федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ факультативной**

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ»**

ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

В ОРДИНАТУРЕ

**по специальности**

***31.08.37  Клиническая фармакология***

Является частью основной профессиональной образовательной программы

высшего образования- программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности *31.08.37 Клиническая фармакология*, утвержденной

ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**протокол № 11 от «22» июня 2018г.**

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**1.Темы рефератов и презентаций**

1.Клиническая фармакология неосложненного острого инфаркта миокарда.

2.Клиническая фармакология кардиогенного шока.

3.Особенности фармакотерапии острой надпочечниковой недостаточности.

4. Клиническая фармакология анафилактического шока.

5. Клиническая фармакология синкопальных состояний.

6. Клиническая фармакология судорожного синдрома

**2.Карта экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации**

(Нужное подчеркнуть)

Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

число месяц год

Место проведения экспертизы(консультации):

амбулаторно-поликлиническое учреждение-1,стационар-2

№ истории болезни (с указанием профиля отделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращение по данному заболеванию в текущем году: первичное-1, повторное-2.

Госпитализация по данному заболеванию в текущем году: первичная -1,

повторная-2.

Диагноз заключительный(клинический):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код по МКБ-10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности объективного статуса, клинико-лабораторных и инструментальных исследований:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

Оценка качества фармакотерапии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей | Да | Нет | Не в полной мере |
| 1.Соответствие стандартам и протоколам лечения |  |  |  |
| 2.Рациональность выборв базового лекарственного средства (ЛС) |  |  |  |
| 3.Рациональность выбора комбинации ЛС |  |  |  |
| 4.Адекватность дозового режима |  |  |  |
| 5.Адекватность курсового режима |  |  |  |
| 6.Наличие нежелательных побочных реакций (НПР) |  |  |  |
| 7.Мероприятия. проводимые по предупреждению прогнозируемых НПР |  |  |  |
| 8.Оценка эффективности проводимой фармакотерапии лечащим врачом (клиническая эфыфективность, сроки проведения необходимого комплекса диагностисческих и лабораторных исследований) |  |  |  |

Заключение: проводимая фармакотерапия: 1-коррекции не требует, 2-требует частичной коррекции, 3-требуется изменения схемы лечения

Рекомендации(для протокола консультации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-клинический фармаколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

1. **Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема № 1: Клиническая фармакология неотложных состояний в кардиологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Приступ стенокардии. Болевой синдром при ОКС. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при ОКС. Показания, противопоказания. Взаимодействие препаратов, применяемых при ОКС.

2. Острая сердечная недостаточность. Сердечная астма. Отек легких. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при ОСН, сердечной астме, отеке легких.

3. Кардиогенный шок. Клиника, диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при кардиогенном шоке.

4. Гипертонический криз. Классификация гипертонических кризов. Клиника. Лечение осложненного и неосложненного гипертонических кризов, назначение препаратов в зависимости от наличия сопутствующей патологии и вида осложнения.

5.Тромбоэмболия легочной артерии. Клиника, классификация. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при ТЭЛА.

6. Острые нарушения ритма и проводимости. Диагностика острых нарушений сердечного ритма и проводимости. Правила неотложной ЭКГ-диагностики аритмий. Неотложная помощь при тахи- и брадиаритмиях. Неотложная помощь при острых нарушениях проводимости. Диагностика, дифференциальная диагностика, классификация приступов МЭС.

**Тестовые задания**

1. **Признаком дисфункции синусового узла является:**
2. Выраженная синусовая брадикардия.
3. Мерцательная аритмия.
4. Предсердная экстрасистолия.
5. Атриовентрикулярная блокада I степени.
6. Все перечисленное.
7. **Изменения ЭКГ, характерные для желудочковой тахикардии:**
8. Тахикардия с желудочковыми комплексами шириной 0,12-0,13 сек. и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации.
9. Тахикардия с желудочковыми комплексами шириной 0,14 сек и более и атриовентрикулярной диссоциацией.
10. Тахикардия с уширенными комплексами QRS и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации.
11. **Изменения ЭКГ, характерные для фибрилляции предсердий:**
12. Уширенные комплексы QRS и атриовентрикулярная диссоциация.
13. Отсутствие зубцов «Р», наличие волн «f».
14. Отсутствие зубцов «Р», наличие «пилообразной» базальной линии.
15. Зубцы «Р» различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины.
16. **Изменения ЭКГ, характерные для трепетания предсердий:**
17. Уширенные комплексы QRS и атриовентрикулярная диссоциация.
18. Отсутствие зубцов «Р», наличие волн «f».
19. Отсутствие зубцов «Р», наличие «пилообразной» базальной линии.
20. Зубцы «Р» различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины.
21. **Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:**
22. Выпадение комплексов QRS.
23. Удлинение интервала PR.
24. Уширение комплексов QRS.
25. Все перечисленное.
26. **При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:**
27. Выпадение комплексов QRS.
28. Резкое удлинение интервала PR.
29. Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков.
30. Правильно а и б
31. **Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, является**
32. моксонидин
33. нифедипин
34. фуросемид
35. клофелин
36. **При неосложнённом гипертоническом кризе предпочтительным путём введения лекарственных средств является**
37. сублингвальный
38. внутривенный
39. подкожный
40. внутримышечный
41. **К осложнениям гипертонических кризов не относятся**
42. острая гипертоническая энцефалопатия, отек легких
43. острое нарушение мозгового кровообращения
44. миокардит, перикардит
45. инфаркт миокарда, острый коронарный синдром
46. **Больному с неосложнённым гипертоническим кризом и сопутствующей хронической обструктивной болезнью лёгких противопоказан**
47. клонидин
48. каптоприл
49. нифедипин
50. пропранолол
51. **Синдром Морганьи – Эдемс – Стокса наблюдается при блокаде**
52. левой ножки пучка Гиса
53. атриовентрикулярной полной
54. сино-атриальной первой сепени
55. внутрипредсердной
56. **При купировании пароксизмов наджелудочковой тахикардии применяется**
57. каптоприл
58. лидокаин
59. ивабрадин

г. верапамил

1. **Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь используют**
2. метопролол
3. лидокаин
4. аденозин (АТФ)
5. дигоксин
6. **При фибрилляции предсердий у пациента с артериальной гипотонией препаратами первого выбора для контроля частоты сердечных сокращений являются**
7. дигоксин и аденозинтрифосфат
8. бета-адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов
9. дигоксин и амиодарон
10. антиаритмические препараты I класса и амиодарон
11. **Наиболее характерным клиническим симптомом инфаркта миокарда является**
12. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
13. внезапно развившаяся одышка
14. коллапс
15. боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
16. **Кардиоспецифическим маркером некроза миокарда является**
17. ЛДГ
18. тропонин I
19. общая КФК
20. миоглобин
21. **Для купирования болевого синдрома у больных ОКСБПST МОЖНО применять все препараты, кроме:** 
    1. нитраты;
    2. морфин;
    3. анальгин;
    4. таламонал.
22. **Для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда необходимо использовать**
23. ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
24. селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа
25. наркотические анальгетики
26. анальгетики-антипиретики
27. **Основным критерием успешной реперфузии после проведения системного тромболизиса является**
28. снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного
29. купирование болевого синдрома
30. исчезновение признаков сердечной недостаточности
31. восстановление АВ проводимости
32. **К антиагрегантам, которые применяют при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST для сопровождения тромболизиса, относят**
33. аспирин в монотерапии
34. аспирин в комбинации с клопидогрелем
35. аспирин в комбинации с тикагрелором
36. тикагрелор в комбинации с клопидогрелем
37. **Инотропная поддержка показана при**
    1. рефлекторном шоке
    2. гиповолемическом шоке
    3. аритмогенном шоке
    4. истинном шоке
38. **При отеке легких у больного с инфарктом миокарда и систолическим АД более 90 мм рт. ст. показаны** 
    1. дигоксин в/в
    2. норадреналин
    3. бета-блокаторы
    4. нитроглиценрин
39. **При истинном кардиогенном шоке показаны** 
    1. допамин
    2. мезатон
    3. атропин
    4. преднизолон
40. **При рефлекторном шоке показаны** 
    1. допамин
    2. норадреналин
    3. мезатон
    4. преднизолон
41. **К препаратам, наиболее эффективным для применения при остановке кровообращения, относят**
42. сердечные гликозиды
43. эпинефрин
44. антагонисты кальция
45. преднизолон
46. **Рекомендуемая доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации составляет \_\_\_ мг каждые \_\_\_\_ минут**
47. 1; 5-10
48. 1; 3-5
49. 2; 10-12
50. 2; 1-2
51. **Какой препарат противопоказан при гипертоническом кризе с выраженной тахикардией:**
52. клофелин
53. каптоприл
54. нифедипин
55. энап Р
56. верапамил
57. **Какой положительный эффект вызовет сочетание нифедипина с метопрололом:**
58. устранение тахикардии
59. усиление положительного инотропного действия
60. усиление седативного эффекта
61. улучшение антиаритмических свойств
62. устранение отеков
63. **Для профилактики стенокардии напряжения наиболее показан:**
64. нифедипин
65. метопролол
66. каптоприл
67. верапамил
68. кораксан
69. **Какой из перечисленных препаратов оказывает наиболее выраженное отрицательное инотропное действие:**
70. Верапамил
71. Метопролол
72. Флекаинид
73. Дизопирамид
74. Соталол
75. **В каком случае увеличивается риск появления аритмогенного(проаритмического) действия при использовании препаратов 1 класса:**
76. При использовании меньших доз препарата
77. При использовании 2-х антиаритмических препаратов
78. На фоне гиперкалиемии
79. У лиц до 50 лет и фракцией выброса 45%
80. Все перечисленное
81. **Наиболее эффективный препарат для купирования суправентрикулярной тахикардии:**
82. Верапамил
83. Аймалин
84. Мекситил
85. Лидокаин
86. Ничего из перечисленного
87. **Укажите препарат, который может спровоцировать приступ предсердной тахикаритмии при синдроме WPW:**
88. Дигоксин
89. Амиодарон
90. Пропранолол
91. Этмозин
92. Всеперечисленное
93. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе тромболитиков:**
94. ацетилсалициловая кислота
95. тенектеплаза
96. варфарин
97. гепарин

фраксипарин

1. **Каков механизм антиагрегантного действия ацетилсалициловой кислоты:**
2. обратимое подавление циклооксигеназы
3. подавление тромбоксансинтетазы
4. блокада гликопротеидных комплексов IIb/IIIa
5. необратимое подавление активности циклооксигеназы
6. растворение фибрина
7. **Укажите показатель, который следует контролировать при проведении терапии гепарином:**
8. протромбиновое время
9. активированное частичное тромбопластиновое время
10. международное нормализованное отношение
11. время кровотечения
12. все перчисленные
13. **Укажите механизм антикоагулянтного действия гепарина:**
14. ингибирование тромбина независимо от антитромбина III
15. торможение активности тромбина в присутствии антитромбина III
16. нарушение образования в печени активной формы витамина К
17. растворение фибрина
18. блокада ЦОГ
19. **К какому классу лекарственных препаратов относится фраксипарин:**
20. тромболитики
21. антиагреганты
22. антагонисты витамина К
23. низкомолекулярные гепарины
24. статины
25. **Выберите фибринолитик для болюсного введения:**
26. альтеплаза
27. стрептокиназа
28. метализе
29. пуролаза
30. актилиз
31. **При эмболии легочной артерии на ЭКГ отмечается перегрузка:**
32. Левых отделов сердца
33. Правых отделов сердца
34. Левого желудочка
35. Правого желудочка
36. Левого и правого предсердия
37. **Назовите препараты, которыеп используются для тромболитической терапии.**
38. Стрептаза
39. Непрямые антикоагулянты
40. **Для лечения ТЭЛА применяют препараты:**
41. сердечные гликозиды
42. анальгетики, стероиды
43. антикоагулянты, тромболитики+
44. бронхолитики, бета 2 агонисты
45. кровоостанавливающие препараты
46. **Гепарин при тромбоэмболии легочной артерии вводят:**
47. в случае повышенного содержания протромбина в крови;
48. в случае значительного увеличения протромбинового времени;
49. только при повторной тромбоэмболии;
50. для уменьшения агрегации тромбоцитов;
51. для профилактики тромбообразования

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся таблетками нитроглицерина, одышку.

Боли в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал аспирин, метопрололасукцинат, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.

При обследовании в стационаре: температура 36,8°С, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

ОАК: эр. - 4,7х1012/л, Нв - 135 г/л, ЦП - 1,0; тромбоциты - 260х109/л, лейк. - 6,0х109/л, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейк. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

ЭхоКГ: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

ЭКГ Синусовая тахикардия, 96 в 1 минуту, Отклонение электрической оси сердца влево. Гипертрофия левого желудочка. Нарушены процессы реполяризации по типу депрессии сегмента STв левых грудных отведениях

**Вопросы :**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение.

**Задача 2**

Мужчина 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся интенсивной головной болью, головокружением, тошнотой, сердцебиением, усиленным потоотделением. Из анамнеза известно, что в течение 2 последних лет пациент отмечает периодические повышения АД до 180/100 мм рт. ст., для купирования которого вызывал бригаду скорой медицинской помощи. К врачу обращался, однако лекарственные препараты принимал не регулярно. Накануне отмечает стрессовую ситуацию на работе. Утром, после пробуждения стала беспокоить сильная головная боль, тошнота, сердцебиение, головокружение, АД 200/100 мм рт. ст. Пациент вызвал врача-терапевта участкового на дом. Курит 20 лет по ½ пачки сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец 89 лет страдает АГ, СД 2 типа. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: правая граница сердца – на 1 см кнаружи от правого края грудины по правой парастернальной линии, верхняя граница сердца – III межреберье по левой парастернальной линии, левая – по левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 200/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 92 уд/мин, Р=0,08 с, PQ=0,18 с, QRS=0,08 с, ЭОС – угол α=+28°, индекс Соколова-Лайона – 39 мм. Эхокардиография: КДР – 57 мм, КСР – 35 мм, ФВ – 58%, ЗСЛЖ – 11,2 мм, ЛП – 35 мм, индекс массы миокарда левого желудочка – 128 г/м2, аорта уплотнена, створки аортального клапана уплотнены, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы будете рекомендовать пациенту для купирования данного состояния? Обоснуйте свой выбор.

5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы будете рекомендовать данному пациенту для планового лечения? Обоснуйте свой выбор.

**Задача 3**

Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние. Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту. Периферических отеков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Поставьте диагноз.

3. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.

4. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

**Задача 4**

Мужчина 40 лет. Доставлен бригадой «Скорой помощи» в БИТ с впервые развившимся приступом сердцебиения, который продолжается около 40 минут. Со слов больного пульс «не просчитывался».

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. АД=130/80 мм рт.ст. Кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС по пульсу и по тонам сердца 200 в мин.. Признаков недостаточности кровообращения нет.

На снятой ЭКГ: ритм желудочков правильный 200 уд./мин., комплекс QRSрезко уширен (0,20), деформирован во всех 12-ти отведениях. Суждение врачей об ЭКГ разноречиво. Технической возможности для проведения чрезпищеводной ЭГ и ЧПЭС нет. Приступ затягивается по времени, отмечается тенденция к снижению АД.

**Вопросы:**

1. Какие нарушения ритма могут иметь указанную ЭКГ-картину?
2. Тактика лечебных мероприятий (что является препаратом выбора, какие препараты категорически запрещены, возможность дифференциальной диагностики).

**Задача 5**

Пациент, 50 лет, доставлен машиной СМП в отделение интенсивной терапии с жалобами на давящие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1 часа, одышку в покое. Из анамнеза: страдает ишемической болезнью сердца, выписанные кардиологом лекарственные препараты принимает не регулярно. Состояние ухудшилось после перенесенного психо-эмоционального напряжения. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. При аускультации в легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 100 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: подъем сегмента ST в I, AVL,V1-V4, появление преждевременных, одиночных, желудочковых комплексов QRS, значительно расширенных (0,12с) и деформированных, перед которыми отсутствует зубец Р.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз

2. Какова причинно-следственная связь между этими формами патологии?

3. Назначьте лечение.

**Задача 6**

Болная С. 54 лет доставлена БИТ с жалобами на боли в сердце, одышку с затрудненным вдохом, чувство нехватки воздуха, резкую слабость.

Анамнез заболевания: 2 года наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертонии (максимально АД повышается до 220/100 мм рт.ст.), ИБС, стабильной стенокардии. Год назад перенесла инфаркт миокарда. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 недели, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней. Ухудшение самочувствия наступило два часа назад после эмоциональной нагрузки.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Страдает ожирением. Менопауза 6 лет.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное – ортопноэ. Гиперстеник. Рост-154 см, вес 105 кг. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 110 в мин. АД 170/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 210

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается

Рентгенография органов грудной полости: Усиление теней в корнях легких по типу «крылья бабочки».

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Практические задания для проверки навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 2: Клиническая фармакология неотложных состояний в пульмонологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Классификация дыхательной недостаточности.

2. Принципы интенсивной терапии острой дыхательной недостаточности

3.Астматический статус. Стадии астматического статуса. Клиника. Расстройства, связанные с астматическим статусом.

4. Принципы интенсивной терапии астматического статуса. Небулайзерная терапия астматического статуса.

5. Легочное кровотечение. Диагностика. Лечение.

6. Пневмоторакс. Диагностика. Лечение.

**Тестовые задания**

1. **К базисным средствам для лечения бронхиальной астмы относится:**
2. Ингаляционные глюкокортикостероиды
3. β2-стимуляторы
4. мембраностабилизаторы
5. муколитики
6. **Какой из перечисленных ингаляционных препаратов применяется для купирования приступов бронхиальной астмы:**
7. динатрияхромогликат
8. сингуляр
9. беротек
10. бекламетазон
11. **Какая группа лекарственных препаратов требует проведения лекарственного мониторинга:**
12. стабилизаторы мембран тучных клеток
13. теофиллины
14. ингибиторы лейкотриенов
15. ингаляционные β2 –миметики
16. все вышеперечисленные
17. **Действие какого препарата потенцируется при совместном использовании с β2 – адреномиметиками:**
18. будесонида
19. пропранолола
20. сальбутамола
21. амброксола
22. **Для лечения синдрома “запирания” используют:**
23. эуфиллин
24. гидрокортизон
25. адреналин
26. атропин
27. сальбутамол
28. **Укажите комбинированный препарат:**
29. симбикорт
30. пульмикорт
31. теопек
32. беротек
33. интал
34. **Уменьшает выработку бронхиального секрета:**
35. спирива
36. амброксол
37. эуфиллин
38. бекламетазон
39. **Какой ингаляционный бронхолитик начинает действовать через 25 минут:**
40. ипратропия бромид
41. сальбутамол
42. пульмикорт
43. беротек
44. **Селективно стимулирует β2 – адренорецепторы:**
45. формотерол
46. фликсотид
47. атровент
48. бекламетазон
49. **Беродуал – это:**
50. беротек + будесонид
51. беротек + ипратропия бромид
52. будесонид + формотерол
53. бекламетазон + ипратропия бромид
54. **Какой из препаратов, применяемых для лечения бронхообструктивного синдрома, может привести к повышению артериального давления:**
55. эуфиллин
56. ипратропия бромид
57. беротек
58. +преднизолон
59. **Какое лекарственное средство может ухудшить течение сахарного диабета:**
60. будесонид
61. преднизолон
62. ипратропия бромид
63. эуфиллин
64. **Для получения одинакового эффекта, доза какого препарата должна быть выше при в\в введении, чем при приёме внутрь:**
65. изопреналина
66. эуфиллина
67. адреналина
68. верапамила
69. преднизолона
70. **К значимым фармакодинамическим эффектам кортикостероидов относятся все, кроме:**
71. торможения синтеза и высвобождения медиаторов аллергического воспаления
72. потенцирования эффектов эндогенных катехоламинов
73. торможения М - холинергической стимуляции бронхов
74. прямого бронходилатирующего действия
75. **Ипратропия бромид отличается от ингаляционных β2 – агонистов:**
76. более длительным бронходилатирующим эффектом
77. более выраженным бронходилатирующим эффектом
78. быстрее наступающим эффектом
79. большей эффективностью купирования приступа бронхиальной астмы
80. **К пролонгированным адреномиметикам относятся все препараты, кроме:**
81. сальбутамол
82. сальметерол
83. формотерол
84. сальбутамол-retard (сальтос)
85. **Какой препарат в первую очередь показан для лечения астматического статуса:**
86. сальбутамол
87. преднизолон
88. атропин
89. эуфиллин
90. **Выберите ингибитор лейкотриеновых рецепторов:**
91. интал
92. беродуал
93. акколат
94. пульмикорт
95. **В какой ситуации не следует подавлять кашель:**
96. мучительный непродуктивный кашель
97. кашель при центральном раке
98. кашель при наличии инородного тела в бронхах
99. перед бронхоскопическим исследованием
100. кашель с признаками отделения мокроты
101. **При каком заболевании противопоказано применение противокашлевых средств:**
102. коклюш
103. трахеит
104. бронхит
105. бронхиальная астма
106. рак легких
107. **Выберите препарат для использования через небулайзер:**
108. ацетилцистеин
109. карбоцистеин
110. месна
111. амброксол
112. все перечисленные
113. **ЭКГ признак легочного сердца**

а.+ p - пульмонале

б. отсутствие зубца - p

в. Удлиннение интервала PQ

1. **Какая группа препаратов используется для лечения легочного сердца**

а. цитостатики

б. бронхолитики

в. НПВС

г. спазмолитики

1. **К побочным эффектам, требующим отмены ингаляционных кортикостероидов, относится:**
2. развитие кандидоза полости рта
3. дисфония
4. спорадический кашель после ингаляции
5. возникновение бронхоспазма после ингаляции
6. **Астматический статус – это приступ бронхиальной астмы, затянувшейся до**
7. 6 часов
8. 12 часов
9. 24 часов
10. 36 часов
11. **Аускультативный признак при астматическом статусе**
12. грубое сухое дыхание
13. большое количество свистящих или жужжащих хрипов
14. «немые легкие»
15. везикулярное дыхание
16. **Преимущественный путь введения лекарственных препаратов при приступе бронхиальной астмы**
17. внутривенный
18. ингаляционный
19. наружный
20. внутримышечный
21. **Системные глюкокортикостероиды (СГКС) при БА показаны**
22. при неконтролируемой БА в виде непродолжительного (10-14 дней) курса; б ) при тяжелой неконтролируемой БА назначаются на длительный срок;
23. при астматическом статусе;
24. при приступе БА. Некупирующемся в течение часа бронхолитиками;
25. верно все перенчисленное.
26. **У больного 32 лет на фоне пневмонии ухудшилось состояния, усилилась одышка, отмечается возбуждение, профузный пот, цианоз кожных покровов, ЧДД 35 - 40 уд/мин. с участием вспомогательной мускулатуры, нарастает артериальная гипертензия, ЧСС 120 - 140 в минуту.Какое из нижеперечисленных осложнений вероятнее всего у больного?**
27. сепсис
28. инфекционно-токсический шок
29. абсцесс легкого, эмпиема плевры
30. острая дыхательная недостаточность ІІ степени
31. острая дыхательная недостаточность ІІІ степени
32. **Больной Н. 42 г. жалуется на нехватку воздуха, одышку, слабость, головокружение, сердцебиение. Из анамнеза: страдает около 3 лет бронхиальной астмой. Лечится не регулярно, скорую помощь вызывает при приступах удушья. Больной в сознании, беспокоен (эйфоричен). Кожные покровы бледные, влажные, наблюдается легкий акроцианоз. В легких свистящие хрипы по всем полям. Частота дыхания 25-30/мин, частота сердечных сокращений - 110 ударов/мин, АД 130/70 мм рт. ст.Какой из нижеперечисленных предварительных диагнозов наиболее верен?**
33. хронический бронхит в стадии обострения
34. внебольничная пневмония, средней степени тяжести. ДН І
35. бронхиальная астма, среднее персистирующее течение. ДН II
36. хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелое течение
37. бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение. ДН I
38. **Какое осложнение развивается при частом использовании ингаляций β-2-адреномиметиков у больного с бронхиальной астмой?**
39. анафилактический шок
40. отек легких
41. внезапная смерть
42. астматический статус
43. гипертензивный криз
44. **Какой из нижеперечисленных признаков вызывает подозрение на кровотечения из легких:**
45. наличие кровавой рвоты
46. наличие крови в моче
47. наличие крови в мокроте
48. наличие крови в стуле
49. наличие болей в грудной клетке
50. **Какое из нижеперечисленных заболеваний может осложниться легочным кровотечением:**
51. внебольничная пневмония
52. бронхоэктатическая болезнь
53. бронхиальная астма
54. поликистоз легких
55. хронический бронхит
56. **Какой метод лечения наиболее эффективен при легочном кровотечении и стабильной гемодинамике на догоспитальном этапе:**
57. седативные препараты
58. дыхательные аналептики
59. введение эуфиллина
60. введение дицинона
61. сердечные гликозиды
62. **Неотложная помощь при остром легочном кровотечении:**
63. успокоить больного, избегать резких движений, запретить ему говорить, дицинон
64. дыхательные аналептики, интубация трахеи и ИВЛ
65. холод на грудную клетку, сердечные гликозиды
66. экстренная госпитализация в реанимационное отделение
67. введение гормональных препаратов, антиоксидантов
68. **Легочным кровотечением может осложниться все перечисленное кроме:**
69. бронхоэктатическая болезнь
70. +бронхиальная астма
71. рак легких
72. туберкулез легких
73. эмболия легочных артерии
74. **С целью профилактики тромбоза и эмболий при легочном кровотечении на догоспитальном этапе наиболее эффективный препарат:**
75. этамзилат
76. хлорид кальция
77. контрикал
78. гепарин
79. глюконат кальция
80. **Смещение сердца и средостения в сторону здорового легкого наблюдается при**
81. ателектазе легких
82. клапанном пневмотораксе .
83. закрытом пневмотораксе
84. экссудативном плеврите
85. эмфиземе легких
86. **У больного со спонтанным пневмотораксом появились признаки сердечно-сосудистой недостаточности, смещение органов средостения в противоположную сторону, уменьшение вентиляции здорового легкого. Какое осложнение, вероятнее всего, имеет место?**
87. пневмония
88. острый бронхит
89. развитие напряженного пневмоторакса
90. подкожная эмфизема
91. инородное тело дыхательных путей
92. **Больной 35 лет. Жалобы на одышку, сердцебиение, боль в груди, возникшие при значительной физической нагрузке. Отмечается, выраженный цианоз, тахикардия. При перкуссии выявляется тимпанит справа, смещение средостения влево. Аускультативно определяется резкое ослабление дыхания справа.Какой из нижеперечисленных предварительных диагнозов наиболее вероятен?**
93. гидроторакс
94. пневмоторакс
95. разрыв диафрагмы
96. тампонада перикарда
97. эмфизема средостения
98. **Осложнением бронхиальной астмы является:**
99. Кровохарканье.
100. Сухой плеврит.
101. Астматический статус.
102. Гидроторакс.
103. Эмпиема плевры.
104. **Для астматического статуса характерно:**
105. Появление участков «немого» легкого.
106. Дыхание Биота.
107. Систолический шум на верхушке.
108. Акцент II тона во втором межреберье справа.
109. Влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы.
110. **Изменение каких показателей ФВД характерно для БА:**
111. Увеличение пиковой скорости выхода.
112. Уменьшение ОФВ1.
113. Уменьшение остаточного объема.
114. Увеличение индекса Тиффно.
115. Уменьшение жизненной емкости легких.
116. **Проба с бронхолитиком оценивается как положительная при:**
117. Увеличении ЖЕЛ на 12 % и более.
118. Увеличении ОФВ1 на 20 % и более.
119. Увеличении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) на 20 %.
120. Увеличении ОФВ1 на 12 % и более.
121. Увеличении ПСВ на 10 %.
122. **Бронхолитическими свойствами обладают:**
123. β2-Адреномиметики.
124. Кромоны.
125. Муколитики.
126. Антагонисты лейкотриенов.
127. Глюкокортикоиды**.**
128. **К препаратам «неотложной терапии» БА относят:**
129. Сальбутамол.
130. Салметерол.
131. Будесонид.
132. Формотерол.
133. Монтелукаст.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положение Ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без/о. со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингаляция беротека - без эффекта. Диагноз: астматический статус I стадия.

**Вопросы:**

Назначьте лечение

**Задача 2**

Больному с легочным кровохарканьем в районной больнице вводили хлорид кальция, викасол, аскорбиновую кислоту, атропин, эпсилон-аминокапроновую кислоту, фибриноген, переливали кровь, проводили химиотерапию. Кровохарканье продолжается. Артериальное давление 150/90 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1.Наметьте план последующего лечения.

**Задача 3**

У больного с диагнозом: РТБ (13.12.2003) верхней доли правого легкого (инфильтративный), Дестр+, МБТ+М-К+, Резист-, Гист0, Кат2 Ког4 (2003) внезапно после тяжелого физического труда появилась боль в правой половине грудной клетки, одышка и кровохарканье. Диагностирован правосторонний спонтанный пневмоторакс. Манометрия плевральной полости -2/-6 см водн. ст.

**Вопросы:**

1. Определите вид спонтанного пневмоторакса.
2. Тактика лечения.

**Задача 4**

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затрудненное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. Объективно: состояние тяжелое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бедрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбужден. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лѐгкими коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%. В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора эуфиллина, 60 мг преднизолона.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз осложнения

3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?

5. Какую базисную терапию назначите больному?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 3: Клиническая фармакология неотложных состояний в гастроэнтерологии, нефрологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при печеночной колике.

2.Печеночная кома. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при печеночной коме.

3.Желудочно-кишечное кровотечения. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при желудочно-кишечном кровотечении.

4.Острая почечная недостаточность. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при острой почечной недостаточности.

5.Почечная колика. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при почечной колике.

**Тестовые задания**

1. **Выберите гипотензивные препараты, улучшающие внутрипочечную гемодинамику:**
2. Доксазозин.
3. Спиронолактон.
4. Гипотиазид.
5. Фуросемид.
6. Каптоприл.
7. **Показанием для назначения системных аминогликозидов является**
8. осложненный пиелонефрит
9. внебольничная пневмония
10. профилактика инфекционного эндокардита
11. пневмоцистная пневмония
12. **В биохимическом анализе крови функциональное состояние почек отражает уровень**
13. креатинина
14. мочевины
15. остаточного азота
16. мочевой кислоты
17. **Гемодиализ показан при острой \_\_\_\_\_\_ недостаточности**
18. почечной
19. сердечной
20. печеночной
21. дыхательной
22. **Основным фактором нефропротективного действия ингибиторов АПФ является**
23. снижение внутриклубочковой гипертензии
24. повышение реабсорбции натрия и воды в канальцах
25. снижение активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон
26. повышение активности депрессорной системы почек
27. **К снижению клубочковой фильтрации может привести назначение**
28. индометацина
29. метилпреднизолона
30. циклофосфамида
31. дипиридамола
32. **Нередко осложняется развитием острой почечной недостаточности**
33. геморрагическая лихорадка
34. корь
35. брюшной тиф / паратиф
36. вирусный гепатит
37. **К какой группе диуретиков по механизму действия относится фуросемид:**
38. ингибитор карбоангидразы
39. осмотический диуретик
40. петлевой диуретик
41. тиазидный диуретик
42. антагонист минералкортикоидных рецепторов
43. **Что не относится из изложенного к петлевым диуретикам:**
44. действуют в восходящем отделе петли Генли
45. усиливают выделение из организма преимущественно Na, K, CI
46. усиливают почечный кровоток
47. угнетают карбоангидразу
48. выраженность диуретического эффекта зависит от содержания альдостерона в

крови

1. **Какие диуретики относятся к калийсберегающим:**
2. этакриновая кислота
3. хлорталидон
4. фуросемид
5. спиронолактон
6. **Какие диуретики относятся к тиазидным:**
7. индапамид
8. фуросемид
9. маннитол
10. спиронолактон
11. **В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:**
12. Плазма
13. Плазмозамещающих растворов
14. Солевых растворов
15. фурасемида
16. **Умеренную гиперкалиемию при ОПН можно коррегировать путем введения**
17. Солей кальция
18. Раствора гидрокарбоната натрия
19. Концентрированного раствора глюкозы с инсулином
20. любым из перечисленных средств
21. **Абсолютным показанием к срочному проведению гемодиализа при ОПН является:**
22. Анурия
23. Высокая гипертензия
24. Повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв/л
25. Повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/лл
26. развитие перикардита
27. **При нарушении функции почек наиболее безопасным антибиотиком, который можно применять в обычной дозировке, является :**
28. Стрептомицин
29. Левомицетин
30. тетрациклин
31. Гентамицин
32. доксициклин
33. **Определите основные показатели, характеризующие желудочно-кишечное кровотечение кровотечение тяжелой степени:**
34. частота пульса больше 120 ударов в минуту;
35. систолическое АД ниже 80 мм рт.ст.;
36. Нb ниже 80 г/л;
37. дефицит ОЦК больше 20%; д) дефицит ГО больше 30%.
38. все ответы правильные
39. все ответы неправильные
40. **Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ?**
41. энтерография;
42. компьютерная томография;
43. эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия;
44. артериография; д) радионуклидное сканирование.
45. **У больного, после приема алкоголя, появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Предположительный диагноз**
46. синдром Мэллори-Вейсса
47. язва двенадцатиперстной кишки
48. болезнь Крона
49. **У больного 36 лет диагностирована язва желудка, развился понос. испражнения черного цвета, с неприятным запахом, положительная реакция Грегерсена.В какое отделение нужно госпитализировать больного?**
50. инфекционное
51. хирургическое
52. терапевтическое

гастроэнтерологическкое

1. **Адроксон, дицинон, е-аминокапроновая кислота относятся к средствам остановки кровотечения:**
2. химическим
3. биологическим
4. физическим
5. Д**ля начальной терапии кровотечений, возникающих на почве острых изъязвлений и язв, используется:**

а.Блокада Н2-рецепторов гистамина  
б. Антациды  
в.Селективная инфузия вазопрессина  
г.Внутривенные инфузии и промывания желудка ледяным солевым раствором

е.Витамин А в больших дозах

1. **Из клинических признаков кровотечения меньше всего может служить критерием тяжести кровопотери:**

а. Кровавая рвота  
б. Качество пульса и величина артериального давления  
в. Частота дыхательных движений  
г. Признаки периферической вазоконстрикции  
д. Мелена

1. **Введение в/в капельно 2—4 г фибриногена при массивных кровотечениях показано при снижении его уровня**
2. ниже 1г/л
3. ниже 0,5г/л
4. ниже 10г/л
5. **Гемостатическое действие дицинона при в/в введении начинается**
6. через 5-15 мин
7. через 60-90 мин
8. через12- 18 часов
9. **Гемостатическое действие при введении в организм викасол начинает оказываать**
10. через 5-15 мин
11. через 60-90 мин
12. через12- 18 часов
13. **В комплекс общих гемостатических мероприятий при кровотечении включают:**
14. Дицинон в/в 2—4 мл 12,5% р-ра
15. р-р викасола в/м введение 1%-1-2мл или 0,3%-3-5мл
16. эпсилон-аминокапроновую кислоту 5% р-р- по 100 мл через каждые 4 часа
17. аспирин внутрь

**Ситуационные задачи**

### **Задача 1**

больная 66 лет жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые.  
Объективно: температура 37,60С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

#### **Вопросы**

1. Предположительный диагноз.  
2. Дополнительные исследования.  
3. Перечислите возможные осложнения.  
4. Принципы лечения.

**Задача 2**

Больной Ю.,39 лет, доставлен из дома в коматозном состоянии. Кожа больного бледно- серо-желтая, со следами расчесов. Рвота. Амиачный запах изо рта. При осмотре обращает на себя внимание ассиметрия мимической мускулатуры. Зрачки узкие, их реакция на свет вялая. Корниальные и конъюктивальные рефлексы не вызываются. Имеются фибрилярные подергивания мышц туловища и конечностей. Симптомы Кѐрнига, Брудзинского, Ригидность мышц затылка положительные. Дыхание шумное, типа Чейн-Стокса, АД – 150/90мм.рт.ст. Пульс 90 уд/мин., ритмичный. Диурез 300 в сутки. В ОАК Hb – 90 г/л., Эр – 2.0 млн. Остаточный азот 35 ммоль/л, мочевина – 26ммоль/л, креатинин – 0.3 ммоль/л. ОАМ : УВ – 2008, белок - 1.8%, сахара нет, 10 - 15 Эр в п/з. Осмолярность плазмы крови – 225 мосмоль/л. После введения бикарбоната натрия 200.0 в/в развились тонические судороги.

**Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать это состояние?

3. Лечебная тактика?

**Задача 3.**

В приемное отделение доставлен пострадавший К., 45 лет. Левая нога пострадавшего в течение 4-х часов была сдавлена строительной балкой. Имеются множественные переломы голени, бедренной кости, пульсация периферических артерий на стопе отсутствует, конечность синюшно-багрового цвета. Произведена ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра. В послеоперационном периоде в течение 2-х суток – прогрессивное уменьшение суточного диуреза (800 мл, 200 мл), повышение мочевины крови до 28,5 ммоль/л, креатинина до 0,9 ммоль/л, калия до 6,8 ммоль/л, свободный миоглобин в крови, моча цвета мясных помоев.

**Вопросы:**

1.Ваш диагноз?

2.Лечебная тактика?

3.Механизм развития осложнения?

**Задача 4**

У больного ОПН в олиго-анурическую фазу имеет место выраженный ацидоз, умеренная рвота, понос.

**Вопрос:**

Какие растворы жидкостей и в каком количестве предпочтительно вводить и в каком количестве для возмещения потерь электролитов и воды?

**Задача 5.**

Больной 49 лет доставлен в стационар в период осени с жалобами на слабость, бледность, около недели отмечает голодные боли в правом подреберье, изжогу, сутки назад заметил многократный стул черного цвета. Ранее ничем не болел.

**Вопросы:**

1. Какой вид кровотечения имеет место?

2. Его причина?

3. Какое исследование подтвердит диагноз?

4. Какой метод временной остановки кровотечения?

5. Какой метод окончательной остановки кровотечения?

## **Задача 6**

Больной 38 лет, с жалобами на рвоту кофейной гущей, боли в эпигастраной области. Из анамнеза: язвенная болезнь желудка в течение 8 лет. Пациенту выполнено ФГДС. Установлен диагноз: Кровоточащая язва желудка. Стадия кровотечения FIIB. Кровотечение скрытое, подтверждено реакцией Грегерсена. Состояние пациента средней тяжести.

**Вопросы:**

Какая тактика лечения?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 4: Клиническая фармакология неотложных состояний в эндокринологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Кома диабетическая. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при диабетической коме.

2.Кома гипогликемическая. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при гипогликемической коме.

3.Кома гиперосмолярная. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при гиперосмолярной коме.

4. Тиреотоксический криз. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при гипертоническом кризе.

**Тестовые задания**

1. **Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения**
2. строфантина
3. изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
4. солей кальция
5. норадреналина
6. солей калия
7. **Резистептность к инсулину может быть вызвана :**
8. инфекционным заболеванием
9. патологией инсулиновых рецепторов
10. антителами к инсулину
11. длительностью диабета свыше одного года
12. всеми указанными факторами
13. **Если у больного сахарным диабетом 1-го типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует**
14. отменить инсулин
15. применить пероральные сахароснижающие средства
16. уменьшить суточную дозу инсулина
17. уменьшить содержание углеводов в пище
18. увеличить получаемую суточную дозу инсулина
19. **Показанием для введения бикарбоната натрия больным,**

**находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является**

1. бикарбонат натрия вводится всем больным,
2. находящимся в состоянии кетоацидотической комы, с целью борьбы с ацидозом
3. снижение рН крови ниже 7,36
4. начинающийся отек мозга
5. снижение рН крови ниже 7,0
6. сопутствующий лактацидоз
7. **Какие из перечисленных ниже механизмов действия присущи инсулину**?
8. усиление процессов утилизации аминокислот и синтеза белка
9. усиление гликогенолиэа
10. торможение липолиза
11. усиление глюконеогенеза
12. все вышеперечисленное
13. **К осложнениям инсулинотерапии относятся**
14. гипогликемические состояния
15. кетоацидоз
16. постинсулиновые липодистрофии
17. синдром Нобекур
18. синдром Сомоджи
19. **Перечислите возможные причины гипогликемии**
20. большая доза инсулина
21. в рационе недостаточное количество хлебных единиц
22. недостаточная доза инсулина
23. прием алкоголя
24. физическая нагрузка
25. **Назовите препараты для лечения гипотиреоидной комы:**
26. Карбонат лития
27. Анаприлин
28. Мерказолил
29. Трийодтиронин
30. Раствор Люголя
31. **К механизмам тиреотоксического криза относят все, кроме:**
32. Избыточная продукция тиреоидных гормонов
33. Относительная недостаточность коркового вещества надпочечников
34. Гиперреактивность высших отделов ЦНС
35. Непереносимость мерказолила
36. Избыточная выработка ТТГ
37. **К мерам профилактики тиреотоксического криза можно отнести все, кроме.**
38. Назначение глюкокортикоидов в предоперационном периоде
39. Полная компенсация функции щитовидной железы перед операцией
40. Устранение провоцирующих факторов
41. Назначение антибиотиков перед операцией
42. Дробное применение радиоактивного йода
43. **При передозировке Левотироксином возможно:**
44. увеличение размеров щитовидной железы;
45. тиреотоксический криз;
46. гипотиреоз;
47. гипогликемия;
48. гипертензия.
49. **Тиамазол относится к фармакологической группе:**
50. а к препаратам глюкокортикоидов
51. к препаратам гормонов эпифиза;
52. к препаратам гормонов паращитовидной железы;
53. гормоны щитовидной железы, их аналоги и антагонисты;
54. к препаратам половых гормонов.
55. **К антитиреоидным средствам относят:**
56. левотироксин;
57. тиамазол;
58. дексаметазон;
59. сиофор;
60. левоноргестрел.
61. **Показания для применения Тиамазола:**
62. первичный гипотиреоз;
63. узловой токсический зоб;
64. подготовка к хирургическому лечению тиреотоксикоза;
65. аутоиммунный тиреоидит с явлениями гипотиреоза;
66. тиреотоксикоз;
67. верно а и г;
68. верно б, в и д.
69. **Противопоказания к назначению тиамазола:**
70. лактация;
71. беременность;
72. гранулоцитопения;
73. латентный тиреотоксикоз.
74. **Отметьте основные недостатки короткодействующих инсулинов:**
75. Замедленное начало –ч\з 30 мин., длительность действия –до 8 ч.
76. Быстрое начало – ч\з 3 мин., длительность 2 ч.
77. Начало действия – ч\з 10 мин., длительность – до 4 ч.
78. Замедленное начало –ч\з 1 час., длительность действия –до 6ч.
79. Ничего из перечисленного
80. **Назовите короткодействующий аналог человеческого инсулина:**
81. Хумулин
82. Хумалог
83. Лантус
84. Протофан
85. Ультралонг
86. **Назовите аналог инсулина длительного действия:**
87. Хумулин
88. Хумалог
89. Ново Рапид
90. Лантус
91. Монотард
92. **Отметьте показания для инсулинотерапии:**
93. СД I типа
94. Беременность
95. Коматозное состояние
96. Хирургическое вмешательство
97. Все перечисленное
98. **Укажите, что не относится к осложнениям инсулинотерапии:**
99. Феномен Самоджи
100. Инсулинорезистентность
101. Нарушение зрения
102. Инсулиновые отеки
103. Гиперурикемия
104. **Отметьте правильное в лечении гипогликемической комы:**
105. в\в 60 мг преднизолона
106. в\в 5% глюкоза
107. в\в 40 % глюкоза
108. в\м 1 мл адреналина
109. Ничего из перечисленного
110. **Укажите побочный эффект, не относящийся к производным сульфанилмочевины:**
111. Гепатотоксичность
112. Диспепсические явления
113. Гематологические нарушения
114. Нарушения ритма сердца
115. Увеличение массы тела
116. **Укажите препарат сульфанилмочевины, действующий 24 часа:**
117. глимепирид (амарил)
118. гликвидон (глюренорм)
119. гликлазид (диабетон)
120. глибенкламид(манинил)
121. Ничего из перечисленного
122. **Укажите дополнительный эффект диабетона**
123. снижение HCL
124. +снижение адгезии и агрегации тромбоцитов
125. Снижение АД
126. Увеличение ХС ЛПВП
127. Нормализация моторики ЖКТ
128. **Взаимодействие с какими препаратами тормозит метаболизм производных сульфанилмочевины:**
129. Сульфаниламиды
130. Дикумарины
131. НПВС
132. Тетрациклины
133. Все перечисленное
134. **Укажите состав препарата глибомет:**
135. глибенкламид2,5 мг + акарбоза 100мг
136. метформин 400 мг + акарбоза 100мг
137. метформин 400 мг+ репаглинид 0,5 г.
138. глибенкламид2,5 мг + пиоглитазон 30мг
139. глибенкламид2,5 мг+ метформин 400 мг
140. **Назовите противопоказания для назначения метформина:**
141. Тяжелые нарушения функции почек
142. Злоупотребление алкоголем
143. Одновременный прием с Y-содержащими препаратами
144. Увеличение печеночных ферментов в 2,5 раза
145. Все перечисленное
146. **Укажите неправильное утверждение о тиазолидиндионах:**
147. Является агонистом γ-R, активируемых PPARγ
148. увеличивает количество транспортеров глюкозы
149. Стимулируют высвобождение инсулина из b-клеток поджелудочной железы
150. Снижает количество ТГ
151. вызывает задержку жидкости
152. **Укажите препарат, относящийся к прандиальным регуляторам:**
153. Пиоглитазон (актос)
154. метформин (сиофор)
155. глимепирид (амарил)
156. Репаглинид (новонорм)
157. Ничего из перечисленного
158. **Отметьте основное показание для назначения новонорма:**
159. выраженная постпрандиальная гипергликемия
160. Влияние на тощаковую гипергликемию
161. Уменьшение образования глюкозы в кишечнике
162. Все перечисленное
163. Ничего из перечисленного
164. **Укажите препарат, относящийся к ингибиторам α-глюкозидазы**
165. Янувия
166. Баета.
167. Старликс
168. Новонорм
169. Глюкобай
170. **Отметьте механизм действия акарбозы:**
171. Стимулируют высвобождение инсулина из b-клеток поджелудочной железы
172. Ингибиторуеткишечную α-глюкозидазу
173. Увеличивает количество транспортеров глюкозы
174. Все перечисленное
175. Ничего из перечисленного
176. **Отметьте противопоказания к ингибиторам α-глюкозидазы:**
177. Аллергия
178. Диабетический кетоацидоз
179. Язвенный колит
180. Кишечная непроходимость
181. Все перечисленное
182. **Укажите препарат, выпускаемый в виде шприй-ручки:**
183. Эксенатид (баета)
184. Репаглинид (новонорм)
185. Акарбоза (глюкобай)
186. метформин (сиофор)
187. Ситаглиптин (янувия
188. **Побочные эффекты тиазолидиндионов:**
189. гепатотоксичность;
190. увеличение массы тела;
191. сердечная недостаточность;
192. задержка жидкости в организме.
193. все ответы верны

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Пациент 22 лет, жалуется на жажду, обильное мочеиспускание, слабость.

Анамнез: хронические заболевания отрицает. В течение последнего месяца выпивает до 5 литров в сутки, похудел на 6 кг.

Объективно: сознание ясное. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык сухой, запах ацетона изо рта. Пониженного питания (ИМТ 17 кг/м2). ЧСС 90/мин.

Лабораторные данные: глюкоза плазмы натощак 21 ммоль/л, в анализе мочи отн. плотность 1030 г/л, глюкоза +++, кетоновые тела ++.

**Вопросы:**

1. Ведущий(е) синдром(ы)

2. Предполагаемый диагноз

3. Лечение

**Задача 2**.

Пациент 75 лет, госпитализирован в связи с развитием комы.

Анамнез: страдает сахарным диабетом 2 типа. Несколько месяцев назад перестал принимать сахароснижающие препараты. Гликемию не контролировал. За несколько дней до госпитализации жаловался на боли в животе, тошноту, общую слабость, стал заторможенным, вялым.

Объективно: уровень сознания – кома. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Язык сухой. Тургор кожи снижен. Глазные яблоки при надавливании мягкие. Запах ацетона изо рта. Дыхание глубокое, шумное. ЧДД 26/мин. ЧСС 120/мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Лабораторные данные: гликемия 31 ммоль/л, кетонурия, глюкозурия, при определении кислотно-основного состояния рН 7,29.

**Вопросы:**

1. Ведущий(е) синдром(ы)

2. Предполагаемый диагноз

3. Принципы лечения

**Задача 3.**

Пациент 35 лет, жалуется на резкую слабость, дрожь в теле, профузный пот, сердцебиение, чувство голода, головокружение.

Анамнез: страдает сахарным диабетом 1 типа. Симптомы развились после инъекции инсулина.

Объективно: Пациент возбужден. Тремор пальцев. Кожные покровы бледные, влажные. ЧСС 120 уд/мин.

Лабораторные данные: гликемия 2,3 ммоль/л.

**Вопросы:**

1.Ведущий(е) синдром(ы):

2.Принципы лечения

**Задача 4**

Больной, 16 лет, доставлен бригадой скорой помощи в хирургическое отделение с острыми болями в животе. Заболел сутки назад. Хирурги заподозрили острый живот, однако заметили запах ацетона изо рта. Сахар крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи 8% сахара, ацетон +++, удельный вес 1043. Состояние тяжелое. Заторможен. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык яркий сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. В легких жесткое дыхание. Пульс 100, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД-90/50 мм рт ст. Брюшная стенка напряжена. Пальпация живота резко болезненная во всех отделах. Симптом Щеткина +. Печень перкурторно + 6см. Масса тела больного 60 кг. От рвотных масс резкий запах ацетона.

**Вопросы:**

1.Какое предположение о диагнозе будет наиболее правильным?

2. Обоснуйте диагноз

3.Чем объяснить тяжесть состояния и развитие «острого живота» у пациента?

4. С какими заболеваниями дифференцировать данное состояние?

5. Наметьте план лечебных мероприятий.

**Задача 5.**

Пациент, 76 лет, в коме бригадой СМП доставлен в приемный покой БСМП. Мужчина живет один, со слов соседей болен сахарным диабе-том много лет, злоупотребляет алкоголем. В квартире найдены препараты: манинил, сиофор. При осмотре: сознание- сопор, ригидность мышц затылка нет, мидриаз, тонические судороги. Влажная кожа и слизистые оболочки, гиперсаливация, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет, ЧДД-18 в мину-ту, сердечные тоны приглушены, ритмичные с ЧСС-100 в минуту, АД= 80/40 мм рт ст. При исследовании: сахар крови - 1,7 ммоль/л, кетоновые тела - 15 мг%, алкоголь 1%

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. С какими состояниями нужно проводить дифференциальный диагноз?

3. Какой из сахарснижающих препаратов мог спровоцировать данное состояние?

4. Наметьте план обследования.

5. Наметьте план лечения.

**Задача 6**

Больная, 73 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Анамнез неизвестен. Давность комы выяснить не удалось. В кармане одежды найден «паспорт больного диабетом», где указано, что больная получает глюренорм по 1 табл. после завтрака и после ужина. Температура 38,6. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие. Тактильная и болевая чувствительность сохранены. Тонус глазных яблок снижен. АД 100/60 мм рт. ст, пульс 120, аритмичный слабого наполнения. Тоны сердца глухие. Мерцательная аритмия. Дыхание поверхностное - 36 в мин. Изо рта застойный запах. Печень +5 см, плотной консистенции, тонус мышц снижен. Симптом Бабинского +. Ригидность затылочных мышц. При катетеризации мочевого пузыря моча не получена. Сахар крови 42 ммоль/л. Анализ крови: Лейкоциты 16,0х109, СОЭ 50 мм/час. Кетоновые тела 5 мг/%. Ацетон (-).

**Вопросы:**

1. Какой тип диабета у больной?

2. Какой вид комы наиболее вероятен у больной?

3. Чем объяснить нормальные показатели кетоновых тел и отсутствие ацетона в моче при высокой гликемии?

4. Составить план дальнейшего обследования.

5. Какие должны быть неотложные мероприятия?

**Задача 7**

Женщина, 72 лет, доставлена в отделение интенсивной терапии. Шесть дней назад - вирусная инфекция, после которой появилась и нарастала слабость, жажда, полиурия, анорексия. При исследовании: состояние очень тяжелое, ступор, частое поверхностное дыхание, кашель. Сухие кожа и слизистая. АД 130/95 мм рт ст. Пульс 140 в 1 мин., мерцательная аритмия. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Лабора-торные данные: Нв-16 г%, лейкоциты 22,0х109, калий крови 5,5 ммоль/л, креатинин-0,5ммоль/л, глюкоза в крови 65 ммоль/л. Глюкозурия 2%, ацетон (-).

**Вопросы:**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Что спровоцировало развитие данного осложнения?

3. Чем объяснить нормальные показатели кетоновых тел и отсутствие ацетона в моче при высокой гликемии?

4. План обследования.

5. Назначьте лечение.

**Задача 8**

Пациентка 30 лет. В течение 12 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулин в суточной дозе 40-44 ед. Доставлена в инфекционное от-деление с диагнозом пищевой токсикоинфекции. Накануне в течение 3-х су-ток у нее наблюдался частый жидкий стул, боли в животе, неоднократная рвота, повышение температуры. Не могла есть, поэтому 2 дня перестала вво-дить инулин. При осмотре выражены явления дегидратации: кожа сухая, тургор ее снижен, язык обложен белым налетом. ЧСС 110 в мин., АД 80/50 мм рт. ст. Дыхание шумное, глубокое. Больная заторможена, вялая, на вопросы отвечает медленно, с трудом. При обследовании выявлено:сахар крови 20 ммоль/л, ацетон++

**Вопросы:**

1. Какой тип диабета у больной?

2. Какое осложнение диабета возникло у больной?   
3. Какие анализы необходимы для постановки диагноза?

4. Как называется, и что явилось причиной развития шумного, глубокого дыхания у пациентки?  
5. Представьте основные направления интенсивной терапии.

**Задача 9**

Пациентка 70 лет, страдающая сахарным диабетом, получает таблетки Манинил 5, перенесла экстракцию зуба утром. После экстракции длительно не останавливалось кровотечение. В 17 часов стала жаловаться на нарушение речи и резкое ухудшение зрения, затем стала бессвязно говорить, метаться по квартире. Врачом «Скорой медицинской помощи» отмечено повышение АД до 175/100 мм.рт. ст., очаговой неврологической симптома-тики не выявлено.

**Вопросы:**

1. О каком состоянии следует думать в первую очередь?   
2. С чего нужно начать лечение?   
3. Каковы особенности гипогликемии у лиц пожилого возраста?   
4. Что явилось причиной данного осложнения.

5. Какой должна была быть профилактика гипогликемии в данном случае?

**Задача 10**

В приемное отделение хирургической клиники доставлен пациент 32 лет с жалобами на боли в животе, неукротимую рвоту, жажду, выраженную слабость- не может даже сидеть .Из анамнеза выяснено, что за последние 3 месяца начал худеть (всего на 10 кг), жаловался на жажду. Резкое

ухудшение в течение последних дней.   
Данные осмотра: пониженного питания, тургор кожи снижен, кожные покровы и слизистые сухие, заеды в углах рта. Язык обложен коричневым налетом. ЧСС 102 в мин., Ад 85/60мм.рт. ст. Живот при осмотре не вздут, при пальпации болезненный во всех отделах с наибольшей выраженностью в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины положительны. При осмотре возникла рвота «кофейной гущей».   
**Вопросы:**

1. Между какими состояниями следует провести дифференциальный диагноз?   
2. Какие лабораторные данные необходимы?  
З. Уточните диагноз при следующих результатах обследования: Нв 146г/л, лейкоцитоз 16 млн, сдвиг формулы влево, гликемия З4ммоль/л, кетоновые тела более 1000 мг %.

4. Чем можно объяснить наличие абдоминального синдрома?  
5. Составьте план лечения на первые 6 часов.

**Задача 11**

Больная В., 30 лет, работает учителем. Обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, жажду, повышенный аппетит, похудание на 10 кг за 2 месяца, сердцебиение, раздражительность, дрожание всего тела, слезотечение. Болеет более 2 месяцев. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. Больная суетлива, мелкий тремор пальцев вытянутых рук, блеск глаз, редкое мигание. При опускании взора вниз видна полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой . Отмечается лабильность настроения. Кожа кистей рук повышенной влажности, теплая. Пальпируется слегка увеличенная щитовидная железа, мягкая, безболезненная. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца усилены, тахикардия до 126 в минуту. АД - 160\50 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены. Стул жидкий, до 5 раз в сутки. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, безболезненное. Месячные отсутствуют в течение последних 2 месяцев.

**Вопросы:**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

5. Прогноз трудоспособности.

**Задача 12**

Девочка 11 лет жалуется на повышение температуры тела до 39,7ºС, рвоту, жидкий стул, раздражительность, головную боль, двигательное и психическое беспокойство, неустойчивость, чувство жара, повышенную потливость, сердцебиение. Объективно выявлено: астенического телосложения, беспокойна, симптом «телеграфного столба», суетлива, взгляд напряжен, редкое мигание, экзофтальм. Кожа теплая, влажная, гиперемирована. Сердечные тоны громкие, тахикардия до 180 в 1 мин. АД 160/50 мм. рт. ст. Щитовидная железа увеличена диффузно, мягко-эластичная, II степени (по ВОЗ), безболезненная.

**Вопросы:**

1.Ваш клинический диагноз?

2. Окажите неотложную помощь.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 5: Клиническая фармакология неотложных состояний в гематологии, аллергологии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Геморрагический шок. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при геморрагическом шоке.

2.ДВС-синдром. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при ДВС-синдроме.

3.Геморрагический диатез. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при геморрагическом диатезе.

4.Анафилактический шок, отек Квинке. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при анафилактическом шоке, отеке Квинке.

**Тестовые задания**

1. **К I поколению антигистаминных не относится:**
2. димедрол
3. супрастин
4. фенкарол
5. цетиризин
6. все перечисленные
7. **Выберите международное непатентованное название тавегила:**
8. хлоропирамин
9. клемастин
10. мебгидролин
11. квифенадин
12. диазолин
13. **Выберите характерный побочный эффект для антигистаминных II поколения:**
14. угнетение ЦНС
15. кардиотоксичность
16. атония кишечника
17. атония мочевого пузыря
18. тахифилаксия
19. **К III поколению антигистаминных не относится:**
20. цетиризин
21. левоцетиризин
22. лоратадин
23. фексофенадин
24. дезлоратадин
25. **Угнетение ЦНС как побочный эффект антигистаминных I поколения усиливают:**
26. алкоголь
27. седативные
28. транквилизаторы
29. снотворные
30. все перечисленные
31. **Выберите препарат, который необходимо ввести в первую очередь при анафилактическом шоке:**
32. преднизолон
33. адреналин
34. пипольфен
35. эуфиллин
36. **Какой ГКС предпочесть при аллергической реакции:**
37. дексаметазон
38. триамцинолон
39. бетаметазон
40. преднизолон
41. гидрокортизон
42. **Противовоспалительный, противоаллергический, иммунодепрессивный эффекты вызывают:**
43. глюкокортикоиды;
44. стероидные анаболики;
45. эстрогены;
46. гестагены;
47. андрогены.
48. **Выберите показания для применения Н1-гистаминоблокаторов**
49. комплексная терапия анафилактического шока;
50. отек Квинке;
51. аллергический ринит;
52. все ответы верны;
53. все ответы неверны;
54. **При купировании анафилактического шока в комплексной терапии целесообразно использовать следующий лекарственный препарат из перечисленных:**
55. лоратадин;
56. дифенгидрамин;
57. дезлоратадин;
58. цетиризин;
59. эбастин;
60. **Антитромбин III - это**
61. Первичный антикоагулянт
62. Вторичный антикоагулянт
63. Фактор тромбоцитов
64. Фибринолитический агент
65. Плазменный фактор свертывания
66. **Центральное место в патогенезе ДВС-синдрома занимает**
67. Гипертромбинемия
68. Тромбоцитопения
69. Тромбоцитопатия
70. Повышение уровня антитромбина III
71. **Для оценки эффективности антитромботической терапии варфарином определяют**
72. Время кровотечения
73. МНО
74. Тромбиновое время
75. **Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить**
76. При определении протромбинового времени
77. При определении времени кровотечения
78. При определении тромбинового времени
79. **Продолжительность развития молниеносной формы ДВС - синдрома**
80. несколько десятков минут
81. несколько часов
82. несколько суток
83. несколько недель
84. **Продолжительность острой формы ДВС - синдрома**
85. несколько десятков минут
86. несколько часов
87. несколько недель
88. Месяцы и годы
89. **Рецидивирующая форма ДВС - синдрома**
90. развивается в период обострения основного заболевания
91. не исчезает в период ремиссии основного заболевания
92. продолжается в течение нескольких минут
93. все ответы верны
94. **В основе развития ДВС - синдрома лежат следующие механизмы**
95. активация свертывающей системы крови
96. снижение антитромботического потенциала эндотелиоцитов
97. тяжелая вторичная эндогенная интоксикация продуктами протеолиоза и деструкции тканей
98. все ответы верны
99. **Главным инициатором процесса свертывания крови чаще всего является**
100. тканевой тромбопластин
101. антитромбин III
102. плазминоген
103. **При ДВС синдроме противопоказано применение**
104. гепарина
105. эпсилон-аминокапроновой кислоты
106. переливании свежезамороженной плазмы
107. **Причинами ДВС-синдрома чаще бывают**
108. тромбоцитопенические состояния
109. наследственный дефицит факторов свертывания
110. шоковые состояния
111. передозировка антикоагулянтов
112. тяжелые инфекции
113. **Препараты, используемые для лечения ДВС-синдрома**
114. антитромбин III
115. свежезамороженная плазма
116. гепарин
117. эпсилон-аминокапроновая кислота
118. ингибиторы протеаз
119. **Лабораторная диагностика ДВС-синдрома включает в себя**
120. Определение антитромбина III
121. Определение осмотической резистентности эритроцитов
122. Прямую пробу Кумбса
123. Определение плазминогена
124. **В III стадии ДВС-синдрома определяется**
125. Клинические признаки гиперкоагуляции доминируют
126. Глубокая гипокоагуляция
127. Тромбоцитоз
128. Тромбоцитопения
129. Дефицит антитромбина III
130. **Для лечения ДВС-синдрома используют**
131. Гепарин
132. Плазмаферез
133. Свежезамороженную плазму
134. Сухую плазму
135. **ДВС-синдром может возникнуть при**
136. Генерализованных инфекциях
137. Всех видах шока
138. Внутрисосудистом гемолизе
139. Ожогах
140. Массивных гемотрансфузиях
141. все ответы правильны
142. **Антикоагулянтами являются**
143. Гепарин
144. Антитромбин III
145. Протеин С
146. Плазминоген
147. **Лечение ДВС- синдрома с клиническим преобладанием геморрагического синдроиа требует**
148. большие дозы антипротеаз
149. тромболитики
150. переливание свежезамороженной плазмы
151. антиагреганты
152. **Лечение массивных локальных тромбозов и /или тромбоэмболии при ДВС - синдроме включает**
153. антиагреганты
154. гепарин
155. тромболитики
156. запрещено вводить гепарин
157. **Клиническая картина ДВС - синдрома включает**
158. гематомный тип кровоточивости
159. смешанный тип кровоточивости
160. развитие полиорганной недостаточности
161. развитие изолированной сердечно-легочной недостаточности
162. **Препараты, применяющиеся для лечения геморрагического васкулит**
163. дицинон
164. преднизолон
165. гепарин
166. антиагреганты
167. **Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопе­нической пурпуре обсуловлен**
168. патологией сосудистой стенки
169. дефицитом плазменных факторов свертывания
170. нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза
171. **Лечение геморрагического синдрома при тромбоцитопенической пурпуре проводят**
172. переливанием тромбоконцетрата
173. переливанием недостающих факторов свертывания
174. дициноном
175. преднизолоном
176. препаратами а-интерферона
177. **Показание для назначения глюкокортикойдов больным ИТП**
178. генерализованный кожный геморрагический синдром, сочетающийся с кровоточивостью слизистых при колическтве тромбоцитов в периферической крови менее 10-15х 109/л
179. «влажная пурпура, осложнившаяся постгеморрагической анемией
180. кровоизлияние в сетчатку, подозрение на кровоизлияние в мозг
181. все ответы верны
182. **Геморрагический шок – это:**
183. Резкое снижение сердечного выброса за счет гипоксического поражения миокарда
184. Несоответствие между емкостью сосудистого русла и объемом циркулирующей крови в результате кровопотери
185. Снижение венозного возврата за счет депонирования жидкости в «третьем пространстве»
186. Резко возросшая емкость сосудистого русла за счет артериолодилятации.
187. **Факторами, способствующими геморрагическому шоку, будут:**
188. Наличие выраженной урогенитальной инфекции
189. Наличие ишемической болезни сердца
190. Поздний гестоз, предлежание или преждевременная отслойка плаценты
191. Предшествующий отягощенный аллергический анамнез.
192. **Шоковый индекс это:**
193. Частота дыханий по отношению к частоте пульса
194. Частоте пульса по отношению к диастолическому артериальному давлению
195. Систолического давления по отношению к частоте пульса
196. Частота пульса по отношению к систолическому давлению.
197. **Признаком геморрагического шока 1 степени является:**
198. Шоковый индекс 1.0-1.5
199. Индекс Альговера 0,6 – 1,0
200. Соотношение частоты пульса к систолическому давлению как 1,5 – 2,0.
201. **Для геморрагического шока 2 степени характерно:**
202. Сохраненное сознание, беспокойство, холодный  пот, акроцианоз, одышка до 40 в минуту, ЦВД менее 50 мм в.ст., олигоурия (диурез менее 30 мл в минуту)
203. Сознание нарушено, ступор, кома. Кожа бледная, холодная. Дыхание патологическое. ЦВД отрицательное. Анурия.
204. Сознание сохранено. Кожные покровы бледные, конечности холодные. Частота дыханий 18-25 в минуту. ЦВД нормальное или несколько снижено. Диурез снижен до 30 мл в час.
205. **Геморрагический шок 3 степени чаще развивается при кровопотере:**
206. 1,5-3% массы тела, или 25-45% ОЦК (1200-2000 мл)
207. 1,0-1,5% массы тела, или 15-20% к ОЦК (700-1200 мл)
208. Более 3%  массы тела, более 50% от ОЦК (более 2000 мл).
209. **При атоническом маточном кровотечении и развившемся геморрагическом шоке необходимо:**
210. Срочно начать инфузионную терапию, принять меры по временной остановке кровотечения, поставить в известность администрацию лечебного учреждения,начать подготовку к лапаротомной операции.
211. Принять меры по временной остановке кровотечения, начать введение массивных доз сокращающих матку препаратов.
212. Поставить в известность администрацию больничного учреждения,  вводить массивные дозы сокращающих матку препаратов, ждать помощи.
213. Срочно начать инфузионно — гемотрансфузионную терапию, провести ручное обследование стенок полости матки с нежным массажем матки «на кулаке», введение сокращающих матку препаратов в достаточных дозах, принять меры по временной остановке кровотечения, поставить в известность администрацию лечебного учреждения, начать подготовку к мерам по окончательной остановке кровотечения.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

К больному Л., 35 лет, вызвана бригада скорой медицинской помощи. Около 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, кожные высыпания по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана первая инъекция ампициллина внутримышечно. В возрасте 20 лет при лечении антибиотиками по поводу острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной сыпи. Объективно: больной заторможен, на коже лица, туловища и конечностей - волдыри различного размера, сливного характера, на гиперемированном основании. Холодный, липкий пот. Частота дыхания 56 вмин, выдох удлинен, выслушиваются свистящие хрипы. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД 60/20 мм рт. ст., пульс 160 в мин, нитевидный.

**Вопросы .**

1. Какое заболевание можно предполагать у данного больного?

2. Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации.

**Задача 2**

Пациенту М., 45 лет, с диагностической целью ввели урографин. Ранее урографин и другие йодсодержащие препараты не назначались. Аллергологический анамнез не отягощен. Через несколько минут после введения препарата внезапно возник дискомфорт, ощущение тревоги, страх смерти. На фоне внезапно наступившей общей слабости возникло чувство жара, тяжесть и стеснение грудной клетке, боль в области сердца, затрудненное дыхание, головокружение, головная боль. Затем появились тошнота, рвота. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, ЧСС - 130 вмин, АД 70/30 мм рт. ст.

**Вопросы .**

1. Какое заболевание можно предполагать у данного больного?

2. Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации, чем они будут отличаться от помощи при анафилактическом шоке?

**Задача 3**

Ребенку 4-х месяцев в процедурном кабинете детской поликлиники сделали вторую прививку АКДС-вакциной. Внезапно ребенок стал беспокойным, резко побледнел, появилась одышка, высыпания на коже типа крапивницы, потерял сознание.

**Вопросы .**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи

**Задача 4**

Мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзил­ся в ткани нижней трети левого плеча. Мужчина сильно испугался, выдернул стекло, сразу же началось сильное кровотечение.

Объективно: в области передней, внутренней поверхности нижней трети левого плеча рана 5 см х 0,5 см с ровными краями, из раны, пульсирующей струей выбрасывается алая кровь. АД 60 и 40, пульс 120 ударов в минуту.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Продемонстрируйте технику объективного исследования применительно к данной ситуации.
3. Определить степень кровопотери.

**Задача 5**

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в кли­нику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул - такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд, в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст. (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте диагностическую программу для данного пациента в условиях стационара.

3. Подготовка пациента к фиброгастродуаденоскопии.

**Задача 6.**

Пациентка М., 25 лет. Неосложненная беременность, 39 недель, рубец на матке. Выполнение кесарева сечения осложнилось массивной кровопотерей хирургического генеза, восполненное свежезамороженной плазмой, эритроцитами и инфузионными растворами. Через 1 час после операции отмечено поступление геморрагического отделяемого из половых путей, умеренное промокание повязки, петехии под манжетой тонометра.

**Вопросы:**

Вероятные причины, первоочередные диагностические и лечебные мероприятия?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Тема № 6: Клиническая фармакология неотложных состояний в неврологии и психиатрии**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата и презентации, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Острое нарушение мозгового кровообращения. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при ОНМК.

2.Неотложная помощь при эпилепсии и судорожном припадке. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при эпилептическом приступе и судорожном припадке.

3.Купирование абстинентного синдрома при наркоманиях и токсикоманиях. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых для купирования абстинентного синдрома при наркоманиях и токсикоманиях.

4.Психомоторное возбуждение. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при психомоторном возбуждении.

5.Алкогольный делирий. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при алкогольном делирии.

**Тестовые задания**

1. **Назовите препарат, относящийся к производным алколоидов спорыньи:**
2. ницерголин
3. винпоцетин
4. нимодипин
5. пирацетам
6. фенибут
7. **Отметьте показания для назначения кавинтона:**
8. Нарушение мозгового кровообращения
9. Вазовегетативные проявления климактерического синдрома
10. Сосудистые заболевания клетчатки
11. Болезнь Меньера
12. Все перечисленное
13. **Укажите, какой побочный эффект не характерен для винпоцетина:**
14. Головокружения
15. Психическое и двигательное возбуждения
16. Повышение АД
17. Экстрасистолия
18. замедление АV-проводимости
19. **Отметьте противопоказание к назначению кавинтона:**
20. Выраженное нарушение сердечного ритма
21. Тяжелое течение ИБС
22. Беременность
23. Острая стадия геморрагического инсульта
24. Все перечисленное
25. **Отметьте препараты, относящиеся к антагонистам Са:**
26. Винкамин, винпоцетин
27. Пирацетам, анирацетам
28. Циннаризин, флунаризин
29. Все перечисленное
30. Ничего из перечисленного
31. **Укажите состояние, когда назначение циннаризина нежелательно:**
32. ОНМК
33. Мигрень
34. Лабиринтные растройства
35. Болезнь Паркинсона
36. Нарушение переферического кровообращения
37. **Назовите основное показание для назначения нимодипина:**
38. Нарушение переферического кровообращения
39. Лечение ишемического НМК, вызванного субарахноидальным кровоизлиянием
40. Лабиринтные растройства
41. Все перечисленное
42. Ничего из перечисленного
43. **Укажите препараты, обладающие церебральной сосудистой селективностью:**
44. Исрадипин
45. Коринфар ретард
46. Верапамил
47. Дилтиазем
48. Атенолол
49. **Укажите, какие побочные эффекты характерны для нимотопа**
50. Повышение АД, нарушение АV-проводимости
51. Переферические отеки, увеличение креатинина, диспептические явления
52. Гиперурикемия, мышечная гипотония
53. Все перечисленное
54. Ничего из перечисленного
55. **Укажите препарат, не относящийся к метилксантинам:**
56. Агапурин
57. Эуфиллин
58. Сермион
59. Пентилин
60. Трентал
61. **Отметьте механизм терапевтического действия ноотропов:**
62. Увеличение энергетического состояния нейронов
63. Активация пластических процессов в ЦНС
64. Улучшение процессов синаптической передачи
65. Мембраностабилизирующее действие
66. Все перечисленное
67. **Укажите препарат, не относящийся к нейроаминокислотам**:
68. Танакан
69. Глутаминовая кислота
70. Пантогам
71. Фенибут
72. Пикамилон
73. **Укажите препарат, не относящийся к ноотропам**
74. Пирацетам
75. Танакан
76. Энцефабол
77. Фенибут
78. Фенитоин
79. **Отметьте механизм действия холина альфосцерата:**
80. Обладает холиномиметическим действием
81. Обладает холинолитическим действием
82. Прямое влияние на гладкую мускулатуру сосудов
83. Тормозит возбудимость центральных вазомоторных центров
84. Блокада переферических α-адренорецепторов
85. **Отметьте показания для назначения глиатилина:**
86. Хроническая цереброваскулярная недостаточность
87. Болезнь Альцгеймера
88. Нарушение памяти
89. Функциональное расстройство ЦНС
90. Все перечисленное
91. **Укажите состав препарата фезам:**
92. Танакан 40 мг + циннаризин 25мг.
93. Пирацетам 400 мг. + винпоцетин 5 мг
94. Пирацетам 400 мг + циннаризин 25 мг
95. Пентоксифиллин 400 мг + циннаризин 25 мг
96. Винпоцетин 5 мг + флунаризин 5 мг.
97. **Укажите неправильное утверждение о мексидоле:**
98. Оказывает церебропротекторное действие
99. Обладает ноотропным действием
100. Улучшает реологию крови
101. Является транквилизатором дневного типа
102. Оказывает атерогенное действие
103. **Укажите состав инстенона:**
104. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + экстракт гинго билоба + этамиван 25 мг
105. Этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг + пиридитол 25 мг
106. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг
107. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + этофиллин 50 мг + пантогам 50 мг
108. Этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг + агапурин 400 мг
109. **Укажите препарат, назначаемый интраназально:**
110. Мексидол
111. Танакан
112. Энцефабол
113. Глиатилин
114. Семакс
115. **Укажите не6лагоприятный эффект транквилизаторов:**
116. Антифобический
117. Анксиолитический
118. Противосудорожный
119. Миорелаксантный
120. Седативный
121. **Укажите препарат, не относящийся к «типичным» антидепрессантам:**
122. Феназепам
123. Тофизопам (грандаксин)
124. Диазепам
125. Лоразепам
126. Оксазепам
127. **Указать средства, используемые при эпилепсии.**
128. карбамазепин.
129. клозапин.
130. этосуксимид.
131. соли лития.
132. дифенин.
133. фенобарбитал.
134. амитриптилин.
135. этанол.
136. хлопромазин.
137. диазепам.
138. **Охарактеризовать дифенин.**
139. противоэпилептическое средство.
140. антипсихотическое.
141. седативное.
142. применяется при больших припадках эпилепсии.
143. при малых.
144. при психозах.
145. обладает противоаритмическим эффектом.
146. анальгетическим эффектом.
147. может вызывать гиперплазию десен.
148. может вызывать остеомаляцию и невролгические расстройства.
149. **Охарактеризовать карбамазепин.**
150. противоэпилептическое средство.
151. антипсихотическое.
152. седативное.
153. применяется при больших припадках эпилепсии.
154. при малых.
155. при психозах.
156. улучшает настроение.
157. вызывает депрессию.
158. обладает анальгетическим эффектом.
159. применяется при невралгии тройничного нерва.
160. **Указать основные эффекты диазепама.**
161. антипсихотический.
162. транквилизирующий.
163. снижение отрицательных эмоций.
164. их стимуляция.
165. миорелаксация.
166. повышение тонуса скелетных мышц.
167. седативные.
168. противосудорожные.
169. возбуждение ЦНС.
170. усиление действия средств, угнетающих ЦНС.
171. **Выберите противосудорожный препарат, повышающий ГАМК-ергическую активность:**
172. Диазепам
173. Финлепсин
174. Афобазол
175. клофелин
176. **При лечении больших припадков эпилепсии применяют**
177. фенобарбитал
178. дифенин
179. скополамин
180. суксилеп
181. **Дифенил применяют при**
182. сердечных аритмиях
183. при бессоннице
184. больших припадках эпилепсии
185. малых припадках эпилепсии
186. **Дифенил**
187. применяют в качестве снотворного средства
188. снижает содержание в клетке ионов натрия
189. снижает возбудимость нейронов
190. повышает возбудимость нейронов
191. **Хлоралгидрат**
     1. применяется для купирования приступов эпилепсии
     2. обладает раздражающим действием
     3. является противопаркинсоническим средством
     4. является производным барбитуровой кислоты
192. **Для купирования развившегося судорожного припадка можно применить**
193. диазепам
194. сиднокарб
195. этосуксимид
196. хлоралгидрат
197. **Противоэпилептические препараты отменяют постепенно, так как**
198. может развиться феномен «отдачи»
199. могут усилиться судорожные приступы
200. необходимо предотвратить лекарственную зависимость
201. это чревато недостаточностью функции надпочечников
202. **Карбамазепин**
203. эффективен при невралгии тройничного нерва
204. имеет синоним «триметин»
205. обладает антидепрессивным действием
206. является противоэпилептическим лекарственным средством
207. **Отметьте противоэпилептические препараты**
208. леводопа
209. ламотриджин
210. кетамин
211. карбамазепин
212. **При эпилепсии целесообразно назначить**
213. гексамидин
214. морфин
215. антихолинэстеразные препараты
216. карбамазепин
217. **Для купирования развившегося судорожного припадка можно применять**
218. диазепам
219. хлоралгидрат
220. бромизовал
221. этосуксимид
222. **Хлоралгидрат**
223. является противопаркинсоническим средством
224. имеет дозировку 0,5-1,0
225. обладает гипертензивным действием
226. применяется для купирования приступов эпилепсии
227. **Способствуют открытию хлорных каналов**
228. фенобарбитал
229. бемегрид
230. диазепам
231. амантадин
232. **Механизм действия противоэпилептических средств связывают с**
233. увеличением внутриклеточного содержания натрия
234. активацией ГАМК-ергической системы
235. уменьшением образования дофамина
236. блокадой натриевых каналов
237. **К классу веществ, способных вызывать зависимость, относят все перечисленные, кроме**

группы амфетамина и других психостимуляторов

1. веществ гипнотического и седативного действия
2. галлюциногенных веществ
3. нейролептических средств
4. **В формировании зависимости решающее значение имеют следующие психофармакологические эффекты, свойственные наркотикам**
5. подъем эмоционального фона (покой, блаженство, радость)
6. благоприятный сдвиг в физическом самочувствии (соматическое наслаждение)
7. благоприятный сдвиг в психическом самочувствии (интеллектуальное
8. "просветление", "подъем")
9. ощущение общего подъема жизнедеятельности, изменение восприятий в
10. сторону экстремально положительного для субъекта значения
11. все перечисленные
12. **В отличие от ряда анальгетиков, оказывающих диффузное изменение функций мембран, опиаты**
13. избирательно влияют лишь на определенные рецепторные мембраны
14. специфически локализуются в различных областях мозга
15. верно а и б
16. верно а
17. **Опиатные рецепторы характеризуются**
18. присутствием только в нервной ткани
19. локализацией только вблизи путей, проводящих болевые ощущения
20. существованием нескольких типов (субстратная специфичность)
21. специфичностью для восприятия определенного вида медиаторов в мозге
22. всем перечисленным
23. **Механизм действия наркотиков на ЦНС заключается в специфическом эффекте**
24. угнетения окислительных ферментов и подавления дыхания ткани нервной клетки
25. нарушения проницаемости клеточных мембран
26. деполяризации синаптических участков
27. нарушения механизма передачи нервных импульсов
28. **Холинергические механизмы в реализации действия наркотиков осуществляются в связи с их способностью**
29. тормозить активность холинэстеразы и повышать концентрацию мозгового ацетилхолина
30. высвобождать гистамин, в результате чего увеличивается выделение адреналина с мочой и высвобождение катехоламинов из надпочечников и симпатических нервов (периферический эффект)
31. и той, и другой
32. ни той, ни другой
33. **В основе формирования толерантности и физической зависимости от наркотиков лежат**
34. изменения синтеза и метаболизма белков и биогенных аминов в ЦНС
35. нарушения структуры наркотических рецепторов мозга
36. нарушение транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток
37. нарушения метаболизма норадреналина, дофамина и серотонина
38. все перечисленные механизмы
39. **В основе синдрома психической зависимости от наркотика лежит нарушение обмена** норадреналина, приводящее
40. к эмоциональному дискомфорту
41. к психическому дискомфорту
42. к падению общего тонуса
43. к снижению работоспособности
44. ко всему перечисленному
45. **В основе соматических, неврологических и психических нарушений при**
46. хронической интоксикации наркотиками лежат
47. нарушения функций ферментов
48. нарушения в системе нейромедиаторов
49. токсические эффекты
50. нарушения обмена кальция
51. все перечисленное

1. **Клиника острой интоксикации опием характеризуется последовательно**
2. сменяющими друг друга расстройствами, исключая
3. фазу вегетативных расстройств в виде ощущения тепла, волнами разливающегося по телу, сухости во рту, сужения зрачков, зуда кожи лица
4. состояние общей умиротворенности, покоя
5. появление иллюзорных расстройств, "грез"
6. психомоторное возбуждение
7. наступление сна, длящегося 3-4 часа
8. **Клиника острой интоксикацией суррогатами опия проявляется**
9. резко и грубо выраженным ощущением "толчка" или удара в голове
10. повышенным фоном настроения с ощущением прилива сил, работоспособности
11. психомоторным возбуждением
12. всем перечисленным
13. **Клиника острой интоксикации барбитуратами характеризуется всем перечисленным, кроме**
14. беспричинного веселья, желания двигаться, говорить, смеяться
15. неустойчивости внимания
16. неустойчивого, часто меняющегося от веселья до раздражительности, аффекта
17. грезоподобных фантазий
18. грубой неврологической симптоматики, неустойчивости при ходьбе
19. **Клиника острой интоксикации кокаином характеризуется всем перечисленным, кроме**
20. кратковременной резкой головной боли и легкого головокружения
21. чувства голода
22. ощущения прилива энергии, "кипучей деятельности"
23. обострения памяти, внимания, интеллекта в целом
24. переоценки собственной личности
25. **Начальному этапу барбитуратовой наркомании свойственны все перечисленные лимитирующие биологические реакции (защитные реакции), исключая**
26. профузный пот
27. икоту, слюнотечение
28. тошноту
29. боли в суставах
30. рвоту
31. **Принцип этапности лечения больных наркоманией подразумевает**
32. предварительный этап - дезинтоксикация общеукрепляющей терапией в сочетании с отнятием наркотического вещества
33. основной этап - активное антинаркотическое лечение
34. поддерживающая терапия
35. все перечисленное
36. **К общим принципам дезинтоксикации, проводимой больным наркоманией,относится все перечисленное, исключая**
37. нецелесообразность массивной, форсированной дезинтоксикации
38. нецелесообразность применения при передозировке наркотика аналептиков(бемегрида, лобелина, цитотона)
39. проведение форсированного диуреза
40. назначение психотропных средств
41. **При проведении дезинтоксикации больным наркоманией и токсикоманией**

**назначают все перечисленное, кроме**

1. ноотропных средств, витаминов
2. магнезии сернокислой
3. форсированного диуреза
4. солевых растворов
5. нейролептиков
6. **При абстинентном состоянии у больных наркоманией терапия направлена**

**на коррекцию нарушений сна**

1. на купирование адренергического возбуждения
2. на снятие болевого синдрома
3. на купирование диспептических нарушений
4. на все перечисленное
5. **При купировании абстинентного состояния у барбитурового наркомана**

**наиболее эффективным является назначение**

1. пирроксана
2. заместительной терапии барбитуратами
3. глюкозы
4. витаминов
5. **Для купирования абстинентного состояния у больного опийной наркоманией**

**назначают все перечисленное, кроме**

1. пирроксана
2. клофелина
3. наркотических средств
4. тиаприда
5. **В соответствии с Международной классификацией болезней к веществам, способным вызывать зависимость, относят**
6. производные опия
7. вещества гипнотического и седативного характера
8. кокаин
9. все перечисленные

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Муж вызвал неотложную помощь к своей 26ти летней жене в связи с затянувшимся

приступом головной боли. Рассказал приехавшему врачу, что последние 2 года ее беспокоили частые приступы головной боли, был поставлен диагноз мигрень. При возникновении приступа женщина принимала комбинированный анальгетик, иногда он помогал, иногда нет.

Последний приступ развился 3 дня назад и продолжается без улучшения. Периодически боль уменьшается, но не проходит полностью, а затем возникает с еще большей интенсивностью, была многократная рвота. Врач нашел пациентку в темной комнате, в сознании, но заторможенную, лежащую с закрытыми глазами, стонущую. Пульс 92 уд. в мин., АД – 130/ 80 мм.рт.ст. При осмотре явных признаков поражения нервной системы врач не выявил,

менингеальных симптомов не обнаружил.

**Вопросы:**

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.

2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?

3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?

4) САК, опухоль головного мозга, менингит

5) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?

6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

7) Назначьте лечение.

**Задача 2**

Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях.

Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемианопсию.

**Вопросы :**

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предположительный клинический диагноз

3) Требуется ли госпитализация?

4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

5) Тактика лечения?

6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?

**Задача 3**

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

**Воросы:**

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предположительный клинический диагноз?

3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации?

6) Возможные осложнения и исходы заболевания?

**Задача 4**

Больной страдает эпилепсией. Обычно он утрированно вежлив и слащав в обращении с персоналом. Внезапно его состояние меняется, он становится злобным, тоскливым, тревожным. Выражает недовольство тем, что происходит вокруг, конфликтует с больными, громко, цинично бранится, сетует на плохое отношение, с ожесточением набрасывается на больных, требует представителей и администрацию больницы, чтобы рассказать обо всех “проделках”. Спустя сутки - двое поведение его становится обычным.

**Вопросы:**

Назвать синдром, назначить лечение.

**Задача 5**

Больной К., 36 лет, работник милиции. Был доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным человеком. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей бандитов!» выбежал на улицу. Соседи видели как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся, соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, при этом оказал бурное сопротивление. Был он возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «бандитов» Недалеко от него на земле лежали трое раненых - случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении милиции. Он долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти его. Убедившись в реальности произошедших событий, дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

**Вопросы:** 1. Выделите основной клинический синдром.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.

5. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).

6. Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний. Немедикаментозные методы терапии, в т.ч.психотерапевтические.

7. Осложнения при данном заболевании.

**Задача 6**

Больная Р., 45 лет. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет. Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит.... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет «закатывала» глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохранными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания. Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

**Вопросы:** 1. Выделите основной клинический синдром.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.

5. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).

6. Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний. Немедикаментозные методы терапии, в т.ч.психотерапевтические.

7. Осложнения при данном заболевании.

**Задача 7**

Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

**Вопросы:**

1) Первая помощь?

2) Действие врача скорой помощи?

3) Обследование?

4) Клинический диагноз?

5) Лечение?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения с учетом фармакокинетики и фармакодинамики ЛС, оценка взаимодействия ЛС, эффективности проводимой терапии, побочных эффектов ЛС.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **мультимедийная презентация** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к подготовке и представлению реферата и мультимедийной презентации: показан высокий уровень теоретической осведомленности по заданномувопросу, обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к оформлению презентации, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к подготовке доклада и презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании доклада или при ответе на дополнительные вопросы. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема доклада, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не представлена презентация |
| **Критерии оценки практической части** | |
| **Проверка практической части** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если - ординатор ежедневно курирует больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины (при обосновании клинического диагноза и проведении дифференциального диагноза правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, клинико-лабораторные и инструментальные показатели, правильно назначает лечение, заполняет историю болезни, правильно проводит анализ и оценку качества проводимого лечения у конкретного больного, правильно заполняет Карту экспертной оценки качества фармакотерапии, протокол консультации.). | |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – ординатор ежедневно курирует тематического больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины, однако допускает некоторые неточности. | |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями. | |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками. | |
| **Проверка истории болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если клиническая история болезни оформлена в назначенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений, грамматических и стилистических ошибок;  показано всестороннее и глубокое знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано умение проводить дифференциальную диагности­ку с учетом основного синдрома у конкретного больного;  умело составлен план обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии у представленного больного;  проявлены творческие способности в понимании, изложении и применении материала в конкретном клиническом случае;  нет существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. | |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – клиническая история болезни оформлена в положенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений по тексту, грамматических и стилистических ошибок;  показано полное знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;  умело составлен план обследования и лечения по основной патологии у представленного больного;  имеются отдельные непринципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни. | |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если клиническая история болезни оформлена не полностью, с исправлениями и ошибками;  Показаны неполные знания основных разделов внутренних болезней (классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано неполное умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;  составленные план об­следования и лечения по основной патологии у представленного больного не полные;  имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению исто­рии болезни. | |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - история болезни оформлена, но не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;  допущены принципиальные ошибки в постановке и оформлении клинического диагноза;  показаны очень слабые, поверхностные знания внутренних болезней по представленному больному;  не правильно и не умело проведена дифференциальная диагностика по основному синдрому у конкретного больного;  план обследования и лечения составлен неумело.;  показано незнание групп препаратов, используемых у данного больного и механизмы их действия;  много принципиальных существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. | |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится

по зачетным билетам в устной форме

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Ответ на вопросы зачетного билета** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Лечение ОКС и ОИМ

2. Лечение астматического статуса, ОДН.

3. Лечение гипертонического криза.

4. Лечение коллапса

5. Лечение пароксизма фибрилляции предсердий.

6. Неотложная помощь при тахи- и брадикардии.

7. Неотложная помощь при острых нарушениях проводимости.

8. Неотложная помощь при ТЭЛА.

9. Клиническая фармакология неотложных состояний в нефрологии: ОПН.

10. Клиническая фармакология неотложных состояний в нефрологии: почечная колика.

11. Неотложная помощь желудочно-кишечном кровотечении.

12. Неотложная помощь при печеночной колике, коме.

13. Клиническая фармакология неотложных состояний в эндокринологии: гипергликемическая, гиперосмолярная комы.

14. Клиническая фармакология неотложных состояний в эндокринологии: гипогликемическая комы.

15. Клиническая фармакология неотложных состояний в эндокринологии: тиреотоксический криз.

16. Клиническая фармакология неотложных состояний в гематологии: геморрагический шок, ДВС-синдром

17. Неотложная помощь при анафилактическом шоке

18. Клиническая фармакология неотложных состояний в неврологии: ОНМК, эпилептический и судорожный припадок.

19. Клиническая фармакология неотложных состояний в неврологии: абстинентный синдром при наркоманиях и токсикоманиях.

20. Клиническая фармакология неотложных состояний в неврологии: психомоторное возбуждение, алкогольный делирий.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1 Решение ситуационных задач

**Набор ситуационных задач № 1-10**

**ПРИМЕР ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ**

**Задача №1**

У больного С. жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40 0 С, резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъекция сосудов склер. АД — 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез — 100 мл.

При обследовании: креатинин — 660 мкмоль/л, мочевина — 27,0 ммоль/л, калий — 6,5 ммоль/л. Общий анализ крови: эр. — 4,1х10/л, Нв — 131 г/л, ц.п. — 0,9; лейк. — 15,2х10/л, эозинофилы — 1%, нейтрофилы: пал. — 12%, сегм. — 65%, лимфоциты — 8%, моноциты — 14%, СОЭ — 46 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 0,38 г/л, лейк. — 1-2-3 в п/зр. эр. — 15-20 в п/зр. УЗИ: резкое увеличение размеров почек.

Результаты дополнительного обследования

Кровь на ГЛПС: положительный результат в разведении 1/128, нарастание титров в парной сыворотке.

Кровь на лептоспироз: отрицательная.

Динамика электролитов: калий — 6,5-7,0-5,8-4,9-3,0-4,5 ммоль/л, натрий — 145-135-129-135 ммоль/л, кальций — 2,3-2,2 ммоль/л, хлор — 110-100-97 ммоль/л.

Динамика уровня креатинина: 660-720-500-375-210-100-88 мкмоль/л.

Динамика уровня мочевины: 27-34-36,5-28-19-13-7-5,5-5 ммоль/л.

Общий анализ крови, общий анализ мочи см. в задаче.

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах до 14 на 7,5 см, паренхима отечная, пониженной эхогенности, толщиной 25 мм ЧЛК сдавлен отечной паренхимой.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет, легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента.

**Вопросы:**

1,.Предварительный диагноз.

2, С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз

3. Неотложная терапия. Показания к гемодиализу.

**Эталон ответов к задаче №1**

1. Предварительный диагноз: ГЛПС. Острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия.

2. Диф. диагноз: острый пиелонефрит, осложненный ОПН или ОПН другой этиологии.

4. Принципы лечения:

— неотложная терапия — экстренная госпитализация, диета с ограничением белка, калия, жидкости

— мочегонные лазикс до 1000 мг), осмодиуретики

— инфузионная терапия — объем вводимой жидкости = диурез + 500 мл

— для борьбы с гиперкалийемией: препараты кальция, 40% глюкоза с инсулином

— ликвидация ацидоза: 4% — 200 мл бикарбоната натрия

— профилактическая антибактериальная терапия (кроме нефротоксичных).

Показания к гемодиализу: гиперкалийемия выше 6,5 ммоль/л, длительный период олигоанурии (более 3 дней), креатинин более 1000 мкмоль/л, ацидоз, гипегидратация, уремическая энцефалопатия.

**ПРИМЕР ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ**

**Задача № 2**

Больной М., 39 лет, поступил в отделение кардиореанимации по поводу рецидивирующих загрудинных болей сжимающего характера при ходьбе на расстояние до 300 м, подъеме на 2-й этаж, проходящих при прекращении нагрузки. Считает себя больным в течение последнего года, когда впервые появились похожие приступы болей при значительных физических нагрузках, поскольку они возникали достаточно редко, он не обращался за медицинской помощью. Ухудшение в течение последних двух недель, когда после неприятностей на работе приступы участились. Причиной вызова бригады «скорой помощи» стал впервые развившийся в ночное время болевой приступ, сопровождавшийся страхом смерти, прошедший после введения наркотических анальгетиков.

В течение 5 лет отмечает эпизодическое повышение АД максимально до 180/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области при стрессовых ситуациях. В этих случаях принимает 1 таблетку каптоприлас положительным эффектом (АД снижается до 130/80 мм рт.ст.). Постоянную антигипертензивную терапию не получает. При этом АД держится в пределах 130/80 мм рт.ст. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациента страдает артериальной гипертензией, отец умер в возрасте 55 лет от ИМ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостени-ческого телосложения, рост - 170 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.

ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой, причем в верхних участках громче, а в нижних - слабее.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Границы относительной тупости сердца расширены влево до среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в минуту. Ритм правильный. Шумов нет.

Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.

Тропониновый тест при поступлении отрицательный.

ЭКГ синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, увеличение амплитуды зубца *R*в левых грудных отведениях *RV4*<Rv5 <RV6, Rv6+Sv2=38 мм.

**Вопросы:**

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз. Как следует расценить ночной болевой приступ?

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

**Эталон ответов к задаче №2**

1. На ЭКГ синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка: увеличение амплитуды зубца *R*в левых грудных отведениях *RV4*<Rv5 <RV6, Rv6+Sv2=35 мм.

2. Диагноз: ИБС: нестабильная прогрессирующая стенокардия Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, риск высокий. Ожирение.

Ночной приступ, вероятно, эпизод спонтанной стенокардии.

3. План обследования включает мониторирование ЭКГ и АД, повторное определение тропонинов и МВ-КФК через 6 ч, проведение рутинных анализов: клинического анализа крови и мочи, биохимического анализа крови (общий белок, мочевина, креатинин, липидный профиль, глюкоза, трансаминазы, электролиты), ЭхоКГ.

4. Рекомендуется наблюдение больного в блоке кардиореанимации, по крайней мере, 8-12 ч. Необходимо назначить аспирин 100-325 мг и клопидогрель 300 мг, проводить внутривенную инфузию нефракционированного гепарина под контролем АЧТВ в течение 8-12 ч или подкожно вводить низкомолекулярные гепарины, осуществлять максимальную антиишемическую терапию β-адреноблокатором (например, метопролол 12,5 мг 2 раза) и нитратами (нитроглицерин 1 % 1 мл на 200 мл 0,9 % раствора натрия хлорида до 5 кап/мин под контролем АД). После определения уровня холестерина крови следует решать вопрос о назначении статинов. Больной страдает артериальной гипертензией, поэтому ему показано назначение ингибиторов АПФ.

**Задача №3**

Больного В. 52 лет, инженера-строителя, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на 3 этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое или после приема Нитроглицерина. В последние 2 недели приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе, появились приступы в покое. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. При съемке ЭКГ патологических изменений выявлено не было. Врач-терапевт участковый рекомендовал приѐм длительно действующих нитратов и направил больного на холтеровское мониторирование ЭКГ. Характер жалоб у больного не изменился, а при холтеровском мониторировании ЭКГ в момент «привычных» для больного приступов боли зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6. На следующий день после проведения мониторирования при повторном обращении к врачу-терапевту участковому на ЭКГ у больного в покое отмечены депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Выберите лечебную тактику.

**Задача №4**

У больного Т., 64 лет, внезапно развился приступ учащенного сер­дцебиения, появились общая слабость, чувство нехватки воздуха.

В течение 10 лет при ходьбе беспокоят приступы загрудинных болей, купирующиеся нитроглицерином. Диагностировалась ИБС - сте­нокардия напряжения. В дальнейшем дважды перенес инфаркт миокар­да. 3 года назад появились перебои в работе сердца. На ЭКГ регистри­ровались желудочковые экстрасистолы. Лечился сустаком, обзиданом, коринфаром.

Объективно: бледность кожи. Акроцианоз. Видимых отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца при­глушены. Тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 200 в минуту. Жи­вот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

На ЭКГ - учащенный ритм до 200 в минуту, интервалы R - R одинаковые, желудочковый комплекс QRS расширен до 0,18 сек и де­формирован.

**Вопросы:**

Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

Осложнением какого заболевания является аритмия?

Выберите препарат первого выбора для купирования аритмии.

**Задача №5**

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

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

**Вопросы:**

1.Установите предварительный диагноз:

 2.Перечисдите заболевани,я с которыми необходимо дифференцировать состояние больной

3. Тактика ведения

**Задача №6**

Больная 54 лет поступила в реанимационное отделение с жалобами на затянувшийся приступ удушья, приступообразный сухой кашель, сердцебиение, резкую слабость.

Приступы удушья беспокоят 15 лет. Сначала приступы беспокоили только при контакте с аллергеном (была выявлена сенсибилизация к домашней пыли), а последний год беспокоят ежедневно. В межприступный период беспокоит приступообразный кашель с небольшим количеством трудноотделяемой слизистой мокроты, экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Постоянно принимает симбикорт, таблетированные глюкокортикостероиды. За последний год 3 раза лечилась стационарно. Ухудшение самочувствия отмечает последние сутки. У больной усилилась одышка, перестала отходить мокрота, было 4 приступа удушья, причем последний самостоятельно купировать не смогла.

Объективно общее состояние тяжелое, больная возбуждена, положение тела вынужденное – сидя с фиксированным плечевым поясом, отмечается диффузный цианоз кожных покровов. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Слышны дистанционные хрипы. ЧДД 40 в 1мин. При пальпации голосовое дрожание ослаблено, перкуторно коробочный звук, смещение нижних границ легких вниз и резкое ограничение их подвижности, аускультативно – в нижних отделах дыхание не выслушивается, в верхних отделах – жесткое, с умеренным количеством сухих хрипов, бронхофония ослаблена. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в 1мин. АД 130/90 мм. рт. ст.

**Вопросы**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз основного заболевания.

3. Как это заболевание классифицируют по этиологии?

4. Какое осложнение этого заболевания можно предположить?

5,Какой способ введения гормонов предпочтительнее для купирования этого состояния

# **Задача №7**

# Мужчина, 47 лет, поступил в урологическое отделение городской больницы с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области с иррадиацией в передне-внутреннюю поверхность левого бедра и левое яичко, которые начались четыре часа назад. В течение последних трех лет периодически отмечает ноющие боли то в правой, то в левой поясничной области. В анамнезе: заболевание суставов, долихосигма. При поступлении состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная, пульс – 60 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот симметричный, при пальпации мягкий, слабо болезненный в левом подреберье. Перистальтика не усилена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания (+) слева. Мочеиспускание учащенное, безболезненное. Стул – склонность к запорам с детства. В анализе мочи уд. вес 1020, реакция кислая (РН – 5,0), белок 0,066 г/л, L 7-10 в п/зр., Er. 15-20 в п/зр., соли ураты +++. На обзорной урограмме теней контрастных конкрементов не выявлено. При УЗИ в среднем и нижнем сегментах обеих почек определяются гиперэхогенные образования с акустической тенью размерами от 6 до 9 мм в диаметре. Лоханка левой почки расширена.

**Вопросы:**

1.Установите предположительный диагноз.

2.Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки клинического диагноза и установления вероятных причин камнеобразования.

3.Подберите заболевания для проведения дифференциальной диагностики.

4.Сделайте назначения для лечения больного в условиях стационара.

5.Назовите профилактические и лечебные мероприятия данного заболевания на амбулаторном этапе.

6.Укажите предположительный уровень обструкции левого мочеточника.

**Задача №8**

У больного 44 лет, поступившего в стационар через 6 часов после начала массивного ЖКК, проявившегося рвотой алой кровью и коллапсом, произведена ЭГДС. Установлен источник кровотечения − дуоденальная язва − и выполнена эндоскопическая коагуляция сосудов в дне язвы, после чего кровотечение остановилось. Больному назначено наблюдение и продолжение консервативных мероприятий.

**Вопросы:**

Укажите мероприятия консепвативной неотложной терапии

**Задача № 9.**

Больная, 73 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Сознание смутное. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом 4 года. Раньше лечилась только диетой. Последние два месяца стала принимать манинил по 1 табл. до завтрака и 1 табл. до ужина. Лечение манинилом вызвало повышенный аппетит. 3 дня назад по советам эндокринолога родственники резко ограничили больную в еде. К вечеру у больной развилось неадекватное поведение, агрессивность, дурашливость. На следующий день был приступ судорог, перестала ориентироваться в окружающем, стала отказываться от еды. Галлюцинировала. Сегодня утром потеряла сознание. Все эти дни лечение манинилом проводилось. Губы цианотичные. Кожные покровы влажные. Язык влажный. Тоны сердца глухие. В подлопаточной области выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Мерцательная аритмия. ЧСС 120 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Печень +5см, отеки голеней. Тонус мышц повышен. Клонические и тонические судороги. Симптомы Бабинского ±. Сахар крови 2,0 ммоль/л. В моче ацетон ±, сахар отрицательный.

**Вопросы:**

1.Поставьте предварительный диагноз: основное заболевание, его осложнение, сопутствующее и его осложнения.

2. Какова причина развития данного состояния?

3. Какие должны быть мероприятия?

4. Дайте рекомендации по дальнейшей сахарпонижающей терапии.

5. Выписать рецепт на Глибенкламид (Манинил).

**Задача № 10**

Больной, 30 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на выраженную слабость, вялость, жажду, боли в эпигастральной области, рвоту. Ухудшение состояния после перенесенного острого респираторного заболевания. Объективно*:* заторможен, вял, запах ацетона изо рта, кожа сухая, язык обложен грязно-коричневым налетом. Пульс -100 в минуту. АД - 100/60 мм.рт. ст. Пальпация живота болезненная в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет.

**Вопросы:**

1.Какой диагноз можно заподозрить?

2. Обоснование диагноза. Какой симптом наиболее характерен?

3.Как подтвердить диагноз?

4.Как вводить инсулин?

5.Показания для ощелачивающей терапии?

**Задача 11**

Мужчина 65 лет, страдающий гипертонической болезнью, сахарным диабетом II типа,ожирением, поссорился с дочерью. Внезапно почувствовал сильную головную боль, тошноту, упал. При осмотре в больнице: сопор, АД 220/110 мм. рт. ст. Выявлены положительные симптом Кернига с обеих сторон и ригидность мышц затылка, глубокие рефлексы S>D, симптом Бабинского слева.

**Вопросы :**

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?

2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.

3) Какие обследования необходимо провести?

4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

5) Возможные исходы заболевания?

6) Составьте план вторичной профилактики, включая диетные рекомендации.

**Задача 12.**

Девочка 7 лет лечится по поводу обострения хронического тонзиллита. Получает бисептол. Врачом было назначено внутримышечное введение пенициллина по 500 тыс. 2 раза в день. Через минуту после введения пенициллина в поликлинике появилась резкая бледность лица, цианоз слизистой оболочки губ, рвота, одышка, судороги, пульс нитевидный. Конечности холодные.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача №13**

У мужчины 52 лет после бессонной ночи наблюдается серия судорожных тонико- клонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противоэпилептические препараты принимает нерегулярно.

**Вопросы:**

1. Первая помощь?

2. Действие врача скорой помощи?

3. Обследование?

4. Клинический диагноз?

5. Лечение?

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского

Подготовка кадров высшей квалификации - ординатура

Специальность: 31.08.37 «Клиническая фармакология»

Дисциплина: Клиническая фармакология неотложных состояний

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. **Лечение гипертонического криза.**
2. **Проблемно-ситуационная задача №1**

Заведующий кафедрой

госпитальной терапии им. Р.Г.Межебовского

д.м.н., профессор Р.А.Либис

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент И.В.Ткаченко

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1. | ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать клиническую фармакологию основных лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях (фармакодинамику, фармакокинетику, показания и противопоказания, режим дозирования, взаимодействие, побочное действие); знать показания к проведению острого лекарственного теста. | вопросы №1-20 |
| Уметь контролировать правильность, своевременность введения лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях больному, их регистрацию, особенно лекарственных средств списка А; контролировать правильность внутривенного введения лекарственных средств, оказывающих выраженный, быстрый фармакологический эффект; | практические задания №1-13 |
| Владеть технологией организации и проведения научно-практических конференций, семинаров, разборов и других форм работы, позволяющих совершенствовать знания врачей по клинической фармакологии; навыками получения исчерпывающей информации от больного, выявлении общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента, применения общих и специальных методов исследования. | практические задания №1-13 |
|  | ПК-6 готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи | Знать вопросы организации контроля проведения современной, рациональной антимикробной фармакотерапии с принципами выявления и регистрации побочных эффектов и мероприятия по их купированию | вопросы №1-20 |
| Уметь помогать проводить фармакотерапию врачам стационара и поликлиники с учетом тяжести течения заболевания, состоянием функциональных систем, биоритма, генетического фона, особенностей фармакокинетики во всех возрастных группах | практические задания №1-13 |
| Владеть навыками оказания помощи при выборе комбинированной терапии с целью исключения нежелательного взаимодействия, снижение эффективности базового лекарственного средства; навыками оказания помощи в случае развития тахифилаксии к применяемому лекарственному средству. | практические задания №1-13 |