции типа B развиваются в

- сенсibilизированном организме
- ослабленном организме в период эпидемий
- организме при заражении ВИЧ
- любом организме при передозировке ЛС

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется в

- отдел санитарно-эпидемиологического надзора
- Росздравнадзор
- отделение медицинской статистики стационара той больницы, где регистрируется нежелательная реакция
- государственный центр гигиены и эпидемиологии

Лекарственным средством, рекомендованным к назначению в терапии Акне является

- фосфомицин
- линезолид
- доксициклин
- пенициллин

Альтернативным ЛС при подборе терапии акне является

- флуконазол
- клавулановая кислота
- колистемат натрия
- тетрациклин

Доксициклин назначается в дозировке не более + _____ + мг в сутки

- 50
- 200
- 1500
- 1000

Общая длительность антибактериальной терапии составляет не более

- 8 недель
- 3 месяцев
- 10 дней
- 5 дней

Доксициклин противопоказан к применению при

- конъюнктивите
- поверхностном гастрите
- сахарном диабете 2 типа
- значительном снижении слуха

Результатом передозировки Доксициклина может быть

- конъюнктивите
- поверхностном гастрите
- сахарном диабете 2 типа
- значительном снижении слуха

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 46 лет с диагнозом клещевой вирусный энцефалит. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Температура до 39,5 градусов, выраженная головная боль, боль в мышцах, тошнота, светобоязнь, опущение правого века, слабость левых руки и ноги, судороги.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что 10 дней назад укусил клещ. К врачу не обращался, профилактику клещевого энцефалита и боррелиоза не получал. В связи с нарастанием жалоб, возникновением судорог вызвал скорую, госпитализирован в инфекционный стационар. В ходе госпитализации установлен диагноз клещевой вирусный энцефалит, менингоэнцефалитическая форма.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – не отягощён

Вакцинация от клещевого энцефалита не проводилась

Объективный статус

Рост 179 см, вес 90 кг. Состояние тяжёлое, сознание оглушение. Кожа и слизистые физиологичной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 108/мин. АД 138/87 мм рт ст. Менингеальные симптомы положительные – ригидность затылочных мышц, Брудзинского нижний с обеих сторон. Птоз справа, мышечная сила снижена в левой руке – 2 б, в левой ноге – 3 б. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Этиотропная терапия при вирусном клещевом энцефалите заключается в введении

- противоклещевого иммуноглобулина
- тилорона
- вакцины для профилактики клещевого энцефалита
- антибактериальных препаратов

Разовая доза противоклещевого иммуноглобулина для лечения менингеальной формы клещевого энцефалита производится из расчёта + ____ + мл/кг

- 0,25
- 1
- 0,1
- 0,5

Для лечения очаговой формы клещевого энцефалита разовую дозу противоклещевого иммуноглобулина необходимо вводить каждые

- 24 часа
- 30-60 минут
- 5-7 дней
- 8-12 часов

Длительность терапии противоклещевым иммуноглобулином при очаговой форме клещевого энцефалита составляет

- не более 3 дней
- 14 дней
- не менее 5-6 дней
- не менее 3-4 месяцев

В качестве этиотропной терапии наряду с противоклещевым иммуноглобулином рекомендовано применение

- интерлейкин 1 бета
- интерферона альфа-2b
- пенициллина
- микофенолата мофетила

Рекомендованная суточная доза интерферона альфа-2b составляет

- 500-1000 мг

- 1 млн МЕ
- 10 млн ЕД
- 10 мг

Для терапии вирусного энцефалита интерферон альфа-2b рекомендовано сочетать с

- ламивудином
- рибавирином
- осельтамивиром
- римантадином

Режим дозирования рибавирина для терапии клещевого энцефалита составляет +____+ мг* +___+ р/сутки

- 1000; 1
- 500; 3
- 200; 3
- 400; 2

Для купирования лихорадки рекомендовано применить

- ибупрофен
- лоратадин
- преднизолон
- дексаметазон

Для купирования судорог пациенту рекомендовано назначить

- пропионилфенилэтоксиперидин
- пипотиазин
- трамадол
- вальпроевую кислоту

Рекомендованная суточная доза вальпроевой кислоты для внутривенного введения составляет +_____+ мг/кг

- 20-25
- 50-70
- 5-10
- 1-3

Специфической профилактикой вирусного клещевого энцефалита и самой надёжной превентивной мерой является

- 20-25
- 50-70
- 5-10
- 1-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 38 лет с диагнозом «Гонококковая инфекция с поражением парауретральных желез». Требуется консультация клинического фармаколога для коррекции терапии.

Жалобы

Выделения из уретры, зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, болезненность в области наружного отверстия уретры.

Анамнез заболевания

Пациент предъявляет жалобы на зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и гнойные выделения из уретры. На отделении назначено лечение Амоксициллин+Клавулановая кислота 875 мг+125 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки. Спустя несколько суток улучшения в состоянии не отмечается. Вас пригласили на консультацию для коррекции и подбора терапии.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 120/70 мм рт.ст. Температура тела- 37.6°C. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Живот безболезненный при пальпации. В области выводных протоков парауретральных желез определяется наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно.

Возбудителем гонококковой инфекции является микроорганизм, являющийся представителем рода

- _moraxella_
- _neisseria_
- _proteus_
- _acinetobacter_

Механизм действия Клавулановой кислоты основан на

- антагонизме с фолиевой кислотой

- подавлении синтеза клеточной стенки
- нарушении проницаемости цитоплазматической мембраны
- ингибировании бета-лактамаз

Верным решением в отношении дальнейшей антибактериальной терапии является

- замена Амоксициллин+Клавулановой кислоты на другой антибиотик
- добавление к терапии противогрибкового препарата
- добавление к терапии другого антибактериального ЛС
- отмена Амоксициллин+Клавулановой кислоты без последующей антибактериальной терапии

Препаратом первой линии для лечения гонококковой инфекции является

- тинидазол
- полимиксин В
- цефтриаксон
- флуконазол

Цефтриаксон для лечения осложненной гонококковой инфекции назначается в дозировке + _____ + г внутримышечно каждые + _____ + ч

- 1.5; 12
- 1.0; 24
- 0.5; 8
- 0.5; 4

При осложненной гонококковой инфекции срок антибактериальной терапии составляет + _____ + дней

- 26
- 5
- 14
- 7

Бактериальная активность цефтриаксона обусловлена

- ингибированием бактериальных бета-лактамаз
- подавлением синтеза клеточной стенки
- нарушением проницаемости цитоплазматической мембраны
- антагонизмом с фолиевой кислотой

Цефтриаксон противопоказан при

- инфекции органов брюшной полости
- сепсисе
- непереносимости пенициллинов
- менингите

При условии исчезновения клинических симптомов заболевания через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии можно перейти на пероральный прием лекарственного средства

- цефиксим
- меропенем
- азитромицин
- амоксициллин

При переходе с парентерального введения на пероральный прием антибактериальных препаратов общая продолжительность терапии

- не изменяется
- уменьшается на 3 дня
- увеличивается на 5 дней
- увеличивается на 10 дней

При отрицательных результатах обследования пациента на наличие гонококковой инфекции через 14 дней после окончания лечения, пациент

- подлежит обязательному санаторно-курортному лечению
- дальнейшему наблюдению не подлежит
- подлежит наблюдению и назначению профилактической антибактериальной терапии
- подлежит дальнейшему наблюдению и симптоматическому лечению

В качестве меры дальнейшей профилактики следует рекомендовать пациенту

- подлежит обязательному санаторно-курортному лечению
- дальнейшему наблюдению не подлежит
- подлежит наблюдению и назначению профилактической антибактериальной терапии
- подлежит дальнейшему наблюдению и симптоматическому лечению

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 10 лет с

диагнозом дифтерия. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Температура до 39,8 градусов, боль в горле, отёк шеи.

Анамнез заболевания

Болен второй день – температура до 39,8°C, отёк шеи, выраженная боль в горле. Госпитализирован участковым педиатром с подозрением на дифтерию. В инфекционном стационаре после проведения лабораторных, инструментальных данных установлен диагноз токсическая дифтерия II степени, тяжёлая степень.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – не отягощён

Вакцинации – только БЦЖ

Объективный статус

Рост 135 см, вес 34 кг. Состояние тяжёлое, сознание ясное. На миндалинах, мягком нёбе, дужках определяются белые налёты, плотно спаянные с тканями. Подчелюстные, передние шейные лимфатические узлы увеличены 2*2 см, болезненны. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=28/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 108/мин. АД 113/82 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Отёк ротоглотки, подкожной клетчатки до середины шеи. Физиологические отправления без особенностей.

Обязательным при лечении дифтерии является назначение

- иммуноглобулина против клещевого энцефалита
- анатоксина дифтерийного
- антитоксина дифтерийного
- антитоксина столбнячного

При назначении дифтерийного антитоксина необходимо помнить, что доза препарата определяется

- формой дифтерии
- функцией почек
- массой тела пациента
- площадью тела пациента

Разовая доза анатоксина дифтерийного для данного пациента составляет
+ _____ + тыс. МЕ

- 100-120
- 40-50
- 60-80
- 30-40

После введения сыворотки у пациента не отмечалось эффекта. В данном случае рекомендовано повторить введение сыворотки через

- 12-24 часа
- 30 минут
- 2-3 часа
- 72-96 часов

При введении противодифтерийной сыворотки методом по Безредко первым этапом проводят пробу с

- аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении
- свиной сывороткой
- анатоксином дифтерийным
- лошадиной сывороткой

Через 20 минут у пациента не наблюдалось реакции на введённый препарат. Следующим этапом рекомендовано введение противодифтерийной сыворотки

- 1,5 мл внутримышечно
- 0,1 мл подкожно
- 0,75 мл внутривенно
- 0.25 мл внутривенно

У пациента не наблюдалось реакции на 0,1 мл сыворотки подкожно. Назначенную дозу препарата рекомендовано ввести через

- 45+/-15 минут внутримышечно
- 120+/- 15 минут внутривенно
- 120 +/- 30 минут перорально
- 5 минут подкожно

С целью эрадикации возбудителя при дифтерии данному пациенту с учётом анамнеза рекомендовано назначить

- амоксициллин/клавуланат
- ванкомицин+фосфомицин
- левофлоксацин

- фосфомицин

Режим дозирования амоксициллин/клавуланата у данного пациента составляет + _____ + мг/кг* + _____ + р/сутки

- 50+15; 1-2
- 10,5+2,5; 1
- 30,5+10,5; 1-2
- 25+5; 3-4

Течение дифтерии у пациента осложнилось поражением периферической нервной системы в виде бульбарного паралича – речевые расстройства, трудности при глотании, гнусавость голоса. Для купирования состояния рекомендовано назначить

- диазепам
- фенobarбитал
- карбамазепин
- тиамин

Для терапии бульбарного синдрома тиамин рекомендовано сочетать с

- аминифенилмасляной кислотой
- пиридоксином
- карбамазепином
- гопантеновой кислотой

Основным способом профилактики дифтерии является

- аминифенилмасляной кислотой
- пиридоксином
- карбамазепином
- гопантеновой кислотой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 9 лет с диагнозом Кампилобактериоз.

Жалобы

На боли в животе, жидкий стул, рвоту, повышение температуры, общую слабость.

Анамнез заболевания

Пациент находится на лечении с травмой коленного сустава. На вторые сутки нахождения в отделении появились жалобы на боли в животе, жидкий стул, лихорадку. Проведено обследование, по результатам которого поставлен диагноз «Кампилобактериоз, средняя степень тяжести». На отделении было назначено лечение Азитромицин 500 мг/сут, Парацетамол 500 мг 2 раза в сутки, Дротаверин 40 мг 1 раз в сутки. После приема у пациента появилась сыпь на передней поверхности грудной клетки и животе, а также на верхних конечностях. Прием азитромицина приостановили, с целью купирования нежелательного явления был дан Супрастин 12.5 мг с положительным эффектом. Вас вызвали на консультацию по вопросу дальнейшего применения азитромицина у пациента и назначения и подбора объема терапии.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощен, однако, известно, что ранее пациент случайно принял таблетку Кларитромицина (принял за конфету, нежелательных реакций не наблюдалось).

Объективный статус

Рост 134 см, вес 30 кг. Температура тела 39.2°C. Состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски, слизистые суховаты. Дыхание везикулярное, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 95/мин. АД 115/60 мм рт ст. Живот слегка болезненный при пальпации.

Нежелательная реакция, которая возникла на фоне приема Азитромицина, относится к типу

- С
- D
- В
- А

Под нежелательными реакциями типа В подразумевают

- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены

Нежелательные реакции типа В развиваются в

- сенсibilизированном организме
- ослабленном организм в период эпидемий
- любом организме при передозировке ЛС
- организме при заражении ВИЧ

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется в

- государственный центр гигиены и эпидемиологии
- отделение медицинской статистики стационара той больницы, где регистрируется нежелательная реакция
- отдел санитарно-эпидемиологического надзора
- Росздравнадзор

Учитывая непереносимость макролидов, препаратов выбора для лечения является

- полимиксин В
- гентамицин
- амикацин
- доксициклин

Доксициклин противопоказан

- пожилым пациентам
- детям до 8 лет
- мужчинам старше 25 лет
- подросткам

Длительность лечения локализованной формы кампилобактериоза в среднем составляет

- 4-6 недель
- 3-5 дней
- 2-3 недели
- 7-10 дней

Наличие диареи при кампилобактериозе является показанием для назначения

- смектита диоктаэдрического
- макрогола
- отвара шиповника
- лоперамида

Передозировка смектита диоктаэдрического может вызвать

- гипоксемию
- гипокалиемию
- безоар
- гипогликемию

В качестве пробиотиков при наличии диареи рекомендовано добавить к терапии

- *_streptococcus thermophilus_*
- *_bifidobacterium longum_*
- *_enterococcus faecium_*
- *_saccharomyces boulardii_*

К мерам профилактики кампилобактериоза относится

- ношение мер защиты в период пика заболеваемости
- профилактический прием пробиотиков
- кулинарная обработка продуктов питания
- проведение обязательной вакцинации среди населения

На лиц, контактных с больными кампилобактериозом, накладывается карантин до окончательного ответа бактериологического исследования сроком не менее

- ношение мер защиты в период пика заболеваемости
- профилактический прием пробиотиков
- кулинарная обработка продуктов питания
- проведение обязательной вакцинации среди населения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Как клинический фармаколог вы участвуете в проведении клинического исследования.

Цель клинического исследования

- проверка фармакологического действия
- изучение токсичности, онкогенного и тератогенного действия
- получение информации о механизме действия препарата
- получение достоверных данных об эффективности и безопасности препарата

**Международный стандарт проведения клинических исследований -
надлежащая**

- клиническая практика
- лабораторная практика
- практика фармаконадзора
- практика производства

**Собственно клинические исследования условно разделяют на + ____ +
периода (-ов) или фазы/фаз**

- 5
- 3
- 4
- 2

**Цель + ____ + этапа - получение сведений о переносимости, фармакокинетике
и фармакодинамике нового ЛС, уточнение режима дозирования и получение
данных по безопасности препарата**

- 2
- 1
- 3
- 4

I фазу клинических исследований, как правило, проводят на

- здоровых добровольцах
- лабораторных животных
- больных
- культурах клеток

Исследования + ____ + фазы - первые исследования у больных

- 2
- 4
- 3
- 1

Во II фазе уточняют

- механизм действия и токсичность, а также возможные нежелательные лекарственные реакции
- фармакогенетические особенности нового препарата
- фармакокинетику нового препарата
- эффективность и безопасность нового препарата, а также диапазон доз для лечения больных

Рандомизация в клиническом исследовании - это

- распределения участников на группы в зависимости от пола, возраста или национальности
- вынуждение пациентов участвовать в нем
- распределения участников на опытную и контрольную группы случайным образом
- ослепление исследователей

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) это

- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС
- развитие лекарственной устойчивости

Согласно ВОЗ, Тип D это

- развитие лекарственной устойчивости
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

Согласно ВОЗ, Тип E - это

- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- развитие лекарственной устойчивости
- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

Доклиническое исследование новой молекулы проводится с целью

- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

- развитие лекарственной устойчивости
- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Как клинический фармаколог вы участвуете в проведении клинического исследования

Цель клинического исследования

- получение информации о механизме действия препарата
- проверка фармакологического действия
- получение достоверных данных об эффективности и безопасности препарата
- изучение токсичности, онкогенного и тератогенного действия

Международный стандарт проведения клинических исследований - надлежащая

- практика производства
- лабораторная практика
- клиническая практика
- практика фармаконадзора

**Собственно клинические исследования условно разделяют на + _____ +
периода (-ов) или фазы/фаз**

- 3
- 5
- 4
- 2

**Цель + ____ + этапа - получение сведений о переносимости, фармакокинетике
и фармакодинамике нового ЛС, уточнение режима дозирования и получение
данных по безопасности препарата**

- 3
- 4
- 2
- 1

I фазу клинических исследований, как правило, проводят на

- культурах клеток
- больных
- здоровых добровольцах
- лабораторных животных

Исследования + _____ + фазы - первые исследования у больных

- 1
- 3
- 2
- 4

Во II фазе уточняют

- эффективность и безопасность нового препарата, а также диапазон доз для лечения больных
- фармакогенетические особенности нового препарата
- фармакокинетику нового препарата
- механизм действия и токсичность, а также возможные нежелательные лекарственные реакции

Доклиническое исследование новой молекулы проводится с целью

- проверки фармакологического действия и изучения токсичности, онкогенного и тератогенного действия
- получения сведений о переносимости, фармакокинетики и фармакодинамике нового ЛС, уточнение режима дозирования
- сравнения по эффективности и безопасности с плацебо
- уточнения эффективности и безопасности нового препарата, а также диапазона доз для лечения больных

Предметом изучения + ___ + фазы является изучение фармакодинамики нового ЛС, и его клиническая эффективность

- 3
- 1
- 2
- 4

В + _____ + фазе исследований препарат сравнивают по эффективности и безопасности с плацебо (плацебоконтролируемое исследование) или /и с другим маркерным препаратом (ЛС, обычно используемое в данной клинической ситуации и обладающее хорошо известными лечебными свойствами)

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты исследований + _____ + фазы становятся определяющими при принятии решения о регистрации нового ЛС

- 3
- 4
- 1
- 2

Клинические испытания + _____ + фазы проводят после того, как препарат разрешен для клинического применения по определенному показанию

- 3
- 4
- 1
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 27 лет с диагнозом «Лептоспироз. Безжелтушная форма, тяжелая форма». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объема терапии.

Жалобы

Озноб, лихорадка до 39°C, общая слабость, головная боль, тошнота, боли в мышцах (преимущественно в икроножных), мелкоточечная сыпь.

Анамнез заболевания

Находится на лечении по поводу травмы голени. На вторые сутки пребывания в стационаре появились жалобы на озноб, повышение температуры до 39°C, общую слабость, тошноту, головную боль. Температура все дни утром и вечером в пределах 39-40°C. Также отмечает появление боли в икроножных мышцах и глазных яблоках, жажду, мелкоточечную сыпь на туловище и конечностях с тенденцией к слиянию. По результатам обследования поставлен диагноз «Лептоспироз. Безжелтушная форма, тяжелая степень». Назначено лечение Бензилпенициллин 6 млн ЕД в сутки. После первого введения пациентка пожаловалась на появление пятнистых зудящих высыпаний на теле,

отечность в месте появления высыпаний, а также ухудшение общего самочувствия. Реакция купирована введением 2 мл хлоропирамина внутримышечно. Вас пригласили на консультацию по вопросу возникновения нежелательной реакции и для определения тактики в отношении дальнейшей антибактериальной терапии.

Анамнез жизни

Аллергоанамнез не отягощен. Известно, что 4 дня назад ходила в поход в лес, купалась в открытых водоемах.

Известно, что недавно болела ОРВИ, по поводу которого решила разово принять Амоксициллин+Клавулановую кислоту (дозировку не помнит)

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 39.1°C. Кожные покровы обычной окраски, мелкоточечная сыпь на конечностях и туловище с тенденцией к слиянию. Дыхание везикулярное. Со стороны сердца – приглушение сердечных тонов, систолический шум на верхушке. Пульс 90 ударов в 1 минуту. АД 95/55 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Менингеальных знаков нет.

Оцените назначенную антибактериальную терапию: препарат + _____ + в отношении возбудителя, дозировка

- активен; должна быть уменьшена в 4 раза
- активен; верная
- активен; должна быть уменьшена в 2 раза
- не активен; неверная

Механизм действия Бензилпенициллина основан на

- блокировании синтеза клеточной стенки
- повреждении цитоплазматической мембраны
- антагонизме с фолиевой кислотой
- ингибировании бета-лактамаз

Нежелательная реакция, которая возникла на фоне применения Бензилпенициллина, относится к типу

- А
- D
- С
- В

Под нежелательными реакциями типа В подразумевают

- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены

Нежелательные реакции типа В развиваются в

- ослабленном организм в период эпидемий
- любом организме при передозировке ЛС
- сенсibilизированном организме
- организме при заражении ВИЧ

Наиболее благоприятным для пациента является начало терапии в течение не более + ____ + суток от начала заболевания

- 4
- 6
- 7
- 10

Вследствие наличия у пациентки аллергии на антибиотики пенициллинового ряда, следует назначить

- флуконазол
- цефтриаксон
- полимиксин В
- линезолид

С учетом степени тяжести после предварительной десенсибилизации рекомендуется к терапии добавить

- интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный
- гамма-глобулин
- иммуноглобулин антитимоцитарный
- противолептоспирозный иммуноглобулин

Первое введение противолептоспирозного иммуноглобулина в первый день введения осуществляется

- внутрикожно
- подкожно
- внутримышечно
- внутривенно

Правильной схемой введения противолептоспирозного иммуноглобулина является

- 0,1 мл под кожу, через 30 мин. 0,7 мл подкожно, и еще через 30 мин. — 10 мл неразведенного иммуноглобулина внутримышечно
- 10 мл внутримышечно, через 1 час 0,5 мл внутримышечно, и еще через 1 час — 10 мл разведенного иммуноглобулина внутрикожно
- 10 мл разведенного иммуноглобулина внутримышечно
- 5–10 мл (в зависимости от тяжести болезни) иммуноглобулина подкожно

При отсутствии эффекта от внутривенной инфузионной терапии, с целью борьбы с ИТШ рекомендуется назначение

- глюкокортикостероидов
- раствора глюкозы
- свежзамороженной плазмы
- коллоидных растворов

К методам специфической профилактики лептоспироза относится

- глюкокортикостероидов
- раствора глюкозы
- свежзамороженной плазмы
- коллоидных растворов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 15 лет с диагнозом острый фронтит. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Отделяемое из носа, головная боль, субфебрильная температура.

Анамнез заболевания

Заболел 2 недели назад – субфебрильная температура, слизистое отделяемое из носа. Педиатром назначены промывания носа раствором морской воды, обильное тёплое питье. На фоне терапии эффекта не отмечалось – отделяемое из носа приобрело гнойный характер, появилась головная боль, температура до 38,5. Самостоятельно начали принимать левофлоксацин 500 мг/сут. Обратились к ЛОР-врачу, установлен диагноз острый синусит, без осложнений.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – не отягощён

Вакцинации – по национальному календарю

Объективный статус

Рост 140 см, вес 31 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.

Слизистая носа отёчна, гиперемирована, слизисто-гнойное отделяемое.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90/мин. АД 110/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Отмечается болезненность при надавливании в области лобной пазухи.

Первым этапом в терапии пациента необходимо

- снизить дозу левофлоксацина до 400 мг/сутки
- увеличить дозу левофлоксацина до 500 мг*2 р/сутки
- отменить левофлоксацин
- уменьшить дозу левофлоксацина до 250 мг/сутки

Фторхинолоны не рекомендовано использовать у детей из-за их

- высокой нейротоксичности, ототоксичности и нефротоксичности
- негативного влияния на растущую хрящевую ткань
- негативного влияния на развивающуюся центральную нервную систему
- повышенной офтальмотоксичности

Для терапии острого фронтита пациенту рекомендовано назначить

- тетрациклин
- ванкомицин
- амоксициллин
- ципрофлоксацин

Режим дозирования амоксициллина для терапии острого фронтита у данного пациента составляет + _____ + мг/кг/сут

- 10-15
- 40-50
- 50-100
- 40-45

Суточную дозу амоксициллина рекомендовано вводить в + _____ + приём/-а

- 4
- 3
- 2
- 1

В качестве симптоматической терапии для устранения отёка слизистой оболочки носа местно рекомендовано применение

- противовирусных лекарственных средств
- местных анестетиков
- антибактериальных лекарственных средств
- альфа-адреномиметиков

Из альфа-адреномиметиков интраназально рекомендовано назначить

- метилдопа
- клонидин
- мидодрин
- оксиметазолин

Рекомендованная длительность применения оксиметазолина составляет + _____ + дней

- 10-14
- 15-21
- 5-7
- 30

Применять альфа-адреномиметики рекомендовано не более 5-7 дней в связи с развитием

- медикаментозного ринита
- галлюцинаций
- нарушения сознания
- нарушения электропроводимости сердца

В качестве симптоматического лекарственного средства с целью уменьшения вязкости слизи и улучшения функции ресничек рекомендовано назначить

- левоцетиризин
- интерферон бета-1b
- преднизолон
- карбоцистеин

Режим дозирования карбоцистеина у данного пациента составляет + ____ + мг + ____ + р/сутки

- 500; 1
- 750; 3
- 50; 2
- 50-70; 2

С целью профилактики осложнений в реабилитационном периоде пациенту необходимо рекомендовать

- 500; 1
- 750; 3
- 50; 2
- 50-70; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке А. 34 года, вес 52 кг. С 05.04.2019г. получает лечение по поводу активного туберкулеза легких: режим химеотерапии III, интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол).

Одновременно получает препараты – Тиамин хлорид, Пиридоксин гидрохлорид. Через месяц проводимой терапии (04.05.2019 г.) пожаловалась на боли в коленных суставах.

В б/х анализе крови мочевая кислота 430 мкмоль/л (норма для женщин 150-360 мкмоль/л).

Реакция купирована введением р-ра диклофенака 3 мл в/м. В инструкции по применению препарата пиразинамид указана возможность появления артралгий и гиперурикемии.

Жалобы

Боли в коленных суставах

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течении двух месяцев, когда впервые отметила слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Участковым терапевтом была направлена к фтизиатру. После дополнительного обследования был поставлен диагноз - Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически .

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Питание регулярное, в недостаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Замужем, есть дочь.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Поверхностный атрофический гастрит (ремиссия).

Наследственность-не отягощена.

Аллергия-отрицает. Вредные привычки: курит с 22-х лет по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Рост 177 см, вес 67 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледно-розовой окраски, кожа повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин. АД 110/80 мм рт ст. Живот болезненный в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю реберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Согласно определению ВОЗ, к нежелательным (неблагоприятным) лекарственным реакциям относят любую реакцию на ЛС, вредную и нежелательную для организма

- обусловленную фармакокинетическим и фармакодинамическим действием лекарственного средства
- обусловленную механизмом действия ЛС
- возникающую при его назначении для лечения, диагностики и профилактики заболеваний
- зарегистрированную в инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, как нежелательная

По степени тяжести НЛР разделяют на

- тяжелые и нетяжелые
- выраженные и невыраженные

- серьезные и несерьезные
- важные и неважные

Серьезные НЛР - это любые неблагоприятные клинические проявления, которые

- вне зависимости от дозы ЛС приводят к смерти, требуют госпитализации или ее продления; приводят к стойкой потере трудоспособности (инвалидности) или стойкому снижению трудоспособности; проявляются врожденной аномалией / пороком развития
- вне зависимости от дозы ЛС приводят к угрозе прерывания беременности/прерыванию беременности, потере репродуктивных функций как у женщин, так и у мужчин, приводят к отмене проводимой терапии или требуют ее смены
- не зарегистрированы в инструкции по медицинскому применению
- не известны держателю регистрационного удостоверения

Согласно ВОЗ, Тип А (предсказуемые реакции) - это

- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

Согласно ВОЗ, Тип В (непредсказуемые реакции) - это

- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- отсроченные НЛР

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) - это

- развитие лекарственной устойчивости
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- отсроченные НЛР
- результат фармакологического действия ЛС

Согласно ВОЗ, Тип D - это

- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- развитие лекарственной устойчивости

- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

Согласно Приказу Росздравнадзора от 15.02.2017 N 1071 (ред. от 16.07.2020) "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора" ответственный за репортирование о нежелательных лекарственных реакциях должен сообщить о возникновении нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата в Росздравнадзор в срок до + ____ + дней

- 15
- 7
- 3
- 2

Определите тип развившейся нежелательной реакции (НЛР)

- A
- C
- B
- D

Действия врача при обнаружении нежелательной лекарственной реакции типа А заключаются в

- продолжении проводимой терапии и уведомлении надзорных органов о развившейся реакции
- отмене препарата (или снижении его дозы, если реакция несерьезная, а препарат заменить сложно)
- назначении корригирующей терапии
- замене препарата на близкий по химической структуре аналог и терапии развившейся реакции

Документ, направляемый в центр фармаконадзора о развитии нежелательной реакции

- протокол врачебной комиссии
- рапорт
- протокол комиссии инфекционного контроля
- извещение о НЛР

Доклиническое исследование новой молекулы проводится с целью

- протокол врачебной комиссии

- рапорт
- протокол комиссии инфекционного контроля
- извещение о НЛР

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 34 года, вес 52 кг. С 05.04.2019г. получает лечение по поводу активного туберкулеза легких: режим химеотерапии III, интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол).

Одновременно получает препараты – Тиамин хлорид, Пиридоксин гидрохлорид. Через месяц проводимой терапии (04.05.2019 г.) пожаловалась на боли в коленных суставах.

В б/х анализе крови мочевиная кислота 430 мкмоль/л (норма для женщин 150-360 мкмоль/л).

Реакция купирована введением р-ра диклофенака 3 мл в/м. В инструкции по применению препарата пиразинамид указана возможность появления артралгий и гиперурикемии.

Жалобы

Боли в коленных суставах

Анамнез заболевания

Заболела три месяца назад. Появились жалобы на сухой кашель, слабость, ознобы, потливость, особенно по ночам, температуру не измерял, употреблял большое количество спиртных напитков. Родственниками направлена в ПНД. В ПНД проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки, выявлены изменения на рентгенограмме, направлен в противотуберкулёзный диспансер №12 с диагнозом диссеминированный туберкулёз лёгких.

Анамнез жизни

Родилась в г. Москва 1-м ребенком в семье. На момент рождения ребёнка родители здоровы. Жилищные условия на момент рождения ребёнка – удовлетворительные, питание удовлетворительное. В развитии не отставала от сверстников. В школу пошла с 8 лет, рос и развивался по возрасту.

Жилищные условия хорошие, проживает одна в двухкомнатной квартире.

Питание нерегулярное 2-3-х разовое.

Аллергия-отрицает. Вредные привычки: курит с 22-х лет по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Рост 177 см, вес 67 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледно-розовой окраски, кожа повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот болезненный в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Интенсивная фаза лечения туберкулеза направлена на

- ликвидацию клинических проявлений заболевания
- уменьшение воспалительных изменений
- восстановление функциональных возможностей организма
- подавление сохраняющейся микобактериальной популяции

Фаза продолжения лечения туберкулеза направлена на

- подавление сохраняющейся микобактериальной популяции
- ликвидацию клинических проявлений заболевания
- уменьшение инфильтративных и деструктивных изменений в органах
- прекращение бактериовыделения

Назначение третьего (III) режима химиотерапии наряду с пациентами с впервые выявленным туберкулезом при отсутствии бактериовыделения и риска развития МЛУ, рекомендовано

- пациентам с рецидивами туберкулеза и другими случаями повторного лечения до получения данных теста лекарственной чувствительности, если во время предыдущего курса лечения чувствительность МБТ к изониазиду и/или рифампицину была сохранена или не определялась
- при установленной молекулярно-генетическими (МГМ) и/или культуральными методами устойчивости возбудителя к изониазиду^{{asterisk}{asterisk}} или к изониазиду^{{asterisk}{asterisk}} в сочетании с другими противотуберкулезными препаратами, при известной лекарственной чувствительности к рифампицину^{{asterisk}{asterisk}}, подтвержденной результатами культурального или двукратными результатами МГМ
- пациентам, страдающим туберкулезом органов дыхания, без бактериологического подтверждения при подозрении на ШЛУ ТБ, в т.ч. из достоверного тесного контакта с больным туберкулезом с ШЛУ МБТ
- пациентам с впервые выявленным туберкулезом с бактериовыделением по методу микроскопии или посева до получения результатов теста лекарственной чувствительности возбудителя

Рекомендуется лечение пациента по III режиму химиотерапии проводить длительностью не менее 6 месяцев, при этом интенсивная фаза составляет + _____ + (в месяцах)

- 2
- 4
- 1
- 3

Пиридоксин пациентам, получающим изониазид, назначают с целью профилактики

- офтальмопатии
- гепатотоксичности
- нейропатии
- судорог

Максимальная суточная доза пиридоксина составляет + _____ + мг

- 100
- 200
- 300
- 50

Согласно ВОЗ, Тип В (непредсказуемые реакции) - это

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- результат фармакологического действия ЛС

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) - это

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- отсроченные НЛР
- результат фармакологического действия ЛС
- развитие лекарственной устойчивости

Согласно ВОЗ, Тип D - это

- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

- развитие лекарственной устойчивости

Согласно ВОЗ, Тип А - это

- реакции иммуноаллергической природы
- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

Действия врача при обнаружении нежелательной лекарственной реакции типа А заключаются в

- отмене препарата (или снижении его дозы, если реакция несерьезная, а препарат заменить сложно)
- продолжении проводимой терапии и уведомлении надзорных органов о развившейся реакции
- замене препарата на близкий по химической структуре аналог и терапии развившейся реакции
- назначении корректирующей терапии

Документ, направляемый в центр фармаконадзора о развитии нежелательной реакции

- отмене препарата (или снижении его дозы, если реакция несерьезная, а препарат заменить сложно)
- продолжении проводимой терапии и уведомлении надзорных органов о развившейся реакции
- замене препарата на близкий по химической структуре аналог и терапии развившейся реакции
- назначении корректирующей терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациентке. Пациентка 34 года, вес 60 кг. С 05.04.2019г. получает лечение по поводу активного туберкулеза легких: режим химеотерапии II, интенсивная фаза (рифампицин, пиразинамид, этамбутол, левофлоксацин, канамицин). Одновременно получает препараты – Тиамин хлорид, Пиридоксин гидрохлорид.

Жалобы

на боли в коленных суставах,
на резкое значительное снижение зрения, появление пятна перед глазом,
болезненность при движении глаза, сужение поля зрения, нарушение
цветоощущения,
на снижение слуха на фоне лечения.

Анамнез заболевания

Больной себя считает с декабря 2019 года, когда заметила головную боль, боли в правой половине грудной клетки, затруднение носового дыхания, сухой кашель.

При текущем проф. осмотре 13.01.20г. были выявлены изменения в легких, выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез с локализацией в S~1,2~правого легкого.

Больная была направлена в городской фтизиопульмонологический диспансер на лечение 17.01.20.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Питание регулярное, в недостаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Замужем, есть дочь.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Поверхностный атрофический гастрит (ремиссия).

Наследственность-не отягощена.

Аллергия-отрицает. Вредные привычки: курит с 22-х лет по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледно-розовой окраски, кожа повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин. АД 110/80 мм рт ст. Живот болезненный в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Согласно определению ВОЗ, к нежелательным (неблагоприятным) лекарственным реакциям относят любую реакцию на ЛС, вредную и нежелательную для организма

- обусловленную механизмом действия ЛС
- обусловленную фармакокинетическим и фармакодинамическим действием лекарственного средства

- возникающую при его назначении для лечения, диагностики и профилактики заболеваний
- зарегистрированную в инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, как нежелательная

Жалобы пациентки на снижение слуха, вероятно связаны с приемом

- канамицина
- пиразинамида
- этамбутола
- рифампицина

Для профилактики ототоксичности вызванной канамицином, следует избегать одновременного назначения

- электролиты
- ретинола ацетат
- глицин
- нестероидных противовоспалительных средств

Жалобы на резкое значительное снижение зрения, появление пятна перед глазом, болезненность при движении глаза, сужение поля зрения, нарушение цветоощущения, вероятно связаны с приемом

- этамбутола
- пиразинамида
- канамицина
- рифампицина

В случаях возникновения неблагоприятных побочных реакций, угрожающих жизни пациента, необходимо

- отменить препарат, вызвавший реакцию
- зарегистрировать данные о нежелательной реакции в истории болезни
- сообщить в прокуратуру и держателю регистрационного удостоверения
- снизить дозировку препарата, вызвавшего реакцию до минимальной

Согласно ВОЗ, Тип А (предсказуемые реакции) - это

- отсроченные НЛР
- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

Согласно ВОЗ, Тип В (непредсказуемые реакции) - это

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) - это

- отсроченные НЛР
- развитие лекарственной устойчивости
- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

К какому типу относятся возникшие нежелательные реакции?

- С
- В
- А
- D

Действия врача при обнаружении нежелательной лекарственной реакции типа А заключаются в

- отмене препарата (или снижении его дозы, если реакция несерьезная, а препарат заменить сложно)
- замене препарата на близкий по химической структуре аналог и терапии развившейся реакции
- назначении корригирующей терапии
- продолжении проводимой терапии и уведомлении надзорных органов о развившейся реакции

Для профилактики нежелательной реакции типа А, необходимо

- информировать пациентов о возможности развития реакции
- документировать все случаи развития нежелательных реакций
- проводить аллергопробу
- тщательно собирать фармакологический анамнез

При передаче извещения о нежелательной реакции, требуется указать

+ _____ + лекарственного средства

- информировать пациентов о возможности развития реакции
- документировать все случаи развития нежелательных реакций

- проводить аллергопробу
- тщательно собирать фармакологический анамнез

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке. Пациентка 22 года, вес 52 кг. С 05.04.2019г. получает лечение по поводу активного туберкулеза легких: режим химеотерапии II, интенсивная фаза (рифампицин, пипразинамид, этамбутол, левофлоксацин, канамицин).

Жалобы

Жалобы на боли в суставах на фоне лечения.

Жалобы на тошноту, рвоту, потерю аппетита, слабость, темную мочу, светлый стул, боли в правом подреберье, зуд.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течении двух месяцев, когда впервые отметила слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Участковым терапевтом была направлена к фтизиатру. После дополнительного обследования был поставлен диагноз - Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Питание регулярное, в недостаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Замужем, есть дочь.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Поверхностный атрофический гастрит (ремиссия).

Наследственность-не отягощена.

Аллергия-амоксциллин - сыпь. Вредные привычки: курит с 15 лет по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледно-розовой окраски, кожа повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин. АД 110/80 мм рт ст. Живот болезненный в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Согласно определению ВОЗ, к нежелательным (неблагоприятным) лекарственным реакциям относят любую реакцию на ЛС, вредную и нежелательную для организма

- возникающую при его назначении для лечения, диагностики и профилактики заболеваний
- обусловленную механизмом действия ЛС
- обусловленную фармакокинетическим и фармакодинамическим действием лекарственного средства
- зарегистрированную в инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, как нежелательная

Жалобы на боли в суставах наиболее вероятно связаны с приемом

- пиразинамида и левофлоксацина
- этамбутола и канамицина
- рифампицина и этамбутола
- левофлоксацина и канамицина

Жалобы на тошноту, рвоту, потерю аппетита, слабость, темную мочу, светлый стул, боли в правом подреберье, зуд, являются проявлением

- гепатотоксичности
- нейропатии
- проявлением основного заболевания
- нефротоксичности

Наиболее гепатотоксичными, из лекарственных средств, принимаемых пациенткой являются

- левофлоксацин и канамицин
- пиразинамид и левофлоксацин
- этамбутол и канамицин
- рифампицин и этамбутол

С целью профилактики гепатотоксичности, пациентке необходимо назначить

- гепатопротекторы в терапевтических дозировках
- сбалансированную диету, с обязательным отказом от алкоголя
- гепатопротекторы в сверхтерапевтических дозировках
- гастропротекторы и пищевые ферменты

Согласно ВОЗ, Тип А (предсказуемые реакции) - это

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- результат фармакологического действия ЛС

Согласно ВОЗ, Тип В (непредсказуемые реакции) - это

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) - это

- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- развитие лекарственной устойчивости
- отсроченные НЛР

Согласно ВОЗ, Тип D - это

- результат фармакологического действия ЛС
- развитие лекарственной устойчивости
- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

Определите тип развившейся нежелательной реакции (НЛР)

- D
- A
- C
- B

Для профилактики нежелательной реакции типа А, необходимо

- проводить алергопробу
- информировать пациентов о возможности развития реакции
- тщательно собирать фармакологический анамнез
- документировать все случаи развития нежелательных реакций

При передаче извещения о нежелательной реакции, требуется указать

+ _____ + лекарственного средства

- проводить алергопробу
- информировать пациентов о возможности развития реакции
- тщательно собирать фармакологический анамнез
- документировать все случаи развития нежелательных реакций

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту А, женщина 47 лет. 4е сутки после плановой лапароскопической холецистэктомии (Диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит)

Жалобы

На повышение температуры тела до 39 ° С, боль в области хирургического вмешательства, слабость, озноб, головокружение при вставании, сниженный аппетит.

Анамнез заболевания

Считает себя больной, в течении 4-х дней, когда на фоне благополучно протекающего послеоперационного периода на 1-е сутки после операции, отметила повышение температуры тела, озноб.

Осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: внебольничная, левосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначен моксифлоксацин 0,4*1 раз в сутки в/в капельно. Через 72 часа после начала антибактериальной терапии, без положительной динамики.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование среднее.

Есть профессиональные вредности (токсичная пыль).

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Хорошо пережевывает пищу. В последние 2 года не употребляет острых блюд.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – замужем. Дочь 22 года, сын 18 лет. Здоровы.

Перенесенные заболевания – корь, ангина.

В 35 лет – надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу фибромы матки.

Хронический пиелонефрит.

Бронхиальная астма – профессиональное заболевание, работала на литейном заводе.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез — димедрол, новокаин, пенициллиновый ряд антибиотиков реакция ?.

Вредные привычки – нет.

Гинекологический анамнез – беременностей 6, родов 2, аборт 4. Менопауза с 35 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание - ясное.

Рост 170 см, вес 68 кг, температура тела 38,9°C

Дыхание-грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 28 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос, наблюдается инспираторная одышка.

Аускультация: Дыхание жесткое. Ослабление дыхания слева в подлопаточной области. Там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы и слабый шум трения плевры.

Необходимым для дифференциального диагноза лабораторным методом обследования является

- проводить алергопробу
- информировать пациентов о возможности развития реакции
- тщательно собирать фармакологический анамнез
- документировать все случаи развития нежелательных реакций

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для дообследования инструментальным методам обследования, наряду с УЗИ почек и мочевого пузыря относится

- проводить алергопробу
- информировать пациентов о возможности развития реакции
- тщательно собирать фармакологический анамнез
- документировать все случаи развития нежелательных реакций

Результаты инструментальных методов обследования

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится по истечению

- всего курса антибактериальной терапии
- 12-24 часов
- 48-72 часов
- 96 часов

Антибактериальную терапию пациентке следует

- продолжать, после смены антибактериального препарата
- продолжать, после увеличения дозы, рекомендованного ранее препарата
- продолжать, рекомендованным ранее препаратом, в такой же дозировке
- прекратить и сделать диагностическую паузу

Учитывая результаты дообследования, ведущим очагом инфекции является

- инфекция области хирургического вмешательства
- пневмония
- инфекция мочевыделительной системы
- бактериемия

Учитывая данные анамнеза, результаты лабораторного и бактериологического исследований, адекватной комбинацией антибиотиков является

- карбапенем [Меропенем] + Полимиксины [Полимикси В]
- фторхинолон [Моксифлоксацин]+ Аминогликозид [Амикацин]
- ингибитор защищенный цефалоспорин [Цефаперазон/сульбактам] + Фторхинолон [Моксифлоксацин]
- ингибитор защищенный цефалоспорин [Цефаперазон/сульбактам] + Аминогликозид [Амикацин]

Препарат для стартовой терапии пневмонии выбран

- неверно
- верно, учитывая данные анамнеза
- верно, учитывая поставленный диагноз
- верно, учитывая пребывание в стационаре

Лабораторным методом контроля эффективности антибактериальной терапии является мониторинг

- скорости оседания эритроцитов (СОЭ)
- фибриногена
- уровня лейкоцитов
- прокальцитонина

В случае клинической эффективности, продолжительность антибактериальной терапии составляет

- минимум 14 суток
- 7-8 дней

- 7 суток после купирования признаков синдрома системной воспалительной реакции
- 10-14 суток

Уровень прокальцитонина свидетельствующий, об отсутствии бактериальной инфекции соответствует < + _____ + нг/мл

- 0.01
- 1.0
- 0.5
- 0.25

При сохранной функции почек, максимальная суточная доза меропенема составляет + _____ + г

- 4
- 3
- 8
- 6

При внутривенном пути введения и сохранной функции почек, максимальная суточная доза полимиксина В составляет + _____ + мг/кг

- 4
- 3
- 8
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 75 лет поступившей в травматологическую клинику

Жалобы

На боль в ногах при ходьбе и в покое, боль в области коленных суставов

Анамнез заболевания

Пациентка обратилась в стационар по направлению из поликлиники. Из анамнеза известно, что боль беспокоит пациентку на протяжении 4 лет, по результатам рентгенограммы, сделанной в поликлинике: правосторонний гонартроз 3 ст. Для купирования боли принимает Диклофенак 100 мг или Ибупрофен 200 мг. В последнее время принимает по 2-3 таблетки Диклофенака,

без эффекта.

При сборе анамнеза стало известно, что пациентка страдает Сахарным диабетом 2 типа. Диагноз поставил эндокринолог по месту жительства 4 месяца назад (из выписок известно, что HbA1c в дебюте заболевания- 8.5%).

Эндокринологом были даны рекомендации по диетотерапии, назначен таблетированный препарат Метформин 850 мг*3 р./д. Пациентка диету не соблюдала. Поскольку врач-эндокринолог стационара в отпуске, Вас вызвали на консультацию для определения адекватности сахароснижающей терапии, а также разъяснения пациентке нюансов терапии.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее.

Профессиональная вредность-нет. Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Семейное положение – замужем. Детей-3.

Перенесенные заболевания – детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск ССО 3, ХСН 2 ст. Поверхностный гастрит.

Постоянно принимает: Бисопролол 10 мг, Эналаприл 10 мг*2 р/д., Омепразол 20 мг*2 р./д..

Операции —гистерэктомия в 65 лет.

Наследственность: мать страдала от СД 2 типа. Аллергия – отрицает.

Вредные привычки: отсутствуют.

Гинекологический анамнез – беременностей 5, родов 3, аборт 0, выкидышей 2. Менопауза с 59 лет.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

Температура тела 36,6°C. АД 120/70 мм рт.ст.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 13 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос.

Аускультация: Дыхание везикулярное.

Болезненность при пальпации правого коленного сустава.

Пациентам с исходным уровнем HbA1c 8.5%. рекомендовано

- лечение начинать с монотерапии
- лечение начинать с монотерапии пероральным сахароснижающим препаратом
- лечение начинать с комбинации 2 сахароснижающих препаратов, воздействующих на разные механизмы развития болезни

- изменение образа жизни, а именно, диетотерапия и физическая активность, данной пациентке не показаны, поскольку при исходно высоком уровне HbA1c это не будет эффективно

Выберите верное утверждение относительно назначенной стартовой терапии (Метформин) пациентке

- монотерапия Метформином выбрана верно, дозировки неверные
- пациентке необходимо было сразу рекомендовать диетотерапию
- монотерапия не являлась правильной тактикой ведения пациентки
- пациентке было необходимо предварительно порекомендовать диетотерапию, при необходимости подключать препараты

Эффективным для данной пациентки считается темп снижения HbA1c > + ____ + % за 6 мес. наблюдения

- 2.5
- 1.0
- 0.5
- 3.0

Контролировать уровень HbA1c необходимо не реже 1 раза в + _____ + месяца (-ев)

- 9
- 3
- 12
- 6

К эффективной комбинации двух сахароснижающих препаратов относится все, кроме

- ситаглиптин + метформин
- вилдаглиптин + метформин
- глимепирид+гликвидон
- гликлазид + метформин

Одним из механизмов действия Метформина является

- стимуляция секреции инсулина
- глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью
- замедление всасывания углеводов в кишечнике
- снижение продукции глюкозы печенью

Метформин противопоказан при СКФ < + ____ + мл/мин/1,73 м²

- 30
- 90
- 60
- 100

С учетом наличия у пациентки ХСН, к терапии Метформином следовало добавить

- пиоглитазон
- эмпаглифлозин
- глибенкламид
- саксаглиптин

Эмпаглифлозин по механизму действия является

- ингибитором α -глюкозидазы
- ингибитором Na-глюкозного котранспортера 2 типа
- ингибитором дипептидилпептидазы-4
- агонистом рецепторов глюкагоноподобного пептида-1

Максимальная суточная доза эмпаглифлозина составляет + _____ + мг

- 5
- 50
- 10
- 25

Совместный прием инсулин и эмпаглифлозина усиливает риск

- гипокапнии
- гипогликемии
- гипофосфатемии
- гиперкалиемии

Эмпаглифлозин может усиливать диуретический эффект такого диуретика как

- гипокапнии
- гипогликемии
- гипофосфатемии
- гиперкалиемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 62 лет, поступившей в травматологический стационар

Жалобы

Боль в области правого тазобедренного сустава, хромота

Анамнез заболевания

Пациентка обратилась в стационар для консультации. Из анамнеза известно, что хромота и боль беспокоят пациентку давно, по результатам рентгенограммы, сделанной в поликлинике: правосторонний коксартроз 3 ст.. Длительное время принимает обезболивающие препараты, в последнее время-без эффекта.

При сборе анамнеза стало известно, что пациентка страдает Сахарным диабетом 2 типа. Диагноз поставил эндокринолог по месту жительства 5 месяцев назад (выписки и результаты анализов не сохранились, есть данные о HbA1c в дебюте заболевания- 7.5%). Эндокринологом были даны рекомендации по диетотерапии, назначил таблетированный препарат «для лечения диабета» (Метформин 850 мг*2 р./д.). Пациентка диету не соблюдала. Метформин принимала в дозировке меньше назначенной (850 мг*1 р./д.) Поскольку врач-эндокринолог стационара в отпуске, Вас вызвали на консультацию для определения адекватности сахароснижающей терапии, а также разъяснения пациентке нюансов терапии.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее.

Профессиональная вредность-нет. Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Семейное положение – вдова. Детей-2.

Перенесенные заболевания – детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск ССО 3, ХСН 1.

Поверхностный гастрит.

Постоянно принимает: Амлодипин 10 мг на ночь, Бисопролол 5 мг, Омепразол 20 мг*2 р./д..

Операции —.

Наследственность неотягощена. Аллергия – отрицает.

Вредные привычки: отсутствуют.

Гинекологический анамнез – беременностей 2, родов 2, аборт 0. Менопауза с 56 лет.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

Температура тела 36,5°C. АД 125/70 мм рт.ст.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные,

вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос.

Аускультация: Дыхание везикулярное.

Болезненность при пальпации правого тазобедренного сустава.

Для подбора индивидуального лечения данной пациентке и оценки адекватности сахароснижающей терапии обязательно необходимо знать уровень

- гипокапнии
- гипогликемии
- гипофосфатемии
- гиперкалиемии

Результаты обследования

Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню HbA1c осуществляется каждые + _____ + месяца(-ев)

- 12
- 3
- 2
- 6

Оцените тактику назначения Метформина при исходном уровне HbA1C в дебюте заболевания- 7.5%

- лечение возможно было начинать в режиме монотерапии
- пациентке следовало сразу назначить комбинацию 2 сахароснижающих препаратов
- пациентке следовало сразу назначить инсулинотерапию
- пациентке сразу следовало назначить комбинированную терапию инсулином и сахароснижающим препаратом

У данной пациентки темп снижения HbA1C за 5 месяцев составил 0.3%.

Целевой уровень у данной пациентки

- достигнут, но слишком медленно
- не достигнут, следует продолжать монотерапию еще, как минимум, 6 месяцев
- не достигнут, следует изменить терапию
- достигнут, но слишком быстро

Эффективным для данной пациентки считается темп снижения HbA1c > + ____ + % за 6 мес. наблюдения

- 1,0
- 2,0
- 1,5
- 0,5

Приоритет в монотерапии отдается препарату

- репаглинид
- глибенкламид
- метформин
- гликлазид

При непереносимости (или противопоказаниях к метформину) из перечисленных средств следующим может быть назначен в качестве монотерапии

- репаглинид
- вилдаглиптин
- глимепирид
- пиоглитазон

В связи с недостижением целевого уровня HbA1c пациентке показано назначение

- инсулинотерапии
- метформина в увеличенной дозировке, а также увеличение кратности приема
- комбинации 3 пероральных сахароснижающих препаратов совместно с инъекциями инсулина
- комбинации 2 пероральных сахароснижающих препаратов

Эффективной комбинацией 2 пероральных сахароснижающих препаратов является

- метформин+глибенкламид
- эксенатид+ саксаглиптин
- линаглиптин+лираглутид
- ситаглиптин+лираглутид

Метформин выводится преимущественно

- почками
- кожей
- легкими
- печенью

Редким, но крайне опасным нежелательным явлением при приеме Метформина является

- лактоацидоз
- острая печеночная недостаточность
- отек легких
- инфаркт миокарда

Одновременное применение Метформина с + _____ + снижает скорость выведения метформина, что может привести к развитию лактоацидоза

- лактоацидоз
- острая печеночная недостаточность
- отек легких
- инфаркт миокарда

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 42 лет с диагнозом стрептостфилококковое импетиго. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Зудящие высыпания в воротниковой зоне

Анамнез заболевания

С детства страдает atopическим дерматитом, около недели назад появились зудящие высыпания, в течении суток появились гнойные пузырьки и жёлтые корки. Обратилась в поликлинику по месту жительства, установлен диагноз вторичное стрептостфилококковое импетиго.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая, бытовая аллергия (атопический дерматит)
Наследственный анамнез – у отца псориаз, у матери atopический дерматит
Сопутствующие и перенесённые заболевания – atopический дерматит

Объективный статус

Рост 169 см, вес 80 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже воротниковой зоны, преимущественно, на задней поверхности шеи везикулы с гнойным содержимым, жёлтые корки. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78/мин. АД 128/83 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для местной терапии вторичного стрептостфилококкового импетиго рекомендовано назначить

- пимекролимус + диметинден
- тетрациклин + триамцинолон
- адапален
- колистиметат натрия

Продолжительность курса тетрациклина гидрохлорида и триамцинолона ацетонида составляет

- 5-10 дней
- 14-21 день
- 2-3 месяца
- 1 месяц

На фоне местной терапии отмечается ухудшение: на месте импетиго образовалось 2 фурункула, поднялась температура до 38,3°C. В данной ситуации рекомендовано назначить

- системные глюкокортикостероиды
- системные антибиотики
- иммуносупрессоры
- ретиноиды

Из антибактериальных лекарственных средств в качестве первой линии терапии рекомендовано назначить

- цефтриаксон
- имипенем/циластатин
- ванкомицин
- полимиксин В

Режим дозирования цефтриаксона для лечения фурункулов для данного пациента составляет + _____ + г* + _____ + р/сутки

- 4-8; 2-3
- 1-2; 1
- 0,5; 2-3
- 4-8; 2

Длительность курса цефтриаксона составляет

- 6 месяцев
- 7-10 дней
- 2-3 месяца
- 14-21 день

В ответ на применение амоксициллина у пациента развилась крапивница. Рекомендовано сменить антибактериальное лекарственное средство на

- кларитромицин
- тетрациклин
- амоксициллин/клавуланат
- ванкомицин

Суточная доза кларитромицина у данного пациента составляет + _____ + мг

- 700-1000
- 500-1000
- 200
- 300-400

Длительность курса кларитромицина составляет

- 21 день
- 1 месяц
- 7-10 дней
- 3 дня

Механизм действия кларитромицина заключается в

- связывании с 30S субъединицей рибосом, препятствовании образования комплекса тРНК и мРНК
- блокировании пенициллин-связывающих белков
- блокировании ДНК-гиразы и топоизомеразы IV
- связывании с 50S-субъединицей рибосомы

Частая нежелательная реакция, возникающая при применении кларитромицина

- судороги
- галлюцинации
- сыпь
- рабдомиолиз

Для профилактики возникновения вторичных пиодермий необходим контроль основного заболевания-атопического дерматита. С этой целью пациенту рекомендовано воздержаться от

- судороги
- галлюцинации
- сыпь
- рабдомиолиз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к женщине 58 лет с диагнозом фурункулёз. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Болезненные плотные отёчные красные образования на коже туловища, фебрильная температура.

Анамнез заболевания

В течение трёх недель на коже туловища и правого бедра появилось 4 болезненных отёчных образования, сопровождающихся субфебрильной температурой, последние несколько дней фебрильная температура.

Самостоятельно не лечилась, обратилась в поликлинику по месту жительства, с диагнозом фурункулёз направлена на госпитализацию в хирургическое отделение стационара.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён

Наследственный анамнез – не отягощён

Вредные привычки – курение

Объективный статус

Рост 164 см, вес 76 кг. Температура 38,7°C. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже спины определяются 3, правого бедра 1 болезненных отёчных гиперемированных образования с жёлтой головкой в центре. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 74/мин.

АД 135/85 мм рт ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для местной терапии фурункулов рекомендовано назначить

- триамцинолон
- адапален
- азелаиновую кислоту
- водорода пероксид

Рекомендован для применения раствор водорода пероксида + _____ + %

- 5-6
- 1-3
- 7-10
- 0,1-0,5

В связи с наличием системного воспаления, множественных фурункулов рекомендовано назначить

- системные антибиотики
- иммуносупрессоры
- системные глюкокортикостероиды
- ретиноиды

В качестве системного антибактериального средства первой линии рекомендовано назначить

- ванкомицин
- полимиксин В
- фосфомицин+тигециклин
- амоксициллин

Суточная доза ампициллина для лечения фурункулёза у данного пациента составляет + _____ + мг

- 300-400
- 200-250,5
- 500-750
- 1000-1500

Длительность курса амоксициллина при лечении фурункулёза составляет

- 300-400

- 200-250,5
- 500-750
- 1000-1500

На фоне терапии амоксициллином у пациента не наблюдается положительной динамики. Получен посев гнойного отделяемого фурункула. В плане антибактериальной терапии рекомендовано (-на)

- 300-400
- 200-250,5
- 500-750
- 1000-1500

В соответствии с полученным результатом посева пациенту рекомендовано назначить антибактериальное лекарственное средство

- азитромицин
- левофлоксацин
- амоксициллин/клавуланат
- цефтриаксон

Режим дозирования левофлоксацина составляет + _____ + мг* + _____ + раз в сутки

- 50-100; 4
- 700-1000; 3
- 100-150; 3-4
- 250-500; 1-2

Механизм действия левофлоксацина заключается в

- нарушении образования комплекса между тРНК и рибосомой
- блокировании ДНК-гиразы и топоизомеразы IV
- связывании с 30S субъединицей рибосом, препятствовании образования комплекса тРНК и мРНК
- блокировании пенициллин-связывающих белков

Выведение левофлоксацина осуществляется, преимущественно

- желудочно-кишечным трактом
- почками
- кожей
- лёгкими

На фоне приёма левофлоксацина у пациента развилась желудочковая тахикардия, в связи с чем необходимо заполнить

- желудочно-кишечным трактом
- почками
- кожей
- лёгкими

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 35 лет с диагнозом «Хламидийная инфекция». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Слизисто-гнойные и кровянистые выделения из половых путей; болезненность во время половых контактов; жжение, при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Находится на отделении третьей сутки. Сообщила, что периодически ее беспокоят слизисто-гнойные выделения из половых путей, а также жжение и зуд при мочеиспускании. На отделении поставлен диагноз «Хламидийная инфекция». Назначен Доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. На 2-е сутки после приема препарата пациентка обратила внимание на появление сыпи на туловище и конечностях, а также зуд. Учитывая возникновение нежелательной реакции, препарат был отменен, реакция купирована введением 2 мл хлоропирамина. Также пациентка рассказала, что беременна, о чем намеренно не сказала (срок 14 недель, II триместр). Вас пригласили на консультацию по вопросу возможности дальнейшего применения препарата в ходе текущей госпитализации и определения тактики лечения, а также регистрации возникшего нежелательного явления.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощён

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа (принимает Метформин 850 мг 1 раз в сутки на ночь).

Гинекологический анамнез – беременностей 2, родов 1, абортов 0, выкидышей 1. Месячные с 13 лет по 5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные.

Беременность 14 недель.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание – ясное. Температура тела 37,5°C. АД

120/70 мм рт.ст. Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос, везикулярное.

Препаратом первой линии хламидийной инфекции является

- офлоксацин
- левофлоксацин
- доксициклин
- гентамицин

Противопоказанием для применения Доксициклина является

- полип носа
- сахарный диабет 2 типа
- обострение хронического бронхита
- беременность

Нежелательная реакция, которая возникла на фоне приема Доксициклина, относится к типу

- D
- A
- B
- C

Под нежелательными реакциями типа B подразумевают

- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется в

- отдел санитарно-эпидемиологического надзора

- Росздравнадзор
- отделение медицинской статистики стационара той больницы, где регистрируется нежелательная реакция
- государственный центр гигиены и эпидемиологии

Беременным для лечения хламидийной инфекции разрешены к применению

- линезолид и цефоперазон/сульбактам
- линкомицин и ванкомицин
- джозамицин и азитромицин
- амоксициллин и полимиксин В

Азитромицин при хламидийной инфекции назначается в дозировке

+ _____ + грамм

- 3.0; 3 раза в день
- 0.5; 4 раза в день
- 1.5; 2 раза в день
- 1.0; однократно

У азитромицина очень длинный период полувыведения и терапевтическая концентрация азитромицина сохраняется до + _____ + после приема последней дозы

- 12-24 часов
- 24-48 часов
- 30-60 минут
- 5-7 дней

Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется

+ _____ + антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод

- только во втором триместре
- на любом сроке беременности
- только в третьем триместре
- в первом и втором триместре

Срок лечения хламидийной инфекции у беременных препаратом Джозамицин в сравнении с небеременными пациентками

- уменьшается в 2 раза
- увеличивается в 2 раза
- увеличивается в 4 раза

- не отличается

Важным методом профилактики реинфицирования является

- предохранение с помощью гормональных контрацептивов
- спринцевание хлоргексидином после половых контактов
- обследование и лечение партнера
- использование хозяйственного мыла для личной гигиены

При отрицательных результатах обследования пациента на наличие хламидийной инфекции (на основании методов амплификации РНК через 14 дней после окончания лечения), дальнейшее наблюдение

- предохранение с помощью гормональных контрацептивов
- спринцевание хлоргексидином после половых контактов
- обследование и лечение партнера
- использование хозяйственного мыла для личной гигиены

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к Пациенту М, 67 лет. При впервые установленной артериальной гипертензии 2 месяца назад пациенту был назначен гипотиазид. После месяца терапии целевое АД достигнуто не было. Так же по поводу СД 2 типа поучает метформин. Периодически принимает НПВС из-за болей в коленных суставах.

Жалобы

Активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении двух месяцев, когда впервые на диспансерном осмотре было зафиксировано артериальное давление 167/105 мм.рт.ст.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование среднее. Питание регулярное, в недостаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Вдовец.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Поверхностный атрофический гастрит (ремиссия).

Наследственность-не отягощена.

Аллергия-новокаин - крапивница. Вредные привычки: курит с 15 лет по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Рост 187 см, вес 103 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледно-розовой окраски, кожа повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин. АД 142/96 мм рт ст. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

С целью достижения целевого АД, наряду с ингибитором АПФ, бета блокатором, блокатором рецепторов к АТ II данному пациенту возможно назначить

- бета миметик
- сердечный гликозид
- блокатор рецепторов к АТ I
- блокатор кальциевых каналов

Пациенту был назначен эналаприл 10 мг*2 раза в сутки, совместно с приемом гидрохлортиазида. Данная комбинация является

- рациональной
- нерациональной
- не синергичной
- потенциально опасной для жизни

Для увеличения приверженности данного пациента терапии ему можно рекомендовать

- принимать комбинированный препарат
- отменить гипотиазид
- принимать двойную дозу эналаприла один раз в сутки
- не принимать терапию

Через 2 недели приема пациент обратился к терапевту для контроля АД и предъявил жалобы на головную боль, чувство сердцебиения и сухой кашель. Данные жалобы являются

- проявлением сахарного диабета
- новым заболеванием
- проявлением артериальной гипертензии
- нежелательной реакцией

Какой препарат из принимаемых пациентом вызвал данные НЯ

- НПВС
- эналаприл
- гипотиазид
- метформин

Серьезные НЛР — это любые неблагоприятные клинические проявления, которые

- вне зависимости от дозы ЛС приводят к угрозе прерывания беременности/прерыванию беременности, потере репродуктивных функций как у женщин, так и у мужчин, приводят к отмене проводимой терапии или требуют ее смены
- не зарегистрированы в инструкции по медицинскому применению
- вне зависимости от дозы ЛС приводят к смерти, требуют госпитализации или ее продления; приводят к стойкой потере трудоспособности (инвалидности) или стойкому снижению трудоспособности; проявляются врожденной аномалией / пороком развития
- не известны держателю регистрационного удостоверения

Согласно ВОЗ, Тип А (предсказуемые реакции) - это

- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата

Согласно ВОЗ, Тип В (непредсказуемые реакции) - это

- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) - это

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- развитие лекарственной устойчивости
- отсроченные НЛР
- результат фармакологического действия ЛС

Определите тип развившейся нежелательной реакции (НЛР)

- В

- С
- D
- А

Для профилактики нежелательной реакции типа А, необходимо

- документировать все случаи развития нежелательных реакций
- тщательно собирать фармакологический анамнез
- проводить аллергопробу
- информировать пациентов о возможности развития реакции

При передаче извещения о нежелательной реакции, требуется указать + _____ + лекарственного средства

- документировать все случаи развития нежелательных реакций
- тщательно собирать фармакологический анамнез
- проводить аллергопробу
- информировать пациентов о возможности развития реакции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту М, 87 лет в течении 23 лет принимает клонидин 300 мкг 3 раза в сутки с целью терапии артериальной гипертензии. Так же по поводу СД 2 типа поучает метформин. Периодически принимает НПВС из-за болей в коленных суставах.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 23 лет.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование среднее. Питание регулярное, в недостаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Вдовец.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Поверхностный атрофический гастрит (ремиссия).

Наследственность-неотягощена.

Аллергия-новокаин - крапивница. Вредные привычки: курит с 15 лет по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Рост 170 см, вес 95 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледно-розовой окраски, кожа повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин. АД 142/96 мм рт.ст. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Дополнительная информация

При плановой диспансеризации была обнаружена выраженная брадикардия – 43 удара в минуту. Что было расценено как действие клонидина. Терапевт рекомендовал отменить клонидин и назначил другую антигипертензивную терапию. На следующий день пациент отметил повышение АД до 161/100 мм.рт.ст.

Данное повышение является

- НЛР
- возрастными изменениями
- проявлением основного заболевания
- симптомом нового заболевания

Определите тип развившейся нежелательной реакции (НЛР)

- Тип С
- Тип D
- Тип В
- Тип А

С целью достижения целевого АД, данному пациенту наряду с блокаторами рецепторов к АТ IIЭ, бета блокаторами и блокаторами кальциевых каналов возможно назначить

- бета миметик
- ингибитор АПФ
- блокатор рецепторов к АТ I
- альфа блокатор

Пациенту был назначен рамиприл 2,5 мг*1 раз в сутки, совместно с приемом индапамида. Данная комбинация является

- рациональной
- потенциально опасной для жизни

- нерациональной
- несинергичной

Для увеличения приверженности данного пациента терапии ему можно рекомендовать

- отменить гипотиазид
- принимать комбинированный препарат
- принимать двойную дозу эналаприла один раз в сутки
- не принимать терапию

Через 2 недели приема пациент обратился к терапевту для контроля АД и предъявил жалобы на головную боль, чувство сердцебиения и сухой кашель. Данные жалобы являются

- новым заболеванием
- проявлением артериальной гипертензии
- проявлением сахарного диабета
- нежелательной лекарственной реакцией

Какой препарат из принимаемых пациентом вызвал данные НЯ

- гипотиазид
- метформин
- НПВС
- рамиприл

При лабораторном контроле, через месяц после приема комбинированного препарата, была выявлена гипергликемия 7,9 ммоль/л. Данное изменение является

- дебютом несахарного диабета
- нормальным повышением для его возраста
- дебютом сахарного диабета
- нежелательной реакцией

Согласно ВОЗ, Тип А (предсказуемые реакции) - это

- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР

Согласно ВОЗ, Тип В (непредсказуемые реакции) - это

- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) - это

- развитие лекарственной устойчивости
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС

Определите тип развившейся нежелательной реакции (НЛР)

- развитие лекарственной устойчивости
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- результат фармакологического действия ЛС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 11 лет с диагнозом «Язвенный колит».

Жалобы

Головные боли и расстройства желудочно-кишечного тракта (дискомфорт в кишечнике).

Анамнез заболевания

Пациент заболел остро. Появились жалобы на диарею с примесью крови и боли в животе. Обследован, поставлен диагноз «Язвенный колит». Стартовая терапия - Сульфасалазин внутрь 2,1 г/сутки. На третьи сутки от начала приема появились жалобы на головную боль и дискомфорт в кишечнике. Вас пригласили на консультацию для определения генеза нежелательного явления и подбора терапии.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура тела 37.5°C. Кожа физиологической окраски, без высыпаний. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные.

С целью снижения риска дозозависимых нежелательных явлений, таких как головные боли и расстройства желудочно-кишечного тракта, желательным является

- назначение с момента принятия решения о начале терапии максимально возможной дозировки препарата
- назначение одновременного приема Ибупрофена на весь срок лечения Месалазином
- постепенное увеличение дозы сульфасалазина
- назначение доз, превышающих максимально разрешенные, с последующим снижением в течение 1-2 недель

Имитировать картину обострения колита в начале терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты может

- диссоциативное расстройство
- питание с пищей, не обладающей аллергенными свойствами
- присоединение к язвенному колиту легкого простудного заболевания
- острая непереносимость 5-аминосалициловой кислоты

Если есть предположение о непереносимости 5-аминосалициловой кислоты у пациента, тактика выявления этого клинически заключается в

- полной отмене препарата
- детальном выяснении всех симптомов и самочувствия пациента на фоне продолжения приема препарата
- отмене препарата с последующим повторным назначением
- замене препарата на пероральные глюкокортикостероиды

При подтверждении непереносимости пациентом препаратов 5-аминосалициловой кислоты, дальнейшая тактика заключается в

- отмене этих препаратов
- дальнейшей терапии этим препаратом при одновременном назначении симптоматической терапии
- терапии этим препаратом совместно с добавлением глюкокортикостероидов
- снижении дозировки этих препаратов до минимальной

Основное действие Сульфасалазина

- противовоспалительное
- противовирусное
- жаропонижающее

- фунгицидное

Противовоспалительный эффект препаратов 5-аминосалициловой кислоты обусловлен блокированием синтеза метаболитов

- гамма-аминомасляной кислоты
- арахидоновой кислоты
- парааминобензойной кислоты
- катехоламинов

Для индукции ремиссии язвенного колита у детей рекомендовано использовать

- омализумаб
- ацетилсалициловую кислоту
- преднизолон
- ибупрофен

Доза преднизолона при индукции ремиссии составляет + _____ + мг/кг

- 8
- 10
- 1
- 0.2

С целью уменьшения потенциального риска подавления роста на фоне терапии преднизолоном рекомендуется прием

- половины назначенной дозы вечером, оставшейся части на ночь
- одной трети дозы утром натощак, оставшуюся часть на ночь
- половины назначенной дозы утром, оставшуюся часть вечером
- всей дозы утром однократно

Повышенный уровень + _____ + в анализах у пациента на фоне проводимой терапии не требует продолжения гормональной терапии, если пациент находится в состоянии клинической ремиссии

- кальпротектина
- лейкоцитов
- гамма-аминомасляной кислоты
- эозинофилов

В качестве дальнейшей профилактики как в периоды ремиссии, так и в периоды обострений пациенту не рекомендуется

- употребление еды с высокой степенью аллергенности
- прием жирной пищи в большом количестве
- прием пищи большими порциями, но максимально редко
- специальная диета или пищевые добавки

Больному следует разъяснить необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, поскольку соблюдение предписаний по терапии существенно (в 2-2,5) раза снижает частоту обострений, а сама терапия является методом химиопрофилактики

- употребление еды с высокой степенью аллергенности
- прием жирной пищи в большом количестве
- прием пищи большими порциями, но максимально редко
- специальная диета или пищевые добавки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 68 лет. Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения II функционального класса, стентирование коронарных сосудов (6 месяцев назад). Постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту 100 мг 1 раз в сутки, тикагрелор 80 мг 2 раза в сутки, метопролол 12,5 мг 2 раза в сутки, изосорбида динитрат 20 мг 2 раза в сутки (утром и днем), аторвастатин 10 мг 1 раз в сутки, доксазозин (по назначению уролога в связи с доброкачественной гиперплазией простаты с согласием терапевта - для лечения артериальной гипертензии), эпизодически - кеторолака (в связи с корешковым синдромом на фоне остеохондроза), на ночь - золпидем (в связи с инсомнией). На фоне проводимой терапии ангинозные боли не рецидивировали, гемодинамика стабильная (АД 120/70 мм.рт.ст., ЧСС 60 ударов в минуту). В связи с эректильной дисфункцией вечером больной принял силденафил внутрь. Через 1,5 часа после приема силденафила отметил резкую слабость, головокружение, АД 80/50 мм.рт.ст., ЧСС 100 ударов в минуту.

Наиболее вероятной причиной гипотонии у данного пациента является взаимодействие изосорбида динитрата с

- тикагрелором
- аторвастатином
- метопрололом
- силденафилом

Риск желудочно-кишечного кровотечения при проведении "двойной" антиагрегантной терапии увеличивается при одновременном применении с

- доксазозина
- кеторолака
- аторвастатина
- золпидема

Из-за отсутствия обоснованных показаний, препаратом, отмену которого следует рассмотреть, является

- изосорбид динитрат
- метопролол
- доксазозин
- ацетилсалициловая кислота

С подавлением синтеза простагландинов связаны такие побочные эффекты НПВС, как

- аллергические реакции
- нейротоксичность
- гепатотоксичность
- язвообразование

НПВС, который следует назначить для достижения максимального обезболивающего эффекта, является

- кеторолак
- диклофенак
- индометацин
- парацетамол

Основной патогенеза НПВП – гастропатии является

- блокада циклооксигеназы-1
- прямой цитотоксический эффект
- увеличение секреции соляной кислоты
- блокада циклооксигеназы-2

Наименьшим риском развития НПВП – гастропатии обладает

- кеторолак
- мелоксикам
- ибупрофен
- напроксен

Неблагоприятные побочные реакции типа А

- имеют аллергическую природу
- зависят от дозы
- не зависят от дозы
- зависят от пола и возраста

Неблагоприятные побочные реакции типа Б

- не зависят от дозы
- зависят от пола
- связаны с механизмом действия лекарственного средства
- зависят от дозы

При применении нитратов (например, изосорбида динитрата) возможны неблагоприятные побочные реакции: развитие привыкания при регулярном приеме, а также

- повышение артериального давления
- синусовая брадикардия
- возникновение синдрома рикошета при резком прекращении приема
- гиперплазия ткани предстательной железы

При нарушениях сна наименьшим влиянием на нормальную структуру сна обладают золпидем и

- феназепам
- зопиклон
- фенобарбитал
- диазепам

Методом статистического анализа, в ходе которого объединяются результаты нескольких исследований ЛС, а итоговая оценка представляется в виде одного взвешенного показателя, является

- феназепам
- зопиклон
- фенобарбитал
- диазепам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 68 лет (вес 56 кг, рост 160 см). Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения II функционального класса, постинфарктный кардиосклероз.

Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокого риска. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант. Хроническая сердечная недостаточность III функционального класса (по NYHA). Принимает дабигатран этексилат 150 мг 2 раза в сутки, метопролол 25 мг 2 раза в сутки, изосорбида динитрат 20 мг 2 раза в сутки (утром и днем), эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, дигоксин 0,125 мг 2 раза в сутки, фуросемид 40 мг 1 раз в неделю (утром натощак), розувастатин 10 мг в сутки, тиоридазин на ночь (в качестве снотворного по назначению психиатра). В последнем биохимическом анализе крови: креатинин - 126 мкмоль/л., клиренс креатинина – 32 мл/мин. По данным ЭХО-КГ- ФВ 30%. На фоне терапии состояние пациентки стабильное. В связи с острым бронхитом участковым врачом назначен кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки. На 5-й день приема кларитромицина больная отметила снижение аппетита, тошноту, на ЭКГ- мерцание предсердий, частая желудочковая экстрасистолия, уровень дигоксина в плазме крови- 3 нг/мл. По поводу желудочковой экстрасистолии начата терапия амиодароном в дозе 400 мг 3 раза в сутки

Тошнота и экстрасистолия являются проявлением побочного действия

- тиоридазина
- дабигатрана
- дигоксина
- розувастатина

Данная реакция относится к НПР типа

- А
- С
- В
- D

Удлинение QT интервала и развитие «пируэтной» желудочковой тахикардии не характерно для межлекарственного взаимодействия

- амиодарона и кларитромицина
- амиодарона и тиоридазина
- дабигатрана и розувастатина
- тиоридазина и кларитромицина

Согласно инструкции по применению, с учетом клиренса креатинина у данного больного и при совместном назначении амиодарона, доза дабигатрана по усмотрению врача может составлять

- 150 мг 1 раз в день
- 150 мг дважды в сутки
- 110 мг 1 раз в день
- 75 мг 1 раз в день

Добавляет 3 балла по Шкале антихолинэргической нагрузки и может провоцировать падения у данного пациента применение

- кларитромицина
- дабигатрана
- розувастатина
- тиоридазина

Потенциально не рекомендованным в соответствии с критериями Бирса в данном случае является

- эналаприл
- метопролол
- тиоридазин
- изосорбида динитрат

Из-за отсутствия обоснованных показаний следует рассмотреть отмену

- изосорбида динитрат
- эналаприла
- розувастатина
- метопролола

Дабигатран является

- субстратом Р-гликопротеина
- ингибитором Р-гликопротеина
- ингибитором цитохрома Р 450
- индуктором цитохрома Р 450

Из всех оральных антикоагулянтов в большей степени элиминируется почками

- варфарин
- ривароксабан
- апиксабан
- дабигатран

Макролиды не обладают

- высокой природной активностью в отношении «атипичных» микроорганизмов
- высокими показателями биодоступности
- высоким профилем безопасности
- антисинегной активностью

Для профилактики тахифилаксии при применении нитратов с целью профилактики приступов стенокардии «безнитратный» промежуток должен составлять не менее + _____ + часов

- 6
- 24
- 3
- 12

При возникновении среди населения единичных случаев особо опасных инфекций устанавливается

- 6
- 24
- 3
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 67 лет (вес 96 кг, рост 165 см) по поводу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий принимает амиодарон 200 мг 1 раз в сутки. В анамнезе - инфаркт миокарда 3 года назад, получает симвастатин в дозе 40 мг 1 раз в сутки (в связи с гиперлипидемией), эналаприл 10 мг 2 раза в сутки (в связи с артериальной гипертензией), ацетилсалициловую кислоту 100 мг в сутки. При приступах головных болей самостоятельно принимает кеторолака трометамин до 3-х раз в неделю. По рекомендации кардиолога ацетилсалициловая кислота заменена на варфарин - 2.5 мг в сутки, при этом в течение месяца отмечается нестабильное МНО (1.0-5.0), эпизодически появляются синяки, не спровоцированные травмами.

Препаратом, который может увеличивать риск кровотечений при совместном применении с варфарином, является

- эналаприл
- целекоксиб
- симвастатин

- амиодарон

Межлекарственное взаимодействие в этом случае является

- фармакокинетическим на уровне выведения
- фармакокинетическим на уровне биотрансформации
- фармакокинетическим на уровне распределения
- фармакокинетическим на уровне всасывания

Риск развития миопатии увеличивается при совместном применении симвастатина с

- амиодароном
- эналаприлом
- ацетилсалициловой кислотой
- кеторолаком

Межлекарственное взаимодействие в этом случае является

- фармакокинетическим на уровне всасывания
- фармакокинетическим на уровне выведения
- фармакокинетическим на уровне биотрансформации
- фармакокинетическим на уровне распределения

Максимальная доза симвастатина при совместном применении с амиодароном составляет + _____ + мг

- 40
- 20
- 80
- 10

Препаратом, который может снижать антигипертензивное действие эналаприла, является

- кеторолак
- амиодарон
- симвастатин
- изосорбида динитрат

В данном случае потенциально не рекомендованными в соответствии с критериями Бирса являются амиодарон и

- симвастатин
- ацетилсалициловая кислота

- кеторолак
- варфарин

Решение кардиолога о замене ацетилсалициловой кислоты на антикоагулянты являлось

- не обоснованным, так как назначение антикоагулянтов повышает риск возникновения желудочно-кишечного кровотечения
- обоснованным, так как назначение антикоагулянтов повышает риск возникновения геморрагического инсульта
- не обоснованным, так как антитромбоцитарная монотерапия является достаточной для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий
- обоснованным, так как антитромбоцитарная монотерапия не рекомендуется для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий

Для вторичной профилактики инфаркта миокарда больной необходимо дополнительно назначить

- мочегонные
- бета-адреноблокаторы
- ингибиторы альдостерона
- нитраты

Применение амиодарона в сочетании с симвастатином в дозе более 20 мг может привести к развитию

- нефротоксичности
- гипотонии
- миопатии
- аритмий по типу "пируэт"

Максимальная доза симвастатина при его совместном применении с амиодароном не должна превышать + _____ + мг

- 80
- 60
- 20
- 40

При выявлении у пациента генотипа, соответствующего «быстрому» метаболитору (UM) по тому или иному ферменту биотрансформации, следует выбрать

- 80
- 60
- 20
- 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию в пульмонологическое отделение к больной М, 28 лет, рост 172 см, вес 62 кг.

Жалобы

На слабость, кашель с трудноотделяемой мокротой желтого цвета, тяжесть в грудной клетке, повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Больной себя считает 3 дня, когда после переохлаждения появилась слабость, кашель с небольшим количеством светлой мокроты, повысилась температура тела до $38,7^{\circ}\text{C}$. К врачу не обращалась, в течение 2 дней самостоятельно принимала арбидол – без эффекта. Вчера начала прием таваника в дозе 500 мг 2 раза в день, без значительной положительной динамики. Сегодня ночью больной стало хуже, температура поднялась до $39,0^{\circ}\text{C}$, появились тошнота, головные боли. Пыталась сбить температуру самостоятельно, для чего приняла 2 таблетки аспирина (по 500 мг) и ввела в/м 1 ампулу диклофенака, температура понизилась до $38,5^{\circ}\text{C}$. Утром вызвала скорую помощь и была доставлена в стационар.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Язвенная болезнь желудка.

Объективный статус и лабораторно-инструментальные данные

Кожные покровы теплые, влажные, температура тела $39,1^{\circ}\text{C}$, ЧДД 22 в минуту. Аускультативно: дыхание жесткое, ослаблено по всем легочным полям, выслушиваются влажные мелкопузырчатые и единичные сухие свистящие хрипы, крепитация. АД 130/90 мм.рт.ст., ЧСС 88 уд/мин. ГОСТ в пределах нормы. Остальные органы и системы без особенностей.

Данные инструментальных методов исследования:

Бак. посев мокроты: материал взят, в работе.

Пульсоксиметрия: SaO_2 – 91%.

ЭКГ: ритм синусовый, 90 в минуту. ST на изолинии, зубец T (+).

Данные лабораторных методов исследования:

* Общий анализ крови:

- ** Hb 145 г/л, Ht 0,43%, Eг 4,6 x 10¹²/л, ЦП 0,95, СОЭ 16 мм / час,
** Tr 198 x 10⁹/л; L 13,9 x 10⁹/л; формула: п/10; с/57; б/1; э/0; л/31; м/ 5
* Общий анализ мочи:
** удельный вес 1015, белок нет г/л, L 1-2 п/зр; Eг нет п/зр; цилиндры нет п/зр;
соли нет
* Генетическое тестирование – _медленный метаболизатор CYP1A2.

Сформулируйте предварительный диагноз

- 80
- 60
- 20
- 40

Диагноз

Препаратом выбора в данной клинической ситуации является

- амоксициллин/клавуланат
- метронидазол внутрь
- эритромицин
- ванкомицин

При впервые выявленной аллергической реакции на пенициллины препаратом выбора для эмпирической антибактериальной терапии является

- клиндамицин
- ванкомицин
- оксациллин
- левофлоксацин

Механизм действия амоксициллина/клавуланата основан на

- нарушении синтеза белка на рибосомах микробной клетки
- ингибировании тканевого дыхания
- ингибировании 2 жизненно важных фермента микробной клетки-ДНК-гиразу, топоизомеразу
- блокировании синтеза пептидогликана клеточной стенки бактерии

Амоксициллин/клавуланат относится к группе

- ингибиторзащищённых пенициллинов
- «респираторных» фторхинолов
- тетрациклинов
- цефалоспоринов с синегнойной активностью

Характерное для амоксициллина/клавуланата лекарственное взаимодействие это

- усиление действия этанола и его производных
- усиление действия при совместном приёме с бактериостатическими лекарственными средствами
- уменьшение эффективности пероральных контрацептивов
- снижение эффективности непрямых антикоагулянтов

При верификации возбудителя и подтверждение атипичной флоры в виде *M. pneumoniae* пациенту в амбулаторных условиях показано назначение

- макролидов
- цефалоспоринов III поколения
- фторхинолонов
- тетрациклинов

Препаратом выбора среди макролидов при верификации атипичного возбудителя будет

- цефепим или эртапенем
- цефтриаксон или цефотаксим
- азитромицин или кларитромицин
- левофлоксацин или моксифлоксацин

По степени выраженности угнетения цитохрома P-450 в печени макролиды можно распределить в следующем порядке

- эритромицин > азитромицин > кларитромицин
- кларитромицин > эритромицин > азитромицин
- азитромицин > эритромицин > кларитромицин
- азитромицин > кларитромицин > эритромицин

Механизм действия макролидов обусловлен

- ингибированием тканевого дыхания
- ингибированием 2 жизненно важных ферментов микробной клетки-ДНК-гираза, топоизомераза
- блокированием синтеза пептидогликана клеточной стенки бактерии
- нарушением синтеза белка на рибосомах микробной клетки

Препаратом (-ами) резерва, при верификации возбудителя внебольничной пневмонии *S. pneumoniae*, в амбулаторных условиях является (-ются)

- тетрациклины
- «респираторные» фторхинолоны
- макролиды
- ванкомицин

Специфическими для фторхинолонов нежелательными реакциями являются

- тетрациклины
- «респираторные» фторхинолоны
- макролиды
- ванкомицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 52 лет, вес 85 кг, рост 182 см.

Жалобы

Обратился с жалобами на головную боль на фоне повышения цифр АД, общую слабость, редко при повышении АД беспокоит учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Артериальное давление повышается в течение 2-х лет. Максимальные цифры АД – 160/100 мм рт.ст. Гипотензивные препараты не принимает. От работы по состоянию здоровья не отстранялся, боли в сердце, одышку отрицает.

Настоящая госпитализация связана с прохождением очередного мед.осмотра. На приеме у терапевта цифры АД=140/90 мм.рт.ст., на ЭКГ- пульс - 48 уд.в мин. Дано направление на госпитализацию в к/о для подбора антигипертензивной терапии и дообследования.

Анамнез жизни

Лекарственной аллергии не выявлено. Ложная хорда левого желудочка. Атеросклероз аорты. Дислипидемия.

Лабораторно-инструментальные данные

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

|====

| *Эрит.* | *Гемог*. | *Лейк.* | *Пал.* | *Сегм*. | *Эоз*. | *Мон.* | *Лимф.* | *СОЭ*

| 4,9 | 155 | 8,6 | 1 | 72 | 1 | 6 | 20 | 7

|====

{nbsp}

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ:

|====

| *Уд. вес* | *Прозр*. | *Сахар* | *Белок* | *Эритроц.* | *Лейк.* | *Пл.эпит.* |
Бакт.

| 1013 | см | 0 | 0 | 0 | 1-3 | немн | -

|====

{nbsp}

БИОХИМИЯ:

|====

| *Бі* | *Ті.* | *АЛТ* | *АСТ* | *Мочевина* | *Креатинин* | *Холестерин* |
Глюкоза

| 8,1 | 2 | 9 | 19 | 4,0 | 88 | 4,5 | 5,5

|====

Калий крови= 4,1 ммоль/л;

{nbsp}

КОАГУЛОГРАММА:

|====

| *ПТВ* | *АЧТВ* | *Фибриноген* | *МНО* | *Нафт.тест* | *Этан.тест*

| 26,7 | 22,3 | 4,15 | 2,06 | - | -

|====

{nbsp}

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР:

|====

| *Общ.холестерин* | *ТГ* | *ЛПНП* | *ЛПВП* | *Инд.атерогенности*

| 4,5 | 0,9 | 2,4 | 1,61 | 1,8

|====

{nbsp}

Гормоны щитовидной железы

|====

| *ТТГ* | *Т4* | *Т3*

| 3,21мкМЕ/мл | 11,7 пмоль/л | 0,15 нмоль/л

|====

ЭКГ 1: Ритм синусовый, 80 уд. в мин. Нормальное положение ЭОС. «ST-T» на изолинии, «Т»-положительный.

В дальнейшем без отрицательной динамики.

Предварительный диагноз пациента - это

- тетрациклины
- «респираторные» фторхинолоны
- макролиды
- ванкомицин

Диагноз

Необходимая терапия, согласно основному и сопутствующему заболеванию, - это

- иАПФ и бета-блокаторы
- блокаторы рецепторов ангиотензина и диуретики
- иАПФ и антагонисты кальция
- диуретики и бета-блокаторы

К иАПФ относятся

- амлодипин, нифедипин
- бисопролол, метопролол
- лозартан, валсартан
- лизиноприл, эналаприл

Стартовый режим дозирования эналаприла + _____ + мг 2 раза в сутки

- 25-50
- 2,5-5
- 75-100
- 50-75

Характерным побочным эффектом ингибиторов АПФ является

- сухой кашель
- синдром красного человека
- удлинение интервала Q-T
- желудочно-кишечное кровотечение

Абсолютным противопоказанием к применению иАПФ является

- беременность
- бронхиальная астма
- хроническая обструктивная болезнь лёгких
- тахикардия

К антагонистам кальция относятся

- лозартан, валсартан
- эналаприл, фозиноприл
- амлодипин, нифедипин
- бисопролол, метопролол

Стартовый режим дозирования амлодипина + _____ + мг + _____ + раз/раза в сутки

- 5; 1
- 50; 1
- 50; 2
- 25; 2

Абсолютным противопоказанием к применению тиазидных диуретиков является

- тахикардия
- сахарный диабет
- подагра
- риск кровотечения

Причина назначения в данной клинической ситуации антагонистов кальция следующая: антагонисты кальция

- положительно влияют на эректильную функцию
- не оказывают влияние на обмен глюкозы в организме
- улучшают выживаемость пациентов в течение 15 лет
- более эффективно замедляют прогрессирование атеросклероза

Механизм гипотензивного действия амлодипина обусловлен

- расширением коронарных и периферических артерий и артериол
- прямым расслабляющим влиянием на гладкие мышцы сосудов
- снижением симпатического тонуса путём стимуляции центральных тормозных пресинаптических альфа₂-адренорецепторов
- снижением общего периферического сопротивления (постнагрузки)

Механизм действия эналаприла заключается в

- расширением коронарных и периферических артерий и артериол
- прямым расслабляющим влиянием на гладкие мышцы сосудов
- снижением симпатического тонуса путём стимуляции центральных тормозных пресинаптических альфа₂-адренорецепторов
- снижением общего периферического сопротивления (постнагрузки)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 80 лет (рост 170 см, вес 50 кг), который был доставлен каретой скорой медицинской помощи с направительным диагнозом: Острый инфаркт миокарда. На КСП вводили гепарин 5000 ЕД, клопидогрел 300 мг, аспирин 250 мг, морфин.

Жалобы

При осмотре ангинозные боли купированы.

Анамнез заболевания

В течение 10 лет редко повышение АД до 160/100 мм рт.ст., гипотензивные препараты регулярно не принимал. В течение недели появились давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся в покое самостоятельно. Вчера – интенсивные загрудинные боли, длящиеся около 2 часов (был на даче), принимал валидол, пенталгин, капотен. Сегодня боли рецидивировали, вызвал КСП. Госпитализирован в ПИТ. В ПИТе начата инфузия НФГ со скоростью 600 ЕД/ч, через 3 часа скорость введения НФГ увеличена до 800 ЕД/ч, затем 1000 ЕД/ч через 6 часов, затем 1100 ЕД/ч через 12 часов. На второй день пребывания в ПИТе у пациента появилась выраженная гематурия, кровоточивость из мест инъекций.

Анамнез жизни

В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Лекарственная непереносимость – нет.

Объективный статус и лабораторно-инструментальные данные

При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 90 в мин, ЧД 16 в мин.

ЭКГ при поступлении: синусовый ритм 90 в мин, очаговые изменения нижней стенки ЛЖ (патологический Q, подъём ST до 2 мм II, III, aVF).

Общий анализ крови: эритроциты-4,0, лейкоциты-6,4, гемоглобин-122, тромбоциты-218, палочкоядерные-2%, сегментоядерные-75%, лимфоциты-17%, моноциты-3%, эозинофилы-1%, базофилы-0%, СОЭ-25 мм/час;

Биохимический анализ крови: билирубин-8,6, тимоловая проба-2, АлАТ-10, АсАТ-13, мочевины-7,1, креатинин-108, глюкоза-4,6. Коагулограмма:

протромбиновое время-13,4, АЧТВ(исходно)-25,4; через 3 часа АЧТВ-26,2; через 6 часов АЧТВ-24,5; через 9 часов АЧТВ-22,5; через 12 часов АЧТВ-25,2; через 18 часов АЧТВ-23,3; через 24 часа АЧТВ-24,6; фибриноген-5,1, МНО-1,06. Липидный спектр: общий холестерин-4,8, триглицериды-0,76, ЛПНП-3,2, ЛПВП-1,18.

ОАМ (1-е сутки): количество-100 мл, цвет-жёлтый, уд.вес-1016, рН-кислая, белок-0, лейкоциты-2-3, эритроциты-0, эпителий-единичный;

ОАМ (2-е сутки): количество-30 мл, цвет-красный, уд.вес-1021, рН-нейтральная,

белок-0,055, лейкоциты-6-8, эритроциты-на всё поле зрения, эпителий-единичный.

Предварительный диагноз - это

- расширением коронарных и периферических артерий и артериол
- прямым расслабляющим влиянием на гладкие мышцы сосудов
- снижением симпатического тонуса путём стимуляции центральных тормозных пресинаптических альфа₂-адренорецепторов
- снижением общего периферического сопротивления (постнагрузки)

Диагноз

Ошибкой догоспитального этапа является

- превышение расчётной дозы НФГ (60 ЕД/кг)
- назначение двойной антитромбоцитарной терапии, на догоспитальном этапе достаточно назначение нагрузочной дозы аспирина 250 мг
- превышение расчётной дозы НФГ (80 ЕД/кг)
- превышение дозы двойной антитромбоцитарной терапии (клопидогрел 75 мг и аспирин 125 мг)

В стационаре необходимо было выполнить

- определение генетической предрасположенности к кровотечениям
- определение уровня тропонина крови
- эхоКГ
- определение уровня D-димера

Учитывая развитие геморрагического синдрома на фоне применения НФГ при отсутствии прироста АЧТВ у пациента можно заподозрить

- превышение дозы двойной антитромбоцитарной терапии
- передозировку НФГ
- дефицит антитромбина III
- гемофилию А

Если у пациента дефицит антитромбина III, при необходимости назначения гепарина дозу НФГ подбирают по

- показателю протромбинового времени
- уровню фибриногена
- уровню анти-Ха активности
- уровню МНО

Тромболитическая терапия данному пациенту

- не показана по срокам развития более 12 часов
- показана Альтеплаза 15 мг болюсно затем 50 мг на 100 мл физ. рас-ра в течение 30 минут, затем 35 мг на 100 мл физ. рас-ра за 60 минут
- показана Альтеплаза 50 мг на 100 мл физ. рас-ра в течение 60 минут
- показана Альтеплаза 35 мг на 100 мл физ. рас-ра за 60 минут

Пациенту показана двойная антитромбоцитарная терапия, в качестве которой необходимо назначить в поддерживающих дозах: аспирин + _____ + мг, клопидогрел + _____ + мг 1 раз в сутки

- 250; 75
- 250; 300
- 75-100; 75
- 75-100; 300

Тройная антитромботическая терапия и язвенный анамнез определяют риск кровотечения по шкале CRUSADE как

- очень высокий (более 50 баллов)
- высокий (41-50 баллов)
- низкий (21-30 баллов)
- средний (31-40 баллов)

Согласно сопутствующим заболеваниям (язвенная болезнь) пациенту необходимо назначить

- антациды
- ингибиторы протонной помпы
- препараты висмута
- H₂-гистаминоблокаторы

Характерным для омепразола и клопидогреля межлекарственным взаимодействием является

- повышение омепразолом уровня всасывания клопидогреля в ЖКТ, что определяет увеличение фармакодинамических эффектов клопидогреля
- выраженное ингибирование цитохрома CYP2C19 омепразолом - взаимодействие с клопидогрелом, уменьшение образование активной формы клопидогреля
- выраженная стимуляция омепразолом системы цитохром CYP2C19 - взаимодействие с клопидогрелом, увеличение образования активной формы клопидогреля.

- снижение омепразолом уровня всасывания клопидогреля в ЖКТ, что определяет снижение фармакодинамических эффектов клопидогреля

Препаратом выбора среди ингибиторов протонной помпы в данной клинической ситуации является

- омепразол
- рабепразол
- лансопразол
- пантопразол

Согласно последним рекомендациям по лечению острого инфаркта миокарда с подъемом ST 2020 г. в данной клинической ситуации двойная антиагрегантная терапия назначена пациенту продолжительностью

- омепразол
- рабепразол
- лансопразол
- пантопразол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке К. 50 лет с диагнозом хроническая тромбоэмболическая лёгочная гипертензия. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * одышку, возникающую в покое и усиливающуюся при минимальной физической нагрузке,
- * сухой кашель,
- * чувство тяжести за грудиной,
- * отеки нижних конечностей (больше правой),
- * эпизоды кровохарканья.

Анамнез заболевания

Несколько лет назад установлен диагноз идиопатической тромбоцитопенической пурпуры, проводилась терапия преднизолоном в дозе 120 мг с положительным эффектом. В дальнейшем отмечались рецидивы заболевания, в связи с чем назначалась терапия азатиоприном, выполнена

спленэктомия. Пациентка постоянно находилась на учете у гематолога, достигнута стойкая ремиссия. Далее перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в бассейне правой средней мозговой артерии с хорошим восстановлением мозговых функций. Так же больная находилась на стационарном лечении по поводу тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВ), получала антикоагулянтную терапию варфарином в течение 6 мес., целевой уровень значений международного нормализованного отношения (МНО) достигался не всегда.

В последствии внезапно появились и постепенно прогрессировали одышка, сухой кашель, в связи с чем пациентка обратилась к терапевту в поликлинику по месту жительства. С учетом данных рентгенографии органов грудной клетки (выявлены очагово-инфильтративные изменения в нижних отделах правого легкого) был поставлен диагноз правосторонней нижнедолевой пневмонии, проводилась антибактериальная терапия с положительным клиническим эффектом, рентгенологический контроль не выполнялся. В дальнейшем отмечалось постепенное ухудшение состояния – нарастание одышки с возникновением ее эпизодов в покое, снижение толерантности к физическим нагрузкам. По скорой была госпитализирована в стационар. На основании лабораторных, инструментальных исследований установлен диагноз хроническая тромбоэмболическая лёгочная гипертензия.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – замужем. Дочь 22 года, сын 18 лет. Здоровы.
- * Перенесенные заболевания – корь, ангина.
- * В 35 лет – надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу фибромы матки.
- * Хронический пиелонефрит.
- * Наследственность не отягощена.
- * Аллергоанамнез — димедрол, новокаин, пенициллиновый ряд антибиотиков (макуло-папулезная сыпь).
- * Вредные привычки – отрицает.
- * Гинекологический анамнез – беременностей 6, родов 2, аборт 4.

Объективный статус

При поступлении общее состояние тяжелое. Гиперстенический тип телосложения (масса тела – 106 кг, рост – 161 см). Кожные покровы бледные. Отеки голеней и стоп, больше справа. В легких дыхание везикулярное,

ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, хрипы не прослушиваются. Частота дыхательных движений 24 в минуту (сатурация кислорода 89%). Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2-го тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений 94 уд./мин. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

При невозможности оперативного лечения и в случае резидуальной ЛГ разрешено применение ЛАГ-специфической терапии, представленной

- стимулятором растворимой гуанилатциклазы Риоцигуатом
- селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими антидепрессантами
- сердечными гликозидами, бета-адреноблокаторами
- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, диуретиками

У данной пациентки причинами формирования хронической тромбоэмболической легочной гипертензии послужили следующие факторы

- тромбофилия, спленэктомия
- малоподвижный образ жизни
- перенесённое острое нарушение мозгового кровообращения, пневмония
- хронические воспалительные заболевания (остеомиелит, воспалительные заболевания кишечника)

В качестве поддерживающей терапии пациентке рекомендовано назначить

- лозартан {plus} эналаприл
- нифедипин
- пропранолол
- фуросемид

Рекомендована начальная доза фуросемида + _____ + мг/сутки

- 200
- 20
- 5
- 10

В случае недостаточной эффективности фуросемида в максимальной дозе рекомендовано добавить к терапии

- бисопролол {plus} валсартан
- лизиноприл
- моксонидин {plus} ивабрадин
- спиронолактон

Рекомендована начальная доза спиронолактона + ____ + мг/сутки

- 10
- 150
- 5
- 25

При назначении диуретиков рекомендовано тщательно контролировать

- сахар крови и трансаминазы печени
- сахар крови и кетоны в моче
- трансаминазы печени и креатинин плазмы
- уровни электролитов крови, функцию почек

В качестве антикоагулянта препаратом выбора у данного пациента является

- дабигатрана этексилат
- ривароксабан
- варфарин
- апиксабан

При применении варфарина с целью мониторинга эффективности и безопасности препарата у конкретного пациента необходимо контролировать

- время свёртывания
- МНО
- протромбиновое время
- АЧТВ

Целевой уровень МНО составляет

- 7.5-10.5
- 1-1.5
- 2.5-3.5
- 5.5-7.5

Назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина, β-адреноблокаторов, ивабрадина для терапии лёгочной артериальной гипертензии

- рекомендуется при среднем давлении в лёгочной артерии больше 20 мм рт.ст
- рекомендуется при среднем давлении в лёгочной артерии больше 15 мм рт.ст
- не рекомендуется
- рекомендуется во всех случаях

В целях повышения эффективности терапии, модификации факторов риска, улучшения прогноза пациенту рекомендовано

- рекомендуется при среднем давлении в лёгочной артерии больше 20 мм рт.ст
- рекомендуется при среднем давлении в лёгочной артерии больше 15 мм рт.ст
- не рекомендуется
- рекомендуется во всех случаях

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке К. 13 лет с диагнозом миокардит, осложненный фибрилляцией предсердий. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

- * В течение двух последних лет предъявляла жалобы на боли в левой половине грудной клетки колющего и тянущего характера без четкой периодичности.
- * Связь с физическими, психоэмоциональными нагрузками, изменением положения тела, а также иррадиацию ребенок и мать пациентки отрицают.

Анамнез заболевания

Впервые обратились к кардиоревматологу в возрасте 10 лет по поводу кардиалгий указанного характера. На ЭКГ на тот момент — синусовая аритмия с ЧСС 62–70 в минуту.

Состояние расценено как синдром вегетососудистой дистонии (ВСД).

Медикаментозной терапии не проводилось. Через месяц — учащение эпизодов болей в области сердца. По ЭКГ — политопная экстрасистолия, учащающаяся при физической нагрузке. Проводилась медикаментозная терапия антиаритмическими препаратами (атенолол, новокаиномид), кардиотрофиками, НПВС (аспирин), дезагрегантами (курантил). После выписки из стационара постоянно в течение года получала соталол в суточной дозе 60

мг, на фоне чего достигнута положительная динамика в виде урежения частоты эктопической предсердной тахикардии до 167 в минуту (в отсутствие рецидивов мерцательной аритмии). Входе настоящей плановой госпитализации зафиксировано трепетание предсердий с частотой 214 в минуту с АВ-проведением 2:1 и желудочковым 3:1.

На фоне медикаментозной терапии антиаритмическими препаратами (верапамил), кардиотрофиками, мембраностабилизаторами, ноотропами, седативными, дезагрегантами (курантил), инфузий поляризующей смеси положительного эффекта не достигнуто. На контрольной ЭКГ после внутривенного введения верапамила сохранялось трепетание предсердий с частотой 107–171 в минуту с АВ-проведением 3:1.

Настоящая госпитализация связана с ухудшением состояния. Диагноз инфекционный миокардит. Осложнения фибриляция предсердий.

Анамнез жизни

* Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне выраженного токсикоза первой половины.

* Наследственность не отягощена.

* Родители вредные привычки отрицают.

* Профессиональных вредностей не зарегистрировано.

* Мать на внутриутробные инфекции не обследована. Роды вторые, 39/40 недель, по выписным документам — без патологии. Закричала сразу, масса тела при рождении — 2550 г, длина — 48 см.

* При анализе медицинской документации на первом году жизни не болела. В возрасте 4 лет перенесла скарлатину, в 5 лет — острый гастроэнтерит, проведен курс антибактериальной терапии, в 6 лет — лакунарную ангину с лихорадкой до фебрильных цифр; проведен курс антибактериальной терапии. После 6 лет — редкие ОРЗ, ОРВИ с легким течением. До 10 лет ЭКГ не проводилась.

Наблюдается оториноларингологом по поводу хронического компенсированного тонзиллита. Физическое развитие среднее, гармоничное.

Объективный статус

Состояние по заболеванию средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Положение активное, эмоциональный фон положительный. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Видимые слизистые розовые, сыпи нет, цианоза не зафиксировано. Дужки не гиперемированы. Миндалины рыхлые, задняя стенка глотки зерниста, налетов на миндалинах на момент осмотра не было. Пульс аритмичный 55–78 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны сердца ясные, аритмичные. Систолический шум с эпицентром в точке

Боткина–Эрба, без экстракардиального проведения. Расщепление 2-го тона во

2–3-м межреберье слева. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов не зафиксировано. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпировалась. Дизурические явления ребенок и мать девочки отрицали. Периферических отеков не было. Стул один раз в сутки, без патологических примесей

Посевы крови и отделяемого из носоглотки

По результатам посевов крови и отделяемого из носоглотки получено

|====

2+^ | Staphylococcus aureus

| Бензилпенициллин | R

| Ванкомицин | S

| Гентамицин | R

| Клиндамицин | S

| Левофлоксацин | R

| Линезолид | S

| Моксифлоксацин | R

| Оксациллин | R

| Рифампицин | R

| Тетрациклин | R

| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R

| Фосфомицин | S

| Фузидиевая кислота | R

| Цефокситин | R

| Ципрофлоксацин | R

| Эритромицин | S

|====

Данный микроорганизм является

- _MSSA_
- _VRE_
- _MRSA_
- _MRSE_

Данному пациенту для терапии инфекционного миокардита рекомендовано назначение

- внутривенного иммуноглобулина
- противовирусной терапии
- антиферментных средств
- антибактериальной терапии

У данного пациента для терапии инфекционного миокардита препаратом выбора является

- ванкомицин
- тигециклин
- полимиксин В
- амоксициллин/клавуланат

Суточная доза ванкомицина составляет + ____ + г

- 2
- 1
- 6
- 4

Суточную дозу ванкомицина рекомендовано назначать в

- 5 введений
- 3 введения
- 1 введение
- 2 введения

Каждую дозу ванкомицина рекомендовано вводить в течение

- не более 20-30 минут
- 30 минут
- 3-5 минут
- не менее 60 минут

Коррекция дозы ванкомицина производится по уровню

- клиренса креатинина
- лейкоцитоза, С-реактивного белка
- общего белка
- «печёночных» трансаминаз

Расчет скорости клубочковой фильтрации для коррекции дозы ванкомицина у данного пациента необходимо производить по формуле

- MDRD
- Кокрофта–Голта
- СКД-EPI
- Шварца

Препаратом выбора для лечения нарушений ритма сердца при миокардитах является

- амиодарон
- дигоксин
- лидокаин
- хинидин

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) не рекомендовано назначать при лечении миокардита, так как имеются данные

- о замедлении репаративных процессов в миокарде с увеличением летальности
- об их значительном влиянии на интервал QT
- об ускорении реполяризации миокарда
- о замедлении репаративных процессов в миокарде с увеличением продолжительности госпитализации

Назначение амиодарона данному пациенту требует

- уведомления представителя департамента здравоохранения
- проведения этической комиссии
- согласования назначения с представителем Росздравнадзора
- проведения врачебной комиссии

Для профилактики миокардита рекомендовано

- уведомления представителя департамента здравоохранения
- проведения этической комиссии
- согласования назначения с представителем Росздравнадзора
- проведения врачебной комиссии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 3. 58 лет с инфекцией эндопротезированного тазобедренного сустава. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

* боль в левом тазобедренном суставе,

* наличие открытой раны в области левого тазобедренного сустава с обильным гнойным отделяемым.

Анамнез заболевания

* В 2009 г. - бытовая травма, в результате которой получила перелом шейки левой бедренной кости, выполнено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. П\о период без осложнений.

* Настоящая госпитализация в связи с нестабильностью эндопротеза левого тазобедренного сустава, выполнено ревизионное эндопротезирование левого ТБС, получает Амоксициллин/ клавуланат 1,2 г 3 р/сут в/в струйно медленно.

* Установленный диагноз – инфекция эндопротезированного тазобедренного сустава.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.

* Образование высшее, технолог.

* Питание регулярное, качественное. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

* Семейное положение – замужем. Дочь 28 лет. Здорова.

* Наследственность: отец перенес рак мочевого пузыря, у матери пациентки был сахарный диабет.

* Вредные привычки – отрицает.

* Аллергоанамнез неотягощен.

Объективный статус

Масса тела 80 кг, рост 170 см.

Передвигается с помощью двух костылей, движения в левом тазобедренном суставе ограничены, болезненны, сгибание до угла 110 градусов, в области верхней трети левого бедра послеоперационный рубец с признаками воспаления.

В посеве гнойного отделяемого из области п/о раны получено

|====

2+^ | Выделенные микроорганизмы

2+^ | *Staphylococcus epidermidis MRSE*

| Антибиотикограмма {asterisk}{asterisk} | [1]

| Ванкомицин | S

| Гентамицин | R

| Клиндамицин | S

| Левофлоксацин | R

| Линезолид | S

| Моксифлоксацин | R

| Оксациллин | R
| Рифампицин | R
| Тетрациклин | S
| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R
| Фосфомицин | S
| Фузидиевая кислота | S
| Цефокситин | R
| Ципрофлоксацин | R
| Эритромицин | R
|====

В плане антибактериальной терапии необходимо

- отменить амоксициллин/клавуланат
- добавить к амоксициллин/клавуланату антибиотик из группы цефалоспоринов
- увеличить дозу амоксициллин/клавуланата
- уменьшить дозу амоксициллин/клавуланата

Исходя из полученного посева антибактериальную терапию необходимо сменить на

- цефепим
- тигециклин
- ванкомицин
- полимиксин В

Коррекция дозы ванкомицина производится по уровню

- общего белка
- «печёночных» трансаминаз
- клиренса креатинина
- лейкоцитоза, с-реактивного белка

Клиренс креатинина у данной пациентки равен 75 мл/мин. В данном случае коррекция дозы ванкомицина

- не требуется при нарушении функции печени
- не требуется во всех случаях
- требуется
- не требуется при наличии хронической почечной болезни

Для данной пациентки с учётом клиренса креатинина рекомендована доза ванкомицина +_____+ г, +_____+ р/сутки

- 0,5; 4
- 1,0; 1
- 0,5; 3
- 1,5; 2

Применять ванкомицин с осторожностью необходимо пациентам с

- сниженной функцией печени
- острым нарушением мозгового кровообращения
- нарушением слуха
- лейкоцитозом или лейкопенией

Лекарственный препарат ванкомицин, помимо внутривенного введения, может быть назначен

- местно
- внутрь
- внутримышечно
- подкожно

Рекомендуется поддерживать C_{ss} ванкомицина в сыворотке крови на уровне +_____+ мкг/мл

- 70-100
- 15-20
- 5-10
- 25-40

Во избежание развития нежелательных реакций, связанных с инфузией, ванкомицин рекомендовано вводить в течение +_____+ минут

- не менее 60
- не более 30
- 5-10
- не более 20

С целью рационализации и оптимизации использования в стационаре антимикробной терапии рекомендовано

- отказаться от создания паспортов локальной антибиотикорезистентности
- проводить мониторинг антибиотикорезистентности

- не контролировать назначение антибактериальной терапии
- не вести учёт инфекций области хирургического вмешательства

Эпидемиологический анализ ИОХВ в медицинской организации рекомендовано проводить врачу

- инфекционисту
- бактериологу
- эпидемиологу
- клинико-лабораторной диагностики

К факторам риска внебольничных инфекций, вызванных антибиоткорезистентными возбудителями, относят

- инфекционисту
- бактериологу
- эпидемиологу
- клинико-лабораторной диагностики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Н. 72 лет. Требуется консультация клинического фармаколога для коррекции антибактериальной терапии.

Жалобы

на

- * боль в правом тазобедренном суставе,
- * наличие открытой раны в области правого тазобедренного сустава.

Анамнез заболевания

- * 10-е сутки после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава проведено по поводу коксартроза. Отмечается подъём температуры, лейкоцитоз, повышение СРБ.
- * Установлен диагноз тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава, глубокая инфекция области хирургического вмешательства, перипротезная инфекция I типа. Лечащим врачом был назначен ципрофлоксацин внутрь по 0,5 г 2 раза в сутки, временный слабopоложительный эффект.
- * Выполнена ревизия правого тазобедренного сустава, экономная некрэктомия раны, туалет раны, асептическая повязка, взяты посе́вы.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование высшее, учитель.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – вдова. Дочь 38 лет. Здорова.
- * Наследственность: отец перенес инфаркт миокарда скончался, у матери пациентки была ГБ.
- * Перенесенные заболевания: в возрасте 55 лет миома матки (резекция).
- * Вредные привычки – отрицает.
- * Аллергоанамнез не отягощен.

Status Localis

Масса тела 52 кг, рост 164 см.

Передвигается с помощью двух костылей, движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны, сгибание до угла 110 градусов, в области верхней трети правого бедра рана с серозно-гнойным отделяемым, выстлана патологическими грануляциями.

Дополнительная информация

Получен посев гнояного отделяемого раны

|====

2+^ | Acinetobacter sp.

| Рифампицин | R

| Амикацин | R

| Имипенем | R

| Колистин | S

| Левофлоксацин | R

| Меропенем | S

| Тобрамицин | R

| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R

| Цефоперазон/сульбактам | S

| Ципрофлоксацин | R

| Амоксициллин/клавуланат | R

|====

{nbsp}

В плане антибактериальной терапии необходимо

- уменьшить дозу ципрофлоксацина
- добавить к ципрофлоксацину ко-тримоксазол
- увеличить дозу ципрофлоксацина
- отменить ципрофлоксацин

Исходя из полученного посева, антибактериальную терапию необходимо сменить на

- полимиксин В
- амоксициллин/клавуланат
- цефоперазон/сульбактам
- ванкомицин

Коррекция дозы цефоперазон/сульбактама производится по уровню

- клиренса креатинина
- мочевой кислоты
- лейкоцитоза, С-реактивного белка
- «печёночных» трансаминаз

Клиренс креатинина у данной пациентки составляет 25 мл/мин.

Максимальная суточная доза сульбактама составляет +___+ г

- 7,5
- 2
- 4
- 1

У пациентки наблюдалась временная положительная динамика, после чего отмечается вновь нарастание системной воспалительной реакции – повышение лейкоцитоза, СРБ, клиническое ухудшение общего и местного состояния послеоперационной раны. В этом случае необходимо думать о

- 7,5
- 2
- 4
- 1

Дополнительная информация

Взят повторный посев гнойного отделяемого при хирургической санации очага.

Получен результат

|====

2+^ | Acinetobacter sp.

| Рифампицин | R

| Амикацин | R

| Имипенем | R

| Колистин | S

| Левофлоксацин | R

| Меропенем | R
| Тобрамицин | R
| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R
| Цефоперазон/сульбактам | R
| Ципрофлоксацин | R
| Амоксициллин/клавуланат | R
| Полимиксин В | S
| Пиперациллин/тазобактам | R
|====
{nbsp}

Рекомендована смена антибактериальной терапии на

- пиперациллин/тазобактам
- полимиксин В
- ванкомицин
- линезолид

Назначение суточной дозы производится из расчёта + _____ + мг/кг/сутки при условии нормальной функции почек у пациента

- 0,5-0,75
- 7,5-10,5
- 5,5-7,5
- 1,5-2,5

Суточную дозу полимиксина вводят в

- 4 введения
- 2 введения
- 3 введения
- 1 введение

Коррекция дозы полимиксина В производится по уровню

- мочевой кислоты
- электролитов
- клиренса креатинина
- щелочной фосфатазы, билирубина

При одновременном назначении полимиксина В и амфотерецина В

- снижается эффективность полимиксина В
- усиливается нефротоксичность
- увеличивается гепатотоксичность

- снижается эффективность амфотерецина В

Применение ступенчатой терапии при назначении антибактериальной терапии приводит к

- увеличению стоимости лечения
- снижению эффективности антибактериальной терапии
- удлинению срока госпитализации
- укорочению срока госпитализации

Эпидемиологический анализ ИОХВ в медицинской организации рекомендовано проводить врачу

- увеличению стоимости лечения
- снижению эффективности антибактериальной терапии
- удлинению срока госпитализации
- укорочению срока госпитализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Л. 37 лет. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * сухой кашель,
- * боли и тяжесть в правой половине грудной клетки,
- * температура в пределах 38-38,7°C

Анамнез заболевания

Заболел остро появился озноб, повышение температуры тела до 38,8°C. Самостоятельно принимал противовирусные препараты (арбидол, ингавирин), жаропонижающие средства. Вызвал участкового терапевта, поставлен диагноз острый бронхит. По рекомендации терапевта начал в/м инъекции цефазолина. Положительной динамики не отмечал, вызвал терапевта повторно, был направлен на госпитализацию в связи с подозрением на пневмонию.

Анамнез жизни

Без особенностей. Анамнез не отягощен, хронических заболеваний не имеет.

Объективный статус

Р легких: признаки очаговой пневмонии в нижней доле правого легкого.

ОАК: Hb-145 г/л, лейкоциты 18×10^9 /л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 240×10^9 /л, п-12%, л-20%, нейтрофилы-74%, э-1%, м-3%, СОЭ 25 мм/ч.

Выбор препаратов для стартовой АМТ осуществляется эмпирически с учетом тяжести внебольничной терапии и

- наличия сопутствующих заболеваний
- факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей
- антибиотикочувствительности выделенного возбудителя
- свойств выделенного возбудителя

По предварительному результату посева мокроты у пациента выделен *Streptococcus pneumoniae*. Недостаточная эффективность цефазолина объясняется

- приёмом жаропонижающих средств
- приёмом противовирусных препаратов перед началом антибактериальной терапии
- неправильным путём введения лекарственного препарата
- низкой активностью в отношении *Streptococcus pneumoniae*

Чувствительностью к цефазолину обладает

- приёмом жаропонижающих средств
- приёмом противовирусных препаратов перед началом антибактериальной терапии
- неправильным путём введения лекарственного препарата
- низкой активностью в отношении *Streptococcus pneumoniae*

Дополнительная информация

Результат посева мокроты

|====

2+^ | Выделенные микроорганизмы

2+^ | **S. pneumoniae**

| Ванкомицин | S

| Гентамицин | R

| Клиндамицин | R

| Левофлоксацин | S

| Линезолид | S

| Моксифлоксацин | S

| Цефтазидим | S

| Рифампицин | R

| Тетрациклин | S

| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R

| Фосфомицин | S

| Ципрофлоксацин | S

| Азитромицин | R

| Цефтриаксон | S

| Амоксициллин | R

| Ампициллин | R

| Цефазолин | R

|====

{nbsp}

В данном случае рекомендовано назначить

- цефтриаксон
- ампициллин
- амоксициллин
- азитромицин

Для терапии внебольничной пневмонии рекомендована суточная доза цефтриаксона + _____ + г

- 1-2
- 0,25-0,5
- 5-6
- 7-10

Для разведения цефтриаксона нельзя использовать раствор

- натрия хлорида
- местных анестетиков
- воды для инъекций
- содержащий кальций

Максимальная суточная доза цефтриаксона составляет + ____ + г

- 8
- 4
- 6
- 10

При одновременном применении антагонистов витамина К и цефтриаксона повышается риск развития

- кровотечений
- миелотоксичности

- энцефалопатии
- нефротоксичности

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через

- 6-12 часов
- 1 месяц
- 2-3 недели
- 48-72 часа

Для контроля эффективности антибактериальной терапии необходимо оценить динамику

- интоксикационного синдрома
- панкреатической амилазы
- тропонина
- билирубина общего

Так же для контроля эффективности антибактериальной терапии необходимо оценить динамику

- антинуклеарных антител
- АЛТ, АСТ, билирубина
- щелочной фосфатазы
- лейкоцитоза

При применении цефтриаксона у пациента развился бронхоспазм. В данном случае необходимо заполнить

- антинуклеарных антител
- АЛТ, АСТ, билирубина
- щелочной фосфатазы
- лейкоцитоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке А. 57 лет с диагнозом внутрибольничная, левосторонняя нижнедолевая пневмония. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела до 38,6°C,
- * озноб,
- * головную боль,
- * кашель.

Анамнез заболевания

- * Считает себя больной, в течении 4-х дней, когда на фоне благополучно протекающего послеоперационного периода после планового эндопротезирования правого тазобедренного сустава на 4-е сутки после операции, отметила повышение температуры тела, озноб, кашель.
- * Осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: внутрибольничная, левосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначен ампициллин/сульбактам 1,5*4 раз в сутки в/в. Через 72 часа после начала антибактериальной терапии, без положительной динамики.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – замужем. Дочь 22 года, сын 18 лет. Здоровы.
- * Перенесенные заболевания – корь, ангина.
- * В 35 лет – надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу фибромы матки.
- * Хронический пиелонефрит.
- * Наследственность неотягощена.
- * Аллергоанамнез — димедрол, новокаин, пенициллиновый ряд антибиотиков (макуло-папулезная сыпь)
- * Вредные привычки – отрицает.
- * Гинекологический анамнез – беременностей 6, родов 2, аборт 4. Менопауза с 45 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание - ясное.

Рост 165 см, вес 68 кг, температура тела 38,9°C.

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. ЧДД 28 в минуту.

Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос, наблюдается инспираторная одышка.

Аускультация: Дыхание жесткое. Ослабление дыхания слева в подлопаточной области. Там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы и слабый шум трения плевры.

Дополнительная информация

В посеве мокроты получено

|====

2+^ | *Klebsiella pneumoniae*

| Амикацин | R

| Ампициллин/Сульбактам | R

| Имипенем | S

| Колистин | S

| Левофлоксацин | R

| Меропенем | S

| Моксифлоксацин | R

| Тобрамицин | R

| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R

| Ампициллин | R

| Цефепим | R

| Цефоперазон/сульбактам | R

| Цефотаксим | R

| Цефтазидим | R

| Цефтриаксон | R

| Ципрофлоксацин | R

| Эртапенем | S

|====

{nbsp}

По результатам посева выделен микроорганизм *Klebsiella pneumoniae*

- не продуцирующий пеницилиназы
- продуцирующий карбапенемазы
- продуцирующий ESBL
- продуцирующий металлобеталактамазы

Диагноз внутрибольничной пневмонии правомочен при возникновении лёгочного инфильтрата через +_____+ и более часов после госпитализации

- 12
- 48
- 6
- 5

В данной ситуации следует

- сделать диагностическую паузу
- продолжить антибактериальную терапию после смены антибактериального препарата
- продолжить антибактериальную терапию рекомендованным ранее препаратом, в такой же дозировке
- увеличить дозу рекомендованного ранее препарата

С учетом результатов бактериологического исследования мокроты, рационально

- продлить курс ампициллин/сульбактама до 14 дней
- уменьшить дозу ампициллин/сульбактама в 2 раза
- увеличить дозу ампициллин/сульбактама в 2 раза
- отменить ампициллин/сульбактам

В плане антибактериальной терапии рекомендовано назначить

- цефепим
- ципрофлоксацин
- цефоперазон/сульбактам
- меропенем

Лабораторным методом контроля эффективности антибактериальной терапии является мониторинг

- билирубина
- уробилиногена
- АСТ, АЛТ
- СРБ

В случае клинической эффективности, продолжительность антибактериальной терапии составляет + _____ + суток

- билирубина
- уробилиногена
- АСТ, АЛТ
- СРБ

Дополнительная информация

|====

2+^ | Klebsiella pneumoniae

| Амикацин | R
| Ампициллин/Сульбактам | R
| Имипенем | R
| Колистин | S
| Левофлоксацин | R
| Меропенем | R
| Моксифлоксацин | R
| Тобрамицин | R
| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R
| Ампициллин | R
| Цефепим | R
| Цефоперазон/сульбактам | R
| Цефотаксим | R
| Цефтазидим | R
| Цефтриаксон | R
| Ципрофлоксацин | R
| Эртапенем | R
|====
{nbsp}

В случае неэффективности назначенной терапии и получении в повторном посеве мокроты *_MDR Kl. Pneumoniae_* с продукцией карбапенемаз назначен колистиметат натрия. Рекомендован путь введения препарата

- ингаляционно
- внутривенно
- перорально
- внутримышечно

Суточная доза колистиметата натрия составляет + ____ + млн ЕД

- 0,5-1
- 8-10
- 15-20
- 2-6

Применение колистиметата натрия требует контроля

- международного нормализованного отношения и АЧТВ
- уровня трансаминаз печени
- форсированного объема выдоха за 1 секунду
- глюкозы крови

Суточную дозу колестиметата натрия рекомендовано назначать в +_____+ введение/введения

- 2
- 4
- 3
- 1

При применении колестиметата натрия у пациента развился ангионевротический отек. В этом случае необходимо заполнить

- 2
- 4
- 3
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к девочке Е. 4 лет с диагнозом: внебольничная правосторонняя пневмония среднетяжелое течение. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * приступообразный кашель в дневное и ночное время,
- * общую слабость,
- * снижение аппетита,
- * подъём температуры тела до 38,7°C.

Анамнез заболевания

* Болезна в течение 5 дней. Заболевание началось с подъёма температуры тела до 38,9°C. По назначению участкового педиатра в течение 1 суток принимала амоксициллин, появилась аллергическая реакция в виде отёка Квинке. Вызвали скорую помощь, пациентка была госпитализирована.

* В стационаре установлен диагноз внебольничная правосторонняя пневмония среднетяжелое течение.

Анамнез жизни

- * Девочка от первой нормально протекающей беременности.
- * Роды срочные физиологические APGAR 8/9.
- * Росла и развивалась соответственно возрасту.

- * Вакцинация в соответствии с национальным календарем прививок.
- * Посещает районное дошкольное учреждение. Против пневмококковой и гемофильной инфекции не привита.
- * Аллергический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 105 см, вес 18 кг, температура тела 38,5°C.

Кожные покровы чистые, горячие, бледные. Видимые слизистые гиперемированы, отечны, носовое дыхание затрудненное. Периферических отеков нет. В легких Дыхание ослаблено справа от угла лопатки.

Крепитирующие хрипы в нижнем отделе правого легкого ЧД 27 в минуту. Тоны сердца ритмичные ЧСС 118 уд/мин.

Живот мягкой безболезненный, печень у края реберной дуги селезенка не пальпируется. Стул оформленный, безболезненный. Диурез в норме.

При назначении амоксициллина необходимо помнить, что биодоступность амоксициллина в форме диспергируемой таблетки (технология солютаб) по сравнению с биодоступностью амоксициллина в форме таблетки или капсулы

- выше
- втрое ниже
- вдвое ниже
- такая же

С учетом развития аллергической реакции на амоксициллин в плане антибактериальной терапии рационально

- отменить препарат
- увеличить дозу
- оставить в прежней дозе
- уменьшить дозу

В посеве мокроты предварительно выделен Staphylococcus aureus, чувствительность в работе. В данном случае с учётом анамнеза рекомендовано назначить

- полимиксин В
- линкомицин
- ципрофлоксацин
- тигециклин

Перед началом лечения препаратом линкомицин следует

- тщательно опросить пациента на наличие предшествующей реакции гиперчувствительности к клиндамицину
- выполнить премедикацию антигистаминным лекарственным препаратом, чтобы избежать реакций гиперчувствительности
- провести алергопробу чтобы избежать реакций гиперчувствительности
- выполнить премедикацию кортикостероидом для избежания реакций гиперчувствительности

Суточная доза линкомицина для терапии внебольничной пневмонии назначается из расчёта + _____ + мг/кг/сутки

- 30-35
- 1-5
- 50-100
- 10-20

Суточную дозу линкомицина рекомендовано применять в + _____ + введение/ введения

- 3
- 1
- 4
- 2

Применение ступенчатой терапии при назначении антибактериальной терапии приводит к

- удлинению срока госпитализации
- снижению эффективности антибактериальной терапии
- уменьшению стоимости лечения
- увеличению стоимости лечения

Расчет скорости клубочковой фильтрации для коррекции дозы линкомицина у данного пациента производится по формуле

- СКД-ЕPI
- Кокрофта–Голта
- MDRD
- Шварца

Линкомицин проявляет синергизм в комбинации с

- аминогликозидами
- хлорамфениколом

- эритромицином
- ампициллином

В спектр противомикробной активности линкомицина входит

- *_enterococcus faecium_*
- *_neisseria spp_*
- *_haemophilus Influenzae_*
- *_streptococcus pyogenes_*

Сопровождение антибактериальной терапии приёмом пробиотиков

- рекомендовано пациентам с заболеваниями ЖКТ
- рекомендовано у пациентов с хроническими заболеваниями бронхо-лёгочной системы
- не рекомендовано у пациентов с фоновыми хроническими заболеваниями ЖКТ
- не рекомендовано всем группам пациентов

В качестве специфической профилактики гемофильной инфекции у детей необходимо рекомендовать

- рекомендовано пациентам с заболеваниями ЖКТ
- рекомендовано у пациентов с хроническими заболеваниями бронхо-лёгочной системы
- не рекомендовано у пациентов с фоновыми хроническими заболеваниями ЖКТ
- не рекомендовано всем группам пациентов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Т. 24 лет с диагнозом внебольничная праводолевая пневмония среднетяжелая форма. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела до 38,8°C,
- * слабость,
- * острый кашель,
- * одышку,

- * отделение слизисто-гнойной мокроты,
- * боль в грудной клетке,
- * сильное потоотделение по ночам.

Анамнез заболевания

- * Пациентка на 18 неделе беременности. Считает себя больной в течение 5 дней, когда впервые появились повышение температуры тела до 38,8°C и сильный озноб. Самостоятельно начала принимать осельтамивир, без эффекта. Вызвала участкового терапевта, госпитализирована с подозрением на пневмонию.
- * В стационаре по данным лабораторных, инструментальных обследований установлен диагноз внебольничная праводолевая пневмония среднетяжелая форма.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально. +
- * Образование неоконченное высшее. Не работает. +
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. +
- * Семейное положение – замужем. +
- * Гинекологический анамнез: Беременность 18 недель. +
- * Наследственность: отец перенес мозговой инсульт, у матери пациентки бронхиальная астма. Перенесенные заболевания: в возрасте 13 лет ветряная оспа. +
- * Аллергоанамнез не отягощен. +
- * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание - ясное. Рост 165 см, вес 52 кг, температура тела 38,2°C.

Кожные покровы горячие, влажные. Видимые слизистые гиперемированы, носовое дыхание свободное. Периферических отеков нет. В легких Дыхание везикулярное, над средней долей правого легкого выслушиваются влажные звонкие хрипы ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные ЧСС 68 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст.

Механизм действия осельтамивира заключается в

- селективном ингибировании нейраминидазы вирусов гриппа А и В
- индукции интерферона
- селективном ингибировании обратного захвата серотонина
- повышении рН эндосом, предотвращение ацидификации вакуолей, нарушение слияния вирусной оболочки с эндосомой

Стандартный режим дозирования осельтамивира для терапии гриппа + ____ + мг* + ____ + р/сутки

- 500; 1
- 100; 3
- 75; 2
- 10-25; 1

Для лечения внебольничной пневмонии с учетом результатов лабораторных и инструментальных исследований, данных анамнеза пациентке рекомендовано

- уменьшение дозы осельтамивира
- отменить осельтамивир
- увеличение дозы осельтамивира в 2 раза
- добавление к осельтамивиру жаропонижающих

При лечении нетяжёлой внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях у пациентов без факторов риска устойчивой флоры назначаемая антибактериальная терапия является

- деэскалационной
- эмпирической
- целенаправленной
- ступенчатой

Препаратом выбора для лечения внебольничной пневмонии, с учётом анамнеза, в данной ситуации является

- левофлоксацин
- амоксициллин
- амикацин
- амоксициллин/клавуланат

Амоксициллин для лечения внебольничной пневмонии у данной пациентки должен быть назначен по + _____ + г* + ____ + р/сутки

- 0,1-0,2; 1
- 0,25-0,4; 1-2
- 0,5-1; 3
- 3-4; 2

Перед началом лечения препаратом амоксициллином следует

- провести аллергопробу чтобы избежать реакций гиперчувствительности
- выполнить премедикацию кортикостероидом для избежания реакций гиперчувствительности
- выполнить премедикацию антигистаминным лекарственным препаратом, чтобы избежать реакций гиперчувствительности
- тщательно опросить пациента на наличие предшествующей реакции гиперчувствительности на другие бета-лактамы

Эффективность и безопасность выбранного режима АБТ у пациентки необходимо оценить через

- 6-12 часов
- 1-2 недели
- 48-72 часа
- 24 часа

Основными критериями эффективности АБТ в эти сроки являются

- стойкое снижение температуры тела до 36,6°C, полное отсутствие интоксикационного синдрома, отсутствие кашля
- отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); снижение количества лейкоцитов $<10 \times 10^9$ /л, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$
- сохранение температуры выше 38°C
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома

При выявлении тератогенного влияния амоксициллина нежелательная реакция будет относиться к типу

- B
- A
- C
- D

При применении амоксициллина у пациентки развилась нежелательная реакция в виде диареи. В этом случае необходимо заполнить

- извещение о развитии побочной реакции на имя заведующего отделения с просьбой исключить лекарственное средство из формулярного списка
- специальную графу в дневнике в истории болезни
- врачебную комиссию на имя главного врача
- извещение о развитии нежелательной реакции в Росздравнадзор или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата

С целью специфической профилактики пневмококковых инвазивных инфекций, в том числе, пневмонии необходимо рекомендовать

- извещение о развитии побочной реакции на имя заведующего отделения с просьбой исключить лекарственное средство из формулярного списка
- специальную графу в дневнике в истории болезни
- врачебную комиссию на имя главного врача
- извещение о развитии нежелательной реакции в Росздравнадзор или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Г. 47 лет с диагнозом внебольничная праводолевая пневмония среднетяжелая форма. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объема терапии.

Жалобы

на

- * приступообразный кашель в дневное и ночное время,
- * общую слабость,
- * снижение аппетита,
- * подъем температуры тела до 38,7°C.

Анамнез заболевания

- * Болезна в течение 5 дней. Заболевание началось с подъема температуры тела до 38,9°C. Были назначены ампицилин, симптоматическое лечение, ибупрофен в качестве жаропонижающего, без эффекта.
- * Настоящая госпитализация связана с ухудшением течения основного заболевания.
- * Диагноз: внебольничная праводолевая пневмония среднетяжелая форма.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование неоконченное высшее. Воспитатель.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – замужем. Наследственность: у отца инсульт, у матери бронхиальная астма.
- * Перенесенные заболевания: кесарево сечение 10 лет назад.

* Аллергоанамнез не отягощен.

* Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 175 см, вес 68 кг, температура тела 38,5°C.

Кожные покровы чистые, горячие, бледные. Видимые слизистые гиперемированы, отечны, носовое дыхание затрудненное. Периферических отеков нет. В легких Дыхание ослаблено справа от угла лопатки.

Крепитирующие хрипы в нижнем отделе правого легкого ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные ЧСС 118 уд/мин.

Живот мягкий безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, безболезненный. Диурез в норме.

К факторам риска резистентных штаммов возбудителей у данной пациентки относится

- лихорадка
- отягощенная наследственность, перенесенная операция кесарево сечение и возраст
- предшествующая АМП за последние 3 месяца в течение 2 и более дней (амоксциллин)
- индекс массы тела

С учетом результатов лабораторных исследований, данных анамнеза, течения заболевания пациентке рекомендовано

- уменьшить дозу ампициллина в 2 раза
- увеличить дозу ампициллина в 3 раза
- увеличить дозу ампициллина в 2 раза
- отменить ампициллин

Вместо ампициллина с учетом данных анамнеза пациентке рекомендовано назначить

- полимиксин В
- ванкомицин
- эртапемен
- тигециклин

Перед началом лечения антибактериальным препаратом следует

- тщательно опросить пациента на наличие предшествующей реакции гиперчувствительности на другие бета-лактамы

- выполнить премедикацию кортикостероидом для избежания реакций гиперчувствительности
- выполнить премедикацию антигистаминным лекарственным препаратом, чтобы избежать реакций гиперчувствительности
- провести алергопробу чтобы избежать реакций гиперчувствительности

С точки зрения особенностей фармакокинетики эртапенем является антибиотиком

- с минимальным печеночным метаболизмом
- концентрационно- зависимым
- с преимущественно печеночным метаболизмом
- времязависимым

Режим дозирования для терапии внебольничной пневмонии составляет + ___+ г/+ ___+ р/сутки

- 0,5; 2
- 1; 1
- 0,25-0,5; 2
- 2; 3

При внутривенном введении эртапемена длительность инфузии должна составлять

- 1 час
- 2-3 минуты
- 3-4 часа
- 30 минут

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через

- 24 часа
- 48-72 часа
- 1-2 недели
- 6-12 часов

Основными критериями эффективности АБТ в эти сроки являются

- стойкое снижение температуры тела до 36,6°C, полное отсутствие интоксикационного синдрома, отсутствие кашля
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома
- сохранение температуры выше 38°C

- отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); снижение количества лейкоцитов $<10 \times 10^9$ /л, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$

Выбор препаратов для стартовой антимикробной терапии осуществляется эмпирически с учетом тяжести внебольничной терапии и

- факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей
- свойств выделенного возбудителя
- антибиотикочувствительности выделенного возбудителя
- наличия сопутствующих заболеваний

На 7-е сутки применения эртапенема лечение осложнилось кандидозом слизистой полости рта. В качестве стартовой терапии препаратом выбора является

- микафунгин
- флуконазол
- амфотерицин В
- натамцин

С целью специфической профилактики пневмококковых инвазивных инфекций, в том числе, пневмонии необходимо рекомендовать

- микафунгин
- флуконазол
- амфотерицин В
- натамцин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Д. 31 года с диагнозом антифосфолипидный синдром. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Пациент Д. 31 год, слесарь. Поступил в терапевтическое отделение по направлению из медико-санитарной части с диагнозом: кардиомиопатия, посттромбофлебитическая ТЭЛА мелких ветвей в анамнезе, полная блокада ПНПГ (правой ножки пучка Гиса), посттромбофлебитический синдром нижних конечностей.

Жалобы

При поступлении жаловался на

- * одышку при небольшой физической нагрузке,
- * сухой кашель,
- * сердцебиение,
- * отеки на ногах.

Анамнез заболевания

Несколько лет назад появились боли в правой ноге, она увеличилась в размерах, и пациент находился на лечении в хирургическом отделении БСМП с диагнозом – илеофemorальный флеботромбоз справа.

Ухудшение состояния, сопровождающееся одышкой при незначительной физической нагрузке. Пациент находился на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: ТЭЛА мелких ветвей, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, ДН II ст.; постфлебитический синдром н/конечностей с трофическими расстройствами правой н/конечности, хр. лимфовенозная недостаточность н/конечностей.

Следующее обострение на фоне тромбоз воротной вены (УЗИ– воротная вена в диаметре 12,7 мм, содержит единичные гиперэхогенные структуры, кровоток в вене восстановлен на 2/3 просвета.

В связи с ухудшением состояния был госпитализирован.

По результатам дообследования установлен диагноз антифосфолипидный синдром с поражением нижних конечностей, легких, сердца и почек.

Анамнез жизни

Из анамнеза выяснено, что в армии не служил, т.к. было варикозное расширение вен правой голени, но активно занимался спортом – вольной борьбой. В 25-летнем возрасте после очередной тренировки заметил, что распухла правая голень, нижняя треть, постепенно стала меняться окраска кожи над ней, стала синеватой. Через пару лет стало происходить похожее и с левой голенью. За медицинской помощью не обращался, но перестал заниматься борьбой.

Объективный статус

Состояние при поступлении – средней степени тяжести. Отмечаются отеки голеней, больше правой, кожа голеней гиперемирована с цианотичным оттенком. В легких – дыхание везикулярное, число дыханий в 1' – 22. Границы сердца расширены: правая – на 3 см от правого края грудины, левая – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС в 1' – 96, акцент и расщепление II тона над легочной артерией, систолический шум над мечевидным отростком, АД – 110/60 мм рт. столба. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотноватая, умеренно болезненная.

Пациенту показана терапия

- ривароксабаном
- дабигатрана этексилатом
- варфарином
- клопидогрелем

При применении варфарина с целью мониторинга эффективности и безопасности препарата у конкретного пациента необходимо контролировать

- МНО
- время свёртывания
- АЧТВ
- протромбиновое время

Целевые значения МНО при терапии варфарином составляют

- 4-5
- 2-3
- 0.5-1
- 6-7

Начальная доза варфарина составляет + _____ + мг/сутки

- 6,5-7,5
- 2,5 -5
- 1-1,5
- 0,5-1

При передозировке антикоагулянтный эффект варфарина можно устранить введением

- идаруцизумаба
- витамина К
- андексанета альфа
- протамина сульфата

Отмена варфарина показана при уровне МНО больше

- 3,5
- 20
- 100

- 4,5

Относительное противопоказание к назначению варфарина у данного пациента с АФС-нефропатией

- повышение «печёночных» трансаминаз
- ХПН на преддиализной стадии
- предшествующий тромбоз
- МНО >2 в сочетании с СКФ ≤ 60 мл/мин

У пациента развился неврит тройничного нерва, в связи с чем был назначен карбамазепин. В этом случае необходимо помнить, что возможно

- усиление эффекта карбамазепина вплоть до развития нежелательных реакций
- усиление эффектов варфарина
- ослабление действия карбамазепина
- ослабление действия варфарина

В случае индивидуальной резистентности к варфарину необходимо рекомендовать

- смену пути введения препарата
- отмену варфарина
- увеличение дозы в 3 раза
- проведение генетического тестирования

Данному пациенту в связи с АФС-нефропатией показано назначение

- фуросемида с эналаприлом
- гидроксихлорохина
- дигоксина
- хинина

Гидроксихлорохин при антифосфолипидном синдроме показан в силу своего + _____ + действия

- ангиопротективного и сосудорасширяющего
- антималярийного
- цитостатического
- антитромботического

На фоне применения гидроксихлорохина у пациента развился отек Квинке. В этом случае необходимо заполнить

- ангиопротективного и сосудорасширяющего
- антималярийного
- цитостатического
- антитромботического

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациенту на консультацию.

Больная Т., 76 лет, Диагноз: рак левой молочной железы Т3N3M1 IV стадия, прогрессирование процесса (остеобластные метастазы C5,7 D 1,5,7, ИГХ: РЭ 0 баллов, РП 0 баллов, HER-2/neu 0 баллов). Всего проведено 3 линии полихимиотерапии.

Жалобы

на

- * першение в горле, увеличение и болезненность шейного лимфоузла в течение 2 недель,
- * непостоянные головные боли,
- * быструю утомляемость, слабость,
- * субфебрильную температуру,
- * потерю аппетита,
- * потерю веса.

Анамнез заболевания

В течение года неоднократно обращалась к стоматологу, обследовалась по подозрению на кандидозный стоматит, лечилась винилином, мазью клотримазол (местно) без эффекта.

Анамнез жизни

- * Аппендэктомия с перитонитом 5 лет назад, ЖКБ, холецистэктомия, гемотрансфузии отрицает, курит по 15 сигарет в день.
- * Рост 170 см, вес 87 кг, ИМТ=27,46.

Объективный статус

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, слизистая носа бледно-розовая, чистая, слизистое отделяемое, носовая перегородка смещена вправо. Слизистая полости рта и боковой поверхности гортаноглотки сплошь покрыта беловатым налетом творожистого вида, при снятии шпателем кровоточит, миндалины 1-1 ст., гортань подвижна, ИГС розовые, ровные, равномерно утолщены, движения симметричны, подсвязочное пространство

свободное, голосовая щель широкая. В подчелюстной области увеличенные лимфоузлы до 0,5-1,0 см, безболезненные. Отоскопия в норме. При осмотре – на боковой поверхности шеи слева единичный плотный лимфоузел хрящевидной консистенции до 1,5 см, болезненный, зев спокойный, язык чистый, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, тоны сердца ясные, ритм правильный. Взят мазок из носа и зева на флору.

Согласно приказу № 1071 "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора" для лекарственных средств находящихся в обращении более 2-х лет, периодически обновляемый отчет о безопасности лекарственного средства подается

- каждые 2 года
- не реже одного раза в 5 лет
- каждые 3 года
- каждые 5 лет

Режим дозирования флуконазола в данном случае составляет + _____ + мг 1 раз в сутки

- 50
- 400
- 1000
- 200

Выбор способа применения флуконазола зависит от

- локализации кандидоза
- клинического состояния пациента
- степени нарушения функции печени и почек
- наличия у пациента ВИЧ

В связи с развитием на введение флуконазола анафилактической реакции, ангионевротического отека с проявлениями крапивницы рекомендована смена терапии на

- натамицин
- анидулафунгин
- нистатин
- липосомальный амфотерицин В

Использование амфотерицина В деоксихолата ограничено в связи с его выраженной + _____ + , чего в значительной мере лишены

липидные формы амфотерицина В, однако необходимо применять его более высокие дозы по сравнению с амфотерицина В деоксихолатом

- кардиотоксичностью
- гематотоксичностью
- гепатотоксичностью
- нефротоксичностью

Использование Итраконазола и Позаконазола в данной ситуации не оправдано из-за

- их переменной биодоступности при приеме внутрь
- высокого уровня связывания с белками плазмы крови
- их высокого уровня распределения
- отсутствия чувствительности выделенного возбудителя

Флуконазол с осторожностью назначается пациентам, принимающим + _____ + из-за риска

- амфотерицин В; значительного удлинения интервала QT
- амиодарон; возможного снижения эффективности флуконазола
- амиодарон; значительного удлинения интервала QT
- карбамезепин; снижения сывороточной концентрации последнего

Так называемый DRESS-синдром в ответ на введение флуконазола представляет собой

- лекарственную сыпь с эозинофилией и системной симптоматикой
- повышение концентрации холестерина и триглицеридов в плазме крови
- сухость слизистой оболочки полости рта и запор
- гепатоцеллюлярный некроз

Флуконазол это + _____ +, ингибирующий ланостерол 14-α- деметилазы

- эфнокандин
- имидазол
- азол
- полиеновый антибиотик

По степени влияния на концентрацию ингибиторов кальцинейрина и mTOR ингибиторов противогрибковые препараты азольного ряда распределяются следующим образом: кетоконазол > итраконазол = + _____ + >

- флуконазол; вориконазол
- вориконазол; флуконазол
- вориконазол; миконазол
- позаконазол; вориконазол

Реципиентам ренального трансплантата после трансплантации почки рекомендовано проводить профилактику кандидоза полости рта и пищевода оральным клотримазолом или нистатином в течение + _____ + (в месяцах)

- 1-3
- 6
- 4-5
- 10-12

В настоящее время существует + _____ + поколений/поколения препаратов для лечения системных микозов

- 1-3
- 6
- 4-5
- 10-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту С. 70 лет, рост 190 см, вес 69 кг, болен острым лимфобластным лейкозом в течение 2,5 лет, химиотерапия закончилась 4 месяца назад. По поводу инвазивного аспергиллеза назначен амфотерицин В. Требуется консультация по вопросу возникшей нежелательной реакции и коррекции терапии.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Лист назначений:

- * Амфотерицин В в/в капельно + 5% р-р глюкозы 400 мл, скорость 100 мл/час 20.02 - 21 мг, 21.02 - 43 мг, 22.02 - 64 мг, 23.02 - 85 мг
- * Анальгин 50% р-р 1,5 мл в/в струйно однократно 21.02

- * Димедрол 1% р-р 1,5 мл в/в струйно однократно 21.02
- * Ампициллин/сульбактам (Сультасин) 1,5 г 3 р/д в/в с 20.02 по 25.02
- * Ко-тримаксозол (Бисептол) 480 мг 2 раза в день 2 раза в недели (вторник, пятница) с 20.02 по 25.02

Динамика лабораторных показателей:

21.02 мочевины – 6,7 ммоль/л, креатинин 75 мкмоль/л

22.02 мочевины – 6,9 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л

24.02 мочевины – 12,8 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л

Температура тела – 20.02 = 36,6°C, 21.02 = 38,4°C, 22.02 = 36,7°C, 23.02 = 36,7°C.

Анамнез жизни

Аппендэктомия с перитонитом 5 лет назад, ЖКБ, холецистэктомия, гемотрансфузии отрицает, курит по 15 сигарет в день.

Объективный статус

В общем анализе крови лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л (норма $4,0 - 9,0 \times 10^9$ /л), нейтрофилы 67,8%, СОЭ 22 мм/ч, лимфоциты 19,7%, моноциты 8,5%, эозинофилы 4%, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 117 г/л, тромбоциты 268×10^9 /л. В биохимическом анализе крови при поступлении: белок 68,7 г/л, глюкоза 5,1 ммоль/л, АлАт 14,2 U/l, АсАт 38,0 U/l, мочевины 6,6 ммоль/л, креатинин 78 мкмоль/л.

К неблагоприятным побочным реакциям, возникшим на введение амфотерицина В, относится повышение температуры тела и

- гепатотоксичность
- нейротоксичность
- нефротоксичность
- гипергликемия

На нефротоксическое действие препарата амфотерицин В указывает повышение мочевины и

- креатинина
- АлАТ
- глюкозы
- белка в плазме

Реакция нефротоксичности, развитие почечной недостаточности при введении амфотерицина В относится к нежелательным реакциям типа

- D
- B

- А
- С

Под нежелательными реакциями типа А подразумевают

- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется

- к заведующему того отделения, где зафиксирована данная нежелательная реакция
- в региональный центр гигиены и эпидемиологии
- к главному врачу той больницы, где зафиксирована данная нежелательная реакция
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств

Для предупреждения и уменьшения степени выраженности гипертермии необходимо вводить амфотерицин + _____ +, не превышая рекомендованную скорость введения

- 4 раза в сутки
- болюсно
- внутримышечно
- внутривенно капельно

Риск нефротоксичности при введении амфотерицина В снижает предварительное введение

- натрия хлорида
- натрия гидрокарбоната
- препарата желатина
- глюкозы

Препарат амфотерицин В рекомендуется разводить раствором

- новокаина
- декстрозы

- хлорида натрия
- желатина

Лечение инвазивного аспергиллеза у пациента можно продолжить

- вориконазолом
- итраконазолом
- позаконазолом
- флуконазолом

По формуле Кокрофта-Голта клиренс креатинина у пациента составляет порядка 30 мл/мин, поэтому требует коррекции режим дозирования препарата

- амфотерицин В
- ампициллин/сульбактам
- ко-тримаксозол [Сульфаметоксазол {plus} Триметоприм]
- метамизол натрия

Для расчета клиренса креатинина в данном случае используют формулу Кокрофта – Голта, где Клиренс креатинина (мл/мин) = (+ _____ + - возраст (в годах)) {asterisk} масса тела (кг)) / (сывороточный креатинин (мкмоль/л){asterisk} + _____ +)

- 175; 0,1
- 155; 1,0
- 140; 0,8
- 150; 0,3

Липидные формы амфотерицина В в сравнении с деоксихолатом амфотерицина В лишены выраженной

- 175; 0,1
- 155; 1,0
- 140; 0,8
- 150; 0,3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к больному К. 78 лет, с

диагнозом гипертоническая болезнь II ст., риск ССО~4~, кризовое течение. Атеросклероз аорты, церебральных артерий, ДЭП IIст, ХСН IIA. Требуется консультация клинического фармаколога для коррекции терапии.

Жалобы

Через 2 часа после приема препарата нифедипин появилось покраснение лица, ощущение «прилива», сердцебиение, дрожь.

Анамнез заболевания

Терапевтом в поликлинике назначен препарат нифедипин-ретард 40 мг 1 раз в день, утром и валсартан 160 мг вечером.

Анамнез жизни

Наследственность: отец перенес мозговой инсульт, скончался; мать страдала артериальной гипертонией.

Объективный статус

ЧСС 110 уд/мин, снижение АД до 100/85 мм рт.ст., потливость. Данные явления купировались самостоятельно.

Результаты дополнительного исследования – глюкоза 5,6 мМоль/л, АсАТ 34 ед/л, АлАТ 28 ед/л, мочевая кислота 460 мМоль/л, ОХС 6,8 мМоль/л, ЛПНП 3,4 мМоль/л, ПТИ 68%, креатинин 102 мМоль/л.

С точки зрения групповой принадлежности препарат нифедипин является средством, влияющим на сердечно-сосудистую систему, блокатор кальциевых каналов, производное

- бензодиазепина
- фенилалкиламина
- дигидропиридина
- тетразола

Применение нифедипина пролонгированного действия + _____ + частоту подобных побочных эффектов

- увеличивает
- уменьшает
- не влияет на
- снижает выраженность, но не

Данная нежелательная реакция относится к неблагоприятным побочным реакциям типа + ____ + , так как имеет дозозависимый характер

- А

- C
- B
- D

Нифедипин-ретард представляет лекарственную форму с модифицированным высвобождением, максимальная концентрация препарата возникает через + _____+ часа приема, что сопровождается артериолярной вазодилатацией

- 12-24
- 2-4
- 0,5-1
- 6-10

Так как прием разовой дозы препарата 40 мг вызывает у пациента избыточный эффект, возможна замена на + _____+ мг с контролем АД и ЧСС

- 20
- 30
- 10
- 100

Данная НПР не представляет угрозы для жизни пациента и может быть отнесена к категории

- несерьезной
- серьезной
- отсроченной
- непредсказуемой

В связи с коморбидной патологией и риском чрезмерного быстрого снижения АД при приёме нифедипина для продолжения лечения данному пациенту необходима замена препарата нифедипин-ретард на блокатор кальциевых каналов + _____+ поколения

- III, (амлодипин)
- III, (фелодипин)
- I, (дилтиазем)
- II, (нимодипин)

Комбинация валсартан {plus} амлодипин относится к + _____+ сочетаниям антигипертензивных препаратов

- нерациональным
- неэффективным
- опасным
- рациональным

В связи с наличием гиперурикемии данному пациенту рекомендована замена гипотензивного препарата на обладающий урикозурическим действием

- кандесартан
- телмисартан
- ирбесартан
- лозартан

Комбинация Амлодипин {plus} Лозартан в фиксированных дозах в одной таблетке

- не рекомендуется из-за выраженности нежелательных явлений
- рекомендуется, так как снижается риск нежелательных явлений
- не рекомендуется, так как снижает эффективность и безопасность лечения
- рекомендуется, так как улучшают приверженность лечению

Для пациента, имеющего очень высокий сердечно-сосудистый риск, важно проводить лечение дислипидемии с достижением целевых показателей ОХС, ЛПНП, для чего в комплексной терапии необходимо назначение препарата группы

- никотиновой кислоты
- статинов (розувастатин или аторвастатин)
- секвестрантов желчных кислот (холестирамин)
- фибратов (атромид, гевилон)

Для улучшения прогноза и результата приёма гипотензивной терапии пациенту необходимо рекомендовать

- никотиновой кислоты
- статинов (розувастатин или аторвастатин)
- секвестрантов желчных кислот (холестирамин)
- фибратов (атромид, гевилон)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту И. 25 лет, проведено оперативное вмешательство (опухоль головы) под общей анестезией. Требуется консультация клинического фармаколога по поводу развившейся нежелательной реакции.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Госпитализирован для планового оперативного вмешательства по поводу новообразования головного мозга. Для премедикации использовались атропин и диазепам, анестезия проводилась галотаном. Периоперационно вводился цефотаксим внутривенно. На следующий день после операции в контрольном биохимическом анализе крови выявлено увеличение печеночных трансаминаз (АЛАТ, АСАТ) в 2-2,5 раза, что привело к продлению госпитализации пациента.

Анамнез жизни

- * В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском возрасте.
- * В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 15 лет по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание - ясное. Рост 186 см, вес 105 кг, температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, хрипов нет, с частотой 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС 80 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст.

Указанные изменения в биохимическом анализе крови пациента говорят о развитии

- гематотоксичности
- нефротоксичности
- нейротоксичности
- гепатотоксичности

У пациента гепатотоксическая побочная реакция, характерная для препарата

- диазепам
- цефазолин
- галотан

- атропин

Другой нежелательной реакцией галотана является

- артериальная гипертензия
- злокачественная гипертермия
- нефротоксичность
- снижение внутричерепного давления

К нежелательным явлениям атропина относится

- брадикардия
- полиурия
- тахикардия
- миоз

Выбор препарата для антибиотикопрофилактики в данном случае определяется спектром наиболее частых возбудителей послеоперационных инфекций, в первую очередь

- стафилококков
- энтерококков
- грамотрицательных палочек
- грамположительных палочек

У пациента в качестве периоперационной антибиотикопрофилактики использовался цефотаксим, + _____ + антистафилококковой активностью

- обладающий достаточной
- обладающий высокой
- не обладающий достаточной
- вовсе не обладающий

В данной ситуации препаратом выбора для проведения периоперационной антибиотикопрофилактики является

- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- левофлоксацин
- ванкомицин

Для оценки функционального состояния печени и определения типа поражения печени необходимо определение билирубина (общего и прямого), щелочной фосфатазы и + _____ + в сыворотке крови

- АЛТ, АСТ
- АЧТВ
- креатинина
- общего белка

Коэффициент де Ритиса это отношение

- АСТ/билирубину
- АСТ/АЛТ
- щелочной фосфатазы/АЛТ
- АСТ/щелочной фосфатазе

При поражении печени также может выявляться гипопротромбинемия, изменения в коагулограмме в виде

- снижения МНО
- тромбоцитопении
- увеличения протромбинового индекса
- увеличения МНО

Отношение АЛТ к щелочной фосфатазе служит для определения типа поражения печени. При значении коэффициента от 2 до 5 – тип поражения

- холестатический
- смешанный
- цитолитический
- гепатоцеллюлярный

В связи с проявлением гепатотоксичности галотана, приведшей к продлению сроков госпитализации, необходимо заполнить

- холестатический
- смешанный
- цитолитический
- гепатоцеллюлярный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 3. 69 лет, который поступил в отделение урологии с подозрением на опухоль мочевого пузыря.

Жалобы

на

- * выраженную слабость,
- * гематурию,
- * нарушение мочеотделения,
- * рецидивирующие приступы загрудинной боли.

Анамнез заболевания

На 2-й день текущей госпитализации состояние больного ухудшилось, появились жалобы на интенсивную пекущую боль в левой половине грудной клетки, что сопровождалось депрессией гемодинамики до цифр артериального давления 70/40 мм рт.ст.

На томограммах головного мозга (спиральный компьютерный томограф) — энцефалопатия. Компьютерная томография органов малого таза выявила образование мочевого пузыря.

В биохимических исследованиях плазмы крови выявили гипонатриемию (на момент поступления Na^{+} — 110 ммоль/л), гипохлоремию (Cl^{-} — 80 ммоль/л) при нормальных значениях калия (K^{+} — 5,3 ммоль/л). Глюкоза крови — 6,3 ммоль/л, показатели печеночного и почечного комплексов в пределах референтных значений.

В дополнительных исследованиях адренокортикотропный гормон, тиреотропный гормон, Т3 не превышали референтных значений У больного установлен предварительный диагноз: синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона, опухоль мочевого пузыря.

Больной консультирован эндокринологом.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально. Работал пианистом.
- * Образование среднее.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение: не женат.
- * Наследственность: отец перенес мозговой инсульт скончался, у матери СД.
- * Перенесенные заболевания: аппендектомия 20 лет назад.

- * Вредные привычки – курение по 5 сигарет каждый день на протяжении 35 лет
- * Пищевая аллергия: яйца – явления крапивницы.

Объективный статус

Состояние больного тяжелое, ориентирован в собственной личности, частично дезориентирован в пространстве, времени. Больной астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание спонтанное, через естественные пути, аускультативно везикулярное. Тоны сердца глухие, ритм правильный. С целью поддержания гемодинамики больному была начата инфузия симпатомиметиков с целевыми показателями артериального давления не ниже 110/60 мм рт.ст. до полной стабилизации гемодинамики.

Тяжелая острая, то есть продолжающаяся менее 48 часов, гипонатриемия, особенно при появлении неврологической симптоматики, является показанием для

- проведения теста с водной нагрузкой
- введения 0,9% или 3% раствора NaCl
- проведения люмбальной пункции
- экстренного оперативного вмешательства

Инфузия раствора натрия хлорида в данной ситуации показана

- только совместно с препаратами сульфата магния и хлорида калия
- до достижения целевых значений натрия и хлора
- под контролем уровня глюкозы крови
- не более 5 суток

Передозировка десмопрессина для лечения центрального несахарного диабета вызывает

- полиурию
- гипонатриемию
- гиперкальцемию
- гипертензию

Десмопрессин — синтетический аналог вазопрессина, усиливает реабсорбцию воды в собирательных трубочках почек, + _____ + при этом артериальное давление

- не повышая
- увеличивая в 2 раза
- не понижая

- понижая

С учетом предварительного диагноза в терапию следует добавить + _____ + на фоне продолжающейся инфузии гипертонического раствора натрия хлорида со скоростью 0,5 ммоль/кг/ч, ограничения приема жидкости до 1000 мл в сутки, увеличения потребления соли до 15 г в сутки

- гормоны щитовидной железы
- минералокортикоиды
- глюкокортикоиды
- каберголин

Изотонический 0,9% раствор натрия хлорида может быть использован только для коррекции доказанной гипохлоремии и гипонатриемии с обязательным контролем электролитного состава плазмы крови и

- осмоляльности
- сатурации кислорода
- диуреза
- электролитного состава мочи

Гипертонические растворы натрия хлорида не следует применять для стабилизации гемодинамики и коррекции ОЦК у пациентов с

- СКФ менее 50 мл/мин
- инфекцией
- лихорадкой
- лейкоцитозом

Резекция мочевого пузыря по поводу опухоли на данном этапе

- показана в экстренном порядке
- возможна только после нормализации электролитного состава крови
- возможна только после уменьшения объема опухоли и при отсутствии противопоказаний, со стороны других органов и систем
- невозможна, так как пациенту показано только паллиативное лечение

С целью купирования загрудинной боли, введение нитроглицерина пациентке

- не показано
- желательно, но не обязательно

- показано совместно с наркотическими анальгетиками
- опасно для жизни

На введение флудрокортизона у пациента развилась гипергликемия, глюкозурия и гипокалиемия, что относится к нежелательным реакциям типа

- С
- А
- В
- D

Под нежелательными реакциями типа А подразумевают

- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется

- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту С. 48 лет, с диагнозом «цирроз печени в исходе гепатита С, гепатоцеллюлярный рак, печеночно-клеточная недостаточность, гепаторенальный синдром». На 22-е сутки после трансплантации печени с использованием трупного донорского органа (Интраоперационная кровопотеря 1600 мл. Интраоперационный период

протекал стабильно) появилась лихорадка 38,5°C, отмечались тахикардия до 110 в минуту, олигурия (400 мл мочи в сутки). Выполнена ревизия брюшной полости, выявлен дефект в области холедохохоледохоанастомоза, в области перешейка и головки поджелудочной железы и окружающей клетчатки отмечен воспалительный процесс с гнойным отделяемым и формированием секвестров. В ходе оперативного вмешательства выполнены секвестрэктомия в области перешейка поджелудочной железы и дренирование. Требуется консультация клинического фармаколога по результатам микробиологического исследования.

Интраоперационный посев содержимого брюшной полости

|====

2+^ | Acinetobacter sp.

2+^ | *Антибиотикограмма*

| Амикацин | R

| Имипенем МИК | R

| Колистин МИК | I

| Левофлоксацин | R

| Меропенем МИК | R

| Тобрамицин | R

| Триметоприм/Сульфаметоксазол | R

| Цефоперазон/сульбактам | I

| Ципрофлоксацин | R

|====

{nbsp}

{asterisk} рост Acinetobacter sp. во всех образцах

Микробиологическое исследование крови

|====

2+^ | Candida krusei

| Антибиотикограмма {asterisk}{asterisk} | [1]

| 5-флюороцитозин | R

| Амфотерицин В | S

| Итраконазол | I

| Кетоконазол | I

| Миконазол | R

| Флуконазол | I

|====

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Перед релапаротомией в. клиническом анализе крови регистрировались

анемия – гемоглобин 78 г/л, эритроциты $3,83 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитоз $12,87 \times 10^9$ /л, со сдвигом формулы влево до миелоцитов (3), тромбоцитопения – тромбоциты 78×10^9 /л. В системе гемостаза отмечена гипокоагуляция – МНО 1,86. В биохимическом анализе крови: гипербилирубинемия (общий билирубин – 35 мкмоль/л), гиперазотемия (креатинин – 184 мкмоль/л, мочевины – 29 ммоль/л) и гипоальбуминемия (альбумин – 29 г/л).

В качестве ПАП пациент получал профилактическую антибактериальную (цефтриаксон) и антифунгальную терапию (флуконазол).

Анамнез жизни

* Лекарственную непереносимость отрицает.

* Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

* Локальный статус: * повязка влажная, кожа отечна и гиперемирована.

Согласно данным антибиотикограммы данному пациенту рекомендовано назначить

- тобрамицин
- цефоперазон/сульбактам
- меропенем
- триметоприм/сульфаметоксазол

Цефоперазон/сульбактам при тяжелых инфекциях назначается в максимальной дозе + ____ + г/сут внутривенно

- 2
- 12
- 16
- 8

Сульбактам по механизму действия является необратимым ингибитором

- альфа-глюкозидазы
- NS5A- протеина
- циклооксигеназы
- бета-лактамаз

Посев крови рекомендован при наличии лихорадки, тяжелого состояния пациента и если имеется подозрение на

- сопутствующую инфекцию кровотока
- нарушение почечной функции

- инфаркт миокарда
- острое нарушение мозгового кровообращения

В качестве противогрибкового препарата по результатам посева рекомендовано назначить

- амфотерицин В
- позаконазол и флуконазол
- каспофунгин
- 5-флюороцитозин

Своевременно выявить процессы формирования эпидемических вариантов микроорганизмов (госпитальных и эпидемических штаммов) и их распространение в медицинской организации помогает проведение

- тестов ПЦР на предмет первичной микробной резистентности к антибактериальным препаратам
- дезинфекционных мероприятий в ЦСО
- микробиологического мониторинга
- дезинфекционных мероприятий в операционном блоке

Если пациент уже получает антимикробную терапию, то для диагностики инфекции кровотока проводят посев крови + _____ + введением/введения следующей дозы антибиотика

- после
- одновременно с
- перед
- через 2 часа после

Большинство современных схем лечения инвазивных микозов включают два этапа фармакотерапии, и вторым этапом является

- деэскалационная терапия
- поддерживающее лечение
- эскалационная терапия
- неoadъювантная терапия

В настоящее время существует + ____ + поколений препаратов для лечения системных микозов

- 10
- 7

- 5
- 9

Оценка эффективности лечения проводится в течение + _____ + часов

- 72-86
- 48-72
- 6-12
- 12-24

При назначении антибиотиков данному пациенту необходимо определить уровень креатинина в крови, и при его повышении рассчитать клиренс креатинина с помощью формулы Кокрофта – Голта где клиренс креатинина (мл/мин) = (+ _____ + - возраст (в годах)) {asterisk} масса тела (кг))/ (сывороточный креатинин (мкмоль/л) {asterisk} + _____ +)

- 140; 0,8
- 150; 0,3
- 175; 0,1
- 155; 1,0

Дренаж послеоперационной раны + _____ + основанием для пролонгирования ПАП

- 140; 0,8
- 150; 0,3
- 175; 0,1
- 155; 1,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 10 лет, который наблюдается амбулаторно. Причина консультации: неэффективность проводимой терапии.

Жалобы

на

- * сохраняющийся кашель в дневное и ночное время,
- * одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Диагноз: бронхиальная астма аллергическая среднетяжелая персистирующая неконтролируемая обострение средней тяжести. Аллергический ринит сезонный. В качестве базисной терапии получает беклометазон 400 мкг/сут. Сальбутамол 3-4 раза в неделю. Настоящее обострение развилось несколько дней назад, после прогулки за городом.

Анамнез жизни

- * Родился доношенным.
- * Рос и развивался по возрасту.
- * Аллергоанамнез: пищевая аллергия на первом году жизни.
- * Вакцинация по возрасту.
- * Санитарно-бытовые условия хорошие.
- * Наследственность: мать соматически здорова, отец страдает эпилепсией, у бабушки по линии отца бронхиальная астма.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, не лихорадит. ЧДД в покое до 40, грудная клетка эмфизематозно вздута, перкуторно звук с коробочным оттенком, дыхание проводится во все отделы, жесткое, резко удлиннен выдох, выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 95 в мин., АД 100/70 мм рт.ст.

По данным спирометрии диагностически значимым для постановки диагноза Бронхиальная астма является прирост ОФВ1 после пробы с бронхолитиком более чем на + ____ + %

- 8
- 17
- 12
- 22

В качестве базисной терапии эффективной является комбинация длительно действующего агониста + _____ + и ИГКС

- дельта-рецепторов
- альфа-1,2-адренорецепторов
- β_2 -адренорецепторов
- М-холинорецепторов

У детей старшего возраста монотерапия ИГКС в более высоких дозах демонстрирует + _____ + эффективность в сравнении с комбинацией ИГКС {plus} ДДБА

- меньшую

- доказанную
- равную
- большую

В данной клинической ситуации комбинацией выбора является Формотерол {plus}

- флутиказон
- будесонид
- беклометазон
- мометазон

Все устройства для ингаляционного введения лекарств делятся на дозированные аэрозольные ингаляторы, порошковые ингаляторы и

- хандихалеры
- респираторы
- аспираторы
- небулайзеры

Показаниями для применения комбинированного препарата Формотерол {plus} будесонид является бронхиальная астма и

- ХОБЛ
- пневмония неуточненной генеза
- легочная гипертензия
- туберкулез легких

Детям старше 6 лет комбинированный препарат Формотерол {plus} будесонид в качестве поддерживающей терапии назначается в дозировке 80/4,5 мкг/доза 1-2 ингаляции + ___ + раз(а) в день

- 5
- 3
- 2
- 4

Максимальная суточная доза формотерола при применении препарата Формотерол + Будесонид для данного пациента 10 лет составляет + _____ + мкг/сутки

- 12

- 10
- 30
- 24

На применение препарата Формотерол{plus}Будесонид у пациента возникли такие нежелательные реакции, как кашель и головная боль, которые относятся к нежелательным реакциям типа

- А
- В
- С
- D

Под нежелательными реакциями типа А подразумевают

- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

При выявлении нежелательных реакций на препарат извещение о возникновении НПР отправляется

- в региональный центр гигиены и эпидемиологии
- в областной центр медицинской профилактики
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств
- на подпись главному врачу той больницы, где зафиксирована данная нежелательная реакция, с последующей отправкой в региональный центр гигиены и эпидемиологии

Препаратами второго выбора после ИГКС в низких дозах, а иногда – и как альтернативная терапия первой линии на Ступени 2, являются

- в региональный центр гигиены и эпидемиологии
- в областной центр медицинской профилактики
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств
- на подпись главному врачу той больницы, где зафиксирована данная нежелательная реакция, с последующей отправкой в региональный центр гигиены и эпидемиологии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Б. 58 лет. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, тяжелой степени, неконтролируемая. ДНII. ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО~3~.

Жалобы

* В течение последних трех дней пациент отмечает учащение приступов одышки до 5 раз в сутки, в том числе в ночные часы, которые купирует приемом фенотерола. У больного имеется учащение ангинальных приступов.

* В дневное время физическая активность умеренно нарушена из-за одышки и болей в сердце.

Анамнез заболевания

* В течение последних 2-х лет обострения бронхиальной астмы отмечаются 2-3 раз в год.

* Пациент принимает следующие лекарственные препараты: салметерол/флутиказона пропионат в форме дозированного аэрозоля 25/250 мкг по 2 дозы 2 раза в день, фенотерол в форме дозированного аэрозоля по 2 дозы (200 мкг) по требованию, бисопролол 10 мг внутрь 1 раз в сутки утром, периндоприла аргинин 5 мг внутрь 1 раз в сутки вечером, нитроглицерин 0,5 мг сублингвально по требованию.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена.

Объективный статус

При аускультации отмечаются рассеянные сухие хрипы на выдохе по всем легочным полям, ЧДД = 24 в минуту, тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС = 85 ударов в минуту. АД = 155/100 мм рт.ст. В биохимическом анализе крови: ОХС = 6,8 ммоль/л, ЛПНП = 3,2 ммоль/л, ТГ = 1,5 ммоль/л. ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС = 84 удара в минуту. Нормальное положение ЭОС.

Критериями неконтролируемого течения бронхиальной астмы в данном случае является наличие за последние 4 недели потребности в препарате для купирования симптомов чаще 2-х раз в неделю, дневные симптомы чаще 2-х раз в неделю и

- рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью легочных полей
- ЧДД 24 в минуту
- ночные обострения 1 раз в полгода
- ночные пробуждения из-за БА

В терапии у больного назначен + _____ +, прием которого противопоказан при бронхиальной астме

- фенотерол
- нитроглицерин
- бисопролол
- периндоприла аргинин

Совместное назначение бета²-агониста (салметерол и фенотерол) и бета¹-адреноблокатора (бисопролол) приводит к

- ослаблению бронхолитического действия бета²-агонистов
- взаимному ослаблению фармакологических эффектов обоих
- ослаблению гипотензивного действия бета¹-адреноблокатора
- ослаблению антиангинального действия нитроглицерин

На фоне приема бисопролола у пациента развилась брадикардия (ЧСС < 60/мин), что относится к побочным реакциям типа

- D
- C
- B
- A

Под нежелательными реакциями типа A подразумевают

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется

- в региональный центр гигиены и эпидемиологии
- на подпись к заведующему того отделения, где зафиксирована данная нежелательная реакция, с последующей передачей в центр гигиены
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств
- в областной центр медицинской профилактики

Учитывая частые обострения необходимо дополнить поддерживающую терапию назначением

- тиотропия бромида
- теofilлина
- преднизолона внутривенно
- нитроглицерина

В связи с наличием у пациента стенокардии напряжения, склонности к тахикардии и возможным учащением ангиальных приступов, нежелательно назначение

- теofilлина
- блокаторов лейкотриеновых рецепторов
- салметерола
- блокаторов кальциевых каналов

Бисопрол можно заменить + _____ +, который является блокатором If-рецепторов синусового узла

- каптоприлом
- нитроглицерином
- карведилолом
- ивабрадином

В схему терапии необходимо включить антиагрегант – ацетилсалициловую кислоту, максимальной допустимой дозой которого является + _____ + мг/сут

- 1000
- 50
- 325
- 150

В качестве гиполипидемической терапия пациенту могут быть назначены статины, являющиеся ингибиторами

- альфа-глюкозидазы
- панкреатической липазы
- 5-альфа-редуктазы
- ГМГ-КоА-редуктазы

Терапия гипертонической болезни неэффективна, так как цифры АД у данного пациента не достигают целевых значений САД < + _____ + мм рт. ст

- альфа-глюкозидазы
- панкреатической липазы
- 5-альфа-редуктазы
- ГМГ-КоА-редуктазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке А. беременной женщине, 35 лет, с диагнозом артериальная гипертензия.

Жалобы

на

- * повышение артериального давления до 155/95 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: гипертоническая болезнь стадия 1, АГ 1 степени средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально. +
- * Образование высшее. +
- * Профессиональных вредностей нет. +
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. +
- * Семейное положение – замужем. +
- * В 25 лет – получил перелом левой большеберцовой кости в результате ДТП, выполнен остеосинтез. +

- * Наследственность: отец перенес мозговой инсульт, скончался; мать 68 лет страдает АГ. +
- * Гинекологический анамнез: беременность первая, 16 недель. +
- * Аллергоанамнез не отягощен. +
- * Вредные привычки – не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание - ясное. Рост 170 см, вес 68 кг, до беременности 65 кг, температура тела 36,6°C.

Кожные покровы обычной окраски, сухие. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное с частотой 14 в минуту. Тоны сердца ритмичные ЧСС 65 уд/мин. АД 155/90 мм рт.ст.

Повышение клинического АД или подозрение на преэклампсию у беременных является показанием для проведения

- массивной антибактериальной и антифунгальной терапии
- трансторакальной ЭХО КГ
- суточного мониторирования артериального давления
- антигипертензивной терапии

Антигипертензивным препаратом выбора для данной пациентки с учетом степени риска сердечно-сосудистых осложнений и наличия беременности является

- лизиноприл
- метилдопа
- валсартан
- периндоприл

Таблетированный лекарственный препарат метилдопа для терапии данного пациента назначается в дозе + _____ + мг + ___ + р/сут

- 150; 1
- 150; 4
- 500; 3
- 250; 2

Максимальная суточная доза метилдопы составляет + _____ + мг

- 500
- 3000
- 1500
- 4500

Во время применения метилдопы необходим контроль

- уровня креатинина крови
- температуры тела
- выделительной функции почек
- печеночных трансаминаз

Частой (1/100 назначений) нежелательной лекарственной реакцией во время применения ЛП метилдопа является

- гиперпролактинемия
- периферический паралич лицевого нерва (паралич Белла)
- застойная сердечная недостаточность
- ортостатическая гипотензия

При появлении ортостатической гипотензии на фоне приема метилдопы рекомендуется

- снижение дозы препарата
- отмена данного препарата
- добавление к терапии бетагистина
- добавление к терапии и АПФ

Метилдопу нельзя применять одновременно с

- гипогликемическими препаратами
- антибиотиками
- противогрибковыми препаратами
- ингибиторами МАО

Поскольку в исследованиях на животных применения ЛП метилдопа не выявлено увеличения частоты повреждений плода, а клинических исследований с участием беременных женщин проведено не было, Метилдопа относится к препаратам категорий _____ риска при беременности

- В
- С
- D
- А

Являясь антигипертензивным препаратом центрального действия, метилдопа стимулирует пресинаптические центральные тормозные пресинаптические

- бета-2-адренорецепторы
- NDMA-рецепторы
- М-холинорецепторы
- альфа-адренорецепторы

Противопоказанием для назначения метилдопы является

- острый гепатит
- почечная недостаточность легкой степени
- инфаркт миокарда в анамнезе
- артериальная гипертензия

Для повышения эффективности лечения и коррекции факторов риска данной пациентке следует рекомендовать ограничение потребления

- острый гепатит
- почечная недостаточность легкой степени
- инфаркт миокарда в анамнезе
- артериальная гипертензия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Х. 66 лет. Причина консультации врача-клинического фармаколога: рефрактерность фибрилляции предсердий к проводимой терапии (амиодарон 600 мг в/в кап.).

Жалобы

на

- * сердцебиение,
- * одышку в покое,
- * часто возникающий дискомфорт в эпигастрии,
- * периодическое послабление стула,
- * плохой сон,
- * беспокойство,
- * мышечная слабость,
- * влажность кожных покровов.

Анамнез заболевания

10 лет назад при значениях АД 200/100 мм рт. ст. госпитализирован в стационар, где был выставлен диагноз гипертонической болезни. Проведена транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование ПКА с применением рентгеноконтрастных препаратов, в течение 1 года возникли пароксизмы нарушения ритма, сопровождающиеся давящими болями за грудиной и одышкой, с этого момента пациент постоянно принимал амиодарон в дозе 200 мг/сут. По результатам повторной коронароангиографии с

контрастом стеноз ствола ЛКА менее 70%; в среднем сегменте ПМЖВ, признаки пристеночного кальциноза, суживающие просвет на 60%; ОВ стенозирована в устье более 75%; выполнено аутовенозное аортокоронарное шунтирование (АКШ) ПМЖВ и ОВ. После выполнения АКШ в первые 48 ч зарегистрированы желудочковые нарушения ритма (частая желудочковая экстрасистолия, неустойчивая желудочковая тахикардия), купированные амиодароном в/в кап. Ранний послеоперационный период осложнился также пароксизмом фибрилляции предсердий, который купировался новокаиномидом, затем был назначен амиодарон в насыщающей дозе. Рана зажила первичным натяжением, и на 10 сутки пациент был направлен в реабилитационное отделение. Боли ангинозного характера не беспокоили, больной продолжил прием рекомендованных препаратов, в т. ч. бисопролола, амиодарона. Через 3–4 нед. после операции вновь стали беспокоить приступы учащенного сердцебиения, по случаю неэффективности самостоятельных попыток купирования затянувшегося пароксизма нарушения ритма вызвал бригаду «03». Введено 600 мг амиодарона в/в кап, синусовый ритм не восстановился и больной госпитализирован в кардиореанимацию.

Данные лабораторного обследования:

Клинический анализ крови

|====

| *Клин. ан. крови* | *Норма* |

| Лейкоциты | 9.3 | 4,0-9,0x10⁹/л

| нейтрофилы | 77.9 | 47-72%

| лимфоциты | 24.3 | 19-37%

| моноциты | 14.3 | 3,0-11,0%

| эозинофилы | 2,9 | 0,5-5,0%

| базофилы | 0.7 | 0-1%

| Эритроциты | 4.98 | 3,9-5,0x10¹²/л

| Гемоглобин | 100 | 120-160г/л

| Тромбоциты | 579 | 150-400x10⁹/л

| СОЭ | 45 | 2-20 мм/ч

|====

{nbsp}

Исследование уровня гормонов щитовидной железы ТТГ – 0,06 uIU/ml (0,34-5,6); св.Т4 – 5,19 ng/ml (0,54–1,24); св.Т3 – 1,72 ng/ml (0,2–0,5)

Исследование антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови анти-ТГ – 0,6 IU/ml (< 4,1).

Биохимический анализ крови холестерин общ. – 1,97 ммоль/л, ЛПНП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, (СКФ (MDRD) – 89 мл/мин/1,73м²), АСТ – 21

ЕД/л; АЛТ – 43

ЕД /л; ЛДГ – 167 ЕД/л; общий белок – 68,9 г/л.

Данные инструментальных методов:

На ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 62 в мин.

Ширина P 0,898 с, PQ 0,102 с, QRS 0,972 с, QT 0,42 с, QT(c) 0,431 с (N = 0,360–0,420; 0,420–0,480 с. – «серая зона»).

Зубец Т уплощен (неспецифический признак), регистрируется зубец U (неспецифический признак)

Эхо-КГ: расширение ЛП до 4,2 см; КСР – 3,0; КДР – 5,2; ТМЖП – 1,0; ТдЗСЛЖ – 1,0; ФВ – 74%; уплотнение аорты, створок аортального клапана с регургитацией 1 степени, митральная, трикуспидальная регургитация 1 степени.

Рентгенография органов грудной клетки: Легочные поля без патологических теней. Легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза. Корни малоструктурны, тяжисты. Диафрагма и синусы четкие. Сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка. Аорта уплотнена

УЗИ ЩЖ: правая доля: длина – 5,2 см; ширина – 1,6 см, толщина 2,0 см, объем 8,8 см³, структура равномерно гетерогенна; расположение обычное, контур ровный, четкий, эхогенность обычная, образования не определяются; левая доля: длина – 4,4 см, ширина – 1,6 см, объем 8,1 см³, структура равномерно гетерогенна, расположение обычное, контур ровный, четкий, эхогенность обычная, образования не определяются. ЦДК показывает отсутствие кровоснабжения.

Заключение: эхоструктурных изменений не выявлено.

Поставлен диагноз амиодарон-индуцированный гипертиреоз. Вас пригласили на консультацию для определения дальнейшей тактики

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Образование среднее-строитель, работал на стройке прорабом.

* Питание регулярное, качественное. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

* Семейное положение – женат. Дочь 25 лет. Здоровая.

* Наследственность: отец перенес рак мочевого пузыря, у матери пациента был сахарный диабет. Вредные привычки – курит с 25 лет по 5 сигарет в сутки.

* Аллергоанамнез не отягощен.

* С 30 лет болен язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, протекавшей ранее с частыми обострениями.

Объективный статус

Кожные покровы бледные, влажные, периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 117 в

мин. АД 150/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии.

Размеры печени не увеличены.

Учитывая рефрактерность ФП к проводимой терапии, изменения на ЭКГ и поставленный диагноз дальнейший прием амиодарона

- рекомендован в увеличенной дозировке
- рекомендован в уменьшенной дозировке
- невозможен
- желателен совместно с тирозолом

На фоне приема амиодарона необходимо исследовать функцию + _____ + не реже 1 раза в 6 мес и всегда при ухудшении течения аритмии

- щитовидной железы
- желудочно-кишечного тракта
- почек
- головного мозга

Влияние амиодарона на метаболизм тиреоидных гормонов обусловлено ингибированием превращения T4 в T3 посредством блокады

- тироксин-5-дейодиназы
- дезоксирибонуклеазы
- карбоксипептидазы
- аденозиндезаминазы

Описанный тип нежелательной реакции на прием амиодарона относится к типу

- С
- А
- D
- В

Под нежелательными реакциями типа А подразумевают

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента

- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется

- на подпись главному врачу той больницы, где зафиксирована данная нежелательная реакция, с последующей отправкой в региональный центр гигиены и эпидемиологии
- к заведующему того отделения, где зафиксирована данная нежелательная реакция
- в региональный центр гигиены и эпидемиологии
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств

Противопоказанием для назначения амиодарона является

- приступ желудочковой пароксизмальной тахикардии
- AV блокада 1 степени
- кардиогенный шок
- мерцательная аритмия

Так как амиодарон имеет очень большой период + _____ +, его можно принимать через день или делать перерывы в его приеме 2 дня в неделю

- полуэлиминации
- элиминации
- полувыведения
- полураспада

Максимальная разовая доза амиодарона составляет + _____ + мг, а максимальная суточная доза - + _____ + мг

- 800; 1600
- 400; 1200
- 200; 1200
- 200; 600

Для лечения манифестного йод-индуцированного тиреотоксикоза используются _____ в виде монотерапии или в комбинации с тиамазолом

- М-холиномиметики
- блокаторы ГАМК-рецепторов

- β-адреноблокаторы
- альфа-1-адреноблокаторы

При выраженном амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе, который не отвечает на монотерапию, а также в ситуациях, когда тип заболевания не может быть точно определён, показано назначение комбинации тиреостатиков и

- глюкокортикоидов
- иммуносупрессантов
- противогрибковых препаратов
- антибиотиков

Для исключения амиодарон-индуцированного поражения легких пациенту рекомендовано обращение к

- глюкокортикоидов
- иммуносупрессантов
- противогрибковых препаратов
- антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке - женщина, 37 лет. Ранний послеродовой период 6-х патологических родов, кесарево сечение, гипотоническое кровотечение, простая экстирпация матки с правыми придатками и левой маточной трубой.

Жалобы

на

- * умеренно выраженную головную боль,
- * общую слабость.

Анамнез заболевания

В плановом порядке 13 дней назад пациентка родоразрешена путем операции кесарева сечения, (общая анестезия) родилась живая доношенная девочка массой 3400 г, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. В связи с гипотонией матки наложены строчные швы, дополнительно введены утеротоники. Кровопотеря – 1000 мл, отмечались выраженное варикозное расширение вен органов малого таза, расширение правой маточной трубы за счет гидросальпинкса,

воспалительные изменения левой маточной трубы. Произведена простая экстирпация матки с правыми придатками и левой маточной трубой. Общая кровопотеря составила 1500 мл. С заместительной целью произведена трансфузия свежезамороженной плазмы 300 мл, 1053 мл эритроцитарной массы, 200 мл альбумина 10%.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: аппендэктомия, герпесвирусная инфекция с обострениями до 3-х раз в год, по данным МРТ и КТ-организованная внутримозговая гематома параселлярной области слева в стадии обратного развития.

* При УЗИ в 18 недель гестации выявлена миома матки с наличием нескольких узлов размером 1,3×1,5×1,4 см. Во второй половине беременности, в сроке 29 недель перенесла ОРВИ без повышения температуры тела и повторное обострение хронической герпесвирусной инфекции II типа.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает правильно. В месте и пространстве ориентирована. Слизистые бледно-розовые, чистые, на коже ягодич и промежности везикулезные высыпания. Глазные щели D=S, легкая асимметрия носогубной складки, единичные горизонтальные нистагмоидные движения влево. Патологических менингеальных знаков, нарушений чувствительности и координации нет. Над всей поверхностью легких дыхание выслушивается везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений до 18 в минуту. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия до 100 уд/мин. АД – 100/80 мм рт. ст. Температура тела – 36,8°C. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

К факторам риска и причинам кровотечения при родоразрешении у данной пациентки можно отнести

- длительное введение утеротоников и кесарево сечение в родах
- возраст старше 35 лет и наличие 8-ми беременностей в анамнезе
- переливание крови и хроническую венозную недостаточность
- наличие множественных узлов миомы матки и общую анестезию

+ _____

_____ + рассматриваются как факторы риска для послеродовых венозных тромбозных осложнений у данной пациентки

- Возраст старше 30 лет и акушерское кровотечение в анамнезе
- Наличие множественных узлов миомы матки и организованная внутримозговая гематома

- Нарушение сократительной способности матки и организовавшаяся внутримозговая гематома
- Послеродовое кровотечение 1000 мл и более (1500 мл) с хирургическим вмешательством и возраст старше 35 лет

Во время беременности повышается риск венозных тромбозов за счет

- снижения уровня фибриногена
- физиологического повышения уровня тромбоцитов
- снижения уровня объема циркулирующей жидкости
- обструкции венозного возврата растущей маткой

Назначение + _____ + в раннем послеоперационном периоде данной пациентке абсолютно показано

- низкомолекулярного гепарина
- клопидогрела
- нефракционированного гепарина
- фондапаринокса натрия

Режим дозирования Эноксапарина натрия для пациентки с массой тела 60 кг + _____ + мг п/к

- 80
- 20
- 60
- 40

Традиционные параметры коагулограммы МНО, АПТВ имеют информационную ценность только

- в отношении прогнозирования развития тромбоза
- для выявления гиперкоагуляции
- для оценки эффективности проводимой терапии антикоагулянтами
- для выделения пациентов группы риска тромботических осложнений

По инструкции для эноксапарина во время его использования после родов

- возможно продолжить грудное вскармливание
- необходимо исключить грудное вскармливание
- необходимо информированное согласие пациентки
- необходима промежуточная доза препарата

Применение гепаринов в «промежуточной дозе» во время беременности связано с

- увеличением объема распределения
- снижением скорости клубочковой фильтрации
- низким связыванием гепарина с белками плазмы
- уменьшением объема распределения

Антагонисты витамина К (варфарин) + _____ + в послеродовом периоде у кормящих матерей

- безопасны
- не применяются
- противопоказаны
- ограничены к применению

Антагонисты витамина К – варфарин могут быть назначены во время беременности в сроке от + _____ + недель

- 34 до 38
- 4 до 12
- 24 до 34
- 13 до 34

Тератогенность варфарина пример нежелательной лекарственной реакции типа + _____ + по критериям экспертов ВОЗ

- D
- B
- C
- A

Связь нежелательного явления с лекарственным средством оценивается по алгоритму

- D
- B
- C
- A

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке. Больная Л. 23-х лет, поступила на отделение онкогематологии. Состояние после резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендоанастомоза и трансплантации правой почки. Диагноз: острый лимфобластный лейкоз. Учитывая данные гистологического исследования интраоперационного биоптата тканей подвздошной и слепой кишок (наличие септированного мицелия, ветвящегося под острым углом), у больной изолированный инвазивный аспергиллез толстой кишки.

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

5 лет назад диагностирован острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), из предшественников В-клеток. Полихимиотерапия (ПХТ) осложнилась язвенно-некротическим стоматитом, эзофагитом, повторными токсикодермиями, а затем – внутрибольничной левосторонней нижнедолевой пневмонией, купированной антибиотиками широкого спектра действия. В период дальнейшего наблюдения пациентка отмечала частые фарингиты. В клинических анализах крови преимущественно сохранялась лейкопения с минимальным снижением количества лейкоцитов до $1,4-1,1 \cdot 10^9/\text{л}$, в связи с чем дозы цитостатических препаратов снижали или лечение временно отменяли. Настоящая госпитализация после появления жалоб на повышение температуры тела до 38°C без озноба, геморрагические высыпания на нижних конечностях, позже – на туловище и верхних конечностях, клиническое исследование периферической крови (Hb. – 114 г/л, РТТ. – $16 \cdot 10^9/\text{л}$, WBC – $4,6 \cdot 10/\text{л}$, бласты – 40%).

Анамнез жизни

- * В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте.
- * В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 15 лет по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективный статус

При объективном осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, единичные петехии на туловище, верхних и нижних конечностях различной давности. Видимые слизистые оболочки и склеры обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы: шейные, сзади – несколько от 1,0 до 1,5 см, плотные, смещаемые, безболезненные; подмышечный слева – до 2,0 см; паховые – до 2,0 см. Пульс ритмичный, тоны сердца звучные, шумов нет, ритм правильный. Перкуторно над легкими – ясный

легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту; ЧСС – 68 в минуту; АД – 125/75 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка: пальпируется нижний конец у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Незначительное серозное отделяемое в области швов.

Основным возбудителем большинства инвазивных заболеваний, связанных с *Aspergillus spp* является

- *a. sojae*
- *a. tamari*
- *a. fischerianus*
- *a. niger*

Основной фактор риска развития аспергиллеза у пациентки - это

- возраст пациентки
- применение антибиотиков широкого спектра действия в анамнезе
- внутрибольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония в анамнезе
- использование иммуносупрессивной терапии

Первый этап фармакотерапии инвазивных микозов - это

- эрадикация возбудителя
- уменьшение интенсивности иммуносупрессивной терапии
- поддерживающее лечение
- индукция/консолидация ремиссии

Поддерживающая фармакотерапия инвазивных микозов предполагает

- курсовое применение противогрибковых средств в максимальной суточной дозе
- короткое накожное применение противогрибковых средств
- длительное внутривенное введение противогрибковых средств
- длительное пероральное применение противогрибковых средств в меньших дозах

Из крови аспергиллы выделяются

- очень редко
- в диагностически значимом титре
- часто
- всегда

Существует + _____ + поколений препаратов для лечения системных микозов

- пять
- шесть
- восемь
- семь

Препаратом выбора в данной ситуации может стать

- амфотерицин В
- вориконазол
- флуконазол
- итраконазол

Учитывая высокую биодоступность вориконазола при приеме внутрь (96%), при наличии клинических показаний допускается переход с внутривенного на пероральное применение

- на третьи сутки от начала лечения
- на любые сутки от начала лечения
- без коррекции дозы
- с коррекцией дозы

Средний объем распределения вориконазола в равновесном состоянии составляет 4,6 л/кг, что предполагает

- проведение терапевтического лекарственного мониторинга
- применение средней суточной дозы в начале лечения
- активное распределение вориконазола в тканях
- низкое распределение вориконазола в ткани

Нагрузочная доза вориконазола в данной ситуации + _____ + мг/кг внутривенно капельно 2 раза в сутки

- 5
- 10
- 4
- 6

Пациенты после трансплантации органов, получающие иммуносупрессивную терапию подвергаются вакцинации + _____ + вакцинами

- инактивированными
- живыми
- ослабленными живыми
- ослабленными

Пациентам после трансплантации инактивированные вакцины лучше применять не ранее, чем через + _____ + месяцев/месяца после трансплантации

- инактивированными
- живыми
- ослабленными живыми
- ослабленными

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту. Пациент Б. 49 лет. Поступил в гастроэнтерологическое отделение. Диагноз: обострение хронического панкреатита.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * боли в правом подреберье,
- * околопупочной области,
- * тошноту,
- * потерю аппетита.

Анамнез заболевания

Стойкий повышенный уровень амилазы в крови и моче.

Анамнез жизни

- * Эпидемиологический анамнез: в течение 3-х лет в эндемичные районы не выезжал.
- * Контакт с профессиональными вредностями, химическими и бытовыми ядами не имел.
- * Со слов пациента известно, что ранее злоупотреблял алкоголем.
- * Аллергические реакции, лекарственную непереносимость каких-либо препаратов отрицает.
- * Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Объективный статус

Состояние при поступлении: удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормального питания (рост –168 см, вес – 85 кг). Т тела – 36,7°C. Кожные покровы смуглые, отмечается иктеричность склер. Выраженные отеки стоп, голеней. Перкуторный звук легочный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16/мин. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной тупости – в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС –78 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в верхней половине живота, симметричный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются.

Возможным внепанкреатическим источником гиперамилаземии у данного пациента может/могут быть

- травма головного мозга
- болезни слюнных желез
- послеоперационная гиперамилаземия
- ожоги

Одна из основных задач терапии хронического панкреатита - это

- лечение гипогликемическими лекарственными средствами на ранних стадиях
- угнетение секреции железы
- снижение интенсивности боли в животе наркотическими анальгетиками на ранних стадиях
- лечение недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы

При хроническом панкреатите с признаками нутритивной недостаточности назначение заместительной ферментной терапии может

+ _____ + верификации стеатореи

- быть показано после
- быть противопоказано без
- осложнять процесс
- быть показано даже без

Пациент должен получать не менее + _____ + тыс. ед. липазы на основной прием пищи

- 25
- 15
- 20

- 10

Эффективность заместительной ферментной терапии более высока при назначении ферментов

- во время еды
- перед едой
- на ночь
- после приема пищи

Минимикросферы покрытые кишечнорастворимой оболочкой содержащие панкреатин характеризуются лучшей фармакокинетикой, обеспечивающей

- большой объем распределения препарата в крови
- большую биодоступность ферментов при приеме внутрь
- большую степень связывания с белками плазмы
- большую площадь контакта ферментов с химусом

В качестве критериев оценки эффективности ферментов поджелудочной железы + _____ + использовать клинические показатели, такие как купирование диареи, нормализация диспепсических симптомов

- достаточно
- не показано
- не достаточно
- необходимо

Сниженной эластазой-1 кала менее + _____ + мкг/г определяет необходимость пожизненной заместительной терапии панкреатином в подобранной дозе

- 200
- 300
- 350
- 100

Развитие панкреатогенного диабета требует

- соблюдения низкокалорийной диеты
- назначения пероральных гипогликемических средств
- увеличения дозы панкреатина вдвое
- назначения инсулина

Плановое хирургическое вмешательство показано при

- желании пациента
- осложненном течении
- недостаточности консервативной терапии
- появлении болей в правом подреберье

Ограничение употребления + _____ + снижает риск возникновения хронического панкреатита

- жира любого происхождения
- кофе
- шоколада
- алкоголя и табакокурения

Пациентам с хроническим панкреатитом показано дробное питание + _____ + раз/раза в день

- жира любого происхождения
- кофе
- шоколада
- алкоголя и табакокурения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Д.В. 49 лет, преподавателю. Лабораторные исследования выявили: HbA1c – 10,2% (целевое значение HbA1c \leq 7%), глюкоза плазмы натощак 10,2 ммоль/л, уровень С-пептида 0,7 нг/мл (норма – 1,1-4,4).

Жалобы

Жалобы на сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно часто возникает в паху, полиурию, снижение работоспособности, повышенная утомляемость, слабость. Данная симптоматика нарастала в течение 3-х последних месяцев.

Анамнез заболевания

Впервые на приеме у эндокринолога, был направлен терапевтом в связи с вышеуказанными жалобами и с повышением уровня глюкозы натощак 12,7 ммоль/л.

Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний не отмечает, но в последнее время указывает на снижение остроты зрения. В настоящее время ничем не лечится.

Объективный статус

Вес 90 кг, рост 180 см.

С-пептид - это

- продукт расщепления гликогена
- продукт метаболизма глюкозы
- продукт расщепления проинсулина
- маркер уровня сахара в крови за 3 месяца

Для дифференциальной диагностики СД1 и СД2 используется

- С-пептид
- АТ-ТПО
- уровень гликемии натощак
- HbA1c

Учитывая данные лабораторной диагностики, больной нуждается в

- инсулинотерапии
- лекарственных средствах с инкретиновой активностью
- увеличении аэробной физической нагрузки в течение дня
- лекарственных средствах, стимулирующих секрецию инсулина

Наиболее физиологичным режимом инсулинотерапии является

+ _____ + режим

- однократный инъекционный
- внутривенный капельный
- постпрандиальный
- базисно-болюсный

Под интенсифицированной инсулинотерапией понимают разделение инсулина на базальный, коррекционный и

- длительный
- помповый
- прандиальный
- фоновый

**Инсулин растворимый человеческий генноинженерный + _____+,
являясь инсулином короткого действия применяется подкожно за 30 мин до
приема пищи, содержащей углеводы**

- лантус
- хумалог
- актрапид НМ
- протафан НМ

Длительность действия Актрапид НМ + _____+ часов

- 7-8
- 9-11
- 10-12
- 12-16

**Актрапид НМ, являясь инсулином короткого действия, может использоваться
в комбинации с инсулином длительного действия**

- инсулином двухфазным человеческим генноинженерным (Генсулин М30)
- инсулином детемиром (Левемир® ФлексПен®)
- инсулином-изофаном человеческим генно-инженерным (Возулим-Н)
- инсулином аспарт двухфазным (НовоМикс 30)

**Липодистрофии это + _____+ осложнение инсулинотерапии при
сахарном диабете**

- редкое
- жизнеугрожающее
- дозозависимое
- частое

**Оценка эффективности инсулинотерапии проводится по уровню HbA1c 1 раз в
+ _____+ месяца/месяцев**

- 6
- 2
- 3
- 4

Чтобы предотвратить липодистрофию, нужно

- менять места инъекций

- заниматься самомассажем
- протирать кожу спиртом
- вводить холодный инсулин

Для снижения риска возникновения + _____ + человек может изменить свой образ жизни, а именно снизить массу тела, стать более активным физически и потреблять более здоровую пищу

- менять места инъекций
- заниматься самомассажем
- протирать кожу спиртом
- вводить холодный инсулин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Л. 32 лет, которая была госпитализирована в отделение гематологии с диагнозом: лимфома Ходжкина II ст. Проведен первый курс ПХТ с минимальным положительным эффектом. Требуется консультация врача-клинического фармаколога по результатам посевов.

Жалобы

на

- * появление выраженной общей слабости,
- * одышки в покое,
- * тахикардию (ЧСС – до 130 уд/минуту),
- * лихорадку 38^oС.

Анамнез заболевания

Считала себя больной в течение 1 года, когда появились жалобы на кашель, осиплость голоса, зуд кожи, одышку при быстрой ходьбе. Осенью 2018 г. отмечала увеличение лимфатических узлов шеи слева, в связи с чем в октябре 2018 г. была госпитализирована в ЦРБ г. Сосновый Бор Ленинградской области. На компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) выявили интерстициальные изменения легких и увеличенные внутригрудные лимфатические узлы. Генез лимфоаденопатии установить не удалось. Был заподозрен саркоидоз, получала преднизолон 120 мг/сут в течение 12 дней. После выписки продолжала принимать преднизолон 30 мг в день, далее длительно метилпреднизолон 16 мг/сут. Выполнили биопсию лимфатического узла над левой ключицей. При исследовании гистологических препаратов с

использованием иммуногистохимического анализа диагностировали классическую лимфому Ходжкина II ст., нодулярный склероз. На амбулаторном этапе больная отмечала прогрессивное ухудшение состояния выполнили позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ). При исследовании выявлен высокий уровень накопления радиофармпрепарата в шейных, подмышечных, внутригрудных, абдоминальных, тазовых лимфатических узлах, в очагах легких, в утолщениях плевры, в очагах селезенки, в костном мозге. Также отмечали значительный двусторонний гидроторакс. Пациентка была госпитализирована в отделение гематологии, где выполнили дренирование обеих плевральных полостей, катетеризацию верхней полой вены.

Анамнез жизни

- * В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте.
- * В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 15 лет по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. На коже, преимущественно нижних конечностей, расчесы. Дыхание самостоятельное. Выраженная одышка в покое, частота дыхательных движений (ЧДД) – 30 уд/минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 140-150 уд/минуту, SpO₂ = 90-92%.

Развитие лихорадки 38^oC и панцитопении в постцитостатическом периоде (лейкоциты – 0,06·10⁹/л., тромбоциты – 137 000/мкл, гемоглобин – 71 г/л) является показанием для

- КТ органов брюшной полости
- ПЦР исследования промывной жидкости из бронхов на цитомегаловирус
- начала эмпирической антибактериальной терапии
- исследования мазка из носоглотки

Ятрогенный путь инфицирования пациентки с последующим развитием грибковой инфекции может быть вызван

- предшествующем госпитализации посещением бассейна
- использованием ЦВК
- несбалансированным питанием
- вдыханием спор грибов

Препаратом первой линии антимикотической терапии при выявлении у пациентки *Candida spp.* и установлении диагноза инвазивный кандидоз/кандидемия является

- каспофунгин
- амфотерицин В
- итраконазол
- позаконазол

На введение каспофунгина у пациентки развился ангионевротический отек с проявлениями крапивницы, поэтому с целью коррекции терапии рекомендован препарат полиенового ряда

- амфотерицин В
- занамибир
- анидулафунгин
- триметоприм

С учетом чувствительности выделенной культуры *Candida* к флуконазолу и вориконазолу (*in vitro*) рекомендовано провести

- эскалационную терапию флуконазолом и вориконазолом
- деэскалационную терапию флуконазолом
- ступенчатую терапию изаконазолом
- ступенчатую терапию вориконазолом

Режим дозирования флуконазола у данной пациентки составляет + _____ + мг/сут

- 800 мг/сут внутривенно
- 800 мг – нагрузочная доза, затем по 400 мг/сут в/в
- 300 мг – нагрузочная доза, затем по 150 мг/сут в/в
- 150 мг/сут внутрь

Использование амфотерицина В деоксихолата ограничивает его выраженная

- кардиотоксичность
- нефротоксичность
- гепатотоксичность
- гематотоксичность

Большинство современных схем лечения инвазивных микозов включают два этапа фармакотерапии, и вторым этапом является поддерживающее лечение, которое предполагает

- длительное, в течение нескольких месяцев, применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе

- длительное, в течение 3-5 недель, применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в минимальной суточной дозе
- короткое, в течение нескольких дней, применение противогрибковых средств, обычно внутримышечно, но иногда и внутрь, и в дозах, превышающих дозы, которые были на первом этапе
- короткое применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе

Использование итраконазола и позаконазола в данной ситуации не оправдано из-за

- длительной нейтропении
- их высокого уровня распределения
- их вариабельной биодоступности при приеме внутрь
- высокого уровня связывания ЛС с белками плазмы крови

При невозможности удаления (замены) ЦВК, следует использовать активные против *Candida* в составе биопленки

- полиеновые антибиотики
- азольные антимикотики
- триазолы
- эхинокандины

В настоящее время существует + ____ + поколений препаратов для лечения системных микозов

- 3
- 7
- 5
- 4

Некоторым пациентам после перенесенных угрожающих жизни системных микозов, получающих иммуносупрессивную терапию, может быть показан пожизненный прием

- 3
- 7
- 5
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту С. мужчине 48 лет, в тяжелом состоянии. Диагноз: гепатоцеллюлярная карцинома. Цирроз печени Child-Pugh класса В. Гепаторенальный синдром (?)

Жалобы

на

- * увеличение живота в объёме,
- * вздутие живота,
- * отеки на ногах,
- * тошноту,
- * слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * снижение аппетита вплоть до полного отказа от еды,
- * дисгевзию (извращение вкуса),
- * снижение суточного диуреза до 500 мл/сут.

Анамнез заболевания

Заболел 0,5 года назад, когда отметил резкое ухудшение самочувствия: появились потливость, слабость, лихорадка, боль в животе, уменьшилась масса тела. 5-кратная биопсия которых в течение 6 мес была неинформативной. В лабораторных анализах нарастают признаки печеночной недостаточности и уровня альфа-фетопротеина и ракового эмбрионального антигена.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально. Работает ветеринаром. +
- * Образование среднее. +
- * Профессиональные вредности отрицает. +
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. +
- * Семейное положение не женат. +
- * Наследственность. Отец перенес мозговой инсульт скончался, у матери СД. +
- * Перенесенные заболевания: аппендектомия 4 года назад. +
- * Вредные привычки – курение по 5 сигарет каждый день на протяжении 15 лет. +
- * Алкоголь употребляет каждый день. +
- * Пищевая аллергия: яйца – явления крапивницы.

Объективный статус

Слабость, иктеричность склер, олигоурия, пальмарная эритема, расширение вен брюшной стенки, телеангиоэктазии, ксантелазмы, периферические отеки,

деформация пальцев рук и ног по типу «барабанных палочек», ногтей — по типу «часовых стекол», гепатоспленомегалия.

OAM — уд.вес — 1,015, белок — 25 mg/dl 1{plus}, кетон — 3 mg/dl 2{plus}, эритроциты — 250 Ery/ 4{plus}, среда — 6, нитрит - pos 1{plus}, лейкоциты — 25 Leu/1{plus}

ОПП, вызванное циррозом печени с портальной гипертензией, что привело к снижению общего периферического сосудистого сопротивления относится к + _____ + причине

- ренальной
- постренальной
- прerenальной
- кардиогенной

Важным этапом в семиологической дифференциальной диагностике с целью исключения или подтверждения наличия обструктивного острого повреждения почек является

- биохимический анализ крови
- УЗИ почек
- общий анализ мочи
- проба Ребега-Тореева

Терапия острого повреждения почек должна включать

- антибактериальную терапию
- МРТ почек
- нутриционную поддержку
- терапию глюкокортикостероидами

При проведении нутритивной поддержки у больных рекомендуется обеспечивать потребление белка в пределах + _____ + г/кг/сут и калорий не ниже + _____ + ккал/кг

- 0,8-1,2 ; 20-30
- 8-12 ; 250-350
- 0,08-0,2 ; 40-60
- 0,1-0,5; 200-300

Данному пациенту рекомендуется преимущественно + _____ + питание

- низкоуглеводное
- парентеральное
- энтеральное
- белковое

В диете должны быть ограничены продукты с высоким содержанием

- магния
- кальция
- калия
- натрия

К ренальным осложнениям острого повреждения почек периода олигоурии, обусловленным азотемией, относится синдром

- системной воспалительной реакции
- уремии
- печеночной недостаточности
- дегидратации

Рекомендуется, с целью контроля гиперволемии использовать

- пероральные глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты
- петлевые диуретики
- ингибиторы АПФ

Учитывая механизм действия фуросемида, его введение в условиях гиповолемии усугубит гипоперфузию почек за счет снижения ударного объема левого желудочка, а также значительно увеличит риск

- гематотоксичности
- кровотечений
- лекарственного повреждения печени
- тромбоэмболических осложнений

Абсолютным показанием для начала заместительной почечной терапии является

- нечувствительность к глюкокортикостероидам
- нечувствительность к диуретикам
- уровень натрия >150 ммоль/л

- уровень калия < 5 ммоль/л

Рекомендуется внутривенное введение фуросемида в начальной дозе 5 мг/ч с постепенным увеличением максимально до + _____ + мг/ч

- 50
- 20
- 125
- 80

Рекомендуется использовать сбалансированные растворы

+ _____ + для инфузионной терапии в больших объемах

- 50
- 20
- 125
- 80

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациенту на консультацию. Пациентка, 16 лет, фоновое заболевание: медуллобластома левого полушария мозжечка с супратенториальным распространением опухоли, R {plus} M3, состояние после комплексного лечения, рецидив I.

Осложнениями высокодозной химиотерапии в период ее проведения в раннем посттрансплантационном периоде были фебрильная нейтропения, тромбоцитопения III–IV степени, токсический гепатит, панкреатит, мукозит IV степени, эпидермальный некролиз. Пациентке проводили комбинированную противомикробную терапию (сульперазон, амикацин, имипенем {plus} циластин, ванкомицин, пиперациллин {plus} тазобактам).

Состояние без положительной динамики. Цель консультации врача-клинического фармаколога: коррекция медикаментозной терапии.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Проводимая противоопухолевая терапия соответствовала IV уровню, т. е. наиболее интенсивная, ввиду комбинации используемых опций противорецидивного лечения (повторная операция, химиотерапия,

высокодозная химиотерапия с аутологичной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК).

Анамнез жизни

- * Девочка от первой нормально протекающей беременности. +
- * Роды срочные физиологичные APGAR 8/9. +
- * Росла и развивалась соответственно возрасту. +
- * Заболевает ОРЗ до 3 раз в год, последний эпизод 1 год назад, лечилась амбулаторно (амоксциллин).
- * Вакцинация в соответствии с национальным календарем прививок.
- * Посещает районное общеобразовательное учреждение. Против пневмококковой и гемофильной инфекции не привита. Реакция гиперчувствительности в ответ на применение ЛП цефиксим (папулезная сыпь).

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 105 см, вес 18 кг, температура тела 38,5°C. Кожные покровы чистые, горячие, бледные. Видимые слизистые гиперемированы, отечны, носовое дыхание затрудненное. Периферических отеков нет. В легких Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные ЧСС 118 уд/мин. Живот мягкой безболезненный, печень у края реберной дуги селезенка не пальпируется. Диурез, со слов, в норме.

Согласно приказу № 1071 "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора" для лекарственных средств находящихся в обращении более 4-х лет, периодически обновляемый отчет о безопасности лекарственного средства подается каждые

- 5 лет
- 6 лет
- 3 года
- 2 года

При развитии нежелательного явления, зарегистрированного в инструкции по медицинскому применению необходимо заполнить

- извещение о нежелательной реакции лекарственного препарата в Росздравнадзор
- извещение о развитии нежелательной реакции на имя заведующего отделения/главного врача/начальника медицинской части
- журнал о нежелательных реакциях в лечебном учреждении
- специальную графу в дневнике истории болезни

Основным фактором риска развития аспергиллеза у пациентки является

- длительный постцитостатический агранулоцитоз

- детский возраст
- применение антибиотиков широкого спектра действия в анамнезе
- токсический гепатит в анамнезе

Учитывая биодоступность вориконазола при приеме внутрь (96%), при наличии клинических показаний можно переходить с внутривенного на пероральный прием

- без коррекции дозы
- при невозможности пациента глотать
- на 14 сутки
- с коррекцией дозы

В настоящее время существует + _____ + препаратов для лечения инвазивных микозов

- пять поколений
- четыре поколения
- семь поколений
- три поколения

Большинство современных схем лечения инвазивных микозов включают два этапа фармакотерапии, и первым этапом является

- поддерживающее лечение, которое предполагает длительное применение противогрибковых средств в минимальной суточной дозе
- полная эрадикация возбудителя
- поддерживающее лечение, которое предполагает короткие курсы противогрибковых средств в максимальной суточной дозе с интервалом в 3-4 недели
- индукция/консолидация ремиссии, продолжающийся 6–10 нед. в высоких дозах, часто внутривенно

Вторым этапом современных схем лечения инвазивных микозов является поддерживающее лечение, которое предполагает

- длительное, в течение нескольких месяцев, применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе
- короткое применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе
- применение противогрибковых средств в максимальной дозировке коротким курсом с интервалом в неделю
- короткое, в течение 3-5 недель, применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в дозах, превышающих в несколько раз дозы, используемые на первом этапе

Из крови аспергиллы выделяются + _____ + при генерализованных формах аспергиллеза

- всегда
- очень редко даже
- часто, в том числе
- особенно

Медленное введение вориконазола в дозе 9 мгк/кг каждые 12 часов в начале применения производится с целью

- введения насыщающей дозы
- контроля выделительной функции почек
- профилактики осложнений в месте введения
- определения потенциальной гиперчувствительности к препарату

Поддерживающая доза вориконазола в данном случае составляет + ___ + мг/кг каждые + _____ + часов внутривенно

- 15; 4
- 8; 12
- 6; 24
- 15; 24

При неадекватном клиническом ответе пациента доза может быть увеличена с шагом + _____ + мг/кг

- 12
- 3
- 1
- 2

Если ребенок не переносит терапию в назначенной дозе, дозу следует снизить с шагом + ___ + мг/кг

- 12
- 3
- 1
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке А. 27 лет. Диагноз: рак левой молочной железы Т3N3M1 IV стадия, прогрессирование процесса (остеобластные метастазы C5,7 D 1,5,7, ИГХ: РЭ 0 баллов, РП 0 баллов, HER-2/neu 0 баллов). Беременность 20-21 неделя, пациентка отказалась от прерывания и настроена продолжать дальнейшее лечение. Консультация врача-клинического фармаколога.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

2 год назад выполнена мастэктомия по Пейти слева с одномоментной реконструкцией TRAM-лоскутом, 6 курсов адьювантной полихимиотерапии (АПХТ) по схеме FAC (циклофосфамид 950 мг; доксорубин 95 мг; фторурацил 950 мг). Прогрессирование процесса в течение 1 года не наблюдалось. После травмы в феврале через 1 год появилось образование в области послеоперационного рубца. Пункция данного образования показала комплексы раковых клеток. По результатам КТ диагноз: рак левой молочной железы Т3N3M1 IV стадия, прогрессирование процесса (остеобластные метастазы). Всего проведено 3 линии полихимиотерапии. Настоящая госпитализация в связи с отрицательной динамикой основного заболевания.

Анамнез жизни

Пациентка с неотягощенным по онкологической патологии анамнезом.

Объективный статус

Соответствует стадии заболевания.

Согласно приказу № 1071 "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора" для лекарственных средств находящихся в обращении более 2-х лет, периодически обновляемый отчет о безопасности лекарственного средства подается

- каждые 5 лет
- не реже одного раза в 5 лет
- каждые 2 года
- каждые 3 года

С учетом стадии и молекулярно-биологического подтипа опухоли по жизненным показаниям назначено проведение химиотерапии 4-й линии - монокимиотерапия

- паклитакселом 80 мг/м² в/в {plus} карбоплатин AUC2 в/в еженедельно
- трастузумабом 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно
- паклитакселом 80 мг/м² в/в еженедельно
- тамоксифеном 20 мг/сут. внутрь ежедневно

Во избежание тяжелых реакций гиперчувствительности всем пациентам следует проводить премедикацию

- местными анестетиками и инфузией 10% NaCl
- ГКС, H1 и H2 гистаминоблокаторами
- местными анестетиками и опиоидами
- опиоидами

Репродуктивную токсичность и тератогенность относят к нежелательным побочным реакциям типа +_____+ по критериям экспертов ВОЗ

- B
- C
- A
- D

По классификации FDA с точки зрения безопасности для плода, влияния на физиологическое течение беременности паклитаксел относится к категории +_____+, так как в экспериментальных и клинических исследованиях доказан риск для плода, но может назначаться беременным по жизненным показаниям

- A
- C
- X
- D

К частым лабораторным нежелательным реакциям относят

- миелосупрессию
- лейкоцитоз
- снижение АСТ
- тромбоцитоз

Для предотвращения осложнений костного метастазирования в дополнение к основной противоопухолевой системной терапии пациентам с диссеминированным РМЖ при наличии не менее 1 метастаза в кости

назначить бисфосфонаты: золедроновая кислота + ___ + мг в/в 1 раз в 1-3 месяца

- 4
- 16
- 24
- 10

Передозировка паклитакселом может привести к

- острой печеночной недостаточности
- аплазии костного мозга
- гипертоническому кризу
- острой почечной недостаточности

Во время лечения препаратом паклитаксел необходим контроль картины периферической крови, АД и ЧСС из-за

- выраженной гепатотоксичности и гастротоксичности
- возможного острого респираторного дистресс-синдрома
- выраженной гематотоксичности и кардиотоксичности
- возможной дегидратации на фоне диспепсии

К группе препаратов, обязательно применяемых в периоперационном периоде в онкологии относятся

- бронхолитики
- муколитики
- ингибиторы протонной помпы
- антибиотики

Для премедикации вводят + _____ + мг внутрь дексаметазона, + _____ + мг ранитидина внутривенно за 30 минут

- 100;200
- 30; 100
- 20; 50
- 50;150

Паклитаксел является противоопухолевым препаратом растительного происхождения из группы

- 100;200

- 30; 100
- 20; 50
- 50;150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Б. 37 лет. В 1998 г. диагностирован рак правой молочной железы T1N1M0, выполнена радикальная мастэктомия справа с сохранением грудных мышц. В послеоперационном периоде проведено 2 курса адъювантной химиотерапии по схеме DCx4 Доцетаксел 75 мг/м² в/в в 1-й день {plus} циклофосфамид 600 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. Консультация клинического фармаколога.

Жалобы

на

- * слабость,
- * сонливость,
- * снижение концентрации и времени реакции,
- * боль в правой половине живота.

Анамнез заболевания

Больная перенесла хирургическое лечение по поводу РМЖ с применением адъювантной химиотерапии.

Анамнез жизни

Менархе с 12 лет, менструальный цикл был регулярным, 5 беременностей, из них 2 завершились родами, 3 – медицинскими абортами.

- * Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

При осмотре обращают на себя внимания признаки печеночной энцефалопатии: нарушение сознания, установочный нистагм, тремор рук, расстройство чувствительности по полиневротическому типу, астериксис, смазанная речь.

Согласно приказу № 1071 "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора" для лекарственных средств находящихся в обращении более 4-х лет, периодически обновляемый отчет о безопасности лекарственного средства подается каждые

- 5 лет

- 3 года
- 7 лет
- 2 года

При развитии нежелательного явления, зарегистрированного в инструкции по медицинскому применению необходимо заполнить

- специальную графу в дневнике истории болезни
- извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата в Росздравнадзор
- журнал о нежелательных реакциях в лечебном учреждении
- извещение о развитии нежелательной реакции на имя заведующего отделения/главного врача/начальника медицинской части

Ответственный за репортирование о нежелательных лекарственных реакциях должен сообщить о событии в течение + _____ + дней

- 15
- 2
- 7
- 10

Для исключения вирусного поражения печени необходимо определить

- анализ мочи, кал на диз.группу
- HBsAg, HBeAg, HBeAb, ДНК HBV, HDVAb, HBcAb IgG, HCV AT
- ПЦР, РНК вируса SARS-CoV-2, мазок
- IgM и IgG SARS-Cov-2, Ct SARS-Cov-2, ф.50, p24 anti-HIV1 Ag, HPV DNA 21 типа

С целью медикаментозной терапии лекарственного повреждения печени пациентке показан адеметионин + _____ + мг/сут внутривенно капельно с последующим переходом на оральный приём в стандартной дозировке + _____ + мг/сут

- 3200; 1600
- 200; 100
- 400; 200
- 800;1600

Для оценки тяжести лекарственного поражения печени могут использоваться критерии

- Наранжо

- Child-Pugh
- ICH GCP
- NCI

При развитии гепатотоксичности 3-4 степени необходимо временно или полностью отменить химиотерапию и проводить оценку биохимических показателей крови + ___ + раз в + ____ + дня для обеспечения своевременной диагностики развития фульминантной печёночной недостаточности

- 1;4
- 1;7
- 1;2
- 1;3

Общая длительность терапии адеметионином зависит от

- платежеспособности пациента
- длительности химиотерапии
- выбранной новой тактики в химиотерапии
- динамики биохимических показателей

При холестатическом/смешанном варианте поражения печени возможно совместное назначение S-аденозилметионина с препаратами

+ _____ + кислоты

- урсодезоксихолевой
- ацетилсалициловой
- борной
- фузидиевой

Дозировка урсодезоксихолевой кислоты должна составлять + ___ + мг/кг массы тела в 2–3 приёма до разрешения холестаза

- 21-26
- 15–20
- 25-30
- 30-40

Частой нежелательной реакцией на применение урсодезоксихолевой кислоты является

- тремор

- дыхательная недостаточность
- диарея
- калькулезный пиелонефрит

К одному из факторов риска развития лекарственного поражения печени, определяемого организмом, относят

- тремор
- дыхательная недостаточность
- диарея
- калькулезный пиелонефрит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациенту на консультацию. Пациент С. мужчина 48 лет, в тяжелом состоянии. Диагноз: гепатоцеллюлярная карцинома, цирроз печени Child-Pugh класса В. Варикозное расширение вен пищевода II степени.

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет по причине нарушения сознания до сопора.

Анамнез заболевания

Заболел 0,5 года назад, когда отметил резкое ухудшение самочувствия: появились потливость, слабость, лихорадка, боль в животе, уменьшилась масса тела. 5-кратная биопсия которых в течение 6 мес. была неинформативной. В лабораторных анализах нарастают признаки печеночной недостаточности и уровня альфа-фетопротеина и ракового эмбрионального антигена.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально. Работает ветеринаром. +
- * Образование среднее. +
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. +
- * Семейное положение неженат. +
- * Наследственность. Отец перенес мозговой инсульт скончался, у матери СД. +
- * Перенесенные заболевания: аппендектомия 4 года назад.
- * Вредные привычки – курение по 5 сигарет каждый день на протяжении 15 лет.

Алкоголь употребляет каждый день. +

* Пищевая аллергия: яйца – явления крапивницы.

Объективный статус

При осмотре обращает на себя внимания признаки печеночной энцефалопатии: нарушение сознания, тремор рук, расстройство чувствительности по полиневротическому типу. Выраженная желтушность склер и кожи. На коже следы расчесов, наблюдались отеки голеней и стоп.

Живот значительно увеличен в объеме из-за асцитической жидкости и гепатомегалии.

При пальпации нижний край печени выступал из-под реберной дуги, селезенка недоступна пальпации вследствие увеличения левой доли печени.

Пациентам с установленным диагнозом ГЦР с целью определения этиологии и выраженности сопутствующего заболевания печени, а также выявления показаний к назначению сопутствующей противовирусной терапии определить

- количественное определение ДНК HBV
- HBsAg, anti-HCV IgG и anti-HCV IgM
- HCV, АЛТ, АСТ
- АЛТ, АСТ, ЩФ

Противовирусное лечение данного пациента проводится

+ _____ + цитолитического синдрома

- после устранения лабораторных признаков
- на фоне разрешения
- независимо от выраженности
- в зависимости от выраженности

Противовирусное лечение данного пациента проводится

+ _____ + копий вируса в плазме все время химиотерапии

- при уровне ДНК-ВГВ $>0.5 \times 10^2$ МЕ/мл
- независимо от количества
- при уровне ДНК-ВГВ $>2 \times 10^2$ МЕ/мл
- независимо от наличия или отсутствия

При гепатоцеллюлярной карциноме с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом В, рекомендуется проведение противовирусной терапии

- комбинацией пегилированного интерферона альфа-2 в сочетании с ингибиторами NS5A-протеина
- аналогами нуклеозидов
- ингибиторами NS5A-протеина
- пегилированным интерфероном альфа-2

В данной клинической ситуации пациенту показано лечение гепатита В препаратом

- пегилированный интерферон альфа-2 {plus} ламивудин
- пегилированный интерферон альфа-2 {plus} тенофовир
- энтекавир
- теллапревир

Суточная доза лекарственного препарата энтекавир от 0,5 до + ___ + мг/сут

- 0,25
- 1,0
- 0,7
- 1,5

Лекарственный препарат энтекавир применяется

- подкожно
- внутривенно
- перорально
- внутримышечно

Для коррекции цирротического асцита рекомендуется курсовая терапия

- спиронолактоном до 1000 мг/сутки под контролем электролитов крови Na, K, Cl, лактата, аммиака
- фуросемидом под контролем артериального давления
- 20%-раствором альбумина человека до целевого уровня >35 г/л
- эплереноном

Пациент нуждается в первичной профилактике желудочно-пищеводного кровотечения

- раствором альбумина
- селективными β-адреноблокаторами
- изосорбидом мононитратом

- неселективными β -адреноблокаторами

Лечение требует проводить + _____ + каждые 2-3 месяца для раннего выявления прогрессирования заболевания

- УЗИ
- ФГДС
- рентгенографию органов грудной клетки
- анализ уровня Д-димера

Чтобы дифференцировать лекарственное поражение печени от положительного ответа на лечение при росте АЛТ на фоне применения энтекавира необходимо

- провести сцинтиграфию печени
- убедиться в улучшение других лабораторных маркеров хронического гепатита В
- провести пункционную биопсию печени
- отменить препарат энтекавир на 2-3 дня, при этом продолжая непрерывно мониторировать уровень АЛТ и другие лабораторные показатели

На фоне приёма энтекавира у пациента АЛТ повысилось до 305 Ед/л. При этом необходимо заполнить

- провести сцинтиграфию печени
- убедиться в улучшение других лабораторных маркеров хронического гепатита В
- провести пункционную биопсию печени
- отменить препарат энтекавир на 2-3 дня, при этом продолжая непрерывно мониторировать уровень АЛТ и другие лабораторные показатели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке, 5 лет. На фоне проведения 5-го курса программной комбинированной химиотерапии в период постцитостатического агранулоцитоза состояние пациентки резко ухудшилось. Возник эпизод артериальной гипертензии с тахикардией, появилась одышка с нарастанием дыхательной недостаточности, потребовавшие перевода больной на искусственную вентиляцию легких. Лабораторные параметры: нейтропения ($0,3 \times 10^9/\text{л}$), длительность агранулоцитоза до ухудшения составила 8 дней; тромбоцитопения III степени, незначительное нарастание уровня С-реактивного белка. Эмпирически

инициирована антибактериальная терапия широкого спектра действия ко-тримоксазол, меропенем, линезолид. Состояние без положительной динамики. Цель консультации врача-клинического фармаколога – коррекция медикаментозной терапии.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Основное заболевание: нейробластома правого надпочечника с поражением левой почки, паравертебральных мягких тканей, надключичных, подмышечных, внутригрудных, забрюшинных, тазовых и паховых лимфатических узлов, костей, костного мозга, IV стадия, группа высокого риска. Анамнез болезни с учетом длительности проводимой противоопухолевой терапии – 5 мес. До момента диагностики ИА больной было проведено 4 курса интенсивной комбинированной химиотерапии (протокол NB2004, группа высокого риска). Степень ответа – частичная ремиссия. Согласно классификации по интенсивности проводимая противоопухолевая терапия соответствовала III уровню, т. е. очень интенсивная.

По результатам обследования был поставлен диагноз «Инвазивный аспергиллез с поражением легких».

Анамнез жизни

- * Девочка от первой нормально протекающей беременности. +
- * Роды срочные физиологичные APGAR 8/9. +
- * Росла и развивалась соответственно возрасту. +
- * Заболевает ОРЗ до 3 раз в год, последний эпизод 1 год назад лечилась амбулаторно (амоксциллин). +
- * Вакцинация в соответствии с национальным календарем прививок.
- * Посещает районное дошкольное учреждение. Против пневмококковой и гемофильной инфекции не привита. Реакция гиперчувствительности в ответ на применение ЛП цефиксим (папулезная сыпь).

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 105 см, вес 18 кг, температура тела 38,5°C. Кожные покровы чистые, горячие, бледные. Видимые слизистые гиперемированы, отечны, носовое дыхание затрудненное. Периферических отеков нет. В легких дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные ЧСС 118 уд/мин. Живот мягкой безболезненный, печень у края реберной дуги селезенка не пальпируется, стул оформленный, безболезненный. Диурез в норме.

Наибольшее значение в патологии человека имеют Aspergillus

- flavus

- *_nidulans_*
- *_fumigatus_*
- *_glaucus_*

Эмпирически инициирована антимикотическая терапия препаратом вориконазол, механизм действия которого основан на

- связывании со стеролами клеточной мембраны грибов, встраивании в мембрану клетки с образованием множества каналов
- ингибировании деметилирования 14 α -стерола
- связывании со стероловым компонентом цитоплазматической мембраны и нарушении ее барьерных функций
- ингибировании синтеза компонента клеточной стенки (1,3)- β -D-глюкана

Режим дозирования вориконазола в данном случае составляет + ___ + мг/кг каждые + _____ + часов внутривенно

- 10; 24
- 8; 12
- 15; 24
- 3; 6

По результатам микробиологической диагностики БАЛ, наблюдается резистентность *_Aspergillus fumigatus_* к миконазолу и кетоконазолу, чувствительность к Амфотерицину В, промежуточная резистентность к итраконазолу и вориконазолу, поэтому препаратом для дальнейшей терапии следует назначить

- итраконазол
- миконазол + вориконазол
- вориконазол
- амфотерицин В

Начальная суточная доза Амфотерицин В в данной ситуации составляет + ___ + мкг/кг массы тела

- 5,0
- 3,0
- 4,0
- 1,0

Медленное введение минимальной терапевтической дозы амфотерицина В в начале применения с последующим наблюдением необходимо для

- определения потенциальной гиперчувствительности к препарату
- постепенного насыщения организма пациента препаратом и получения фунгицидной концентрации
- введения нагрузочной дозы
- профилактики осложнений в месте введения

Из крови аспергиллы выделяются + _____ + при генерализованных формах аспергиллеза

- часто в том числе
- всегда
- особенно
- очень редко даже

В настоящее время существует + _____ + препаратов для лечения инвазивных микозов

- 15 поколений
- 5 поколений
- 2 поколения
- 8 поколений

Большинство современных схем лечения инвазивных микозов включают два этапа фармакотерапии, и первым этапом является

- индукция/консолидация ремиссии, продолжающаяся 6–10 недель в высоких дозах, часто внутривенно
- поддерживающее лечение, которое предполагает краткосрочное применение противогрибковых средств в максимальной суточной дозе
- поддерживающее лечение, которое предполагает длительное применение противогрибковых средств в минимальной суточной дозе
- полная эрадикация возбудителя

Вторым этапом современных схем лечения инвазивных микозов является поддерживающее лечение, которое предполагает

- короткое, в течение 3-5 недель, применение противогрибковых средств
- применение противогрибковых средств обычно внутримышечно и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе, в сочетании с противовирусными и/или антибактериальными препаратами

- длительное, в течение нескольких месяцев, применение противогрибковых средств, обычно внутрь и в несколько меньших дозах, чем на первом этапе
- короткое применение противогрибковых средств, обычно внутривенно и в дозировках, превышающих дозы, назначенные на первом этапе

Основным фактором риска развития аспергиллеза у пациентки является

- тромбоцитопения
- детский возраст
- применение антибиотиков широкого спектра действия в анамнезе
- длительный постцитостатический агранулоцитоз

В патологии человека основными возбудителями большинства инвазивных заболеваний, связанных с *Aspergillus spp.* являются *Aspergillus*

- тромбоцитопения
- детский возраст
- применение антибиотиков широкого спектра действия в анамнезе
- длительный постцитостатический агранулоцитоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту К. 23 лет, поступил по скорой помощи. Через 2 дня состояние пациента без динамики. Сохраняется температура 38-38,7^oC, слабость, тошнота. Принято решение о смене антибактериальной терапии. Назначен пиперациллин/тазобактам в суточной дозе 13,5 г (12 г пиперациллина/1,5 г тазобактама) в 4 введения.

Жалобы

на

- * подъем температуры тела до 39,3^oC,
- * рвоту,
- * распирающую головную боль,
- * слабость.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39^oC, через 2 часа появились тошнота, повторная рвота «фонтаном», не связанная с приемом пищи.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально. +
- * Образование среднее. +
- * Профессиональные вредности отрицает. +
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. +
- * Семейное положение – не женат. +
- * Перенесенные заболевания – корь, ангина. +
- * Хронический пиелонефрит. +
- * Наследственность неотягощена. +
- * Аллергоанамнез — димедрол, новокаин (макуло-папулезная сыпь). +
- * Вредные привычки – отрицает.

Объективный статус

При осмотре обращают на себя внимание бледность кожных покровов, тремор рук, ригидность затылочных мышц, снижение мышечного тонуса. Общий анализ крови: лейкоциты $19,8 \times 10^9 / \text{л}$, нейтрофилы 78%, лимфоциты 33,5%, СОЭ 32 мм/ч.

С диагностической целью проведена люмбальная пункция для исследования цереброспинальной жидкости. Получены результаты: нейтрофильный плеоцитоз 1000 кл/мкл, белок 5 г/л. Микробиологическое исследование ликвора: микрофлора не обнаружена.

Поставлен диагноз: Бактериальный гнойный менингит, неясной этиологии, тяжелая форма, острый период.

Назначено лечение: инфузионная терапия, глюкокортикоиды; эмпирическая антибактериальная терапия бензилпенициллином

Вас вызвали на консультацию по вопросу подбора дальнейшей адекватной антибактериальной терапии.

Основными возбудителями бактериальных менингитов у пациентов в возрасте от 5 лет до 50 лет являются N. Meningitides и

- staphylococcus epidermidis
- candida albicans
- streptococcus pneumoniae
- enterovirus coxsackie

Препаратом выбора для стартовой эмпирической терапии бактериального менингита у данного пациента является

- азитромицин
- цефоперазон/сульбактам

- цефтриаксон
- амоксициллин

Средне-суточная доза цефтриаксона в данном случае составляет + ___ + г внутривенно + ___ + р/сут

- 0.5; 2
- 2; 2
- 4; 2
- 0.5; 1

Средне-суточная доза цефотаксима в данном случае составляет + _____ + мг

- 2000
- 1000
- 10000
- 6000

К альтернативным лекарственным средствам для стартовой эмпирической терапии бактериального менингита у данного пациента относятся цефалоспорины IV поколения и

- макролиды
- бета-лактамы
- карбапенемы
- монобактамы

Режим дозирования альтернативного лекарственного препарата цефепим в данной ситуации составляет + _____ + г внутривенно каждые + ___ + ч

- 1; 12
- 1; 24
- 4; 6
- 2; 8

Наиболее часто при применении Цефепима отмечаются побочные эффекты со стороны

- почек и мочевыводящих путей
- желудочно-кишечного тракта
- дыхательной системы
- сердечно-сосудистой системы

Препарат пиперациллина/тазобактам

- не проникает через ГЭБ
- проникает через ГЭБ
- проникает через ГЭБ при воспалении
- создает терапевтические концентрации в спинномозговой жидкости

Назначение пиперациллина/тазобактама при менингитах является назначением + _____+, так как в инструкции по медицинскому применению препарата в показаниях + _____+ менингит

- _off-label_; отсутствует
- _to-label_; присутствует
- _up-label_; отсутствует
- _on-label_; присутствует

Для оценки эффективности терапии через + _____+ (в часах) приема антимикробного препарата необходимо определить динамику клинического состояния

- 48-72
- 12-24
- 8-24
- 24-36

Взрослым без воспалительных изменений в носоглотке проводится химиопрофилактика антибактериальным препаратом

- бензилпенициллин
- линезолид
- рифампицин
- этамбутол

При угрозе эпидемического подъема, а именно при увеличении заболеваемости превалирующей серогруппой менингококка в два и более раз по сравнению с предыдущим годом решение о профилактической вакцинации принимается

- бензилпенициллин
- линезолид
- рифампицин
- этамбутол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке К. 17 лет с диагнозом: «Нефротический синдром».

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $6,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 72%, э – 1%, л – 20%, м – 5%, СОЭ – 40 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, белок – 3,3 г/л, лейкоциты – 1-2 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок – 49 г/л, альбумины – 50,1%, глобулины: альфа1 – 3,7%, альфа2 – 12%, бета – 9,9%, гамма – 24,3%, холестерин – 12,37 ммоль/л, калий – 4,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, кальций – 1,8 ммоль/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину: 134 мл/мин.

УЗИ органов брюшной полости: признаки гепатомегалии, диффузных изменений в печени, поджелудочной железе. ФЭГДС не проводилось, АТ к *Helicobacter pylori* отриц. Диагноз: гепатоцеллюлярная карцинома (?) Вас вызвали для оценки нежелательной реакции и подбора терапии.

Жалобы

на

* отеки,

* редкое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Назначено лечение:

Преднизолон 60 мг/сут (6 табл. в 7.00, 4 табл. в 11.00, 2 табл. в 14.00) с 10.04 по 18.04.16

Аспаркам 1 табл. 3 р/д с 10.04 по 18.04.16

Алмагель (Алгелдра{plus}Магния гидроксид) 15 мл 3 р/д после еды с 10.04 по 18.04.16

Омепразол 40 мг 1 р/д утром до еды с 10.04 по 18.04.16

Лактулоза внутрь 15 мл 1 р/д с 16.04 по 18.04

Анамнез жизни

* В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском возрасте.

* В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 15 лет по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективный статус

Масса тела 78 кг, рост 180 см.

Назначение лактулозы на 3 дня в связи с развитием запоров у пациента может быть проявлением побочного действия

- омепразола
- алмагеля
- преднизолона
- аспаркама

Данная нежелательная реакция относится к нежелательной побочной реакции типа

- D
- A
- C
- B

Под нежелательными реакциями типа A подразумевают

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется

- к главному врачу той больницы, где зафиксирована данная нежелательная реакция
- к заведующему того отделения, где зафиксирована данная нежелательная реакция
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств
- в региональный центр гигиены и эпидемиологии

Длительный прием + _____ + может привести к гипергликемии вплоть до развития стероидного диабета

- глюкокортикостероидов
- витаминных добавок
- алмагеля
- аспаркама

С целью профилактики остеопороза пациенту показано назначение препаратов кальция карбоната в сочетании с витамином

- Д3
- А
- С
- В12

Аспаркам, алмагель и омепразол назначены для профилактики и коррекции

- побочных эффектов преднизолона
- риска сердечно сосудистых осложнений
- отеков
- основного заболевания

Длительный прием глюкокортикостероидов может приводить к развитию

- гипонатриемии
- гиперурикемии
- гипокалиемии
- гиперкальциемии

Диагностированный стероидный диабет требует проведения терапии

- кальция глюконатом
- инсулином
- метилпреднизолоном
- антибактериальными препаратами

Калия хлорид вводится внутривенно капельно только после разведения концентрата в + _____ + раз

- 5
- 25
- 10
- 7

Максимальная суточная доза калия хлорида в случае тяжелой симптоматической гипокалиемии или значительных потерь равна + _____ + ммоль калия /кг массы тела

- 3
- 1

- 5
- 1,5

При возникновении аритмии, вызванной передозировкой калия хлорида, лечение осуществляют внутривенным введением раствора

- 3
- 1
- 5
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Б. 7 лет, ребенок госпитализирован в связи с увеличением объемов правой верхней конечности. Предварительный диагноз Лимфома Беркитта брюшной полости с поражением подвздошной кишки. Состояние после резекции илеоцекального угла. Множественные абсцессы брюшной полости. Спаечная болезнь кишечника.

Жалобы

на

* увеличение объемов правой верхней конечности.

Анамнез заболевания

Несколько лет назад появились периодическая боль в животе, рвота, снижение аппетита - выявлены рентгенологические признаки кишечной непроходимости; проведена лапаротомия, удаление новообразования, резекция илеоцекального угла, установлен диагноз: «Лимфома Беркитта брюшной полости». В послеоперационном периоде присоединились множественные абсцессы брюшной полости, спаечная болезнь кишечника начата полихимиотерапия по схеме R-СНОР (ритуксимаб, циклофосфамид, гидроксидаунорубицин, онковин, преднизолон). На фоне персистирования центрального венозного катетера у пациента начал нарастать отек верхней части грудной клетки справа с переходом на шею: наблюдались усиление венозного рисунка, повышение температуры тела до 39°C, появился болезненный инфильтрат в нижней трети шеи справа.

Анамнез жизни

Пациента имеется отягощенный семейный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, в т.ч. венозным тромбозам и онкопатологии.

Объективный статус

Кожный покров чистый. Лицевой фенотип без особенностей, деформаций скелета не выявлено. Синдромальной патологии не выявлено.

Пациенту показано молекулярно-генетическое исследование на наличие полиморфных вариантов в генах ассоциированных с

- индивидуальной чувствительностью к антикоагулянтной и антиагрегантной терапии
- чувствительностью к антибиотикам
- уровнем С-реактивного белка
- уровнем прокальцитонина

Данному пациенту с генотипом G/A гена VKORC1 и полиморфизмом гена CYP2C9 может потребоваться + _____ + варфарина, аценокумарола, маркумара

- более высокая доза
- более низкая доза
- удвоенная стандартная доза
- отмена

Молекулярно-генетического тестирования показало наличие мутации Лейдена - фактора риска

- тромбоцитопатий
- развития коагулопатий на фоне гиперпродукции активированного протеина S
- тромбоэмболических осложнений
- развития коагулопатий на фоне гиперпродукции активированного протеина С

Дополнительные исследования подтвердили наличие у пациента пограничного дефицита протеина С и протеина S, тромбофилии, связанной с резистентностью к активированному протеину С. В данной ситуации в качестве антикоагулянтной терапии предпочтительно выбрать

- варфарин
- ривароксабан
- ацетилсалициловую кислоту
- низкомолекулярные гепарины

Наиболее важный фактор индивидуальной оценки тромбоэмболического риска у данного пациента

- прием глюкокортикостероидных гормонов

- спаечная болезнь кишечника
- наличие центрального венозного катетера
- детский возраст

Далтепарин натрия в данной ситуации назначается

- с определением уровня анти-Ха активности
- с определением уровня анти-IIa активности
- под контролем АЧТВ
- под контролем МНО

В данном случае уровень анти-Ха активности должен поддерживаться в пределах + _____ + МЕ/мл

- 1,1-2,0
- 0,5-1,0
- 0,1-0,3
- 0,2-0,4

Частыми нежелательными явлениями применения далтепарина натрия могут/может быть

- некроз кожи и временная алопеция
- реакции гиперчувствительности
- фоточувствительность
- тромбоцитопения и кровотечение

При передозировке антикоагулянтный эффект далтепарина натрия можно частично устранить введением

- витамина К
- протамина сульфата
- андексанета альфа
- идаруцизумаба

Одним из противопоказаний к применению лекарственного средства Далтепарин натрия может быть

- ограничение подвижности пациента
- иммунная тромбоцитопения в анамнезе
- злокачественное новообразование
- инфаркт миокарда без подъема сегмента ST

1 мг протамина сульфата частично нейтрализует действие + _____ + ME (антиХа) далтепарина натрия

- 10
- 1000
- 800
- 100

Удлиннение АЧТВ следует рассматривать как признак + _____ + далтепарина натрия

- 10
- 1000
- 800
- 100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной Л., 65 лет, госпитализированной в терапевтическое отделение с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения ФК III, постинфарктный кардиосклероз.

Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4~, ХСН IIA, ФК III.

Во время пребывания в стационаре (12 койко-дней) пациентка получала ежедневно: Нитросорбид (Изосорбида динитрат) 10 мг 4 р/д., Спиринолактон 25 мг 2 р/д, Фуросемид 1% - 4 мл в/в, Торасемид 10 мг утром, Аспирин 100 мг 1 р/д, Эналаприл 10 мг 2 р/д.

Жалобы

на

- * одышку при обычной физической нагрузке,
- * слабость,
- * боли в области сердца давящего характера, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном напряжении.

Лабораторно-инструментальные данные

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 92 уд/мин, нормальное положение ЭОС, признаки рубцовых изменений передней стенки ЛЖ (ОИМ в анамнезе). ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда ЛЖ нормальная (ФВ 50%), диастолическая дисфункция ЛЖ I тип, незначительная концентрическая гипертрофия стенок ЛЖ. УЗИ ЖКТ: УЗИ признаки гепатомегалии и диффузных изменений печени.

Биохимия крови: креатинин 200 мкмоль/л, ОХС 6,2 ммоль/л, ТГ 2,4 ммоль/л, ХсЛНП 2,4 ммоль/л, K^{+} 5,9 ммоль/л.

Анамнез жизни

Острый инфаркт миокарда 2008 г.

Объективный статус

При осмотре АД 160/90 мм рт.ст., ЧСС 95 уд/мин, при аускультации дыхание жесткое в межлопаточной области, хрипов нет, отеков, пастозности голеней не отмечается. Рост 176 см, вес 95 кг.

Для профилактики развития толерантности к нитратам необходим «безнитратный» период + _____ + часов

- 11-12
- 12-16
- 5-6
- 8-10

Для профилактики толерантности возможен периодический переход на приём нитратоподобных препаратов, например

- ивабрадин
- триметазидин
- молсидомин
- амилнитрит

С учетом факторов риска целевой уровень ХсЛНП данного пациента < + _____ + ммоль/л

- 1,4
- 2,1
- 2,0
- 1,6

Для достижения целевого уровня ХсЛНП рекомендуется назначать

- алирокумаб
- статины
- фибраты
- эзетимиб

С учетом наличия почечной недостаточности может быть рекомендован ингибитор АПФ с двойным путём элиминации

- периндоприл
- каптоприл
- лизиноприл
- спираприл

Назначение бета-адреноблокаторов у больных хронической сердечной недостаточностью должно включать

- ежедневный контроль уровня сахара периферической крови
- безнитратный период
- титрование дозы
- проведение терапевтического лекарственного мониторинга

Титровать дозу бета-адреноблокаторов необходимо медленно, удваивая дозу не чаще, чем + _____ +

- 2 раза в неделю
- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в неделю

Риск развития декомпенсации хронической сердечной недостаточности связан с проявлением отрицательного + _____ + эффекта бета-адреноблокаторов

- батмотропного
- дромотропного
- инотропного
- хронотропного

Согласно современным рекомендациям по фармакотерапии хронической сердечной недостаточности необходимо назначение β_1 -адреноблокаторов, таких как

- метопролол тартрат
- атенолол
- метопролола сукцинат
- пропранолол

С учетом необходимости назначения β_1 -адреноблокаторов для снижения избыточной активации нейрогормональных систем, β_1 -адреноблокатор

**выбора на фоне нарушения функции почек и печени может быть
+ _____ + , учитывая его двойной путь выведения**

- пропранолол
- бисопролол
- атенолол
- небиволол

Самостоятельное ведение пациентом дневника

**+ _____ + поможет в оценке
эффективности проводимого лечения**

- санитарно-гигиенических мероприятий
- уровня артериального давления и пульса
- потребляемой жидкости
- съеденной пищи, с указанием калорийности

**Для самостоятельного подсчета пульса в домашних условиях, пациенту
рекомендовано несильно прижать два пальца к внутренней стороне запястья
и считать удары в течение + _____ + секунд**

- санитарно-гигиенических мероприятий
- уровня артериального давления и пульса
- потребляемой жидкости
- съеденной пищи, с указанием калорийности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке. Пациентка женщина 69 лет, поступила в кардиологическое отделение. Состояние после чреспищеводной электростимуляции предсердий. Причина консультации – дальнейшая тактика ведения больной.

Жалобы

на

- * боли сжимающего характера за грудиной,
- * одышку,
- * перебои в работе сердца,
- * плохую переносимость физических нагрузок и потливость.

Анамнез заболевания

Пациентка наблюдается терапевтом. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела, постоянно принимает бисопролол, аспирин, нитроглицерин при болях в грудной клетке. Диагноз основной: ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий. Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, II А ст., III ФК NYHA. Диагноз сопутствующий: Хронический гастрит, ремиссия.

Анамнез жизни

- * Рола и развивалась нормально. +
- * Образование среднее. +
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение –замужем. Дочь 42 года. Здоровая. +
- * Наследственность. Отец перенес инфаркт миокарда скончался, у матери пациентки был СД.
- * Перенесенные заболевания: в возрасте 55 лет ранний рак молочной железы люминальный В HER2{plus}, выполнена секторальная резекция правой молочной железы, таргетная адъювантная химиотерапия.
- * Аллергоанамнез не отягощен. +
- * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 164 см, вес 72 кг, Акроцианоз губ. ЧДД 20 в минуту. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны ослаблены ритмичны. ЧСС 90 ударов в минуту АД 120/80, периферических отеков нет.

Антиаритмик I класса (новокаинамид) + _____ + к применению у данной пациентки для профилактики повторных эпизодов ТП

- имеет ограниченные показания
- имеет широкие показания
- противопоказан
- рекомендован

В целях профилактики возможных рецидивов ТП данной пациентке рекомендована

- комбинация кардиоселективных бета-адреноблокаторов пролонгированного действия и сердечных гликозидов

- монотерапия амиадореном
- монотерапия сердечными гликозидами
- комбинация недигидропиридиновых антагонистов кальция и неардиоселективных β -адреноблокаторов

Помимо бета-адреноблокаторов пациентам с нормальной или незначительно сниженной сократительной функцией левого желудочка (фракция выброса ЛЖ $\geq 40\%$) для контроля ЧСС при ФП рекомендуют

- триметазидим/атропин/лидокаин
- пропafenон/лапаконитин/фенитоин
- ивабрадин/ранолазин/никорандил
- дигоксин/дилтиазем/ верапамил

Максимальная суточная доза дигоксина определяется по результатам оценки

- величины интервала QT
- частоты сердечных сокращений
- пульса пациента
- концентрации препарата в крови

В данной ситуации максимальная нагрузочная дозы дигоксина + _____ + мг/сутки

- 0,75
- 0,375
- 0,25
- 0,15

Целевая частота сердечных сокращений во время лечения дигоксином \geq + _____ + ударов в минуту

- 65
- 60
- 70
- 50

Оптимальная концентрация дигоксина в крови во время лечения от 0,8 нг/мл до + _____ + нг/мл

- 2,0
- 1,5

- 1,1
- 2,5

Сочетание антикоагулянтов с антиромбоцитарными препаратами повышает риск

- тромбоцитопатий
- тромбоэмболических осложнений
- кровотечений
- коагулопатий потребления

По шкале оценки риска тромбоэмболических осложнений CHA₂DS₂-VASc сумма баллов пациентки =2, что является показанием к назначению

- пероральных антикоагулянтов
- прокоагулянтов
- пероральных антикоагулянтов непрямого действия
- ацетилсалициловой кислоты

В случае назначения антагонистов витамина К (варфарин) рекомендовано достижение максимального времени пребывания значений МНО в пределах терапевтического диапазона

- 1-1,7
- 2,0–3,0
- 0-1,7
- 0,5-1

Тератогенность варфарина пример нежелательной лекарственной реакции типа + _____ + по критериям экспертов ВОЗ

- А
- В
- С
- D

Варфарин назначается + _____ + р/с в одинаковое время

- А
- В
- С
- D

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту П. 69 лет, который госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом наджелудочковое нарушение ритма сердца.

Жалобы

на

- * приступ учащающегося неритмичного сердцебиения,
- * одышку при небольшой физической нагрузке,
- * головокружение.

Анамнез заболевания

В 40 лет был диагностирован хронический бронхит курильщика, по поводу которого принимает Формотерол.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование среднее - электросварщик.
- * Питание регулярное, качественное.
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.
- * Семейное положение – женат. Дочь 25 лет. Здорова.
- * Наследственность. Отец перенес рак мочевого пузыря, у матери пациента был сахарный диабет.
- * Вредные привычки – курит с 25 лет по 5 сигарет в сутки.
- * Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 87 кг, рост 186 см. При аускультации легких дыхание несколько ослаблено, на вдохе выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные неритмичные, ЧДД 17 в минуту, ЧСС 78 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт.ст.

В данном случае для контроля частоты желудочкового ритма рекомендуется применение

- неселективных бета-адреноблокаторов
- недигидропиридиновых антагонистов кальция (дилтиазема или верапамила)
- пропafenона или соталола
- теofilлина

В данной ситуации затруднить контроль за частотой желудочковых сокращений могут

- селективные бета1-адреноблокаторы
- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-адренергические агонисты
- неселективные бета-адреноблокаторы

При лечении пациентов с ХОБЛ с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями перед назначением длительно действующих β_2 -агонистов рекомендуется

- исследовать ОЕЛ и диффузионную способность легких
- проведение нагрузочного тестирования, например, теста с 6-минутной ходьбой или, в отдельных случаях, велоэргометрии
- прекращение курения
- оценивать риск развития сердечно-сосудистых осложнений

У данного пациента с ХОБЛ и сопутствующим нарушением ритма сердца рекомендуется использование

- короткодействующих β_2 -агонистов
- длительной кислородотерапии
- длительнодействующих β_2 -агонистов в минимальной суточной дозе
- длительно действующих антихолинергиков

Капсулы с порошком для ингаляций тиотропия бромид применяются + _____ + для поддерживающего лечения

- 3 раза в сутки
- по требованию
- 1 раз в сутки
- 2 раза в сутки

Применение соталола в данном случае является примером + _____ + применения ЛП

- _to-label_
- _on-label_
- _up-label_
- _off-label_

Лечение препаратом соталол проводят под контролем

- ЧСС, АД, ЭКГ
- сахара крови, пульса
- креатинина плазмы 1 раз в 3 дня
- функции внешнего дыхания

Пациентам с + _____ + рекомендуется включать в программу реабилитации в качестве тренировки дыхательной мускулатуры дренирующие дыхательные упражнения с помощью различных видов устройств

- инфарктом лёгкого
- гипертоническим кризом
- ХОБЛ
- лёгочным кровотечением

Назначение антибактериальной терапии рекомендуется пациентам с обострением ХОБЛ при наличии

- повышения уровня С-реактивного белка ≥ 20 мг/л
- усиления одышки, увеличения объема и степени гнойности мокроты
- признаков острого респираторного вирусного заболевания
- усиления кашля, увеличения объема мокроты

Препарат 1-й линии для пациентов с тяжелыми обострениями ХОБЛ и с факторами риска в анамнезе - это

- макролиды
- ципрофлоксацин
- амоксициллин/клавуланат
- амоксициллин

Человек, болеющий ХОБЛ, должен проходить около + _____ + километров ежедневно

- 3–4
- 7-10
- 1-2
- 4-5

Основной причиной развития ХОБЛ является/являются

- 3–4

- 7-10
- 1-2
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 55 лет. Диагноз: ХОБЛ, группа В, GOLDIII, преимущественно эмфизематозный тип, фаза ремиссии. ДН I.

Жалобы

За последний год отмечалось одно обострение, по поводу которого лечился амбулаторно. При оценке выраженности симптомов ХОБЛ mMRC = 2 балла, CAT = 22 балла.

Анамнез заболевания

В течение последних 6 лет отмечает одышку при умеренной физической нагрузке, кашель со скудной слизистой мокротой. Два года назад при спирометрическом обследовании выявлены умеренные обструктивные нарушения ($ОФВ_{1\sim} = 62\%$), поставлен диагноз ХОБЛ.

В качестве поддерживающей терапии был назначен тиотропия бромид в форме порошка в капсулах 18 мкг, который пациент принимал нерегулярно, так как эффекта от терапии не ощущал. При одышке периодически принимает фенотерол/ипратропия бромид в форме дозированного аэрозоля (50/20 мкг/доза) по 2 ингаляционные дозы.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена, курит с 16 лет по 10 сигарет в день.

Объективный статус

Данные ФВД: Постбронходилатационный $ОФВ_{1\sim} = 48\%$ от должной величины, $ОФВ_1/ФЖЕЛО_1 = 0,7$. Проба с фенотеролом отрицательная.

Пациент относится к категории +____+ по классификация ХОБЛ согласно GOLD

- D
- C
- A
- B

Цель лечения в данной ситуации- достижение контроля симптомов обострений ХОБЛ и уменьшение будущих рисков - то есть

- смертности
- сердечнососудистых осложнений
- дыхательной недостаточности
- экспираторной одышки

Короткодействующие бронходилататоры имеют продолжительность эффекта + _____ + часов

- 3-10
- 3-6
- 2-5
- 3-8

Длительнодействующие бронходилататоры имеют продолжительность эффекта + _____ + часов

- 12-16
- 12-24
- 10-24
- 8-12

Фиксированная комбинация + _____ + наиболее предпочтительна в данном случае

- умеклидиния бромид /формотерол
- индакатерол/гликопиррония бромид
- формотерол /ипратропия бромид
- флутиказон/салметерол

Рекомендуется комбинирование бронходилататоров с + _____ + механизмами действия

- разными
- миметическими
- конкурентными
- одинаковыми

Терапия комбинированным препаратом – использование одного ингалятора

- имеет ограниченные показания из-за выраженности НЯ
- редуцирует обострения
- снижает комплаенс

- повышает вероятность чрезмерного применения ДДБА

Все устройства для ингаляционного введения лекарств делятся на

- дозированные аэрозольные ингаляторы; мультидозовые резервуарные и порошковые ингаляторы
- порошковые ингаляторы; мультидозовые резервуарные и небулайзеры
- дозированные аэрозольные ингаляторы; порошковые ингаляторы и небулайзеры
- порошковые ингаляторы; спейсеры и хандихалеры

Если монотерапия ДДАХ не обеспечивает достаточного облегчения симптомов возможно назначение

- неселективных бета-блокаторов
- пролонгированных форм нитратов
- селективных бета-блокаторов
- длительно действующих бета-агонистов

Нежелательные эффекты ИГКС включают

- задержку жидкости с увеличением ОЦК
- кушингоид
- кандидоз полости рта
- стрии

Пациентам с ХОБЛ рекомендуется вакцинация против

- гриппа
- кори
- гепатита В
- пневмококковой инфекции

+ _____ + активности служит предиктором повышенной летальности У пациентов с ХОБЛ

- гриппа
- кори
- гепатита В
- пневмококковой инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 57 лет. Диагноз: ХОБЛ, группа В, GOLDIII, преимущественно эмфизематозный тип, фаза ремиссии. ДНІ. Хроническое легочное сердце в стадии компенсации. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО~3~. НІ.

Жалобы

За последний год отмечалось одно обострение, по поводу которого лечился амбулаторно. При оценке выраженности симптомов ХОБЛ mMRC = 2 балла, CAT = 22 балла.

Анамнез заболевания

В течение последних 6 лет отмечает одышку при умеренной физической нагрузке, кашель со скудной слизистой мокротой. Два года назад при спирометрическом обследовании выявлены умеренные обструктивные нарушения (ОФВ₁ = 62%), поставлен диагноз ХОБЛ.

В качестве поддерживающей терапии был назначен тиотропия бромид в форме порошка в капсулах 18 мкг, который пациент принимал нерегулярно, так как эффекта от терапии не ощущал. При одышке периодически принимает фенотерол/ипратропия бромид в форме дозированного аэрозоля (50/20 мкг/доза) по 2 ингаляционные дозы.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Данные ФВД: Постбронходилатационный ОФВ₁ = 48% от должной величины, ОФВ₁/ФЖЕЛО₁,7. Проба с фенотеролом отрицательная.

Регулярно принимает эналаприл по 10 мг 1 раз в день. При осмотре АД = 155/95 мм рт.ст, ЧСС = 76 ударов в минуту.

Пациент относится к категории + _____ + по классификация ХОБЛ согласно GOLD

- D
- B
- A
- C

Основой регулярного лечения для данного пациента являются

- бронхорасширяющие препараты длительного действия
- специальные противовоспалительные средства

- препараты теофиллина
- бронхорасширяющие препараты короткого действия

К бета²-агонистами длительного действия можно отнести

- сальбутамол
- фенотерол
- формотерол
- ипратропия бромид

Продолжительность действия Гликопиррония бромида + _____ + часов/часа

- 24
- 36
- 6
- 12

**Фиксированная комбинация + _____ +
наиболее предпочтительна в данном случае**

- индакатерол/гликопиррония бромид
- флутиказон/салметерол
- формотерол /ипратропия бромид
- умеклидиния бромид /формотерол

**Преимущество комбинированной терапии в + _____ + между
препаратами разных классов**

- суммировании
- потенцировании
- синергизме
- антагонизме

**Для пациента с сочетанием артериальной гипертензии и бронхиальной астмы
возможна комбинированная терапия**

- БРА (блокатор рецепторов ангиотензина) и АК (антагонисты кальция)
- ИАПФ (ингибитор ангиотензин-превращающего фермента) и ББ (бета-адреноблокатор)
- БРА (блокатор рецепторов ангиотензина) и ББ (бета-адреноблокатор)
- ИАПФ (ингибитор ангиотензин-превращающего фермента) и калийсберегающий диуретик

Пациентам с ХОБЛ и частыми обострениями + _____ + и более среднетяжелых обострений в течение 1 года рекомендуется назначение ИГКС в дополнение к ДДБД

- 2
- 3
- 5
- 4

Комбинированный ингаляционный препарат индакатерол/гликопиррония бромид в данном случае применяется + _____ + раз/раза в сутки

- ежедневно 2
- ежедневно 1
- по требованию до трех
- в любое время 1 раз

Ингаляционные глюкокортикостероиды в данной клинической ситуации

- показаны
- показаны в дополнение к ДДБД
- показаны в составе двойной терапии (ДДБА/ИГКС)
- не показаны

В качестве мероприятия по профилактике ХОБЛ данному пациенту рекомендуется

- отказ от курения
- сокращение физических нагрузок
- кислородотерапия
- применение H1-гистаминоблокаторов

Пациентам с ХОБЛ рекомендуется вакцинация против

- отказ от курения
- сокращение физических нагрузок
- кислородотерапия
- применение H1-гистаминоблокаторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 65 лет, который проходит лечение в стационаре по поводу внебольничной пневмонии, парентерально получает Амоксициллин{plus}клавулановая кислота.

Поставлен диагноз – Антибиотикоассоциированная диарея.

Жалобы

На 6 день лечения появились жалобы на жидкий зловонный стул, с примесью слизи, схваткообразные боли в животе.

Анамнез заболевания

Состояние ухудшилось на 6 сутки применения

Амоксициллина{plus}клавулановая кислоты.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

При осмотре – общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, тургор в норме. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции ободочной кишки, симптомов раздражения брюшины нет. АД 135/80 мм.рт.ст., ЧСС 83 в минуту, температура 38,1°C. В крови умеренный лейкоцитоз – 9×10^9 /л. Б/х исследование крови – альбумин 70 г/л, креатинин крови 87 мкмоль/л.

Для подтверждения наличия клостридиальной инфекции необходимо проведение экспресс-теста для качественного определения

+ _____ + *C. Difficile* _

- уреазной активности
- антигенов
- специфических рибосомальных белков
- антибиотикочувствительности

Клиническая картина соответствует + _____ + форме

- среднетяжелой
- тяжелой
- легкой
- очень легкой

**Лечение псевдомембранозного колита требует + _____ +
Амоксициллина{plus}клавулановой кислоты**

- увеличения интервала введения
- снижения суточной дозы
- увеличения суточной дозы
- отмены

Препаратом выбора для Этиотропной терапии диареи в данном случае может стать

- хлорамфеникол
- тайгециклин
- клиндамицин
- метронидазол

В данной ситуации основной путь введения метронидазола

- внутримышечный
- ректальный
- пероральный
- внутрисосудистый

**В данной ситуации следует назначить метронидазол в дозе 500 мг + _____ +
раза/раз в день**

- 1
- 3
- 2
- 4

В данной ситуации необходим прием Метронидазола в течение + _____ + дней

- 10
- 14
- 3
- 5

**При невозможности или неэффективности использования метронидазола
(непереносимость, аллергические реакции) необходимо назначить**

- левофлоксацин
- ванкомицин

- фидаксомицин
- тигециклин

Препарат ванкомицин в данной ситуации назначается

- ректально
- внутривенно
- внутрь
- внутримышечно

В данной ситуации следует назначить ванкомицин в дозе + _____ + мг 4 раза в день в течение 10 дней

- 125
- 100
- 250
- 500

Идеальное процентное соотношение калорий из белков, жиров и углеводов для пациентов с сахарным диабетом

- соответствует соотношению при похудении
- соответствует соотношению для набора мышечной массы
- не существует
- создает позитивный баланс калорий

+ _____ + рассматривается как фактор риска развития тяжелого течения *C. difficile* ассоциированного колита

- соответствует соотношению при похудении
- соответствует соотношению для набора мышечной массы
- не существует
- создает позитивный баланс калорий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию. Больной К., 55 лет, госпитализирован на терапевтическое отделение, состояние средней степени тяжести. Диагноз: Первичный инфекционный эндокардит подострого течения с

поражением аортального клапана, недостаточность аортального клапана III степени. Хроническая сердечная недостаточность I (II ФК по NYHA).

Жалобы

на

- * подъем температуры тела в вечернее время до 38,3^oC,
- * отсутствие аппетита,
- * иногда запоры,
- * слабость,
- * потливость.

Анамнез заболевания

Впервые полгода назад стал отмечать подъемы температуры тела, чаще до субфебрильных цифр, без видимой на то причины. Температура тела чаще всего держалась несколько часов и сопровождалась выраженной потливостью и слабостью. За последние 6 месяцев похудел на 5 кг. Неоднократно лечился амбулаторно с диагнозами: ОРВИ, хронический бронхит. Во время коротких (5-7 дней) курсов температура снижалась, но затем вновь повышалась.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование среднее.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – не женат.
- * Перенесенные заболевания – корь, ангина.
- * Наследственность не отягощена.
- * Аллергоанамнез — без особенностей.
- * Вредные привычки – отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Кожные покровы влажные, чистые, бледные. Дыхание везикулярное, ритмичное, частота дыхания – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – IV межреберье по правому краю грудины, левая – на 2 см наружи от левой грудино-ключичной линии в V межреберье, верхняя – III межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Во II межреберье справа, вдоль левого края грудины и в V точке выслушивается грубый систолодиастолический шум, проводящийся на сосуды шеи. Резкое ослабление второго тона. ЧСС – 86 уд/мин. АД – 120/60 мм рт. ст. на обеих руках. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Эхо-КГ картина может соответствовать перенесенному острому инфекционному эндокардиту аортального клапана с формированием тяжелой аортальной недостаточности.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты $11,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 72%, лимфоциты 12%, СОЭ 49 мм/ч.

Биохимические показатели крови – в пределах нормы.

Среди возбудителей инфекционного эндокардита присутствуют грамотрицательные редковстречающиеся микроорганизмы из группы НАСЕК. К данной группе не относится

- {nbsp} Eikenella corrodens
- {nbsp} Cardiobacterium hominis
- {nbsp} Escherichia coli
- {nbsp} Haemophilus aphrophilus

Наибольший риск развития протезного эндокардита приходится на первые 6 месяцев после имплантации протеза. Однако к раннему протезному эндокардиту относят эпизоды, возникшие в течение +__+ месяцев после операции

- 18
- 8
- 10
- 12

Данному пациенту, через три месяца от начала симптомов, в связи с подозрением на инфекционный эндокардит была проведена трансторакальная ЭХОКГ с отрицательным результатом. Какова должна была быть дальнейшая тактика?

- необходимы другие методы визуализации отличные от ЭХОКГ
- повторное проведение трансторакальной ЭХОКГ не показано
- необходимо повторное проведение трансторакальной ЭХОКГ и/или чреспищеводной ЭХОКГ через 5-7 дней
- необходимо повторное проведение трансторакальной ЭХОКГ и/или чреспищеводной ЭХОКГ через 1 месяц

По результатам микробиологического исследования крови выделен Enterococcus faecalis без антибиотикорезистентности. Рекомендуемым антибактериальным препаратом в данном случае будет являться

- ванкомицин

- ампициллин
- левофлоксацин
- азитромицин

Дозировка ампициллина для терапии инфекционного эндокардита +__+ г{asterisk} +__+ р/сутки

- 2; 2
- 4; 6
- 1; 2
- 2; 6

Длительность терапии у данного пациента должна составить

- 8 недель
- 4 недели
- 3 месяца
- 6 недель

При непереносимости пациентом ампициллина в качестве антибактериальной терапии необходимо выбрать

- ванкомицин в сочетании с гентамицином
- ванкомицин в сочетании с Цефтриаксоном
- цефтриаксон в сочетании с гентамицином
- линезолид в сочетании с гентамицином

Терапевтическая лекарственная концентрация ванкомицина должна быть +_____+ мг/мл

- 10-15
- 15-20
- менее 10
- 20 и более

Дозировка и кратность введения ванкомицина +__+ мг/кг/сут {asterisk} в +__+ введения

- 15; 3
- 30; 2
- 30; 3
- 15; 2

Дозировка и кратность введения гентамицина +__+ мг/кг/сут {asterisk} в +__+ введения

- 3; 3
- 3; 1
- 6; 1
- 6; 3

С учетом активного инфекционного процесса в левых отделах сердца данному пациенту также показано

- УЗИ сосудов головы и шеи
- компьютерная томография органов грудной клетки
- суточное мониторирование ЭКГ
- выполнение магнитно-резонансной томографии головного мозга

Период реабилитационного восстановления, с обязательным курсом антибактериальной терапии составляет минимум

- УЗИ сосудов головы и шеи
- компьютерная томография органов грудной клетки
- суточное мониторирование ЭКГ
- выполнение магнитно-резонансной томографии головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке А 71 г., рост 170 см, вес 115 кг.

Из анамнеза известно, что поступила в отделение эндокринологии с диагнозом СД тип 2, декомпенсация, индивидуальный целевой уровень HbA_{1c}<7%, ретинопатия, дистальная сенсорная полинейропатия нижних конечностей ожирение 3 ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО~4~.

Назначен актрапид 8 ЕД каждые 3 часа подкожно, натрия гидрокарбонат 4% 400 мл в/в, раствор натрия хлорида 0,9% 1500 мл в/в, фуросемид 40 мг внутрь ежедневно.

Жалобы

на

- * головокружение,
- * потерю сознания.

Анамнез заболевания

Постоянно принимает метформин 500 мг 2 раза в сутки, глибенкламид (манинил) 1,75 мг 1 раз в сутки, эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки, ацетилсалициловую кислоту 100 мг в сутки, аторвастатин 20 мг 1 раз в сутки.

Анамнез жизни

Без особенностей.

Объективный статус

При поступлении глюкоза 26 ммоль/л, в моче кетоновые тела +++++. АД 160/90 мм рт. ст., ЧСС 120 уд/мин, рН 7,2, АСАТ 35 ЕД/л, АЛАТ 28 ЕД/л, ОХС 6,5 ммоль/л, HbA_{1c} 7,7%.

Основа лечения диабета второго типа — модификация образа жизни, а именно

- снижение потребление углеводов и увеличение потребления воды
- нормализация массы тела
- рациональное питание и повышение физической активности
- снижение потребления углеводов и жиров

Инфузионная терапия в данной ситуации должна включать введение растворов натрия хлорида, натрия гидрокарбоната и

- магния
- кальция
- хлора
- калия

Назначенный в условиях приемного покоя актрапид является

- инсулином длительного действия
- синтетическим сахароснижающим препаратом
- готовой смесью аналогов инсулина ультракороткого действия и протаминированных аналогов инсулина ультракороткого действия
- инсулином короткого действия

У больной способ введения инсулина (актрапид по 8 ед. каждые 3 часа подкожно)

- не соответствует тяжести состояния
- соответствует тяжести состояния
- не соответствует уровню HbA_{1c}

- соответствует уровню гипергликемии

При кетоацидозе коррекция гипергликемии осуществляется инсулином короткого действия, который должен вводиться 10-12 ЕД внутривенно струйно, затем + _____ + под контролем глюкозы крови

- подкожно каждые 4 – 6 ч в сочетании с инсулином продленного действия
- внутримышечно 0,4 ед/кг
- внутривенно методом непрерывной инфузии по 4-8 ЕД/час
- подкожно каждые 2 ч в сочетании с инсулином средней продолжительности действия

Метформин, принимаемый пациенткой, является сахароснижающим лекарственным средством из группы

- глинидов
- агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- бигуанидов
- препаратов сульфонилмочевины

У больных сахарным диабетом рекомендован прием препаратов группы ингибиторов АПФ или + _____ +, обладающих ангио- и нефропротекторным действием

- антагонистов рецепторов к ангиотензиногену
- агонистов рецепторов к ангиотензину
- антагонистов рецепторов к ангиотензину
- антагонистов В-адренорецепторов

Механизм действия Ингибиторов α -глюкозидаз связан с

- стимуляцией секреции инсулина
- глюкозозависимым подавлением секреции глюкагона
- замедлением всасывания углеводов в кишечнике
- снижением продукции глюкозы печенью

С целью коррекции тахикардии с учетом сопутствующей патологии пациентке показан препарат _____, обладающий благоприятным влиянием на состояние инсулинорезистентности

- метопролол
- пропранолол
- карведилол

- атенолол

Возможно также назначение + _____ + блокаторов кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем), обладающих метаболической нейтральностью

- фенилалкиламиновых
- недигидропиридиновых
- дигидропиридиновых
- бензотиазепиновых

Применение блокатора If-каналов + _____ + также возможно, но, учитывая наличие сопутствующей гипертонической болезни, более рационально назначение лекарственных средств, обладающих одновременно отрицательным хронотропным и антигипертензивным действием

- сакубитрила
- ивабрадина
- гидралазина
- эплеренона

Учитывая фактический уровень гликированного гемоглобина, лечение сахарного диабета после купирования кетоацидоза должно включать не менее

- сакубитрила
- ивабрадина
- гидралазина
- эплеренона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 29 лет с диагнозом головная боль, вызванная применением лекарственных средств для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * головную боль,
- * ощущение напряжения мышц головы,
- * тошноту,

- * однократную рвоту,
- * светобоязнь,
- * общую слабость,
- * сонливость.

Анамнез заболевания

Страдает головными болями давящего характера в течение 1 года. Ранее за медицинской помощью не обращался. Регулярно принимает суматриптан 100 мг – слабopоложительный временный эффект. Данный эпизод не купировался 100 мг суматриптана, в связи с чем обратился к врачу.

Проведены лабораторные, инструментальные обследования, установлен диагноз головная боль напряжения в сочетании с головной болью, вызванной применением лекарственных средств.

Анамнез жизни

- * Аллергический анамнез – не отягощён.
- * Наследственный анамнез – отец страдал головными болями.
- * Вредные привычки – курение, эпизодическое употребление алкоголя.

Объективный статус

Рост 185 см, вес 88 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68/мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Обращает на себя внимание болезненность перикраниальных мышц при пальпации.

Первым шагом при выявлении лекарственно-индуцированной головной боли рекомендовано

- уменьшить дозу суматриптана до 50 мг
- добавить ещё одно противомигренозное средство
- увеличить дозу суматриптана
- отменить суматриптан

В качестве лекарственного средства первой линии для купирования острого приступа головной боли напряжения рекомендован

- ибупрофен
- суматриптан
- трамадол
- аспирин

Рекомендованная доза ибупрофена для купирования головной боли напряжения составляет +___+ мг

- 600
- 200
- 100
- 400

К нежелательной реакции, риск которой необходимо учитывать при назначении нестероидных противовоспалительных лекарственных средств на длительный период, относится

- удлинение интервала QT на ЭКГ
- нефротоксичность
- желудочно-кишечное кровотечение
- галлюцинации

Для облегчения тошноты и предотвращения рвоты пациенту необходимо назначить

- инфузионную терапию
- лоперамид
- метоклопрамид
- дротаверин

Рекомендованная доза метоклопрамида составляет +_____+ мг

- 10
- 50
- 500
- 100

В качестве профилактической терапии первой линии при головной боли напряжения рекомендованы

- нормотимики
- противосудорожные
- антипсихотики
- антидепрессанты

Максимальная суточная доза amitriptilina для терапии головной боли напряжения составляет +___+ мг

- 150
- 20
- 75
- 85

Оценка эффективности проводимой терапии должна проводиться через

- 2 недели
- 3 месяца
- полгода
- 10 дней

В качестве препарата второй линии пациенту был рекомендован венлафаксин. Суточная доза венлафаксина для терапии головной боли напряжения составляет + ___ + мг

- 150
- 20
- 250
- 50,5

Применение венлафаксина в течение 3 месяцев также без эффекта. Лекарственным средством третьей линии терапии головной боли напряжения является

- клоназепам
- фенobarбитал
- кломипрамин
- хлорпромазин

Для повышения эффективности профилактического лечения лекарственно-индуцированной головной боли пациенту рекомендовано

- клоназепам
- фенobarбитал
- кломипрамин
- хлорпромазин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 23 лет с диагнозом «Угри». Требуется консультация клинического фармаколога для коррекции терапии.

Жалобы

на

- * розовые высыпания на верхних и нижних конечностях, на туловище,
- * гиперемии кожных покровов,
- * зуд.

Анамнез заболевания

Около года назад обращалась к дерматологу по поводу высыпаний на коже лица, был поставлен диагноз «Акне». Назначена наружная терапия, которую пациентка систематически не использовала, положительный эффект не достигнут. За сутки до текущей госпитализации с целью терапии основного заболевания пациентка решила самостоятельно начать прием Эритромицина по 500 мг 2 раза в сутки. В первые сутки после начала приема пациентка обратила внимание на появление высыпаний розового цвета размером 2см{*}2см преимущественно на верхних и нижних конечностях, на туловище, а также сильный зуд. Обратилась в приемный покой многопрофильного стационара. Возникшие симптомы были купированы введением 2 мл хлоропирамина внутримышечно. Вас пригласили на консультацию по вопросу возникновения нежелательной реакции и необходимости дальнейшей терапии эритромицином.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. На момент осмотра сохраняются отдельные элементы сыпи. Кожа лица сальная, определяются комедоны и папуло-пустулезные высыпания. Дыхание везикулярное, ЧДД=14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный при пальпации во всех отделах.

В патогенезе основного заболевания важным звеном являются микроорганизмы, относящиеся к роду

- {nbsp} Salmonella
- {nbsp} Peptostreptococcus
- {nbsp} Propionibacterium

- {nbsp} Flavobacterium

Антибактериальное лекарственное средство, которое пациентка приняла

- эффективно при приеме внутрь на любой стадии болезни
- абсолютно неактивно в отношении возбудителя
- противопоказано пациентам в возрасте до 18 лет
- ограниченно применяется для терапии данного заболевания

Нежелательная реакция, которая возникла на фоне приема Эритромицина, относится к типу

- B
- C
- A
- D

Под нежелательными реакциями типа B подразумевают

- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены

Нежелательные реакции типа B развиваются в

- ослабленном организме в период эпидемий
- любом организме при передозировке ЛС
- организме при заражении ВИЧ
- сенсibilизированном организме

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется в

- Росздравнадзор
- государственный центр гигиены и эпидемиологии
- отделение медицинской статистики стационара той больницы, где регистрируется нежелательная реакция
- отдел санитарно-эпидемиологического надзора

Лекарственным средством, рекомендованным к назначению в терапии Акне является

- ципрофлоксацин
- бисептол
- ванкомицин
- доксициклин

Альтернативным ЛС при подборе терапии акне является

- ампициллин
- тетрациклин
- азитромицин
- фосфомицин

Максимальная суточная дозировка доксициклина составляет + ____ + мг в сутки

- 500
- 100
- 200
- 300

Максимальная длительность антибактериальной терапии составляет

- год
- не более 8 недель
- не менее 6 недель
- полгода

Доксициклин противопоказан к применению при

- конъюнктивите
- сахарном диабете 2 типа
- беременности
- поверхностном гастрите

Результатом передозировки доксициклина может быть

- конъюнктивите
- сахарном диабете 2 типа
- беременности

- поверхностном гастрите

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Ч. 46 лет с диагнозом клещевой вирусный энцефалит, для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * температуру до 39,5°C,
- * выраженную головную боль,
- * боль в мышцах,
- * тошноту,
- * светобоязнь,
- * опущение правого века,
- * слабость левых руки и ноги,
- * судороги.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что 10 дней назад вернулся из командировки в сельскую местность. Профилактику клещевого энцефалита и боррелиоза не получал. В связи с появлением жалоб, возникновением судорог вызвал скорую, госпитализирован в инфекционный стационар. В ходе госпитализации установлен диагноз клещевой вирусный энцефалит, менингоэнцефалитическая форма.

Анамнез жизни

- * Аллергический анамнез – не отягощён.
- * Наследственный анамнез – не отягощён.
- * Вакцинация от клещевого энцефалита не проводилась.

Объективный статус

Рост 179 см, вес 90 кг. Состояние тяжёлое, сознание оглушения. Кожа и слизистые физиологичной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 108/мин. АД 138/87 мм рт. ст. Менингеальные симптомы положительные – ригидность затылочных мышц, Брудзинского нижний с обеих сторон. Птоз справа, мышечная сила снижена в левой руке – 2 б, в левой ноге – 3 б. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Этиотропная терапия при вирусном клещевом энцефалите заключается в введении

- вакцины для профилактики клещевого энцефалита
- противоклещевого иммуноглобулина
- противоклещевой сыворотки
- противоклещевого анатоксина

Разовая доза противоклещевого иммуноглобулина для лечения менингеальной формы клещевого энцефалита производится из расчёта + ___ + мл/кг

- 1
- 0,1
- 0,5
- 0,25

Для лечения очаговой формы клещевого энцефалита разовую дозу противоклещевого иммуноглобулина необходимо вводить + ___ + раз/раза в сутки

- 3
- 2
- 1
- 4

Длительность терапии противоклещевым иммуноглобулином при очаговой форме клещевого энцефалита составляет не менее + ___ + дней

- 3
- 5-6
- 8-10
- 7

В качестве этиотропной терапии наряду с противоклещевым иммуноглобулином рекомендовано применение

- пенициллина
- интерферона альфа-2b
- микофенолата мофетила
- интерлейкин 1 бета

Рекомендованная суточная доза интерферона альфа-2b составляет

- 1 млн МЕ
- 500-1000 мг
- 10 млн ЕД
- 10 мг

Для терапии вирусного энцефалита интерферон альфа-2b рекомендовано сочетать с

- рибавирином
- ламивудином
- римантадином
- осельтамивир

Режим дозирования рибавирина для терапии клещевого энцефалита составляет + _____ + мг + _____ + р/сутки

- 1000; 1
- 500; 3
- 200; 3
- 400; 2

Для купирования лихорадки рекомендовано применить

- парацетамол
- дексаметазон
- лоратадин
- преднизолон

Для купирования судорог пациенту рекомендовано назначить

- пипотиазин
- трамадол
- амитриптилин
- карбамазепин

Рекомендованная начальная суточная доза Карбамазепина для приема составляет + _____ + мг

- 500-1000
- 50-75

- 100-200
- 400

Специфической профилактикой вирусного клещевого энцефалита и самой надёжной превентивной мерой является

- 500-1000
- 50-75
- 100-200
- 400

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному Д, 46 лет. Пациенту в качестве вторичной тромбопрофилактики после перенесенного острого инфаркта миокарда был назначен варфарин в стартовой дозе 5 мг. На 3-и сутки МНО = 9,4. Варфарин был отменен. Консультация с целью подбора адекватной дозы варфарина. Получает инъекции низкомолекулярного гепарина.

Жалобы

на

- * быструю утомляемость,
- * снижение двигательной активности.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (около 10 лет) страдает гипертонической болезнью (отмечает эпизоды головных болей, головокружения, быструю утомляемость), с максимальными подъемами систолического АД до 220 мм рт. ст. Регулярного лечения не проводилось. Ранее проявлений ИБС не было. В течение последней недели стал отмечать боли за грудиной продолжительностью около 1 мин. Боли возникали после физической нагрузки и исчезали в покое самостоятельно, нитроглицерин и аналогичные препараты с целью купирования приступов не принимал. Неделю назад пациент находился на работе в состоянии покоя (физических и эмоциональных нагрузок не было), появились давящие, жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, длительностью более 30 мин, слабость, чувство нехватки воздуха, страха смерти, головная боль, повысилась потоотделение. Была вызвана СМП. Больную с диагнозом ИБС, острый инфаркт миокарда доставили в ГКБ №20, где

он был госпитализирован с диагнозом ИБС, острый переднебоковой инфаркт миокарда.

Анамнез жизни

- * Рост и развитие без особенностей.
- * Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.
- * Операций не было.
- * Контакт с инфекционными больными отрицает.
- * Аллергический анамнез – не отягощён.
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.
- * Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

- * Рост 171 см, вес 68 кг.
- * Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Целевым уровнем МНО, для большинства клинических ситуаций, при терапии варфарином является

- 1,0-2,0
- 2,5-3,5
- 3,0-4,0
- 2,0-3,0

Молекулой-мишенью для антагонистов витамина К (в частности варфарина) является

- витамин К-эпоксидредуктаза (VKORC1)
- витамин К-зависимые факторы свертывания
- активный витамин К
- протромбиновый комплекс

Ключевым ферментом биотрансформации варфарина является

- CYP1A2
- CYP1A1
- CYP3A4

- {nbsp} CYP2C9

Генотипирование пациентов перед началом терапии варфарином необходимо для выявления носительства полиморфизмов в генах

- {nbsp} CYP3A4 и {nbsp} CYP1A1
- {nbsp} CYP2C9 и {nbsp} VKORC1
- {nbsp} CYP1A2 и {nbsp} VKORC1
- {nbsp} CYP1A1 и {nbsp} VKORC1

При выявлении у больного гетерозиготного носительства медленного аллельного варианта гена CYP2C9 и VKORC1 необходимо

- назначить варфарин или аценокумарол в минимальной начальной дозе
- воздержаться от применения непрямых антикоагулянтов
- воздержаться от назначения аценокумарола, назначить варфарин
- воздержаться от применения варфарина, назначить аценокумарол

У пациента выявлено носительство следующих полиморфизмов: {nbsp} VKORC1 – {nbsp} GG (warfarin insensitive), {nbsp} CYP2C9{asterisk}2/{asterisk}2 и носительство копий {nbsp} CYP2C9{asterisk}3, {nbsp} CYP2C9{asterisk}5, {nbsp} CYP2C9{asterisk}6. Стартовой дозой варфарина в таком случае является + _____ + мг

- 1
- 2
- 3
- 4

Контроль МНО после назначения скорректированной дозы варфарина необходимо выполнить через + _____ + часа(ов)

- 96
- 48
- 24
- 72

Изменения генотипа, происходящие под влиянием внешней или внутренней среды, называется

- мутация
- аллель
- полиморфизм

- геном

Явление, когда в популяции существуют различные аллельные варианты одного и того же гена, носит название

- варибельности наследования
- генома
- генетического полиморфизма
- мутации

«Экстенсивные» метаболизаторы (extensive metabolism, EM) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы по «дикому» аллелю гена соответствующего фермента

- медленной
- нормальной
- супербыстрой
- быстрой

«Медленные» метаболизаторы (poor metabolism, PM) - лица со + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы или гетерозиготы по «медленному» аллелю гена соответствующего фермента

- быстрой
- сниженной
- нормальной
- супербыстрой

«Сверхактивные» или «быстрые» метаболизаторы (ultraextensive metabolism, UM) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы (при аутосомно-рецессивном типе наследования) или гетерозиготы (при аутосомно-доминантном типе наследования) по «быстрому» аллелю гена соответствующего фермента или, что встречается чаще, несущие копии функциональных аллелей

- быстрой
- сниженной
- нормальной
- супербыстрой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 38 лет с диагнозом «Гонококковая инфекция с поражением парауретральных желез». Требуется консультация клинического фармаколога для коррекции терапии.

Жалобы

на

- * боли в области полового члена;
- * выделения из уретры слизисто-гнойного характера,
- * зуд,
- * жжение,
- * болезненность при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Пациент предъявляет жалобы на зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и гнойные выделения из уретры. На отделении назначено лечение амоксициллин {plus} клавулановая кислота 875 мг {plus}125 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки. Спустя несколько суток улучшения в состоянии не отмечается. Вас пригласили на консультацию для коррекции и подбора терапии.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 120/70 мм рт. ст. Температура тела - 37.6°C. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Живот безболезненный при пальпации. В области выводных протоков парауретральных желез определяется наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно.

Возбудителем гонококковой инфекции является микроорганизм, являющийся представителем рода

- {nbsp} Moraxella
- {nbsp} Proteus
- {nbsp} Neisseria
- {nbsp} Acinetobacter

Механизм действия клавулановой кислоты основан на

- антагонизме с фолиевой кислотой
- ингибировании бета-лактамаз
- подавлении синтеза клеточной стенки

- нарушении проницаемости цитоплазматической мембраны

Амоксициллин{plus}клавулановая кислота в данной клинической ситуации

- назначена в недостаточной дозировке
- назначена верно
- может применяться в комбинации с другим антибиотиком
- не является препаратом выбора

Препаратом первой линии для лечения гонококковой инфекции является

- тинидазол
- флуконазол
- полимиксин В
- цефтриаксон

Цефтриаксон для лечения осложненной гонококковой инфекции назначается в дозировке + ___ + г внутримышечно + ___ + раз/раза в сутки

- 1.0; 3
- 0.5; 4
- 1.0; 1
- 0.5; 2

При осложненной гонококковой инфекции срок антибактериальной терапии составляет

- 14 дней
- 3 месяца
- 28 дней
- 8 недель

Механизм действия цефтриаксона связан с

- нарушением проницаемости цитоплазматической мембраны
- антагонизмом с фолиевой кислотой
- ингибированием бактериальных бета-лактамаз
- подавлением синтеза клеточной стенки

Цефтриаксон противопоказан при

- инфекции органов брюшной полости
- менингите

- сепсисе
- непереносимости пенициллинов

При условии исчезновения клинических симптомов заболевания через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии можно перейти на пероральный прием лекарственного средства

- цефиксим
- амоксициллин
- меропенем
- азитромицин

При переходе с парентерального введения на пероральный прием антибактериальных препаратов общая продолжительность терапии

- не изменяется
- увеличивается на 10 дней
- уменьшается на 3 дня
- увеличивается на 5 дней

При отрицательных результатах обследования пациента на наличие гонококковой инфекции через 14 дней после окончания лечения, пациент

- подлежит дальнейшему наблюдению и симптоматическому лечению
- дальнейшему наблюдению не подлежит
- подлежит обязательному санаторно-курортному лечению
- подлежит наблюдению и назначению профилактической антибактериальной терапии

В качестве меры дальнейшей профилактики следует рекомендовать пациенту

- подлежит дальнейшему наблюдению и симптоматическому лечению
- дальнейшему наблюдению не подлежит
- подлежит обязательному санаторно-курортному лечению
- подлежит наблюдению и назначению профилактической антибактериальной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 10 лет с диагнозом дифтерия для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * температуру до 39,8°C,
- * боль в горле,
- * отёк шеи.

Анамнез заболевания

Заболел остро – температура до 39,8°C, отёк шеи, затруднение дыхания, выраженная боль в горле. Госпитализирован скорой помощью с подозрением на дифтерию. В инфекционном стационаре после проведения лабораторных, инструментальных данных установлен диагноз токсическая дифтерия II степени, тяжелая степень.

Анамнез жизни

- * Аллергический анамнез – не отягощён.
- * Наследственный анамнез – не отягощён.
- * Вакцинации – только БЦЖ.

Объективный статус

Рост 135 см, вес 34 кг. Состояние тяжёлое, сознание ясное. На миндалинах, мягком нёбе, дужках определяются белые налёты, плотно спаянные с тканями. Подчелюстные, передние шейные лимфатические узлы увеличены 2{asterisk}2 см, болезненны. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=28/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 108/мин. АД 113/82 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Отёк ротоглотки, подкожной клетчатки до середины шеи. Физиологические отправления без особенностей.

Обязательным при лечении дифтерии является назначение

- противодифтерийного иммуноглобулина
- анатоксин дифтерийный
- противодифтерийной сыворотки
- инфузионной терапии

Доза противодифтерийной сыворотки определяется

- функцией почек
- формой дифтерии
- площадью тела пациента
- массой тела пациента

Разовая доза противодифтерийной сыворотки для данного пациента составляет + _____ + тыс. МЕ

- 40-50
- 60-80
- 30-40
- 100-120

После введения сыворотки у пациента не отмечалось эффекта. В данном случае рекомендовано повторить введение сыворотки через

- 72-96 часов
- 12-24 часа
- 30 минут
- 2-3 часа

При введении противодифтерийной сыворотки методом по Безредко первым этапом проводят пробу с

- лошадиной сывороткой
- анатоксином дифтерийным
- аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении
- свиной сывороткой

Через 20 минут у пациента не наблюдалось реакции на введённый препарат. Следующим этапом рекомендовано введение противодифтерийной сыворотки

- 1,5 мл внутримышечно
- 0,1 мл подкожно
- 0,75 мл внутривенно
- 0.25 мл внутривенно

У пациента не наблюдалось реакции на 0,1 мл сыворотки подкожно. Назначенную дозу препарата рекомендовано ввести через

- 120 {plus}/- 30 минут перорально
- 45{plus}/-15 минут внутримышечно
- 5 минут подкожно
- 120{plus}/- 15 минут внутривенно

С целью эрадикации возбудителя при дифтерии данному пациенту с учётом анамнеза рекомендовано назначить

- левофлоксацин
- ванкомицин{plus}фосфомицин
- фосфомицин
- амоксициллин/клавуланат

Режим дозирования амоксициллин/клавуланата у данного пациента составляет + ____ + мг/кг{asterisk} + ____ + р/сутки

- 50{plus}15; 1-2
- 25{plus}5; 3-4
- 30,5{plus}10,5; 1-2
- 10,5{plus}2,5; 1

Течение дифтерии у пациента осложнилось поражением периферической нервной системы в виде бульбарного паралича – речевые расстройства, трудности при глотании, гнусавость голоса. Для купирования состояния рекомендовано назначить

- карбамазепин
- тиамин
- фенобарбитал
- диазепам

Для терапии бульбарного синдрома тиамин рекомендовано сочетать с

- аминофенилмасляной кислотой
- пиридоксином
- карбмазепином
- гопантеновой кислотой

Основным способом профилактики дифтерии является

- аминофенилмасляной кислотой
- пиридоксином
- карбмазепином
- гопантеновой кислотой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 3 лет с диагнозом кампилобактериоз.

Жалобы

Со слов матери на боли в животе, жидкий стул, рвоту, повышение температуры до 39°C, общую слабость.

Анамнез заболевания

На вторые сутки нахождения в стационаре появились жалобы на боли в животе, жидкий стул, лихорадку. Проведено обследование, по результатам которого поставлен диагноз «Кампилобактериоз, средняя степень тяжести».

На отделении было назначено лечение Азитромицин 500 мг/сут, Парацетамол 500 мг 2 раза в сутки, Дротаверин 40 мг 1 раз в сутки.

После приема у пациента появилась сыпь на передней поверхности грудной клетки и животе, а также на верхних конечностях. С целью купирования нежелательного явления был назначен Супрастин 12.5 мг с положительным эффектом.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощен, однако, известно, что ранее пациент случайно принял таблетку кларитромицина (принял за конфету, нежелательных реакций не наблюдалось).

Объективный статус

Рост 110 см, вес 22 кг. Температура тела 39.2°C. Состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски, слизистые суховаты. Дыхание везикулярное, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 95/мин. АД 115/60 мм рт. ст. Живот слегка болезненный при пальпации.

Нежелательная реакция, которая возникла на фоне приема азитромицина, относится к типу

- B
- D
- C
- A

Под нежелательными реакциями типа B подразумевают

- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- непредсказуемые (аллергические) реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента

Нежелательные реакции типа В развиваются в

- ослабленном организм в период эпидемий
- организме при заражении ВИЧ
- любом организме при передозировке ЛС
- сенсibilизированном организме

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется в

- отделение медицинской статистики стационара той больницы, где регистрируется нежелательная реакция
- государственный центр гигиены и эпидемиологии
- Росздравнадзор
- отдел санитарно-эпидемиологического надзора

Учитывая аллергическую реакцию на азитромицин, препаратом выбора для лечения является

- кларитромицин
- амикацин
- доксициклин
- гентамицин

В данной клинической ситуации нельзя назначить доксициклин, так как он противопоказан

- детям до 12 лет
- при кампилобактериозе
- при аллергии на азитромицин
- детям до 8 лет

Длительность лечения локализованной формы кампилобактериоза в среднем составляет

- 7-10 дней
- 4-6 недель

- 2-3 недели
- 3-5 дней

Наличие диареи при кампилобактериозе является показанием для назначения

- комбинированной антибактериальной терапии
- смектита диоктаэдрического
- лоперамида
- макрогола

Передозировка смектита диоктаэдрического может вызвать

- диарею
- гипогликемию
- запор
- гипоксемию

В качестве пробиотиков при наличии диареи рекомендовано добавить к терапии

- {nbsp} Bifidobacterium longum
- {nbsp} Saccharomyces boulardii
- {nbsp} Enterococcus faecium
- {nbsp} Streptococcus thermophilus

К мерам профилактики кампилобактериоза относится

- соблюдение санитарных норм
- ношение средств индивидуальной защиты в период подъема заболеваемости
- профилактический прием пробиотиков
- проведение обязательной вакцинации среди населения

На лиц, контактных с больными кампилобактериозом, накладывается карантин до окончательного ответа бактериологического исследования сроком не менее

- соблюдение санитарных норм
- ношение средств индивидуальной защиты в период подъема заболеваемости
- профилактический прием пробиотиков
- проведение обязательной вакцинации среди населения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог был вызван к пациенту К., 22 лет, с диагнозом острый синусит.

Жалобы

на

- * температуру до 38,6°C,
- * жёлто-зелёные выделения из носа,
- * слабость.

Анамнез заболевания

Находится в неврологическом отделении стационара. В ходе госпитализации появились жалобы на подъём температуры до 38,6°C, жёлто-зелёные выделения из носа, слабость. Болен третьи сутки. Консультирован ЛОР-врачом, поставлен диагноз острый синусит.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался без особенностей.
- * Перенесённые заболевания – ветряная оспа, ОРВИ.
- * Операций не было.
- * Контакт с инфекционными больными отриц.
- * Аллергический анамнез – не отягощён.
- * Наследственность — не знает.
- * Питание регулярное, качественное.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 182 см, вес 75 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, физиологической окраски, удовлетворительной влажности, гнойные выделения из носа. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- соблюдение санитарных норм
- ношение средств индивидуальной защиты в период подъема заболеваемости

- профилактический прием пробиотиков
- проведение обязательной вакцинации среди населения

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования является

- соблюдение санитарных норм
- ношение средств индивидуальной защиты в период подъема заболеваемости
- профилактический прием пробиотиков
- проведение обязательной вакцинации среди населения

Результаты инструментального метода обследования

Препаратом выбора терапии синусита у данного пациента является

- амоксициллин/клавуланат
- гентамицин
- ко-тримоксазол{plus}ампициллин
- меропенем{plus}ванкомицин

Режим дозирования амоксициллина/клавуланата составляет + ____ + мг{*} + __ + р/сутки

- 1000; 2
- 1500; 3-4
- 600; 3
- 500; 1

На фоне лечения амоксициллин/клавуланатом у пациента возникла аллергическая реакция в виде сыпи. Препарат, рекомендованный для продолжения терапии

- кларитромицин
- амоксициллин/клавуланат
- ко-тримоксазол
- гентамицин

Режим дозирования Кларитромицина составляет + _____ + мг + __ + р/сутки

- 100; 1

- 250-500; 2
- 800-1000; 3
- 150; 3-4

В случае выявления пансинусита по результатам КТ придаточных пазух носа, рекомендована группа препаратов

- фторхинолоны
- аминогликозиды
- защищённые пенициллины
- тетрациклины

Из группы фторхинолонов рекомендовано назначить

- офлоксацин
- моксифлоксацин
- норфлоксацин
- ципрофлоксацин

Режим дозирования моксифлоксацина +___+ мг +__+ р/сутки

- 200; 2
- 400; 1
- 300; 2-3
- 500-1000; 2

Препаратом выбора терапии синусита у детей является

- ципрофлоксацин
- амоксициллин
- ко-тримоксазол
- цефтриаксон

Режим дозирования амоксициллина у детей для терапии синусита +_____+ мг/кг/сутки в 3 приёма

- 40-45
- 100-120
- 20-25
- 60-70

Для применения у детей противопоказаны препараты группы

- 40-45
- 100-120
- 20-25
- 60-70

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к девочке 14 лет с диагнозом типичный гемолитико-уремический синдром (ГУС). Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

на

- * температуру до 37,5°C,
- * жидкий стул до 5 раз в день,
- * рвоту,
- * кровь в стуле,
- * уменьшение объёма мочи,
- * спутанность сознания.

Анамнез заболевания

Заболевание началось 10 дней назад с подъёма температуры, жидкого стула, рвоты. Через несколько дней отметила уменьшение объёма мочи.

Самостоятельно принимала смектит диоктаэдрический. В связи с отсутствием эффекта, нарастанием жалоб вызвала СМП. Была госпитализирована в ОРИТ. По результатам лабораторных, инструментальных обследований установлен диагноз типичный ГУС (СТЕС-ГУС).

Анамнез жизни

- * Аллергический анамнез не отягощён.
- * Наследственный анамнез – у отца был рак лёгких.

Объективный статус

Рост 160 см, вес 52 кг. Состояние тяжёлое, сознание оглушение. Кожа физиологической окраски, слизистые удовлетворительной влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 76/мин. АД 145/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Отёки нижних конечностей +1 см. Анурия, гемоколит.

У пациентов с типичным ГУС коррекция недостаточности факторов свёртывания, повышение собственной фибринолитической активности крови производится инфузиями

- раствора NaCl 0.9%
- свежезамороженной плазмы
- эритроцитарной и тромбоцитарной массы
- альбуминов

Объём инфузий свежезамороженной плазмы производится из расчёта + _____ + мл/кг/сутки

- 100-120
- 5-7
- 50-70
- 10-40

В связи с продолжительностью анурии более 15 суток пациентке назначен плазмообмен. Данная процедура проводится под непрерывным введением

- дабигатрана
- фондапаринукса натрия
- варфарина
- нефракционированного гепарина

Болюсная доза нефракционированного гепарина при проведении плазмообмена составляет + ___ + Ед/кг

- 1000
- 75,5
- 150
- 100

Поддерживающая доза нефракционированного гепарина при проведении плазмообмена составляет + __ + Ед/кг/ч

- 20
- 12,5
- 30
- 15

Для купирования артериальной гипертензии пациенту рекомендовано назначить

- нитроглицерин
- моксонидин
- амиодароны
- каптоприл

Минимальная суточная доза каптоприла у детей составляет + _____ + мг/кг

- 0,3-0,5
- 1,5-2,25
- 10,5-12,5
- 0,1-0,15

Максимальная суточная доза каптоприла у детей составляет + __ + мг/кг

- 10
- 3-5
- 6
- 15-20

Назначение каптоприла у детей является применением препарата

- в соответствии с брошюрой исследователя
- согласно официальной инструкции
- согласно протоколу лечебного учреждения
- off-label

Противопоказанием к назначению каптоприла является

- фибрилляция предсердий
- наличие в анамнезе судорог
- двусторонний стеноз почечных артерий
- аллергические реакции в анамнезе на антагонисты рецепторов ангиотензина II

У пациента на фоне применения каптоприла развилась диарея. В данном случае необходимо заполнить

- специальную графу в дневнике в истории болезни
- врачебную комиссию на имя главного врача
- извещение о развитии побочной реакции на имя заведующего отделения

- извещение о нежелательной реакции в Росздравнадзор

У пациента на фоне приёма каптоприла развилась ОПН со снижением СКФ до 15 мл/мин, гиперкалиемия. В данном случае рекомендовано приём препарата

- специальную графу в дневнике в истории болезни
- врачебную комиссию на имя главного врача
- извещение о развитии побочной реакции на имя заведующего отделения
- извещение о нежелательной реакции в Росздравнадзор

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Е, 58 лет, которая проходит лечение туберкулёза мочеполовых органов в туберкулёзной больнице.

Жалобы

на

- * боль в поясничной области,
- * субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания

До поступления дважды проходила лечение туберкулёза мочеполовых органов. Поступила в туберкулёзный стационар с подозрением на рецидив туберкулёза мочеполовой системы. По результатам обследования, лабораторных и инструментальных данных установлен диагноз рецидив туберкулёза мочеполовых органов.

Анамнез жизни

- * Рост и развитие без особенностей.
- * Перенесённые заболевания — ветряная оспа, краснуха.
- * Операции — аппендэктомия в 1995 г.
- * Контакт с инфекционными больными отрицает.
- * Аллергический анамнез – пищевая аллергия (цитрусы).
- * Наследственность - инфаркт у отца.
- * Питание нерегулярное, некачественное.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Рост 164 см, вес 70 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное.

Кожа, слизистые физиологической окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жёсткое. ЧДД=18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин. АД 140/86 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Выполнено определение чувствительности МБТ, выявлена резистентность к изониазиду и рифампицину и офлоксацину. Рекомендовано назначить + _____ + режим химиотерапии

- V
- III
- IV
- I

В составе V режима химиотерапии для лечения урогенитального туберкулёза применяется

- бедаквилин
- аминосалициловая кислота
- тиюреидоиминометилпиридиния перхлорат
- рифампицин

Режим дозирования аминосалициловой кислоты составляет + ___ + мг/кг/сутки

- 50
- 1000
- 200
- 100

Аминосалициловая кислота

- входит в схему I режима химиотерапии
- оказывает антипростагландинный эффект
- противопоказана при урогенитальном туберкулёзе
- имеет выраженный нейротоксичный эффект

Моксифлоксацин

- назначается только в случае неэффективности других противотуберкулёзных препаратов или невозможности их применения

- является терапией первой линии при туберкулёзе мочеполовой системы
- не рекомендован при туберкулёзе мочеполовых путей, так как имеет низкую концентрацию в моче
- не рекомендован при туберкулёзе мочеполовых путей, так как имеет высокую нейротоксичность и нефротоксичность

Гематурия является противопоказанием для назначения

- рифампицина
- левофлоксацина
- этамбутола
- изониаида

В V режим химиотерапии включён

- рифампицин
- капреомицин
- циклосерин
- моксифлоксацин

Циклосерин

- высокоактивен в отношении кишечной палочки
- противопоказан при туберкулёзе мочеполовых органов
- является последней линией терапии при неэффективности остальных препаратов
- имеет высокую нефротоксичность

Режим дозирования циклосерина составляет + ____ + мг/кг/сутки

- 3-5
- 100-150
- 30-50
- 15-20

Пациентам с поражением мочевыводящих путей для терапии урогенитального туберкулёза противопоказан

- меропенем
- офлоксацин
- пиперазид
- канамицин

Для терапии урогенитального туберкулёза пациентам, перенёвшим трансплантацию почки, противопоказан/а

- рифампицин
- аминосалициловая кислота
- левофлоксацин
- циклосерин

Стрептомицин

- рифампицин
- аминосалициловая кислота
- левофлоксацин
- циклосерин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Б, 48 лет, который проходит лечение туберкулёза лёгких в туберкулёзной больнице.

Жалобы

на

- * кашель с небольшим количеством мокроты, преимущественно, отходит утром,
- * утомляемость,
- * ночная потливость.

Анамнез заболевания

Известно, что проходил противотуберкулёзную терапию 4 года назад, 2 года назад и 1 год назад. Последние 2 раза не закончил курс лечения. Сообщил, что среди окружения есть больные туберкулёзом, получающие химиотерапию по V режиму. Выполнено культуральное исследование на МБТ с определением чувствительности, установлена устойчивость к изониазиду, рифампицину, офлоксацину.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался без особенностей.
- * Перенесённые заболевания — ветряная оспа.
- * Операций не было.
- * Контакт с инфекционными больными — больные туберкулёзом в близком окружении.

- * Аллергический анамнез – не отягощён.
- * Наследственность — не знает.
- * Питание нерегулярное, некачественное.
- * Вредные привычки курение пачка сигарет в день.
- * Жилищно-бытовые условия неудовлетворительные.

Объективный статус

Рост 181 см, вес 76 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые физиологической окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жёсткое, хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Данному пациенту рекомендован +__+ режим химиотерапии

- I
- V
- IV
- III

В интенсивную фазу V режима химиотерапии рекомендовано назначать

- не менее 7 препаратов
- 1 препарат
- не менее 6 препаратов
- 5 препаратов

В фазу продолжения V режима химиотерапии рекомендовано назначать

- не менее 4 препаратов
- не менее 6 препаратов
- 7 препаратов
- 2 препарата

В фазу продолжения V режима химиотерапии рекомендовано включение препаратов

- рифампицин
- изониазид
- рифапентин
- бедаквилин

Рекомендован режим дозирования левофлоксацина при включении в V режим химиотерапии +__+ г/сутки

- 1
- 2
- 0,5
- 0,25

Рекомендованная длительность применения бедаквилина составляет

- 6 недель
- 1 год
- 6 месяцев
- 20 месяцев

Режим дозирования бедаквилина в первые 2 недели составляет +__+ мг/сутки

- 800
- 1000
- 100
- 400

С 3 недели применения режим дозирования бедаквилина составляет +__+ мг{*} +__+ р/неделю

- 200; 3
- 100; 4
- 500; 2
- 1000; 1

Бедаквилин

- добавляют в случае неэффективного режима химиотерапии
- назначают в качестве монотерапии вместо неэффективного режима химиотерапии
- применяют в течение 1 месяца
- не добавляют к неэффективному режиму химиотерапии

В фазе продолжения V режима химиотерапии рекомендовано применение

- изониазида
- рифампицина

- линезолида
- пиразинамида

Нежелательную реакцию в виде нарушений ритма сердца вызывает

- меропенем
- пиразинамид
- левофлоксацин
- циклосерин

Для мониторинга возникновения нарушений ритма сердца при применении фторхинолонов рекомендовано выполнять

- меропенем
- пиразинамид
- левофлоксацин
- циклосерин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 10 лет с диагнозом острый фронтит для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * снижение аппетита,
- * тошноту,
- * слизисто-гнойное отделяемое из носа,
- * головную боль,
- * субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания

Заболел 2 недели назад – субфебрильная температура, слизистое отделяемое из носа. Педиатром назначены промывания носа раствором морской воды, обильное тёплое питье, антигистаминные препараты. На фоне терапии эффекта не отмечалось – отделяемое из носа приобрело гнойный характер, появилась головная боль, температура до 38,5°C. Самостоятельно начали принимать ципрофлоксацин 500 мг/сут. Обратились к ЛОР-врачу, установлен диагноз острый синусит, без осложнений.

Анамнез жизни

- * Аллергический анамнез – не отягощён.
- * Наследственный анамнез – не отягощён.
- * Вакцинации – по национальному календарю.

Объективный статус

Рост 140 см, вес 31 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Слизистая носа отёчна, гиперемирована, слизисто-гнойное отделяемое. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90/мин. АД 110/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Отмечается болезненность при надавливании в области лобной пазухи.

Первым этапом в терапии пациента необходимо

- заменить на левофлоксацин
- отменить ципрофлоксацин
- увеличить дозу ципрофлоксацина до 500 мг*2 р/сутки
- уменьшить дозу ципрофлоксацина до 250 мг/сутки

Фторхинолоны не рекомендовано использовать у детей из-за их

- негативного влияния на развивающуюся центральную нервную систему
- высокой нейротоксичности, ототоксичности и нефротоксичности
- повышенной у детей офтальмотоксичности
- негативного влияния на растущую хрящевую ткань

Для терапии острого фронтита пациенту рекомендовано назначить

- амоксициллин
- тетрациклин
- ванкомицин
- ванкомицин

Режим дозирования амоксициллина для терапии острого фронтита у данного пациента составляет + _____ + мг/кг/сут

- 50-100
- 40-50
- 10-15
- 40-45

Суточную дозу амоксициллина рекомендовано вводить в

- 1 приём
- 4 приёма
- 3 приёма
- 2 приёма

В качестве симптоматической терапии для устранения отёка слизистой оболочки носа местно рекомендовано применение

- глюкокортикостероидов
- антибактериальных лекарственных средств
- альфа-адреномиметиков
- антигистаминных препаратов

Из группы альфа-адреномиметиков рекомендовано назначить

- мидодрин
- клонидин
- метилдопа
- оксиметазолин

Рекомендованная длительность применения оксиметазолина составляет + _____ + дней

- 30
- 5-7
- 10-14
- 15-21

Применять альфа-адреномиметики рекомендовано не более 5-7 дней в связи с возможностью развития

- тугоухости
- нейротоксичности
- суперинфекции
- медикаментозного ринита

В качестве симптоматического лекарственного средства с целью уменьшения вязкости слизи и улучшения функции ресничек рекомендовано назначить

- преднизолон
- левоцетиризин

- интерферон бета-1b
- карбоцистеин

Режим дозирования ацетилцистеина у данного пациента составляет

+ _____ + мг + _____ + р/сутки

- 500; 1
- 70; 2
- 50; 2
- 200; 3

С целью профилактики осложнений в реабилитационном периоде пациенту необходимо рекомендовать

- 500; 1
- 70; 2
- 50; 2
- 200; 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию. Больная Н., 40 лет, поступила в терапевтическое отделение.

Жалобы

на

- * тупые ноющие боли в пояснице справа,
- * частые позывы к мочеиспусканию, особенно по ночам и малыми порциями,
- * повышение температуры до 37,5°C,
- * слабость,
- * отсутствие аппетита,
- * отеки на лице, вокруг глаз, на ногах.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 25-лет, когда во время беременности был поставлен диагноз пиелонефрит беременных. Лечилась в стационаре, антибактериальная терапия с положительным эффектом. До настоящего времени периодически отмечала слабость, недомогание, однако, не обращала на это внимание. Год назад-обострение пиелонфрита с повышением температуры тела до 38,1°C, самостоятельно принимала фито- и антибактериальные препараты с

положительным эффектом. Последнее ухудшение началось три дня назад после переохлаждения. Дома принимала фитопрепараты (названий не помнит). До получения результатов посева эмпирически назначен Цефиксим 400 мг 1 р/с.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование высшее техническое.
- * Профессиональная вредность нет.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – замужем. Двое детей.
- * Перенесенные заболевания – ветрянка, корь.
- * Сопутствующие заболевания: болезнь Рейно.
- * Операции-аппендэктомия в 23 года.
- * Наследственность неотягощена.
- * Аллергоанамнез — неотягощен.
- * Вредные привычки: курение с 17-20 по 5-7 сигарет в день.
- * Гинекологический анамнез – беременностей 2, родов 2, аборт 0. Месячные с 14 лет по 5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные. В настоящий момент 14-й день цикла.

Объективный статус

- * Состояние — удовлетворительное, сознание - ясное.
- * Рост-170 см, вес-65 кг. ИМТ-22,49 (норма). Температура тела 38,5°C. АД 155/95 мм рт. ст. (привычные цифры АД 130/70 мм рт. ст.)
- * Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.
- * Аускультация: Дыхание везикулярное, посторонних дыхательных шумов нет.
- * При пальпации в области почки слева определяется болезненность. Симптом Пастернацкого положительный слева.

Лечение антибактериальными препаратами при хроническом пиелонефрите рекомендуется проводить после выполнения

- клинического анализа крови
- определения уровня белка в моче
- общего анализа мочи
- бактериологического анализа мочи

Выберите верные утверждения относительно назначенной стартовой терапии (Цефиксим 400 мг 1 р/с)

- клинического анализа крови
- определения уровня белка в моче
- общего анализа мочи
- бактериологического анализа мочи

На фоне проводимого лечения субъективно состояние пациентки становится лучше. Получены предварительные результаты посева мочи, в связи с чем Вас вызвали на консультацию для определения дальнейшей тактики лечения

- отменить антибактериальную терапию ввиду положительной динамики
- поменять антибактериальный препарат на цiproфлоксацин
- поменять антибактериальный препарат на амикацин
- продолжить терапию цефиксимом

Продолжительность терапии неосложнённого пиелонефрита лёгкой и средней степени тяжести препаратом Цефиксим составляет +_____+ дней

- 20
- 10
- 5
- 14

В случае, если у пациентки показатель клиренса креатинина составляет 50 мл/мин, то

- суточную дозу Цефиксима можно оставить без изменений
- суточную дозу Цефиксима необходимо уменьшить в 2 раза
- необходима смена антибактериального препарата
- суточную дозу Цефиксима необходимо уменьшить на 25%

Стартовой линией терапии при остром неосложнённом пиелонефрите лёгкой и средней степени тяжести являются

- оксазолидиноны
- фторхинолоны
- аминогликозиды
- цефалоспорины

Аминопенициллины {plus}ингибиторы β-лактамаз в качестве терапии острого неосложнённого пиелонефрита

- не рекомендованы
- рекомендованы при известной чувствительности к ним грамположительных микроорганизмов
- являются препаратами первой линии
- рекомендованы пациентам, у которых показатель резистентности БЛРС-продуцирующих штаммов E.coli к данным препаратам составляет <10%

Продолжительность терапии неосложнённого пиелонефрита лёгкой и средней степени тяжести в случае выбора препарата

Амоксициллин{plus}Клавулановая кислота составляет +_____+ дней

- 7
- 20
- 10
- 14

Пациентам, у которых показатель резистентности E.coli к фторхинолонам и/или БЛРС-продуцирующих штаммов E.coli к данным препаратам составляет >10%, рекомендованы

- цефалоспорины 3 поколения
- аминогликозиды
- макролиды
- сульфониламиды

Препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с хроническим пиелонефритом являются

- калийсберегающие диуретики
- петлевые диуретики
- ингибиторы АПФ
- в-блокаторы

После окончания курса лечения, при отсутствии симптомов пиелонефрита, контрольное бактериологическое исследование мочи выполнять

- не обязательно для всех пациентов
- обязательно для всех пациентов в течение 3 суток после окончания антибиотикотерапии
- не обязательно, за исключением беременных женщин
- обязательно для всех пациентов через месяц после окончания антибиотикотерапии

В реабилитационном периоде, при отсутствии обострений, пациенту рекомендована

- не обязательно для всех пациентов
- обязательно для всех пациентов в течение 3 суток после окончания антибиотикотерапии
- не обязательно, за исключением беременных женщин
- обязательно для всех пациентов через месяц после окончания антибиотикотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 46 лет, который поступил в гастроэнтерологическое отделение с предварительным диагнозом хронический гастрит, обострение.

Жалобы

на

- * чувство жжения и боли в эпигастральной области,
- * чувство переполненности желудка после еды.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят на протяжении года. Быстрый уреазный тест на *H.pylori*-положительный.

Анамнез жизни

- * Рост и развивался нормально. Профессиональная вредность нет.
 - * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.
 - * Перенесенные заболевания – ОРВИ, бронхит в 19 лет.
 - * Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 2.
- Наследственность: неотягощена. Аллергия: на антибиотики пенициллинового ряда (приступы удушья).

Объективный статус

- * Состояние - удовлетворительное, сознание - ясное.
- * АД 130/70 мм рт. ст.
- * Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.
- * Пульсация на артериях стоп достаточная, сохранена с обеих сторон.

Эрадикационной терапией первой линии является стандартная тройная эрадикационная терапия, которая включает в себя омепразол, кларитромицин и

- эналаприл
- цефтриаксон
- клиндамицин
- амоксициллин

Учитывая аллергию пациента на пенициллины, следует

- оставить только симптоматическую терапию
- убрать из схемы амоксициллин, остальную терапию оставить без изменений
- назначить четырехкомпонентную эрадикационную терапию
- уменьшить дозу амоксициллина вдвое

В составе четырехкомпонентной эрадикационной терапии присутствуют все перечисленные препараты, кроме

- омепразол
- тетрациклин
- метронидазол
- полимиксин В

Омепразол в схеме эрадикационной терапии назначается в дозе + _____ + мг + _____ + р./сут

- 40;3
- 20; 1
- 60; 3
- 20; 2

Метронидазол противопоказан при

- лейкопении
- гипернатриемии
- лейкоцитозе
- гипогликемии

Суммарная суточная доза метронидазола в классической четырехкомпонентной терапии составляет + _____ + мг

- 1000

- 1500
- 500
- 250

Механизм действия метронидазола заключается в

- ингибировании фолатредуктазы и препятствовании образованию тетрагидрофолиевой кислоты
- ингибировании синтеза нуклеиновых кислот микроорганизмов
- нарушении целостности мембраны микробной клетки
- подавлении синтеза клеточной стенки микроорганизмов

При передозировке метронидазола специфический антидот

- ацетилцистеин
- налоксон
- не существует
- активированный уголь

Классическая эрадикационная четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата назначается сроком на + _____ + дней

- 10-14
- 5-10
- 15-25
- 20-30

Квадротерапия без препаратов висмута оставлена только для

- крупных городов РФ
- пациентов группы риска
- регионов с низкой устойчивостью *H. pylori* к метронидазолу
- регионов, где нет доступа к метронидазолу и пенициллинам

С учетом нарушения двигательной функции желудка и ДПК у пациентов с функциональной диспепсией, к терапии можно добавить + _____ + средства

- ферментативные
- противодиарейные
- жаропонижающие
- прокинетические

Контроль эффективности эрадикации *H.pylori* осуществляется через

- ферментативные
- противодиарейные
- жаропонижающие
- прокинетические

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 32 лет с диагнозом фурункулёз для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

на

- * болезненные плотные отёчные красные образования на коже туловища,
- * субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания

В течение полутора недель на коже туловища появилось 4 болезненных отёчных образования, сопровождающихся субфебрильной температурой. Самостоятельно не лечился, обратился в поликлинику по месту жительства. Установлен диагноз фурункулёз.

Анамнез жизни

- * Аллергический анамнез – антибиотики пенициллинового ряда.
- * Наследственный анамнез – не отягощён.
- * Вредные привычки – курение.

Объективный статус

Рост 178 см, вес 80 кг. Температура 37,7°C. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже спины, живота определяются 4 болезненных отёчных гиперемированных образования с жёлтой головкой в центре. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68/мин. АД 128/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для местной терапии фурункулов рекомендовано назначить

- пимекролимус с гидрокортизоном
- хлоргексидин

- адапален
- триамцинолон

Рекомендован для применения спиртовой раствор хлоргексидина + _____ + %

- 7-10
- 5-6
- 0,5
- 1-3

В связи с наличием системного воспаления, множественных фурункулов рекомендовано назначить

- ретиноиды
- иммуносупрессоры
- системные глюкокортикостероиды
- системные антибиотики

С учётом анамнеза жизни пациента в качестве системного антибактериального средства рекомендовано назначить

- ампициллин/сульбактам
- ванкомицин
- тетрациклин
- кларитромицин

Суточная доза кларитромицина для лечения фолликулита у данного пациента составляет + _____ + мг

- 200-250,5
- 300-400
- 1500-1700
- 500-1000

Длительность курса кларитромицина при лечении фолликулита составляет

- 1,5-2 месяца
- 7-10 дней
- 14-21 день
- 1 месяц

Механизм действия кларитромицина заключается в

- 1,5-2 месяца
- 7-10 дней
- 14-21 день
- 1 месяц

В соответствии с полученным результатом посева пациенту рекомендовано назначить

- азитромицин
- амоксициллин/клавуланат
- цефтриаксон
- левофлоксацин

**Режим дозирования левофлоксацина составляет + _____ + мг
+ _____ + раз/а в сутки**

- 100-150; 3-4
- 50-100; 4
- 700-1000; 3
- 250-500; 1-2

Механизм действия левофлоксацина заключается в

- нарушении образования комплекса между тРНК и рибосомой
- связывании с 30S субъединицей рибосом, препятствовании образования комплекса тРНК и мРНК
- блокировании пенициллин-связывающих белков
- блокировании ДНК-гиразы и топоизомеразы IV

Выведение левофлоксацина осуществляется, преимущественно

- почками
- лёгкими
- желудочно-кишечным трактом
- кожей

Механизм действия левофлоксацина заключается в

- почками
- лёгкими
- желудочно-кишечным трактом
- кожей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Л. 58 лет, которая поступила для обследования на травматологическое отделение.

Жалобы

на

- * боли в области правого тазобедренного сустава,
- * хромоту,
- * ограничения движений, связанные с болью.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 8 лет, когда впервые начала отмечать боль в области правого ТБС. Не лечилась, периодически принимала обезболивающие. По направлению поликлиники направлена для решения вопроса об оперативном лечении. У пациентки наблюдается хронический болевой синдром, по поводу которого пациентке был назначен Ибупрофен (принимает до 1200 мг в сутки с положительным эффектом). С учетом наличия в анамнезе у пациентки Язвенной болезни, существуют факторы риска по приему данного препарата.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование высшее. Профессиональная вредность-нет.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.
- * Семейное положение – замужем. Детей-2.
- * Перенесенные заболевания – ветрянка, корь.
- * Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск ССО 3, ХСН 1. Язвенная болезнь желудка вне обострения.
- * Постоянно принимает: Амлодипин 5 мг, Бисопролол 15 мг.
- * Аллергоанамнез — не отягощен. Вредные привычки: отсутствуют.
- * Гинекологический анамнез – беременностей 2, родов 2, аборт 0. Менопауза с 52 лет.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

Температура тела 36,6°C. АД 140/80 мм рт. ст.

Дыхание-грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Аускультация: Дыхание везикулярное.

Наиболее предпочтительным путем введения обезболивающих препаратов для лечения хронического болевого синдрома является

- внутривенный
- ректальный
- пероральный
- трансдермальный

Доза подбираемого анальгетика

- не требует титрования для конкретного пациента
- строго индивидуальна
- не требует коррекции при прогрессировании заболевания
- стандартна для всех пациентов с похожим диагнозом

Рекомендуется на 1-ой ступени фармакотерапии боли использовать

- неопиоидные анальгетики
- слабые опиоидные анальгетики
- сильные опиоидные анальгетики
- amitriptilin

При выборе неселективных НПВС в качестве анальгетика следует учитывать присущую им

- гепатотоксичность
- нефротоксичность
- гастротоксичность
- ототоксичность

Из нестероидных противовоспалительных препаратов, применяемых для терапии боли, рекомендуется использовать

- ибупрофен
- индометацин
- аспирин
- метамизол натрия

Ибупрофен является

- блокатором K^+/Na^+ -АТФ-азы
- ингибитором протонной помпы

- неселективным ингибитором ЦОГ-1 и ЦОГ-2
- ингибитором обратного захвата серотонина

Максимально допустимая суточная доза ибупрофена для терапии хронического болевого синдрома- + _____ + мг

- 100
- 400
- 1200
- 3600

Интервал приема ибупрофена для терапии хронического болевого синдрома составляет + _____ + ч

- 4-6
- 1-2
- 10-12
- 24

Ибупрофен противопоказан при всех состояниях, кроме

- мышечных и ревматических болях
- эрозивно-язвенных заболеваниях ЖКТ
- тяжелой сердечной недостаточности
- III триместра беременности

Одновременный прием ибупрофена и ингибитора АПФ у пациентов с нарушением функции почек может привести к

- острой почечной недостаточности
- формированию колоректального свища
- внутричерепному кровоизлиянию
- циррозу печени

Следует учитывать повышенный риск желудочно-кишечного кровотечения при одновременном назначении ибупрофена и

- антагонистов кальция
- антагонистов ангиотензина II
- ингибиторов АПФ
- глюкокортикостероидов

Данному пациенту ибупрофен рекомендуется принимать

- антагонистов кальция
- антагонистов ангиотензина II
- ингибиторов АПФ
- глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 47 лет с диагнозом «ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК. Персистирующая ФП, тахисистолическая форма. СН I ст., с сохраненной систолической функцией ЛЖ, ФК II» по вопросу совместимости принимаемых лекарственных средств, а также наличия нежелательных явлений на принимаемые препараты и необходимости подбора терапии.

Жалобы

На

- * слабость,
- * онемение и похолодание конечностей,
- * одышку.

Анамнез заболевания

Пациент две недели назад был на консультации у кардиолога, где ему было назначено лечение: Дигоксин 0.25 мг раз в сутки, Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки, Спиринолактон 25 мг 1 раз в сутки, Омепразол 20 мг 1 раз в сутки. В стационаре в ходе текущей госпитализации он также принимал эти препараты. У пациента появились жалобы на сердцебиение, одышку, онемение и похолодание конечностей. Пациент сообщил, что раньше он самостоятельно пробовал принимать метопролол, 12.5 мг в сутки, однако, наблюдались те же жалобы, что и в настоящий момент. С учетом этого факта, расценено, что у пациента имеется непереносимость бета-блокаторов. На данный момент в качестве монотерапии оставили дигоксин. При этом жалобы сохраняются. На ЭКГ: синусовая брадикардия, «корытообразная» депрессия сегмента ST. Вас пригласили на консультацию по вопросу дальнейшего применения препаратов и необходимости смены терапии.

Объективный статус

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее техническое.
- * Профессиональная вредность-нет.
- * Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит (ремиссия).

- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергия: ацетилсалициловая кислота (приступы удушья).
- * Вредные привычки: курение с 18 по 10-15 сигарет в день.

Указанные жалобы с учетом данных на электрокардиограмме (ЭКГ) следует расценить как признаки

- нормальной индивидуальной реакции
- перенасыщения бета-блокаторами
- дигиталисной интоксикации
- недостаточной дигитализации

При интоксикации сердечными гликозидами в качестве антидота можно рекомендовать использовать

- дефероксамин
- атропин
- унитиол
- налоксон

При передозировке дигоксина помимо введения антидотов необходимо постоянно проводить

- электроэнцефалографию
- мониторинг электрокардиограммы (ЭКГ)
- эхокардиографию
- ультразвуковое исследование брюшной полости

Применение сердечных гликозидов в виде монотерапии (без β-адреноблокаторов) возможно

- только у пациентов с фибрилляцией предсердий без сопутствующих патологий в возрасте до 45 лет
- только у пожилых пациентов с крайне низким уровнем двигательной активности
- у всех категорий пациентов, которым не могут быть назначены бета-блокаторы в силу индивидуальной непереносимости
- у беременных женщин

Дигоксин является прямым ингибитором

- декарбоксилазы
- альфа-амилазы
- $\text{Na}^{\text{plus}}/\text{K}^{\text{plus}}$ - АТФ-азы

- фактора Ха

При тахисистолической форме фибрилляции предсердий Дигоксин способствует + _____ + частоты желудочковых сокращений, + _____ + диастолу, улучшает внутрисердечную и системную гемодинамику.

- замедлению; не влияет на
- замедлению; удлиняет
- увеличению; не влияет на
- увеличению; укорачивает

У пациентов с ХСН Дигоксин должен применяться в дозах, не превышающих в сутки + _____ + мг

- 0.625
- 1.25
- 0.25
- 1.0

Блокаторы "медленных" кальциевых каналов + _____ + концентрацию дигоксина в плазме крови, поэтому, применяя их вместе, приходится + _____ + дозу дигоксина. чтобы не проявилось токсическое воздействие препарата

- увеличивают; уменьшать
- уменьшают; уменьшить
- уменьшают; увеличить
- увеличивают; увеличить

Учитывая непереносимость пациентом бета-блокаторов к терапии следует добавить

- антагонисты кальция
- ганглиоблокаторы
- антагонисты вазопрессина
- ингибиторы протонной помпы

При тахисистолической форме фибрилляции предсердий из группы антагонистов кальция можно назначить

- никардипин
- нифедипин

- верапамил
- амлодипин

Противопоказанием для применения верапамила является

- беременность
- поверхностный гастрит (вне обострения)
- артериальная гипертензия
- стенокардия напряжения

Целевые значения ЧСС при фибрилляции предсердий + _____ + ударов в минуту

- беременность
- поверхностный гастрит (вне обострения)
- артериальная гипертензия
- стенокардия напряжения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному Д, 46 лет. Пациенту в качестве вторичной тромбопрофилактики после перенесенного острого инфаркта миокарда был назначен варфарин в стартовой дозе 5 мг. На 3-и сутки МНО = 9,4. Варфарин был отменен. Консультация с целью подбора адекватной дозы варфарина. Получает инъекции низкомолекулярного гепарина.

Жалобы

Быстрая утомляемость, снижение двигательной активности.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (около 10 лет) страдает гипертонической болезнью (отмечает эпизоды головных болей, головокружения, быструю утомляемость), с максимальными подъемами систолического АД до 220 мм рт. ст. Регулярного лечения не проводилось. Ранее проявлений ИБС не было. В течение последней недели стал отмечать боли за грудиной продолжительностью около 1 мин. Боли возникали после физической нагрузки и исчезали в покое самостоятельно, нитроглицерин и аналогичные препараты с целью купирования приступов не принимал. Неделю назад пациент находился

на работе в состоянии покоя (физических и эмоциональных нагрузок не было), появились давящие, жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, длительностью более 30 мин, слабость, чувство нехватки воздуха, страха смерти, головная боль, повысилось потоотделение. Была вызвана СМП. Больную с диагнозом ИБС, острый инфаркт миокарда доставили в ГКБ №20, где он был госпитализирован с диагнозом ИБС, острый переднебоковой инфаркт миокарда.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Целевым уровнем МНО, для большинства клинических ситуаций, при терапии варфарином является

- 1,0-2,0
- 3,0-4,0
- 2,0-3,0
- 2,5-3,5

Молекулой-мишенью для антагонистов витамина К (в частности варфарина) является

- активный витамин К
- протромбиновый комплекс
- витамин К-зависимые факторы свертывания
- витамин К-эпоксидредуктаза (_VKORC1_)

Ключевым ферментом биотрансформации варфарина является

- _CYP1A2_
- _CYP2C9_
- _CYP1A1_
- _CYP3A4_

Генотипирование пациентов перед началом терапии варфарином необходимо для выявления носительства полиморфизмов в генах

- _CYP1A2_ и _VKORC1_
- _CYP1A1_ и _VKORC1_
- _CYP2C9_ и _VKORC1_
- _CYP3A4_ и _CYP1A1_

При выявлении у больного гетерозиготного носительства медленного аллельного варианта гена _CYP2C9_ и _VKORC1_ необходимо

- воздержаться от назначения аценокумарола, назначить варфарин
- назначить варфарин или аценокумарол в минимальной начальной дозе
- воздержаться от применения непрямых антикоагулянтов
- воздержаться от применения варфарина, назначить аценокумарол

Контроль МНО после назначения скорректированной дозы варфарина необходимо выполнить через + _____ + часа/часов

- 48
- 96
- 24
- 72

При совместном применении варфарина и сульфаниламидных антибиотиков повышается риск развития

- аллергических реакций
- тромбозов
- гепатоксичности
- кровотечений

Согласно ВОЗ, Тип А - это нежелательная реакция

- результат фармакологического действия ЛС
- развитие лекарственной устойчивости
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС

- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

Согласно ВОЗ, Тип В - это нежелательная реакция

- непредсказуемые недозозависимые реакции
- развитие лекарственной устойчивости
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- отсроченные НЛР, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

«Медленные» метаболизаторы (_poor metabolism, _ PM) - лица со + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы или гетерозиготы по «медленному» аллелю гена соответствующего фермента

- нормальной
- сниженной
- супербыстрой
- быстрой

«Сверхактивные» или «быстрые» метаболизаторы _(ultraextensive metabolism, _ UM) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы (при аутосомно-рецессивном типе наследования) или гетерозиготы (при аутосомно-доминантном типе наследования) по «быстрому» аллелю гена соответствующего фермента или, что встречается чаще, несущие копии функциональных аллелей

- повышенной
- замедленной
- супербыстрой
- нормальной

«Экстенсивные» метаболизаторы(extensive metabolism, EM) - лица с + _____ + скоростью биотрансформации определенных ЛС, как правило, гомозиготы по «дикому» аллелю гена соответствующего фермента

- повышенной
- замедленной
- супербыстрой
- нормальной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию. Больной К., 55 лет, госпитализирован на терапевтическое отделение, состояние средней степени тяжести. Диагноз: Первичный инфекционный эндокардит подострого течения с поражением аортального клапана, недостаточность аортального клапана III степени. Хроническая сердечная недостаточность I (II ФК по NYHA).

Жалобы

На подъем температуры тела в вечернее время до 38,3^oC отсутствие аппетита, иногда запоры, слабость, потливость.

Анамнез заболевания

Впервые полгода назад стал отмечать подъемы температуры тела, чаще до субфебрильных цифр, без видимой на то причины. Температура тела чаще всего держалась несколько часов и сопровождалась выраженной потливостью и слабостью. За последние 6 месяцев похудел на 5 кг. Неоднократно лечился амбулаторно с диагнозами: ОРВИ, хронический бронхит. Во время коротких (5-7 дней) курсов температура снижалась, но затем вновь повышалась.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование среднее.

Профессиональные вредности отрицает.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – не женат.

Перенесенные заболевания – корь, ангина.

Наследственность неотягощена.

Аллергоанамнез — без особенностей.

Вредные привычки – отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное.

Телосложение правильное. Кожные покровы влажные, чистые, бледные.

Дыхание везикулярное, ритмичное, частота дыхания – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – IV межреберье по правому краю грудины, левая – на 2 см наружи от левой грудино-ключичной линии в V межреберье, верхняя – III межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Во II межреберье справа, вдоль левого края грудины и в V точке выслушивается грубый систолодиастолический шум, проводящийся на сосуды шеи. Резкое ослабление второго тона. ЧСС – 86 уд/мин. АД – 120/60 мм рт. ст. на обеих руках. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не

пальпируется. Периферических отеков нет.

Эхо-КГ картина может соответствовать перенесенному острому инфекционному эндокардиту аортального клапана с формированием тяжелой аортальной недостаточности.

Общий анализ крови: Гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты $11,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 72%, лимфоциты 12%, СОЭ 49 мм/ч.

Биохимические показатели крови – в пределах нормы.

Среди возбудителей инфекционного эндокардита присутствуют грамотрицательные редко встречающиеся микроорганизмы из группы НАСЕК. К данной группе не относится

- Eikenella corrodens
- Escherichia coli
- Cardiobacterium hominis
- Haemophilus aphrophilus

Наибольший риск развития протезного эндокардита приходится на первые 6 месяцев после имплантации протеза. Однако к раннему протезному эндокардиту относят эпизоды возникшие в течение + _____ + месяцев после операции

- 8
- 12
- 10
- 18

Данному пациенту, через три месяца от начала симптомов, в связи с подозрением на инфекционный эндокардит была проведена трансторакальная ЭХОКГ с отрицательным результатом. Дальнейшая тактика заключается в

- повторном проведении трансторакальной ЭХОКГ и/или чреспищеводной ЭХОКГ через 1 месяц
- других методах визуализации отличных от ЭХОКГ
- том, что повторное проведение трансторакальной ЭХОКГ не показано
- повторном проведении трансторакальной ЭХОКГ и/или чреспищеводной ЭХОКГ через 5-7 дней

По результатам микробиологического исследования крови выделен Enterococcus faecalis без антибиотикорезистентности. Рекомендуемым антибактериальным препаратом в данном случае будет являться

- ампициллин
- ванкомицин

- левофлоксацин
- азитромицин

Дозировка ампициллина для терапии инфекционного эндокардита + ___ + г{*} + ___ + р/сутки

- 4; 6
- 2; 2
- 1; 2
- 2; 6

Длительность терапии у данного пациента должна составить

- 3 месяца
- 6 недель
- 4 недели
- 8 недель

При непереносимости пациентом ампициллина в качестве антибактериальной терапии необходимо выбрать

- ванкомицин в сочетании с цефтриаксоном
- линезолид в сочетании с гентамицином
- ванкомицин в сочетании с гентамицином
- цефтриаксон в сочетании с гентамицином

Терапевтическая лекарственная концентрация ванкомицина должна быть + _____ + мг/мл

- менее 10
- 10-15
- 15-20
- 20 и более

Дозировка и кратность введения Ванкомицина + _____ + мг/кг/сут в + _____ + введения

- 15; 3
- 15; 2
- 30; 3
- 30; 2

Дозировка и кратность введения Гентамицина + ___ + мг/кг/сут в + ___ + введения

- 3; 3
- 3; 1
- 6; 1
- 6; 3

С учетом активного инфекционного процесса в левых отделах сердца данному пациенту также показано

- компьютерная томография органов грудной клетки
- ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи
- суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ)
- выполнение магнитно-резонансной томографии головного мозга

Период реабилитационного восстановления, с обязательным курсом антибактериальной терапии составляет минимум

- компьютерная томография органов грудной клетки
- ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи
- суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ)
- выполнение магнитно-резонансной томографии головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Ж. 42 лет с диагнозом стрептостафилококковое импетиго, для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Зудящие высыпания в воротниковой зоне. Дискомфорт от одежды. Общую слабость.

Анамнез заболевания

С детства страдает atopическим дерматитом, около недели назад появились зудящие высыпания, в течении суток появились гнойные пузырьки и жёлтые корки. Обратилась в поликлинику по месту жительства, установлен диагноз вторичное стрептостафилококковое импетиго.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – пищевая, бытовая аллергия (атопический дерматит).

Наследственный анамнез – у отца псориаз, у матери atopический дерматит.

Сопутствующие и перенесённые заболевания – atopический дерматит.

Объективный статус

Рост 169 см, вес 80 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже воротниковой зоны, преимущественно, на задней поверхности шеи везикулы с гнойным содержимым, жёлтые корки. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78/мин. АД 128/83 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для местной терапии вторичного стрептостафилококкового импетиго рекомендовано назначить

- пимекролимус {plus} диметинден
- адапален
- колистиметат натрия
- тетрациклин {plus} триамцинолон

Продолжительность курса тетрациклина гидрохлорида и триамцинолона ацетонида составляет

- 1 месяц
- 2-3 месяца
- 14-21 день
- 5-10 дней

На фоне местной терапии отмечается ухудшение: на месте импетиго образовалось 2 фурункула, поднялась температура до 38,3°C. В данной ситуации рекомендовано назначить

- системные антибиотики
- иммуносупрессоры
- системные глюкокортикостероиды
- ретиноиды

Из антибактериальных лекарственных средств в качестве первой линии терапии, учитывая аллергоанамнез рекомендовано назначить

- полимиксин В

- имипенем/циластатин
- цефтриаксон
- ванкомицин

Режим дозирования цефтриаксона составляет + _____ + г + _____ + р/сутки

- 1-2; 1
- 4-8; 2
- 4-8; 2-3
- 0,5; 2-3

Длительность курса цефтриаксона составляет

- 2-3 месяца
- 14-21 день
- 6 месяцев
- 7-10 дней

На фоне применения цефтриаксона у пациента развилась крапивница. Рекомендовано сменить антибактериальное лекарственное средство на

- амоксициллин/клавуланат
- ванкомицин
- кларитромицин
- тетрациклин

Суточная доза кларитромицина у данного пациента составляет + _____ + мг + _____ + раз в сутки

- 500; 1
- 200; 1
- 1000; 2
- 500; 2

Длительность курса кларитромицина составляет

- 1 месяц
- 3 дня
- 7-10 дней
- 21 день

Механизм действия кларитромицина заключается в

- блокировании ДНК-гиразы и топоизомеразы IV
- подавлении синтеза белка бактерий
- блокировании пенициллин-связывающих белков
- связывании с 30S субъединицей рибосом, препятствовании образования комплекса ТРНК и мРНК

Частая нежелательная реакция, возникающая при применении кларитромицина - это

- галлюцинации
- сыпь
- судороги
- рабдомиолиз

Для профилактики возникновения вторичных пиодермий необходим контроль основного заболевания-атопического дерматита. С этой целью пациенту рекомендовано воздержаться от

- галлюцинации
- сыпь
- судороги
- рабдомиолиз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке М. 58 лет с диагнозом фурункулёз, для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Болезненные плотные отёчные красные образования на коже передней поверхности грудной клетки, животе, бедрах, фебрильная температура.

Анамнез заболевания

В течение трёх недель на коже туловища и правого бедра появилось 4 болезненных отёчных образования, сопровождающихся субфебрильной температурой, последние несколько дней фебрильная температура.

Самостоятельно не лечилась, обратилась в поликлинику по месту жительства, с диагнозом фурункулёз направлена на госпитализацию в хирургическое отделение стационара.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – тетрациклин (крапивница).

Наследственный анамнез – не отягощён.

Вредные привычки – курение.

Объективный статус

Рост 164 см, вес 76 кг. Температура 39,1°C. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже спины определяются 3, правого бедра 1 болезненных отёчных гиперемированных образования с жёлтой головкой в центре. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 74/мин. АД 135/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

Для местной терапии фурункулеза рекомендовано назначить

- триамцинолон
- адапален
- хлоргексидин, спиртовой раствор
- азелаиновую кислоту

Рекомендован для применения раствор хлоргексидина спиртовой + _____ + %

- 10
- 0,5
- 5
- 1

В связи с наличием системного воспаления, множественных фурункулов рекомендовано назначить

- ретиноиды
- системные антибиотики
- иммуносупрессоры
- системные глюкокортикостероиды

В качестве системного антибактериального средства первой линии, с учетом аллергоанамнеза рекомендовано назначить

- амоксициллин
- фосфомицин{plus}тигециклин
- ванкомицин
- полимиксин В

Суточная доза амоксициллина для лечения фурункулёза у данного пациента составляет + _____ + мг + _____ + раза в сутки

- 200-250; 2
- 100; 4
- 1000-1500; 2
- 500-750; 2

Длительность курса амоксициллина при лечении фурункулёза составляет

- 200-250; 2
- 100; 4
- 1000-1500; 2
- 500-750; 2

Дополнительная информация

[cols="25%,^25%"]

|====

2+| Streptococcus pyogenes, гной, 10{asterisk}6

| Ампициллин | R

| Амоксициллин/Клавуланат | R

| Цефотаксим | R

| Цефтриаксон | R

| Кларитромицин | R

| Левофлоксацин | S

| Ципрофлоксацин | S

| Азитромицин | R

| Ванкомицин | S

|====

На фоне терапии амоксициллином у пациента не наблюдается положительной динамики. Получен посев гнойного отделяемого фурункула. В плане антибактериальной терапии рекомендовано

- 200-250; 2
- 100; 4
- 1000-1500; 2
- 500-750; 2

Дополнительная информация

[cols="25%,^25%"]

|====

2+ | Streptococcus haemolyticus, гной, 10{asterisk}7

| Ампициллин | R

| Амоксициллин/Клавуланат | R

| Цефотаксим | R

| Цефтриаксон | R

| Кларитромицин | R

| Левофлоксацин | S

| Ципрофлоксацин | S

| Азитромицин | R

| Ванкомицин | S

|====

В соответствии с полученным результатом посева пациенту рекомендовано назначить антибактериальное лекарственное средство

- цефтриаксон
- азитромицин
- левофлоксацин
- амоксициллин/клавуланат

Режим дозирования левофлоксацина составляет + _____ + мг + _____ + раз в сутки

- 700-1000; 3
- 100-150; 3-4
- 250-500; 1-2
- 50-100; 4

Механизм действия левофлоксацина заключается в

- нарушении образования комплекса между тРНК и рибосомой
- блокировании пенициллин-связывающих белков
- блокировании ДНК-гиразы и топоизомеразы IV
- связывании с 30S субъединицей рибосом, препятствовании образования комплекса тРНК и мРНК

Выведение левофлоксацина осуществляется, преимущественно

- желудочно-кишечным трактом
- почками
- кожей
- лёгкими

На фоне приёма левофлоксацина у пациента развилась желудочковая тахикардия, в связи с чем необходимо заполнить

- желудочно-кишечным трактом
- почками
- кожей
- лёгкими

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту Б, 57 лет. Из анамнеза известно, что пациент поступил на плановое лечение с диагнозом анемия хронической болезни почек. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Быстрая утомляемость, снижение двигательной активности, однократная потеря сознания.

Анамнез заболевания

Обратился в поликлинику с жалобами в течение 3 месяцев на быструю утомляемость, снижение двигательной активности, однократную потерю сознания. Известно, что пациент наблюдается в поликлинике по месту жительства по поводу хронической болезни почек. В клиническом анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 81 г/л, эритроциты $3.2 \cdot 10^{12}/л$, в связи с чем пациентка госпитализирована по направлению поликлиники в терапевтическое отделение стационара. В ходе госпитализации по результатам сбора анамнеза, физикального, лабораторного, инструментального исследований выставлен диагноз анемия при ХБП средней степени тяжести.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

Операций не было.

Контакт с инфекционными больными отриц.

Аллергический анамнез – не отягощён.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное, редко употребляет мясные продукты.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 68 кг.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледной окраски, удовлетворительной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64/мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

В отличие от функционального, при абсолютном дефиците железа ферритин сыворотки ниже + _____ + мкг/л

- 120
- 150
- 100
- 250

Анемией у больных на ЗПТ старше 70 лет следует считать снижение Hb < + _____ + г/дл

- 13,5
- 10
- 12,0
- 11,5

Рекомендуемая курсовая доза в/в препаратов железа для терапии абсолютного дефицита железа составляет + _____ + мг

- 5000
- 500
- 1000
- 100

Период, за который рекомендовано ввести 1000 мг в/в препаратов железа, составляет + _____ + недель (-ли)

- 20-30
- 12-18
- 6-10
- 1-2

На этапе поддерживающей терапии необходимо иметь ввиду, что для повышения уровня Hb на 1 г/дл необходимо не менее + _____ + мг железа

- 150
- 300
- 100
- 50

Средства, стимулирующие эритропоэз, должны назначаться всем пациентам с ХБП, имеющим уровень Hb ниже + _____ + г/дл

- 100
- 10
- 70
- 500

Стартовые дозы рекомбинантного человеческого эритропоэтина составляют + _____ + ед/кг/неделю.

- 50-100
- 150-200
- 500-1000
- 10-20

Путь введения рекомбинантного человеческого эритропоэтина является

- подкожным
- пероральным
- внутримышечным
- внутрикожным

Скорость повышения концентрации гемоглобина на начальном этапе терапии следует поддерживать на уровне + _____ + г/дл в месяц

- 4-5
- 3-4
- 1-2
- 2-3

Изменение уровня гемоглобина менее чем на 1 г/дл указывает на необходимость поэтапной еженедельной коррекции дозы ЭПО на

- 25% в большую сторону
- 50% в меньшую сторону
- 50% в большую сторону

- 25% в меньшую сторону

В фазе поддерживающей терапии при стабилизации уровня гемоглобина его концентрацию следует определять каждый (-ые/-ую)

- месяц
- неделю
- 2 месяца
- 2 недели

Трансфузии эритроцитарной массы как метод лечения почечной анемии

- месяц
- неделю
- 2 месяца
- 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию. Пациент А, мужчина 55 лет. Госпитализирован с предварительным диагнозом «ХОБЛ в фазе обострения, тяжелое течение, дыхательная недостаточность 2-й степени тяжести. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3

Жалобы

Появление и нарастание инспираторной одышки, кашель с обильной желтой мокротой.

Анамнез заболевания

Страдает хронической обструктивной болезнью легких свыше 11 лет, отмечает частые обострения (практически ежегодно лечится стационарно).

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование среднее.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение –женат. Дочь 22 года., сын 18 лет. Здоровы.

Перенесенные заболевания – корь, ангина.

Аллергоанамнез — без особенностей.

Вредные привычки – курение около 30 лет.

Объективный статус

При осмотре в приемном покое состояние тяжелое: ортопноэ, одышка с частотой дыхательных движений 23 в мин, диффузный цианоз лица.

Температура тела в пределах нормы, индекс массы тела – 25 кг/м². Грудная клетка с увеличением переднезадних размеров, мышцы участвуют в дыхании.

Перкуторно коробочный звук. При аускультации дыхание ослаблено, рассеянные, разнокалиберные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, число сердечных сокращений (ЧСС) 116 в мин, артериальное давление (АД) – 150/90 мм рт. ст.

Ключевое место в развитии обострений ХОБЛ занимают бактериальные респираторные инфекции, к наиболее частым возбудителям относятся

- *Klebsiella pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Staphylococcus aureus*
- *Legionella pneumophila*

В качестве рутинного исследования для исключения других заболеваний органов дыхания пациентам показана

- компьютерная томография органов грудной клетки
- пульсоксиметрия
- обзорная рентгенограмма брюшной полости
- рентгенография органов грудной клетки

Пациентам с обострением ХОБЛ рекомендуется назначение антибактериальной терапии при повышении уровня С-реактивного белка более + ___ + мг/л

- 10
- 3
- 2
- 1

В качестве антибактериального препарата 1-й линии для пациента с тяжелыми обострениями ХОБЛ рекомендован

- ванкомицин
- азитромицин
- меропенем
- амоксициллин/клавуланат

При легких и среднетяжелых обострениях ХОБЛ без факторов риска рекомендуется назначение

- тетрациклинов
- респираторных фторхинолонов
- аминогликозидов
- макролидов

Выбор эмпирической антибактериальной терапии зависит от степени тяжести ХОБЛ и наличия факторов риска. К предикторам инфекции *P.aeruginosa* наряду с длительным применением системных глюкокортикостероидов относят

- ОФВ1 < 80%
- терапию бронхолитиками
- курение
- бронхоэктазы

При высоком риске инфекции *Pseudomonas aeruginosa* рекомендуется

- кларитромицин
- ципрофлоксацин
- пенициллин
- амоксициллин

Пациентам с обострением ХОБЛ рекомендуется курс терапии преднизолоном + _____ + мг/сут в течение + _____ + дней

- 30-40; 5-7
- 40-60; 12-14
- 30-40; 12-14
- 40-60; 5-7

В качестве препарата выбора для лечения артериальной гипертензии у данного пациента будет

- клонидин
- спиронолактон
- атенолол
- энalapрил

Целевое систолическое АД у данного пациента составляет < + _____ + мм рт. ст

- 130
- 120
- 140
- 150

Пациентам с ХОБЛ моложе 45 лет, пациентам с быстрым прогрессированием ХОБЛ или при наличии эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких рекомендуется определение уровня + _____ + в крови

- СРБ
- α 1-антитрипсина
- АНФ
- IgE

В качестве профилактики инфекционно-зависимых обострений ХОБЛ пациенту необходимо рекомендовать

- СРБ
- α 1-антитрипсина
- АНФ
- IgE

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 70 лет с диагнозом ИБС, аритмический вариант, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, гипертоническая болезнь III ст., ХСН IIБ. Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объема терапии.

Жалобы

Кровоточивость десен, носовые кровотечения.

Анамнез заболевания

Несколько дней назад возникло нарушение ритма (со слов больной около суток назад), самостоятельно не лечилась. Регулярно принимает кардиомагнил 75 мг 1 р/сут, эналаприл 5 мг 1 р/сут. Обратилась за медицинской помощью в связи с

сильным головокружением, одышкой, сердцебиением. При поступлении на ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС 125 уд/мин. При осмотре АД 110/80 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин, ЧСС 130 уд/мин, дефицит пульса 30 уд/мин. В стационаре пациентке для экстренного восстановления ритма назначено внутривенное введение 600 мг амиодарона, в последующем прием амиодарона был продолжен в дозе 200 мг 3 р/сут в течение 4 дней, затем 200 мг 1 р/сут. Ритм восстановился к концу первых суток пребывания в стационаре. На фоне восстановления ритма назначение антикоагулянтов не проводилось. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с 3-го дня госпитализации назначен варфарин в стартовой дозе 2,5 мг 1 р/сут. Через некоторое время пациентка пожаловалась на появление носовых кровотечений, а также кровоточивость десен. Вас пригласили на консультацию по вопросу необходимости дальнейшей антикоагулянтной терапии, а также объема терапии у данной пациентки.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощен. +

Наследственность отягощена по материнской линии (умерла от инсульта).

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 76 уд/мин. +

Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Пульсация на артериях стоп достаточная, сохранена с обеих сторон. Конечности теплые, розовые.

Данной пациентке до проведения неотложной кардиоверсии были показания для назначения

- ингибиторов протонной помпы
- антикоагулянтов
- антибактериальных препаратов
- дезагрегантов

С учетом длительности фибрилляции предсердий менее 48 часов, пациентке требовалось назначение

- варфарина
- гепарина
- фенилина

- неодикумарина

Механизм действия гепарина натрия основан на способности в комплексе с антитромбином III ингибировать

- плазминоген
- липопротеинлипазу
- тромбин
- урокиназу

Гепарин натрия противопоказан при

- кровотечениях
- печеночной недостаточности
- остром коронарном синдроме
- тромбоэмболии

После подкожного введения гепарина действие препарата начинается через +_____+ минут и длится до +_____+ часов

- 40-60; 8
- 5-6; 12
- 15-20; 15
- 10-15; 2

По механизму действия варфарин является

- блокатором кальциевых каналов
- антагонистом витамина К
- ингибитором тромбина
- блокатором $\text{Na}^{\text{+}}\text{-K}^{\text{+}}\text{-АТФ-азы}$

Описанный тип нежелательной реакции относится к типу

- В
- А
- С
- D

Под нежелательными реакциями типа А подразумевают

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены

- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС

При выявлении нежелательной реакции извещение о возникновении НПР отправляется

- в областной центр медицинской профилактики
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств
- к главному врачу больницы, где зафиксирована данная нежелательная реакция
- в центр медицинской реабилитации

При тяжелом кровотечении, возникшем на фоне введения варфарина, вводят

- витамин К
- ацетилцистеин
- раствор глюкозы
- налоксон

Ослабляет действие варфарина пища, богатая витамином

- С
- А
- К
- D

При лечении варфарином следует с осторожностью употреблять в пищу

- С
- А
- К
- D

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту С., 60 лет с

диагнозом ХОБЛ. Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Тошнота, рвота, тремор, головная боль.

Анамнез заболевания

Пациент С., 60 лет, курит. Диагноз ХОБЛ. Принимает теofilлин замедленного высвобождения по 440 мг/сутки. Постбронходилатационный ОФВ 70%, одышка только при быстрой ходьбе. Последнее время было по одному обострению в год, лечился антибиотиками. Около недели назад появились симптомы – усиление кашля, увеличение количества мокроты, мокрота приобрела гнойный характер, температура поднялась до 39,0°С. Пациент отмечает усиление одышки при ходьбе. Самостоятельно начал принимать парацетамол 0,5 г х 3 раза в день, кларитромицин 250 мг х 2 раза в сутки. Через 5 дней температура нормализовалась, количество мокроты значительно уменьшилось, но появились следующие симптомы – тошнота, рвота, тремор, головная боль.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощён. +

Вредные привычки – курение с 35 лет по 4-5 сигарет в день. +

Наследственный анамнез – у отца был рак лёгких.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 120/70 мм рт. ст. +
Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Наиболее вероятным возбудителем обострения у пациента с учетом тяжести течения ХОБЛ является

- *Mycobacterium avium*
- *Haemophilus influenzae*
- *Serratia marcescens*
- *Clostridium difficile*

Необходимость в антибактериальной терапии у данного пациента

+ _____ +, препарат с учетом наиболее вероятного возбудителя, а также последующей клинической картины был выбран

- присутствовала; верно
- отсутствовала; верно
- отсутствовала; неверно

- присутствовала; неверно

Механизм действия кларитромицина основан на

- блокировании синтеза белка
- антагонизме с фолиевой кислотой
- ингибировании бактериальных бета-лактамаз
- прямом повреждении цитоплазматической мембраны

Одновременный прием кларитромицина со статинами повышает риск развития

- кровотечений из ЖКТ
- гипогликемии
- энцефалопатии
- рабдомиолиза

Кларитромицин противопоказан пациентам с

- гипергликемией
- гипокалиемией
- гиперфосфатемией
- гипертриглицеридемией

Помимо макролидов, данному пациенту в качестве альтернативных препаратов можно назначить

- аминогликозиды
- оксазолидиноны
- цефалоспорины
- полимиксины

Механизм действия Теофиллина основан на блокировании

- альфа-амилазы
- панкреатической липазы
- фосфодиэстеразы
- циклооксигеназы

Метаболизм теофиллина связан преимущественно с

- кишечником
- легкими

- печени
- почками

Нежелательная реакция, возникшая вследствие одновременного применения Теофиллина и Кларитромицина, связана с ингибированием кларитромицином

- цитохрома P450
- $\text{Na}^{\text{+}}$ - $\text{K}^{\text{+}}$ – АТФ-азы
- моноаминоксидазы
- ангиотензинпревращающего фермента

При сильных жалобах пациента на тошноту и рвоту пациенту можно назначить

- активированный уголь
- макрогол
- метоклопрамид
- кальция глюконат

Под нежелательными реакциями типа А подразумевают

- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

Извещение о возникшем нежелательном явлении направляется

- непредсказуемые реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата, трудно воспроизводимые в условиях эксперимента
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС, часто проявляющиеся развитием толерантности, лекарственной зависимости, синдромом отмены
- предсказуемые реакции, возникающие в результате фармакологического действия ЛС
- отсроченные реакции, в основе лежит мутагенность, канцерогенность, нарушения репродуктивной функции, тератогенность, возникающие через несколько месяцев и даже лет после отмены ЛС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 59 лет с диагнозом «ХОБЛ». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Одышка, кашель с мокротой, лихорадка.

Анамнез заболевания

Пациент находится в стационаре с обострением ХОБЛ. За последний год обострения случались 5 раз, во время которых пациент был госпитализирован и получал антибактериальную терапию с положительным эффектом. По данным спирометрии, проводимой ранее до ухудшения состояния ОФВ1 - 29%. Уровень СРБ при поступлении в стационар 56 мг/л (норма <10 мг/л). +

На отделении назначена терапия Амоксициллин{plus}Клавулановая кислота 500 мг{plus}125 мг 2 раза в сутки, а также кислородотерапия и Сальбутамол (при необходимости). На фоне проводимой терапии самочувствие несколько улучшилось, однако, сохраняется лихорадка, количество гнойной мокроты не уменьшилось. +

Вас пригласили на консультацию по вопросу дальнейшей антибиотикотерапии.

Анамнез жизни

Аллергия: сезонный поллиноз. +

Вредные привычки-курение около 30 лет по 10-15 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Температура тела 38.9°C, лицо цианотичное, ЧДД 24 в минуту, выдох удлинён через сомкнутые губы, грудная клетка бочкообразной формы, коробочный звук при перкуссии, при аускультации свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца приглушены, АД 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, отеков нет.

С учетом частых курсов антибиотиков, низкого ОФВ1, а также отсутствия эффекта от проводимой терапии, у пациента высок риск наличия инфицирования

- *Candida albicans*
- *Haemophilus influenzae*
- *Clostridium difficile*
- *Pseudomonas aeruginosa*

Оценивая возможность терапии обострения назначенным препаратом с учетом высокого риска инфицирования *Ps. aeruginosa*: данная терапия

- эффективна при назначении увеличенной дозировки Амоксициллина
- эффективна при добавлении к терапии Флуконазола
- эффективна при добавлении к терапии Нистатина
- однозначно неэффективна

Пациентам с обострением ХОБЛ рекомендуется назначение антибактериальной терапии при повышении уровня С-реактивного белка \geq + ___ + мг/л

- 30
- 15
- 2
- 7

Лекарственным средством с антисинегнойной активностью является

- ципрофлоксацин
- амоксициллин
- цефазолин
- ампициллин

Бактерицидное действие ципрофлоксацина осуществляется посредством ингибирования

- скваленэпоксидазы
- альфа-амилазы
- топоизомеразы
- альфа-редуктазы

Ципрофлоксацин противопоказан при

- сахарном диабете 1 типа
- инфекции нижних дыхательных путей
- поверхностном гастрите
- аллергии на фторхинолоны

Если пациент будет принимать Ципрофлоксацин натощак, следует рекомендовать ему запивать таблетки

- йогуртом

- клюквенным соком
- водой
- молоком

Эффективным для лечения инфекции, вызванной *Ps. aeruginosa*, является применение Ципрофлоксацина в дозировке + ___ + мг + ___ + раза в сутки

- 750; 2
- 250; 3
- 250; 2
- 500; 1

Нежелательной реакцией, которая может развиваться при применении ципрофлоксацина и относится к категории «очень редкая», является

- тошнота
- тахикардия
- тендинит
- боль в животе

Пациентам с ХОБЛ следует рекомендовать вакцинацию против

- гриппа
- ветряной оспы
- кори
- вируса папилломы человека

Эффективным методом дальнейшей профилактики обострений заболевания у данного пациента является отказ от

- любой физической активности
- употребления свежесжатых соков
- вождения
- курения

В качестве фармакологической поддержки при наличии у пациента сложностей с самостоятельным отказом от курения можно назначить

- любой физической активности
- употребления свежесжатых соков
- вождения
- курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке 35 лет с диагнозом хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Болезненность, гнойной отделяемое на правой голени, субфебрильная температура.

Анамнез заболевания

Известно, что в течение 8 месяцев страдает хронической язвенно-вегетирующей пиодермией правой голени с периодами ремиссии и обострения. Данное обострение началось 2 недели назад – отметила болезненность, мокнутие, небольшое гнойное отделяемое, 3й день держится субфебрильная температура. Самостоятельно применяла мазь гентамицин – временный положительный эффект. Обратилась в поликлинику по месту жительства, установлен диагноз обострение хронической язвенно-вегетирующей пиодермии.

Анамнез жизни

- * Аллергический анамнез – не отягощён
- * Наследственный анамнез – у матери ГБ
- * Вредные привычки – курение
- * Перенесённые и сопутствующие заболевания – сахарный диабет 1 типа

Объективный статус

Рост 167 см, вес 70 кг. Температура 37,4°C. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. На коже правой голени язва 3x4 см с гнойным отделяемым, кожа вокруг язвы вяло гранулирует, видны единичные пустулы, жёлтые корки. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78/мин. АД 132/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

В качестве антибактериального лекарственного средства пациенту рекомендовано назначить

- ванкомицин
- имипенем/циластатин

- хлорамфеникол
- амоксициллин/клавуланат

Режим дозирования амоксициллина/клавуланата для данного пациента составляет + ____ + мг + ____ + р/сутки

- 1200{plus}500; 3
- 400{plus}75; 1
- 375,5{plus}62,5; 1
- 500{plus}125; 2

Продолжительность курса амоксициллина/клавуланата составляет

- 1200{plus}500; 3
- 400{plus}75; 1
- 375,5{plus}62,5; 1
- 500{plus}125; 2

Дополнительная информация

Терапия амоксициллином/клавуланатом в течение 5 дней без эффекта. Получен посев гнойного отделяемого

|====

2+^h| Streptococcus haemolyticus, гной, 10{asterisk}7

| Ампициллин | R

| Амоксициллин/Клавуланат | R

| Цефотаксим | R

| Цефтриаксон | R

| Кларитромицин | R

| Левофлоксацин | S

| Ципрофлоксацин | S

| Кларитромицин | R

| Ванкомицин | S

| Доксициклин | R

| Гентамицин | S

|====

Рекомендована смена антибактериальной терапии на

- левофлоксацин
- цефуросим
- кларитромицин
- доксициклин

**Режим дозирования левофлоксацина составляет + _____ + мг + _____ + раз(а)
в сутки**

- 50-100; 4
- 250-500; 1-2
- 100-150; 3-4
- 700-1000; 3

Продолжительность курса левофлоксацина составляет

- 21-28 дней
- 6 месяцев
- 2-3 месяца
- 7-14 дней

В связи с наличием хронической язвенно-вегетирующей пиодермии в плане системной терапии пациенту рекомендовано назначить

- ретиноиды
- опиоидные анальгетики
- иммуносупрессоры
- кортикостероиды

Глюкокортикостероид, рекомендованный для системной терапии хронической язвенно-вегетирующей пиодермии – это

- преднизолон
- мометазона фураат
- флуоцинолона ацетонид
- клобетазол

Суточная доза преднизолона для терапии хронической язвенно-вегетирующей пиодермии составляет + _____ + мг

- 80-110
- 50-75
- 25-30
- 5-10

Продолжительность курса терапии преднизолоном составляет

- 6 месяцев
- 5-7 дней

- 3-4 месяца
- 14-21 день

Преднизолон рекомендовано отменять

- сначала повысить дозу с резкой последующей отменой
- одномоментно
- постепенно
- сначала повысить дозу до максимальной

Профилактика рецидива пиодермии заключается в

- сначала повысить дозу с резкой последующей отменой
- одномоментно
- постепенно
- сначала повысить дозу до максимальной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван к пациенту А., женщина 30 лет, которая поступила в стационар экстренно в отделение неотложной кардиологии.

Жалобы

На сильную боль в области грудины, которая возникла в покое, спустя несколько минут после выхода на улицу в холодную погоду.

Анамнез заболевания

Текущий эпизод сильной боли возник впервые в состоянии покоя при выходе на улицу в холодную погоду из тёплого помещения. Пациентка вызвала машину скорой медицинской помощи. До прибытия в стационар было снято ЭКГ, на котором зафиксирована элевация сегмента ST в момент приступа, АД-155/90 мм рт. ст. Дана таблетка каптоприла под язык и нитроглицерин. К моменту прибытия в стационар АД 125/70 мм рт. ст., боль купирована. Получены результаты проведенной коронароангиографии, значимого стенозирования коронарных артерий не выявлено. По результатам анализа крови на ХГЧ-беременность 4 недели. Поставлен диагноз «Вазоспастическая стенокардия. Гипертонический криз». Назначено лечение-сульфат магния 25% 10 мл в/в 2 р./сут. и индапамид 1,5 мг 1 р./сут. на 3 дня. На 5-е сутки нахождения в стационаре возникли жалобы на болезненное мочеиспускание частыми порциями, боли в области малого таза, t-37,1°C. Назначен общий анализ мочи и микробиологическое

исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты ОАМ:

[cols="^25%,^25%,^25%,^25%"]

|====

| Внешний вид | мутная |

| Прозрачная

| Относительная плотность | 1,005 |

| 1,003-1,03

| PH | 4,1 |

| 5-7,5

| Белок | 0,1 | г/л | Нет или <0.1 г/л

| Глюкоза | - | ммоль/л | Не обнаружено

| Билирубин |

| мкмоль/л | Не обнаружено

| Кетоновые тела |

| ммоль/л | Не обнаружено

| Нитриты |

|

| Не обнаружено

| Лейкоциты | 50 | В п/зр | До 5 в п/зр

| Эритроциты | 1-2 | В п/зр | До 3 в п/зр

| Эпителий плоский | 10 | В п/зр | До 5 в п/зр

| Бактерии | {plus}{plus}{plus} |

| --

| Слизь |

|

| В небольшом количестве

| Цилиндры |

| В п/зр | Не обнаружены

| Кристаллы |

| В п/зр | Не обнаружены

|====

Из анамнеза известно, что с целью профилактики болезни Рейно принимает на постоянной основе нифедипин 10 мг ежедневно во время осенне-зимнего периода.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. +

Образование высшее. +

Профессиональная вредность-нет. +

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. +

Семейное положение – замужем. Детей нет. +

Перенесенные заболевания – ветрянка, корь. +

Сопутствующие заболевания: болезнь Рейно. +

Операции-нет. +

Наследственность не отягощена. +

Аллергоанамнез — не отягощен. +

Вредные привычки: - +

Гинекологический анамнез – беременностей 0, родов 0, аборт 0. Месячные с 13 лет по 5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные. Текущая задержка-1,5 недели.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. +

Рост-165 см, вес-60 кг. Температура тела 36,5°C. АД 125/70 мм рт. ст. +

Дыхание-грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос. +

Аускультация: Дыхание везикулярное. +

При пальпации в надлобковой области в проекции мочевого пузыря определяется болезненность.

Дополнительная информация

Получены результаты посева мочи.

|====

| Выделенные микроорганизмы | КОЕ/мл

| E.coli | 10⁸

|====

{nbsp}

|====

| Ампициллин/сульбактам | S

| Имипенем | S

| Амикацин | S

| Левофлоксацин | S

| Меропенем | S

| Фосфомицин | S

| Амоксициллин{plus}Клавулановая кислота | S

| Меропенем | S

| Моксифлоксацин | S

| Триметоприм/Сульфаметоксазол | S

| Ципрофлоксацин | S

| Офлоксацин | S

| Гентамицин | S

|====

Препаратами выбора для данной женщины, с учетом беременности, являются

- меропенем
- левофлоксацин
- амоксициллин+клавулановая кислота
- амикацин

Разрешенная для применения у беременных группа антибактериальных препаратов - это

- аминогликозиды
- гликопептиды
- пенициллины
- фторхинолоны

В случае возникновения повторного резкого подъёма АД у данной женщины повторный прием капотена

- однозначно запрещен
- разрешен при подъеме АД свыше 150/90
- разрешен
- разрешен при подъеме АД свыше 160/90

Механизм действия нифедипина при болезни Рейно обусловлен

- блокадой «медленных» кальциевых каналов
- ингибированием Na⁺-K⁺-АТФазы
- блокадой ингибитора ангиотензин-превращающего фермента
- стимуляцией центральных альфа₂-адренорецепторов

У беременных абсолютно противопоказано применение такого антигипертензивного препарата как

- эналаприл
- клонидин
- верапамил

- метилдопа

Применение нифедипина для лечения болезни Рейно у данной женщины

- рекомендуется при риске прерывания беременности
- рекомендуется при отсутствии аллергии
- не рекомендуется
- рекомендуется применение стандартных дозировок

Препаратом выбора для лечения цистита у данной пациентки является

- амикацин
- ципрофлоксацин
- меропенем
- амоксициллин

Продолжительность курса антибактериальной терапии составляет +__+ дня/дней

- 1-2
- 7
- 10
- 3-4

Оценка микробиологической эффективности антибактериальной терапии и повторное назначение посева мочи на флору

- проводится через 3-5 дней от начала лечения
- проводится после окончания полного курса антибактериальной терапии
- не проводится при достижении клинического эффекта
- проводится ежедневно

У беременных асимптоматическая бактериурия считается клинически значимой, если в 2 последовательных образцах мочи, собранных во время самостоятельного мочеиспускания, обнаруживается одинаковый возбудитель в количестве более +__+ КОЕ/мл

- 10^{12}
- 10^1
- 10^5
- 10^2

Женщинам с высоким риском преэклампсии рекомендуется назначать малые дозы аспирина с + _____ + недели беременности и вплоть до родов, при условии низкого риска желудочно-кишечных кровотечений

- 12
- 10
- 8
- 30

Антагонисты рецепторов ангиотензина II с целью терапии гипертонической болезни могут быть назначены

- 12
- 10
- 8
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 42 лет, который поступил в урологическую клинику.

Жалобы

Жалобы на тянущие боли в левой половине живота.

Анамнез заболевания

Считает себя больным последние 6 месяцев. Пальпаторно определяется нижний край левой почки. Нарушения уродинамики на серии экскреторных урограмм не выявлено. +

Поставлен диагноз «Простая киста левой почки». Планируется обследование для решения вопроса об оперативном лечении. +

Из сопутствующих патологий у пациента имеется Сахарный диабет 2 типа (выявлен впервые 2 года назад), а также Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3, ХСН II ст., II ФК НУНА, Гиперлипидемия. Поверхностный гастрит (ремиссия). + Принимает Метформин 850 мг{*}3 p/сут., Пиоглитазон 15 мг{*}1 p/сут., Омепразол 20 мг на ночь, Аторвастатин 10 мг{*}1 p/сут.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование высшее. Профессиональная вредность-нет. +

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +

Женат. Четверо детей. Перенесенные заболевания –детские инфекции, грипп, бронхит в 17 лет. +

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3, ХСН II ст., II ФК NYHA, гиперлипидемия, поверхностный гастрит (ремиссия).

Наследственность: неотягощена. Аллергия: отрицает. Вредные привычки: курение с 23 по 10-15 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. +

АД 140/80 мм рт. ст. +

Дыхание-грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. + Пальпаторно определяется нижний край левой почки.

Оценивая назначенную терапию, можно заключить, что

- все препараты и дозировки подобраны верно
- все препараты не относятся к группе необходимых для терапии данного пациента
- есть нежелательные комбинации препаратов
- препараты подобраны верно, дозировки верные

Учитывая наличие ХСН у пациента, противопоказан прием

- омепразола
- аторвастатина
- пиоглитазона
- метформина

Основным побочным эффектом, из-за которого прием Пиоглитазона противопоказан пациентам с ХСН, является

- задержка жидкости
- головная боль
- метеоризм
- увеличение массы тела

Противопоказанием для приема пиоглитазона является

- артериальная гипертензия
- поверхностный гастрит
- сахарный диабет 2 типа
- сахарный диабет 1 типа

Механизм действия Аторвастатина основан на

- блокаде бета-адренорецепторов
- ингибировании ГМГ-КоА-редуктазы
- ингибировании протонной помпы
- ингибировании АПФ

Аторвастатин противопоказан к применению во всех случаях, кроме

- возраста до 18 лет
- гиперхолестеринемии
- повышения активности печеночных ферментов более чем в 3 раза
- беременности

Доза Аторвастатина подбирается и титруется с учетом уровня

- холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП)
- аланинаминотрансферазы (АЛТ)
- холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП)
- глюкозы крови

При стойком повышении активности АЛТ и АСТ более чем в 3 раза на фоне приема Аторвастатина рекомендуется

- добавление к терапии гепатопротекторов
- отмена препарата
- незначительное снижение дозы препарата
- увеличение дозы препарата

Одним из побочных действий на фоне приема Аторвастатина, при выявлении которого следует отменить прием препарата, является

- миопатия
- боль в горле
- головная боль
- шум в ушах

Диагноз миопатии у пациентов, принимающих Аторвастатин, следует предполагать при наличии диффузной миалгии и выраженного повышения активности + ____ + (более чем в 10 раз по сравнению с верхней границей нормы)

- КФК (креатинфосфокиназы)

- АСТ (аспартатаминотрансферазы)
- АЛТ (аланинаминотрансферазы)
- ГГТП (гамма-глутамилтранспептидазы)

Терапию Аторвастатином не следует начинать, если до начала лечения у пациента уже имеется повышение активности КФК более чем в + _____ + раз(а) по сравнению с верхней границей нормы

- 2
- 3
- 5
- 4

У данного пациента необходимо проводить коррекцию терапии пероральным сахароснижающими препаратами, поскольку прием Аторвастатина может привести к развитию

- 2
- 3
- 5
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на травматологическое отделение на консультацию к девочке 12 лет с диагнозом «Чесотка».

Жалобы

Боль в области коленного сустава, а также зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время на коже лица, головы, ладонях, ягодицах.

Анамнез заболевания

Находится на травматологическом отделении с диагнозом «Открытая рана коленного сустава». В ходе сбора анамнеза стало известно, что пациентку беспокоит зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время на коже лица, головы, ладонях, ягодицах. Также пациентка рассказала, что в школе у некоторых одноклассниц были такие же симптомы, после чего они не появлялись в школе и проходили лечение, однако, своим родителям пациентка о жалобах не рассказала. Поставлен диагноз «Чесотка». Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объема терапии.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. Температура тела - 36,8°C. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание - грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 14 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Аускультация: Дыхание везикулярное

Возбудителем данного заболевания является

- *Aspergillus fumigatus*
- *Candida albicans*
- *Sarcoptes scabiei*
- *Ixodes persulcatus*

Эффективным в отношении данного возбудителя является

- нитрофурантоин
- тербинафин
- бензилбензоат
- омализумаб

Бензилбензоат для терапии заболевания применяется

- внутримышечно
- подкожно
- наружно
- внутрикожно

Детям мазь бензилбензоата назначается в концентрации + ___ + %

- 40
- 20
- 10
- 30

Мазь наносят на кожу

- четырехкратно
- двукратно
- трехкратно
- однократно

Мазь наносят на кожу на + ___ -й и + ___ -й дни лечения

- 2; 6
- 1; 4
- 3; 8
- 5; 11

Следует предупредить пациента, что после нанесения препарата на кожу возможно

- онемение
- изъязвление
- жжение
- покраснение

Препарат рекомендовано наносить на кожу

- после обеда
- утром после пробуждения
- перед первым приемом пищи
- на ночь

Сохранение зуда после курса терапии бензилбензоатом

- требует повторного курса терапии, но другим препаратом, активным в отношении возбудителя
- требует повторного курса терапии этим же препаратом
- требует назначения системной терапии глюкокортикостероидами
- не требует дополнительного курса терапии

Для терапии зуда после курса лечения рекомендовано назначить таблетки

- флутиказона
- хлоропирамина
- преднизолона
- гидрокортизона

Контроль терапии проводится на +__+ и +__+ дни после окончания лечения

- 5; 16
- 1; 12
- 3; 10
- 1; 2

Все предметы, которые соприкасались с зараженной кожей, следует

- 5; 16
- 1; 12
- 3; 10
- 1; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к больному М, 45 лет, который поступил в клинику с жалобами на опухолевидное образование в эпигастральной области.

Жалобы

Опухолевидное образование в эпигастральной области, безболезненное.

Анамнез заболевания

Опухолевидное образование возникло 3 года назад, постепенно увеличивается в размерах. На отделении поставлен диагноз: «Грыжа белой линии живота».

Планируется оперативное лечение. +

На 3и сутки нахождения в стационаре у пациента возник озноб, чувство жара, схваткообразные боли внизу живота. Одновременно с болью – позывы на дефекацию, со снижением интенсивности болей после дефекации, тенезмы.

Назначен анализ: бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу. Поставлен предварительные диагнозы: Шигеллез, энтероколитический вариант, среднетяжелое течение. Назначен Ципрофлоксацин 1000 мг{asterisk}1 р/сут. +

Также из анамнеза известно, что пациент недавно перенес операцию по поводу межпозвонковой грыжи, после чего ему был назначен Тизанидин 2 мг 3 р/сут.

Также принимает Омепразол 20 мг{asterisk}2 р/сут., Метформин 850 мг2 р/сут., Бисопролол 5 мг1 р./сут.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Профессиональная вредность-нет. +

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +

Перенесенные заболевания –ОРВИ, пневмония в 10 лет. +

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 2. Сахарный диабет 2 типа. Гастрит (ремиссия). +

Наследственность: не отягощена. Аллергия: -.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 38,8°C. Пульс 100 ударов в 1 мин.

АД 100/70 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. Над легкими – дыхание везикулярное; перкуторно-ясный легочной звук. +
Язык обложен серым налетом, сухой. Живот мягкий, активно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки и в околопупочной области. Сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненная. Со стороны других органов и систем отклонений от нормы не выявлено. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.

Для лечения шигеллёза могут применяться

- каспофунгин
- цефтриаксон
- осельтамивир
- инфликсимаб

Ципрофлоксацин в лечении Шигеллёза является препаратом + _____ + линии

- третьей
- четвертой
- второй
- первой

Для лечения шигеллёза Ципрофлоксацин назначают в дозировке + ____ + мг + __ + р/сут

- 250; 1
- 125; 4
- 500; 2
- 1000;3

Противопоказанием для применения Ципрофлоксацина является

- почечная недостаточность легкой степени
- беременность
- сахарный диабет
- инфекции нижних дыхательных путей

Путь введения ципрофлоксацина для лечения шигеллёза

- ингаляционный
- внутривенный
- внутримышечный

- пероральный

Длительность лечения Шигеллёза Ципрофлоксацином составляет +__+ дня (дней)

- 10
- 3
- 6
- 7

Из принимаемых пациентом препаратов нерациональной комбинацией является

- ципрофлоксацин{plus}метформин
- ципрофлоксацин{plus}омепразол
- омепразол{plus}метформин
- ципрофлоксацин{plus}тизанидин

Одновременный прием Ципрофлоксацина с молочными продуктами приводит к

- образованию преципитатов
- выведению ципрофлоксацина из организма без всасывания
- увеличению всасывания ципрофлоксацина
- уменьшению всасывания Ципрофлоксацина

При одновременном применении ципрофлоксацина и пероральных гипогликемических средств возможно развитие гипогликемии. Это относится преимущественно к

- ингибиторам альфа-глюкозидазы
- бигуанидам
- препаратам сульфонилмочевины
- тиазолидиндионам

Одновременный прием Тизанидина и Ципрофлоксацина может привести к

- энцефалопатии
- снижению артериального давления
- язвенной болезни желудка
- гипертоническому кризу

Смена антимикробного препарата показана, если в течение первых +__+ часов от начала антимикробной терапии не наблюдается улучшение состояния больного

- 6
- 12
- 48
- 72

С целью нормализации процессов пищеварения и всасывания при шигеллезе рекомендуется применение

- 6
- 12
- 48
- 72

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к женщине 45 лет, которая находится в стационаре с целью хирургической коррекции гидронефроза правой почки. Также пациентка несколько дней назад обращалась к дерматологу по месту жительства по поводу высыпаний на теле. Поставлен диагноз Эритразма. Назначено лечение Тетрациклин 0,25 г 4 раза в сутки. На фоне проводимого лечения пациентка отметила появление мелких волдырей на теле, а также зуд. Требуется консультация клинического фармаколога для определения дальнейшей тактики лечения и необходимости смены терапии.

Жалобы

Зуд кожных покровов, преимущественно в области шеи, грудной клетки, верхних конечностей; покраснение кожных покровов.

Объективный статус

Состояние —удовлетворительное, сознание - ясное. Температура тела 36,5°C. АД 125/70 мм рт. ст. Грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. +

Аускультация: Дыхание везикулярное, посторонних дыхательных шумов нет. +

В области шеи, грудной клетки, верхних конечностей определяются красновато-коричневые и кирпично-красные пятна с четкими границами.

Возбудителем Эритезмы является

- *Shigella flexneri*
- *Corynebacterium minutissimum*
- *Legionella pneumophila*
- *Veillonella parvula*

Возникшее у пациента нежелательное явление относится к типу

- B
- A
- C
- D

В связи с возможностью развития нежелательных явлений при приеме тетрациклинов необходимо ограничить

- приемы пищи
- двигательную активность
- управление транспортным средством
- инсоляцию

Противопоказанием для применения тетрациклина является

- анемия легкой степени
- беременность, III триместр
- возраст старше 50 лет
- сахарный диабет 2 типа

Дальнейшая тактика в отношении Тетрациклина при лечении данного пациента заключается в

- добавлении к терапии Тетрациклином Преднизолона (таблетки)
- добавлении к терапии Тетрациклином антигистаминных препаратов
- замене на другой антибактериальный препарат
- отмене Тетрациклина, использовании антибактериальных препаратов в виде мазей

Помимо Тетрациклина, эффективным для лечения эритезмы при локализации очагов поражения на гладкой кожи является

- эритромицин

- линезолид
- тербинафин
- пенициллин

Эритромицин назначается в дозировке + ___ + мг + ___ + 4 раза в сутки

- 100; внутривенно
- 750; внутрь
- 600; внутривенно
- 250; внутрь

Срок назначения антибактериальной терапии для лечения эритразмы составляет + __ + дней

- 8
- 5
- 14
- 27

Основным в механизме действия эритромицина является

- обратимое связывание с 50S субъединицей рибосом
- нарушение проницаемости цитоплазматической мембраны
- нарушение синтеза клеточной стенки
- нарушение синтеза дигидрофолиевой кислоты в бактериальных клетках

Для лечения больных при локализации очагов поражения в складках кожи используют

- ихтаммол
- декспантенол
- фузидовую кислоту
- диоксометилтетрагидропиримидин

Нательное и постельное белье пациентам с данным заболеванием необходимо дезинфицировать посредством

- кипячения в 1% мыльно-содовом растворе
- стирки в стиральной машине при температуре 30°C
- ручной стирки в холодной воде
- проглаживания утюгом на минимальной температуре

Для дальнейшей профилактики заболевания очень важно объяснить пациенту необходимость

- кипячения в 1% мыльно-содовом растворе
- стирки в стиральной машине при температуре 30°C
- ручной стирки в холодной воде
- проглаживания утюгом на минимальной температуре

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к больному Б., 46 лет, который поступил с диагнозом «Стабильная стенокардия напряжения (II ФК), гиперлипидемия IIa типа» _._

Жалобы

На боль в области грудины во время физической нагрузки, повышение давления свыше 160/100 мм рт. ст. в моменты стресса или физической нагрузки, боли в ногах, сопровождающиеся мышечной слабостью.

Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении 5 лет, когда впервые начал отмечать появление болей за грудиной при быстрой активной ходьбе или подъеме по лестнице. Обратился к кардиологу по месту жительства спустя 4 года от начала жалоб, поставлен диагноз «Стабильная стенокардия напряжения (II ФК), гиперлипидемия IIa типа» назначены бисопролол 5 мг в сутки, триметазидин 3 таблетки в сутки, ацетилсалициловую кислоту 100 мг на ночь и симвастатин 20 мг на ночь. После нескольких дней приема этой терапии у пациента возникла аллергическая реакция на прием ацетилсалициловой кислоты (приступ удушья, красные пятна по телу). Пациент самостоятельно отменил прием данного препарата. Остальную терапию принимает по плану. За последний год отметил неэффективность данной терапии и учащение эпизодов болей и подъема АД. Максимально АД поднималось до 170/110 мм рт. ст., привычные цифры 130-135/70-75 мм рт. ст. Также у больного появились боли в ногах, сопровождающиеся мышечной слабостью.

Вас вызвали на консультацию для определения дальнейшей тактики лечения. Достигнуто снижение общего холестерина с 7,8 до 4,9 ммоль/л, снижение ХС ЛПНП с 5.2 до 2,5 ммоль/л.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование высшее техническое.

Профессиональная вредность-нет.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – женат. Трое детей.

Перенесенные заболевания –детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит (ремиссия).

Операции-аппендэктомия в 40 лет.

Наследственность: Отец и мать умерли от инсульта (страдали гипертонической болезнью)

Аллергия: ацетилсалициловая кислота (приступы удушья).

Вредные привычки: курение с 18 по 10-15 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное.

АД 150/90 мм рт. ст.

Дыхание-грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос.

Пульсация на артериях стоп достаточная, сохранена с обеих сторон. Конечности теплые, розовые. Пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

Для определения эффективности и необходимости дальнейшего лечения симвастатином необходимы показатели

- кипячения в 1% мыльно-содовом растворе
- стирки в стиральной машине при температуре 30°C
- ручной стирки в холодной воде
- проглаживания утюгом на минимальной температуре

Результаты обследования

Есть подозрение, что боль в мышцах ног у пациента обусловлена приемом симвастатина. Анализом, который следует назначить для подтверждения, является определение уровня

- кипячения в 1% мыльно-содовом растворе
- стирки в стиральной машине при температуре 30°C
- ручной стирки в холодной воде
- проглаживания утюгом на минимальной температуре

Результаты обследования

Интенсивность гиполипидемической терапии оценивается по уровню

- липопротеидов низкой плотности
- липопротеидов высокой плотности
- липопротеидов высокой плотности
- общего холестерина

Снижение ХС ЛПНП с 5,2 до 2,5 ммоль/л на фоне терапии статинами следует расценивать как + _____ + уровень интенсивности гиполипидемической терапии

- оптимальный
- значительный
- незначительный
- слишком интенсивный

Контроль уровня липидов после достижения целевых уровней при терапии статинами следует проводить 1 раз в + _____ + месяцев

- 3
- 12
- 8
- 6

При стабильной стенокардии 1-2 ФК рекомендуется назначить в качестве препарата 1-й линии

- бета-адреноблокаторы
- альфа-адреноблокаторы
- блокаторы ангиотензиновых рецепторов
- ганглиоблокаторы

В случае невозможности назначения бета-адреноблокаторов, препаратом 1-й линии при стабильной стенокардии 1-2 ФК является следующий ритмурежающий антагонист кальция

- амлодипин
- никардипин
- верапамил
- нифедипин

Дигидропиридиновые антагонисты кальция (амлодипин, нифедипин, фелодипин) преимущественно действуют на тонус

- капилляров
- артериол
- артерий
- вен

Наилучшие результаты по профилактике ишемии антагонисты кальция показывают у больных со стенокардией

- вазоспастической
- напряжения (стабильной)
- напряжения (нестабильной)
- микрососудистой

У данного пациента с сопутствующей АГ включение в состав медикаментозной терапии гипотензивных средств рекомендовано для достижения целевого уровня АД менее + _____ + мм рт. ст

- 110/60
- 140/90
- 150/100
- 120/70

Пациентам со стабильной ИБС показано назначение ацетилсалициловой кислоты в низких дозах: не более + _____ + мг/сут

- 300
- 200
- 100
- 175

С учетом непереносимости данным пациентом ацетилсалициловой кислоты, для профилактики ССО вы порекомендуете назначить ему

- 300
- 200
- 100
- 175

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту М. 10 лет. наблюдается амбулаторно. Причина консультации: неэффективность проводимой базовой терапии

Жалобы

Сохраняющийся кашель в дневное и ночное время, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Диагноз: бронхиальная астма аллергическая среднетяжелая персистирующая неконтролируемая, обострение средней тяжести. Поливалентная аллергия. Аллергический ринит сезонный. +

В качестве базисной терапии получает беклометазон 400 мкг/сут. Сальбутамол 3-4 раза в неделю. +

Настоящее обострение развилось, после прогулки в парке, накануне.

Самостоятельно купировать не пытались.

Анамнез жизни

Родился доношенным. Рос и развивался по возрасту. +

Аллергоанамнез: пищевая аллергия на первом году жизни, сезонные цветы, молоко, кошачья шерсть. +

Вакцинация по возрасту. Санитарно-бытовые условия хорошие.

Наследственность: мать соматически здорова, отец страдает эпилепсией, у бабушки по линии отца бронхиальная астма.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, не лихорадит. +

ЧДД в покое до 40, грудная клетка эмфизематозно вздута, перкуторно звук с коробочным оттенком, дыхание проводится во все отделы, жесткое, резко удлиннен выдох, выслушиваются сухие хрипы. +

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 95 в мин., АД 100/70 мм рт. ст.

В качестве немедикаментозной терапии астмы пациентам рекомендовано

- коррекция диеты и увеличение двигательной активности
- смена региона проживания, на более северные регионы
- ограничение воздействия аллергенов внутри помещений
- выполнение дыхательной гимнастики и ежедневного измерения сатурации

При наличии пыльцевой сенсibilизации, пациентам рекомендовано

- принимать антигистаминные препараты в период цветения причинно-значимых растений

- уезжать в более северные регионы в период цветения причинно-значимых растений
- минимизировать пребывание на открытом воздухе в период цветения причинно-значимых растений
- сменить постоянное место жительства на регион, где причинно-значимые растения не произрастают

Основная задача фармакотерапии астмы - это

- контроль над болезнью при применении наименьшего возможного количества лекарственных препаратов
- снижение потребления системных глюкокортикостероидов
- уменьшение количество приступов
- увеличение качества жизни пациента

К двум большим классам, на которые можно разделить лекарственные средства для терапии бронхиальной астмы, относятся препараты

- бета агонисты короткого действия и антихолинэстеразные ЛС
- для стационарного и амбулаторного применения
- для ингаляционного применения и системного введения
- для купирования симптомов и долгосрочного контроля над болезнью

Аминофиллин не рекомендовано применять для купирования симптомов астмы в связи с

- низкой эффективностью
- долгим периодом до наступления эффекта
- энтеральным путем введения
- неудовлетворительным профилем безопасности

Все устройства для ингаляционного введения лекарств делятся на

- дозированные аэрозольные ингаляторы, порошковые ингаляторы и небулайзеры
- порошковые ингаляторы, спейсеры и хандихалеры
- порошковые ингаляторы, мультидозовые резервуарные и небулайзеры
- дозированные аэрозольные ингаляторы, мультидозовые резервуарные, порошковые ингаляторы

Комбинированный лекарственный препарат Формотерол {plus} будесонид зарегистрирован по показанию

- легочная гипертензия
- туберкулез легких

- хроническая обструктивная болезнь легких
- БА в период грудного вскармливания

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) рекомендованы как препараты второго выбора после

- ингаляционных глюкокортикостероидов в максимальной дозировке
- ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах
- пероральных глюкокортикостероидов в низких дозах
- топических глюкокортикостероидов в средних дозах

Максимальная суточная доза формотерола для данного пациента составляет + _____ + мкг/сутки

- 10
- 12
- 30
- 24

Коррекция дозы препарата формотерол {plus} будесонид у пациентов с нарушением функции почек

- не требуется при скорости клубочковой фильтрации более 80 мл/мин
- не требуется при любом уровне СКФ
- требуется при снижении скорости клубочковой фильтрации мене 50 мл/мин
- требуется при снижении скорости клубочковой фильтрации мене 30 мл/мин

Терапия комбинированным ингаляционными препаратами

- имеет ограниченные показания из-за выраженности НЯ
- рекомендуется в качестве альтернативы базисным препаратам
- не рекомендуются, так как снижает эффективность и безопасность лечения
- рекомендуется для повышения комплаенса и приверженности терапии

Будесонид не метаболизируется в легких. Основной путь метаболизма будесонида в печени с помощью изофермента CYP3A4 системы P450 по этому Его применение вместе с ингибиторами изофермента CYP3A4

- имеет ограниченные показания из-за выраженности НЯ
- рекомендуется в качестве альтернативы базисным препаратам
- не рекомендуются, так как снижает эффективность и безопасность лечения
- рекомендуется для повышения комплаенса и приверженности терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту М, 87 лет в течении 23 лет принимает клонидин 300 мкг 3 раза в сутки с целью терапии артериальной гипертензии. Так же по поводу СД 2 типа поучает метформин. Периодически принимает НПВС из-за болей в коленных суставах.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 23 лет.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование среднее. Питание регулярное, в недостаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Вдовец. +

Перенесенные заболевания –детские инфекции. +

Сопутствующие заболевания: Поверхностный атрофический гастрит (ремиссия). +

Наследственность-не отягощена. +

Аллергия-новокаин - крапивница. Вредные привычки: курит с 15х лет по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Рост 170 см, вес 95 кг. +

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа, слизистые бледно-розовой окраски, кожа повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин. АД 142/96 мм рт. ст. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

При плановой диспансеризации была обнаружена выраженная брадикардия – 43 удара в минуту. Что было расценено как действие клонидина. Терапевт рекомендовал отменить клонидин и назначил другую антигипертензивную терапию. На следующий день пациент отметил повышение АД до 161/100 мм рт. ст. Данное повышение является

- нежелательной лекарственной реакцией (НЛР)
- симптомом нового заболевания

- проявлением основного заболевания
- возрастными изменениями

Тип развившейся нежелательной реакции (НЛР) - это тип

- А
- С
- В
- D

С целью достижения целевого АД, данному пациенту наряду с блокаторами рецепторов к АТ II, бета блокаторами и блокаторами кальциевых каналов возможно назначить

- блокатор рецепторов к АТ I
- альфа блокатор
- бета миметик
- ингибитор АПФ

Пациенту был назначен рамиприл 2,5 мг {asterisk} 1 раз в сутки, совместно с приемом гидрохлортиазида. Данная комбинация является

- нерациональной
- не синергичной
- потенциально опасной для жизни
- рациональной

Для увеличения приверженности данного пациента терапии ему можно рекомендовать

- отменить гипотиазид
- принимать двойную дозу эналаприла один раз в сутки
- принимать комбинированный препарат
- не принимать терапию

Через 2 недели приема пациент обратился к терапевту для контроля АД и предъявил жалобы на головную боль, чувство сердцебиения и сухой кашель. Данные жалобы являются

- проявлением артериальной гипертензии
- проявлением сахарного диабета
- нежелательной лекарственной реакцией (НЛР)

- новым заболеванием

Препаратом, из принимаемых пациентом вызвавшим данные НЯ, является

- гипотиазид
- НПВС
- рамиприл
- метформин

При лабораторном контроле, через месяц после приема комбинированного препарата, была выявлена гипергликемия 7,9 ммоль/л. Данное изменение является

- нормальным повышением для его возраста
- дебютом сахарного диабета
- дебютом несахарного диабета
- нежелательной реакцией

Согласно ВОЗ, Тип А (предсказуемые реакции) - это

- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата

Согласно ВОЗ, Тип В (непредсказуемые реакции) - это

- результат фармакологического действия ЛС
- отсроченные НЛР
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- реакции, возникающие у небольшого числа больных, не зависящие от дозы препарата

Согласно ВОЗ, Тип С («химические» реакции) - это

- отсроченные НЛР
- результат фармакологического действия ЛС
- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- развитие лекарственной устойчивости

Типом развившейся нежелательной реакции (гипергликемия) является тип

- отсроченные НЛР
- результат фармакологического действия ЛС

- реакции, возникающие при длительном приеме ЛС
- развитие лекарственной устойчивости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию. Пациент Д, мужчина 35 лет. Поступил в стационар с обострением язвенной болезни желудка.

Жалобы

Боли в эпигастральной области через 20-30 мин после приёма пищи, изжога, тошнота, отрыжка, слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 2018 года, когда в связи с жалобами на боли в эпигастральной области, изжогу обратился в поликлинику по месту жительства, где на основании ФГДС был поставлен диагноз язвенная болезнь тела желудка в стадии обострения. Тест на H. pylori не выполнялся. Принимал Висмута трикалия дицитрат, омепразол 3 недели. На фоне терапии жалобы уменьшились. В течение последней недели отмечает возобновление жалоб – выраженные боли в эпигастрии после приёма пищи, отрыжка, изжога, тошнота. Для купирования симптомов принимал Алгидрат+бензокаин+магния гидроксид – временный положительный эффект. Вызвал СМП в связи с выраженностью болевого синдрома, был госпитализирован.

Анамнез жизни

- * Рос, развивался нормально
- * Проф. вредности отрицает
- * Образование высшее
- * Вредные привычки – курение 3-4 сигареты в день
- * Питание нерегулярное, часто употребляет острую, жирную пищу.
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные
- * Семейное положение – не женат
- * Перенесённые заболевания – ветряная оспа
- * Наследственность – ГБ у отца
- * Аллергоанамнез – без особенностей
- * Хронический тонзиллит

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. +
Рост 184 см, вес 85 кг, темп 36.8°C. Кожа, слизистые обычной окраски и влажности, на языке белый налёт. Периферических отёков нет. Дыхание

жёсткое, проводится во все отделы, без хрипов. ЧСС 67/мин. АД 115/85 мм рт. ст. Пальпация живота болезненна в эпигастральной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю рёберной дуги.

К факторам риска язвообразования на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) относится

- сидячий образ жизни
- питание с недостаточным содержанием белка и жирорастворимых витаминов
- ожирение 2 степени и более
- необходимость одновременного применения глюкокортикоидов

Скрининг язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки

- проводят мужчинам в возрасте от 20 до 40 лет, и для обоих полов старше 40 лет
- не проводят
- проводят вне зависимости от возраста и пола
- проводят для обоих полов старше 40 лет

У пациента выявлено инфицирование *H. pylori*. Антибактериальный компонент эрадикационной терапии первой линии представляет собой

- амоксициллин 500 мг 2 р/с и кларитромицин 1000 мг 2 р/с
- амоксициллин 1000 мг 2 р/с и кларитромицин 500 мг 2 р/с
- амоксициллин 1000 мг 2 р/с и кларитромицин 500 мг 2 р/с и метронидазол 500 мг 2 р/с
- только кларитромицин 500 мг 2 р/с

В качестве ингибитора протонной помпы был назначен пантопразол в дозировке + ___ + {asterisk} мг + ___ + раз(а)/сутки

- 40; 2
- 20; 1
- 20; 2
- 40; 1

По кардиологическим показаниям пациент принимает варфарин. В течение приема эрадикационной терапии в коагулограмме можно ожидать такие изменения как

- уменьшение МНО
- увеличение МНО
- увеличение АЧТВ

- уменьшение АЧТВ

В условиях часто рецидивирующего течения болезни, необходимо

- применение ингибиторов протонной помпы на постоянной основе
- выполнить определение уровня гастрина и паратгормона в крови
- выполнить компьютерную томографию (КТ) брюшной полости
- ежемесячное выполнение фиброгастродуоденоскопии (ФГДС)

Продолжительность антимикробной терапии составляет

- 14 дней
- 6 недель
- 1 месяц
- 7 дней

Лекарственный препарат, входящий в классическую четырёхкомпонентную схему эрадикации *H. pylori*

- висмута трикалия дицитрат
- парацетамол
- алгидрат{plus}бензокаин{plus}магния гидроксид
- сенны листьев экстракт

При неэффективности эрадикационной терапии рекомендовано (-на)

- рассмотрение хирургического лечения
- отмена всей фармакологической терапии и повторное исследование фиброгастродуоденоскопии (ФГДС)
- определение чувствительности *H. pylori* к антибиотикам
- добавление ещё одного антибактериального препарата и назначение других групп препаратов

Время и способ оценки эффективности после эрадикационной терапии - это

- 6 месяцев; микробиологический метод получения культуры
- 4-6 недель; уреазный дыхательный тест
- 4-6 месяцев; уреазный дыхательный тест
- 4-6 недель; повторная биопсия с гистологическим исследованием

В список показаний к госпитализации не входит такой пункт как

- больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом
- возраст более 65 лет

- военнослужащие срочной службы
- больные с осложненным и часто рецидивирующим течением заболевания

В качестве приоритетного направления профилактики язвенной болезни является

- больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом
- возраст более 65 лет
- военнослужащие срочной службы
- больные с осложненным и часто рецидивирующим течением заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 16 лет с диагнозом «Язвенный колит».

Жалобы

Головные боли, боли в животе разлитого характера, расстройства желудочно-кишечного тракта (дискомфорт в кишечнике).

Анамнез заболевания

Заболел остро. Появились жалобы на учащенный стул, ложные позывы к дефекации, с примесью крови и боли в животе. +
Обследован, поставлен диагноз «Язвенный колит». Стартовая терапия- Сульфасалазин внутрь 2,1 г/сутки. На третьи сутки от начала приема появились жалобы на головную боль и дискомфорт в кишечнике.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура тела 37.5°C. Кожа физиологической окраски, без высыпаний. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. +
Живот вздут, болезненный при пальпации.

Целью терапии язвенного колита является

- снижение потребления заместительной терапии
- достижение и поддержание бесстероидной ремиссии
- купирование болевого синдрома
- улучшение качества жизни

Основой консервативного лечения язвенного колита является

- увеличение двигательной активности
- снижение массы тела
- диетотерапия
- фармакотерапия

Пациенту рекомендовано назначение

- ацетилсалициловой кислоты
- ибупрофена
- амоксициллина
- 5-аминосалициловой кислоты

**Наиболее предпочтительный путь введения 5-АСК - это + _____ +
путь**

- вагинальный
- внутривенный
- оральный
- ректальный

Основное действие сульфасалазина - это

- противовоспалительное
- противовирусное
- фунгицидное
- жаропонижающее

Противовоспалительный эффект препаратов 5-аминосалициловой кислоты обусловлен блокированием синтеза метаболитов

- катехоламинов
- парааминобензойной кислоты
- гамма-аминомасляной кислоты
- арахидоновой кислоты

Для индукции ремиссии язвенного колита у детей рекомендовано использовать

- преднизолон
- ацетилсалициловую кислоту
- ибупрофен
- омализумаб

Доза преднизолона при индукции ремиссии составляет +__+ мг/кг

- 0.2
- 10
- 1
- 8

С целью уменьшения потенциального риска подавления роста на фоне терапии преднизолоном рекомендуется прием

- половины назначенной дозы утром, оставшуюся часть вечером
- всей дозы утром однократно
- одной трети дозы утром натощак, оставшуюся часть на ночь
- половины назначенной дозы вечером, оставшейся части на ночь

Повышенный уровень + _____ + в анализах у пациента на фоне проводимой терапии не требует продолжения гормональной терапии, если пациент находится в состоянии клинической ремиссии

- эозинофилов
- гамма-аминомасляной кислоты
- кальпротектина
- лейкоцитов

В качестве дальнейшей профилактики как в периоды ремиссии, так и в периоды обострений пациенту рекомендовано

- прием пищи большими порциями, но максимально редко
- прием жирной пищи в большом количестве
- дробное щадящее питание
- употребление еды с высокой степенью аллергенности

Больному следует разъяснить необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, поскольку соблюдение предписаний по терапии существенно (в 2-2,5) раза снижает частоту обострений, а сама терапия является методом химиопрофилактики

- прием пищи большими порциями, но максимально редко
- прием жирной пищи в большом количестве
- дробное щадящее питание
- употребление еды с высокой степенью аллергенности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к пациенту 10 лет с диагнозом острый фронтит. Требуется консультация доктора для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Отделяемое из носа, головная боль, субфебрильная температура.

Анамнез заболевания

Заболел 2 недели назад – субфебрильная температура, слизистое отделяемое из носа. Педиатром назначены-промывания носа раствором морской воды, обильное тёплое питье. На фоне терапии эффекта не отмечалось – отделяемое из носа приобрело гнойный характер, появилась головная боль, температура до 38,5. Самостоятельно начали принимать левофлоксацин 500 мг/сут. Обратились к ЛОР-врачу, установлен диагноз острый синусит, без осложнений.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – не отягощён. +
Наследственный анамнез – не отягощён. +
Вакцинации – по национальному календарю.

Объективный статус

Рост 140 см, вес 31 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Слизистая носа отёчна, гиперемирована, слизисто-гнойное отделяемое. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90/мин. АД 110/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей. Отмечается болезненность при надавливании в области лобной пазухи.

Первым этапом в терапии пациента необходимым является

- увеличить дозу левофлоксацина до 500 мг*2 р/сутки
- отменить левофлоксацин
- снизить дозу левофлоксацина до 400 мг/сутки
- уменьшить дозу левофлоксацина до 250 мг/сутки

Фторхинолоны не рекомендуется использовать у детей из-за их

- повышенной офтальмотоксичности
- негативного влияния на развивающуюся центральную нервную систему

- негативного влияния на растущую хрящевую ткань
- высокой нейротоксичности, ототоксичности и нефротоксичности

Для терапии острого фронтита пациенту желательно назначить

- ванкомицин
- ципрофлоксацин
- амоксициллин
- тетрациклин

Режим дозирования амоксициллина для терапии острого фронтита у данного пациента составляет + _____ + мг/кг/сут

- 50-100
- 40-45
- 40-50
- 10-15

Суточную дозу амоксициллина рекомендовано вводить в + __ + приём/-а

- 2
- 3
- 1
- 4

В качестве симптоматической терапии для устранения отёка слизистой оболочки носа местно рекомендовано применение

- местных анестетиков
- антибактериальных лекарственных средств
- альфа-адреномиметиков
- противовирусных лекарственных средств

Из альфа-адреномиметиков интраназально рекомендуется назначать

- клонидин
- мидодрин
- метилдоп
- оксиметазолин

Рекомендованная длительность применения оксиметазолина составляет + __ + дней

- 30-50
- 5-7
- 15-21
- 10-14

Применять альфа-адреномиметики рекомендовано не более 5-7 дней в связи с развитием

- галлюцинаций
- нарушения электропроводимости сердца
- нарушения сознания
- медикаментозного ринита

В качестве симптоматического лекарственного средства с целью уменьшения вязкости слизи и улучшения функции ресничек является

- преднизолон
- левоцетиризин
- карбоцистеин
- интерферон бета-1b

Режим дозирования ацетилцистеина у данного пациента составляет +___+ мг +___+ р/сутки

- 5000; 1
- 250; 1
- 200; 3
- 50; 2

С целью профилактики осложнений в реабилитационный период пациенту рекомендуется (-ются)

- 5000; 1
- 250; 1
- 200; 3
- 50; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной, 58 лет. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, тяжелой степени, неконтролируемая. ДНII. ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО~3~. НI

Жалобы

В течение последних трех дней пациент отмечает учащение приступов одышки до 5 раз в сутки, в том числе в ночные часы, которые купирует приемом фенотерола. У больного имеется учащение ангинальных приступов. В дневное время физическая активность умеренно нарушена из-за одышки и болей в сердце

Анамнез заболевания

В течение последних 2 лет обострения бронхиальной астмы отмечаются 2-3 раз в год. Пациент принимает следующие лекарственные препараты: салметерол/флутиказона пропионат в форме дозированного аэрозоля 25/250 мкг по 2 дозы 2 раза в день, фенотерол в форме дозированного аэрозоля по 2 дозы (200 мкг) по требованию, бисопролол 5 мг внутрь 1 раз в сутки утром, периндоприла аргинин 5 мг внутрь 1 раз в сутки вечером, нитроглицерин 0,5 мг сублингвально по требованию.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена.

Объективный статус

При аускультации отмечаются рассеянные сухие хрипы на выдохе по всем легочным полям, ЧДД = 24 в минуту, тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС = 85 ударов в минуту. АД = 155/100 мм рт. ст. В биохимическом анализе крови: ОХС = 6,8 ммоль/л, ЛПНП = 3,2 ммоль/л, ТГ = 1,5 ммоль/л. ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС = 84 удара в минуту. Нормальное положение ЭОС.

Критериями неконтролируемого течения бронхиальной астмы в данном случае являются

- число дыхательных движений (ЧДД) 24 в минуту
- ограничение физической активности
- потребность в препарате для купирования симптомов чаще 2-х раз в неделю
- рассеянные сухие хрипы в легких
- ночные пробуждения из-за БА
- дневные симптомы чаще 2-х раз в неделю

В терапии у больного назначен + _____+, прием которого противопоказан при бронхиальной астме

- нитроглицерин
- фенотерол
- бета¹-адреноблокатор (биспролол)
- периндоприла аргинин

Совместное назначение бета²-агониста (салметерол и фенотерол) и бета¹-адреноблокатора (биспролол) приводит к

- ослаблению бронхолитического действия бета²-агонистов
- ослаблению антиангинального действия нитроглицерина
- взаимному ослаблению фармакологических эффектов обоих
- ослаблению гипотензивного действия бета¹-адреноблокатора

Учитывая частые обострения, необходимо

- увеличить дозу ингаляционных ГКС
- назначить препараты теофиллина
- дополнить поддерживающую терапию назначением тиотропия бромида в форме респимат
- отменить ингаляционные ГКС, назначить ГКС системно

Препараты + _____ + нежелательны в связи с наличием у пациента стенокардии напряжения, склонности к тахикардии и возможным учащением ангиальных приступов

- теофиллина
- блокаторов кальциевых каналов
- блокаторов лейкотриеновых рецепторов
- адреналина

Необходимо заменить биспролол

- атенололом
- недигидропиридиновым блокатором кальциевых каналов (верапамиллом или дилтиаземом)
- дигидропиридиновым блокатором кальциевых каналов (амлодипин и фелодипин)
- антиаритмиком (амиодарон, соталол)

Так же биспролол можно заменить

+ _____ + ивабрадином

- блокатором В-рецепторов синусового узла
- агонистом If-рецепторов синусового узла
- блокатором If-рецепторов синусового узла

- блокатором If-рецепторов рабочего миокарда

В схему терапии необходимо включить антиагрегант – ацетилсалициловую кислоту в дозе + ___ + мг/сут

- 400
- 100
- 1000
- 500

В качестве гиполипидемической терапии пациенту могут быть назначены

- фибраты
- ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины)
- секвестранты желчных кислот
- эзетимиб

Терапия гипертонической болезни неэффективна, так как цифры АД у данного пациента не достигают целевых значений + ____ + мм рт. ст

- <120/80
- <110/70
- <140/90
- <100/60

Возможной причиной неэффективности лечения является использование бета²-агониста салметерола в максимальной суточной дозе (+ ___ + мкг) и превышение рекомендованной суточной дозы фенотерола (чаще 4 раз в день по 2 ингаляционные дозы)

- 150
- 200
- 50
- 100

Возможно (-на) + _____ + ингибитора АПФ периндоприла

- 150
- 200
- 50
- 100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Р., 28 лет, в ОРИТ с диагнозом сепсис.

Жалобы

Активных жалоб не предъявляет в связи с угнетённостью сознания.

Анамнез заболевания

Поступила на 27 неделе гестации в связи с подъёмом температуры до 38.7, слабостью, болями внизу живота. Известно, что перенесла обострение хронического цистита за неделю до поступления. Самостоятельно приняла фосфомицин 3г per os однократно. В течение 24 часов с момента поступления отмечалась отрицательная динамика — угнетение сознания, СРБ 211 мг/л, лихорадка. Переведена в ОРИТ из-за тяжести состояния. По SOFA 6 баллов.

Анамнез жизни

- * Беременность первая
- * Росла, развивалась нормально
- * Проф. вредности отрицает
- * Образование высшее
- * Вредные привычки отрицает
- * Питание регулярное, качественное
- * Жилищно-бытовые условия благополучные
- * Семейное положение – замужем
- * Перенесённые заболевания – ветряная оспа
- * Наследственность – не отягощена
- * Аллергоанамнез – не отягощён
- * Хронический гастрит

Объективный статус

Состояние тяжёлой степени, сознание угнетено. Рост 168 см, вес 78 кг, темп 37,6. Кожа, слизистые физиологической окраски и влажности. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 88/мин. АД 124/80 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет.

В качестве эмпирической антибактериальной терапии необходимо назначить

- полимиксин В{plus}фосфомицин{plus}тигециклин
- пипперациллин/тазобактам

- цефоперазон/сульбактам
- амоксициллин/клавуланат

Режим дозирования цефоперазона/сульбактама для терапии сепсиса + __+ г + __+ р/сут

- 0,5; 2
- 1;1
- 2; 2
- 1; 2

При назначении цефоперазона/сульбактама врачом проявляется настороженность в отношении следующих нежелательных лекарственных реакций – это

- 0,5; 2
- 1;1
- 2; 2
- 1; 2

Результаты лабораторного метода обследования

На фоне терапии наблюдается отрицательная динамика. По результатам посева необходимо сменить антибиотик на

- ампициллин/сульбактам
- имипенем/циластатин
- цiproфлоксацин+ампициллин
- пиперациллин/тазобактам

Режим дозирования имипенем/циластин при терапии сепсиса внутривенно + ____ + мг каждые + ____ + часа/ов

- 200; 3
- 500; 6
- 100; 24
- 1000; 2

К имипенему рекомендовано добавить

- 200; 3
- 500; 6

- 100; 24
- 1000; 2

Дополнительная информация

|====

2+^h| Staphylococcus aureus, кровь

| Бензилпенициллин ^| R

| Цефтазидим ^| R

| Цефуроксим ^| R

| Тетрациклин ^| R

| Ванкомицин ^| S

| Клиндамицин ^| R

| Ципрофлоксацин ^| R

| Эритромицин ^| R

| Рифампицин ^| R

| Ко-тримоксазол ^| R

| Хлорамфеникол ^| R

| Гентамицин ^| R

|====

По результатам бактериологического посева крови рекомендовано назначить

- ванкомицин
- рифампицин
- ко-тримоксазол
- тетрациклин

Режим дозирования ванкомицина +___+ г +___+ р/сутки

- 0,5;1
- 2; 3
- 1; 2
- 0,3; 2

Ванкомицин относится к группе антибактериальных препаратов

- гликопептиды
- оксазолидиноны
- полимиксины
- хинолоны

Режим дозирования метронидазола для терапии сепсиса +___+ г +___+ р/сутки

- 0,1 ; 3-4
- 0,2 ; 1
- 0,5 ; 2-3
- 1 ; 1

Оценка эффективности проводится через + _____ + ч

- 72 -96
- 48-72
- 2-3
- 6-12

Уровень прокальцитонина, достоверно свидетельствующий о тяжёлой бактериальной инфекции, составляет

- 72 -96
- 48-72
- 2-3
- 6-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке Н, 32 лет, в ОРИТ с диагнозом сепсис.

Жалобы

Активных жалоб не предъявляет в связи с угнетённостью сознания.

Анамнез заболевания

Поступила в связи с началом родовой деятельности на 35 неделе гестации. Гестационный СД. Известно, что перенесла ОРЗ в третьем триместре с подъёмом температуры до 38. Антимикробную терапию не получала. Роды естественным путём. На вторые сутки после родов подъём температуры до 39, спутанность сознания, нарастание креатинина до 252 мкмоль/л. Переведена в ОРИТ в связи с нарастанием полиорганной недостаточности. По SOFA 7 баллов.

Анамнез жизни

- * Беременность вторая
- * Росла, развивалась нормально
- * Проф. вредности отрицает

- * Образование высшее
- * Вредные привычки отрицает
- * Питание регулярное, качественное
- * Жилищно-бытовые условия благополучные
- * Семейное положение – замужем
- * Перенесённые заболевания – ветряная оспа
- * Наследственность – не отягощена
- * Аллергоanamнез – не отягощён
- * Хронический тонзиллит

Объективный статус

Состояние тяжёлой степени, сознание угнетено. Рост 168 см, вес 65 кг, температура 37,5°C. Кожа, слизистые физиологической окраски и влажности. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78/мин. АД 125/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет.

В качестве эмпирической антибактериальной терапией необходимо назначить

- цефоперазон/сульбактам
- пипперациллин/тазобактам
- полимиксин В+фосфомицин+тигециклин
- ванкомицин+метронидазол

Режим дозирования цефоперазон/сульбактама для терапии сепсиса составляет +__+ г +__+ р/сут

- 2;2
- 0,5;2
- 1;1
- 1;2

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение

- 2;2
- 0,5;2
- 1;1
- 1;2

Результаты лабораторного метода обследования

Дополнительная информация

|====

2+^h| E. coli, кровь

| Цефтазидим ^| R

| Меропенем ^| S

| Ампициллин ^| R

| Эртапенем ^| R

| Имипенем ^| S

| Ампициллин/Сульбактам ^| R

| Ципрофлоксацин ^| R

| Гентамицин ^| S

| Цефоперазон/Сульбактам ^| R

|====

На фоне терапии наблюдается отрицательная динамика. Следует скорректировать терапию по результатам посева и назначить

- меропенем
- ципрофлоксацин {plus} ампициллин
- ампициллин/сульбактам
- полимиксин В

**Режим дозирования меропенема при терапии сепсиса составляет + ____ + г
+ ____ + р/сут**

- 0,5-1; 3-4
- 0,25-0,5; 3-4
- 0,3; 2-3
- 2; 2-3

К меропенему рекомендовано добавить

- 0,5-1; 3-4
- 0,25-0,5; 3-4
- 0,3; 2-3
- 2; 2-3

Дополнительная информация

|====

2+^h| Staphylococcus aureus (MRSA), кровь

| Бензилпенициллин ^| R

| Цефтазидим ^| R

| Цефуроксим ^ | R
| Тетрациклин ^ | R
| Клиндамицин ^ | R
| Ципрофлоксацин ^ | R
| Эритромицин ^ | R
| Рифампицин ^ | R
| Ко-тримоксазол ^ | R
| Хлорамфеникол ^ | R
| Гентамицин ^ | R
|====

Был получен результат посева крови, антибактериальная терапия меропенем в комбинации с метронидазолом отменена. Рекомендовано назначить

- рифампицин
- ванкомицин
- ко-тримоксазол
- тетрациклин

Режим дозирования ванкомицина составляет +__+ г +__+ р/сутки

- 0,5 ; 1
- 1; 2
- 0,3 ; 2
- 2; 3

К ванкомицину рекомендовано добавить

- рифампицин
- хлорамфеникол
- метронидазол
- тетрациклин

Режим дозирования метронидазола для терапии сепсиса составляет +__+ г +__+ р/сутки

- 0,2;1
- 0,5;2-3
- 0,1;3-4
- 1;1

Оценка эффективности проводится через +_____+ ч

- 2-3
- 6-12
- 48-72
- 96

Для контроля эффективности терапии необходимо

- 2-3
- 6-12
- 48-72
- 96

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к пациентке И., 57 лет, которая поступила в стационар.

Жалобы

На общую слабость, головокружение, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду, постоянную боль в области поясницы и бедер.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной в течение года. Год назад стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок. Не лечилась. Последнее ухудшение самочувствия отмечала в течение 3 нед., когда слабость и головокружение стали более выраженными. Жажду и сухость во рту присутствуют в течение многих лет, но пациентка не придавала им значения, к врачу по этому поводу не обращалась. Поставлен диагноз «Сахарный диабет 2 типа». Назначено лечение Метформин 850 мг 3 р/сут., эналаприл 10 мг*1 р/сут. Омега-3 20 мг на ночь. + Также пациентку беспокоят боли в области поясницы на протяжении года. Эпизодически принимает Диклофенак 25 мг с положительным эффектом. В анамнезе поверхностный гастрит.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. +

Образование высшее. Профессиональная вредность-нет. +

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. +

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. +

Семейное положение – замужем. Четверо детей. +
Перенесенные заболевания – детские инфекции. +
Сопутствующие заболевания: Поверхностный гастрит. +
Операции:- - +
Наследственность: Отец умер (страдал гипертонической болезнью) +
Аллергия: отрицает. +
Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица. Тоны сердца приглушен. Ритм правильный. Пульс – 64 в мин. АД – 150/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

В качестве препарата первой ступени обезболивания рекомендовано использовать

- парацетамол
- морфин
- трамадол
- фентанил

При прогрессировании болевого синдрома на 2й ступени терапии целесообразно добавить

- кетопрофен
- трамадол
- диклофенак
- лорноксикам

Действие препарата Диклофенак обусловлено

- ингибированием ДНК-гиразы
- блокадой альфа- и бета-адренорецепторов
- неселективной блокадой ЦОГ-1 и ЦОГ-2 рецепторов
- ингибированием обратного захвата моноаминов

Препарат Диклофенак для лечения Хронического болевого синдрома разрешен для применения во всех дозировках кроме + ___ + мг

- 25
- 50

- 350
- 150

Максимальная суточная доза препарата Диклофенак (таблетки) составляет + ___ + мг

- 150
- 25
- 500
- 50

Диклофенак (таблетки 25 мг) детям до 6 лет

- разрешен при нахождении ребенка в стационаре
- противопоказан
- разрешен с осторожностью
- разрешен под строгим контролем взрослого

Для постоянного обезболивания не применяется + _____ + путь введения

- подкожный
- внутримышечный
- трансдермальный
- пероральный

Обезболивающий препарат рекомендуется вводить регулярно через определенные интервалы времени с учетом + _____ + или «по часам»

- индивидуального пожелания родственников пациента
- графика питания пациента
- занятости медицинских работников
- периода полувыведения

Неселективным нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВС) присуща

- гепатотоксичность
- нефротоксичность
- гастротоксичность
- ототоксичность

Одновременное применение Диклофенака и Варфарина

- усиливает риск возникновения гипогликемической комы
- усиливает риск кровотечений
- приводит к гиперкалиемии
- приводит к развитию судорог

С целью максимально быстрого достижения желаемого терапевтического эффекта препарат Диклофенак (кишечнорастворимая лекарственная форма) принимают

- после приема пищи
- за 30 мин до приема пищи
- через 20 минут после приема пищи
- во время приема пищи

Усиление боли (1-я ступень) на фоне терапии неопиоидными анальгетиками можно контролировать всеми препаратами, кроме

- после приема пищи
- за 30 мин до приема пищи
- через 20 минут после приема пищи
- во время приема пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Ш, 56 лет, с диагнозом герпетическая экзема. Назначена консультация клинического фармаколога для подбора терапии.

Жалобы

Зудящая сыпь на передней поверхности туловища и на спине, температура до 37,7°C.

Анамнез заболевания

Пациент проходит лечение ВИЧ-инфекции в инфекционном стационаре. В ходе госпитализации возникли жалобы на появление сыпи на передней поверхности туловища и на спине, подъём температуры до 37,7°C. По результатам осмотра и обследований установлен диагноз острая герпетическая экзема, средней степени тяжести.

Анамнез жизни

- * Рост и развитие без особенностей
- * Вредные привычки курение 6-7 сигарет в день
- * Операций не было
- * Контакт с инфекционными больными отрицает
- * Аллергический анамнез не отягощён
- * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные
- * Питание регулярное, качественное

Объективный статус

Рост 185 см, вес 96 кг. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. На коже живота и спины определяется везикулярная экзантема. Дыхание жёсткое, ЧДД=22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 82/мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без особенностей.

В качестве системной этиотропной терапии простого герпеса пациенту рекомендован препарат

- ганцикловир
- ацикловир
- ванкомицин
- тетрациклин

Режим дозирования ацикловира для лечения простого герпеса составляет +__+ г +__+ р/сутки

- 0,2;5
- 0,1;3
- 1,0;2
- 0,5;4

Продолжительность курса ацикловира составляет

- 6-9 месяцев
- 21 день
- 10-14 дней
- 5 дней

Если показано внутривенное введение ацикловира, доза рассчитывается +__+ мг/кг +__+ р/сутки

- 0,5-1; 2
- 4; 2
- 5; 3
- 7-10; 1

При назначении валацикловира для терапии простого герпеса режим дозирования составляет + ____ + мг + __ + р/сутки

- 1000; 3
- 50-100; 4
- 200-400; 1
- 500; 2

В случае тяжёлого течения простого герпеса рекомендована длительность терапии валацикловиrom в течении

- 2-3 месяцев
- 5 дней
- 10 дней
- 1 года

При использовании фамцикловира для терапии простого герпеса режим дозирования составляет + ____ + г + __ + р/сутки

- 0,25;3
- 0,5;2
- 0,7-1;4
- 0,1-0,15;1

Длительность терапии фамцикловиrom составляет + __ + дня/дней

- 7
- 9
- 3
- 5

В качестве иммуностимулирующего средства при простом герпесе рекомендован препарат

- иммуноглобулин человека нормальный
- тилорон
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный

- интерферон-альфа 2b

Суточная доза интерферона-альфа 2b для внутримышечного введения составляет + _____ + ЕД

- 500 тыс
- 5000
- 1000
- 10 млн

Продолжительность курса интерферона-альфа 2b для терапии простого герпеса составляет + _____ + дней

- 5
- 10
- 30
- 14

Режим дозирования человеческого рекомбинантного интерферона-альфа 2b в ректальных суппозиториях по 1 млн МЕ для терапии простого герпеса составляет по + __ + суппозитории + __ + р/сутки

- 5
- 10
- 30
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван в травматологическое отделение на консультацию к мужчине 53 лет с диагнозом «Псориатический артрит».

Жалобы

Боль, припухлость в суставах кистей и стоп, коленных суставах, боли в области пяток при ходьбе.

Анамнез заболевания

Пациент находится на травматологическом отделении с переломом латеральной лодыжки. У пациента установлен диагноз «Псориатический артрит». В настоящий момент пациенту назначен для применения по

основному заболеванию Метотрексат 10 мг в неделю. Пациент ошибочно принял разом 30 мг Метотрексата.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощён +

Наследственный анамнез – у отца был псориаз.

Объективный статус

Состояние — удовлетворительное, сознание - ясное. АД 140/90 мм рт. ст. +

Грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Аускультация: Дыхание везикулярное, посторонних дыхательных шумов нет.

Специфическим антидотом метотрексата является

- натрия бикарбонат
- налоксон
- протамина сульфат
- кальция фолинат

При случайной передозировке кальция фолинат вводят не позже чем через +___+ после введения метотрексата

- 1 час
- 24 часа
- 6 часов
- 10 минут

При передозировке метотрексата кальция фолинат вводят

- подкожно
- ингаляционно
- внутривенно
- внутримышечно

С учетом принятой пациентом дозы Метотрексата 30 мг следует ввести Кальция фолинат в дозировке не менее +__+ мг

- 30
- 10
- 25
- 5

Введение кальция фолината продолжают до снижения концентрации метотрексата в + _____ + ниже уровня 10^{-7} ммоль/л

- сыворотке крови
- кале
- моче
- лаважной жидкости

Для предупреждения преципитации метотрексата в почечных канальцах проводят

- внутривенную инфузию глюконата кальция
- промывание желудка
- гидратацию организма
- перитонеальный диализ

На фоне лечения метотрексатом к терапии обязательно необходимо добавить

- фолиевую кислоту
- витамин С
- глюконат кальция
- витамин Д

Фолиевую кислоту необходимо назначить в дозировке не менее + __ + мг в неделю через 24 часа после приема (введения) метотрексата

- 0.5
- 5
- 1
- 2

Одновременное назначение фолиевой кислоты на фоне терапии Метотрексатом необходимо, поскольку Метотрексат угнетает

- стрептокиназу
- дигидрофолатредуктазу
- альфа-амилазу
- глутатионпероксидазу

Фолиевая кислота необходима для нормального созревания

- НК-киллеров
- мегалобластов

- эритроцитов
- эпителиоцитов

Особо чувствительным к действию метотрексата ткани является

- костный мозг
- волосяной фолликул
- спинной мозг
- миокард

Противопоказанием для применения метотрексата является

- костный мозг
- волосяной фолликул
- спинной мозг
- миокард

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к женщине 38 лет с диагнозом синдром раздражённого кишечника. Требуется консультация клинического фармаколога для подбора тактики и объёма терапии.

Жалобы

Метеоризм, тошнота, запоры, диарея, боли в животе, выраженные спазмы.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы беспокоят в течение 4-5 месяцев. Самостоятельно не лечилась, за медицинской помощью не обращалась. По результатам проведённых физикального, лабораторных, инструментальных исследований установлен диагноз синдром раздражённого кишечника смешанный вариант.

Анамнез жизни

Аллергический анамнез – антибиотики пенициллинового ряда. +

Наследственный анамнез – у матери болезнь Крона. +

Сопутствующие и перенесённые заболевания – хронический поверхностный гастрит.

Объективный статус

Рост 166 см, вес 58 кг. Состояние лёгкой степени тяжести, сознание ясное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД=18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 86/мин. АД 125/80 мм рт. ст.

Живот безболезненный, доступен глубокой пальпации, петли кишечника раздуты в левой подвздошной области. Печень по краю рёберной дуги. Периферических отёков нет. Физиологические отправления – со слов пациентки, стула не было 2 дня.

Лекарственное средство, рекомендованное для одновременного купирования абдоминальных болей и нормализации консистенции и частоты стула при синдроме раздражённой кишки

- лоперамид
- трамадол
- тримебутин
- морфин

Режим дозирования тримебутина для терапии синдрома раздражённого кишечника составляет + _____ + мг + ___ + р/сутки

- 500-700; 1-2
- 1000-1500; 4
- 100-200; 3
- 500-700; 5-6

В качестве лекарственного средства для купирования запоров рекомендовано назначить

- лоперамид
- лактулозу
- гимекромон
- ондансетрон

Начальная суточная доза лактулозы для купирования запоров при синдроме раздражённого кишечника составляет + _____ + мл

- 15-45
- 80 -90
- 50- 65
- 10-20

На фоне применения лактулозы отмечается слабopоложительный эффект. В качестве дополнительной терапии для купирования запоров рекомендовано назначить лекарственное средство, нормализующее функцию кишечной микрофлоры

- нифуроксазид
- лактитол
- лоперамид
- смектит диоктаэдрический

Диарея купировалась приёмом тримебутина. Однако в отношении запоров на фоне применения комбинированной терапии лактулозой и лактитолом у пациента наблюдается временный слабopоложительный эффект. В качестве дополнительного средства для купирования запоров рекомендовано назначить курс

- итоприда
- симетикона
- смектита диоктаэдрического
- бисакодила

Рекомендованная суточная доза бисакодила составляет + ____ + мг

- 25-30
- 50-70
- 1-2
- 5-15

На фоне приёма бисакодила наблюдался слабopоложительный эффект, однако после отмены лекарственного средства симптомы возобновились. В данном случае рекомендовано назначить

- прукалоприд
- рисперидон
- сибутрамин
- бромоприд

Прукалоприд является

- H₂-гистаминоблокатором
- агонистом 5-HT₄-рецепторов
- M-холиномиметиком
- антагонистом D₂-дофаминергических рецепторов

Суточная доза прукалоприда для терапии запоров составляет + __ + мг

- 10

- 2
- 5
- 7,5

Часто встречающееся нежелательное явление, возникающее при приёме прукалоприда - это

- метеоризм
- желудочковая тахикардия
- галлюцинации
- лейкопения

Для увеличения эффективности медикаментозной терапии и улучшения течения заболевания пациенту необходимо рекомендовать

- метеоризм
- желудочковая тахикардия
- галлюцинации
- лейкопения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мужчине 32 _лет_ с диагнозом Синдром раздраженного кишечника. Требуется консультация клинического фармаколога для назначения и подбора объёма терапии.

Жалобы

Боли в животе, жидкий стул.

Анамнез заболевания

Пациент получает терапию Метронидазол 250 мг 3 раза в сутки, Смектит диоктаэдрический 3 г 2 раза в сутки, Дротаверин 40 мг 1 раз в сутки, Тримебутин 100 мг 3 раза в сутки. На фоне данной терапии у пациента уменьшился болевой синдром, однако, сохранился жидкий стул. Также по лабораторным анализам наблюдается увеличение показателей АЛТ и АСТ в динамике: АЛТ – 80 Ед/л (норма до 18 Ед/л), АСТ – 72 Ед/л (норма до 22 Ед/л).

Анамнез жизни

Аллергия на глютен.

Объективный статус

Состояние-удовлетворительное, сознание - ясное. АД 110/65 мм рт. ст. Грудной тип дыхания, дыхательные движения симметричные, вспомогательная мускулатура в дыхании участвует. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание ритмичное, осуществляется через нос. Живот болезненный при пальпации в нижних отделах.

Нежелательное явление, развившееся у пациента, наиболее вероятно возникло на фоне приема

- метронидазола
- тримебутина
- дротаверина
- смектита диоктаэдрического

Заключением является то, что

- не все лекарственные средства показаны данному пациенту
- все лекарственные средства и дозировки верны
- все лекарственные средства подобраны верно, дозировки некоторых следует увеличить
- все лекарственные средства подобраны верно, дозировки некоторых следует уменьшить

Показания для назначения данному пациенту отсутствуют у

- смектита диоктаэдрического
- тримебутина
- метронидазола
- дротаверина

Из антибактериальных средств данному пациенту следует назначить

- полимиксин В
- линезолид
- рифаксимин
- цефтриаксон

Механизм действия рифаксимины основан на

- блокировании синтеза нуклеиновых кислот
- блокировании синтеза клеточной стенки
- прямом токсическом действии на клеточную стенку бактерий
- ингибировании метаболизма фолиевой кислоты

Рифаксимин оказывает свое антибактериальное действие преимущественно в

- крови
- кишечнике
- периферических тканях
- спинном мозге

С учетом фармакокинетики, нежелательным явлением, которое наиболее часто может развиваться при назначении Рифаксими́на, является

- фотосенсибилизация
- печеночная энцефалопатия
- нейросенсорная тугоухость
- диспепсия

Действие Тримебутина при данном заболевании обосновано воздействием на

- α 1 и α 2-адренорецепторы
- μ - и κ -опиоидные рецепторы
- β 1- и β 2-адренорецепторы
- H1-гистаминовые и M-холинорецепторы

Противопоказанием для назначения Тримебутина является

- желчнокаменная болезнь
- сахарный диабет 2 типа
- беременность
- подростковый возраст

Тримебутин следует принимать внутрь

- до приема пищи
- на ночь после последнего приема пищи
- утром натощак за 2 часа до еды
- после приема пищи

Этому пациенту с учетом данных его анамнеза следует рекомендовать

- диету с большим количеством круп
- элиминационную диету
- питание, состоящее преимущественно из фруктов и молочных продуктов
- высокоуглеводную диету с преобладанием «простых» сахаров

При недостаточной эффективности диеты к терапии можно добавить

- диету с большим количеством круп
- элиминационную диету
- питание, состоящее преимущественно из фруктов и молочных продуктов
- высокоуглеводную диету с преобладанием «простых» сахаров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к мальчику 6 лет с диагнозом «Синдром Хантера». Требуется консультация клинического фармаколога для консультации по применению препарата Идурсальфаза, назначенного пациентке.

Жалобы

Сыпь и головная боль во время инфузии.

Анамнез заболевания

Пациент находится на отделении с диагнозом «Синдром Хантера». Назначена инфузия препарата Идурсальфаза 10 мг 1 раз в неделю. Вовремя инфузии у пациента появились жалобы на сыпь и головную боль. Инфузия была прекращена, симптомы купировались введением Хлоропирамина 0,5 мл внутримышечно. Вас пригласили на консультацию для определения тактики по возможности дальнейшего применения данного препарата.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа физиологической окраски, слизистые удовлетворительной влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД=20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный.

Единственным зарегистрированным показанием для применения Идурсальфазы является Мукополисахаридоз +__+ типа

- VII
- IX
- II
- IV

Болезнь Хантера является болезнью

- хромосомной
- экзогенной

- мультифакториальной
- инфекционной

Болезнь Хантера является болезнью

- хромосомной
- мультифакториальной
- инфекционной
- экзогенной

Функцией идуронат-2-сульфатазы является катаболизм

.+ _____ + путем разрушения олигосахарид-связанных сульфатных половинок

- гликозаминогликанов
- глюкозы
- пуриновых нуклеотидов
- этилового спирта

Элапраза, вводимая пациентам с синдромом Хантера, обеспечивает поступление экзогенного фермента в

- цитоплазматическую оболочку
- эндоплазматический ретикулум
- ядро клетки
- лизосомы

Единственным путем доставки Элапразы в организм человека является

- внутримышечный
- интраназальный
- ингаляционный
- внутривенный

Чтобы понять генез нежелательного явления, возникшего у пациента, следует обязательно уточнить у персонала

- психосоматическое состояние пациента во время инфузии
- количество пищи, съеденной пациентом накануне
- время проведения инфузии
- непереносимость пациентом молочных продуктов

Данная нежелательная реакция, развившаяся у пациента, относится к типу

- С
- А
- D
- В

Дальнейшей тактикой применения Элапразы у данного пациента является

- обязательна отмена данного препарата
- продолжение инфузии с одновременным введением антигистаминных препаратов
- увеличение времени инфузии
- продолжить применение с проведением гемодиализа после инфузии

Длительность инфузии Элапразы, особенно у пациентов с возникновением нежелательных реакций на предшествующее введение, должна проводиться в течение

- 45 минут
- 10 минут
- 1 часа
- 3 часов

Следует отложить введение инфузии Элапразы, если у пациента развилось

- небольшое слезотечение
- острое респираторное заболевание с повышением температуры тела
- преходящее повышение уровня сахара крови и кратковременный подъем АД
- повышенное слюно- и потоотделение

Пациенту с данным заболеванием следует находиться под наблюдением постоянно, и комплексное обследование в многопрофильных стационарах показано 1 раз в

- небольшое слезотечение
- острое респираторное заболевание с повышением температуры тела
- преходящее повышение уровня сахара крови и кратковременный подъем АД
- повышенное слюно- и потоотделение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к ребенку М. 4,5 года (вес 21 кг) поступил в пульмонологическое отделение Детской клинической больницы. Диагноз: Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония.

Дежурным врачом назначен Цефиксим 8 мл 1 раз в сут.

Жалобы

Мама указывает на малопродуктивный кашель в течение 2 недель.

Анамнез заболевания

Болен в течение 2 недель. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,4°C, слизистое отделяемое из носа, конъюнктивит, кашель. Амбулаторно получал противовирусную терапию. На фоне лечения состояние ребенка с отрицательной динамикой: усилился кашель, появилась одышка

Анамнез жизни

Родился доношенным. Рос и развивался по возрасту. Аллергоанамнез: пищевая аллергия на первом году жизни. Вакцинация по возрасту. Санитарно-бытовые условия хорошие. Наследственность: мать соматически здорова, отец страдает эпилепсией, у бабушки по линии отца бронхиальная астма.

Объективный статус

Ребенок в сознании, вялый. Кожные покровы бледные, влажные. Зев не гиперемирован. Температура 37,8°C. При аускультации дыхание жесткое, ритмичное, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы с двух сторон. В общем анализе крови: лейкоциты - $20,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы - 69,1%, лимфоциты - 42,9%, моноциты - 9,3%, эозинофилы - 5,1%, эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 116 г/л, тромбоциты - 284×10^6 /л, СОЭ - 20 мм/час. В биохимическом анализе крови СРБ 7,2 мг/л.

Протокол рентгенологического исследования: Легочный рисунок сгущен медиально за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации. Очагово-инфильтративные изменения медиально справа, без четких контуров. Заключение: Rg-картина правосторонней пневмонии.

У детей 3 месяцев-5 лет чаще всего внебольничную пневмонию вызывает + _____+. Из типичных бактерий также определенную роль играет _H. influenzae_. Пневмонии, вызванные атипичными бактериями (_M. pneumoniae_, _C. pneumoniae_) в этом возрасте наблюдаются

- _Staphylococcus pneumoniae_; очень часто
- _S.pneumoniae_; относительно нечасто
- _Streptococcus agalactiae_; часто

- *Staphylococcus aureus*; редко

Один из основных принципов антибактериальной терапии у детей - это

- продолжение противомикробной терапии при появлении данных, что инфекция не является бактериальной, ожидая завершения намеченного курса терапии
- назначение противомикробной терапии перорально в амбулаторных условиях
- назначение противомикробной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами системного действия
- невозможность проведения ступенчатой терапии

У детей в качестве препарата первого выбора для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях или в рамках дневного стационара является

- цефазолин
- бензилпенициллин
- оксациллин
- амоксициллин

Показанием для назначения альтернативных антибактериальных препаратов является наличие у ребенка факторов риска развития резистентной флоры: посещение детских дошкольных учреждений и прием антибактериальных препаратов в предшествующие + _____ + (в месяцах)

- 3
- 2
- 6
- 4

Стартовым препаратом у пациентов с факторами риска инфицирования лекарственно-устойчивыми и/или бета-лактамазообразующими возбудителями является

- джозамицин
- тигециклин
- левофлоксацин
- амоксициллин+клавулановая кислота

Детям с гиперчувствительностью 1 типа на бета-лактамы антибиотики показаны

- карбапенемы

- макролиды
- тетрациклины
- цефалоспорины 3 поколения

Двухэтапное применение антибиотиков: переход с парентерального введения на пероральный прием - это + _____ + терапия

- эскалационная
- деэскалационная
- ступенчатая
- эмпирическая

Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм

- одного и того же антибиотика
- антибактериальных препаратов близких по антимикробным свойствам
- бактерицидных антибиотиков
- антибактериальных препаратов из одной группы

Курс лечения при внебольничной пневмонии нетяжелого течения составляет + _____ + (в днях)

- 2-3
- 5-10
- 12-15
- 15-20

Курс лечения при внебольничной пневмонии тяжелого течения составляет + _____ + день/дней и более

- 7
- 14
- 5
- 21

Суточная доза ампициллина для данного пациента составляет

- 150 мг/кг сутки
- 50 мг/кг сутки
- 100 мг/кг/сутки
- 1-2 г/сутки

Суточная доза амоксициллина/клавулановая кислота для данного пациента составляет + _____ + мг/кг/сутки

- 150 мг/кг сутки
- 50 мг/кг сутки
- 100 мг/кг/сутки
- 1-2 г/сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к больной С, 67 лет, пенсионерка.

Жалобы

На одышку, головную боль в затылочной области, ощущение сердцебиения, жажду.

Анамнез заболевания

Считает себя больной, в течении 5 лет, когда впервые отметила появление головной боли на фоне повышения артериального давления. Максимальные цифры артериального давления 180/110 мм рт. ст. Постоянно принимает комбинированный лекарственный препарат, содержащий периндоприл и амлодипин 5 мг и 5 мг соответственно. Режим применения 1 таблетка 1 раз в сутки. Кроме того, у пациентки 4 года назад диагностирован СД 2 типа, принимает комбинированный ЛП содержащий вилдаглиптин и метформин 50 мг+850 мг. Соответственно. Осмотрена терапевтом, диагноз: гипертоническая болезнь 3 степени, 2 стадии, очень высокий риск ССО, СД2

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование среднее.

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение –замужем. Дочь 42 года. Здоровая. Наследственность: отец перенес мозговой инфаркт миокарда скончался, у матери пациентки был СД. Перенесенные заболевания: в возрасте 55 лет ранний рак молочной железы нелюминальный HER2+, выполнена секторальная резекция правой молочной железы, таргетная адъювантная химиотерапия

Вредные привычки – курение.

Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание - ясное. Рост 170 см, температура тела 36,6°C, масса тела 96 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие.

Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, с частотой 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 уд/мин. АД 170/100 мм рт. ст.

Всем пациентам с АГ для выявления нарушения функции почек рекомендуются исследование уровня креатинина и расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле

- _HAS-BLED_
- _CKD-EPI_
- _CHA2DS2-VASc_
- Чайлд-Пью

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- _HAS-BLED_
- _CKD-EPI_
- _CHA2DS2-VASc_
- Чайлд-Пью

Результаты обследования

Целевой уровень АД у данной категории пациентов составляет

+ _____ + мм рт. ст

- 120-129/60-69
- 110-119/60-69
- 135-145/80-85
- 130-139/70-79

С учетом степени риска сердечно-сосудистых осложнений, наличия сопутствующих заболеваний, рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов является комбинация

- ингибитора АПФ с тиазидным диуретиком
- бета-адреноблокатора и недигидропиридинового антагониста кальция
- калийсберегающего диуретика и ингибитора ангиотензин-превращающего фермента
- бета-адреноблокатора и препарата центрального действия

Для терапии данного пациента лекарственные средства гидрохлоротиазид и каптоприл назначаются в дозе

- по 2 таблетки (25 мг+50 мг) 2 раза в сутки после еды
- 25 мг+50 мг 2 раза в сутки независимо от приема пищи
- по 2 таблетки (25 мг+50 мг) 2 раза независимо от приема пищи
- 25 мг+50 мг в сутки соответственно, внутрь за 1 час до еды

И тиазидные, и тиазидоподобные диуретики характеризуются снижением антигипертензивной эффективности при СКФ + _____ + мл/мин

- более 45
- менее 45
- менее 55
- более 55

Частой нежелательной лекарственной реакцией во время лечения комбинацией гидрохлоротиазид+каптоприл является

- снижение образования слезной жидкости
- бронхоспазм
- сухой кашель
- кожная сыпь

Одновременное применение с комбинированным лекарственным препаратом гидрохлоротиазид+каптоприл может потребовать коррекции дозировки

- глюкокортикостероидных ЛП
- доксициклина
- препаратов, разжижающих мокроту
- пероральных антикоагулянтов

Одним из противопоказаний к применению лекарственного препарата гидрохлоротиазид+каптоприл является

- гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия
- атриовентрикулярная блокада I степени
- клиренс креатинина плазмы ≤ 45 мл/мин
- атриовентрикулярная блокада II степени

Каптоприл предотвращает переход ангиотензина I в ангиотензин II, препятствуя

- активации эндогенных вазодилататоров - брадикинина и ПГЕ2
- инактивации эндогенных вазодилататоров - брадикинина и ПГЕ2
- инактивации эндогенных вазодилататоров - брадикинина и ПГЕ12
- инактивации эндогенных вазодилататоров - брадикинина и ПГЕ10

Лабораторный контроль медикаментозной терапии артериальной гипертензии у данного пациента предполагает периодический контроль

- сахара крови, уровней натрия и калия в сыворотке крови
- клиренса креатинина, уровней натрия и калия в сыворотке крови, белка в моче
- уровня калия и кальция в сыворотке крови, печеночных трансаминаз
- клиренса креатинина, сахара крови

Лекарственный препарат гидрохлортиазид+каптоприл проходит через гистогематические барьеры через плаценту

- сахара крови, уровней натрия и калия в сыворотке крови
- клиренса креатинина, уровней натрия и калия в сыворотке крови, белка в моче
- уровня калия и кальция в сыворотке крови, печеночных трансаминаз
- клиренса креатинина, сахара крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию к больному И., 72 лет, вес 68 кг, диагноз: ИБС, аритмический вариант, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахиформа. ХСН IIА. Пациент поступил в стационар в связи с возникновением пароксизма фибрилляции предсердий, длительность более 2-х суток. Дома принимал бисопролол 2,5 мг 1 р/сут, периндоприл 5 мг 1 р/сут, торасемид 10 мг 1 р/сут. При поступлении АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 110 уд/мин, PS 90 в мин. ОАК – без патологии. Б/х крови – ОХС 5,6 ммоль/л, ЛПНП 3,1 ммоль/л. В связи с нестабильными показателями гемодинамики принять решение о проведении экстренного восстановления ритма.

Назначено лечение:

- Р-р. Амиодарон 3 мл (450 мг) в/в капельно+р-р. глюкозы 5% 200 мл однократно

- Табл. Амиодарон 200 мг 3 р/сут в течение 5 дней, затем 200 мг 1 р/сут

- Р-р. Эноксапарин 0,2 мл 2 р/сут п/к 3 дня
- Табл. Аторвастатин 20 мг 1 р/сут
- Табл. Торасемид 10 мг 1 р/сут
- Табл. Эналаприл 5 мг 1 р/сут
- Табл. Варфарин 1 раз/сут

На фоне лечения – восстановление ритма на 1-е сутки пребывания в стационаре, состояние стабильное, с положительной динамикой. На 5-е сутки пребывания в стационаре в связи с развитием острого респираторного заболевания принимал ибупрофен 200 мг 3 раза в день. На 7-е сутки пребывания в стационаре отмечается возникновение гематурии, что стало причиной отмены варфарина.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Пациент поступил в стационар в связи с возникновением пароксизма фибрилляции предсердий, длительность более 2-х суток. Дома принимал бисопролол 2,5 мг 1 р/сут, периндоприл 5 мг 1 р/сут, торасемид 10 мг 1 р/сут.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

При поступлении АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 110 уд/мин, PS 90 в мин. ОАК – без патологии. Б/х крови – ОХС 5,6 ммоль/л, ЛПНП 3,1 ммоль/л.

ЛС, рекомендуемым для профилактики рецидивирующей симптоматической фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью является

- амиодарон
- спиронолактон
- лидокаин
- небиволол

Пациентам с редкими пароксизмами ФП, не принимающим поддерживающей антиагрегантной терапии, без сопутствующего структурного заболевания сердца или ишемической болезни сердца, при условии продолжительности аритмии менее 48 часов для восстановления синусового ритма может быть рекомендован однократный самостоятельный пероральный прием

- каптоприла
- пропafenона
- лидокаина
- спиронолактона

1 мг эноксапарина соответствует + _____ + МЕ эноксапарина

- 10
- 500
- 10 000
- 100

+ _____ + - лабораторный показатель для оценки эффективности и безопасности назначения варфарина

- ПИ (протромбиновый индекс)
- АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время)
- ПВ (протромбиновое время)
- МНО (международное нормализованное отношение)

Целевое значение МНО для данного пациента равно

- 2-3
- 1,5-2,5
- 2,5-3,5
- 2,0-2,5

Клиническая характеристика шкалы оценки риска кровотечений HAS-BLED - это

- пол
- инсульт
- раса
- язвенная болезнь

Причиной гематурии послужила реакции лекарственного взаимодействия между варфарином, + _____ + и ибупрофеном

- аторвастатином
- амиодароном
- эналаприлом
- торасемидом

В данной ситуации необходимо отменить ибупрофен и

- варфарин на длительный срок
- амиодарон
- аторвастатин
- варфарин на короткий срок

При передозировке варфарина применяют

- андексанет альфа
- протамин сульфат
- витамин К
- идаруцизумаб

Для контроля безопасности назначения амиодарона необходимо определение уровня гормонов

- коры надпочечников
- поджелудочной железы
- щитовидной железы
- гипофиза

Согласно алгоритму подбора дозы варфарина на 3-4 день терапии (2 таб. 5 мг) значение МНО 1,5-2,0. В данном случае следует

- пропустить 1-2 приема варфарина
- оставить суточную дозу без изменений
- пропустить 2-3 приема варфарина
- увеличить суточную дозу на $\frac{1}{4}$ табл

К модифицируемым факторам риска кровотечений у больных фибрилляцией предсердий, получающих антикоагулянты относят

- пропустить 1-2 приема варфарина
- оставить суточную дозу без изменений
- пропустить 2-3 приема варфарина
- увеличить суточную дозу на $\frac{1}{4}$ табл

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больной М., 69 лет, госпитализированной в терапевтическое отделение с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения ФК III, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО~4~, ХСН IIA, ФК III. Сахарный диабет типа 2, целевой уровень HbA_{1c}<7%. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей.

Во время пребывания в стационаре (12 койко-дней) пациентка получала ежедневно: Нитросорбид 10 мг 4 р/д., Спиринолактон 25 мг 3 р/д, Фуросемид 1% - 4 мл в/в, Торасемид 10 мг утром, Аспирин 100 мг 1 р/д, Эналаприл 10 мг 2 р/д, Биосулин Р подкожно в 7:00 - 14 ЕД, в 13:00 - 12 ЕД, в 19:00 - 12 ЕД; Биосулин Н подкожно в 7:00 - 10 ЕД, в 22:00 - 10 ЕД. Курсовой прием препаратов: Р-р Берлитион 300 МЕ в/в кап на 200 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7, Р-р Мексидол 4 мл в/в на 20 мл 0,9% NaCl 1 р/сут №7.

Жалобы

На одышку при обычной физической нагрузке, слабость, боли в области сердца давящего характера, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном напряжении.

Анамнез заболевания

Данные инструментальных методов лечения:

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 92 уд/мин, нормальное положение ЭОС, признаки рубцовых изменений передней стенки ЛЖ (ОИМ в анамнезе). ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда ЛЖ нормальная (ФВ 50%), диастолическая дисфункция ЛЖ I тип, незначительная концентрическая гипертрофия стенок ЛЖ. УЗИ ЖКТ: УЗИ признаки гепатомегалии и диффузных изменений печени.

Данные лабораторных методов лечения:

Биохимия крови: АСАТ 150 ед/л, АЛАТ 175 ед/л, креатинин 200 мкмоль/л, ОХС 6,2 ммоль/л, ТГ 2,4 ммоль/л, ЛВП 1,2 ммоль/л, глюкоза 7,0 ммоль/л, К⁺ 5,9 ммоль/л.

Анамнез жизни

Острый инфаркт миокарда 2008 г.

Объективный статус

При осмотре АД 160/90 мм рт. ст., ЧСС 95 уд/мин, при аускультации дыхание жесткое в межлопаточной области, хрипов нет, отеков, пастозности голеней не отмечается. Рост 176 см, вес 95 кг.

Противопоказанием к назначению иАПФ у пациентов с ХСН является

- экстрасистолия
- бронхиальная астма

- ранее выявленный двусторонний стеноз почечных артерий
- синоатриальная блокада

Лекарственное средство спиронолактон должно применяться в дозе + _____ + мг/сутки у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

- 10
- 50
- 30
- 25

Уровень гиперкалиемии \geq + _____ + ммоль/л при применении антагонистов минералкортикоидных рецепторов в комбинации с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента или блокаторами рецепторов к ангиотензину II и бета-адреноблокаторами является жизнеугрожающим

- 5,9
- 6,0
- 7,0
- 5,6

Уровень креатинина выше + _____ + мкмоль/л является показанием для уменьшения дозы спиронолактона до 25 мг/через день и тщательного мониторингования креатинина и K⁺ крови

- 310
- 421
- 150
- 221

Так как в данной клинической ситуации необходимости в агрессивной диуретической терапии нет, необходимо отменить

- спиронолактон
- эналаприл
- фуросемид
- торасемид

Расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта $<$ + _____ + мл/мин, что говорит о развитии почечной недостаточности, требующей коррекции режима применения эналаприла

- 90

- 85
- 80
- 100

Так как расчетный клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта равен 30,7 мл/мин, доза эналаприла должна составлять + ____ + мг/сутки

- 25
- 10
- 15
- 20

С учетом наличия почечной недостаточности может быть рекомендован ингибитор АПФ с двойным путём элиминации

- лизиноприл
- каптоприл
- периндоприл
- фозиноприл

С учетом необходимости назначения β_1 -адреноблокаторов для снижения избыточной активации нейрогормональных систем, β_1 -адреноблокатор выбора на фоне нарушения функции почек может быть + _____ +, учитывая его двойной путь выведения

- атенолол
- пропранолол
- бисопролол
- небиволол

Симптомная брадикардия (менее 50 уд/мин) при хронической сердечной недостаточности является противопоказанием к назначению

- антагонистов минералкортикоидных рецепторов
- диуретиков
- β_1 -адреноблокаторов
- блокаторов рецепторов к ангиотензину II

Самостоятельное ведение пациентом + _____ + поможет в оценке эффективности проводимого лечения хронической сердечной недостаточности

- санитарно-гигиенических мероприятий

- пищевого дневника
- дневника уровня артериального давления и пульса
- картотеки назначений

Прибавка в весе из-за накопления жидкости у пациентов с хронической сердечной недостаточностью более + ____ + кг в течение 3 дней – показание для срочного обращения к врачу

- санитарно-гигиенических мероприятий
- пищевого дневника
- дневника уровня артериального давления и пульса
- картотеки назначений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-клинический фармаколог вызван на консультацию к больному К. 55 лет, находившемуся в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Цирроз печени, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии, асцит, синдром цитолиза, синдром холестаза. Хроническая печеночно-клеточная недостаточность 2 ст. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, умеренное обострение. Ожирение 1 ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО~3~. ХПН I. Дисциркуляторная энцефалопатия. Назначено лечение: верошпирон 100 мг 2 р/сут, панкреатин по 2 табл. 3 р/сут во время еды, омепразол 20 мг 2 р/сут за 30 мин до еды, амлодипин 10 мг 1 р/сут утром, адеметеонин 400 мг в/в капельно 2 р/сут, лактулоза сироп 30 мл 2 р/сут.

Жалобы

На повышенную утомляемость, ноющую боль или дискомфорт в области правого подреберья без четкой связи с приемом пищи.

Анамнез заболевания

Заболел 7 лет назад.

Анамнез жизни

Вес 100 кг, рост 175 см.

Злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

При поступлении б/х крови: глюкоза 5,3 ммоль/л, АСАТ 27 ед/л, АЛАТ 79 ед/л, билирубин связанный 33 ммоль/л (норма 0,4-5,1), общий 54 ммоль/л (норма 0-21), ЩФ 369 ммоль/л (норма 40-129), ГГТ 221 ммоль/л (норма 11-55), креатинин

175 мкмоль/л (норма 44-100 мкмоль/л), общий белок 60 г/л (норма 64-85), альбумин 28 г/л (норма 34-48), протромбиновый индекс – 24%, калий сыворотки – 6,5 ммоль/л.

Для оценки функционального состояния печени в данной ситуации используют шкалу

- _APACHE II_
- _SOFA_
- Глазго
- Чайлд-Пью

Для больного с компенсированным циррозом печени класс А 5-6 баллов коррекции дозы лекарственных препаратов не требуется. Класс В 7-9 баллов – снижение дозы на + ____ +%

- 20
- 25
- 50
- 15

Класс С по шкале Чайлд-Пью 10-15 баллов при декомпенсации для препаратов с эффектом 1-го прохождения требует снижение дозы лекарственного препарата на + ____ +%

- 75
- 50
- 45
- 65

Так как по шкале Чайлда-Пью у больного общая сумма – 12 баллов, что соответствует классу

- С
- D
- В
- А

Клиренс креатинина пациента по формуле Кокрофта-Голта равен 37 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, что указывает на + _____ + функции почек

- снижение реабсорбирующей
- повышение обменной

- снижение элиминирующей
- повышение концентрационной

В данном случае пациенту + _____ + коррекция режима дозирования лекарственных препаратов согласно клиренсу креатинина

- невозможна
- не требуется
- не показана
- требуется

С учетом имеющегося декомпенсированного цирроза печени, синдрома портальной гипертензии и асцита пациенту показано

- назначение больших доз калийсберегающих диуретиков
- назначение антигипертензивных лекарственных препаратов
- комбинированное назначение диуретиков
- назначение осмотических диуретиков

Назначение диуретической терапии требует повышенного контроля уровня некоторых электролитов, но больше всего + _____ + плазмы крови

- калия
- кальция
- хлора
- натрия

Прием + _____ + на данный момент противопоказан в связи с наличием гиперкалиемии

- фуросемида
- спиронолактона
- гидрохлортиазида
- торасемида

Для коррекции гипопроteinемии пациенту показано назначение

- адеметионина
- фамотидина
- липопротеина
- альбумина

Гепатотоксичные дозы алкоголя для мужчин + _____ + г/сут в пересчете на чистый этанол

- 40-80
- 400-800
- 10-20
- 100-200

Скрининговым инструментом для выявления алкогольной зависимости является опросник

- 40-80
- 400-800
- 10-20
- 100-200

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач клинический фармаколог вызван на консультацию по вопросам коррекции проводимой фармакотерапии к пациенту 70 лет, находящегося в стационаре в течение одной недели с диагнозом «Внебольничная пневмония».

Жалобы

Общая слабость, жидкий стул, схваткообразные боли в животе.

Анамнез заболевания

В качестве антибактериальной терапии пациент получал парентерально амоксициллина клавуланат в дозе 1,2 г 3 раза в сутки. Наблюдалась положительная динамика: общее состояние несколько улучшилось, температура $36,8^{\circ}\text{C}$. На 6 день проведения антибактериальной терапии появились жалобы на жидкий зловонный стул с примесью слизи, схваткообразные боли в животе, постоянные позывы к дефекации. В общем анализе крови отмечается умеренный лейкоцитоз – $10 \times 10^9/\text{л}$. Лечащим врачом поставлен диагноз «Антибиотик-ассоциированная диарея».

Анамнез жизни

Аллергический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски. АД 130/75 мм рт. ст., ЧСС 80 в минуту, температура $37,8^{\circ}\text{C}$. Живот

умеренно болезненный в проекции ободочной кишки, симптомов раздражения брюшины нет.

Возбудителем, способным вызвать подобное осложнение, может являться

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Clostridium difficile*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Legionella pneumophila*

Дальнейшей тактикой в отношении антибиотикотерапии является

- отмена ранее назначенного ЛС
- увеличение дозы ранее назначенного ЛС
- симптоматическая терапия с продолжением применения данного ЛС
- снижение дозы ранее назначенного ЛС

Пациентам с нетяжелой формой антибиотик-ассоциированной диареи к терапии рекомендовано добавить

- пенициллин
- флуконазол
- полимиксин В
- метронидазол

В Российской Федерации для лечения клостридиального колита наряду с метронидазолом используют

- амоксициллин
- доксициклин
- рифаксимин
- тетрациклин

Метронидазол для терапии данного заболевания назначается сроком на +__+ дней

- 25
- 5
- 35
- 10

Альтернативным антибиотикотерапии методом является

- гидроколонтерапия

- трансплантация микробиоты
- промывание желудка
- резекция тонкого кишечника

При отсутствии клинического эффекта через 5-7 дней производят смену препарата в связи с клинической неэффективностью на

- цефтриаксон
- ванкомицин
- тербинафин
- пенициллин

Ванкомицин назначается внутрь в дозировке + ___ + мг 4 раза в день

- 500
- 1000
- 250
- 125

Противопоказанием к применению ванкомицина является

- эндокардит
- поверхностный гастрит
- сахарный диабет 2 типа
- неврит слухового нерва

Ванкомицин следует назначать с осторожностью пациенту с аллергией на

- диклофенак
- тейкопланин
- аминогликозиды
- нитрофураны

У больного при проведении терапии ванкомицином следует мониторировать

- липидный профиль
- клеточный состав крови
- функцию внешнего дыхания
- клеточный состав костного мозга

Извещение о возникшем нежелательном явлении направляется

- в департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека МЗ РФ
- в региональный центр гигиены и эпидемиологии
- к главному врачу той больницы, где зафиксирована данная нежелательная реакция
- в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств