Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе, профессор

_____ / А.М. Лила /

«01» 02 2017 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

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

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2017 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

1) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 года № 1079.
2) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке программы государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология

№ п/п.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Должность	Место работы
1.	Ильяшевич Инна Геннадьевна	кмн доцент	доцент	СЗГМУ им Мечникова Кафедра терапии и клинической фармакологии
2.	Симаненков В.И.	дмн профессор	Зав.кафедрой	СЗГМУ им Мечникова Кафедра терапии и клинической фармакологии
По методическим вопросам				
3.	Михайлова О.А.			СЗГМУ им Мечникова отдел образовательных стандартов и программ

ГИА по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология обсуждена на заседании кафедры терапии и клинической фармакологии
«11» января 2017 г., протокол № 2.

Заведующий кафедрой, проф. _____ /Симаненков Владимир Ильич/
(подпись) (ФИО)

Одобрено методическим советом терапевтического факультета
«25» января 2017 г. Протокол № 1

Председатель, проф. _____ /Лобзин С.В./
(подпись) (ФИО)

СОГЛАСОВАНО:

Начальник учебного управления С.Л.Плавинский

Начальник центра подготовки КВК и ДПО О.Т.Гончаренко

Заведующий отделом образовательных стандартов и программ О.А.Михайлова

1. Общие положения

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

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

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

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

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

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

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

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

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

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

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

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

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

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

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

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

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;

- глубина и полнота ответов на вопросы.

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

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

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

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

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

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

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

демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

4. Порядок подведения итогов государственной аттестации

На каждого выпускника, освоившего программу ординатуры, заполняется протокол приема государственного экзамена по специальности, в который вносятся вопросы билетов и дополнительные вопросы членов ГЭК. Протокол государственного экзамена по специальности подписывается теми членами ГЭК, которые присутствовали на экзамене.

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

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

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

Протоколы заседаний ГЭК хранятся в архиве Университета

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

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

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

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

Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.37 «Клиническая фармакология» При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

5.2 Вопросы, выносимые на государственный экзамен

5.2.1. Вопросы для собеседования

1. Врач - клинический фармаколог. Роль врача клинического фармаколога. Задачи врача клинического фармаколога. Обязанности врача клинического фармаколога
2. Укажите виды побочных действий, зависящих от дозы препарата?
3. Эффект первого прохождения через печень? Для каких препаратов он характерен?
4. Понятие о клинической фармакокинетике и фармакодинамике
5. Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности ноотропов
6. Побочные эффекты лекарств. Понятие о псевдоанафилаксии
7. Основные принципы фармакотерапии
8. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств в детском возрасте
9. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств в пожилого и старческого возрасте
10. Фармэкономика Понятие о лекарственном формуляре лечебного учреждения. Обсуждение различных вариантов формуляров
11. Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности гиполипидемических лекарственных средств

12. Какие препараты при применении которых совместно с теофиллинами пролонгированного действия снижают выведение их из организма?
13. Что может возникнуть при длительном использовании сильных диуретиков?
14. Что является показаниями к применению бета-блокаторов?
15. Какие препараты используются для купирования астматического статуса?
16. Какие лекарственные средства оказывают местный эффект на пептическую язву?
17. Дайте определение биодоступности. Для определения чего важна ее величина?
18. Перечислите безусловные показания к лечению антиаритмическими препаратами?
19. Перечислите показания для назначения антидепрессантов?
20. Какие препараты используются для купирования астматического статуса?
21. Какие лекарственные средства оказывают местный эффект на пептическую язву?
22. Какие группы лекарственных средств необходимо ввести при анафилактическом шоке?
23. Перечислите группы гипотензивных препаратов**?**
24. При каких состояниях характерно увеличение периода полувыведения (Т1/2)?
25. Что является абсолютным противопоказанием к назначению сердечных гликозидов?
26. Что относится к общепринятым способам установления аллергии на пенициллин?
27. При выборе режима дозирования лекарственных средств на основе периода полувыведения (Т ½) необходимо определять?
28. Какие лекарственные средства, повышающие риск развития интоксикации сердечными гликозидами?
29. Какие критерии используются при оценке эффективности антибактериальной терапии?
30. Что может вызвать пароксизмальную предсердную или узловую тахикардия? И как ее купировать?
31. Какие лекарственные средства, повышающие риск развития интоксикации сердечными гликозидами?
32. Понятие о псевдоанафилаксии. Побочные эффекты лекарств
33. Какой эффект может наблюдаться при длительном применении психостимулирующих средств?
34. Абсолютные противопоказания к применению нитратов
35. Какой эффект может наблюдаться при использовании антидепрессантов-ингибиторов МАО на фоне диеты, изобилующей продуктами, содержащими тирамин (сыр Чеддер, маринады и т.д.)?
36. Для каких целей используются комбинация антибактериальных препаратов. Что такое ступенчатая терапия антибактериальными препаратами?
37. Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности отхаркивающих средств рефлекторного действия, муколитических препаратов, стабилизаторов мембраны тучных клеток
38. Тактика применения желчегонных лекарственных средств

39. Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности антиаритмических лекарственных средств
40. Препараты, применяемые для коррекции кислотно- основного состояния и ионного равновесия в организме
41. Принципы выбора препаратов стимулирующие процессы иммунитета
42. Муколитические препараты. Показания, противопоказания. Особенности назначения.
43. Слабительные средства. Классы. Особенности каждой группы
44. Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности гиполипидемических лекарственных средств.
45. Клиническая фармакология фибринолитических и антитромбоцитарных лекарственных средств
46. Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, влияющих на моторную функцию ЖКТ
47. Хронофармакология и рациональное назначение лекарств
48. Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, влияющих на мозговой кровоток
49. Периферические вазодилятаторы
50. Принципы лечения отравления лекарственными препаратами. Регистрация побочных реакций лекарственных средств
51. Противовирусные лекарственные средства
52. Имунносупресивная терапия при заболеваниях почек. Показания, противопоказания и тактика ведения больных.
53. Виды заместительной почечной терапии. Показания к плановому началу ЗПТ методом гемодиализа.
54. Основные принципы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные схемы антихеликобактерной терапии.
55. Принципы консервативного лечения язвенного колита в разные фазы заболевания в зависимости от степени тяжести процесса.
56. Лечение синдрома раздраженного кишечника: возможности патогенетической и симптоматической терапии
57. Препараты первого и второго ряда в лечении сахарного диабета 2 типа.
58. Гипогликемическая кома Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.
59. Лечение и профилактика аддисонического криза.
60. Гипопаратиреоз. Лечение и профилактика.
61. Остеопороз. Лечение и профилактика.
62. Дислипопротеинемии. Принципы лечения.
63. Антитромбоцитарная терапия ишемической болезни сердца.
64. Нестабильная стенокардия. Классификация. Тактика лечения.
65. Артериальная гипертензия. Тактика ведения и лечения пациентов с низким и средним риском
66. Гипертонический криз Тактика ведения и лечения пациентов с высоким риском.
67. Особенности лечения симптоматической гипертензии в зависимости от поражения органов-мишеней и сопутствующей патологии.

68. Особенности лечения артериальной гипертензии в зависимости от поражения органов-мишеней и сопутствующей патологии.
69. Особенности лечения сердечной недостаточности при миокардитах.
70. Медикаментозное лечение инфекционного эндокардита.
71. Лечение предсердной тахикардии.
72. Профилактика тромбоэмболий в большой круг кровообращения при фибрилляции предсердий.
73. Место бронхолитиков в терапии бронхиальной астмой
74. Показания для назначения глюкокортикоидов в терапии бронхиальной астмы. Фармакокинетика, фармакодинамика клюкокортикостероидов
75. Тактика лечения железодефицитных анемий
76. Лечение кардиогенного шока
77. Лечение отека легких
78. Принципы лечения различных функциональных классов стенокардии напряжения.
79. Лечение астматического статуса
80. Лечение отдельных форм васкулитов.
81. Принципы терапии СКВ
82. При диабетической нефропатии оптимально использовать следующие гипотензивные препараты
83. Обращение лекарственных средств в России
84. Лечение хронического вирусного гепатита С
85. Какие документы надо представить в ЛЭК до начала клинического исследования
86. Наиболее частые побочные эффекты при назначении фторхинолонов
87. Суточную дозу каких антибактериальных препаратов необходимо корректировать при почечной недостаточности
88. Суточную дозу каких антибактериальных препаратов необходимо корректировать при печеночной недостаточности
89. Какие группы антибактериальных препаратов можно использовать у беременных
90. Какие уровни доказательности существуют при изучении лекарственных препаратов
91. Регуляторная стратегия при проведении исследований биоэкивалентности, дизайны исследований.
92. Регуляторная стратегия при проведении исследований биоэкивалентности, дизайны исследований.
93. Влияние глюкокортикостероидов на костно-мышечную систему
94. Показания, противопоказания для пульс терапии глюкокортикостероидов
95. Фазы клинических исследований по стандартам GCP
96. Серьезное негативное явление
97. Уязвимые контингенты в клинических исследованиях
98. Общие принципы формирования содержания образования
99. Три главные составляющие образовательного процесса
100. Основные задачи педагогики

5.2.2 Ситуационные задачи

Задача1

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

При обследовании:

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

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

Установлен диагноз: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония

Вопросы:

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

Задача 2

Женщина 55 лет, школьный учитель, обратилась впервые к врачу с жалобами на боли в каленных суставах при движении, наиболее выраженые при спуске по лестнице. В правом коленном суставе боль более интенсивная. Считает себя больной около 5 лет. Последнее время боли усилились. По утрам отмечает скованность в суставах в течении 5-10 минут. Из анамнеза: язвенная болезнь 12 перстной кишки в стадии ремиссии.

Поставлен диагноз:Остеоартроз колленых суставов, декомпенсация

Вопрос1:

Какова тактика назначения неселективных НПВС у данной пациентки с учетом высокого риска желудочно-кишечных осложнений?

Вопрос2

С какого варианта из нижеперечисленных считается целесообразным начать лечение у данной пациентки? Обоснуйте свой выбор

А)пероральные неселективные НПВС (ибупрофен в дозе 1200 мг в сутки или диклофинак в дозе 100 мг в сутки

Б) пероральные селективные ингибиторы СОХ-2 (мелоксикам 7,5 мг 1-2 раза в день

В)пероральные неселективные НПВС, при необходимости добавляя парацитамол в дозе 500мг 3-4 раза в день

Г)симптом-модифицирующие медленно-действующие препараты (глюкозамин, хондроитин), при необходимости добавляя парацетамол в дозе 500 мг 3-4 раза в день

Задача3

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

Вопросы:

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

Задача 4

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

Вопросы:

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

Задача 5

Пациентка 28 лет, поступила в плановом порядке для оперативного лечения хронической варикозной болезни нижних конечностей. При осмотре - трофических изменений кожи нижних конечностей нет, пациентка не лихорадит, по данным клинического анализа крови - лейкоциты – $6,5*10^9$ /л, нейтрофилы 57%, лимфоциты –

30%, моноциты - 8%, эозинофилы -2%, базофилы - 3%; Эритроциты $4,2*10^{12}$/л, Гемоглобин - 126 г/л, СОЭ –4 мм/ч. Из сопутствующей патологии – страдает хроническим бронхитов, в настоящее время - вне обострения. В послеоперационном периоде был назначен цефтриаксон 1,0 г 2 раза в сутки в течение 5 дней.
Вопрос:
Оцените правильность назначение цефтриаксона в послеоперационном периоде. Как в случае согласия, так и несогласия – ответ обоснуйте

Задача № 6

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

- клинический анализ крови - лейкоциты – $9,8*10^{9}$/л, нейтрофилы 82%,лимфоциты – 7%, моноциты - 5%, эозинофилы -3%, базофилы - 3%; Эритроциты $3,8*10^{12}$/л, Гемоглобин - 110 г/л, СОЭ –35мм/ч
- биохимический анализ крови АСТ – 35 ммоль/л, АЛТ - 37 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л
- посев крови – на 2е сутки рост S.aureus (оксациллин - резистентный, ампициллин - резистентный, цефтриаксон - чувствительный, гентамицин – чувствительный, ципрофлоксацин – чувствительный, ванкомицин – чувствительный).

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

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

Задача 7

Пациентка 77 лет поступила на хирургическое отделение с кишечной непроходимостью, в процессе операции была выявлено опухоль сигмовидной кишки, обтурирующая просвет кишки, перфорации кишки выявлено не было. В послеоперацион-

ном периоде получала ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки, в связи с дыхательной недостаточностью продолжала находиться на ИВЛ. На 2-е сутки после операции уровень температуры 37 °С, уровень лейкоцитов -10,0 *10^9/л, нейтрофилы 75%, однако на 8-е сутки послеоперационного периода отмечено нарастание уровня лейкоцитов до 17,2 *10^9/л, нейтрофилы 95%, температура тела - 38 °С, при санации трахео-бронхиального дерева - гнойное отделяемое. выполнен рентген легких – инфильтрация легочной ткани в средних отделах левого легкого. Диагностирована нозокомиальная пневмония.

Вопросы:

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

Задача 8

Больной С., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 20 лет. Приступы удушья чаще возникают при переходе из тёплого помещения на улицу и наоборот, обычно купируется приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, и ещё лучше и быстрее – ингаляциями орципреналина (астмопента) по 2 ингаляции с интервалом в несколько минут. Ухудшение самочувствия обычно наблюдается весной и осенью. В настоящее время приступы обычно возникают 4-5 раз в неделю, иногда просыпается ночью от ощущения нехватки воздуха. 6 месяцев назад перенёс мелкоочаговый инфаркт миокарда. Сейчас приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются после прекращения нагрузки или приёма нитроглицерина сублингвально. АД – 170/90 мм рт. ст., ЧСС – 86/мин, пульс ритмичный. Периферических отёков нет. $ОФВ_1$ = 64 % от должного, прирост $ОФВ_1$ после пробы с фенотеролом (беротеком) – на 26 %.

А. Определите патогенетический вариант и степень контроля бронхиальной астмы.

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

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

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

Обоснуйте Ваш выбор.

Г. Какой бронхолитик будет наиболее предпочтительным для пациента?

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

8. Тиотропия бромид (спирива)

Обоснуйте Ваш выбор.

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

Задача 9

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

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

Б. Как можно уменьшить проявления нежелательных побочных реакций препарата?

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

В. Как можно нормализовать имеющиеся у больной метаболические нарушения?

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

Г. Оцените взаимодействие назначенных препаратов между собой.

Задача 10

Больной В., 49 лет, поступил в пульмонологическое отделение с частыми приступами удушья и экспираторной одышкой. Страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет. Приступы удушья стали беспокоить после перенесённой ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Обычно обострения возникают в осеннее-весенний период, чаще – после простудных заболеваний. Три года назад, при выраженном обострении БА, принимал преднизолон в течение месяца (30 мг/сут, с постепенным снижением дозы). Постоянно противовоспалительных препаратов не получает. Ухудшение состояния наблюдается в последние 2 недели, после заболевания гриппом. Состояние больного ухудшалось постепенно, увеличивалась потребность в брон-

холитиках: до 10-12 доз/сут сальбутамола в последние 2 дня, вместо обычных 2-4 доз; наросла одышка, кашель стал малопродуктивным. Температура тела нормальная. В клиническом анализе крови: лейкоциты – $8x10^9$/л (п/яд. – 3%, с/яд. – 57%, моноциты – 2%, лимфоциты – 28%, эозинофилы – 8%, базофилы – 2%), СОЭ – 15 мм/ч. При рентгенологическом исследовании в легких – без очаговых и инфильтративных изменений. $ОФВ_1$ – 47%; при фармакологической пробе с фенотеролом (беротеком) выявлено увеличение $ОФВ_1$ на 16%.

А. Определите патогенетический вариант и степень контроля бронхиальной астмы.

Б. Ваша тактика по купированию обострения заболевания:

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

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

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

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

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

Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 11

Больная, 33 лет, страдает преимущественно аллергической (атопической) формой бронхиальной астмы в течение 7 лет. В детстве страдала диатезом на цитрусовые и шоколад, с 16-летнего возраста – поливалентная пищевая аллергия и крапивница. Обострения астмы обычно возникают поздней весной и летом, в период цветения растений или после погрешности в диете, и часто сопровождаются крапивницей. Приступы удушья купирует ингаляциями сальбутамола по 1-2 дозы. В осенне-летний период с целью профилактики приступов применяет кромогликат натрия (интал) по 2 ингаляции 3-4 раза в сутки, что снижает частоту приступов бронхоспазма. Для лечения крапивницы обычно принимает хлоропирамин (супрастин) по

25 мг (1 таб.) 3 раза в день, с хорошим клиническим эффектом, однако отмечает при этом слабость и сонливость. В настоящее время наблюдается ухудшение самочувствия: приступы удушья возникают 3-4 раза в неделю. На коже – уртикарная сыпь. $ОФВ_1$ = 82% от должного, проба с фенотеролом (беротеком) положительна. В крови – эозинофилия (12%). Сейчас пользуется только сальбутамолом. Обратилась в поликлинику с целью подбора терапии.

А. Определите степень контроля бронхиальной астмы.

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

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

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

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

Задача 12

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

А. Ваше представление о больной

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

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

Г. Какие меры необходимо принимать для профилактики приступов?

Задача 13

Больной И., 58 лет, поступил с жалобами на выраженную одышку экспираторного характера, периодические приступы удушья, кашель с мокротой сероватого цвета (преимущественно по утрам). Одышка беспокоит в течение 6 лет, интенсивность её

постепенно нарастала. Ухудшение состояния – в течение недели, после перенесённого ОРВИ. Удушье купирует приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, к врачам не обращался. Часто болеет простудными заболеваниями. Курит с 16-летнего возраста, сейчас – по 2 пачки сигарет в день; алкоголь употребляет умеренно. Гиперстеник, грудная клетка бочкообразная. ЧДД – 26/мин; при перкуссии лёгких – коробочный звук; дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 80/мин, АД – 160/100 мм рт. ст. $ОФВ_1$ = 45% от должного, прирост $ОФВ_1$ после ингаляции фенотерола (беротека) – 4%; $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ = 0,5.

А. Составьте представление о больном, определите тяжесть заболевания.

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

В. Необходимо ли продолжение лечения после купирования обострения?

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

1. Теофиллин пролонгированный (теопек) перорально регулярно
2. Сальбутамол ингаляционно по требованию
3. Окситропия бромид (оксивент) ингаляционно регулярно
4. Аминофиллин (эуфиллин) перорально по требованию
5. Дексаметазон перорально курсами
6. Преднизолон перорально постоянно
7. Беклометазон ингаляционно регулярно
8. Пролонгированная оксигенотерапия
9. Вакцинация против гриппа
10. Римантадин (ремантадин) курсами при обострении

Обоснуйте Ваш выбор.

Д. Оцените взаимодействие назначенных препаратов между собой.

Задача 14

Пациентка М., 70 лет, поступила на отделение терапии с диагнозом: «Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония». Из сопутствующей патологии – ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК; ГБ 3 ст., 3ст., риск 4; Хронические пиелонефрит, вне обострения. Была назначена следующая терапия: гентамицин по 80 мг 3 раза в сутки, цефазолин по 1 г 2 раза в сутки, амброксол по 30 мг 3 раза в сутки, аминофиллин (эуфиллин) 2,4% 10 мл в/в капельно на физ. растворе, реамберин, эналаприл по 5 мг 2 раза в сутки, метопролол по 12,5 мг 2 раза в сутки, ацетилсалициловая кислота (Тромбо АСС 100 мг 1 раз в сутки). На фоне проводимой терапии состояние несколько улучшилось, однако сохраняется субфебрильная температура 37,5 ^{0}С (при поступлении до 38,4 ^{0}С), отчетливой положительной рентгенологической динамики не отмечается, по данным клинического анализа крови – сохранение лейкоцитоза (Л – 10,2 х 10^9/л, при поступлении 11 х 10^9/л); при контрольном биохимическом исследовании крови выявлено увеличение концентрации креатинина и мочевины.

Вопросы:

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

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

Задача 15

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

В настоящее время получает: пропранолол по 40 мг 3 раза в сутки, эналаприл по 10мг 2 раза в сутки, аспирин 500 мг – по ¼ таб. 1 раз в сутки, варфарин 2,5 мг 1 раза в сутки, гидрохлоротиазид (гипотиазид) по 25 мг 1 раз в сутки, нитроглицерин по требованию.

На фоне проводимой терапии пациент отметил изменение цвета мочи (бурая) и двукратное носовое кровотечения на фоне обычных цифр АД, по поводу чего обратился в поликлинику. При обследовании МНО – 4,5.

Вопросы:

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

Задача 16

1. Больной И., 48 лет, поступил в клинику с диагнозом: ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда левого желудочка. Осл: ХСН II ФК, кардиогенный шок.

На ЭКГ: помимо признаков инфаркта миокарда, неполная AV блокада, частые желудочковые экстрасистолии.

1. Можно ли больному назначить сердечные гликозиды?
2. Какой фармакодинамический эффект сердечных гликозидов является противопоказанием к назначению при AV блокаде?
3. Какой фармакодинамический эффект сердечных гликозидов является противопоказанием к назначению при желудочковых экстрасистолиях?
4. Какой фармакодинамический эффект сердечных гликозидов является противопоказанием к назначению при трансмуральном инфаркте миокарда (если нет AV- блокады и желудочковых экстрасистолий).
5. Какой лекарственный препарат обладающий положительным инотропным эффектом и повышающий АД вы бы назначили данному больному?

Задача 17

У больного обнаружили язву в пилорическом отделе желудка. Также подтверждено инфицирование H.pylori.

1. Какой из цитопротекторов показан больному?
2. На чем основывается бактерицидный эффект этого препарата?
3. Режим дозирования этого препарата?
4. Какие побочные эффекты препарата Вы знаете?

5. Что возможно ожидать при совместном применении этого препарата с антацидами?

Задача 18

Больной К., 34 лет, с диагнозом: внебольничная правосторонняя нижнеедолевая пневмония. Дома начала принимать по назначению врача гентамицин по 80 мг 4 раза в сутки. Через неделю температура не снизилась и больной стал плохо слышать.

1. Контроль эффективности антибиотикотерапии и правильно ли выбран препарат?
2. Правильна ли была назначена доза препарата?
3. Какое побочный эффект препарата возник у больного и с чем это связано?
4. Какая группа препаратов применяется при эмпирической терапии крупозной пневмонии?
5. При неэффективности выбранной вами группы, какие еще группы антибиотиков можно применять?

Задача 19

Больному И., 56 лет, с суставной формой ревматоидного артрита был назначен делагил по 250 мг 2 раза в день.

1. Назовите фармакодинамические эффекты делагила?
2. Как назначается делагил при ревматоидном артрите для безопасности терапии?
3. Какие побочные эффекты делагила можно ожидать?
4. Какие исследования нужно проводить больному для выявления побочных эффектов?
5. Как долго больной может принимать делагил?

Задача 20

У больного К, 52 лет, гипертоническая болезнь IIст. АГ – IIст, ФР- II. Последнее ухудшение состояние обусловлено эмоциональным стрессом. В момент осмотра: АД 170/100 мм.рт.ст., ЧСС 90 уд. в минуту. Врач назначил метапролол по 25 мг 2 раза в сутки.

1. К какой группе относится выбранный препарат и согласны ли вы с назначением врача?
2. Через 5 дней лечения после лечения АД 150/95 мм.рт.ст., ЧСС 75 уд в мин. Ваша тактика?
3. Контроль эффективности выбранного вами препарата?
4. Какие побочные эффекты бета-блокаторов вы знаете?
5. Какие противопоказания к назначению бета-блокаторов?

Задача 21

У больного наблюдается кровоточивость, ахлоргидрия, анемия, снижение иммунитета.

1. Дефицит какого витамина наблюдается у больного?
2. Какой препарат вы назначите больному, его режим дозирования?
3. Какая профилактическая доза препарата?
4. Перечислите фармакодинамические свойства препарата?

5. При каких патологических состояниях наблюдается дефицит данного витамина?

Задача 22

Больной 36 лет находится в стационаре с диагнозом: Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма. ХПН, терминальная стадия. АД 180/120 мм.рт.ст. Суточный диурез 0,8 л. Количество принятой жидкости около 1 л. Калий в плазме 6,0 ммоль/л, белок 50 г/л. Клубочковая фильтрация – 24 мл/мин.

1. Какой диуретик показан больному?
2. Какие группы диуретиков противопоказаны?
3. Возможная причина рефрактерности к диуретической терапии в данном случае?
4. Какой положительный диурез должен быть у больного?
5. Укажите противопоказания к выбранному препарату.

Задача 23

Больной С., 25 лет, поступил в клинику с диагнозом: Ревматизм, активная фаза. Возвратный ревмокардит. Митральный порок сердца с преобладанием недостаточности. Осложнение: ХСН II ФК. Мерцательная артимия тахисистолическая форма. Функция печени нормальная. Обнаружено нарушение функции почек, мочевина 15 ммоль/л, креатинин 1,9 ммоль/л.

1. Есть ли в показания к назаначению сердечных гликозидов? Обоснуйте свой ответ.
2. Какие сердечные гликозиды оптимальны и безопасны в данном случае?
3. Нозовите дозу насышения и поддерживающую дозу выбранного Вами препарата.
4. Методы контроля эффективности и безопасности терапии сердечными гликозидами?

Задача 24

В клинику поступил больной с диагнозом "ИБС. Острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка". Встал вопрос о назначании антикоагулянтов.

1. Какие антикоагулянты нужно назначить больному?
2. Механизм бействия выбранного Вами препарата?
3. Методы контроля эффективности и безопасности выбранного Вами препарата?
4. Возможные побочные эффепкты выбранного Вами препарата?
5. Как можно предотвратить данный побочный эффект?

Задача 25

К Вам обратился больной с приступом бронхиальной астмы.

1. назовите лекарственные средства, применяемые для лечения бронхиальной астмы.
2. Какие лекарственные средства относятся к бронходилятаторам?
3. Асновной механизм действия метилксантинов.
4. Бронходилятирующая концентрация теофиллина в крови?
5. Побочные эффекты метилксантинов.

Задача 26

У больного обнаружена язва 12-перстной кишки, в фазе обострения. Резистентность к блокаторларам Н2-гистаминовых рецепторов.

1. Можно ли назначить ингибиторы протонной помпы данному больному? Какие препараты из этой группы лекартсвенных средств ВЫы знаете?
2. Режим дозирования выбранного Вами препарата?
3. Применяется ли данный препарат для профилактики язвенной болезни?
4. Продолжительность курса лечения данным препаратом?
5. Противопоказания к назначению выбранного препарата?

Задача 27

У больного хроническая форма мерцательной аритмии.

1. Есть ли показания к применению антикоагулянтов? Если есть, то какие антикоагулянты Вы назначите больному?
2. Механизм действия выбранного антикоагулянта?
3. Контроль эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии?
4. Какие побочные эффекты могут возникнуть при применении выбранного препарата?
5. Лечение возникшего побочного эффекта?

Задача 28

Больной 48 лет поступил в клинику с диагнозом: ИБС, острый трансмуральный инфаркт миокарда. Кардиогенный шок. Частые желудочковые экстрасистолы. Назначены нитраты, дофамин, антикоагулянты. Встал вопрос о назначении антиаритмических средств.

1. Препаратом выбора в данной ситуации является.
2. Пути и способы введения препарата, рекомендуемые дозы.
3. При отсутствии выбранного препарата можно назначить.
4. Доза препарата должна быть.

Задача 29

Больной С. 56 лет по поводу стенокардии принимает нитросорбид по 10 мг 4 раза в сутки. ЧСС — 80 в мин., А/Д 140/80 мм рт.ст.

Через 1 месяц после начала терапии вновь участились приступы стенокардии.

1. Каковы возможные причины ухудшения состояния?
2. Ваша тактика.
3. Как изменится ваша антиангинальная терапия, если у больной на фоне терапии нитратами возникнет инсульт головного мозга?

Задача 30

58 – летний больной страдает артериальной гипертонией в течении 3 лет. Год назад перенес инфаркт миокарда, отмечались приступы загрудинных болей, перебои в работе сердца. Объективно: ЧСС — 90 мин., А/Д 180/90 мм рт.ст. На ЭКГ: предсердная экстросистолия, гипертрофия левого желудочка, рубцовые изменения миокарда. PQ – 0,18 с.

1. Какие из препаратов более рационально назначить для начального лечения в данной ситуации?
2. Почему?

Задача 31

У больного 62 лет гипертоническая болезнь с лабильным уровнем АД. Поступил с ухудшением вследствие психоэмоционального стресса. При осмотре состояние удовлетворительное, незначительная головная боль. А/Д 170/100 мм рт.ст. (рабочий уровень 120/70 мм рт.ст.). ЧСС 90 в мин. Лечащий врач назначил пропранолол по 20 мг 3 раза в сутки.

1. Согласны ли вы с назначенным лечением?
2. Через 5 дней от начала лечения полной нормализации А/Д не наступило (А/Д 150/90 мм рт.ст.), ЧСС 80 в мин. Какова ваша тактика?
3. Какие изменения можно ожидать при назначении дополнительно к проводимому лечению верапамила?

Задача 32

У 60 – летнего больного сахарным диабетом (получает манинил) в течении ряда лет выявляется артериальная гипертония. Объективно: ЧСС — 100 в мин. А/Д 180/90 мм рт.ст., сахар крови 7,9 ммоль/л. ЭхоКС: дилатация полости левого желудочка, умеренная гипертрофия. Протеинурия 1 г/л.

1. Какие группы гипотензивных лекарственных средств наиболее показаны в данной ситуации?
2. С чем связан эффект выбранных групп препаратов?

Задача 33

У больного с ИБС длительно принимавшего аспирин появился дектеобразный стул. Объективно: больной бледный, покрыт липким холодным потом. Пульс слабого наполнения, напряжения, А/Д 80/40 мм рт.ст. Выяснилось, что ранее больной страдал язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. За последние 2-3 года больного ничего не беспокоило.

1. Оцените клиническую ситуацию?
2. С чем связано ухудшение состояния больного?

Задача 34

У больной К. 63 лет сахарный диабет в течении 6 лет. Постоянно принимает глибенкламид. Поступила в отделение с жалобами на кашель со скудной, слизистой мокротой, повышение температуры тела до 37,2 °С, озноб. На 2-й день госпитализации усилился кашель, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании. При осмотре выявлены физикальные признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии, подтвержденные рентгенологически.

- Какие антибактериальные препараты являются препаратами эмпирической терапии
- Какими препаратами следует продолжить лечение?

Задача 35

Больному тромбофлебитом проводится антикоагулянтная терапия варфарином. Протромбиновый индекс 65%. В связи с обострившимся хроническим бронхитом к лечению добавлен цефтриаксон по 1,0 Х 2 раза в сутки в/м

- Как измениться показатель протромбинового индекса?
- С чем связаны выявленные нарушения?

Задача 36

Больной 63 лет в течение 4 недель получал клофелин 0,3 мг/сут. В связи с тем, что АД снизилось со 190/110 до 120/80 мм.рт.ст. врач рекомендовал временно отменить препарат. Через 2 дня появились выраженные головные боли, сердцебиение, АД 210/120 мм.рт.ст.

1. В чем причина ухудшения состояния больного?
2. Укажите отличительный фармакокинетический признак, характерный только для клофелина
3. Какие побочные эффекты клофелина Вы знаете?

Задача 37

Больной 42-х лет страдал умеренной артериальной гипертензией. В течение последних двух лет установилась артериальная гипертония на уровне 240/140 мм.рт.ст. Над пупком слева выслушивается систолический шум.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие группқ гипотензивных средств являются препаратами выбора?
3. Противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ при данной патологии является?
4. Побочные эффекты ингибиторов АПФ

Задача 38

Больная 45 лет доставлена в клинику в тяжелом состоянии с затяжным приступом бронхиальной астмы (6 часов). Бронхиальной астмой страдает более 4 лет. Последние 2 года практически постоянно пользуется ингаляциями бета$_2$-агонистов до 6-8 раз в сутки. При возникновении настоящего приступа удушья получила 6 ингаляций сальбутамола с интервалом в 15 минут. Эффект был очень кратковременным, но в последующем резко ухудшились признаки бронхиальной обструкции

1. Объясните патогенез возникшего состояния:
2. Какие мероприятия необходимо провести для лечения описанного состояния?
3. Механизм действия выбранного препарата для купирования данного состояния?
4. Какие бета$_2$-агонисты можно назначить больной для контроля над астмой?

Задача 39

Больной 36 лет с диагнозом: «Микронадулярный (портальный) цирроз печени, прогрессирующие течение, стадия декомпенсации. Синдром портальной гипертензии (асцит, отеки)».

1. Подберите диуретическую терапию с учетом патогенеза отечного синдрома.
2. Подберите необходимые методы контроля за эффективностью и безопасностью проводимой терапии.
3. Какой диурез следует считать эффективным и безопасным (в отношении к принятой жидкости).

Задача 40

У больного мочекаменной болезнью в послеоперационном периоде приступы болей возобновились, в моче обнаружены соли кальция.

1. Для предупреждения рецидива мочекаменной болезни какие диуретики можно рекомендовать больному?
2. Чем обоснован выбор?

Задача 41

Больная К., 47 лет, повышенного питания (вес 84 кг), доставлена в клинику в тяжелом состоянии с приступом удушья, который длится около 8 часов. В домашних условиях приняла за несколько раз 6 ингаляционных доз сальбутамола, которым постоянно пользуется без эффекта. Вызвана неотложная помощь, которая ввела больной в/в 2,4%-10 мл эуфиллина. Приступ удушья не купировался и больная была госпитализирована.

1. Объясните причину неэффективности симпатомиметиков:
2. Объясните причину не эффективности эуфиллина:
3. Ваша тактика в возникшей ситуации?

Задача 42

Женщина 26 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах кистей рук, мелких суставов ног, локтевых и коленных; припухлость, ограничение движение в них, повышение местной температуры, утреннюю скованность в течение 30 минут; повышение температуры тела до 37,2°С. Из анамнеза: считает себя больной в течение I года, когда впервые после переохлаждения появились боли симметричные в мелких суставах, припухлось их и ограничение движения из-за болей. Кроме того в течение 4 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с весенне-осенними обострениями. Для купирования болевого синдрома самостоятельно начала принимать индометацин 25 мг 4 раза в сутки. К концу 7 дня приема у больной появились боли в эпигастрии поздние, голодные, ночные, изжога.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Механизм ульцерогенного действия НПВЛС?
3. Какие НПВС можно рекомендовать больной?

Задача 43

У мужчины 35 лет, 1 год назад, после переохлаждения, появились боли в поясничной области, преимущественно ночью, усиливающиеся при наклоне, повышение температуры тела до 39^0 С. При поступлении состояние больного средней тяжести. Астеник, пониженного питания, кожа бледная, горячая на ощупь. Отмечается при пальпации резкая болезненность в паравертебральных точках, сглаженный поясничный лордоз. Поясничный отдел позвоничника в виде бамбуковой палки, «+» симптом Лассега, В легких везикулярное дыхание, пульс 92 в 1 мин, АД 110/70 мм.рт.ст., Живот мягкий без/болезненный, отеков нет. В обуем анализе крови: гемоглобин 96 г/л, эрит-3,6х10^{12}/1 лейк – 6,2 х 10^9/1. СОЭ–46 мм/час, Гаптоглобин-1400, АСЛО 250 ед,, ревматоидный фактор– (-), С-реактивный белок 3+.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие группы препаратов являются препаратами выбора при данной патологии?
3. Что относится к показателям контроля эффективности НПВЛС при болезни Бехтерева?

Задача 44

Больной 55 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с ЧСС 170 ударов в минуту, внезапно начавшейся. На ЭКГ: интервалы R-R укорочены и равны, QRS – нормальный, отрицательный зубец Т. В/в введение изоптина 20 мг купировало

притсуп аритмии. Переход на пероральный прием верапамил по 40 мг 3 раза в сутки оказался неэффективным. Приступ пароксизма через 7 часов повторился.

1. Какая форма нарушения ритма возникла у больного?
2. Почему 120 мг верапамила внутрь были неэффективны для удержания ритма?
3. Ваша дальнейшая тактика после купирования пароксизма

Задача 45

Больная М., 59 лет, поступила с диагнозом: эссенциальная артериальная гипертензия 3 степени, очень высокого риска, гипертонический криз, хроническая сердечная недостаточность II функционального класса (по NYHA), остеохондроз шейного отдела позвоночника, обострение; ХОБЛ, дыхательная недостаточность I ст.; язвенная болезнь желудка, ремиссия; ожирение III ст. Из анамнеза: артериальной гипертензией страдает около 3 лет, больная в течение 1 года постоянно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, индапамид 2,5 мг 1 раз в сутки, на фоне которых АД оставалось стабильным — на уровне 130/80 мм рт.ст. Отмечает, что за 2 дня до гипертонического криза в связи с возникновением болей в спине начала самостоятельно выполнять в/м введение диклофенака натрия. Объективно: состояние средней тяжести, больная возбуждена, повышенного питания, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Болезненность паравертебральных точек. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=PS=100 уд/мин, АД=220/110 мм рт.ст. В легких – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы, частота дыхания 20–21 в минуту. Органы брюшной полости без патологии. В биохимическом анализе крови креатинин – 90 мкмоль/л, билирубин общий –16,0 мкмоль/л, Na^+ — 141 ммоль/л, K^+ — 3,7 ммоль/л, Ca^{2+} — 2,8 ммоль/л, АЛТ-21, АСТ-23, ЛПНП – 151 мг/дл. ЭКГ: ритм синусовый, PQ — 0,17 с, QRS — 0,11 с.

1. Какой препарат показан для купирования гипертонического криза у больной?
2. Какая группа препаратов противопоказано для длительной терапии артериальной гипертензии у больной?
3. Что является наиболее вероятной причиной развития гипертонического криза у больной?

Задача 46

65-летняя женщина, страдающая депрессией и остеоартиритом, была госпитализирована 1 месяц назад по поводу тромбоза глубоких вен левой голени. Её фармакотерапия включала флуокситин 10 мг ежедневно, варфарин 5 мг в день, кроме того, она принимала кодеин. После начала фармакотерапии пациентка отмечает снижение эффективности кодеина. К терапии был добавлен трамодол. Пациентка дополнительно принимала индометацин. Два дня назад Вы добавили к терапии ципрофлоксацин для лечения обострения хронического пиелонефрита. Сегодня у пациентки появились кровоподтеки на руках, и она говорит, что её стали беспокоить ночные кошмары.

1.Какова причина Геморрагического синдрома

2. С чем связаны ночные кошмары

3. С чем связано снижение анальгетического эффекта кодеина?

Задача 47

Больной К., 59 лет, предъявляет жалобы на загрудинные боли сжимающего характера, иррадиирующие в левую подлопаточную область, чувство страха, эмоциональную лабильность, чувство нехватки воздуха. Указанные симптомы возникли в течение 2 часов, после выполнения длительной физической нагрузки. Из анамнеза известно о наличии гипертонической болезни II стадии, периодически боли в области сердца по типу «грудной жабы». Лечение регулярное: метопролол, каптоприл, нитроглицерин при необходимости. Объективно: бледность кожных покровов, холодный пот, вынужденное ортопноэ, ЧП – 98 ударов в 1 минуту, ритмичный, напряженный, АКД – 180/110 мм рт. ст., гипертрофия левого желудочка, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких, акцент 2 тона над аортой. ЭКГ: признаки острого нарушения коронарного кровообращения в задне-боковых отделах левого желудочка.

1.Уточните предварительный диагноз и характер возникших осложнений.

2. Обоснуйте выбор ЛС для оказания ургентной помощи с указанием доз и путей введения.

Задача 48

Больной П., 56 лет, впервые поступил на лечение в терапевтическое отделение по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза известно, что АД повышено в течение 3 месяцев. Лечение не получал. Лечащим врачом были назначены: капотен по 25 мг 3 раза в день, празозин по 1 мг 3 раза в день. Через 30 минут после первого приема комбинированной терапии больной упал и на несколько секунд потерял сознание. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Пульс – 100 ударов в 1 минуту, АД – 70/30 мм рт. ст.

1. Какое осложнение возникло у больного?

2.Ваши рекомендации по лечению данного состояния, а также по профилактике указанных симптомов в дальнейшем.

Задача 49

Больная 24 лет находится на стационарном лечении с диагнозом: «Ревматоидный артрит. Получает гормональную терапию, на фоне которой стала отмечать повышение аппетита, округление лица, прибавку массы тела, повышение АД, отёки нижних конечностей, иногда ощущение тяжести или боли в эпигастральной области.

1.Препарат какой группы получала больная? Укажите его механизм действия.

2.Какова причина повышения АД и отеков.

Задача 50

У курильщиков метаболизм теофиллина индуцирован почти на 100%. У некурящих людей средняя поддерживающая доза, необходимая для достижения концентрации Ср = 10 мг/л, составляет 500 мг теофиллина/сут.

1. Какой должна быть поддерживающая доза теофиллина для курильщика, если нужно достичь концентрации Ср = 15 мг/л?

Номер компетенции	Описание	Номера вопросов
УК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-32
ПК-1	профилактическая деятельность: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	27-32
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	28-45
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	32-47
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	45-49
ПК-5	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	42, 43, 46-48,
ПК-6	лечебная деятельность: готовность к обеспечению рационального выбора комплексной медикаментозной терапии пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи	41-50
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	50
ПК-8	реабилитационная деятельность: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	37-50
ПК-9	психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	30-50
ПК-10	организационно-управленческая деятельность: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1-30
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	36-50
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	5

6. Перечень рекомендуемой литературы

а) основная литература:

1. Клиническая фармакология: Учеб./Под ред. В.Г. Кукеса.- 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 1056 с.

2. Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2009. – 144 с.

3. Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике. Мастер-класс. Учебник. – М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 880 с.

б) дополнительная литература

1. Козлов С.Н., Страчунский Л.С. Современная антимикробная химиотерапия: руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.- 448 с.

2. Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия.- 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.- 401 с.

3. Хронофизиология, хронофармакология и хронотерапия: Монография/Н.А. Агаджанян, В.И. Петров, И.В. Радыш, С.И. Краюшкин. – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2005 – 336 с.

4. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману./ Под общ. Ред. А.Г. Гилмана.- М. Практика, 2006.- 1850 с.

5. Клиническая фармакология: Национальное руководство/под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепахина, В.И. Петрова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 976 с.- (Серия «национальные руководства»)

6. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств: Спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия»/ Ю.Б. белоусов, К.Г. Гуревич. – М.: Литера, 2005. – 288с.

7. Клиническая фармакология в практике врача-терапевта: Учеб. пособие/ В.И. Петров, Н.В. Рогова, Ю.В. Пономарева, О.В. Магницкая, А.В. Красильникова, А.А. Карамышева/ Под ред. академика РАМН, д-ра мед. наук, профессора В.И. Петрова. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. – 427 с.

8. Кукес В.Г., Грачев С.В., Сычев Д.А., Раменская Г.В. Метаболизм лекарственных средств. Научные основы персонализированной медицины: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 304 с.

9. Сычев Д.А., Раменская Г.В., Игнатьев И.В., Кукес В.Г. Клиническая фармакогенетика: Учебное пособие/ Под ред. В.Г. Кукеса, Н.П. Бочкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 248с.

10. Практическое руководство по антимикробной химиотерапии./под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова.- Смоленск: МАКМАХ, 2007.- 464 с.

11. Петров В.И. Прикладная фармакоэкономика. Учебное пособие- 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 336 с.

12. Клинические рекомендации. Кардиология./под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –640 с.

13. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология./под ред. В.Т. Ивашкина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. –208 с.

14. Клинические рекомендации. Пульмонология./под ред. А.Г. Чучалина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –240 с.
15. Клинические рекомендации. Эндокринология./под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –304 с.
16. Клинические рекомендации. Ревматология./под ред. Е.Л. Насонова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –288 с.
17. Клинические рекомендации. Урология./под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –368 с.
18. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия./под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –368 с.
19. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) Выпуск XI- XV(ежегодно). – М.: 2010-2015. – 1000 с.
20. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н., Белоусов Ю.Б. Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 656с.
21. Клинико-фармакологические подходы к выбору, оценке эффективности и безопасности психотропных лекарственных средств. Часть 1. Психолептические средства (антипсихотики, анксиолитики и гипнотики). Учебно-методическое пособие по клинической фармакологии. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. – 78 с.
22. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи)./П.А. Воробьёва, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура.-3-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство «Ньюдиамед», 2008. – 778 с.
23. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1548 с.
24. Шимановский Н.А. Биохимическая фармакология./под ред. акад РАМН Сергеева П.В. и чл-корр РАМН Шимановского Н.Л. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.- 622 с.
25. Диагностика и лечение пневмоний. Учебное пособие/под ред. Сторожакова Г.И., Карабиненко А.А. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.- 168 с.
26. Стандартизация и контроль качества лекарственных средств./под ред Тюкавкиной Н.А.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.- 384 с.
27. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А., Милушин М.И. Правовые основы фармацевтической деятельности в Российской федерации. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.- 480 с.
28. Бертрам Г. Катцунг Базисная и клиническая фармакология: в 2-х т./Пер. с англ. М.- СПб.: БИНОМ -Невский Диалект, 2009. – Т1 (612 с), Т2 (670 с.).

в) программное обеспечение

1. Лицензионное программное обеспечение для работы с информационно-справочными материалами и базами данных;

2. Программные комплексы для оценки входящего и заключительного тестового контроля знаний;

3. Электронная библиотека для высшего медицинского и фармацевтического образования. Том 22 (DVD) Клиническая фармакология и фармакотерапия. Составители В.Г. Кукес, А.К. Стародубцев, А.Н. Цой, М.Л. Максимов, В.В. Архипов, Д.А. Сычев. – Издательский дом «русский врач», Москва, 2005 (Структура, навигация, дизайн – ООО «Корпус-квадро», 2005).

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

- Стандарты медицинской помощи: http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1

- Протоколы ведения больных: http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols3&mod2=db1

- Государственный реестр лекарственных средств: http://grls.rosminzdrav.ru/

- ФГУ Научный центр экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора. Обращение лекарственных средств: http://www.regmed.ru

- Фонд фармацевтической информации: http://www.drugreg.ru

- Российская энциклопедия лекарств (РЛС): http://www.rlsnet.ru

- Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: http://www.vidal.ru

- Сайт Главного внештатного специалиста – клинического фармаколога Министерства здравоохранения и социального развития РФ - http://www.clinpharmrussia.ru

- Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины. http://www.osdm.org/index.php

- Московский центр доказательной медицины. http://evbmed.fbm.msu.ru/

- Сайт «Формулярная система России». http://www.formular.ru

- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ). http://antibiotic.ru/iacmac/

- Челябинский региональный цент по изучению побочных действий лекарств с программами для фармакоэкономического анализа (ABC VEN анализ) и для оценки межлекарственного взаимодействия. http://tabletka.umi.ru

- Сайт программы для клинических фармакологов: http://pharmsuite.ru/

- Европейское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. http://www.eacpt.org

- Американское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. http://www.ascpt.org/

- Администрация по продуктам и лекарствам США (FDA). http://www.fda.gov

- Ресурс по фармакогенетике. http://www.pharmgkb.org/