

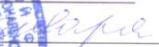
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерство здравоохранения Российской Федерации
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ



УТВЕРЖДАЮ

Ректор

 В.Н.Павлов

 2013 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
цикла общего усовершенствования (ОУ)
"Клиническая фармакология в клинике внутренних болезней" (288 ч)
врачей по специальности
"Клиническая фармакология"

Уфа 2013

Рабочая программа ОУ «Клиническая фармакология в клинике внутренних болезней» (288 ч) составлена на основании Государственного образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040122.06 «Клиническая фармакология» (Москва, 2001) и типовой программы дополнительного профессионального образования по клинической фармакологии (М, 2006).

Рецензенты:

1. Заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом трансфузиологии ГБОУ ВПО Сам.ГМУ, д.м.н., профессор Давыдкин И.Л.
2. Заведующий кафедрой госпитальной терапии №2 ГБОУ ВПО Чел ГМА, д.м.н., профессор Калев О.Ф.

Рабочая программа ОУ «Клиническая фармакология в клинике внутренних болезней» (288 ч) рассмотрена на заседаниях:

Кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО (протокол № 74 от 10 января 2013 г.).

Зав. кафедрой, проф.



А.Б. Бакиров

Цикловой методической комиссии по терапевтическим дисциплинам (протокол № 3 от 22.01.2013г.).

Председатель ЦМК ТП, проф.



Г.Ш.Сафуанова

Координационного научно-методического совета ИПО БГМУ от 23.01.2013г.).

(протокол № 3

Председатель Координационного научно-методического совета БГМУ, доц.



А.А.Цыглин

Ученого совета БГМУ

и рекомендована для использования в учебном процессе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу общего усовершенствования «Клиническая фармакология в клинике внутренних болезней» (288 ч) по специальности «Клиническая фармакология» код - 040122.06, разработанную сотрудниками кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Представленная на рецензию рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта (Москва, 2001г.) по обучению врачей по специальности 040122.06 - «Клиническая фармакология» и типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по клинической фармакологии (М, 2006).

Рабочая программа содержит цель и задачи преподавания дисциплины, требования к уровню усвоения содержания дисциплины. В данной рабочей программе подробно изложен объем дисциплины, виды учебных работ, тематический план. Широко представлено информационно-методическое обеспечение лекций, практических и семинарских занятий. Региональный компонент представлен изучением состояния здоровья населения республики Башкортостан. Рабочая программа составлена с учетом современных научно-педагогических позиций, оптимизирует организацию самостоятельной работы курсантов.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования		
1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	8	
Требования к содержанию		
2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	9	
Требования к качеству информации		
3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы.	9	
4. Авторами использованы методы стандартизации.	8	
5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др.	8	
6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям.	8	
7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	8	
Требования к стилю изложения		
8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей.	8	
9. Определения четки, доступны для понимания.	9	
10. Однозначность употребления терминов.	8	
11. Соблюдены нормы современного русского языка.	9	
Требования к оформлению		
12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	9	
Итого баллов	101	

Заключение: Рабочая программа «Клиническая фармакология в клинике внутренних болезней» (ОУ-288 ч) по специальности «Клиническая фармакология» код - 040122.06, может быть рекомендована к применению в учебном процессе на кафедре терапии и клинической фармакологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

« 1 » ноября 20 12 г.

Заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом трансфузиологии ГБОУ ВПО Сам. ГМУ
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор

Доктор биологических наук профессор Г.Н. Суворова



ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу общего усовершенствования «Клиническая фармакология в клинике внутренних болезней» (288 ч) по специальности «Клиническая фармакология» код - 040122.06, разработанную сотрудниками кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Представленная на рецензию рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта (Москва, 2001г.) по обучению врачей по специальности 040122.06 - «Клиническая фармакология» и типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по клинической фармакологии (М, 2006).

Рабочая программа содержит цель и задачи преподавания дисциплины, требования к уровню усвоения содержания дисциплины. В данной рабочей программе подробно изложен объем дисциплины, виды учебных работ, тематический план. Широко представлено информационно-методическое обеспечение лекций, практических и семинарских занятий. Региональный компонент представлен изучением состояния здоровья населения республики Башкортостан. Рабочая программа составлена с учетом современных научно-педагогических позиций, оптимизирует организацию самостоятельной работы курсантов.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования		
1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	8	
Требования к содержанию		
2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	9	
Требования к качеству информации		
3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы.	9	
4. Авторами использованы методы стандартизации.	8	
5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др.	8	
6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям.	8	
7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	8	
Требования к стилю изложения		
8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей.	8	
9. Определения четки, доступны для понимания.	9	
10. Однозначность употребления терминов.	8	
11. Соблюдены нормы современного русского языка.	9	
Требования к оформлению		
12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	9	
Итого баллов	101	

« 1 » июля 20 12 г.

Carol.

Начальник отдела кадров Государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего профессионального
образования «Челябинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации



ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1.1. Актуальность и предпосылки создания программы

Одним из направлений повышения уровня подготовки врачей в структурах последипломного обучения врачей является дальнейшая оптимизация и совершенствование учебного процесса. Настоящая программа предназначена для профессиональной переподготовки врачей – клинических фармакологов в полном соответствии с основными требованиями специальности «Клиническая фармакология», введенной приказом Минздрава РФ от 05.05.97 № 131. Целью дополнительного профессионального образования врачей по клинической фармакологии является приобретение и совершенствование теоретических знаний и профессиональных умений и навыков, необходимых врачу – клиническому фармакологу для рационального использования лекарственных средств и обеспечения целесообразности их закупок в соответствии с требованиями учреждения, в котором он работает.

В соответствии с законом РФ об образовании, национальным проектом в области образования и другими нормативными документами создаются образовательные программы. В основе их создания в области последипломного медицинского образования находятся Государственные образовательные стандарты и унифицированные рабочие программы по отдельным специальностям. Потребность в создании данной рабочей программы связана с появлением как новых нормативных актов в области здравоохранения и образования, так и с появлением новых стандартов ведения больных по различным нозологиям.

Настоящая учебная программа составлена по нормативным документам:

1. Постановления Государственного комитета РФ по высшему образованию № 13 от 27.12.95г. "Об утверждении требований к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ".
2. Типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по клинической фармакологии (М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006)
3. "Методических указаний по составлению программ и проведению итоговой аттестации после вузовского профессионального образования" (г. Москва, 1998).
4. Приказ МЗ РФ № 314 от 09.08.01 г. «О порядке получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе ЗО РФ».
5. Государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 140122.06«Клиническая фармакология» (Москва, 2001 г.)
6. Приказ Министерства высшего и профессионального образования Российской Федерации №1221 от 18.07.97г. « Об утверждении требований к содержанию дополнительных профессиональных программ".
7. Методические рекомендации МЗ и СР РФ «Разработка образовательных программ дополнительного профессионального медицинского образования», М, 2005

1.2. Цель изучения дисциплины:

приобретение и совершенствование теоретических знаний и профессиональных умений и навыков, необходимых врачу – клиническому фармакологу для рационального использования лекарственных средств и обеспечения целесообразности их закупок в соответствии с требованиями учреждения, в котором он работает.

1.3. Задачи изучения дисциплины

Выявление базисных знаний и навыков курсантов перед началом обучения. Изложение содержания программы согласно плана. В результате изучения дисциплины курсанты должны овладеть всем объемом современных знаний, изложенных в программе, освоить новые практические навыки, необходимые врачу-специалисту клиническому фармакологу для проведения самостоятельной работы в соответствии с современными должностными требованиями, стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными МЗ и СР РФ.

2. ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕ-СПЕЦИАЛИСТЕ КЛИНИЧЕСКОМ ФАРМАКОЛОГЕ.

Общие положения:

Врач клинический фармаколог - специалист с высшим медицинским образованием по специальности "Лечебное дело" и "Педиатрия", имеющий специальность «терапия» и прошедший дополнительную последиplomную подготовку (клиническую ординатуру или общее усовершенствование) по клинической фармакологии, имеющий теоретические знания и практические навыки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики.

Обучение в клинической ординатуре и общее усовершенствование по клинической фармакологии имеют право проходить врачи, имеющие базовую специальность «терапия». Обучаться на аттестационном (сертификационном) цикле имеют право врачи - клинические фармакологи, имеющие стаж работы по специальности не менее 1 года. Тематическое усовершенствование проводится для врачей - клинических фармакологов и терапевтов.

Подготовка врачей по клинической фармакологии проводится на кафедрах ФУВ высших учебных заведений или на кафедрах клинической фармакологии и фармакотерапии учреждений последиplomного образования. Практический и теоретический уровень врач-клинический фармаколог повышает каждые 5 лет на соответствующих кафедрах.

Назначение и увольнение врача-клинического фармаколога проводится руководителем учреждения в установленном порядке.

В своей врачебной работе врач-клинический фармаколог руководствуется положением о лечебно-профилактическом учреждении, кабинете или отделении по клинической фармакологии, должностными инструкциями, приказами, настоящим Положением и другими действующими нормативными документами.

Врач-клинический фармаколог при отсутствии самостоятельного отделения клинической фармакологии подчиняется заместителю главного врача по медицинской части.

Обязанности врача-клинического фармаколога:

- контролировать проведение фармакотерапии в отделениях лечебно-профилактического учреждения;
- обеспечивать своевременный сбор информации по выявлению побочных действий лекарственных препаратов;
- участвовать в курации больных, у которых диагностированы побочные проявления лекарственных препаратов или отмечается резистентность к проводимой фармакотерапии;
- контролировать соблюдение правил парентерального введения лекарственных средств, своевременный учет и хранение, особенно препаратов списка А и Б;
- организовывать разборы сложных случаев и ошибок по применению лекарственных препаратов, режима дозирования, взаимодействия и их побочного действия;

- участвовать в разработке лекарственного формуляра лечебно-профилактического учреждения, контролировать его соблюдение;
- участвовать в реализации программ (в соответствии с требованиями GCP) клинической' апробации лекарственных препаратов, осуществлять контроль за проведением и проводить оценку полученных результатов; консультировать врачей, проводящих клинические исследования;
- осуществлять информационное обеспечение по зарегистрированным в России лекарственным средствам;
- организовывать практические конференции по вопросам применения, побочного действия и взаимодействия лекарственных средств.

Права врача-клинического фармаколога:

Врач-клинический фармаколог имеет право:

- вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда;
- участвовать в совещаниях, конференциях по вопросам, связанным с фармакотерапией и лекарственным обеспечением.

Ответственность врача-клинического фармаколога:

Врач-клинический фармаколог несет в соответствии с действующим законодательством и другими нормативными документами юридическую и дисциплинарную ответственность за организационную, клиническую деятельность и соблюдение правил внутреннего трудового распорядка.

Врач, окончивший обучение по специальности "Клиническая фармакология", должен уметь владеть:

- методологией выбора групп и конкретных лекарственных средств с учетом данных фармакокинетики, фармакодинамики, взаимодействия и побочных эффектов в зависимости от состояния функциональных систем больного и сопутствующих заболеваний;
- проводить выбор наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств;
- определять оптимальный режим дозирования, выбирать правильный способ введения с учетом фармакокинетических и фармакодинамических параметров лекарственных средств, а также возраста, пола и клинического состояния больного;
- назначать эффективную и безопасную комбинацию лекарственных средств;
- выявлять побочные действия лекарственных препаратов, проводить их коррекцию и анализировать причины их развития;
- устанавливать клинические и параклинические параметры для контроля эффективности и безопасности применяемых лекарственных средств;
- учитывать факторы риска и клинические проявления основных побочных действий лекарственных средств в процессе монотерапии и при их комбинации с препаратами иного механизма действия;
- организовывать апробацию лекарственных средств, проводить анализ полученных результатов, оформлять отчеты по их результатам;
- составлять фармацевтический формуляр лечебного учреждения;

- организовывать и проводить поиск информации по всем вопросам клинической фармакологии лекарственных средств, работать с ПК, пользоваться системой Медлайна и Интернета;
- организовывать и проводить научно-практические конференции, семинары, разборы и другие формы работы, позволяющие совершенствовать знания врачей по клинической фармакологии.

3. КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧА КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА

В соответствии с требованиями специальности врач-клинический фармаколог должен знать и уметь:

Общие знания:

- основы законодательства здравоохранения и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- общие вопросы организации лечебно-профилактической помощи и обеспечения лекарственными препаратами различных групп населения, в том числе и больных, в соответствии с нозологическими формами заболеваний;
- основные вопросы нормальной и патологической анатомии и физиологии, биологии и генетики, медицинской химии и физики, фармакологии и фармации, физические и параклинические методы диагностики с учетом их возрастных аспектов;
- условия проведения лабораторных, биохимических, электро-физиологических, рентгенологических, эндоскопических и других параклинических методов исследования в медицинской практике с учетом возрастных аспектов и состояния пациента;
- принципы проведения фармакотерапии при различном течении и тяжести заболеваний (ургентное, тяжелое, острое, подострое, хроническое); принципы регистрации новых отечественных и зарубежных лекарственных препаратов в России, в том числе и подзаконные акты, регламентирующие проведение клинических испытаний в соответствии с требованиями хорошей медицинской практики (GMP), принципы работы контрольно-разрешительной системы по регистрации лекарственных средств и медицинской техники;
- этические нормы применения лекарственных средств, как при апробации новых, так и зарегистрированных, включая наркотические анальгетики, психотропные, лекарственные средства, прерывающие беременность, и т.д.; основные требования, регламентирующие применение лекарственных препаратов в широкой медицинской практике, условия их получения, отпуск населению в аптеках и аптечных киосках и обеспечение ими стационаров, роддомов и других медучреждений;
- основные принципы проведения кинетических и фармакодинамических исследований, применяемых лекарственных препаратов в клинике с целью определения их эффективности и безопасности;
- формы и методы работы с врачами по повышению их знаний по рациональному применению лекарственных средств, формы информации о новых лекарственных средствах и учетом эффективности, режима дозирования, взаимодействия и побочного действия;
- формы и методы работы с населением по повышению знаний о рациональном применении лекарственных средств, назначаемых врачом и применяемых самостоятельно пациентами.

Общие умения:

Соблюдать правила врачебной этики и деонтологии; решать комплекс задач, связанных с взаимоотношением врача и больного.

Уметь оценивать результаты лабораторных морфологических, биохимических, иммунологических, микробиологических и других методов исследования.

Уметь оценивать результаты современных основных методов функциональной диагностики, применяемых в клинике внутренних болезней:

- ЭКГ-мониторирование,
- АД-мониторирование,
- реовазографию сосудов головы и конечностей,
- велоэргометрию (ВЭМ),
- исследование функции внешнего дыхания (ФВД)
- спирография, бодиплетизмография, ПИК-флоуметрия,
- телерадио-рН-метрию,
- ультразвуковые методы исследования внутренних органов - щитовидная железа, почки, сердце, органы малого таза, сосуды.

Уметь оценивать результаты эндоскопических методов исследования -бронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректоскопия, лапароскопия.

Уметь оценивать результаты рентгенологических методов исследования: рентгенография легких, сердца, позвоночника, суставов, черепа,

- рентгенография сердца,
- рентгенография легких.

Уметь оценивать результаты радиоизотопных методов исследования легких, почек, костей.

Уметь проводить самостоятельно:

- венепункцию, катетеризацию подключичных вен и внутривенное введение
- лекарственных средств,
- плевральную пункцию,
- парацентез,
- определение центрального венозного давления,
- кровоспускание,
- переливание крови и кровезаменителей,
- снятие ЭКГ и ее оценку,
- определение времени свертывания, гематокрита.

Уметь собирать жалобы больного, его анамнез, применять объективные методы исследования, назначать и расшифровывать данные параклинических методов диагностики, проводить дифференциально-диагностический поиск, формулировать диагноз, определять направленность лечебных мероприятий и их последовательность и выявлять поражение ЦНС, нейроэндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, кожи, глаз, ЛОР-органов.

Уметь оказать необходимую экстренную помощь и проводить реанимационные мероприятия, определять показания для госпитализации больного.

Уметь диагностировать острые синдромы, оказать первую помощь и организовать мероприятия по купированию их при:

- инфаркте миокарда,
 - нарушении мозгового кровообращения,
 - бронхиальной астме,
 - острой почечной колике,
 - отеке легких,
 - тромбоэмболии,
 - "остром животе",
 - внутреннем кровотечении,
 - диабетической, гипогликемической, уремической, мозговой комах.
 - Проводить необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционных заболеваний.
- Участвовать в:

- формировании номенклатуры лекарственных средств лечебного учреждения;
 - оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
 - уметь организовать в лечебном учреждении систему информации по выбору лекарственных средств, режиму их дозирования, взаимодействию, прогнозируемым побочным эффектам;
 - оказывать помощь в составлении заявки по потребности лекарственными средствами, возможности их замены с учетом возраста и характера профиля заболеваний.
- Проводить контроль использования лекарственных средств в медицинском учреждении, сроках их годности, соблюдением совместимости, правильности проведения внутривенных и внутримышечных инъекций лекарственных средств, соблюдение правил хранения.

Специальные знания по общим вопросам клинической фармакологии:

- фармакодинамика лекарственных средств,
- принципы механизма действия, их специфичность и избирательность,
- фармакокинетика лекарственных средств: адсорбция, связь с белком, биотрансформация, распределение, выведение,
- понятие о периоде полувыведения, равновесной кривой, кумуляции,
- взаимодействие лекарственных средств: фармакокинетическое, фармакодинамическое, фармакогенетическое, физиологическое,
- фармакогенетика и биоритм,
- побочные действия лекарственных средств, прогнозируемые и непрогнозируемые,
- пути предупреждения и коррекции побочных действий лекарственных средств,
- возрастные аспекты клинической фармакологии у беременных, плода, новорожденных, детей, лиц пожилого и старческого возраста,
- общие принципы фармакотерапии, выбора лекарственных средств, дозы, режим их дозирования,
- знать клиническую фармакологию основных лекарственных средств, применяемых в широкой медицинской практике (фармакодинамику, фармакокинетику, показания и противопоказания, режим дозирования, взаимодействие, побочное действие):
- психотропных, антимикробных, противовоспалительных лекарственных средств, лекарственных средств, влияющих на тонус сосудов и на основные физиологические функции сердца,
- лекарственных средств, регулирующих секреторную и моторную функции желудочно-кишечного тракта,
- лекарственных средств, воздействующих на слизистую и кожные покровы,
- лекарственных средств, регулирующих функцию бронхолегочной системы,
- лекарственных средств, влияющих на функцию эндокринных желез,
- метаболитических лекарственных средств,
- знать лекарственные средства, требующие лекарственного мониторинга;
- особенности клинической фармакологии лекарственных средств при заболевании сердечно-сосудистой и респираторной системы, органов пищеварения, почек, центральной нервной системы, нейроэндокринной системы;

- знать вопросы организации контроля проведения современной, рациональной фармакотерапии с принципами выявления и регистрации побочных эффектов и мероприятия по их купированию;
- знать показания к проведению острого лекарственного теста.

Специальные умения:

- уметь организовать исследования основных показателей по фармакодинамике и фармакокинетике лекарственных средств или определить и оценить равновесную концентрацию;
- уметь проводить лекарственный тест;
- уметь проводить поиск по вопросам клинической фармакологии с использованием информационных систем;
- уметь организовать апробацию лекарственных средств Crossus ower двойным «слепым» методом или по «пилотной» системе, или путем чередования;
- определить контрольную группу и методы оценки полученных данных;
- уметь разработать протокол исследования;
- определить характер фармакотерапии, проводить выбор лекарственных препаратов, устанавливать принципы их дозирования, выбрать методы контроля за их эффективностью и безопасностью;
- прогнозировать возможность развития побочных эффектов, уметь их предупреждать, а при развитии их купировать;
- прогнозировать возможность развития тахифилаксии, синдрома отмены, обкрадывания;
- уметь оказать помощь при выборе комбинированной терапии с целью исключения нежелательного взаимодействия, усиления ПД, снижение эффективности базового лекарственного средства;
- уметь оказать помощь в случае развития тахифилаксии к применяемому лекарственному средству;
- контролировать правильность, своевременность введения лекарственного средства больному, их регистрацию, особенно лекарственных средств списка А;
- контролировать правильность внутривенного введения лекарственных средств, оказывающих выраженный, быстрый фармакологический эффект;
- помогать проводить фармакотерапию врачам стационара и поликлиники с учетом тяжести течения заболевания, состоянием функциональных систем, биоритма, генетического фона, особенностей фармакокинетики во всех возрастных группах.

**4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИН (МОДУЛЕЙ) ПРОГРАММЫ ЦИКЛА ОБЩЕГО
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»**

Модуль 1. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.1.	Курс 1. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
01.1.1.	Тема 1. Организация экспертизы качества трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях
01.1.1.1.	Социально-экономическое значение экспертизы качества трудоспособности
01.1.1.1.1.	Определение понятия «экспертизы качества трудоспособности»
01.1.1.1.2.	Цели и задачи экспертизы качества трудоспособности
01.1.1.1.3.	Различные виды утраты трудоспособности и методика их определения
01.1.1.2.	Порядок установления и определения временной нетрудоспособности
01.1.1.2.1.	Основные правовые акты по вопросам выдачи и оформления документов, подтверждающих временную нетрудоспособность
01.1.1.2.2.	Общие правила заполнения и выдачи документов, подтверждающих временную нетрудоспособность
01.1.1.2.3.	Отпуск по болезни и увечью
01.1.1.2.4.	Отпуск по уходу за больными членами семьи
01.1.1.2.5.	Отпуск для санитарно-курортного лечения
01.1.1.2.6.	Порядок выдачи и оформления документов по временной нетрудоспособности при заболевании вследствие опьянения и бытовых отравлений
01.1.1.2.7.	Права отдельных типов и категорий учреждений здравоохранения на выдачу листков нетрудоспособности и других документов, подтверждающих временную нетрудоспособность
01.1.1.3.	Организация экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях
01.1.1.3.1.	Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях
01.1.1.3.2.	Права и обязанности при проведении экспертизы временной нетрудоспособности (лечащего врача, заведующего отделением, зам. глав. врача по экспертизе трудоспособности, руководителя учреждения, КЭК, главных специалистов)
01.1.1.3.3.	Организация контроля за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности
01.1.1.3.4.	Порядок и показания направления во МСЭК
01.1.1.3.5.	Взаимосвязь учреждений здравоохранения в МСЭК
01.1.2.	Тема 2. Медицинская психология, этика и деонтология в работе врача
01.1.2.1.	Основы медицинской психологии
01.1.2.1.1.	Роль медицинской психологии в практической работе организатора здравоохранения

01.1.2.1.2	Психогенные заболевания
01.1.2.2.	Медицинская этика и деонтология
01.1.2.2.1	Объем и содержание понятий «медицинская этика» и «медицинская деонтология»
01.1.2.2.2	Применение требований врачебной деонтологии в практике врача

Модуль 2. Теоретические основы внутренней патологии

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.2.	Курс 1. Теоретические основы внутренней патологии
01.2.1.	Тема 1. Физиология и патофизиология важнейших функциональных систем и органов как основа применения лекарственных средств

Модуль 3. Болезни органов дыхания

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.3.	Курс 1. Болезни органов дыхания
01.3.1.	Тема 1. Бронхиты
01.3.1.1.	Бронхит острый
01.3.1.1.1.	Этиология
01.3.1.1.2.	Патогенез
01.3.1.1.3.	Классификация
01.3.1.1.4.	Клиника
01.3.1.1.5.	Лабораторная и функциональная диагностика
01.3.1.1.6.	Лечение
01.3.1.1.7.	Профилактика
01.3.1.1.8.	Диспансеризация реконвалесцентов
01.3.1.2.	Острый бронхолит
01.3.1.2.1.	Этиология
01.3.1.2.2.	Патогенез
01.3.1.2.3.	Клиника
01.3.1.2.4.	Лабораторная и функциональная диагностика
01.3.1.2.5.	Лечение
01.3.1.2.6.	Профилактика
01.3.1.2.7.	Диспансеризация реконвалесцентов
01.3.1.3.	Бронхит хронический. Определения понятия и распространенность

01.3.1.3.1.	Этиология
01.3.1.3.2.	Патогенез
01.3.1.3.3.	Патоморфология
01.3.1.3.4.	Классификация
01.3.1.3.5.	Лабораторная, функциональная и рентгенографическая диагностика
	Клиника обструктивных бронхитов
01.3.1.3.6.	Клиника необструктивных бронхитов
01.3.1.3.7.	Осложнения хронического бронхита
01.3.1.3.8.	Особенности течения заболевания в различных возрастных группах
01.3.1.3.9.	В экстремальных условиях
01.3.1.4.	Формулировка диагноза
01.3.1.5.	Дифференциальная диагностика хронических бронхитов
01.3.1.5.1.	С бронхиальной астмой
01.3.1.5.2.	Другими заболеваниями
01.3.1.5.3.	Показания к диагностической бронхоскопии и бронхографии
01.3.1.6.	Лечение хронического бронхита
01.3.1.6.1.	Антибактериальными препаратами
01.3.1.6.2.	Бронхолитиками
01.3.1.6.3.	Отхаркивающими средствами
01.3.1.6.4.	Противовоспалительными средствами
01.3.1.6.5.	Физиотерапевтическое лечение
01.3.1.6.6.	Позиционный дренаж
01.3.1.6.7.	Аэрозольная терапия
01.3.1.6.8.	Санационная бронхоскопия
01.3.1.6.9.	Рефлексотерапия
01.3.1.6.10.	Показания к стационарному лечению
01.3.1.6.11.	Реабилитация больных хроническими бронхитами
01.3.1.7.	Профилактика хронических бронхитов
01.3.1.7.1.	Первичная
01.3.1.7.2.	Вторичная
01.3.1.8.	Экспертиза временной нетрудоспособности
01.3.1.8.1.	Методика диспансерного наблюдения за больными хроническим бронхитом
01.3.2.	Тема № 2 Пневмонии
01.3.2.1.	Этиология
01.3.2.2.	Факторы риска
01.3.2.3.	Патогенез
01.3.2.4.	Патоморфология
01.3.2.5.	Классификация
01.3.2.5.1.	Внебольничные(первичные) пневмонии
01.3.2.5.2.	Госпитальные (нозокомиальные аспирационные)
01.3.2.5.3.	Атипичные
01.3.2.5.4.	Пневмония при иммунодефиците
01.3.2.6.	Клиника пневмоний различной этиологии
01.3.2.6.1.	Пневмококковая
01.3.2.6.2.	Стафилококковая
01.3.2.6.3.	Стрептококковая
01.3.2.6.4.	Фридлендера (клебсиелла)
01.3.2.6.4.1.	Микоплазменная
01.3.2.6.4.2.	Лигионеллезная и др.
01.3.2.6.4.3.	Вирусная
01.3.2.7.	Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая

01.3.2.8.	Особенности течения пневмоний в различных возрастных группах. Осложнения
01.3.2.9.	Формулировка диагноза
01.3.2.10.	Дифференциальный диагноз
01.3.2.11.	Лечение пневмоний
01.3.2.11.1.	Медикаментозное
01.3.2.11.1.1.	Антибактериальная терапия (этиотропная, эмпирическая)
01.3.2.11.1.2.	Дезинтоксикационная
01.3.2.11.1.3.	Восстановление дренажных функций (разжижающие мокроту, отхаркивающие)
01.3.2.11.1.4.	Бронхолитики
01.3.2.11.1.5.	Противовоспалительные средства
01.3.2.11.1.6.	Иммуномодулирующие
01.3.2.11.1.7.	Симптоматическая терапия(сосудистые, антиоксиданты, коррекция нарушений микроциркуляции и др.)
01.3.2.11.2.	Немедикаментозные методы лечения (санационная бронхоскопия, назотрахеальная катетеризация, плазмаферез, низкоинтенсивные лазеры, физиотерапевтические методы и др.)
01.3.2.11.3.	Особенности лечения пневмоний в различных возрастных группах
01.3.2.12.	Профилактика пневмоний
01.3.2.13.	Диспансеризация лиц, перенесших пневмонию
01.3.2.14.	Медико-социальная экспертиза
01.3.3.	Тема № 3 Бронхиальная астма
01.3.3.1.	Определение понятия «бронхиальная астма»
01.3.3.2.	Этиология
01.3.3.3.	Биологические дефекты у здоровых людей, роль наследственности
01.3.3.4.	Классификация
01.3.3.5.	Патогенез основных форм
01.3.3.6.	Клинические особенности бронхиальной астмы
01.3.3.6.1.	Атопическая
01.3.3.6.2.	Инфекционно-зависимая
01.3.3.6.3.	Аспириновая
01.3.3.6.4.	Синдром физического усилия
01.3.3.6.5.	Ваготоническая
01.3.3.7.	Диагностика бронхиальной астмы (специфическая, аллергологическая, лабораторная, функциональная, провокационные, и медикаментозные пробы)
01.3.3.8.	Лечение бронхиальной астмы
01.3.3.8.1.	Лечебные программы при различных патогенетических вариантах бронхиальной астмы
01.3.3.8.2.	Специфическая терапия (гипосенсибилизация, десенситизация, иммунсорбция, плазмаферез)
01.3.3.8.3.	Медикаментозная терапия
01.3.3.8.3.1.	Базисная противовоспалительная
01.3.3.8.3.2.	Бронходилататоры
01.3.3.8.4.	Лечение приступа бронхиальной астмы
01.3.3.8.5.	Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы (рефлексотерапия, спелеотерапия, лазеротерапия и др.)

01.3.3.8.6.	Ступенчатая терапия бронхиальной астмы
01.3.3.9.	Астма-школа
01.3.3.10.	Астматическое состояние
01.3.3.10.1.	Клиника
01.3.3.10.2.	Лечение
01.3.3.11.	Особенности течения бронхиальной астмы в различных возрастных группах
01.3.3.12.	Предастма(определение понятия «диспансеризация»)
01.3.3.13.	Диспансеризация больных бронхиальной астмой
01.3.3.14	Медико-социальная экспертиза
01.3.4.	Тема № 4 Легочная гипертензия
01.3.4.1.	Определения понятия «легочное сердце»
01.3.4.1.1.	Классификация: острое легочное сердце, подострое легочное сердце, хроническое легочное сердце
01.3.4.2.	Этиология различных форм легочного сердца
01.3.4.3.	Патогенез легочного сердца
01.3.4.3.1.	Функциональные классы хронического легочного сердца
01.3.4.4.	Острая легочная гипертензия, острое легочное сердце
01.3.4.4.1.	При тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
01.3.4.4.1.1.	Этиология (факторы риска) и патогенез ТЭЛА
01.3.4.4.1.2.	Клиника и диагностика ТЭЛА
01.3.4.4.1.3.	Неотложная терапия и реабилитация ТЭЛА
01.3.4.4.1.4.	Первичная и вторичная профилактика
01.3.4.4.1.5.	Инфаркт легкого, инфарктная пневмония
01.3.4.4.1.5.1.	Клиника, диагностика и лечение инфарктной пневмонии
01.3.4.4.2.	ОЛС при затянувшемся приступе бронхиальной астмы
01.3.4.4.3.	ОЛС при тяжелой распространенной пневмонии
01.3.4.4.4.	ОЛС при спонтанном пневмотораксе
01.3.4.5.	Клиника различных вариантов хронического и подострого легочного сердца
01.3.4.5.1	Бронхолегочного
01.3.4.5.2.	Васкулярного
01.3.4.5.3.	Торакодиафрагмального
01.3.4.6.	Компенсированное легочное сердце
01.3.4.7.	Декомпенсированное легочное сердце
01.3.4.8.	Стадии сердечной недостаточности при легочном сердце
01.3.4.9.	Лечение хронического легочного сердца
01.3.4.9.1.	Лечение основного заболевания
01.3.4.9.2.	Лечение недостаточности кровообращения

01.3.4.10.	Особенности лечения больных в пожилом, старческом и подростковом возрасте
01.3.4.11.	Особенности ведения больных в амбулаторных условиях
01.3.4.12.	Санаторно-курортное лечение больных с хроническим легочным сердцем
01.3.4.13.	Профилактика легочного сердца у подростков, в пожилом и старческом возрасте
01.3.4.13.1.	Первичная
01.3.4.13.2.	Вторичная
01.3.4.14.	Прогноз
01.3.4.15.	Реабилитация больных с легочным сердцем
01.3.4.16	Медико-социальная экспертиза

Модуль 4. Болезни сердечно-сосудистой системы

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.4.	Курс 1. Болезни сердечно-сосудистой системы
01.4.1.	Тема 1. Атеросклероз
01.4.1.1.	Определение понятия «атеросклероза»
01.4.1.2.	Этиология и факторы риска
01.4.1.3.	Патоморфология
01.4.1.4.	Патогенез и теория патогенеза
01.4.1.5.	Липидный обмен
01.4.1.5.1.	Классификация гиперлипидемий
01.4.1.6.	Углеводный обмен при атеросклерозе
01.4.1.7.	Методы диагностики атеросклероза
01.4.1.7.1.	Биохимические методы
01.4.1.7.2.	Инструментальные методы
01.4.1.8.	Клинические формы атеросклероза
01.4.1.8.1.	Аорты
01.4.1.8.2.	Коронарных артерий
01.4.1.8.3.	Сосудов мозга
01.4.1.8.4.	Сосудов конечностей. Синдром Такаюсу, синдром Ляриша
01.4.1.8.5.	Сосудов внутренних органов
01.4.1.9.	Лечение
01.4.1.9.1.	Принципы лечения

01.4.1.9.2.	Диетотерапия и режим
01.4.1.9.3.	Медикаментозное лечение
01.4.1.9.4.	Сорбционные методы
01.4.1.9.5.	Хирургическое лечение
01.4.1.10.	Профилактика
01.4.1.10.1.	Первичная
01.4.1.10.2.	Использование клинико-генетического метода для выявления групп повышенного риска
01.4.1.10.3.	Вторичная профилактика
01.4.2.	Тема № 2 Ишемическая болезнь сердца. (ИБС)
01.4.2.1.	Общие вопросы
01.4.2.1.1.	Определения понятия «ИБС» («КБС»)
01.4.2.1.2.	Этиология
01.4.2.1.3.	Патогенез
01.4.2.1.4.	Патоморфология
01.4.2.1.5.	Эпидемиология
01.4.2.1.6.	Факторы риска
01.4.2.2.	Классификация ИБС (КБС) поВОЗ
01.4.2.3.	Стенокардия, определение понятия, клиника. Понятия «стабильная» и «нестабильная» стенокардия
01.4.2.3.1.	Клинические формы стенокардии
01.4.2.3.2.	Стабильная стенокардия напряжения, клиника, классификация
01.4.2.3.3.	Спонтанная (ангиоспастическая, вариантная) стенокардия Принцметала
01.4.2.3.4.	Нестабильная стенокардия
01.4.2.3.4.1.	Впервые возникшая стенокардия и варианты течения
01.4.2.3.4.2.	Прогрессирующая стенокардия напряжения и/или покоя
01.4.2.3.5.	Безболевая (бессимптомная) ишемия миокарда
01.4.2.3.6.	Понятие «острый коронарный синдром», его варианты
01.4.2.3.7.	Промежуточный коронарный синдром
01.4.2.3.8.	Дифференциальный диагноз стенокардии с болями в грудной клетке другой этиологии
01.4.2.4.	Постинфарктный кардиосклероз
01.4.2.5.	Безболевые и аритмические формы ИБС
01.4.2.5.1.	Острая левожелудочковая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких)
01.4.2.5.2.	Тахиаритмии и брадиаритмии
01.4.2.6.	Внезапная смерть при ИБС
01.4.2.6.1.	Факторы риска внезапной смерти
01.4.2.6.2.	Предвестники первичной фибрилляции желудочков у больных ИБС

01.4.2.6.3.	Профилактика внезапной смерти у больных ИБС
01.4.2.6.4.	Реанимация при внезапной клинической смерти у больных ИБС
01.4.2.7.	Современные методы диагностики ИБС
01.4.2.7.1.	Клинические методы
01.4.2.7.2.	Электрокардиография покоя
01.4.2.7.2.1.	Функциональные ЭКГ-пробы
01.4.2.7.2.2	ЭКГ-мониторирование
01.4.2.7.3.	Эхокардиография
01.4.2.7.2.3.1.	Стресс-эхокардиография
01.4.2.7.4.	Чреспищеводная электростимуляция сердца при проведении стресс-проб в электрокардиографии и эхокардиографии
01.4.2.7.5..	Рентгеноконтрастные и внутрисердечные методы (селективная коронароангиография, вентрикулография, манометрия)
01.4.2.7.6.	Радиоизотопные методы исследования (сцинтиграфия миокарда, радионуклидная вентрикулография)
01.4.2.7.7.	Лабораторная диагностика (липидный, углеводный, белковый обмен, свертывающая и антисвертывающая системы крови)
01.4.2.8.	Особенности лечения различных вариантов ИБС
01.4.2.9.	Профилактика
01.4.2.10.	Реабилитация больных ИБС
01.4.2.11.	Диспансеризация
01.4.2.12.	Медико-социальная экспертиза
01.4.3.	Тема № 3 Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии
01.4.3.1.	Определение понятия и эпидемиология
01.4.3.2.	Этиология и патогенез гипертонической болезни
01.4.3.2.1.	Факторы риска
01.4.3.3.	Классификация гипертонической болезни
01.4.3.4.	Клиническая картина различных форм и стадий гипертонической болезни
01.4.3.5.	Осложнения гипертонической болезни
01.4.3.6.	Гипертонические кризы
01.4.3.6.1.	Варианты
01.4.3.6.2.	Патогенез
01.4.3.6.3.	Клиника

01.4.3.6.4.	Осложнения
01.4.3.6.5.	Терапия гипертонических кризов
01.4.3.7.	Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте
01.4.3.8.	Диагностическое значение различных методов исследования при гипертонической болезни
01.4.3.8.1.	Исследование центральной и периферической гемодинамики. Суточное мониторирование АД
01.4.3.8.2.	Исследование глазного дна
01.4.3.8.3.	Рентгенография
01.4.3.8.4.	Электрокардиография
01.4.3.8.5.	ЭХО
01.4.3.8.6.	Рентгеноконтрастные методы исследования
01.4.3.8.7.	Радиоизотопные методы исследования
01.4.3.8.8.	Биохимические и лабораторные методы исследования
01.4.3.9.	Профилактика гипертонической болезни
01.4.3.9.1.	Первичная профилактика
01.4.3.9.2.	Социально-гигиенические мероприятия
01.4.3.9.3.	Немедикаментозные методы терапии
01.4.3.9.4.	Диета, физическая активность
01.4.3.10.	Медикаментозное лечение гипертонической болезни
01.4.3.10.1.	Антигипертензивные препараты
01.4.3.10.1.1.	Стимуляторы альфа2-адренорецепторов
01.4.3.10.1.2.	Блокаторы альфа-адренорецепторов
01.4.3.10.1.3.	Бета-адреноблокаторы
01.4.3.10.1.4.	Кальциевые антагонисты
01.4.3.10.1.5.	Периферические вазодилататоры
01.4.3.10.1.6.	Диуретики
01.4.3.10.1.7.	Ингибиторы АПФ
01.4.3.10.1.8.	Блокаторы рецепторов ангиотензин II
01.4.3.10.1.9.	Седативные средства
01.4.3.11.	Психотерапия
01.4.3.12.	Принципы выбора средств к рациональной комбинированной медикаментозной терапии
01.4.3.13.	Вторичная профилактика гипертонической болезни
01.4.3.14.	Симптоматические гипертонии
01.4.3.14.1.	Нефрогенные гипертонии вследствие воспалительного поражения почек (гломерулонефрит, пиелонефрит и другие поражения)
01.4.3.14.2.	Реноваскулярные гипертонии (атеросклероз почечных артерий, фибромышечная дисплазия, неспецифический аортоартериит)
01.4.3.14.3.	Артериальные гипертонии вследствие поражения сердца и крупных сосудов (коарктация аорты, атеросклероз аорты, поражение сонных и позвоночных артерий, недостаточность аортального клапана, полная АВ-блокада)

01.4.3.14.4.	Эндокринные гипертонии (первичный гиперальдостеронизм, феохромоцитома, болезнь Иценко-Кушинга)
01.4.3.14.5.	Центрогенные артериальные гипертонии (энцефалиты, опухоли, травмы черепа и др.)
01.4.3.14.6.	Артериальные гипертонии, связанные с приемом лекарственных средств (АКТГ и кортикостероиды, гормональные контрацептивы, другие лекарственные средства)
01.4.3.14.7.	Артериальные гипертонии у беременных (поздний токсикоз беременных, эклампсия)
01.4.3.15.	Реабилитация
01.4.3.16.	Медико-социальная экспертиза
01.4.4.	Тема № 4 Болезни миокарда
01.4.4.1.	Классификация болезней миокарда
01.4.4.2.	Миокардиты
01.4.4.2.1.	Ревматические
01.4.4.2.2.	Неревматические
01.4.4.2.2.1.	Инфекционные
01.4.4.2.2.2.	Неинфекционные (при аллергических реакциях, токсических, химических и физических воздействиях)
01.4.4.2.3.	Идиопатический миокардит (злокачественного течения)
01.4.4.2.4.	Миокардиты при диффузных заболеваниях соединительной ткани
01.4.4.2.5.	Клиника и критерии диагностики миокардитов
01.4.4.2.5.1.	Клинико-лабораторные признаки предшествующей инфекции и/или другого этиологического фактора
01.4.4.2.5.2.	Дифференциальная диагностика
01.4.4.2.6.	Течение миокардитов (острое, подострое, рецидивирующее)
01.4.4.2.7.	Характер поражения миокарда (очаговый, диффузный)
01.4.4.2.8.	Исходы миокардитов
01.4.4.2.9.	Лечение
01.4.4.3.	Дистрофия миокарда
01.4.4.3.1.	Основные этиологические факторы
01.4.4.3.2.	Нарушение биоэнергетических процессов в миокарде при миокардиодистрофии
01.4.4.3.3.	Патоморфология
01.4.4.3.4.	Дисгормональная дистрофия миокарда
01.4.4.3.5.	Токсическая дистрофия миокарда
01.4.4.3.6.	Дистрофия миокарда вследствие физического перенапряжения
01.4.4.3.7.	Клиника и диагностика миокардиодистрофий
01.4.4.3.8.	Лечение
01.4.4.4.	Кардиомиопатии
01.4.4.4.1.	Дилатационная кардиомиопатия
01.4.4.4.1.1.	Патоморфология и патофизиология
01.4.4.4.1.2.	Клинические проявления и варианты течения

01.4.4.4.1.3.	Основные методы инструментального обследования
01.4.4.4.1.3.1.	ЭКГ
01.4.4.4.1.3.2.	ЭХО
01.4.4.4.1.3.3.	Рентгенологическое исследование
01.4.4.4.1.3.4.	Радионуклидная вентрикулография и сцинтиграфия
01.4.4.4.1.3.5.	Катетеризация сердца с оценкой гемодинамики. Коронароангиография
01.4.4.4.2.	Гипертрофическая кардиомиопатия
01.4.4.4.2.1.	Патоморфология (особенности), варианты
01.4.4.4.2.2.	Роль нарушений диастолической функции левого желудочка в патогенезе клинических проявлений гипертрофической кардиомиопатии
01.4.4.4.2.3.	Клиника, диагностика, варианты течения
01.4.4.4.2.4.	Нарушение ритма у больных с гипертрофической кардиопатией
01.4.4.4.2.5.	Частота внезапной смерти
01.4.4.4.2.6.	Основные инструментальные методы диагностики
01.4.4.4.2.6.1.	ЭХО
01.4.4.4.2.6.2.	ЭКГ
01.4.4.4.2.6.3.	Рентгенография
01.4.4.4.2.6.4.	Радионуклеидная вентрикулография и сцинтиграфия
01.4.4.4.2.7.	Лечение
01.4.4.4.2.8.	Показания к хирургическому лечению
01.4.4.4.3.	Рестриктивная кардиомиопатия
01.4.4.4.3.1.	Этиология и патоморфология
01.4.4.4.3.2.	Клиника
01.4.4.4.3.3.	Нарушение гемодинамики
01.4.4.4.3.4.	Основные инструментальные методы диагностики
01.4.4.4.3.4.1.	ЭХО
01.4.4.4.3.4.2.	ЭКГ
01.4.4.4.3.4.3.	Рентгенография
01.4.4.4.3.4.4.	Радионуклеидная вентрикулография и сцинтиграфия
01.4.4.4.3.4.5.	Лечение (консервативное, показания к оперативному лечению)
01.4.4.5.	Опухоли сердца
01.4.4.5.1.	Первичные
01.4.4.5.2.	Вторичные
01.4.4.6.	Реабилитация
01.4.4.7.	Медико-социальная экспертиза при болезнях миокарда

Модуль 5. Ревматические болезни

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.5.	Курс 1. Ревматические болезни
01.5.1.	Тема 1. Классификация болезней суставов
01.5.1.1.	Классификация болезней суставов
01.5.1.1.1.	Воспалительные заболевания суставов (артриты)
01.5.1.1.2.	Невоспалительные заболевания суставов (артрозы)
01.5.1.1.3.	Артриты и артрозы при других заболеваниях
01.5.1.2.	Методы исследования функции опорно-двигательного аппарата
01.5.1.2.1.	Клинические методы
01.5.1.2.1.1.	Характеристика местной активности
01.5.1.2.1.2.	Ангулометрия
01.5.1.2.1.3.	Функциональные тесты (силы тяжести кисти, скорость ходьбы и пр.)
01.5.1.2.1.4.	Суставной индекс
01.5.1.2.2.	Инструментальные методы исследования
01.5.1.2.2.1	Термография
01.5.1.2.2.2	Сцинтиграфия
01.5.1.2.2.3	Рентгенография суставов, включая контрастное исследование
01.5.1.2.2.4	Артроскопия
01.5.1.2.2.5	Диагностическое значение исследования синовиальной жидкости
01.5.1.3.	Ревматоидный артрит
01.5.1.3.1.	Этиология и патогенез
01.5.1.3.1.1.	Значение иммунологических нарушений
01.5.1.3.1.2.	Механизм суставного воспаления при ревматоидном артрите
01.5.1.3.1.3.	Патогенез системных (органных) поражений при ревматоидном артрите
01.5.1.3.2.	Классификация
01.5.1.3.2.1	Серопозитивный ревматоидный артрит
01.5.1.3.2.2	Серонегативный ревматоидный артрит
01.5.1.3.2.3	Ревматоидный артрит с системными проявлениями
01.5.1.3.2.4	Синдром Фелти
01.5.1.3.3.	Клиника
01.5.1.3.3.1.	Характеристика суставного синдрома
01.5.1.3.3.2	Поражение внутренних органов и систем

01.5.1.3.3.3	Основные клинические формы и варианты течения ревматоидного артрита
01.5.1.3.4.	Диагностика ревматоидного артрита
01.5.1.3.4.1	Лабораторная диагностика ревматоидного артрита
01.5.1.3.4.2	Рентгенологическая диагностика ревматоидного артрита
01.5.1.3.4.3	Морфологическая диагностика ревматоидного артрита
01.5.1.3.4.4	Критерии диагноза и активности ревматоидного артрита
01.5.1.3.4.5	Формулировка диагноза
01.5.1.3.4.6	Дифференциальный диагноз
01.5.1.3.5.	Принципы и методы этапной терапии ревматоидного артрита
01.5.1.3.5.1	Препараты длительного действия (базисные средства)
01.5.1.3.5.2	Нестероидные воспалительные средства и кортикостероиды
01.5.1.3.5.3	Иммуномодулирующая терапия
01.5.1.3.5.4	Местное лечение ревматоидного артрита
01.5.1.3.5.5	Хирургическое лечение
01.5.1.3.5.6	Санаторно-курортное лечение
01.5.1.3.6.	Диспансеризация больных ревматоидным артритом
01.5.1.3.7.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.4.	Анкилозирующий спондилоартрит
01.5.1.4.1.	Этиология и патогенез
01.5.1.4.1.1.	Связь с антигенами гистосовместимости
01.5.1.4.1.2.	Патоморфологические особенности воспалительного процесса
01.5.1.4.2.	Классификация болезни Бехтерева
01.5.1.4.3.	Клиника болезни Бехтерева
01.5.1.4.3.1	Формы и варианты течения
01.5.1.4.3.2	Внесуставные поражения
01.5.1.4.3.3	Особенности течения у женщин
01.5.1.4.3.4	Критерии диагностики болезни Бехтерева
01.5.1.4.4.	Ранняя диагностика
01.5.1.4.5.	Дифференциальная диагностика болезни Бехтерева с другими спондилоартритами
01.5.1.4.6.	Лечение болезни Бехтерева
01.5.1.4.7.	Реабилитация
01.5.1.4.8.	Диспансеризация больных болезнью Бехтерева
01.5.1.4.9.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.5.	Болезнь Рейтера
01.5.1.5.1.	Этиология и патогенез
01.5.1.5.1.1	Связь с хламидийной инфекцией и поражением кишечника
01.5.1.5.1.2	Роль антигенов гистосовместимости
01.5.1.5.2.	Клиника болезни Рейтера
01.5.1.5.2.1.	Характеристика суставного синдрома
01.5.1.5.2.2	Поражение кожи и слизистых оболочек
01.5.1.5.2.3	Поражения внутренних органов
01.5.1.5.2.4	Особенности течения болезни Рейтера
01.5.1.5.2.5	Критерии диагностики, дифференциальный диагноз (синдром Рейтера)
01.5.1.5.3.	Лечение болезни Рейтера
01.5.1.5.4.	Реабилитация
01.5.1.5.5.	Диспансеризация больных с болезнью Рейтера
01.5.1.5.6.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.6.	Псориатический артрит
01.5.1.6.1.	Этиология и патогенез
01.5.1.6.2.	Клиника
01.5.1.6.2.1	Варианты течения

01.5.1.6.2.2	Злокачественные формы псориатического артрита
01.5.1.6.2.3	Критерии диагностики
01.5.1.6.3.	Лечение псориатического артрита
01.5.1.6.4.	Диспансеризация
01.5.1.6.5.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.7.	Реактивные артриты
01.5.1.7.1.	Этиология и патогенез
01.5.1.7.2.	Классификация реактивных артритов
01.5.1.7.2.1.	Постэнтероколитические
01.5.1.7.2.2	Урогенитальные (исключая болезнь Рейтера и гонорею), связанные с хламидийной инфекцией
01.5.1.7.2.3	После других инфекций
01.5.1.7.2.4	Поствакцинальные
01.5.1.7.3.	Клиника
01.5.1.7.4.	Критерии диагностики, дифференциальный диагноз
01.5.1.7.5.	Лечение реактивных артритов
01.5.1.7.6.	Профилактика
01.5.1.7.7.	Диспансеризация
01.5.1.7.8.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.8.	Остеоартрозы
01.5.1.8.1.	Этиология и патогенез
01.5.1.8.1.1	Роль эндокринных расстройств
01.5.1.8.1.2	Роль обменных нарушений
01.5.1.8.1.3	Роль сосудистого фактора
01.5.1.8.1.4	Роль физической перегрузки и микротравматизации сустава
01.5.1.8.2.	Патоморфология
01.5.1.8.3.	Клиника
01.5.1.8.3.1	Преимущественная локализация (гонартроз, коксартроз)
01.5.1.8.3.2	Особенности течения
01.5.1.8.4.	Критерии диагностики, дифференциальный диагноз
01.5.1.8.5.	Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения
01.5.1.8.5.1	Режим физической нагрузки
01.5.1.8.5.2	Антиферментные препараты
01.5.1.8.5.3	Антивоспалительные и обезболивающие средства
01.5.1.8.5.4	Физиотерапия
01.5.1.8.5.5	Санаторно-курортное лечение
01.5.1.8.6.	Диспансеризация
01.5.1.8.7.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.9.	Остеохондроз позвоночника
01.5.1.9.1	Клинические проявления в зависимости от локализации
01.5.1.9.2	Рентгенологическая диагностика (денситометрия)
01.5.1.9.3	Диагностика и дифференциальный диагноз
01.5.1.9.4	Лечение
01.5.1.9.5	Диспансерное наблюдение
01.5.1.9.6	Медико-социальная экспертиза

01.5.1.10.	Остеопороз
01.5.1.10.1	Этиология
01.5.1.10.2	Патогенез
01.5.1.10.3	Классификация
01.5.1.10.4	Факторы риска
01.5.1.10.5	Клиника
01.5.1.10.6	Лабораторно-инструментальная диагностика
01.5.1.10.7	Диагноз
01.5.1.10.8.	Лечение остеопороза
01.5.1.10.8.1	Постменопаузального
01.5.1.10.8.2	Сенильного
01.5.1.10.8.3	Индукцированного ГКС
01.5.1.10.8.4	При патологии почек, печени и кишечника
01.5.1.10.9.	Профилактика
01.5.1.10.10.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.11.	Подагра
01.5.1.11.1.	Этиология и патогенез
01.5.1.11.1.1	Роль наследственности
01.5.1.11.1.2	Роль особенностей питания
01.5.1.11.1.3	Обмен пуринов
01.5.1.11.1.4	Патогенез острого приступа подагры
01.5.1.11.2.	Клиника подагры
01.5.1.11.2.1	Формы и варианты течения
01.5.1.11.2.2	Подагрическая нефропатия
01.5.1.11.2.3	Тканевые отложения уратов
01.5.1.11.2.4	Рентгенологические проявления
01.5.1.11.2.5	Критерии диагностики
01.5.1.11.2.6	Дифференциальный диагноз
01.5.1.11.3.	Лечение подагры
01.5.1.11.3.1	Лечение острого приступа
01.5.1.11.3.2	Лечение хронического подагрического артрита
01.5.1.11.3.3	Урикопрессивные и урикозурические средства
01.5.1.11.4.	Профилактика
01.5.1.11.5.	Диспансерное наблюдение
01.5.1.11.6.	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.12.	Хондрокальциноз
01.5.1.12.1	Этиология и патогенез
01.5.1.12.2	Клиника и особенности течения
01.5.1.12.3	Рентгенодиагностика
01.5.1.12.4	Дифференциальный диагноз
01.5.1.12.5	Лечение
01.5.1.12.6	Диспансерное наблюдение
01.5.1.12.7	Медико-социальная экспертиза
01.5.1.13.	Специфические поражения суставов у лиц, занятых в сельском хозяйстве

Модуль 6. Болезни органов пищеварения

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.6.	Курс 1. Болезни органов пищеварения
01.6.1.	Тема 1. Болезни кишечника
01.6.1.1.	Дуодениты
01.6.1.1.1	Этиология и патогенез
01.6.1.1.2	Клиника
01.6.1.1.3	Осложнения
01.6.1.1.4	Лечение
01.6.1.1.5	Профилактика
01.6.1.2.	Дуоденостаз
01.6.1.2.1	Этиология
01.6.1.2.2	Клиника
01.6.1.2.3	Лечение
01.6.1.2.4	Возрастные особенности течения заболевания
01.6.1.3.	Ишемическая болезнь кишечника
01.6.1.3.1	Клиника, диагностика, лечение
01.6.1.4.	Энзимопатии
01.6.1.5.	Дивертикулы тонкой и толстой кишки
01.6.1.5.1	Этиология
01.6.1.5.2	Клиника
01.6.1.5.3	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.6.1.5.4	Осложнения
01.6.1.5.5	Лечение
01.6.1.6.	Энтеропатии
01.6.1.6.1	Классификация
01.6.1.6.2	Этиология и патогенез
01.6.1.6.3	Клиника
01.6.1.6.4	Синдром медленного всасывания и пищеварения
01.6.1.6.5	Нарушение минерального обмена и остеопороз
01.6.1.6.6	Анемия
01.6.1.6.7	Поражение печени и желчевыводящих путей
01.6.1.6.8	Поражения поджелудочной железы

01.6.1.6.9	Поражения центральной нервной системы
01.6.1.6.10	Поражение эндокринной системы
01.6.1.7.	Лечение
01.6.1.7.1	Диетотерапия, парентеральное питание
01.6.1.7.2	Эубиотики
01.6.1.7.3	Антибактериальные препараты
01.6.1.7.4	Витамины
01.6.1.7.5	Ферментные препараты
01.6.1.7.6	Антидиарейные средства
01.6.1.7.7	Биологические препараты
01.6.1.7.8	Препараты, повышающие иммунобиологические процессы в организме
01.6.1.7.9	Препараты кальция, магния, кобальта, железа
01.6.1.7.10	Холинолитические средства
01.6.1.7.11	Вяжущие, обволакивающие и адсорбирующие средства
01.6.1.7.12	Фитотерапия
01.6.1.8.	Физиотерапия
01.6.1.9	Санаторно-курортное лечение
01.6.1.10	Профилактика
01.6.1.11	Особенности ведения больных в амбулаторных условиях
01.6.1.12	Реабилитация
01.6.1.13	Диспансеризация
01.6.1.14	Медико-социальная экспертиза
01.6.1.15.	Дисбактериоз кишечника
01.6.1.15.1	Определение понятия(эубиоз, дисбиоз, дисбактериоз)
01.6.1.15.2	Микрофлора кишечника здорового человека и ее физиологическое значение
01.6.1.15.3	Роль внутренних и внешних факторов в нарушении микробного равновесия кишечной флоры
01.6.1.15.4	Лекарственный дисбактериоз
01.6.1.15.5	Понятие об эндогенной суперинфекции
01.6.1.15.6	Фазы развития дисбактериоза
01.6.1.15.7	Классификация
01.6.1.15.8	Лечение
01.6.1.15.9	Профилактика
01.6.1.15.10	Прогноз
01.6.1.16.	Синдром «раздраженной» кишки
01.6.1.16.1	Этиология и патогенез
01.6.1.16.2	Клиника в зависимости от локализации процесса в различных отделах толстой кишки

01.6.1.16.3	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.6.1.16.4	Лечение
01.6.1.16.5	Профилактика
01.6.1.16.6	Медико-социальная экспертиза
01.6.1.17.	Колит язвенный неспецифический
01.6.1.17.1	Этиология и патогенез
01.6.1.17.2	Классификация
01.6.1.17.3	Клиника
01.6.1.17.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.6.1.17.5	Осложнения
01.6.1.18.	Лечение
01.6.1.18.1	Диетотерапия
01.6.1.18.2	Препараты сочетаний сульфаниламидов с салициловой кислотой
01.6.1.18.3	Препараты 5-аминосалициловой кислоты
01.6.1.18.4	Стероидные гормоны
01.6.1.18.5	Гемотранфузии, белковые гидролизаты, синтетические аминокислоты, соли и растворы солей
01.6.1.18.6	Препараты железа
01.6.1.18.7	Анаболические стероидные препараты
01.6.1.18.8	Плазмаферез, гемосорбция
01.6.1.18.9	Показания к хирургическому лечению
01.6.1.19.	Реабилитация
01.6.1.20.	Диспансеризация
01.6.1.21.	Медико-социальная экспертиза
01.6.1.22.	Болезнь Крона
01.6.1.22.1	Этиология и патогенез
01.6.1.22.2	Клиника
01.6.1.22.3	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.6.1.22.4	Осложнения
01.6.1.22.5	Лечение
01.6.1.23.	Спру (тропическая и нетропическая формы)
01.6.1.23.1	Этиология и патогенез
01.6.1.23.2	Клиника
01.6.1.23.3	Лечение
01.6.1.23.4	Реабилитация
01.6.1.23.5	Диспансеризация
01.6.1.23.6	Медико-социальная экспертиза

01.6.2.	Тема № 2 Болезни печени и желчных путей
01.6.2.1.	Классификация
01.6.2.2.	Хронические диффузные заболевания печени
01.6.2.3.	Гепатозы
01.6.2.3.1	Наследственные пигментный гепатоз
01.6.2.3.2	Жировой гепатоз
01.6.2.4.	Хронический гепатит
01.6.2.4.1.	Классификация
01.6.2.4.2.	Вирусные гепатиты
01.6.2.4.2.1	Клинико-морфологические формы
01.6.2.4.2.2	Маркеры вирусной инфекции, признаки репликации
01.6.2.4.2.3	Клиническая картина
01.6.2.4.2.4	Лабораторная диагностика
01.6.2.4.2.5	Лечение гепатитов
01.6.2.4.2.5.1	В стадии обострения
01.6.2.4.2.5.2.	В стадии ремиссии
01.6.2.4.3.	Аутоиммунные гепатиты
01.6.2.4.3.1	Клиническая картина
01.6.2.4.3.2	Лабораторная диагностика
01.6.2.4.3.3	Лечение
01.6.2.4.4.	Лекарственные гепатиты
01.6.2.4.4.1	Клиническая картина
01.6.2.4.4.2	Лабораторная диагностика
01.6.2.4.4.3	Лечение
01.6.2.4.5.	Алкогольные гепатиты
01.6.2.4.5.1	Клинико-морфологические формы
01.6.2.4.5.2	Клиническая картина
01.6.2.4.5.3	Диагностика
01.6.2.4.5.4	Лечение
01.6.2.4.6.	Холестатическая болезнь печени
01.6.2.4.6.1	Клиническая картина
01.6.2.4.6.2	Лабораторная диагностика
01.6.2.4.6.3	Дифференциальный диагноз
01.6.2.4.6.4.	Лечение гепатитов
01.6.2.4.6.4.1	Противовирусные препараты
01.6.2.4.6.4.2	Гепатопротекторы

01.6.2.4.6.4.3	Антихолестатические средства
01.6.2.4.6.4.4	Глюкокортикоиды, иммуномодуляторы, цитостатики
01.6.2.4.6.4.5	Симптоматическая терапия
01.6.2.4.7.	Профилактика
01.6.2.4.8.	Диспансеризация
01.6.2.4.9.	Медико-социальная экспертиза
01.6.2.5.	Цирроз печени
01.6.2.5.1	Классификация
01.6.2.5.2	Патоморфология
01.6.2.5.3	Клиника
01.6.2.5.4	Течение, осложнение
01.6.2.5.5	Диагноз, оценка эффективности процесса и функционального состояния печени
01.6.2.5.6	Лечение
01.6.2.6.	Другие заболевания печени
01.6.2.6.1	Кисты
01.6.2.6.2	Паразитарные заболевания
01.6.2.6.3	Абсцессы печени
01.6.2.6.4	Заболевания печеночной артерии
01.6.2.6.5	Заболевания воротной вены
01.6.2.6.6	Заболевания печеночных вен
01.6.2.7.	Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей
01.6.2.8.	Холецистит хронический
01.6.2.8.1	Этиология и патогенез
01.6.2.8.2	Классификация
01.6.2.8.3	Клиника
01.6.2.8.4	Особенности течения холецистита в зависимости от возраста
01.6.2.8.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.6.2.8.6.	Лечение
01.6.2.8.6.1	Диетотерапия
01.6.2.8.6.2	Желчегонные средства
01.6.2.8.6.3	Спазмолитические средства
01.6.2.8.6.4	Антибактериальные средства
01.6.2.8.6.5	Показания к хирургическому лечению
01.6.2.8.7.	Особенности ведения больных в амбулаторных условиях
01.6.2.8.8	Профилактика
01.6.2.8.9	Реабилитация

01.6.2.8.10	Диспансеризация
01.6.2.8.11	Медико-социальная экспертиза
01.6.2.9.	Желчнокаменная болезнь
01.6.2.9.1	Этиология и патогенез
01.6.2.9.2	Клиника
01.6.2.9.3	Особенности течения в зависимости от возраста
01.6.2.9.4	Осложнения
01.6.2.9.5.	Лечение
01.6.2.9.5.1	Спазмолитические средства
01.6.2.9.5.2	Желчегонные средства (холеретики, холекинетики)
01.6.2.9.5.3	Антибактериальные средства
01.6.2.9.5.4	Показания к липотрипсии; эндоскопические хирургические методы лечения, литолитические средства
01.6.2.9.5.5	Показания к хирургическому лечению
01.6.2.9.6.	Профилактика
01.6.2.9.7	Реабилитация
01.6.2.9.8	Диспансеризация
01.6.2.9.9	Медико-социальная экспертиза
01.6.2.10.	Постхолецистэктомический синдром
01.6.2.11.	Стенозы желчевыводящих путей(стеноз холедоха, фатерова соска, папиллит)
01.6.2.12.	Холангит
01.6.2.12.1	Этиология и патогенез
01.6.2.12.2	Клиника
01.6.2.12.3	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.6.2.12.4	Лечение
01.6.2.12.5	Профилактика
01.6.2.12.6	Реабилитация
01.6.2.12.7	Медико-социальная экспертиза
01.6.2.13	Паразитарные заболевания желчевыводящей системы
01.6.3.	Тема № 3 Болезни поджелудочной железы
01.6.3.1.	Хронический панкреатит
01.6.3.1.1	Этиология и патогенез
01.6.3.1.2	Патоморфология
01.6.3.1.3	Клиника
01.6.3.1.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.6.3.1.5	Осложнения
01.6.3.1.6.	Лечение

01.6.3.1.6.1	Диетотерапия
01.6.3.1.6.2	Антиферментные препараты
01.6.3.1.6.3	Антисептические средства
01.6.3.1.6.4	Препараты, уменьшающие внешнесекреторную деятельность поджелудочной железы
01.6.3.1.6.5	Ферментные препараты
01.6.3.1.7.	Показания к хирургическому лечению
01.6.3.1.8	Санаторно-курортное лечение
01.6.3.1.9	Профилактика
01.6.3.1.10	Реабилитация
01.6.3.1.11	Диспансеризация
01.6.3.1.12	Медико-социальная экспертиза
01.6.3.2.	Алкогольные поражения поджелудочной железы
01.6.3.3.	Опухоли поджелудочной железы
01.6.3.3.1	Классификация
01.6.3.3.2	Ранняя симптоматика
01.6.3.3.3	Дифференциальный диагноз
01.6.3.3.4	Методы обследования

Модуль 7. Болезни почек

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.7.	Курс 1. Болезни почек
01.7.1.	Тема 1. Гломерулонефриты (ОГН и ХГН)
01.7.1.1.	Этиология острого и хронического гломерулонефритов
01.7.1.2.	Патогенез
01.7.1.2.1	Патогенез отеков при ОГН и ХГН
01.7.1.2.2	Патогенез артериальной гипертензии при огн и хгн
01.7.1.2.3	Патогенез изменений мочи при гломерулонефритах
01.7.1.2.4	Патогенез гиперлипидемии и гиперлипопротеинемии при гломерулонефритах
01.7.1.2.5	Патогенез нарушений тромбоцитарного и плазменного гемостаза при ОГН и ХГН
01.7.1.3.	Механизмы прогрессирования гломерулонефритов
01.7.1.4	Классификация ОГН и ХГН
01.7.1.5	Патоморфология
01.7.1.6	Гистологические типы ОГН и ХГН
01.7.1.7	Основные клинические симптомы ОГН и ХГН
01.7.1.8	Клинические варианты и варианты течения ОГН и ХГН
01.7.1.9	Осложнения ОГН и ХГН
01.7.1.10	Особенности течения ОГН и ХГН у подростков
01.7.1.11.	Дифференциальная диагностика ОГН и ХГН
01.7.1.11.1	С амилоидозом
01.7.1.11.2	Острым и хроническим пиелонефритом
01.7.1.11.3	Поражением почек при системных заболеваниях
01.7.1.11.4	Миеломной почкой
01.7.1.11.5	Диабетической нефропатией
01.7.1.11.6	Поликистозной почкой
01.7.1.11.7	Подагрической почкой
01.7.1.11.8	Нефритом при инфекционном эндокардите
01.7.1.11.9	Застойной почкой при сердечной недостаточности
01.7.1.11.10	Опухолью почек
01.7.1.11.11	Туберкулезом почек
01.7.1.12.	Лечение острого и хронического гломерулонефритов
01.7.1.12.1	Режим

01.7.1.12.2	Диета
01.7.1.12.3	Этиологическое лечение
01.7.1.13.	Патогенетическое лечение
01.7.1.13.1	Глюкокортикостероидами
01.7.1.13.2	Пульс-терапия глюкокортикостероидами
01.7.1.13.3	Цитостатиками
01.7.1.13.4	Пульс-терапия цитостатиками
01.7.1.13.5	Антикоагулянтами
01.7.1.13.6	Антиагрегантами
01.7.1.13.7	Нестероидными противовоспалительными препаратами
01.7.1.13.8	Плазмаферезом и иммуносорбцией
01.7.1.13.9	Сочетанными схемами лечения
01.7.1.13.10	Терапия основных симптомов заболевания (гипертония, отеки)
01.7.1.14.	Лечение осложнений ОГН и ХГН
01.7.1.15.	Особенности лечения в зависимости от периода заболевания
01.7.1.16.	Особенности лечения ОГН
01.7.1.17.	Особенности лечения ХГН
01.7.1.17.1	В период обострения
01.7.1.17.2	В период ремиссии
01.7.1.18	Особенности лечения в условиях поликлиники
01.7.1.19	Показания к стационарному лечению
01.7.1.20	Санаторно-курортное лечение
01.7.1.21	Профилактика гломерулонефритов
01.7.1.22	Диспансерное наблюдение
01.7.1.23	Медико-социальная экспертиза
01.7.2.	Тема № 2 Пиелонефриты
01.7.2.1.	Этиология и факторы риска острого и хронического пиелонефритов
01.7.2.2	Патогенез острого и хронического пиелонефритов
01.7.2.3	Морфологические формы острого и хронического пиелонефритов
01.7.2.4	Классификация хронических пиелонефритов
01.7.2.4.1	Первичных
01.7.2.4.2	Вторичных
01.7.2.5.	Клиника и варианты течения хронических пиелонефритов
01.7.2.6.	Клиника хронического пиелонефрита в фазе
01.7.2.6.1	Ремиссии
01.7.2.6.2	Обострения

01.7.2.7.	Особенности течения
01.7.2.7.1	Женщин в период беременности
01.7.2.7.2	В пожилом и старческом возрасте
01.7.2.8.	Дифференциальная диагностика пиелонефритов
01.7.2.8.1	С гломерулонефритом
01.7.2.8.2	Туберкулезом почек
01.7.2.8.3	Циститом и инфекциями нижних мочевых путей
01.7.2.9.	Лечение острых и хронических пиелонефритов
01.7.2.9.1	Антибактериальные препараты и их комбинации
01.7.2.9.2	Симптоматическое лечение
01.7.2.9.3	Особенности лечения в зависимости от периода заболевания
01.7.2.9.4	Обострения
01.7.2.9.5	Противорецидивное лечение
01.7.2.9.6	При наличии беременности
01.7.2.9.7	В пожилом и старческом возрасте
01.7.2.9.8	В условиях поликлиники
01.7.2.9.9	Показания к стационарному лечению
01.7.2.10.	Профилактика пиелонефритов
01.7.2.11.	Диспансерное наблюдение
01.7.2.12.	Санаторно-курортное лечение
01.7.2.13.	Медико-социальная экспертиза

Модуль 8. Болезни органов кроветворения

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.8.	Курс 1. Болезни органов кроветворения
01.8.1.	Тема 1. Анемии
01.8.1.1.	Классификация анемий
01.8.1.1.1	Железодефицитные анемии
01.8.1.1.2	Железонасыщенные гипохромные анемии
01.8.1.1.3	Анемии при свинцовом отравлении
01.8.1.1.4	Анемии, связанные с наследственным нарушением синтеза порфиринов
01.8.1.2.	Талассемии
01.8.1.3.	В-12 дефицитных анемий

01.8.1.3.1	Патогенез В-12 дефицитных анемий
01.8.1.3.2	Терапия В-12 дефицитных анемий
01.8.1.4.	Анемии, связанные с дефицитом фолиевой кислоты
01.8.1.5.	Гемолитические анемии
01.8.1.5.1	Наследственный микросфероцитоз
01.8.1.5.2	Наследственный эллиптоцитоз и стоматоцитоз
01.8.1.5.3	Ферментодефицитные гемолитические анемии
01.8.1.5.4	Гемоглобинопатии
01.8.1.5.5	Приобретенные гемолитические анемии
01.8.1.5.5.1.	Понятие об иммунных и гетероиммунных гемолитических анемиях
01.8.1.5.5.2	Аутоиммунные гемолитические анемии с неполными тепловыми агглютинидами
01.8.1.6.	Холодовые формы аутоиммунных гемолитических анемий
01.8.1.7.	Гипопластические анемии
01.8.1.7.1	Патогенез гипопластических анемий
01.8.1.7.2	Терапия гипопластических анемий
01.8.1.8.	Порфирии
01.8.1.8.1	Определения понятия «порфирии» и классификация
01.8.1.8.2	Лечение
01.8.2.	Тема № 2 Геморрагические диатезы
01.8.2.1.	Механизмы нормального гемостаза
01.8.2.1.1	Антикоагулянтная система
01.8.2.1.2	Плазминовая система
01.8.2.2.	Методы изучения гемостаза
01.8.2.3.	Нозологические формы геморрагических диатезов
01.8.2.3.1	Тромбоцитопеническая пурпура
01.8.2.3.2	Тромбоцитопении
01.8.2.3.3	Гемофилии
01.8.2.3.4	Болезнь Виллебранда
01.8.2.3.5	ДВС-синдром
01.8.2.3.6	Нарушение факторов протромбинового комплекса

Модуль 9. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины

01	Специальные дисциплины
01.9.	Курс 1 Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней
01.9.1.	Тема 1. Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии
01.9.1.1.	Общие вопросы
01.9.1.1.1.	Понятие «прекращение кровообращения»
01.9.1.1.2.	Этиология и патогенез
01.9.1.1.3.	Клиника
01.9.1.1.4.	Диагностика
01.9.1.1.5.	Электрокардиографическая характеристика
01.9.1.1.6.	Интенсивная терапия и реанимация при прекращении кровообращения
01.9.1.1.7.	Дифференцированный подход к использованию фармакологических средств и методов дефибриляции
01.9.1.1.8.	Основные принципы ведения раннего постреанимационного периода
01.9.1.2.	Острая сердечная недостаточность
01.9.1.2.1.	Клиника и диагностика различных видов сердечной недостаточности
01.9.1.2.2.	Левожелудочковая недостаточность при гипертонической болезни. Принципы интенсивной
01.9.1.2.3.	Особенности клиники, патогенеза и интенсивной терапии острой левожелудочковой недостаточности при митральном стенозе и недостаточности митрального и
01.9.1.2.4.	Патогенез, клиника, диагностика и интенсивная терапия при острой правожелудочковой недостаточности
01.9.1.2.5.	Патогенез, клиника, диагностика и интенсивная терапия при миокардитах, перикардитах, кардиомиопатиях
01.9.1.2.6.	Тотальная застойная сердечная недостаточность. Клиника, диагностика, основные принципы терапии
01.9.1.3.	Острая коронарная недостаточность
01.9.1.3.1.	Инфаркт миокарда
01.9.1.3.2.	Основные клинические синдромы при инфаркте миокарда: болевой синдром, острая недостаточность кровообращения (сердечная астма, отек легких, кардиогенный шок),
01.9.1.3.3.	Интенсивная терапия при купировании болевого синдрома
01.9.1.3.4.	Сердечная астма и отек легких при инфаркте миокарда
01.9.1.3.5.	Патогенез и клинические проявления
01.9.1.3.6.	Интенсивная терапия в зависимости от фонового заболевания и уровня артериального давления
01.9.1.3.7.	Кардиогенный шок при инфаркте миокарда
01.9.1.3.8.	Интенсивная терапия и реанимация при кардиогенном шоке
01.9.1.3.9.	Нарушения сердечного ритма при инфаркте миокарда. ЭКГ – характеристика
01.9.1.3.10.	Интенсивная медикаментозная терапия аритмий. Осложнения лекарственной терапии и их профилактика
01.9.1.3.11.	Электроимпульсная терапия сердечных аритмий. Методика электроимпульсной терапии и противопоказания

01.9.1.3.12	Атриовентрикулярные блокады, приступы МАС
01.9.1.3.13	Дифференциальная диагностика синкопальных состояний
01.9.1.3.14	Показания к электрокардиостимуляции
01.9.1.3.15	Тромбоэмболия легочной артерии (см. 12.37.)
01.9.1.3.16	Интенсивная терапия и реанимация тромбоэмболических осложнений при инфаркте миокарда
01.9.1.3.17	Острые нарушения циркуляции при тромбозе крупных магистральных артерий и расслаивающейся аневризме аорты
01.9.1.3.18	Организация специализированной помощи на догоспитальном этапе. Специализированные бригада СМП. Организация отделений и палат интенсивного наблюдения
01.9.1.4.	Алгоритмы неотложной интенсивной терапии
01.9.2.	Тема 2. Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии
01.9.2.1.	Острая дыхательная недостаточность
01.9.2.1.1	Классификация
01.9.2.1.2	Гипоксия и гипоксемия. Гиперкапния
01.9.2.1.3	Обструктивный тип дыхательной недостаточности
01.9.2.1.4	Интенсивная терапия
01.9.2.1.5	Показания к бронхоскопии и ИВЛ
01.9.2.2.	Рестриктивный тип дыхательной недостаточности
01.9.2.2.1.	Интенсивная терапия
01.9.2.3.	Смешанный тип дыхательной недостаточности
01.9.2.3.1.	Интенсивная терапия с учетом преобладающего типа дыхательной недостаточности
01.9.2.4.	Астматический статус
01.9.2.4.1	Клинические особенности в зависимости от стадии
01.9.2.4.2	Данные лабораторных и инструментальных методов исследования
01.9.2.4.3	Интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса
01.9.2.4.4	Показания к ИВЛ и лечебной бронхоскопии
01.9.2.4.5	Экстракорпоральные методы терапии: плазмаферез и гемосорбция
01.9.2.5.	Легочные кровотечения и кровохарканье
01.9.2.5.1	Этиология и патогенез
01.9.2.5.2	Клинические особенности в зависимости от основного заболевания
01.9.2.5.3	Показания к бронхоскопии
01.9.2.5.4	Показания к ангиографии легких
01.9.2.5.5	Интенсивная терапия и реанимация

01.9.2.5.6	Показания к оперативному вмешательству
01.9.2.6.	Пневмоторакс
01.9.2.6.1	Классификация
01.9.2.6.2	Этиология и патогенез спонтанного пневмоторакса
01.9.2.6.3	Клинические особенности открытого пневмоторакса
01.9.2.6.4	Клинические особенности клапанного (вентильного) пневмоторакса
01.9.2.6.5	Осложнения пневмоторакса (острое легочное сердце, экссудативный плеврит)
01.9.2.6.6	Показания к плевроскопии
01.9.2.6.7	Интенсивная терапия и лечение напряженного пневмоторакса
01.9.2.6.8	Показания к хирургическому лечению пневмоторакса
01.9.2.7.	Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
01.9.2.7.1	Этиология и патогенез
01.9.2.7.2	Классификация
01.9.2.7.3	ЭКГ и ТЭЛА
01.9.2.7.4	Диагностика ТЭЛА
01.9.2.7.5	Клинические особенности и интенсивная терапия различных форм ТЭЛА
01.9.2.8.	Интенсивная терапии при экссудативном плеврите
01.9.2.9.	ОССН при пневмонии
01.9.2.9.1	Интенсивная терапия
01.9.2.10.	Острый респираторный дистресс – синдром
01.9.2.10.1	Этиология и патогенез
01.9.2.10.2	Особенности клинического течения
01.9.2.10.3	Показатели лабораторных и инструментальных исследований
01.9.2.10.4	Интенсивная терапия
01.9.2.11.	Бронхиты тяжелого течения (токсические и термические)
01.9.2.11.1	Интенсивная терапия с учетом этиологии
01.9.3.	Тема 3. Интенсивная терапия и реанимация в гастроэнтерологии
01.9.3.1.	Эзовагастродуоденальные и кишечные кровотечения
01.9.3.1.	Этиология и патогенез
01.9.3.1.2	Классификация
01.9.3.1.3	Клиника
01.9.3.1.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.9.3.1.5	Интенсивная терапия при эзовагастродуоденальных кишечных кровотечениях
01.9.3.1.6	Показания к хирургическому лечению

01.9.3.2.	Интенсивная терапия при массивных потерях желудочного содержимого
01.9.3.3.	Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
01.9.3.3.1	Этиология и патогенез
01.9.3.3.2	Классификация
01.9.3.3.3	Клинические проявления
01.9.3.3.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.9.3.4.	Острая тромбоэмболия мезентериальных сосудов
01.9.3.4.1	Этиология и патогенез
01.9.3.4.2	Клинические проявления
01.9.3.4.3	Дифференциальный диагноз
01.9.3.4.4	Интенсивная терапия при тромбозе мезентериальных сосудов
01.9.3.5.	Острый холецистит
01.9.3.5.1	Этиология и патогенез
01.9.3.5.2	Классификация
01.9.3.5.3	Клинические проявления
01.9.3.5.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.9.3.5.5	Интенсивная терапия
01.9.3.6.	Острый панкреатит
01.9.3.6.1	Этиология и патогенез
01.9.3.6.2	Классификация
01.9.3.6.3	Клиническая картина острого панкреатита и панкреонекрозе
01.9.3.6.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.9.3.6.5	Интенсивная терапия при остром панкреатите и панкреонекрозе
01.9.3.7.	Острая почечная недостаточность
01.9.3.7.1	Этиология и патогенез
01.9.3.7.2	Клинические проявления
01.9.3.7.3	Интенсивная терапия
01.9.3.8.	Почечная кома
01.9.3.8.1	Этиология и патогенез
01.9.3.8.2	Клиника
01.9.3.8.3	Интенсивная терапия
01.9.4.	Тема 4. Интенсивная терапия и реанимация в неврологии
01.9.4.1	Острая почечная недостаточность (ОПН)
01.9.4.2	Отек легких у больных с заболеванием почек
01.9.4.3	Гипертензивная энцефалопатия у больных с заболеванием почек
01.9.4.4	Нарушение кислотно – основного равновесия при ОПН

01.9.4.5	Метаболический ацидоз
01.9.4.6	Метаболический алкалоз
01.9.4.7	Нарушение водно – электролитного баланса при ОПН
01.9.4.8	Синдром гипер- и гипокалиемии при поражении почек
01.9.4.9	Особенности интенсивной терапии гипер- и гипокалиемии при синдроме длительного раздавливания
01.9.5.	Тема 5 Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии
01.9.5.1.	Кетоацидотическая (диабетическая) кома
01.9.5.1.1	Этиология и патогенез
01.9.5.1.2	Клиника
01.9.5.1.3	Лабораторная диагностика
01.9.5.1.4	Интенсивная терапия
01.9.5.2.	Гипогликемические состояния и кома
01.9.5.2.1	Этиология и патогенез
01.9.5.2.2	Клиника
01.9.5.2.3	Лабораторная диагностика
01.9.5.2.4	Интенсивная терапия и реанимация
01.9.5.3.	Гиперосмолярная кома
01.9.5.3.1	Этиология и патогенез
01.9.5.3.2	Клиника
01.9.5.3.3	Лабораторная диагностика
01.9.5.3.4	Интенсивная терапия и реанимация
01.9.5.4.	Гиперлактацидемическая кома
01.9.5.4.1	Этиология и патогенез
01.9.5.4.2	Клиника
01.9.5.4.3	Лабораторная диагностика
01.9.5.4.4	Интенсивная терапия
01.9.5.5.	Тиреотоксический кризис
01.9.5.5.1	Этиология и патогенез
01.9.5.5.2	Клиника
01.9.5.5.3	Интенсивная терапия
01.9.5.6.	Гипотиреомикседематозная кома
01.9.5.6.1	Этиология и патогенез
01.9.5.6.2	Клиника
01.9.5.6.3	Лабораторная диагностика
01.9.5.6.4	Интенсивная терапия
01.9.5.7.	Острая надпочечниковая недостаточность

01.9.5.7.1	Этиология и патогенез
01.9.5.7.2	Клиника
01.9.5.7.3	Диагностика острой надпочечниковой недостаточности
01.9.5.7.4	Интенсивная терапия
01.9.5.8.	Криз при феохромоцитоме
01.9.5.8.1	Этиология и патогенез
01.9.5.8.2	Клиника
01.9.5.8.3	Лабораторная диагностика
01.9.5.8.4	Интенсивная терапия
01.9.6.	Тема 6: Интенсивная терапия и реанимация в гематологии
01.9.6.1.	Острая постгеморрагическая анемия
01.9.6.1.1	Клиника
01.9.6.1.2	Картина крови
01.9.6.1.3	Интенсивная терапия
01.9.6.1.4	Особенности интенсивной терапии при постгеморрагической анемии, связанной с беременностью
01.9.6.2.	Гемолитический криз
01.9.6.2.1	Этиология и патогенез
01.9.6.2.2	Клиника
01.9.6.2.3	Лабораторная диагностика
01.9.6.2.4	Диагноз и дифференциальный диагноз при остром гемолизе эритроцитов
01.9.6.2.5	Интенсивная терапия
01.9.6.3.	Гипопластическая анемия
01.9.6.3.1	Клиника
01.9.6.3.2	Дифференциальный диагноз
01.9.6.3.3	Интенсивная терапия при острых гипопластических анемиях
01.9.6.4.	Интенсивная терапия В12 – дефицитной анемии
01.9.6.5.	Интенсивная терапия при пароксизмальной гемоглобинурии
01.9.6.6.	Клиническая картина острого агранулоцитоза
01.9.6.6.1	Острые нарушения гемостаза
01.9.6.6.2	Этиология и патогенез
01.9.6.7.	Острые нарушения гемостаза
01.9.6.7.1	Этиология и патогенез
01.9.6.7.2	Методы диагностики
01.9.6.7.3	Геморрагии, связанные с нарушением свертывания крови и фибринолиза
01.9.6.7.4	Геморрагии, связанные с тромбоцитопениями
01.9.6.7.5	Геморрагии, связанные с поражением сосудистой стенки

01.9.6.7.6	Дифференциальная диагностика различных геморрагических диатезов
01.9.6.7.7	Интенсивная терапия геморрагических диатезов
01.9.6.7.8	Особенности интенсивной терапии при геморрагическом синдроме, связанном с лучевым воздействием
01.9.6.8.	Синдром повышенной вязкости
01.9.6.9.	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС)
01.9.6.9.1	Этиология и патогенез
01.9.6.9.2	Клиника
01.9.6.9.3	Диагноз и дифференциальный диагноз
01.9.6.9.4	Интенсивная терапия. Трансфузионные методы терапии
01.9.6.9.5	Особенности интенсивной терапии при нарушении гемостаза, связанного с применением цитостатиков и иммунодепрессантов
01.9.6.10.	Диагностика и интенсивная терапия острой лучевой болезни
01.9.6.11.	Общие принципы компонентной трансфузионной терапии в гематологии
01.9.7.	Тема 7: Анафилактический шок и анафилактические реакции
01.9.7.1.	Анафилактический шок и анафилактические реакции
01.9.7.1.1	Этиология и патогенез
01.9.7.1.2	Клиника
01.9.7.1.3	Диагностика
01.9.7.1.4	Интенсивная терапия и реанимация
01.9.7.2.	Отек Квинке
01.9.7.2.1	Этиология и патогенез
01.9.7.2.2	Клинические проявления
01.9.7.2.3	Диагностика
01.9.7.2.4	Интенсивная терапия
01.9.7.3.	Крапивница
01.9.7.3.1	Этиология и патогенез
01.9.7.3.2	Клинические проявления
01.9.7.3.3	Диагностика
01.9.7.3.4	Интенсивная терапия

Модуль 10. Клиническая фармакология и тактика применения лекарств

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.10.	Курс 1 Клиническая фармакология и тактика применения лекарств
01.10.1.	Тема 1. Лекарственные средства, применяемые при сердечно - сосудистых заболеваниях
01.10.1.1.	Клиническая фармакология и тактика применения антиангинальных средств
01.10.1.1.1	Классификация
01.10.1.1.2	Фармакодинамика натратов, бета – адреноблокаторов, антагонистов кальция и ингибиторов АПФ
01.10.1.1.3	Особенности применения антиангинальных средств в зависимости от формы стенокардии и степени коронарной недостаточности
01.10.1.1.4	Особенности применения антиангинальных средств ПП, ОУ, ТУ2-7 при сочетании ишемической болезни сердца с гипертонической болезнью, нарушением ритма, сердечной декомпенсации, нарушением углеводного и липидного обмена, бронхиальной обструкцией
01.10.1.1.5	Взаимодействие антиангинальных средств с другими лекарственными средствами
01.10.1.1.6	Побочные действия антиангинальных средств, методы выявления и коррекции
01.10.1.2.	Клиническая фармакология и тактика применения гиполипидемических средств
01.10.1.2.1	Классификация
01.10.1.2.2	Фармакокинетика и фармакодинамика статинов, секвестрантов желчных кислот, фибринов, никотиновой кислоты, пробукола, эссенциальных фосфолипидов
01.10.1.2.3	Тактика рационального применения с учетом типа гиперлипидемий и побочных действий препаратов у лиц с сопутствующей патологией
01.10.1.3.	Клиническая фармакология и тактика применения противотромботических средств
01.10.1.3.1	Классификация
01.10.1.3.2	Фармакокинетика и фармакодинамика тромболитиков, фибринолитиков, антикоагулянтов и антиагрегантов
01.10.1.3.3	Показания и противопоказания к применению
01.10.1.3.4	Тактика дозирования и методы контроля за эффективностью и побочными действиями
01.10.1.3.5	Взаимодействие с другими лекарственными препаратами
01.10.1.3.6	Терапевтическая тактика при осложнениях антикоагулянтной терапии

01.10.1.4.	Клиническая фармакология и тактика применения антиаритмических средств
01.10.1.4.1	Классификация
01.10.1.4.2	Показания к применению
01.10.1.4.3	Фармакокинетика и фармакодинамика мембраностабилизирующих средств (1 класс) и препаратов, увеличивающих продолжительность потенциала действий (3 класс)
01.10.1.4.4	Особенности применения бета – адреноблокаторов (2 класс) и антагонистов кальция (4 класс) при нарушениях ритма
01.10.1.4.5	Тактика применения антиаритмических средств при пароксизмальных нарушениях ритма
01.10.1.4.6	Побочные действия антиаритмических средств
01.10.1.4.7	Взаимодействие антиаритмических средств с другими лекарствами
01.10.1.5.	Клиническая фармакология и тактика применения гипотензивных средств:
01.10.1.5.1	Классификация
01.10.1.5.2	Фармакокинетика и фармакодинамика антиадренергических средств, периферических вазодилататоров, ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов АТГ при артериальной гипертензии
01.10.1.5.3	Тактика рационального применения гипотензивных средств при гипертонической болезни и симптоматических формах артериальной гипертензии
01.10.1.5.4	Особенности применения препаратов при сочетании гипертонической болезни с ишемической болезнью сердца, нарушениями ритма сердца, церебрального кровотока, липидного и углеводного обмена, сердечной и почечной недостаточностью
01.10.1.5.5	Сочетанное применение гипотензивных средств
01.10.1.5.6	Побочные действия гипотензивных средств
01.10.1.5.7	Взаимодействие гипотензивных средств с другими медикаментами
01.10.1.6.	Клиническая фармакология и тактика применения диуретиков:
01.10.1.6.1	Классификация
01.10.1.6.2	Показания к применению
01.10.1.6.3	Фармакокинетика и фармакодинамика диуретиков
01.10.1.6.4	Тактика дозирования в зависимости от вида патологического процесса и целей терапии
01.10.1.6.5	Побочные действия, методы предупреждения и коррекции
01.10.1.7.	Клиническая фармакология и тактика применения сердечных гликозидов:
01.10.1.7.1	Классификация

01.10.1.7.2	Показания и противопоказания к назначению
01.10.1.7.3	Критерий выбора препарата и темпы дигитализации
01.10.1.7.4	Определение индивидуальной полной и поддерживающей дозы
01.10.1.7.5	Профилактика, клиника и лечение дигиталисной интоксикации
01.10.1.7.6	Взаимодействие сердечных гликозидов с другими лекарственными средствами
01.10.1.8.	Тактика применения периферических вазодилататоров и негликозидных средств с положительным инотропным действием при сердечной недостаточности
01.10.2.	Тема 2: Лекарственные средства применяются при ревматических и аутоиммунных заболеваниях
01.10.2.1.	Нестероидные противовоспалительные средства:
01.10.2.1.1	Классификация
01.10.2.1.2	Фармакокинетика и фармакодинамика с оценкой степени выраженности противовоспалительного, анальгетического и жаропонижающего действия
01.10.2.1.3	Дифференцированная тактика применения в зависимости от вида патологического процесса и побочных действий препаратов
01.10.2.1.4	Взаимодействие нестероидных противовоспалительных средств с другими лекарственными средствами
01.10.2.2.	Клиническая фармакология и тактика применения производных хинолина
01.10.2.3.	Клиническая фармакология и тактика применения иммунодепрессантов
01.10.3.	Тема 3: Лекарственные средства, применяемые при бронхообструктивных заболеваниях легких
01.10.3.1.	Клиническая фармакология и тактика применения бронходилататоров:
01.10.3.1.1	Классификация
01.10.3.1.2	Классификация, фармакокинетика и фармакодинамика стимуляторов адренергических рецепторов (симпатомиметиков)
01.10.3.1.3	Побочные действия симпатомиметиков
01.10.3.1.4	Терапевтическая тактика при резистентности к симпатомиметикам
01.10.3.1.5	Антихолинергические средства (М – холинолитики)
01.10.3.1.6	Показания к применению М – холинолитиков с учетом особенностей действия
01.10.3.1.7	Фармакокинетика и фармакодинамика метилксантинов
01.10.3.1.8	Тактика дозирования теофиллина
01.10.3.1.9	Взаимодействие теофиллина с другими лекарственными препаратами

01.10.3.1.10	Побочные действия теофиллина
01.10.3.2.	Клиническая фармакология и тактика применения отхаркивающих средств:
01.10.3.2.1	Классификация
01.10.3.2.2	Фармакология и фармакодинамика стимуляторов секреции слизистых желез рефлекторного и резорбтивного действия
01.10.3.2.3	Фармакокинетика и фармакодинамика отхаркивающих средств секрето - муколитического действия
01.10.3.2.4	Тактика применения отхаркивающих средств в зависимости от реологических свойств мокроты, характера патологического процесса и сопутствующих заболеваний
01.10.3.3.	Клиническая фармакология и тактика применения противокашлевых средств
01.10.3.4.	Клиническая фармакология и тактика применения стабилизаторов мембран тучных клеток
01.10.3.5.	Место антигистаминных лекарственных средств при бронхообструктивных заболеваниях легких
01.10.3.6.	Тактика применения глюкокортикоидов при бронхообструктивных заболеваниях легких
01.10.3.7.	Тактика применения иммуностимуляторов при хронических воспалительных заболеваниях легких
01.10.4.	Тема 4: Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях органов пищеварения
01.10.4.1.	Клиническая фармакология и тактика применения антисекреторных средств:
01.10.4.1.1	Классификация
01.10.4.1.2	Фармакокинетика и фармакодинамика антацидов, блокаторов H_2 – рецепторов гистамина, избирательных антагонистов M – холинорецепторов и ингибиторов H^+, K^+ - АТФазы
01.10.4.1.3	Показания и противопоказания к применению M – холинолитиков
01.10.4.1.4	Роль гастроцитопротекторов в лечении язвенной болезни
01.10.4.1.5	Тактика дифференцированного применения антисекреторных средств с учетом особенностей патологического процесса и сопутствующих заболеваний
01.10.4.1.6	Побочные действия антисекреторных средств
01.10.4.1.7	Сочетанное применение антисекреторных средств
01.10.4.1.8	Взаимодействие антисекреторных средств с другими лекарственными препаратами
01.10.4.2.	Клиническая фармакология и тактика применения желчегонных средств:
01.10.4.2.1	Классификация
01.10.4.2.2	Показания и противопоказания
01.10.4.2.3	Фармакокинетика и фармакодинамика препаратов, стимулирующих желчеобразование

01.10.4.2.4	Фармакокинетика и фармакодинамика препаратов стимулирующих желчевыделение
01.10.4.2.5	Фармакокинетика и фармакодинамика перпаратов, используемых для растворения желчных камней; показания и противопоказания к применению
01.10.4.2.6	Дифференцированный выбор оптимального препарата с учетом особенностей патологического процесса и сопутствующих заболеваний
01.10.4.3.	Клиническая фармакология и тактика применения гепатопротекторов
01.10.4.4.	Клиническая фармакология ферментных препаратов и тактика применения при заболеваниях желудочно – кишечного тракта
01.10.4.5.	Клиническая фармакология и тактика применения слабительных средств
01.10.5.	Тема 5 Клиническая фармакология и тактика применения антибактериальных средств в клинике внутренних болезней
01.10.5.1.	Общие положения
01.10.5.1.1	Основные принципы антибактериальной терапии
01.10.5.1.2	Классификация антибактериальных средств по механизму действия
01.10.5.1.3	Идентификация возбудителя и определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным среджствам
01.10.5.1.4	Виды устойчивости микроорганизмов к антибактериальным средствами профилактика развития резистентности
01.10.5.2.	Антимикробный спектр действий, фармакокинетика и фармакодинамика
01.10.5.3.	Эмпирическая терапия до определения возбудителя и его чувствительности
01.10.5.3.1	Эмпирическая терапия при заболеваниях верхних дыхательных путей и легких
01.10.5.3.2	Эмпирическая терапия при инфекционном эндокардите
01.10.5.3.3	Эмпирическая терапия при заболеваниях мочевыводящих путей
01.10.5.3.4	Эмпирическая терапия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей
01.10.5.4.	Тактика применения
01.10.5.4.1	Ориентировочные схемдозирования и длительность антибактериальной терапии в зависимости от вида патологического процесса
01.10.5.4.2	Дозы антибактериальных препаратов при почечной недостаточности и нарушении функции печени
01.10.5.5	Побочные действия антибактериальных средств
01.10.5.6.	Сочетанное применение антибактериальных средств
01.10.5.7.	Взаимодействие антибактериальных средств с другими лекарствами
01.10.6.	Тема № 6 Глюкокортикоиды в клинике внутренних болезней

01.10.6.1.	Классификация
01.10.6.2.	Механизмы действия ГК
01.10.6.2.1	Противовоспалительный эффект
01.10.6.2.2	Противоаллергический эффект
01.10.6.2.3	Иммуносупрессивный эффект
01.10.6.2.4	Влияние на белковый, углеводный, и липидный обмен
01.10.6.3.	Показания к применению
01.10.6.4.	Фармакокинетика и фармакодинамика ГК
01.10.6.5.	Тактика применения
01.10.6.5.1	Рациональные схемы применения ГК при поддерживающей терапии
01.10.6.5.2	Особенности снижения дозы и отмены ГК
01.10.6.6.	Побочные действия ГК, меры профилактики и коррекции
01.10.6.7.	Взаимодействие ГК с другими лекарственными препаратами
01.10.7.	Тема № 7 Клиническая фармакология и тактика применения психотропных средств в клинике внутренних болезней
01.10.7.1.	Классификация
01.10.7.2	Фармакокинетика и фармакодинамика нейролептиков, седативных средств, транквилизаторов, антидепрессантов и снотворных
01.10.7.3	Показания к применению
01.10.7.4	Тактика дозирования и время приема препаратов в соответствии с целями терапии
01.10.7.5	Побочные действия психотропных средств
01.10.7.6	Взаимодействие с другими лекарственными препаратами
01.10.8.	Тема № 8 Клиническая характеристика лекарственных средств, применяемых при анемиях
01.10.8.1.	Препараты железа
01.10.8.1.1	Показания к применению
01.10.8.1.2	Механизмы действия
01.10.8.1.3	Тактика дозирования с учетом тяжести патологического процесса

01.10.8.1.4	Методы контроля за эффективностью
01.10.8.1.5	Побочные действия препаратов железа
01.10.8.2.	Тактика применения витамина B12
01.10.8.2.1	Показания к применению
01.10.8.2.2	Схемы рационального применения
01.10.8.2.3	Критерии оценки эффективности
01.10.9.	Тема № 9 Клиническая фармакология и тактика применения оральных гипогликемических средств
01.10.9.1.	Классификация
01.10.9.2	Фармакокинетика и фармакодинамика препаратов сульфаниламочевина и бигуанидов
01.10.9.3	Тактика применения, критерии эффективности и побочные действия оральных гипогликемических средств
01.10.9.4	Взаимодействие оральных гипогликемических средств с другими лекарственными препаратами

Модуль 11. Отдельные вопросы смежной патологии

Индекс	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	2
00	Обязательные дисциплины
01	Специальные дисциплины
01.11.	Курс 1. Отдельные вопросы смежной патологии
01.11.1.	Тема 1. Хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания
01.11.1.1.	Хронический алкоголизм(абстиненция с вегетоастеническими и вегетосоматическими расстройствами)
01.11.1.2.	Поражение внутренних органов при алкоголизме
01.11.1.3.	Наркомания
01.11.1.3.1	Отдельные виды наркомании
01.11.1.3.2	Соматические нарушения при гашишном, морфинной и других наркоманиях
01.11.1.4.	Токсикомании
01.11.1.4.1	Виды токсикоманий (барбитуратовые, вызванные стимуляторами ЦНС, анальгетиками, летучими ароматическими средствами)
01.11.1.4.2	Соматические нарушения при токсикомании
01.11.1.4.3	Табакокурение (никотином), соматические нарушения
01.11.1.5.	Принципы профилактики, психогигиена, санитарно-гигиеническое просвещение
01.11.1.6.	Основные принципы лечения, показания к «неотложной» госпитализации

5.1. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

Цикла общего усовершенствования (ТУ)

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Категория слушателей: Врачи клинические фармакологи.

Продолжительность обучения: 2 месяца (288 часа)

Цель обучения на цикле: углубление и приобретение новых знаний по теоретическим основам клинической фармакологии, патофизиологическим предпосылкам к применению различных групп лекарственных средств, основным задачам и методикам клинической фармакологии, фармакокинетике лекарственных препаратов; усовершенствование умений и навыков по тактике их наиболее эффективного и безвредного применения при различных заболеваниях внутренних органов.

Индекс	Наименование разделов, тем	Число учебных часов				
		Всего	Л	В/З	П/З	ФК
1	2	3	4	5	6	7
	По специальности:					
1	Раздел: Основы социальной гигиены и организации терапевтической помощи в РФ	6	4	—	2	зачет
1.1	Тема: Организация экспертизы качества трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях	4	2	—	2	—
1.2	Тема: Медицинская психология, этика и деонтология в работе врача	2	2	—	—	—
2	Раздел: Теоретические основы внутренней патологии	18	18	-	-	Зачет
2.1	Тема: Физиология и патофизиология важнейших функциональных систем и органов как основа применения лекарственных средств	18	18	—	—	Зачет
3	Раздел: Болезни органов дыхания	19	8	-	11	Зачет
3.1	Тема: Бронхиты	4	2	-	2	-
3.2	Тема: Пневмонии	6	4	-	2	-
3.3	Тема: Бронхиальная астма	4	2	-	2	-
3.4	Тема: Легочная гипертензия	5	-	-	5	-
4	Раздел: Болезни сердечно-сосудистой системы	26	10	-	16	Зачет
4.1	Тема: Атеросклероз	2	-	-	2	-
4.2	Тема: Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	10	2	-	8	-
4.3	Тема: Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии	12	6	—	6	—
4.4	Тема: Болезни миокарда	2	2	-	-	-
5	Раздел: Ревматические болезни	4	2	-	2	зачет
5.1	Тема: Классификация болезней суставов	4	2	-	2	-
6	Раздел: Болезни органов пищеварения	19	4	-	15	зачет

6.1	Тема: Болезни кишечника	6	-	-	6	-
6.2	Тема: Болезни печени и желчных путей	9	2	-	7	-
6.3	Тема: Болезни поджелудочной железы	4	2	-	2	-
7	Раздел: Болезни почек	4	2	-	2	зачет
7.1	Тема: Гломерулонефриты (ОГН и ХГН)	2	2	-	-	-
7.2	Тема: Пиелонефриты	2	-	-	2	-
8	Раздел: Болезни органов кроветворения	4	4	-	-	зачет
8.1	Тема: Анемии	2	2	-	-	-
8.2	Тема: Геморрагические диатезы	2	2	-	-	-
9	Раздел: Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней	28	-	-	28	зачет
9.1	Тема: Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии	8	-	-	8	-
9.2	Тема: Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии	4	-	-	4	-
9.3	Тема: Интенсивная терапия и реанимация в гастроэнтерологии	4	-	-	4	-
9.4	Тема: Интенсивная терапия и реанимация в неврологии	6	-	-	6	-
9.5	Тема: Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии	2	-	-	2	-
9.6	Тема: Интенсивная терапия и реанимация в гематологии	2	-	-	2	-
9.7	Тема: Анафилактический шок и анафилактические реакции	2	-	-	2	-
10	Раздел: Клиническая фармакология и тактика применения лекарств	104	33	-	71	зачет
10.1	Тема: Лекарственные средства, применяемые при сердечно-сосудистых заболеваниях	12	4	-	8	-
10.2	Тема: Лекарственные средства, применяемые при ревматических и аутоиммунных заболеваниях	12	4	-	8	-
10.3	Тема: Лекарственные средства, применяемые при бронхообструктивных заболеваниях легких	12	4	-	8	-
10.4	Тема: Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях органов пищеварения	12	4	-	8	-
10.5	Тема: Клиническая фармакология и тактика применения антибактериальных средств в клинике внутренних болезней	12	4	-	8	-
10.6	Тема: Глюкокортикоиды в клинике внутренних болезней	11	3	-	8	-
10.7	Тема: Клиническая фармакология и тактика применения психотропных лекарственных средств в клинике внутренних болезней	12	4	-	8	-
10.8	Тема: Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при анемиях	11	3	-	8	-
10.9	Тема: Клиническая фармакология и тактика применения оральных гипогликемических средств	10	3	-	7	-
11	Раздел: Отдельные вопросы смежной патологии	2	2	-	-	зачет
11.1	Тема: Хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания	2	2	-	-	-
	Экзамен	6	-	-	6	-

	Всего:	240	87	-	153	-
	По дополнительным программам:	48	-	-	-	-
	ИТОГО	288	-	-	-	-

5.2. Перечень лекций

1. Научные основы управления, экономики и планирования здравоохранения
2. Медицинская статистика и вычислительная техника
3. Основы медицинского страхования
4. Правовые основы Российского здравоохранения
5. Предмет и задачи клинической фармакологии
6. Клиническая фармакокинетика
7. Оценка действия лекарственных средств
8. Общие принципы рациональной фармакотерапии
9. Общие принципы фармакогенетики и химиотерапии
10. Понятие «предклиника»
11. Роль фармакологического и фармакопейных комитетов МЗ РФ
12. Этапы апробации новых лекарственных средств
13. Принципы клинических испытаний новых лекарственных средств по схеме GSP
14. Проведение различных форм апробации лекарственных препаратов в условиях стационара
15. Клинические виды побочных эффектов у больного
16. Механизмы возникновения побочного действия лекарственных средств
17. Характер взаимодействия лекарственных средств
18. Клиническая характеристика проявления взаимодействия лекарственных средств
19. Вопросы фармацевтической экономики
20. Принципы построения информационной службы клинической фармакологии в медицинских учреждениях
21. Генетические основы патологии в клинике внутренних болезней
22. Иммунологические основы внутренней патологии
23. Болезни органов дыхания
24. Болезни сердечно-сосудистой системы
25. Болезни органов пищеварения
26. Заболевания почек
27. Болезни органов кроветворения
28. Вопросы дерматовенерологии
29. Вопросы наркологии
30. Вопросы неврологии
31. Инфекционные и паразитарные заболевания
32. Эндокринные заболевания
33. Тромбофилитические состояния
34. Неотложные состояния, требующие интенсивной терапии и реанимации
35. Средства, действующие на периферические холинергические процессы
36. Средства, действующие на адренергические процессы
37. Средства, понижающие чувствительность окончаний афферентных нервов или препятствующие их возбуждению
38. Серотонинергические и антисеротониновые препараты
39. Гистамин и антигистаминные препараты
40. Кардиотонические средства
41. Антиаритмические препараты
42. Средства, улучшающие кровоснабжение органов и тканей
43. Антигипертензивные препараты
44. Гиполипидемические средства
45. Лекарственные средства, влияющие на агрегацию тромбоцитов, свертывание крови и фибринолиз
46. Стимуляторы дыхания

47. Противокашлевые средства
48. Лекарственные средства, корригирующие процессы иммунитета
49. Противовоспалительные средства
50. Отхаркивающие средства
51. Средства, применяемые при бронхоспазмах
52. Средства, применяемые при нарушениях функции желез желудка
53. Средства, стимулирующие процесс регенерации язв желудка и двенадцатиперстной кишки
54. Средства, влияющие на моторику желудка
55. Желчегонные средства
56. Средства, применяемые при нарушениях экскреторной функции поджелудочной железы
57. Средства, влияющие на моторику кишечника
58. Слабительные средства
59. Мочегонные средства
60. Противоподагрические средства
61. Тактика применения уросептиков при заболеваниях почек и органов мочевого выделения
62. Средства, влияющие на эритропоэз
63. Средства, влияющие на лейкопоэз
64. Препараты гормонов гипоталамуса и гипофиза
65. Препараты половых гормонов, их агонисты и антагонисты
66. Препараты гормонов щитовидной железы и антигипотиреоидные средства
67. Препараты гормонов поджелудочной железы и синтетические антидиабетические средства
68. Препараты гормонов коры надпочечников
69. Антибактериальные средства
70. Сульфаниламидные препараты
71. Противогрибковые средства
72. Противотуберкулезные средства
73. Противовирусные средства
74. Фитотерапия
75. Гомеопатия
76. Средства, применяемые при злокачественных новообразованиях
77. Средства, влияющие на миометрий
78. Витаминные препараты
79. Препараты для парентерального питания
80. Плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы

5.3 Рекомендуемые темы курсовых работ, докладов и рефератов

- Организация работы клинического фармаколога поликлиники
- Организация работы клинического фармаколога детской поликлиники
- Роль клинического фармаколога в организации скорой и неотложной медицинской помощи населению на госпитальном этапе
- Деонтология и вопросы этики в клинической фармакологии
- Особенности терминологии в клинической фармакологии
- Клиническая фармакокинетика
- Общие принципы рациональной фармакотерапии
- Понятие «качество жизни»
- Принципы клинических испытаний новых лекарственных средств по схеме GSP
- Методы прогнозирования возможного развития побочного действия
- Методы регистрации и контроля побочных действий лекарственных средств
- Характер взаимодействия лекарственных средств
- Значение лекарственного формуляра в работе медицинских учреждений
- Генетические основы патологии в клинике внутренних болезней
- Классификация противосудорожных средств по механизму действия
- Антипсихотические средства (нейрогенные)
- Классификация противопаркинсонических средств
- Фармакодинамика и фармакокинетика наркотических анальгетиков
- Аналептики

- Противорвотные средства
- Средства, действующие на периферические холинергические процессы
- Средства, действующие на адренергические процессы
- Аденоблолирующие средства
- Дофамин – механизм действия, тактика применения
- Антигистаминные средства
- Сердечные гликозиды
- Синтетические кардиотонические средства (амринон, милренон). Фармакодинамика и фармакокинетика, тактика применения.
- Антиаритмические препараты
- Средства, применяемые при недостаточности коронарного кровообращения
- Средства, улучшающие мозговое кровообращение
- Гипотензивные (антигипертензивные) препараты
- Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Блокаторы ангиотензиновых рецепторов
- Тактика применения антигипертензивных средств при симптоматических артериальных гипертензиях различного генеза
- Тактика купирования различных вариантов гипертонических кризов
- Гиполипидемические средства
- Тактика применения ангиопротекторов при различных заболеваниях
- Средства, уменьшающие агрегацию тромбоцитов
- Тактика применения антиагрегантов при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы
- Антикоагулянты прямого действия - гепарин, низкомолекулярные гепарины
- Антикоагулянты непрямого действия (производные 4 - оксикумарина, индандиола)
- Тактика применения антикоагулянтов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
- Фибринолитические средства
- Тактика применения гемостатиков
- Противокашлевые средства
- Отхаркивающие средства
- Средства, применяемые при бронхоспазмах
- Механизм иммунодепрессивного действия глюкокортикоидов, тактика их применения
- Антиметаболиты (азатиоприн, метотрексат, меркаптопурин): механизм действия, тактика применения
- Противовоспалительные средства
- Ингибиторы протонного насоса
- Средства, влияющие на моторику желудка
- Комплексные препараты, используемые при недостаточной пищеварительной функции желудка и кишечника (панцитрат, панзинорм, фестал, дигестал и др)
- Средства, влияющие на моторику кишечника
- Тактика применения слабительных средств
- Диуретики, оказывающие прямое влияние на функцию эпителия почечных канальцев
- Тактика применения диуретических средств при заболеваниях почек
- Тактика применения диуретических средств при сердечной и легочно-сердечной недостаточности
- Противоподагрические средства
- Тактика применения уросептиков при заболеваниях почек и органов мочевого выделения
- Средства, влияющие на эритропоэз
- Препараты железа
- Рекомбинантный человеческий гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор-молграмостим (лейкомакс). Механизм действия, тактика применения
- Препараты гормонов гипоталамуса и гипофиза
- Тактика применения вазопрессина при сахарном диабете
- Женские половые гормоны, классические эстрогены
- Тактика применения андрогенных препаратов
- Тактика применения препаратов прогестерона
- Комбинированные препараты половых гормонов
- Анаболические стероиды
- Препараты гормонов щитовидной железы
- Антитиреоидные средства

- Тактика применения препаратов паразитовидных желез
- Механизм действия инсулина
- Тактика применения инсулинов при различных вариантах течения сахарного диабета
- Средства, стимулирующие высвобождение эндогенного инсулина (производные сульфонилмочевин)
- Глюкокортикоиды
- Антисептические и дезинфицирующие средства
- Антибактериальные средства
- Основные принципы антибактериальной терапии
- Сульфаниламидные препараты
- Производные хинолона. Механизм действия, тактика применения, режим дозирования, побочные действия
- Тактика применения противосифилитических средств
- Противотуберкулезные средства
- Тактика применения противотуберкулезных средств
- Противовирусные средства
- Выбор препаратов в зависимости от видов вирусов и заболеваний, которые они вызывают
- Противопаразитарные средства
- Тактика применения противомалярийных средств
- Средства, применяемые при лечении заболеваний, вызванных патогенными грибами
- Антигельминтные средства
- Средства, применяемые при злокачественных новообразованиях
- Механизм действия, тактика применения атропина сульфата
- Витаминные препараты
- Тактика применения поливитаминных препаратов, содержащих микроэлементы
- Препараты для парентерального питания
- Плазмозамещающие растворы
- Тактика применения плазмозамещающих средств
- Препараты, применяемые для коррекции кислотно-основного состояния и ионного равновесия в организме
- Средства, влияющие на энергетический метаболизм клетки (АТФ, рибоксин, предуктал, неон, кокарбонил)
- Основные принципы фитотерапии
- Особенности комбинированной терапии фитопрепаратами с другими лекарственными средствами
- Возможности комбинированного применения гомеопатических и других лекарственных средств

5.4. Результаты изучения материала программы

В результате окончания обучения по данной учебной программе курсант должен

1. в полном объеме владеть всеми практическими навыками, входящими в квалификационную характеристику врача-клинического фармаколога,
2. углубить теоретические знания в соответствии с тестами для сдачи квалификационного экзамена по специальности «Клиническая фармакология» (г. Москва, 2005)

5.5 ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ, НЕОБХОДИМЫХ В РАБОТЕ ВРАЧА КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА

- Программа подготовки по специальности «клиническая фармакология» состоит из перечня общеврачебных навыков и манипуляций и профессиональных знаний и практических навыков, которыми должен овладеть врач-клинический фармаколог, и предусматривает три уровня освоения материала:
- 1-ый уровень - имеет представление, профессионально ориентируется по данному вопросу, знает показания к проведению;

- 2-ой уровень - может под руководством заведующего отделением или специалиста использовать приобретенные знания;
- 3-ий уровень - может самостоятельно применить приобретенные знания и навыки
-

-

-

-

-

- ОБЩЕВРАЧЕБНЫЕ НАВЫКИ И МАНИПУЛЯЦИИ

-

№ п/п	Наименование раздела, темы, элемента	Уровень освоения
	<i>/.</i> Клиническое обследование больного	
1.	Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам, включая исследование: 1.1. Центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сферы, оболочечные симптомы); 1.2. Органов чувств, полости рта, глотки; 1.3. Кожных покровов; 1.4. Периферического кровообращения; 1.5. Молочных желез; 1.6. Наружных половых органов.	2 1-2 2 3 2 2
2.	Возрастные нормы (частота сердцебиения, дыхания; артериальное давление).	2-3
3.	Наружное и внутреннее обследование беременных, рожениц. Аускультация сердцебиения плода.	2
4.	Определение признаков клинической и биологической смерти.	2-3
	<i>//.</i> Лабораторные и инструментальные исследования	
1.	Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитной жидкости, биохимических анализов крови, желудочного и дуоденального сока	3
2.	Время свертываемости, время кровотечения, протромбиновый индекс.	2
3.	Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови.	2
4.	Оценка результатов серологического исследования РА, РСК, РИГА, РТГА. Антигены гепатита.	1-2

5.	Методика и оценка: анализов мочи проба Нечипоренко, проба Зимницкого; пробы Реберга; посева крови и мочи;	2-3 1 2
	гликемического профиля; пробы с сахарной нагрузкой; ацидотеста.	2 2 2
6.	Оценка гормональных исследований крови ТТГ, ТЗ,Т4, катехоломины, ванилил-миндальная кислота; ренин, альдостерон	1-2
7.	Оценка миелограммы.	1-2
8.	Аллергологическое исследование	1
9.	Иммуно-химическое исследование (иммуноглобулины).	1-2
10.	Запись, расшифровка и оценка ЭКГ	2-3
11.	Спирография	1-2
12.	Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхо-легочной, сердечнососудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа.	2
13.	Исследования глазного дна	1
14.	Специальные исследования 14.1. эндоскопия эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия; 14.2. бронхоскопия, цистоскопия; 14.3.рентгенотомография, компьютерная томография 14.4. эхо- и доплер кардиография 14.5. УЗИ органов брюшной полости, почек 14.6пробы с физической нагрузкой динамические и статические 14.7. суточное ЭКГ- мониторинг 14.8. коронаро- и ангиография, флебография 14.9. биопсия лимфатических узлов, печени, почек 14.10. магнитно-резонансная томография	1-2 1-2 1 1 1 1-2 1-2 1

	14.11. радиоизотопное сканирование	1
	14.12.основные показатели гемодинамики (ОЦК, ЦВД, ударный, минутный объем, фракция выброса, ОПС)	1 1 1-2
	<i>III Лечебные и диагностические процедуры</i>	
1.	Подкожные и внутримышечные инъекции	3
2.	Внутривенные вливания (струйные, капельные).	3
3.	Взятие крови из вены, кровопускание.	3
4.	Взятие мазков из зева.	3
5.	Определение группы крови, резус-фактора	2-3
6.	Переливание крови и ее компонентов.	2
7.	Зондирование и промывание желудка.	2-3
8.	Дуоденальное зондирование.	2
9.	Плевральная пункция.	1-2
10.	Абдоминальная пункция.	1-2
11.	Спинальная пункция.	1
12.	Клизмы (очистительная, сифонная, лечебная).	2-3
13.	Стернальная пункция.	1
14.	Закрытый массаж сердца. Искусственная вентиляция легких по способу "рот в рот"	2-3
15.	Электроимпульсная терапия.	1
16.	Интубация трахеи, трахеостомия	1-2
17.	Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером).	2-3
18.	Передняя и задняя риноскопия	1-2
19.	Передняя и задняя тампонада носа при кровотечении	2-3
20.	Пальцевое исследование прямой кишки. Вагинальное исследование	2

	(бимануальное).	
21.	Пальпаторное исследование внутриглазного давления	2-3
22.	Наложение бинокулярной повязки	2-3
23.	Наложение эластических повязок при заболеваниях вен нижних конечностей	3
24.	Новокаиновая блокада (инфильтрационная анестезия).	1-2
25.	Временная остановка кровотечения: наложение давящей повязки, жгута, пальцевое прижатие артерии.	3
26.	Наложение транспортных и импровизированных шин при переломах костей	3
27.	Обработка инфицированных и ожоговых ран	3
28.	Вскрытие абсцесса, флегмоны	1-2
29.	Снятие швов	2-3
30.	Наложение и снятие простейших гипсовых повязок	2-3
31.	Вправление вывихов	1-2
32.	Функциональные пробы при заболеваниях сосудов нижних конечностей	2
33.	Прием нормальных родов в головном предлежании	3
34.	Выскабливание полости матки	1
35.	Осмотр шейки матки зеркалами, взятие мазков	2-3
36.	Первичный туалет новорожденного	3
37.	Обработка пуповины новорожденного	3
38.	Туберкулиновые пробы	2
39.	Методы экстракорпоральной детоксикации крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез)	1
40.	Внутрисердечная инъекция	1-2
41.	Физиотерапия, массаж, ЛФК, санаторно-курортное лечение	1
42.	Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:	
	* обморок	3
	* гипертонический криз	3
	* стенокардия	3

	* инфаркт миокарда	2-3
	* отек легких	2-3
	* тромбоэмболия легочной артерии	2-3
	* приступ бронхиальной астмы и астматический статус	2-3
	* острая дыхательная недостаточность	2-3
	* острая артериальная непроходимость	2-3
	* шок (кардиогенный, анафилактический, ожоговый, инфекционно-токсический, травматический)	2-3
	* пароксизмальная тахикардия и тахикардия	2-3
	* приступы Морганьи-Эдемса-Стокса	2-3
	* кровотечения из желудочно-кишечного тракта	2-3
	* легочное кровотечение	2-3
	* носовое кровотечение	2-3
	* маточное кровотечение	2-3
	* открытый и клапанный пневмоторакс	2-3
	* почечная колика	3
	* кома (гипо- и гипергликемическая, микседематозная, анемическая, печеночная, мозговая, неясной этиологии)	2-3
	* тиреотоксический криз	2-3
	* острая почечная, печеночная, надпочечниковая недостаточность	2-3
	* острые аллергические реакции	3
	* острая задержка мочи	3
	* острое нарушение мозгового кровообращения	2-3
	* острые заболевания органов брюшной полости (прободная язва, ущемленная грыжа, холецистит, панкреатит, аппендицит, острая кишечная непроходимость)	2-3
	* острый иридоциклит	2-3
	* острый конъюнктивит (бактериальный, аденовирусный)	2-3
	* ожоги глаза (термические и химические)	2-3
	* проникающее ранение глазного яблока	2-3

	* повреждение орбиты	2-3
	* гнойная язва роговицы	2-3
	* флегмона орбиты	2-3
	* острый приступ глаукомы	2-3
	* переохлаждение	2-3
	* утопление	2-3
	* тепловой удар	2-3
	* электротравма	2-3
	* ожоги	2-3
	* фимоз, парафимоз	2
	* синдром крупа	2-3
	* синдром дегидратации (пероральная и внутривенная дегидратация и реминерализация)	2-3
	* эпилептический статус	2-3
	* острая интоксикация нейролептиками, алкоголем и его суррогатом	2-3
	* психомоторное возбуждение различного генеза	2-3
	* депрессивный статус	2-3
	* бытовые и производственные отравления, острые отравления уксусом, хлором, бензолом	2-3
	* отравление грибами	
	* укус насекомых, змей, животных	2-3
	* асфиксия новорожденного	
	* тяжелые формы гестозов	2
	* внематочная беременность	1-2
	* клиническая смерть	
43.	Выписка рецептов	3
	<i>IV. Судебно-медицинская экспертиза</i>	
1.	Судебно-медицинское исследование:	
	1.1. Живого лица	2

	1.2. Характер и степень тяжести телесных повреждений	2
	1.3. Труп (в том числе установления давности смерти)	2
2.	Патолого-анатомические исследования трупа	1-2
	<i>V. Документация, организация врачебного дела</i>	
1.	Заполнение и ведение всех разделов клинической истории болезни	3
2.	Выписка из истории болезни	3
3.	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике:	2-3
	3.1. амбулаторная карта (Ф-025)	
	3.2. статистический талон (для заключительных и уточненных диагнозов - Ф-025у)	
	3.3. контрольная карта диспансерного наблюдения (Ф-О3Оу)	
	3.4. карта учета диспансеризации (Ф-13 1у)	
	3.5. лист нетрудоспособности	
	3.6. талон направления на госпитализацию (Ф-28)	
	3.7. посылный лист на ВТЭК (Ф-088у)	
	3.8. санаторно-курортная карта (Ф-072у)	
	3.9. экстренное извещение об инфекционном заболевании (Ф-058у)	
	* карта обследования очага кишечных инфекций (Ф-171)	
	3.10. выписка из амбулаторной карты по запросу	
	3.11 .справка о смерти и посмертный эпикриз	
4.	Рецепты: льготные, на наркотические, наркотикосодержащие и приравненные к ним препараты	2-3
5.	Профилактическая вакцинация	1-2
6.	Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекций и при подозрении на особо опасную инфекцию	2-3
7.	Санитарно-противоэпидемический режим в детских лечебно-профилактических учреждениях и родильных домах.	1-2
8.	Медико-социальная экспертиза:	
	* направление на медико-социальную экспертизу:	2-3

	- экспертная оценка результатов лабораторного, рентгенологического и других методов исследования больного	
	- составление развернутого клинического диагноза, отражающего медицинские факторы медико-социальной экспертизы	
	* вынесение обоснованного решения о состоянии трудоспособности, причине инвалидности и сроках переосвидетельствования	2-3
	* участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности.	2-3
9.	Составление патолого-анатомического диагноза.	2-3
10.	Составление заключения по экспертизе живого лица.	2-3
11.	Организация диспансеризации на участке, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.	2-3
12.	Добровольное и обязательное медицинское страхование.	1

-

- *Профессиональные знания и практические навыки*

№ п/п	Наименование раздела, темы, элемента	Уровень освоения
1.	Анализ потребности и составление заявки на лекарственные средства	3
2.	Выявление и регистрация побочного действия лекарственного препарата	3
3.	Профилактика и коррекция побочных эффектов лекарственных средств	3
4.	Контроль эффективности и безопасности использования лекарственных средств	3
5.	Организация системы по лекарственной информации в лечебном учреждении	3
6.	Оценка и прогнозирование взаимодействия лекарственных средств	3
7.	Оценка результатов лабораторных, морфологических, биохимических, иммунологических и микробиологических методов исследования	3
8.	Оценка факторов, состояний и заболеваний, меняющих фармакокинетику, фармакодинамику лекарственных средств и повышающих риск развития их побочных реакций	3
9.	Поиск информации о лекарственных средствах	3
10.	Работа на персональном компьютере, поиск информации о препаратах, характере и взаимодействии, побочных реакциях	3
11.	Разработка больничного лекарственного формуляра	3

12.	Разработка протокола исследования и апробация лекарственных средств	3
13.	Составление аналитических обзоров по лекарственным препаратам	3
14.	Трактовка результатов фармакокинетических параметров лекарственных средств	3
15.	Венепункция, внутривенное введение лекарств, катетеризация вен	2
16.	Оценка окислительной и ацетилирующей функции печени	2
17.	Снятие и расшифровка ЭКГ	2
18.	Фармакодинамический мониторинг лекарственных средств, проведение острого лекарственного теста	3
19.	Хронофармакология	2
20.	Велоэргометрия	1
21.	Исследование функции внешнего дыхания	1
22.	Определение времени свертывания крови и гематокрита	1
23.	Определение ЦВД	1
24.	Проведение фармако динамических исследований	1-2
25.	Проведение фармакокинетических исследований	1
26.	Радиоизотопное исследование легких, сердца, почек, печени, костей	1
27.	Рентгенография легких, сердца, позвоночника, суставов	1
28.	Реовазография	1
29.	Суточное мониторирование ЭКГ и АД	1
30.	Ультразвуковые методы исследования внутренних органов	1
31.	Эндоскопические методы исследования	1

6. Методы контроля и учета результатов усвоения материала программы

Контроль за теоретическими знаниями и практическими навыками осуществляется в процессе обучения, на заключительном и квалификационном экзаменах путем тестового контроля, решения ситуационных задач и собеседования:

1. выявление уровня базисных знаний в начале обучения с целью своевременной индивидуализации методических подходов в соответствии со знаниями курсантов
2. рубежный контроль в процессе обучения с помощью тестов, ситуационных задач и проверки усвоения практических навыков
3. заключительный экзамен путем тестового контроля, собеседования и проверки степени усвоения практических навыков с последующей выдачей документа – диплома о профессиональной переподготовке
4. квалификационный экзамен на предмет соответствия требованиям сертификата специалиста с последующей выдачей сертификата врача-клинического фармаколога

7. Учебно-методическое обеспечение дисциплины

7.1. План ежедневной работы с курсантами

8.45 - 9.15. Утренний разбор больных. Доклады курсантов по курсовым работам.

9.20 – 11.00 Лекция в соответствии с календарным планом, утвержденным на заседании кафедры и Директором ИПО. Лекция проводится в лекционной аудитории здания поликлиники РКБ

11.30 – 13.10. В соответствии с календарным планом семинарское или практическое занятие. Занятия проводятся преподавателями – кураторами групп в учебных комнатах

13.10-14.20. В соответствии с календарным планом семинарское или практическое занятие. Занятия проводятся преподавателями – кураторами групп в учебных комнатах, одновременно проводится контроль усвоения материала с помощью тестов.

По окончании цикла проводится обязательное анкетирование курсантов «Преподаватель глазами курсанта» с последующим подведением итогов заведующим кафедрой на методическом совещании.

7.2. Используемые технические средства

В процессе обучения курсантов применяются мультимедийный проектор, компьютеры, множительная техника, проектор-оверхед.

7.3. Таблицы, рисунки, схемы

Лекционный материал, семинарские и практические занятия обеспечены таблицами, слайдами, схемами как в бумажном, так и компьютерном вариантах.

7.4. Учебные слайды, диафильмы, кинофильмы

Используются фильмы на DVD

7.5. Учебно-отчетная документация по данному разделу

По прибытии на кафедру курсанты регистрируются в журнале, затем путевки сдаются в деканат для формирования приказа о зачислении. Ежедневная посещаемость курсантов регистрируется в журнале лекций и журналах практических занятий преподавателями-кураторами групп. При пропуске более 5 дней курсант отчисляется с цикла. По окончании цикла отчет куратора цикла сдается в ИПО.

7.6. Перечень методических рекомендаций и указаний.

В соответствии с учебной программой по всем темам разработаны методические рекомендации для семинарских и практических занятий для преподавателей и курсантов. Разработаны рекомендации к лекциям согласно учебно-тематическому плану.

8. Литература

8.1. Основная литература

8.2. Дополнительная литература

8.2. Директивные документы, нормативные акты, инструкции

8. ЛИТЕРАТУРА

8.1. Основная литература

1. Антибактериальная терапия в клинической практике: справочник/ У. Франк; пер. с нем. под ред. Ю. Б. Белоусова. - М.: Гэотар Медиа, 2010. - 256 с.
2. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии: руководство/ Н. Н. Дехнич, С. Н. Козлов. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 128 с
3. Атлас клинической гастроэнтерологии: атлас : научно-практическое издание/ А. Форбс, Дж. Дж. Мисиевич, К. К. Комптон и др; пер. с англ. под ред В. А. Исакова. - М.: РИД ЭЛСИВЕР, 2010. - 389 с.
4. Атлас по гематологии: практическое пособие по морфологической и клинической диагностике/ Харальд Тэмл, Диам Хайнц, Торстен Хаферлах ; пер. с англ.: Т. С. Дальнова, С. Г. Василиу-Светлицкая ; под общ. ред. проф. В. С. Камышникова. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 207 с
5. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: руководство для врачей : рек. УМО в качестве учебного пособия/ В. С. Моисеев, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 832 с.
6. Внутренние болезни: учебник с компакт-диском : в 2 т. : рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. - М.: Гэотар Медиа, 2010 - . Т. 1. - 2-е изд., испр. и доп.. - 649 с.
7. Внутренние болезни: учебник с компакт-диском : в 2 т.: рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. - М.: Гэотар Медиа, 2010 - Т. 2. - 2-е изд., испр. и доп.. - 2010. - 581 с. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
8. Гастроэнтерология. Национальное руководство: учебное пособие с компакт-диском, рек. УМО в качестве учебного пособия для системы послевуз. проф. образования врачей/ Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству; ред. В. Т. Ивашкин. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 700 с.
9. Гематология: руководство для врачей/ Б. В. Афанасьев [и др.] ; под ред.: Н. Н. Мамаева, С. И. Рябова. - СПб.: СпецЛит, 2008. - 543 с.
10. Кардиология. Национальное руководство: учебное пособие [для системы послевузовского проф. образования врачей]/ Всерос. науч. о-во кардиологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 1232 с. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
11. Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств: руководство/ А. В. Амелин, В. А. Волчков, В. А. Дмитриев [и др.] ; под ред. Ю. Д. Игнатова, В. Г. Кукеса, В. И. Мазурова. - М.: Гэотар Медиа, 2010. - 250 с.
12. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология: учебное пособие, [рек. УМО для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. В. Т. Ивашкина. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 182 с.
13. Лекции по нефрологии. Диабетическая болезнь почек. Гипертензивная нефропатия. Хроническая почечная недостаточность: курс лекций/ Д. Д. Иванов. - Донецк: ИД Заславский, 2010. - 193 с.
14. Наглядная гематология: учебное пособие/ пер. с англ. под ред. В. И. Ершова. - 2-е изд. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 115 с.
15. Наглядная нефрология: учебное пособие для вузов/ К. А. О'Каллагхан ; пер. с англ. под ред. Е. М. Шилова. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 127 с.
16. Наглядная пульмонология: учебное пособие/ Д. Уорд [и др.] ; ред. С. И. Овчаренко ; пер. с англ. В. Ю. Халатова. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. - 109 с.
17. Неотложная медицинская помощь. Симптомы, первая помощь на дому: справочное издание/ [сост. О. В. Захаренко]. - М.: Рипол Классик, 2010. - 285 с.

18. Неотложная помощь в терапии и кардиологии: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования/ под ред. Ю. И. Гринштейна. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 213 с.
19. Неотложная помощь: справочник практического врача/ З. Мюллер ; пер. с нем. М. И. Секачевой. - 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 527 с.
20. Неотложная пульмонология: руководство/ Э. К. Зильбер. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 259 с.
21. Неотложная эндокринология: справочное издание/ А. Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2011. - 184 с.
22. Неотложные состояния в кардиологии: справочное издание/ под ред.: С. Майерсона, Р. Чаудари, Э. Митчела ; пер. с англ. : Е. А. Лабунской, Т. Е. Толстихиной, В. А. Горбоносова ; под ред. Г. Е. Гендлина. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. - 332 с.
23. Нефрология. Национальное руководство: руководство/ Научное общество нефрологов России, Ассоциация медицинских обществ по качеству; гл. ред. Н. А. Мухин, отв. ред. В. В. Фомин. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 900 с.
24. Пульмонология. Национальное руководство.: / Российское респираторное общество, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. А. Г. Чучалина. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 960 с.
25. Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: руководство для практикующих врачей/ под общ. ред. А. И. Воробьева. - М.: Литтерра, 2009. - 688 с.
26. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ : compendium: научное издание/ С. Д. Арапова [и др.] ; под ред.: И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - М.: Литтерра, 2008. - 582 с.
27. Ревматология. Национальное руководство: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ Ассоциация медицинских обществ по качеству, Ассоциация ревматологов России; под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 720 с.
28. Руководство по кардиологии: в 3-х т.: учебное пособие для постдипломного образования врачей, рек. УМО/ под ред. Г. И. Сторожакова, А. А. Горбаченкова. - М.: Гэотар Медиа, Т. 1/ М. М. Алшибая [и др.]. - 2008. - 669 с.
29. Руководство по кардиологии: в 3-х т.: учебное пособие, рек. УМО для постдипломного образования врачей / под ред. Г. И. Сторожакова, А. А. Горбаченкова. - М.: Гэотар Медиа, Т. 2/ О. В. Александров [и др.]. - 2008. - 508 с.
30. Руководство по нефрологии: руководство/ ред. Роберт. В. Шрайер ; пер. с англ. под ред Н. А. Мухина. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 547 с.
31. Сахарный диабет. Диагностика, лечение, контроль заболевания: карманный справочник/ Петер Хин, Б. О. Бем ; пер. А. В. Древаль. - М.: Гэотар Медиа, 2011. - 264 с.
32. Эндокринология. Национальное руководство: учебное пособие [для системы послевузовского проф. образования врачей, рек. УМО]/ Российская Ассоциация эндокринологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред.: И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 1064 с.
33. Эндокринология по Дэвидсону: учебное пособие/ Н. Бун, Н. Колледж, Б. Уокер ; пер. с англ. под ред. Г. А. Мельниченко. - М.: РИД ЭЛСИВЕР, 2009. - 176 с.
34. Клиническая фармакология / В. Г. Кукес [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. - 936 с.
35. Клиническая фармакогенетика/ Д. А. Сычев [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса, Н. П. Бочкова. - М.: Гэотар Медиа, 2007. - 245 с.
36. Клиническая фармакология / В. Г. Кукес [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. - 1052 с.: рис., табл. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

8.2. Дополнительная литература

1. Аллергология и иммунология. Национальное руководство: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ Российская ассоц. аллергологов и клинич. иммунологов, Ассоциация

- медицинских обществ по качеству; под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 960 с.: фот.цв., табл. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
2. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей/ В. В. Чернин. - М.: МИА, 2010. - 528 с.
 3. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство/ И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 730 с.
 4. Болезни сердца: руководство для врачей/ В. С. Моисеев, С. В. Моисеев, Ж. Д. Кобалава. - М.: МИА, 2008. - 528 с.
 5. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика: руководство/ С. П. Филоненко, С. С. Якушин. - М.: Гэотар Медиа, 2010. - 176 с.
 6. Брюсов, Павел Георгиевич. Современные методы лечения табачной зависимости [Текст] : брошюра / П. Г. Брюсов, Р. Д. Сафаев ; под общ. ред. Г. М. Сахаровой. - М. : [Б. и.], 2006. - 29 с.
 7. Гастриты: пособие для врачей/ С. И. Рапопорт; МЗ и социального развития РФ, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова. - М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2010. - 19 с.
 8. Гастроэнтерология. Комплексное лечение заболеваний желудка: учебное пособие/ Р. Ш. Вахтангишвили, В. В. Кржечковская. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. - 317 с.
 9. Диагностика ревматических заболеваний: руководство для врачей/ И. А. Реуцкий, В. Ф. Маринин, А. В. Глотов. - М.: МИА, 2011. - 437 с.
 10. Диссеминированные заболевания легких: научное издание/ А. Л. Акопов [и др.] ; под ред. М. М. Илькович. - М.: Гэотар Медиа, 2011. - 470 с.
 11. Диффузные болезни соединительной ткани: руководство для врачей/ И. Б. Беляева, Е. Г. Зоткин, Н. А. Куницкая [и др.]; под ред. В. И. Мазурова. - СПб.: СпецЛит, 2009. - 193 с.
 12. Инфаркт миокарда: руководство/ В. А. Люсов, Н. А. Волков, И. Г. Гордеев. - М.: Литтерра, 2010. - 229 с.
 13. Инфекционные и паразитарные болезни: справочник практического врача/ Ю. Я. Венгеров, Т. Э. Мигманов, М. В. Нагибина. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 443 с.
 14. Кардиология: клинические лекции/ А. В. Шпектор, Е. Ю. Васильева. - М.: АСТ: Астрель, 2008. - 767 с.
 15. Клапанные пороки сердца: митральные, аортальные, сердечная недостаточность / Горбаченков А.А., Поздняков Ю.М.- ГЭОТАР-Медиа, 2007, 112 с.
 16. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практикующих врачей/ под ред.: Л. А. Горячкиной, К. П. Кашкина; Российская Медицинская Академия постдипломного образования. - М.: МИКЛОШ, 2009. - 430 с.
 17. Клиническая гастроэнтерология: руководство/ Я. С. Циммерман. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 413 с.
 18. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД. 2006 [Текст] : производственно-практическое издание / Федерал. науч.-метод. центр по проф. и борьбе со СПИДом ; ред. В. В. Покровский. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. - 114 с. : табл. - (Клинические рекомендации). - [ВИЧ-инфекция и СПИД. 2006. Клинические рекомендации] . - Библиогр.: с. 49-52.
 19. Клинические рекомендации. Пульмонология: научное издание/ Российское респираторное общество, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. А. Г. Чучалина. - 2-е изд., испр. и доп.. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 330 с.
 20. Клинические рекомендации. Ревматология: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ Ассоциация ревматологов России; под ред. Е. Л. Насонова. - 2-е изд., испр. и доп.. - М.: Гэотар Медиа, 2010. - 738 с.
 21. Краткое руководство по неотложной кардиологии: руководство/ В. В. Руксин. - СПб.: ИнформМед, 2009. - 415 с.
 22. Метаболический синдром: научное издание/ под ред. В. Фонсеки ; пер. с англ.: Н. А. Михайловой, Н. В. Первуховой, Н. А. Федоровой ; ред. перевода Т. В. Мелешенко. - М.: Практика, 2011. - 272 с.
 23. Национальное руководство. Фтизиатрия+CD, / Под ред. М.И. Перельмана.- ГЭОТАР-Медиа, 2007. 512 с.

24. Нефрология. Ревматология.: учебное пособие/ Н. Бун, Н. Колледж, Б. Уокер ; пер. с англ. под ред. Н. А. Мухина. - М.: РИД ЭЛСИВЕР, 2010. - 240 с.
25. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ С. С. Вялов [и др.] ; под ред. С. С. Вялова, С. А. Чобринской. - 3-е изд.. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 112 с.
26. Ожирение у подростков [Текст] : монография / Ю. И. Строев [и др.]. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2006. - 216 с.
27. Оковитый, Сергей Владимирович. Клиническая фармакология гепатопротекторов [Текст] : научное издание / С. В. Оковитый, С. Н. Шуленин. - СПб. : [Б. и.], 2006. - 79 с.
28. Пульмонология: учебное пособие, рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России для системы последиплом. проф. образования врачей/ М. А. Осадчук [и др.]. - М.: МИА, 2010. - 288 с.
29. Противокашлевая и мукорегулирующая терапия у детей [Текст] : традиционные и нетрадиционные подходы к лечению / Л. И. Ильенко [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : МИА, 2007. - 206 с.
30. Социально-значимые инфекции: монография : в 2-х ч./ В. В. Нечаев, А. К. Иванов, А. М. Пантелеев. - СПб.: ООО "Береста", 2011 - . - В надзаг.: Санкт-Петербургская гос. мед. академия им. И. И. Мечникова Ч. 1: Моноинфекции: туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты. - 2011. - 438 с.
31. Социально-значимые инфекции: монография : в 2-х ч./ В. В. Нечаев, А. К. Иванов, А. М. Пантелеев. - СПб.: ООО "Береста", 2011 - . - В надзаг.: Санкт-Петербургская гос. мед. академия им. И. И. Мечникова Ч. 2: Микст-инфекции. - 2011. - 311 с).
32. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней: научное издание/ Б. И. Шулуто, С. В. Макаренко. - 5-е изд., перераб. и доп.. - СПб.: ООО "Медкнига ЭЛБИ-СПб": Ренкор, 2009. - 698 с.
33. Хронический лимфолейкоз: учебное пособие, рек УМО по мед. и фармац. образованию вузов России для системы послевузовского и доп. проф. образования врачей/ под ред.: Б. А. Бакирова, Д. Х. Калимуллиной, А. Б. Бакирова. - Уфа: БГМУ, 2010. - 67 с.

8.3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

1. Конституция РФ (41 статья)
2. Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации" (с изменениями от 6 февраля, 17 ноября 2004 г., 8 июля 2006 г., 4 июля 2007 г., 22 июня, 21, 31 декабря 2009 г., 21 апреля, 3, 30 июня, 29 июля, 30 октября, 27 ноября, 8 декабря 2010 г., 25 февраля, 11 марта, 7 июля 2011 г.)
3. Приказ МЗ и СР РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 27.08.2007 N 560, от 25.09.2009 N 794н, от 20.01.2011 N 13н)
4. Приказ МЗ и СР РФ от 22 ноября 2010 г. N 1022н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Клиническая фармакология»
5. Приказ МЗ РФ от 22 октября 2003 г. N 494 «О совершенствовании деятельности врачей-клинических фармакологов»
6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 2 октября 2007 г. N 1328-р (Перечень централизованнокупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных средств, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей)
7. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ
8. Федеральный закон РФ N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

9. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ
10. Федеральные государственные требования к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура) (приказ МЗ и СР РФ № 1475н от 5.12.2011).
11. Приказ МЗ и СР РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
12. Приказ МЗ и СР РФ от 07.07.2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»
13. Приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»

9. ТЕСТЫ

Исходные тесты

Инструкция: Выбрать правильный ответ

001. Следующие права пациента являются новыми для российского законодательства?

- А. Информирование добровольное согласие на медицинское вмешательство
- Б. Допуск в стационар адвоката
- В. Допуск в стационар священнослужителя
- Г. Выбор медицинского врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- Д. Выбор медицинского учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС.

002. Врач клинический фармаколог имеет следующие права:

- 1. вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда
- 2. в случае необходимости отменять терапию, назначенную лечащим врачом
- 3. осуществлять закупку медикаментозных препаратов
- 4. участвовать в совещаниях, конференциях по вопросам, связанным с фармакотерапией и лекарственным обеспечением
- 5. проверять знания заведующих клиническими отделениями

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4
- Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

003. При выборе режима дозирования ЛС на основе $T_{1/2}$ определяют:

- 1. суточную дозу
- 2. разовую дозу
- 3. кратность приема
- 4. частоту побочных эффектов
- 5. интенсивность печеночного кровотока.

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4
- Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

004. Какие основные факторы определяют почечный клиренс?

- 1. функциональное состояние организма
- 2. скорость клубочковой фильтрации
- 3. скорость кровотока
- 4. объем притока крови
- 5. объем распределения
- 6. биодоступность

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4
- Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

005. При каких состояниях характерно увеличение $T_{1/2}$?

- 1. шок

- 2. пожилой возраст
- 3. почечная недостаточность

4. прием барбитуратов
5. инфаркт миокарда
6. увеличение скорости клубочковой фильтрации
- Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:*
- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
006. Селективность действия лекарственного вещества зависит от:
А. периода полувыведения
Б. способа приема В. связи с белком
Г. объема распределения Д. дозы
007. Никотин приводит к:
А. увеличению абсорбции лекарств
Б. увеличению объема распределения лекарств
В. увеличению связи с белками плазмы
Г. ускорению метаболизма печени
Д. усилению почечной экскреции лекарств
008. Более точно характеризует скорость выведения ЛС из организма:
А. T_½
Б. общий клиренс
В. Биоэквивалентность
Г. биодоступность
Д. биотрансформация препарата в печени
009. Побочные эффекты витамина C включает:
1. образование оксалатных камней в почках
2. образование холестериновых камней в почках
3. повышение клиренса мочевины кислоты
4. лейкопению 5. эритроцитоз
- Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:*
- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
010. Угнетение надпочечников при ежедневном назначении средних доз глюкокортикоидов наступает через:
А. один день Б. через 2-3 дня В. через 4-7 дней
Г. через 30 дней
Д. через 3 мес.
011. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:
А. аллергические
Б. токсические
В. связанные с кумуляцией препарата
Г. связанные с отменой препарата
Д. связанные с развитием толерантности к препарату
012. У пациента с сердечной недостаточностью на фоне терапии каптоприлом в дозе 150 мг в сутки развивается невротический отек. Правильная тактика будет заключаться:
А. в уменьшении дозы каптоприла до 75 мг в сутки
Б. в уменьшении дозы каптоприла до 50 мг в сутки
В. в замене каптоприла периндоприлом
Г. в замене каптоприла фозиноприлом
Д. в отмене каптоприла и полном отказе от применения любых ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
013. Нестероидные противовоспалительные препараты влияют на эффективность «петлевых» диуретиков:
А. незначительно усиливая их действие
Б. значительно усиливая их действие
В. ослабляя их действие
Г. вначале усиливая их действие, а затем ослабляя
Д. вначале ослабляя, а затем усиливая их действие
014. Применение клавулановой кислоты в сочетании с амоксициллином позволяет:
А. расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий, производящих бета-лактамазу
Б. снизить токсичность амоксициллина
В. сократить частоту приема амоксициллина
Г. увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань
Д. уменьшить концентрацию амоксициллина в плазме

015. Одновременное назначение цефалоспоринов с фуросемидом может вызвать осложнение в виде:

- А. кровотечения Б. нефрита В. альвеолита
- Г. агранулоцитоза Д. гепатита

016. При одновременном назначении варфарина и аспирина больных:

- А. увеличивается риск тромбоэмболических осложнений
- Б. уменьшается риск кровотечений
- В. риск кровотечений не изменяется
- Г. уменьшается риск тромбоэмболических осложнений
- Д. возрастает риск развития пристеночного тромбоза в левом желудочке

017. При употреблении алкоголя на фоне антикоагулянтов непрямого действия:

- А. увеличивается метаболизм антикоагулянтов
- Б. уменьшается действие алкоголя
- В. снижается метаболизм антикоагулянтов
- Г. усиливается действие алкоголя
- Д. метаболизм антикоагулянтов не изменяется

018. Под фармацевтическим взаимодействием лекарственных средств понимают:

- А. любое взаимодействие лекарственных средств
- Б. взаимодействие лекарств после введения в организм
- В. только фармакогенетическое взаимодействие лекарств
- Г. взаимодействие лекарственных средств до введения в организм
- Д. взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма

019. Фармакоэкономический показатель эффективности лечения может выражаться стоимостью одного спасенного года жизни:

- А. при анализе стоимость-прибыль
- Б. при анализе стоимость-эффективность
- В. при анализе минимизации стоимости
- Г. при анализе стоимость-утилитарность
- Д. при анализе прямых затрат на лечение

020. Применение фармакоэкономического анализа стоимость-эффективность наиболее приемлемо:

- А. когда сравниваемые методы имеют одинаковую эффективность
- Б. когда сравниваемые методы имеют одинаковую стоимость
- В. когда один из методов является более дорогим, но более эффективным
- Г. когда трудно установить клиническую эффективность сравниваемых методов
- Д. когда трудно установить стоимость сравниваемых методов

021. Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность оценивает:

- А. стоимость одного года спасенной жизни
- Б. стоимость одного года жизни, прожитого с абсолютным качеством жизни
- В. стоимость предотвращения одного осложнения
- Г. стоимость предотвращения одного осложнения
- Д. общественную пользу эффективного лечения

022. Нейролептики не применяют для:

- 1. лечение психозов
- 2. лечение паркинсонизма
- 3. купирования психомоторного возбуждения
- 4. лечение хронического гастрита
- 5. купирования рвоты центрального происхождения

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

023. При длительном применении нейролептиков может наблюдаться:

- А. физическая лекарственная зависимость
- Б. стойкая гипертензия
- В. экстрапирамидные расстройства
- Г. усиление симптомов «перебегающей хромоты»
- Д. гиперкалиемия

024. При глаукоме и аденоме предстательной железы противопоказан транквилизатор:

- А. мебикар Б. мепробамат В. амизил
- Г. феназепам Д. тазепам

025. Среди снотворных препаратов индукцию микросомальных ферментов печени в наибольшей степени вызывает:

- А. нитразепам Б. фенobarбитал В. хлоралгидрат
- Г. бромизовал Д. имован

026. Наибольшей анальгетической активностью обладает:

- А. пропанидид (сомбревин)
- Б. гексенал
- В. кетамин (калипсол)
- Г. тиопентал

027. Транквилизатор с наименьшим анксиолитическим действием:

- А. диазепам
- Б. лоразепам
- В. меπροбамат
- Г. феназепам

028. Транквилизатор с наибольшим антифобическим действием:

- А. диазепам Б. медазепам В. Нитразепам Г. оксазепам
- Д. феназепам

029. При использовании антидепрессантов- ингибиторов МАО на фоне диеты, избыливающей продуктами, содержащими тирамин (сыр Чеддер, маринады и т.д.) может возникнуть:

- А. стимуляция симпатико-адреналовой системы
- Б. угнетение симпатико-адреналовой системы
- В. антихолинергический эффект
- Г. ваготония
- Д. угнетение симпатико-адреналовой системы и ваготония

030. К препаратам, влияющим на холинергические синапсы, относят:

- 1. антихолинэстеразные средства
- 2. средства, влияющие на м-холинорецепторы
- 3. средства, влияющие на н-холинорецепторы
- 4. бета-адреноблокаторы
- 5. альфа-адреноблокаторы

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

031. Метацин характеризуется:

- 1. более высокой проникаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
- 2. менее высокой проникаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
- 3. более сильным влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
- 4. менее влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
- 5. отсутствием влияния на функции глаз

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

032. Прозерин:

- А. Не изменяет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- Б. Усиливает секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- В. Ослабляет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- Г. Усиливает секрецию бронхиальных, но ослабляет секрецию пищеварительных желез
- Д. Ослабляет секрецию бронхиальных, но усиливает секрецию пищеварительных желез

033. Среди альфа-адреноблокаторов наилучшей переносимостью обладает:

- А. празозин
- Б. фентоламин
- В. теразозин
- Г. доксазозин
- Д. тропафен

034. Целевым уровнем артериального давления для больных артериальной гипертензией считается давление:

- А. менее 120/80 мм. рт. ст.
- Б. менее 135/85 мм. рт. ст.
- В. менее 140/90 мм. рт. ст.
- Г. менее 150/90 мм. рт. ст.
- Д. менее 160/90 мм. рт. ст.

035. Титрование карведилола у больных хронической сердечной недостаточностью начинается с дозы:

- А. 0,25 мг
- Б. 1,25 мг В. 6,25 мг
- Г. 12,5 мг Д. 25 мг
- Е. 50 мг

036. Неблагоприятное влияние на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью может оказывать комбинация:
- А. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и бета-блокаторами
 - Б. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и спиро-нолактона
 - В. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторов
 - Г. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и нитратов
037. В первую очередь целесообразно добавить к блокаторам рецепторов ангиотензина II для усиления их антигипертензивного действия:
- А. амлодипин
 - Б. атенолол
 - В. гидрохлортиазид
 - Г. эналаприл
 - Д. верапамил
038. Наиболее эффективно проведение тромболитической терапии при инфаркте миокарда:
- А. в течение первых 24 часов
 - Б. в течение первых 12 часов
 - В. в течение первых 6 часов
 - Г. в течение первых 3 часов
039. Обычная поддерживающая доза спиронолактона у больных хронической сердечной недостаточностью:
- А. 6,25 мг в сутки
 - Б. 12,5 мг в сутки
 - В. 25-50 мг в сутки.
 - Г. 75-100 мг в сутки
 - Д. 150-200 мг в сутки
040. Препараты препаратами выбора для профилактики внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда являются
- А. антиаритмические препараты IA класса
 - Б. антиаритмические препараты I B класса
 - В. антиаритмические препараты I C класса
 - Г. бета-адреноблокаторы
 - Д. верапамил
041. Дигоксин влияет на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью:
- А. увеличивая ее
 - Б. не изменяя ее
 - В. уменьшая ее
 - Г. увеличивая только у больных с синусовым ритмом
 - Д. увеличивая только у больных с мерцательной аритмией
042. Применение средств с положительным инотропным действием влияет на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью:
- А. уменьшая ее
 - Б. увеличивая ее
 - В. не изменяя
 - Г. в зависимости от этиологии сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать
 - Д. в зависимости от выраженности сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать
043. Целевой дозой эналаприла для лечения больных с хронической сердечной недостаточностью является:
- А. 5 мг
 - Б. 10 мг
 - В. 15 мг
 - Г. 20 мг
 - Д. 30 мг
 - Е. 40 мг
044. Наиболее целесообразной тактикой при возникновении труднoperеносимого кашля на фоне ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента является:
- А. назначение другого препарата из этой группы
 - Б. уменьшение дозы препарата
 - В. отказ от использования препаратов, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему
 - Г. назначение блокатора рецепторов ангиотензина II
 - Д. увеличение дозы диуретиков
045. Нитраты при сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией:

- А. оказывают достоверное положительное действие
 - Б. положительное действие не доказано
 - В. эффективность действия зависит от выраженности сердечной недостаточности
 - Г. эффективность зависит от степени дилатации левого желудочка
 - Д. эффективность зависит от степени снижения фракции изгнания левого желудочка
046. Среди осложнений терапии ингибиторами 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзима А редуктазы (статинами) наиболее опасным является:
- А. повышение уровня печеночных ферментов
 - Б. рабдомиолиз
 - В. миопатия
 - Г. повышение уровня креатинфосфокиназы
 - Д. диспепсические явления
047. Антигипертензивным препаратом, который уменьшает выработку инсулина, является:
- А. Арифон
 - Б. Эналаприл
 - В. Обзидан
 - Г. Моксонидин
 - Д. Гипотиазид
048. По химическому строению не относятся к группе нитратов:
- А. Нитронг
 - Б. Корватон
 - В. Тринитролонг
 - Г. Изосорбида мононитрат
 - Д. Изосорбида динитрат
049. Уменьшает выделение норадреналина из пресинаптических окончаний блокатор рецепторов ангиотензина II:
- А. лозартан
 - Б. ирбесартан
 - В. эпросартан
 - Г. валсартан
 - Д. кандесартан
050. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:
- А. аллергические
 - Б. токсические
 - В. связанные с кумуляцией препарата
 - Г. связанные с быстрым выведением препарата
 - Д. связанные с ускорением метаболизма препарата
051. Наиболее частым возбудителем пневмонии чаще всего является:
- А. пневмококк
 - Б. стрептококк
 - В. Стафилококк
 - Г. кишечная палочка
 - Д. клебсиелла
052. Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:
- А. пневмококк
 - Б. микоплазма
 - В. клебсиелла
 - Г. протей
 - Д. хламидии
053. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных:
- А. пневмококком
 - Б. стрептококком
 - В. кишечной палочкой
 - Г. клебсиеллой
 - Д. стафилококком
054. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать:
- А. пенициллины
 - Б. эритромицин
 - В. левомицитин
 - Г. стрептомицин
 - Д. цеполин
055. Если этиология пневмонии не установлена, вначале следует назначать следующий антибактериальный препарат:
- А. стрептомицин
 - Б. пенициллин
 - В. тетрациклин

- Г. антибиотик группы цефалоспоринов
 - Д. гентамицин
056. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:
- А. пенициллин
 - Б. тетрациклин
 - В. ампициллин
 - Г. цефалоридин
 - Д. амоксициллин
057. Ориентировочная начальная доза глюкокортикоидов при 2-ой стадии астматического статуса составляет:
- А. 30-60 мг
 - Б. 80-120 мг
 - В. 150 мг
 - Г. 180 мг
 - Д. 360 мг
058. Терапевтический эффект кромогликата натрия при бронхиальной астме обусловлен:
- А. бронходилатирующим действием
 - Б. стабилизацией мембран тучных клеток
 - В. антигистаминным действием
 - Г. стероидоподобным действием
 - Д. холинолитическим действием
059. Кромогликат натрия является препаратом выбора у больных с:
- А. тяжелой формой бронхиальной астмы
 - Б. неатопической формой астмы
 - В. аспириновой астмой
 - Г. атонической бронхиальной астмой
 - Д. инфекционно-зависимой бронхиальной астмой
060. Основным механизмом действия кетотифена, объясняющим его эффективность у больных с бронхиальной астмой, является:
- А. стабилизация мембран тучных клеток
 - Б. блокада синтеза лейкотриенов
 - В. предупреждение направленной миграции тучных клеток
 - Г. наличие бронходилатирующего действия
 - Д. отхаркивающими свойствами
061. Наиболее эффективным базисным препаратом для лечения ревматоидного артрита является:
- А. препараты золота
 - Б. аминохинолиновые производные
 - В. D-пеницилламин
 - Г. метотрексат
 - Д. сульфасалазин
062. Наиболее ранним признаком гематологической токсичности метотрексата является:
- А. снижение уровня эритроцитов
 - Б. снижение уровня тромбоцитов
 - В. снижение уровня лейкоцитов
 - Г. увеличение уровня тромбоцитов
 - Д. повышение уровня лейкоцитов
063. Доказана эффективность и безопасность следующих типов терапии глюкокортикоидами у больных ревматоидным артритом:
- А. терапия средними дозами в течение нескольких месяцев
 - Б. терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение нескольких месяцев
 - В. терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение 1 недели
 - Г. терапия высокими дозами (до 60 мг) в течение 1 недели
 - Д. терапия высокими дозами в течение 1 месяца
064. При каком течении ревматоидного артериита назначается базисная терапия метотрексатом:
- А. при быстром прогрессировании эрозивного процесса
 - Б. при медленном прогрессировании эрозивного процесса
 - В. при очень высокой активности воспалительного процесса
 - Г. назначение метотрексата не зависит от варианта течения ревматоидного артрита
 - Д. при наличии системных проявлений ревматоидного артрита
065. Нефротоксичность в большей степени выражена при назначении:
- А. напроксена
 - Б. пироксикама
 - В. ибупрофена
 - Г. аспирина
 - Д. целикоксиб
066. К мероприятиям для улучшения переносимости метотрексата относят.
- А. Назначение препарата до приема пищи
 - Б. Назначение препарата в вечерние часы
 - В. Назначение вместе с фолиевой кислотой

- Г. Назначение препарата после прием пищи
Д. Ежедневное назначение малых доз метотрексата
067. Наиболее важным фактором риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите является:
А. большая продолжительность периода с высокой воспалительной активностью процесса
Б. большая суммарная доза глюкокортикостероидов
В. длительный приём цитостатиков
Г. длительные периоды без лечения
Д. сопутствующее заболевание почек
068. Препарат, способный ликвидировать осмотическую диарею и вызывающий запоры:
А. Карбонат магния
Б. Карбонат кальция
В. Гидрокарбонат натрия
Г. Гидроокись алюминия
Д. Гидроокись магния
069. Квадротерапия язвенной болезни 12-перстной кишки это:
А. Комбинация ингибитора протонной помпы и исторически первой тройной терапии — «классической» — препарата висмута (Де—нол), метронидазола и тетрациклина
Б. Комбинация четырех антибиотиков для эрадикации *H. pylori*
В. Комбинация ранитидина с метронидазолом
Г. Комбинация ранитидина, метронидазола, амоксициллина и ингибитора протонной помпы
Д. Комбинация альмагеля с ранитидином, блокатором ионной помпы и кларитромицином
070. Внутриклеточная регуляция нарушений секреции соляной кислоты возможна с помощью:
А. Циметидина Б. Ранитидина
В. Низатидина Г. Фамотидина
Д. Омепразола
071. Доза ранитидина при хронической почечной недостаточности, если клиренс составляет меньше 30 мл/мин, составляет:
А. 300 мг/сутки Б. 150 мг/сутки
В. 50 мг/сутки Г. 25 мг/сутки Д. 12,5 мг/сутки
072. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:
А. кортикостероиды Б. фталазол
В. левомицетин
Г. сульфасалазин
Д. ампициллин
073. При кандидамикозе (кандидозе) следует назначить:
А. невиврамон
Б. левомицетин
В. леворин
Г. гентамицин
Д. клафоран
074. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы:
1. протей
2. клебсиеллу
3. эшерихии (патологические штаммы)
4. стрептококки
5. Энтерококки
075. Для заместительной терапии хронического панкреатита используют:
А. Пангексавит
Б. Холензим
В. Пантоцид
Г. Парацитабол
Д. Панкреатин
076. К блокаторам протоновой помпы относят:
А. Низатидин
Б. Омепразол
В. Ранисан
Г. Де-нол
Д. Фамотидин
077. Наиболее мощным антисекреторным действием обладают:
А. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
Б. Блокаторы протоновой помпы
В. Селективные холинолитики
Г. Антациды

Д. Де-нол

078. Для лечения хламидийной инфекции мочевого тракта используют:

1. азитромицин
2. доксициклин
3. офлоксацин
4. нитроксалин
5. цефалексин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

079. Уроантисептики, наиболее эффективные при кислой реакции мочи:

1. доксициклин
2. норфлоксацин
3. нитрофураны
4. гентамицин
5. эритромицин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

080. Наиболее эффективные уроантисептики при щелочной реакции мочи:

1. макролиды
2. ципрофлоксацин
3. линкомицин
4. ампициллин
5. доксициклин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

081. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корректировать путем введения:

1. солей кальция
2. раствора гидрокарбоната натрия
3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином
4. панангина
5. хлорида калия

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

082. При мочекаменной болезни, обусловленной уратными камнями, целесообразно:

1. назначение аллопуринола
2. назначение пробенецида
3. ощелачивание мочи
4. назначение комбинации аллопуринола и пробенецида
5. поддержание диуреза более 2 л/сут

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

083. Наиболее современным и активным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является:

- А. тиреоидин
- Б. тиреотом
- В. тирекомб
- Г. L-тироксин
- Д. трийодтиронин

084. Для введения из гипогликемической комы назначают:

- А. внутривенное введение 40% раствора глюкозы
- Б. подкожное введение 5% раствора глюкозы
- В. прием внутрь 2-3 кусочков сахара
- Г. внутривенное введение 60 мг преднизолона

- Д. внутривенное введение 90 мг преднизолона
085. Токсические реакции при приеме производных сульфонилмочевины проявляются в виде:
- А. сыпи
 - Б. нарушений вестибулярного аппарата
 - В. изменений состава крови
 - Г. холестатической желтухи
 - Д. судорог в мышцах
086. При в/в струйном введении простого инсулина пик действия наступает:
- А. через 1-3 мин и длится 10-20 мин
 - Б. через 3 - 10 мин и длится 40 - 50 мин
 - В. через 10-30 мин и длится 1-2 ч
 - Г. через 50-60 мин и длится 3-4 ч
 - Д. через 90-120 мин и длится 5-6 ч
087. Процент элиминации гентамицина с мочой составляет:
- А. 30%
 - Б. 50%
 - В. 75%
 - Г. 80%
 - Д. 100%
088. Препаратом, доза которого при хронической почечной недостаточности не требует коррекции, является:
- А. Гентамицин
 - Б. Левомецетин
 - В. Ампициллин
 - Г. Ванкомицин
 - Д. Амикацин
089. По сравнению с пенициллинами по спектру действия:
- А. ципрофлоксацин активнее в отношении грам(-) флоры
 - Б. ципрофлоксацин активнее в отношении грам(+) флоры
 - В. пенициллины активнее в отношении грам(+) флоры
 - Г. пенициллины активнее в отношении грам(-) флоры
 - Д. ципрофлоксацин шире по спектру действия
090. Обозначьте антибиотик, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:
- А. ванкомицин
 - Б. пиперацillin
 - В. клоксациллин
 - Г. амоксициллин
 - Д. ампициллин
091. Пенициллины неэффективны при инфекции, вызванной:
- А. Грамположительными кокками
 - Б. Грамотрицательными палочками
 - В. Грамположительными палочками
 - Д. Вирусами
 - Г. Грамотрицательными кокками
092. Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) чувствительна к:
- А. стрептомицину
 - Б. пенициллину
 - В. пиперацillinу
 - Г. тетрациклинам
 - Д. ампициллину
093. Препаратом выбора для лечения инфекций, вызванных *Salmonella typhi*, является:
- А. канамицин
 - Б. тетрациклины
 - В. цефалоспорины
 - Г. хлорамфеникол
 - Д. пенициллин
094. Больным с нарушением функции почек можно назначать:
- А. окситетрациклин
 - Б. тетрациклин
 - В. миноциклин
 - Г. доксициклин
 - Д. метациклин
095. Препаратом выбора для лечения неосложненной гонококковой инфекции взрослых является:
- А. растворимый кристаллический пенициллин G (бензилпенициллин)
 - Б. бензатинленциллин G
 - В. пенициллин G
 - Г. эритромицин
 - Д. пенициллин VK

096.Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:

- А. левомицетин
- Б. фуразолидон
- В. канамицин
- Г. невигамон
- Д. энтеросептол

097.Препаратом из группы аминогликозидов, который можно использовать даже при наличии резистентности к гентамицину, является:

- А. стрептомицин
- Б. амикацин
- В. неомицин
- Г. тобрамицин
- Д. канамицин

098.Для лечения легинеллезной пневмонии препаратом выбора может быть:

- А. пенициллин G
- Б. хлорамфеникол
- В.эритромицин
- Г. стрептомицин
- Д. линкомицин

099.Препаратом для лечения микоплазменной пневмонии является:

- А. пенициллин G
- Б. эритромицин
- В. ванкомицин
- Г. гентамицин
- Д. бацитрацин

100.Антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита должна проводиться при стоматологических вмешательствах:

- А. у всех пациентов
- Б. только у пациентов с высоким риском инфекционного эндокардита
- В. только у пациентов с инфекционным эндокардитом в анамнезе
- Г. только у пациентов с механическими протезами клапанов сердца
- Д. только у больных старше 40 лет

ОТВЕТЫ

1.	Д	26.	Г	51.	А	76.	Б
2.	В	27.	Г	52.	В	77.	Б
3.	Б	28.	Д	53.	Г	78.	А
4.	Д	29.	А	54.	Б	79.	А
5.	А	30.	А	55.	Б	80.	Б
6.	Д	31.	В	56.	Б	81.	А
7.	Г	32.	Б	57.	В	82.	Б
8.	Б	33.	Г	58.	Б	83.	А
9.	Б	34.	В	59.	Г	84.	Б
10.	В	35.	В	60.	А	85.	А
11.	В	36.	В	61.	Г	86.	В
12.	Д	37.	В	62.	В	87.	Д
13.	В	38.	В	63.	В	88.	Б

14.	А	39.	В	64.	Г	89.	Д
15.	Б	40.	Г	65.	А	90.	А
16.	Г	41.	Б	66.	В	91.	В
17.	В	42.	Б	67.	А	92.	Г
18.	Г	43.	Г	68.	Г	93.	Б
19.	Б	44.	Г	69.	А	94.	В
20.	В	45.	Б	70.	Д	95.	Д
21.	Б	46.	Б	71.	В	96.	Б
22.	В	47.	Г	72.	Г	97.	Г
23.	В	48.	Б	73.	В	98.	В
24.	В	49.	В	74.	Б	99.	Б
25.	Б	50.	В	75.	Д	100.	Б

Промежуточные тесты

Инструкция: Выбрать правильный ответ

001. Наибольшей анальгетической активностью обладает:

А. пропанидид (сомбревин)

Б. гексенал

В. кетамин (калипсол)

Г. тиопентал

002. Транквилизатор с наименьшим анксиолитическим действием:

А. диазепам

Б. лоразепам

В. меπροбамат

Г. феназепам

003. Транквилизатор с наибольшим антифобическим действием:

А. диазепам Б. медазепам В. Нитразепам Г. оксазепам

Д. феназепам

004. При использовании антидепрессантов- ингибиторов МАО на фоне диеты, изобилующей продуктами, содержащими тирамин (сыр Чеддер, маринады и т.д.) может возникать:

А. стимуляция симпато-адреналовой системы

Б. угнетение симпато-адреналовой системы

В. антихолинергический эффект

Г. ваготония

Д. угнетение симпато-адреналовой системы и ваготония

005. К препаратам, влияющим на холинергические синапсы, относят:

1. антихолинэстеразные средства

2. средства, влияющие на м-холинорецепторы

3. средства, влияющие на н-холинорецепторы

4. бета-адреноблокаторы

5. альфа-адреноблокаторы

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

006. Метацин характеризуется:

1. более высокой проницаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
2. менее высокой проницаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
3. более сильным влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
4. менее влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
5. отсутствием влияния на функции глаз

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

007. Прозерин:

- А. Не изменяет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- Б. Усиливает секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- В. Ослабляет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- Г. Усиливает секрецию бронхиальных, но ослабляет секрецию пищеварительных желез
- Д. Ослабляет секрецию бронхиальных, но усиливает секрецию пищеварительных желез

008. Среди альфа-адреноблокаторов наилучшей переносимостью обладает:

- А. празозин
- Б. фентоламин
- В. теразозин
- Г. доксазозин
- Д. тропafen

009. Целевым уровнем артериального давления для больных артериальной гипертензией считается давление:

- А. менее 120/80 мм. рт. ст.
- Б. менее 135/85 мм. рт. ст.
- В. менее 140/90 мм. рт. ст.
- Г. менее 150/90 мм. рт. ст.
- Д. менее 160/90 мм. рт. ст.

010. Титрование карведилола у больных хронической сердечной недостаточностью начинается с дозы:

А. 0,25 мг

Б. 1,25 мг

В. 6,25 мг

Г. 12,5 мг

Д. 25 мг

Е. 50 мг

011. Неблагоприятное влияние на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью может оказывать

комбинация:

- А. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и бета-блокаторами
- Б. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и спиро-нолактона
- В. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторов

Г. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и нитратов

012. В первую очередь целесообразно добавить к блокаторам рецепторов ангиотензина II для усиления их антигипертензивного действия:

- А. амлодипин
- Б. атенолол
- В. гидрохлортиазид
- Г. эналаприл
- Д. верапамил

013. Наиболее эффективно проведение тромболитической терапии при инфаркте миокарда:

- А. в течение первых 24 часов
- Б. в течение первых 12 часов
- В. в течение первых 6 часов
- Г. в течение первых 3 часов

014. Обычная поддерживающая доза спиронолактона у больных хронической сердечной недостаточностью:

- А. 6,25 мг в сутки
- Б. 12,5 мг в сутки

- В. 25-50 мг в сутки.
- Г. 75-100 мг в сутки
- Д. 150-200 мг в сутки

015. Препараты препаратами выбора для профилактики внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда

являются

- А. антиаритмические препараты IA класса
- Б. антиаритмические препараты I B класса
- В. антиаритмические препараты I C класса
- Г. бета-адреноблокаторы
- Д. верапамил

016. Дигоксин влияет на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью:

- А. увеличивая ее
- Б. не изменяя ее
- В. уменьшая ее
- Г. увеличивая только у больных с синусовым ритмом
- Д. увеличивая только у больных с мерцательной аритмией

017. Применение средств с положительным инотропным действием влияет на летальность больных с хронической сердечной

недостаточностью: А. уменьшая ее

Б. увеличивая ее

В. не изменяя

Г. в зависимости от этиологии сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать

Д. в зависимости от выраженности сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать

018. Целевой дозой эналаприла для лечения больных с хронической сердечной недостаточностью является:

А. 5 мг

Б. 10 мг

В. 15 мг

Г. 20 мг

Д. 30 мг

Е. 40 мг

019. Наиболее целесообразной тактикой при возникновении труднопереносимого кашля на фоне ингибиторов ангиотензин-

превращающего фермента является:

А. назначение другого препарата из этой группы

Б. уменьшение дозы препарата

В. отказ от использования препаратов, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему

Г. назначение блокатора рецепторов ангиотензина II

Д. увеличение дозы диуретиков

020. Нитраты при сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией:

А. оказывают достоверное положительное действие

Б. положительное действие не доказано

В. эффективность действия зависит от выраженности сердечной недостаточности

Г. эффективность зависит от степени дилатации левого желудочка

Д. эффективность зависит от степени снижения фракции изгнания левого желудочка

021. Среди осложнений терапии ингибиторами 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзима А редуктазы (статины) наиболее

опасным является:

А. повышение уровня печеночных ферментов

Б. рабдомиолиз

В. миопатия

Г. повышение уровня креатинфосфокиназы

Д. диспепсические явления

022. Антигипертензивным препаратом, который уменьшает выработку инсулина, является:

А. Арифон

Б. Эналаприл

В. Обзидан

Г. Моксонидин

Д. Гипотиазид

023. По химическому строению не относятся к группе нитратов:

А. Нитронг

Б. Корватон

В. Тринитролонг

- Г. Изосорбида моонитрат Д. Изосорбида динитрат
024. Уменьшает выделение норадреналина из пресинаптических окончаний блокатор рецепторов ангиотензина II:
- А. лозартан
 - Б. ирбесартан
 - В. эпросартан
 - Г. валсартан
 - Д. кандесартан
025. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:
- А. аллергические
 - Б. токсические
 - В. связанные с кумуляцией препарата
 - Г. связанные с быстрым выведением препарата
 - Д. связанные с ускорением метаболизма препарата
026. Наиболее частым возбудителем пневмонии чаще всего является:
- А. пневмококк
 - Б. стрептококк
 - В. Стафилококк
 - Г. кишечная палочка
 - Д. клебсиелла
027. Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:
- А. пневмококк
 - Б. микоплазма
 - В. клебсиелла
 - Г. протей
 - Д. хламидии
028. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных:
- А. пневмококком
 - Б. стрептококком
 - В. кишечной палочкой
 - Г. клебсиеллой
 - Д. стафилококком
029. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать:
- А. пенициллины
 - Б. эритромицин
 - В. левомицитин
 - Г. стрептомицин
 - Д. цефопорин
030. Если этиология пневмонии не установлена, вначале следует назначать следующий антибактериальный препарат:
- А. стрептомицин
 - Б. пенициллин
 - В. тетрациклин
 - Г. антибиотик группы цефалоспоринов
 - Д. гентамицин
031. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:
- А. пенициллин
 - Б. тетрациклин
 - В. ампициллин
 - Г. цефалоридин
 - Д. амоксициллин
032. Ориентировочная начальная доза глюкокортикоидов при 2-ой стадии астматического статуса составляет:
- А. 30-60 мг
 - Б. 80-120 мг
 - В. 150 мг
 - Г. 180 мг
 - Д. 360 мг
033. Терапевтический эффект кромогликата натрия при бронхиальной астме обусловлен:
- А. бронходилатирующим действием
 - Б. стабилизацией мембран тучных клеток
 - В. антигистаминным действием
 - Г. стероидоподобным действием
 - Д. холинолитическим действием
034. Кромогликат натрия является препаратом выбора у больных с:
- А. тяжелой формой бронхиальной астмы
 - Б. неатопической формой астмы
 - В. аспириновой астмой
 - Г. атонической бронхиальной астмой
 - Д. инфекционно-зависимой бронхиальной астмой
035. Основным механизмом действия кетотифена, объясняющим его эффективность у больных с бронхиальной астмой, является:
- А. стабилизация мембран тучных клеток

- Б. блокада синтеза лейкотриенов
 - В. предупреждение направленной миграции тучных клеток
 - Г. наличие бронходилатирующего действия
 - Д. отхаркивающими свойствами
036. Наиболее эффективным базисным препаратом для лечения ревматоидного артрита является:
- А. препараты золота
 - Б. аминохинолиновые производные
 - В. D-пеницилламин
 - Г. метотрексат
 - Д. сульфасалазин
037. Наиболее ранним признаком гематологической токсичности метотрексата является:
- А. снижение уровня эритроцитов
 - Б. снижение уровня тромбоцитов
 - В. снижение уровня лейкоцитов
 - Г. увеличение уровня тромбоцитов
 - Д. повышение уровня лейкоцитов
038. Доказана эффективность и безопасность следующих типов терапии глюкокортикоидами у больных ревматоидным артритом:
- А. терапия средними дозами в течение нескольких месяцев
 - Б. терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение нескольких месяцев
 - В. терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение 1 недели
 - Г. терапия высокими дозами (до 60 мг) в течение 1 недели
 - Д. терапия высокими дозами в течение 1 месяца
039. При каком течении ревматоидного артериита назначается базисная терапия метотрексатом:
- А. при быстром прогрессировании эрозивного процесса
 - Б. при медленном прогрессировании эрозивного процесса
 - В. при очень высокой активности воспалительного процесса
 - Г. назначение метотрексата не зависит от варианта течения ревматоидного артрита
 - Д. при наличии системных проявлений ревматоидного артрита
040. Нефротоксичность в большей степени выражена при назначении:
- А. напроксена
 - Б. пироксикама
 - В. ибупрофена
 - Г. аспирина
 - Д. целикоксиб
041. К мероприятиям для улучшения переносимости метотрексата относят.
- А. Назначение препарата до приема пищи
 - Б. Назначение препарата в вечерние часы
 - В. Назначение вместе с фолиевой кислотой
 - Г. Назначение препарата после приема пищи
 - Д. Ежедневное назначение малых доз метотрексата
042. Наиболее важным фактором риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите является:
- А. большая продолжительность периода с высокой воспалительной активностью процесса
 - Б. большая суммарная доза глюкокортикостероидов
 - В. длительный приём цитостатиков
 - Г. длительные периоды без лечения
 - Д. сопутствующее заболевание почек
043. Препарат, способный ликвидировать осмотическую диарею и вызывающий запоры:
- А. Карбонат магния
 - Б. Карбонат кальция
 - В. Гидрокарбонат натрия
 - Г. Гидроокись алюминия
 - Д. Гидроокись магния
044. Квадротерапия язвенной болезни 12-перстной кишки это:
- А. Комбинация ингибитора протонной помпы и исторически первой тройной терапии — «классической» — препарата висмута (Де—нол), метронидазола и тетрациклина
 - Б. Комбинация четырех антибиотиков для эрадикации *H. pylori*
 - В. Комбинация ранитидина с метронидазолом
 - Г. Комбинация ранитидина, метронидазола, амоксициллина и ингибитора протонной помпы
 - Д. Комбинация альмагеля с ранитидином, блокатором ионной помпы и кларитромицином
045. Внутриклеточная регуляция нарушений секреции соляной кислоты возможна с помощью:
- А. Циметидина
 - Б. Ранитидина
 - В. Низатидина
 - Г. Фамотидина

Д. Омепразола

046. Доза ранитидина при хронической почечной недостаточности, если клиренс составляет меньше 30 мл/мин, составляет:

- А. 300 мг/сутки Б. 150 мг/сутки
В. 50 мг/сутки Г. 25 мг/сутки Д. 12,5 мг/сутки

047. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:

- А. кортикостероиды Б. фталазол
В. левомицетин
Г. сульфасалазин
Д. ампициллин

048. При кандидамикозе (кандидозе) следует назначить:

- А. неовигамон Б. левомицетин
В. леворин Г. гентамицин Д. клафоран

049. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы:

1. протей
2. клебсиеллу
3. эшерихии (патологические штаммы)
4. стрептококки
5. Энтерококки

050. Для заместительной терапии хронического панкреатита используют:

- А. Пангексавит Б. Холензим
В. Пантоцид Г. Парацетамол
Д. Панкреатин

051. К блокаторам протонной помпы относят:

- А. Низатидин
Б. Омепразол
В. Ранисан
Г. Де-нол
Д. Фамотидин

052. Наиболее мощным антисекреторным действием обладают:

- А. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
Б. Блокаторы протонной помпы
В. Селективные холинолитики
Г. Антациды
Д. Де-нол

053. Для лечения хламидийной инфекции мочеполового тракта используют:

1. азитромицин
2. доксициклин
3. офлоксацин
4. нитроксалин
5. цефалексин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

054. Уроантисептики, наиболее эффективные при кислой реакции мочи:

1. доксициклин
2. норфлоксацин
3. нитрофураны
4. гентамицин
5. эритромицин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

055. Наиболее эффективные уроантисептики при щелочной реакции мочи:

1. макролиды
2. ципрофлоксацин
3. линкомицин
4. ампициллин
5. доксициклин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

056. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения:

1. солей кальция
2. раствора гидрокарбоната натрия
3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином
4. панангина
5. хлорида калия

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

057. При мочекаменной болезни, обусловленной уратными камнями, целесообразно:

1. назначение аллопуринола
2. назначение пробенецида
3. ощелачивание мочи
4. назначение комбинации аллопуринола и пробенецида
5. поддержание диуреза более 2 л/сут

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

058. Наиболее современным и активным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является:

- А. тиреоидин
- Б. тиреотом
- В. тирекомб
- Г. L-тироксин
- Д. трийодтиронин

059. Для выведения из гипогликемической комы назначают:

- А. внутривенное вливание 40% раствора глюкозы
- Б. подкожное введение 5% раствора глюкозы
- В. прием внутрь 2-3 кусочков сахара
- Г. внутривенное введение 60 мг преднизолона
- Д. внутривенное введение 90 мг преднизолона

060. Токсические реакции при приеме производных сульфонилмочевины проявляются в виде:

- А. сыпи
- Б. нарушений вестибулярного аппарата
- В. изменений состава крови
- Г. холестатической желтухи
- Д. судорог в мышцах

061. При в/в струйном введении простого инсулина пик действия наступает:

- А. через 1-3 мин и длится 10-20 мин
- Б. через 3 - 10 мин и длится 40 - 50 мин
- В. через 10-30 мин и длится 1-2 ч
- Г. через 50-60 мин и длится 3-4 ч
- Д. через 90-120 мин и длится 5-6 ч

062. Процент элиминации гентамицина с мочой составляет:

- А. 30%
- Б. 50%
- В. 75%
- Г. 80%
- Д. 100%

063. Препаратом, доза которого при хронической почечной недостаточности не требует коррекции, является:

- А. Гентамицин
- Б. Левомецетин
- В. Ампициллин
- Г. Ванкомицин
- Д. Амикацин

064. По сравнению с пенициллинами по спектру действия:

- А. ципрофлоксацин активнее в отношении грам(-) флоры
- Б. ципрофлоксацин активнее в отношении грам(+) флоры
- В. пенициллины активнее в отношении грам(+) флоры
- Г. пенициллины активнее в отношении грам(-) флоры
- Д. ципрофлоксацин шире по спектру действия

065. Обозначьте антибиотик, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:
- А. ванкомицин
 - Б. пиперациллин
 - В. флоксациллин
 - Г. амоксициллин
 - Д. ампициллин
066. Пенициллины неэффективны при инфекции, вызванной:
- А. Грамположительными кокками
 - Б. Грамотрицательными палочками
 - В. Грамположительными палочками
 - Д. Вирусами
 - Г. Грамотрицательными кокками
067. Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) чувствительна к:
- А. стрептомицину
 - Б. пенициллину
 - В. пиперациллину
 - Г. тетрациклинам
 - Д. ампициллину
068. Препаратом выбора для лечения инфекций, вызванных *Salmonella typhi*, является:
- А. канамицин
 - Б. тетрациклины
 - В. цефалоспорины
 - Г. хлорамфеникол
 - Д. пенициллин
069. Больным с нарушением функции почек можно назначать:
- А. окситетрациклин Б. тетрациклин
 - В. миноциклин Г. доксициклин
 - Д. метациклин
070. Препаратом выбора для лечения неосложненной гонококковой инфекции взрослых является:
- А. растворимый кристаллический пенициллин G (бензилпенициллин)
 - Б. бензатинпенициллин G
 - В. пенициллин G
 - Г. эритромицин
 - Д. пенициллин VK
071. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:
- А. левомицетин Б. фуразолидон
 - В. канамицин Г. невидграмон
 - Д. энтеросептол
072. Препаратом из группы аминогликозидов, который можно использовать даже при наличии резистентности к гентамицину, является:
- А. стрептомицин
 - Б. амикацин
 - В. неомицин
 - Г. тобрамицин
 - Д. канамицин
073. Для лечения легочной пневмонии препаратом выбора может быть:
- А. пенициллин G
 - Б. хлорамфеникол
 - В. эритромицин
 - Г. стрептомицин
 - Д. линкомицин
074. Препаратом для лечения микоплазменной пневмонии является:
- А. пенициллин G
 - Б. эритромицин
 - В. ванкомицин
 - Г. гентамицин
 - Д. бацитрацин
075. Антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита должна проводиться при стоматологических вмешательствах:
- А. у всех пациентов
 - Б. только у пациентов с высоким риском инфекционного эндокардита
 - В. только у пациентов с инфекционным эндокардитом в анамнезе

Г. только у пациентов с механическими протезами клапанов сердца

Д. только у больных старше 40 лет

076. Следующие права пациента являются новыми для российского законодательства?

А. Информирование добровольное согласие на медицинское вмешательство

Б. Допуск в стационар адвоката

В. Допуск в стационар священнослужителя

Г. Выбор медицинского врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС

Д. Выбор медицинского учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС.

077. Врач клинический фармаколог имеет следующие права:

1. вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда

2. в случае необходимости отменять терапию, назначенную лечащим врачом

3. осуществлять закупку медикаментозных препаратов

4. участвовать в совещаниях, конференциях по вопросам, связанным с фармакотерапией и лекарственным обеспечением

5. проверять знания заведующих клиническими отделениями

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

078. При выборе режима дозирования ЛС на основе $T_{1/2}$ определяют:

1. суточную дозу

2. разовую дозу

3. кратность приема

4. частоту побочных эффектов

5. интенсивность печеночного кровотока.

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

079. Какие основные факторы определяют почечный клиренс?

1. функциональное состояние организма

2. скорость клубочковой фильтрации

3. скорость кровотока

4. объем притока крови

5. объем распределения

6. биодоступность

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

080. При каких состояниях характерно увеличение $T_{1/2}$?

1. шок

2. пожилой возраст

3. почечная недостаточность

4. прием барбитуратов

5. инфаркт миокарда

6. увеличение скорости клубочковой фильтрации

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

081. Селективность действия лекарственного вещества зависит от:

А. периода полувыведения

Б. способа приема

В. связи с белком

Г. объема распределения

Д. дозы

082. Никотин приводит к:

А. увеличению абсорбции лекарств

Б. увеличению объема распределения лекарств

В. увеличению связи с белками плазмы

Г. ускорению метаболизма печени

Д. усилению почечной экскреции лекарств

083. Более точно характеризует скорость выведения ЛС из организма:

А. $T_{1/2}$

Б. общий клиренс

В. Биоэквивалентность

Г. биодоступность

Д. биотрансформация препарата в печени

084. Побочные эффекты витамина С включает:

1. образование оксалатных камней в почках

2. образование холестериновых камней в почках

3. повышение клиренса мочевой кислоты

4. лейкопению

5. эритроцитоз

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

085. Угнетение надпочечников при ежедневном назначении средних доз глюкокортикоидов наступает через:

А. один день

Б. через 2-3 дня

В. через 4-7 дней

Г. через 30 дней

Д. через 3 мес.

086. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:

А. аллергические

Б. токсические

В. связанные с кумуляцией препарата

Г. связанные с отменой препарата

Д. связанные с развитием толерантности к препарату

087. У пациента с сердечной недостаточностью на фоне терапии каптоприлом в дозе 150 мг в сутки развивается невротический отек. Правильная тактика будет заключаться:

А. в уменьшении дозы каптоприла до 75 мг в сутки

Б. в уменьшении дозы каптоприла до 50 мг в сутки

В. в замене каптоприла периндоприлом

Г. в замене каптоприла фозиноприлом

Д. в отмене каптоприла и полном отказе от применения любых ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

088. Нестероидные противовоспалительные препараты влияют на эффективность «петлевых» диуретиков:

А. незначительно усиливая их действие

Б. значительно усиливая их действие

В. ослабляя их действие

Г. вначале усиливая их действие, а затем ослабляя

Д. вначале ослабляя, а затем усиливая их действие

089. Применение клавулановой кислоты в сочетании с амоксициллином позволяет:

А. расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий, производящих бета-лактамазу

Б. снизить токсичность амоксициллина

В. сократить частоту приема амоксициллина

Г. увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань

Д. уменьшить концентрацию амоксициллина в плазме

090. Одновременное назначение цефалоспоринов с фуросемидом может вызвать осложнение в виде:

А. кровотечения

Б. нефрита

В. альвеолита

Г. агранулоцитоза

Д. гепатита

091. При одновременном назначении варфарина и аспирина больных:

А. увеличивается риск тромбоэмболических осложнений

Б. уменьшается риск кровотечений

В. риск кровотечений не изменяется

Г. уменьшается риск тромбоэмболических осложнений

Д. возрастает риск развития пристеночного тромбоза в левом желудочке

092. При употреблении алкоголя на фоне антикоагулянтов непрямого действия:

А. увеличивается метаболизм антикоагулянтов

Б. уменьшается действие алкоголя

В. снижается метаболизм антикоагулянтов

Г. усиливается действие алкоголя

Д. метаболизм антикоагулянтов не изменяется

093. Под фармацевтическим взаимодействием лекарственных средств понимают:

А. любое взаимодействие лекарственных средств

Б. взаимодействие лекарств после введения в организм

В. только фармакогенетическое взаимодействие лекарств

Г. взаимодействие лекарственных средств до введения в организм

Д. взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма

094. Фармакоэкономический показатель эффективности лечения может выражаться стоимостью одного спасенного года жизни:

- А. при анализе стоимость-прибыль
- Б. при анализе стоимость-эффективность
- В. при анализе минимизации стоимости
- Г. при анализе стоимость-утилитарность
- Д. при анализе прямых затрат на лечение

095. Применение фармакоэкономического анализа стоимость-эффективность наиболее приемлемо:

- А. когда сравниваемые методы имеют одинаковую эффективность
- Б. когда сравниваемые методы имеют одинаковую стоимость
- В. когда один из методов является более дорогим, но более эффективным
- Г. когда трудно установить клиническую эффективность сравниваемых методов
- Д. когда трудно установить стоимость сравниваемых методов

096. Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность оценивает:

- А. стоимость одного года спасенной жизни
- Б. стоимость одного года жизни, прожитого с абсолютным качеством жизни
- В. стоимость предотвращения одного осложнения
- Г. стоимость предотвращения одного осложнения
- Д. общественную пользу эффективного лечения

097. Нейролептики не применяют для:

- 1. лечение психозов
- 2. лечение паркинсонизма
- 3. купирования психомоторного возбуждения
- 4. лечение хронического гастрита
- 5. купирования рвоты центрального происхождения

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4
- Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

098. При длительном применении нейролептиков может наблюдаться:

- А. физическая лекарственная зависимость
- Б. стойкая гипертензия
- В. экстрапирамидные расстройства
- Г. усиление симптомов «перебегающей хромоты»
- Д. гиперкалиемия

099. При глаукоме и аденоме предстательной железы противопоказан транквилизатор:

- А. мебикар
- Б. мепробамат
- В. амизил
- Г. феназепам
- Д. тазепам

100. Среди снотворных препаратов индукцию микросомальных ферментов печени в наибольшей степени вызывает:

- А. нитразепам
- Б. фенобарбитал
- В. хлоралгидрат
- Г. бромизовал
- Д. имован

Ответы

26.	Г	26.	А	51.	Б	76.	Д
27.	Г	27.	В	52.	Б	77.	В
28.	Д	28.	Г	53.	А	78.	Б
29.	А	29.	Б	54.	А	79.	Д
30.	А	30.	Б	55.	Б	80.	А
31.	В	31.	Б	56.	А	81.	Д

32.	Б	32.	В	57.	Б	82.	Г
33.	Г	33.	Б	58.	А	83.	Б
34.	В	34.	Г	59.	Б	84.	Б
35.	В	35.	А	60.	А	85.	В
36.	В	36.	Г	61.	В	86.	В
37.	В	37.	В	62.	Д	87.	Д
38.	В	38.	В	63.	Б	88.	В
39.	В	39.	Г	64.	Д	89.	А
40.	Г	40.	А	65.	А	90.	Б
41.	Б	41.	В	66.	В	91.	Г
42.	Б	42.	А	67.	Г	92.	В
43.	Г	43.	Г	68.	Б	93.	Г
44.	Г	44.	А	69.	В	94.	Б
45.	Б	45.	Д	70.	Д	95.	В
46.	Б	46.	В	71.	Б	96.	Б
47.	Г	47.	Г	72.	Г	97.	В
48.	Б	48.	В	73.	В	98.	В
49.	В	49.	Б	74.	Б	99.	В
50.	В	50.	Д	75.	Б	100.	Б

Заключительные тесты

Инструкция: Выбрать правильный ответ

001. Наиболее частым возбудителем пневмонии чаще всего является:

- А. пневмококк Б. стрептококк В. Стафилококк Г. кишечная палочка Д. клебсиелла

002. Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:

- А. пневмококк Б. микоплазма
В. клебсиелла Г. протей
Д. хламидии

003. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных:

- А. пневмококком
Б. стрептококком
В. кишечной палочкой
Г. клебсиеллой
Д. стафилококком

004. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать:

- А. пенициллины
Б. эритромицин

- В. левомицитин
 - Г. стрептомицин
 - Д. цепорин
005. Если этиология пневмонии не установлена, вначале следует назначать следующий антибактериальный препарат:
- А. стрептомицин
 - Б. пенициллин
 - В. тетрациклин
 - Г. антибиотик группы цефалоспоринов
 - Д. гентамицин
006. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:
- А. пенициллин
 - Б. тетрациклин
 - В. ампициллин
 - Г. цефалоридин
 - Д. амоксициллин
007. Ориентировочная начальная доза глюкокортикоидов при 2-ой стадии астматического статуса составляет:
- А. 30-60 мг
 - Б. 80-120 мг
 - В. 150 мг
 - Г. 180 мг
 - Д. 360 мг
008. Терапевтический эффект кромогликата натрия при бронхиальной астме обусловлен:
- А. бронходилатирующим действием
 - Б. стабилизацией мембран тучных клеток
 - В. антигистаминным действием
 - Г. стероидоподобным действием
 - Д. холинолитическим действием
009. Кромогликат натрия является препаратом выбора у больных с:
- А. тяжелой формой бронхиальной астмы
 - Б. неатопической формой астмы
 - В. аспириновой астмой
 - Г. атонической бронхиальной астмой
 - Д. инфекционно-зависимой бронхиальной астмой
010. Основным механизмом действия кетотифена, объясняющим его эффективность у больных с бронхиальной астмой, является:
- А. стабилизация мембран тучных клеток
 - Б. блокада синтеза лейкотриенов
 - В. предупреждение направленной миграции тучных клеток
 - Г. наличие бронходилатирующего действия
 - Д. отхаркивающими свойствами
011. Наиболее эффективным базисным препаратом для лечения ревматоидного артрита является:
- А. препараты золота
 - Б. аминохинолиновые производные
 - В. D-пеницилламин
 - Г. метотрексат
 - Д. сульфасалазин
012. Наиболее ранним признаком гематологической токсичности метотрексата является:
- А. снижение уровня эритроцитов
 - Б. снижение уровня тромбоцитов
 - В. снижение уровня лейкоцитов
 - Г. увеличение уровня тромбоцитов
 - Д. повышение уровня лейкоцитов
013. Доказана эффективность и безопасность следующих типов терапии глюкокортикоидами у больных ревматоидным артритом:
- А. терапия средними дозами в течение нескольких месяцев
 - Б. терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение нескольких месяцев
 - В. терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение 1 недели
 - Г. терапия высокими дозами (до 60 мг) в течение 1 недели
 - Д. терапия высокими дозами в течение 1 месяца
014. При каком течении ревматоидного артериита назначается базисная терапия метотрексатом:
- А. при быстром прогрессировании эрозивного процесса
 - Б. при медленном прогрессировании эрозивного процесса
 - В. при очень высокой активности воспалительного процесса
 - Г. назначение метотрексата не зависит от варианта течения ревматоидного артрита
 - Д. при наличии системных проявлений ревматоидного артрита
015. Нефротоксичность в большей степени выражена при назначении:
- А. напроксена
 - Б. пироксикама
 - В. ибупрофена
 - Г. аспирина

- Д. целикоксиб
016. К мероприятиям для улучшения переносимости метотрексата относят.
- Назначение препарата до приема пищи
 - Назначение препарата в вечерние часы
 - Назначение вместе с фолиевой кислотой
 - Назначение препарата после приема пищи
 - Ежедневное назначение малых доз метотрексата
017. Наиболее важным фактором риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите является:
- большая продолжительность периода с высокой воспалительной активностью процесса
 - большая суммарная доза глюкокортикостероидов
 - длительный прием цитостатиков
 - длительные периоды без лечения
 - сопутствующее заболевание почек
018. Препарат, способный ликвидировать осмотическую диарею и вызывающий запоры:
- Карбонат магния
 - Карбонат кальция
 - Гидрокарбонат натрия
 - Гидроокись алюминия
 - Гидроокись магния
019. Квадротерапия язвенной болезни 12-перстной кишки это:
- Комбинация ингибитора протонной помпы и исторически первой тройной терапии — «классической» — препарата висмута (Де-нол), метронидазола и тетрациклина
 - Комбинация четырех антибиотиков для эрадикации *H. pylori*
 - Комбинация ранитидина с метронидазолом
 - Комбинация ранитидина, метронидазола, амоксициллина и ингибитора протонной помпы
 - Комбинация альмагеля с ранитидином, блокатором ионной помпы и кларитромицином
020. Внутриклеточная регуляция нарушений секреции соляной кислоты возможна с помощью:
- Циметидина
 - Ранитидина
 - Низатидина
 - Фамотидина
 - Омепразола
021. Доза ранитидина при хронической почечной недостаточности, если клиренс составляет меньше 30 мл/мин, составляет:
- 300 мг/сутки
 - 150 мг/сутки
 - 50 мг/сутки
 - 25 мг/сутки
 - 12,5 мг/сутки
022. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:
- кортикостероиды
 - фталазол
 - левомецетин
 - сульфасалазин
 - ампициллин
023. При кандидамикозе (кандидозе) следует назначить:
- невиграмон
 - левомецетин
 - леворин
 - гентамицин
 - клафоран
024. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы:
- протей
 - клебсиеллу
 - эшерихии (патологические штаммы)
 - стрептококки
 - Энтерококки
025. Для заместительной терапии хронического панкреатита используют:
- Пангексавит
 - Холензим
 - Пантоцид
 - Парацетамол
 - Панкреатин
026. К блокаторам протоновой помпы относят:
- Низатидин
 - Омепразол
 - Ранисан
 - Де-нол
 - Фамотидин
027. Наиболее мощным антисекреторным действием обладают:
- Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
 - Блокаторы протоновой помпы
 - Селективные холинолитики
 - Антациды
 - Де-нол
028. Для лечения хламидийной инфекции мочевого тракта используют:
- азитромицин
 - доксидиклин
 - офлоксацин
 - нитроксилин
 - цефалексин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

029. Уроантисептики, наиболее эффективные при кислой реакции мочи:

6. доксициклин
7. норфлоксацин
8. нитрофураны
9. гентамицин
10. эритромицин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

030. Наиболее эффективные уроантисептики при щелочной реакции мочи:

4. макролиды
5. ципрофлоксацин
6. линкомицин
4. ампициллин
5. доксициклин

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

031. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения:

6. солей кальция
7. раствора гидрокарбоната натрия
8. концентрированного раствора глюкозы с инсулином
9. панангина
10. хлорида калия

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

032. При мочекаменной болезни, обусловленной уратными камнями, целесообразно: 1. назначение аллопуринола

2. назначение пробенецида
3. ощелачивание мочи 4. назначение комбинации аллопуринола и пробенецида
5. поддержание диуреза более 2 л/сут

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3 Б) – если правильны ответы 1 и 3
В) – если правильны ответы 2 и 4 Г) – если правильный ответ 4
Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

033. Наиболее современным и активным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является:

- А. тиреоидин
- Б. тиреотом
- В. тирекомб
- Г. L-тироксин
- Д. трийодтиронин

034. Для выведения из гипогликемической комы назначают:

- А. внутривенное вливание 40% раствора глюкозы
- Б. подкожное введение 5% раствора глюкозы
- В. прием внутрь 2-3 кусочков сахара
- Г. внутривенное введение 60 мг преднизолона
- Д. внутривенное введение 90 мг преднизолона

035. Токсические реакции при приеме производных сульфонилмочевины проявляются в виде:

- А. сыпи
- Б. нарушений вестибулярного аппарата
- В. изменений состава крови
- Г. холестатической желтухи
- Д. судорог в мышцах

036. При в/в струйном введении простого инсулина пик действия наступает:
- А. через 1-3 мин и длится 10-20 мин
 - Б. через 3 - 10 мин и длится 40 - 50 мин
 - В. через 10-30 мин и длится 1-2 ч
 - Г. через 50-60 мин и длится 3-4 ч
 - Д. через 90-120 мин и длится 5-6 ч
037. Процент элиминации гентамицина с мочой составляет:
- А. 30%
 - Б. 50%
 - В. 75%
 - Г. 80%
 - Д. 100%
038. Препаратом, доза которого при хронической почечной недостаточности не требует коррекции, является:
- А. Гентамицин
 - Б. Левомецетин
 - В. Ампициллин
 - Г. Ванкомицин
 - Д. Амикацин
039. По сравнению с пенициллинами по спектру действия:
- А. ципрофлоксацин активнее в отношении грам(-) флоры
 - Б. ципрофлоксацин активнее в отношении грам(+) флоры
 - В. пенициллины активнее в отношении грам(+) флоры
 - Г. пенициллины активнее в отношении грам(-) флоры
 - Д. ципрофлоксацин шире по спектру действия
040. Обозначьте антибиотик, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:
- А. ванкомицин
 - Б. пиперацillin
 - В. флоксациллин
 - Г. амоксициллин
 - Д. ампициллин
041. Пенициллины неэффективны при инфекции, вызванной:
- А. Грамположительными кокками
 - Б. Грамотрицательными палочками
 - В. Грамположительными палочками
 - Д. Вирусами
 - Г. Грамотрицательными кокками
042. Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) чувствительна к:
- А. стрептомицину
 - Б. пенициллину
 - В. пиперацillinу
 - Г. тетрациклинам
 - Д. ампициллину
043. Препаратом выбора для лечения инфекций, вызванных *Salmonella typhi*, является:
- А. канамицин
 - Б. тетрациклины
 - В. цефалоспорины
 - Г. хлорамфеникол
 - Д. пенициллин
044. Больным с нарушением функции почек можно назначать:
- А. окситетрациклин
 - Б. тетрациклин
 - В. миноциклин
 - Г. доксициклин
 - Д. метациклин
045. Препаратом выбора для лечения неосложненной гонококковой инфекции взрослых является:
- А. растворимый кристаллический пенициллин G (бензилпенициллин)
 - Б. бензатинленциллин G
 - В. пенициллин G
 - Г. эритромицин
 - Д. пенициллин VK
046. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:
- А. левомецетин
 - Б. фуразолидон
 - В. канамицин
 - Г. неvigрамон
 - Д. энтеросептол
047. Препаратом из группы аминогликозидов, который можно использовать даже при наличии резистентности к гентамицину, является:
- А. стрептомицин

- Б. амикацин
- В. неомицин
- Г. тобрамицин
- Д. канамицин

048. Для лечения легинеллезной пневмонии препаратом выбора может быть:

- А. пенициллин G
- Б. хлорамфеникол
- В. эритромицин
- Г. стрептомицин
- Д. линкомицин

049. Препаратом для лечения микоплазменной пневмонии является:

- А. пенициллин G
- Б. эритромицин
- В. ванкомицин
- Г. гентамицин
- Д. бацитрацин

050. Антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита должна проводиться при стоматологических вмешательствах:

- А. у всех пациентов
- Б. только у пациентов с высоким риском инфекционного эндокардита
- В. только у пациентов с инфекционным эндокардитом в анамнезе
- Г. только у пациентов с механическими протезами клапанов сердца
- Д. только у больных старше 40 лет

051. Следующие права пациента являются новыми для российского законодательства?

- А. Информирование добровольное согласие на медицинское вмешательство
- Б. Допуск в стационар адвоката
- В. Допуск в стационар священнослужителя
- Г. Выбор медицинского врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- Д. Выбор медицинского учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС.

052. Врач клинический фармаколог имеет следующие права:

1. вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда
2. в случае необходимости отменять терапию, назначенную лечащим врачом
3. осуществлять закупку медикаментозных препаратов
4. участвовать в совещаниях, конференциях по вопросам, связанным с фармакотерапией и лекарственным обеспечением
5. проверять знания заведующих клиническими отделениями

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4
- Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

053. При выборе режима дозирования ЛС на основе $T_{1/2}$ определяют:

1. суточную дозу
2. разовую дозу
3. кратность приема
4. частоту побочных эффектов
5. интенсивность печеночного кровотока.

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) – если правильны ответы 1 и 3
- В) – если правильны ответы 2 и 4
- Г) – если правильный ответ 4
- Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

054. Какие основные факторы определяют почечный клиренс?

1. функциональное состояние организма
2. скорость клубочковой фильтрации
3. скорость кровотока
4. объем притока крови
5. объем распределения
6. биодоступность

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

055. При каких состояниях характерно увеличение $T_{1/2}$?

1. шок
2. пожилой возраст
3. почечная недостаточность
4. прием барбитуратов
5. инфаркт миокарда
6. увеличение скорости клубочковой фильтрации

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

056. Селективность действия лекарственного вещества зависит от:

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| А. периода полувыведения | В. связи с белком |
| Б. способа приема | Д. дозы |
| Г. объема распределения | |

057. Никотин приводит к:

- А. увеличению абсорбции лекарств
- Б. увеличению объема распределения лекарств
- В. увеличению связи с белками плазмы
- Г. ускорению метаболизма печени
- Д. усилению почечной экскреции лекарств

058. Более точно характеризует скорость выведения ЛС из организма:

- А. $T_{1/2}$
- Б. общий клиренс
- В. Биоэквивалентность
- Г. биодоступность
- Д. биотрансформация препарата в печени

059. Побочные эффекты витамина С включает:

1. образование оксалатных камней в почках
2. образование холестериновых камней в почках
3. повышение клиренса мочевой кислоты
4. лейкопению
5. эритроцитоз

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

060. Угнетение надпочечников при ежедневном назначении средних доз глюкокортикоидов наступает через:

- | | | |
|------------------|------------------|-------------------|
| А. один день | Б. через 2-3 дня | В. через 4-7 дней |
| Г. через 30 дней | | |
| Д. через 3 мес. | | |

061. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:

- А. аллергические
- Б. токсические
- В. связанные с кумуляцией препарата
- Г. связанные с отменой препарата
- Д. связанные с развитием толерантности к препарату

062. У пациента с сердечной недостаточностью на фоне терапии каптоприлом в дозе 150 мг в сутки развивается невротический отек. Правильная тактика будет заключаться:

- А. в уменьшении дозы каптоприла до 75 мг в сутки
- Б. в уменьшении дозы каптоприла до 50 мг в сутки
- В. в замене каптоприла периндоприлом
- Г. в замене каптоприла фозиноприлом

Д. в отмене каптоприла и полном отказе от применения любых ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

063. Нестероидные противовоспалительные препараты влияют на эффективность «петлевых» диуретиков:

- А. незначительно усиливая их действие
- Б. значительно усиливая их действие
- В. ослабляя их действие
- Г. вначале усиливая их действие, а затем ослабляя
- Д. вначале ослабляя, а затем усиливая их действие

064. Применение клавулановой кислоты в сочетании с амоксициллином позволяет:

- А. расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий, производящих бета-лактамазу
- Б. снизить токсичность амоксициллина
- В. сократить частоту приема амоксициллина
- Г. увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань
- Д. уменьшить концентрацию амоксициллина в плазме

065. Одновременное назначение цефалоспоринов с фуросемидом может вызвать осложнение в виде:

- А. кровотечения
- Б. нефрита
- В. альвеолита
- Г. агранулоцитоза
- Д. гепатита

066. При одновременном назначении варфарина и аспирина больных:

- А. увеличивается риск тромбоэмболических осложнений
- Б. уменьшается риск кровотечений
- В. риск кровотечений не изменяется
- Г. уменьшается риск тромбоэмболических осложнений
- Д. возрастает риск развития пристеночного тромбоза в левом желудочке

067. При употреблении алкоголя на фоне антикоагулянтов непрямого действия:

- А. увеличивается метаболизм антикоагулянтов
- Б. уменьшается действие алкоголя
- В. снижается метаболизм антикоагулянтов
- Г. усиливается действие алкоголя
- Д. метаболизм антикоагулянтов не изменяется

068. Под фармацевтическим взаимодействием лекарственных средств понимают:

- А. любое взаимодействие лекарственных средств
- Б. взаимодействие лекарств после введения в организм
- В. только фармакогенетическое взаимодействие лекарств
- Г. взаимодействие лекарственных средств до введения в организм
- Д. взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма

069. Фармакоэкономический показатель эффективности лечения может выражаться стоимостью одного спасенного года жизни:

- А. при анализе стоимость-прибыль
- Б. при анализе стоимость-эффективность
- В. при анализе минимизации стоимости
- Г. при анализе стоимость-утилитарность
- Д. при анализе прямых затрат на лечение

070. Применение фармакоэкономического анализа стоимость-эффективность наиболее приемлемо:

- А. когда сравниваемые методы имеют одинаковую эффективность
- Б. когда сравниваемые методы имеют одинаковую стоимость
- В. когда один из методов является более дорогим, но более эффективным
- Г. когда трудно установить клиническую эффективность сравниваемых методов
- Д. когда трудно установить стоимость сравниваемых методов

071. Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность оценивает:

- А. стоимость одного года спасенной жизни
- Б. стоимость одного года жизни, прожитого с абсолютным качеством жизни
- В. стоимость предотвращения одного осложнения
- Г. стоимость предотвращения одного осложнения

Д. общественную пользу эффективного лечения

072. Нейролептики не применяют для:

1. лечение психозов
2. лечение паркинсонизма
3. купирования психомоторного возбуждения
4. лечение хронического гастрита
5. купирования рвоты центрального происхождения

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

073. При длительном применении нейролептиков может наблюдаться:

- А. физическая лекарственная зависимость
- Б. стойкая гипертензия
- В. экстрапирамидные расстройства
- Г. усиление симптомов «перемежающейся хромоты»
- Д. гиперкалиемия

074. При глаукоме и аденоме предстательной железы противопоказан транквилизатор:

- А. мебикар
- Б. мепробамат
- В. амизил
- Г. феназепам
- Д. тазепам

075. Среди снотворных препаратов индукцию микросомальных ферментов печени в наибольшей степени вызывает:

- А. нитразепам
- Б. фенобарбитал
- В. хлоралгидрат
- Г. бромизовал
- Д. имован

076. Наибольшей анальгетической активностью обладает:

- А. пропанидид (сомбревин)
- Б. гексенал
- В. кетамин (калипсол)
- Г. тиопентал

077. Транквилизатор с наименьшим анксиолитическим действием:

- А. диазепам
- Б. лоразепам
- В. мепробамат
- Г. феназепам

078. Транквилизатор с наибольшим антифобическим действием:

- А. диазепам
- Б. медазепам
- В. Нитразепам
- Г. оксазепам
- Д. феназепам

079. При использовании антидепрессантов-ингибиторов МАО на фоне диеты, изобилующей продуктами, содержащими тирамин (сыр Чеддер, маринады и т.д.) может возникать:

- А. стимуляция симпато-адреналовой системы
- Б. угнетение симпато-адреналовой системы
- В. антихолинергический эффект
- Г. ваготония
- Д. угнетение симпато-адреналовой системы и ваготония

080. К препаратам, влияющим на холинергические синапсы, относят:

6. антихолинэстеразные средства
7. средства, влияющие на м-холинорецепторы
8. средства, влияющие на н-холинорецепторы
9. бета-адреноблокаторы
10. альфа-адреноблокаторы

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

081. Метацин характеризуется:

6. более высокой проникаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
7. менее высокой проникаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
8. более сильным влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
9. менее влиянием на функции глаз по сравнению с атропином

10.отсутствием влияния на функции глаз

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3

Б) – если правильны ответы 1 и 3

В) – если правильны ответы 2 и 4

Г) – если правильный ответ 4

Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

082. Прозерин:

А. Не изменяет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез

Б. Усиливает секрецию бронхиальных и пищеварительных желез

В. Ослабляет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез

Г. Усиливает секрецию бронхиальных, но ослабляет секрецию пищеварительных желез

Д. Ослабляет секрецию бронхиальных, но усиливает секрецию пищеварительных желез

083. Среди альфа-адреноблокаторов наилучшей переносимостью обладает:

А. празозин

Б. фентоламин

В. теразозин

Г. доксазозин

Д. тропафен

084. Целевым уровнем артериального давления для больных артериальной гипертонией считается

давление:

А. менее 120/80 мм. рт. ст.

Б. менее 135/85 мм. рт. ст.

В. менее 140/90 мм. рт. ст.

Г. менее 150/90 мм. рт. ст.

Д. менее 160/90 мм. рт. ст.

085. Титрование карведилола у больных хронической сердечной недостаточностью начинается с

дозы:

А. 0,25 мг

Б. 1,25 мг

В. 6,25 мг

Г. 12,5 мг

Д. 25 мг

Е. 50мг

086. Неблагоприятное влияние на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью может оказывать

комбинация:

А. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и бетаблокаторами

Б. ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и спиро-нолактона

В. ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторов

Г ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и нитратов

087. В первую очередь целесообразно добавить к блокаторам рецепторов ангиотензина II для усиления их

антигипертензивного действия:

А. амлодипин

Б. атенолол

В. гидрохлортиазид

Г. эналаприл

Д. верапамил

088. Наиболее эффективно проведение тромболитической терапии при инфаркте миокарда:

А. в течение первых 24 часов

Б. в течение первых 12 часов

В. в течение первых 6 часов

Г. в течение первых 3 часов

089. Обычная поддерживающая доза спиронолактона у больных хронической сердечной недостаточностью:

А. 6,25 мг в сутки

Б. 12,5 мг в сутки

В. 25-50 мг в сутки.

Г. 75-100 мг в сутки

Д. 150-200 мг в сутки

090. Препараты препаратами выбора для профилактики внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда являются

- А. антиаритмические препараты IA класса
- Б. антиаритмические препараты IB класса
- В. антиаритмические препараты IC класса
- Г. бета-адреноблокаторы
- Д. верапамил

091. Дигоксин влияет на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью:

- А. увеличивая ее
- Б. не изменяя ее
- В. уменьшая ее
- Г. увеличивая только у больных с синусовым ритмом
- Д. увеличивая только у больных с мерцательной аритмией

092. Применение средств с положительным инотропным действием влияет на летальность больных с хронической сердечной

недостаточностью: А. уменьшая ее

Б. увеличивая ее

В. не изменяя

Г. в зависимости от этиологии сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать

Д. в зависимости от выраженности сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать

093. Целевой дозой эналаприла для лечения больных с хронической сердечной недостаточностью является:

А. 5 мг

Б. 10 мг

В. 15 мг Г. 20 мг

Д. 30 мг

Е. 40 мг

094. Наиболее целесообразной тактикой при возникновении труднотеряемого кашля на фоне ингибиторов ангиотензин-

превращающего фермента является:

А. назначение другого препарата из этой группы

Б. уменьшение дозы препарата

В. отказ от использования препаратов, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему

Г. назначение блокатора рецепторов ангиотензина II

Д. увеличение дозы диуретиков

095. Нитраты при сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией:

А. оказывают достоверное положительное действие

Б. положительное действие не доказано

В. эффективность действия зависит от выраженности сердечной недостаточности

Г. эффективность зависит от степени дилатации левого желудочка

Д. эффективность зависит от степени снижения фракции изгнания левого желудочка

096. Среди осложнений терапии ингибиторами 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзима А редуктазы (статины) наиболее

опасным является:

А. повышение уровня печеночных ферментов

Б. рабдомиолиз

В. миопатия

Г. повышение уровня креатинфосфокиназы

Д. диспепсические явления

097. Антигипертензивным препаратом, который уменьшает выработку инсулина, является:

А. Арифон

Б. Эналаприл

В. Обзидан

Г. Моксонидин

Д. Гипотиазид

098. По химическому строению не относятся к группе нитратов:

А. Нитронг

Б. Корватон

В. Тринитролонг

Г. Изосорбида моонитрат Д. Изосорбида динитрат

099. Уменьшает выделение норадреналина из пресинаптических окончаний блокатор рецепторов ангиотензина II:

А. лозартан

Б. ирбесартан

В. эпросартан

Г. валсартан

Д. кандесартан

100. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:

А. аллергические

Б. токсические

В. связанные с кумуляцией препарата

Г. связанные с быстрым выведением препарата

Д. связанные с ускорением метаболизма препарата

ОТВЕТЫ

51.	А	26.	Б	51.	Д	76.	Г
52.	В	27.	Б	52.	В	77.	Г
53.	Г	28.	А	53.	Б	78.	Д
54.	Б	29.	А	54.	Д	79.	А
55.	Б	30.	Б	55.	А	80.	А
56.	Б	31.	А	56.	Д	81.	В
57.	В	32.	Б	57.	Г	82.	Б
58.	Б	33.	А	58.	Б	83.	Г
59.	Г	34.	Б	59.	Б	84.	В
60.	А	35.	А	60.	В	85.	В
61.	Г	36.	В	61.	В	86.	В
62.	В	37.	Д	62.	Д	87.	В
63.	В	38.	Б	63.	В	88.	В
64.	Г	39.	Д	64.	А	89.	В
65.	А	40.	А	65.	Б	90.	Г
66.	В	41.	В	66.	Г	91.	Б

67.	A	42.	Г	67.	B	92.	Б
68.	Г	43.	Б	68.	Г	93.	Г
69.	A	44.	B	69.	Б	94.	Г
70.	Д	45.	Д	70.	B	95.	Б
71.	B	46.	Б	71.	Б	96.	Б
72.	Г	47.	Г	72.	B	97.	Г
73.	B	48.	B	73.	B	98.	Б
74.	Б	49.	Б	74.	B	99.	B
75.	Д	50.	Б	75.	Б	100.	B

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

У больного на фоне острого приступа инфаркта миокарда возникла желудочковая фибрилляция, которую для спасения жизни больного необходимо экстренно устранить, купировать. Какое противоаритмическое средство необходимо в данном случае применить и почему? Последующая тактика врача?

Эталон ответа: Лидокаин гидрохлорид (ксикаин) применяют как антиаритмическое средство. Этот эффект связан с блокадой натриевых каналов клеточных мембран. Является препаратом выбора при желудочковых аритмиях, связанных с инфарктом миокарда. Действие лидокаина кратковременно (10-20 минут) и поэтому для предотвращения возобновления аритмии необходимо также назначить длительно действующее противоаритмическое средство – амиодарон.

Ситуационная задача 2

Больному, страдающему отеками сердечного происхождения, было назначено мочегонное средство. Через 5 дней препарат отменили в связи с прекращением его диуретического эффекта и изменения рН крови в сторону ацидоза. Какое мочегонное средство было назначено больному? Причина утраты его эффективности?

Эталон ответа: Больному был назначен ацетазоламид (диакарб). Ацетазоламид ингибирует карбоангидразу, фермент, локализованный в апикальной мембране канальцев, который активирует процессы гидратации и дегидратации угольной кислоты. Ингибирование карбоангидразы нарушает процесс реабсорбции гидрокарбонатного иона в проксимальных канальцах, что приводит к усилению выведения бикарбонатов и к истощению их запасов в крови и тканях. Резкое снижение диуретического эффекта ацетазоламида (диакарба) обусловлено развитием ацидоза в крови и алкалоза в моче. Поэтому препарат назначается не более 5 дней.

Ситуационная задача 3

Больной почувствовал острую боль в области сердца. Принял лекарство. Приступ боли прошел, однако сразу же появилось головокружение, слабость и больной потерял сознание. При измерении артериального давления оказалась острая гипотония. Какой препарат принял больной?

Эталон ответа: Больной принимал нитроглицерин. При субlingвальной применении нитроглицерин быстро всасывается, его действие развивается через 1-2 мин и продолжается около 30 мин. Из нежелательных эффектов нитроглицерин может вызвать рефлекторную тахикардию, головную боль, головокружение. Иногда нитроглицерин вызывает резкое понижение артериального давления с явлениями коллапса.

Ситуационная задача 4

Больному гипертонией назначили гипотензивное средство, после приема которого было отмечено кратковременное повышение артериального давления, сменившееся затем его стойки и длительным понижением. Какое гипотензивное средство было назначено больному и причина вызванного им кратковременного повышения артериального давления?

Эталон ответа: Больному был назначен симпатолитик гуанетидин (октадин). Кратковременное повышение артериального давления в начале лечения обусловлено тем, что гуанетидин вытесняет норадреналин из систем обратного нейронального захвата – в результате уровень норадреналина в синапсах кратковременно увеличивается, вызывая повышение АД. В дальнейшем уровень медиатора снижается, что связано с его симпатолитическим действием.

Ситуационные задачи 5

Больного с тромбозом венозной системы лечили препаратом антикоагулянта. Через некоторое время больной обратил внимание на то, что моча приобрела вид «мясных помоев», и он обратился к врачу. Какими антикоагулянтом лечили больного? Связано ли изменение мочи с его побочным эффектом? Как следует контролировать развитие действия антикоагулянта?

Эталон ответа: Больного лечили гепарином. Наиболее частым осложнением гепаринотерапии являются кровотечения, причиной которых может быть угнетение функции тромбоцитов или уменьшение их количества (тромбоцитопения). Причиной тромбоцитопении является появление антител к комплексу гепарин-фактор 4 тромбоцитов. Это комплекс образуется на мембране тромбоцитов при нейтрализации гепарина фактором 4, который высвобождается при агрегации тромбоцитов. Связывание гепарина с фактором Виллебранта, по – видимому, объясняет его ингибирующее воздействие на адгезию и агрегацию тромбоцитов. В таких случаях гепарин отменяют, а при серьезных кровотечениях, кроме того, вводят внутривенно протамина сульфат, который нейтрализует гепарин, образуя с ним нерастворимый комплекс. Это состояние требует отмены гепарина и назначения антикоагулянтов, не вызывающих тромбоцитопению, таких как данапароид и лепирудин. Развитие действия гепарина следует контролировать по времени свертывания крови.

Ситуационная задача 6

Больной, страдающий язвенной болезнью желудка, длительно принимал антацидное средство. В связи с этим больной стал отмечать тошноту, боли в животе, потерю аппетита. При обследовании было выявлено нарушение кислотно-щелочного равновесия (алкалоз). Какой препарат принимал больной?

Эталон ответа: Больной принимал натрия гидрокарбонат. Длительное введение натрия гидрокарбонат в организм может привести к системному алкалозу (иногда некомпенсированному), сопровождающемуся тошнотой, рвотой, болями в животе,

потерей аппетита, беспокойством, головными болями а в тяжёлых случаях – тетаническими судорогами.

Ситуационная задача 7

Для лечения ночного недержания мочи по рекомендации врача больной в течение месяца закапывал в полость носа какой-то препарат. Мочеотделение нормализовалось, но затем повысилось АД. Какой препарат принимал больной?

Эталон ответа: Больной принимал десмопрессин – препарат гормона задней доли гипофиза вазопрессина. Его основной эффект – влияние на обмен воды. Увеличивая проницаемость дистальных канальцев и собирательных трубок (за счёт взаимодействия с V_2 -рецепторами), вазопрессин способствует реабсорбции воды и, следовательно, уменьшению (нормализации) повышенного диуреза. Повышение АД связано с тем, что вазопрессин оказывает стимулирующее влияние на гладкую мускулатуру сосудов, которое опосредуется через V_{1a} -рецепторы.

Ситуационная задача 8

Пациентка, принимающая с целью контрацепции таблетки «Марвелон», стала отмечать следующие побочные эффекты: нарушения сна, раздражительность и депрессию, повышение артериального давления, болезненность и припухлость по ходу вен. С каким компонентом таблеток «Марвелон» могут быть связаны указанные побочные эффекты? Предложите, каким препаратом можно заменить таблетки «Марвелон».

Эталон ответа: Марвелон (0,15мг дезогестрела; 0,03мг этинилэстрадиола) — это монофазный гестаген – эстрогенный препарат, при применении которого как противозачаточного средства в организм поступают относительно высокие дозы эстрогенов. С действием последних в значительной мере связаны описанные в задаче побочные эффекты, особенно такие серьёзные, как тромбоэмболические осложнения. Вместе с тем отмечено, что тромбоэмболические осложнения встречаются чаще при использовании комбинированных препаратов, содержащих дезогестрел. Марвелон можно заменить тризистомом – трёхфазным гестаген - эстрогенным препаратом (третьего поколения). Драже трёх видов, в которых дозы гормональных веществ (левоноргестрела, этинилэстрадиола) соответствуют по действию физиологическим условиям менструального цикла. При его применении в организм поступает уменьшенное количество гормональных компонентов, особенно эстрогенов.

Ситуационная задача 9

У пациента 36 лет после удаления абсцесса мягких тканей ягодичной области в течение двух недель наблюдается медленное заживление раны, грануляции вялые и

блеклые. Предложите препараты для активации процессов регенерации в ране. Объясните механизм их действия при регенерации.

Эталон ответа: Пациенту следует назначить метилурацил. По химическому строению относится к производным пиримидина, которые являются структурными элементами нуклеиновых кислот, обладает анаболической и антикатаболической активностью, ускоряет процессы клеточной регенерации, стимулирует клеточные и гуморальные факторы иммунитета, оказывает противовоспалительный эффект. Полагают, что терапевтическое действие метилурацила связано с нормализацией нуклеинового обмена. Для активации процессов регенерации в ране также могут быть использованы препараты - биогенные стимуляторы (группы веществ, образующихся в определённых условиях в изолированных тканях животного и растительного происхождения). К ним относятся биосед, пелоидин, сок каланхоэ, хонсурид, солкосерил, актовегин, прополис. Преполлагают, что образующиеся в них биологически активные вещества оказывают стимулирующее влияние и ускоряют процессы регенерации.

Ситуационная задача 10

Гнойную рану засыпали стрептоцидом. Улучшения не последовало. Изменили тактику лечения - рану обработали синтомициновым линиментом, а внутрь назначили сульфазидол (этазол). Поверхность раны стала быстро очищаться, появились грануляции. Почему первоначальный вариант лечения оказался не эффективным? Почему второй вариант лечения оказался успешным?

Эталон ответа: В средах, где имеется много пара-аминобензойной кислоты (ПАБК) (гной, тканевой распад), сульфаниламиды малоэффективны. Так как механизм бактериостатического действия сульфаниламидов заключается в том, что эти вещества, имея структурное сходство с ПАБК, конкурируют с ней в процессе синтеза фолиевой кислоты, являющейся фактором роста микроорганизмов. При втором варианте лечения местное применение синтомицина на гнойную рану эффективно, так как синтомицин сохраняет свое противомикробное действие в присутствии продуктов распада клеток. Назначение же сульфазидола (этазол) внутрь усиливает противомикробное действие синтомицина.

Ситуационная задача 11

1. К стоматологу обратилась мать с ребенком двух лет. У ребенка зубы прорезались вовремя, но только начинали подрастать, как разрушались. При осмотре зубов: резцы почти полностью разрушены, эмаль зубов желтого цвета, края резцов имеют пилообразную форму, многие зубы поражены кариесом, у шейки зубов коричневая кайма. Из анамнеза установлено, что мать во время беременности по поводу заболевания принимала антибиотик без консультации врача. Какой антибиотик принимала мать ребенка?

Эталон ответа: Мать ребенка в период беременности принимала тетрациклин. Тетрациклины депонируются в костной ткани, в том числе в тканях зубов, и образуют труднорастворимые комплексы с кальцием, в связи с чем нарушается образование скелета, происходит окрашивание и повреждение зубов. По этой причине тетрациклины не следует назначать детям до 12 лет и беременным.

Ситуационная задача 12

Больной, лечившийся от бациллярной дизентерии антибиотиками, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на болезненность слизистой оболочки и наличие беловато-серых налетов в полости рта. Врач обработал ротовую полость и назначил больному антибиотик. Вскоре наступило улучшение. Какой антибиотик принимал больной? Что врач назначил больному? Что необходимо предпринимать для профилактики подобных явлений?

Эталон ответа: Больной лечился тетрациклинами. Характерным побочным эффектом тетрациклинов является дисбактериоз и суперинфекция с возникновением орального и других видов кандидоза. В целях профилактики кандидомикоза целесообразно одновременно с антибиотиками широкого спектра действия принимать нистатин, который и был назначен больному.

Ситуационная задача 13

Врач скорой помощи был вызван к женщине 38 лет, домохозяйке. Дети обнаружили её лежащей без сознания на полу, около неё была склянка без этикетки с неприятным запахом. При осмотре: женщина среднего роста, несколько пониженного питания, кожа бледная, холодная, очень влажная, местами липкая на ощупь. Слизистые цианотичны, слюнотечение. Зрачки резко сужены, конъюнктивы несколько гиперемированы, тризм. Временами возникают подергивания мышц рук. Дыхание храпящее, затруднен выдох, $P_s - 100$ в минуту, в легких обильные свистящие хрипы. В брюшной полости прощупывается спастически сокращенный кишечник. Каким веществом отравилась женщина? Окажите неотложную помощь.

Эталон ответа: Женщина отравилась хлорофосом, который применяла как инсектицидное средство. Это вещество из группы фосфор органических соединений поступило в организм через дыхательные пути и кожу. Произошло необратимое угнетение фермента – ацетилхолинэстеразы и повышение активности парасимпатической нервной системы, которое выразилось в описанных выше симптомах. Необходимо введение атропина сульфата и реактиватора ацетилхолинэстеразы – дипироксима.

Ситуационная задача 14

Вы назначаете теофиллин 28-летнему человеку с массой тела 50 кг, страдающему бронхиальной астмой. Нужно, чтобы концентрация препарата в плазме составила 15 мг/л.

1. Определите нагрузочную дозу.
2. Определите поддерживающую дозу.

Примите, что $V_d = 0,5$ л/кг, а $Cl = 0,04$ л/ч/кг.

Ответ.

Нагрузочная доза = $V_d \times Cl = (0,5 \times 50) \text{ л} \times 15 \text{ мг/л} = 375 \text{ мг}$.

Поддерживающая доза = $Cl \times C_p = (0,04 \times 50) \text{ л/ч} \times 15 \text{ мг/л} = 30 \text{ мг/ч}$ или 720 мг/сут

Ситуационная задача 15

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

Какой должна быть поддерживающая доза теофиллина для курильщика, если нужно достичь концентрации $C_p = 15$ мг/л?

Ответ.

В решении задачи можно использовать 2 подхода:

1) Интуитивный подход.

Клиренс увеличивается в два раза, следовательно, доза, требуемая для достижения $C_p = 10$ мг/л у курильщика, также увеличивается вдвое, т.е. достигает 1000 мг/сут. Следовательно, для достижения концентрации 15 мг/л требуется 1500 мг/сут.

2) Формальный подход.

Поддерживающая доза = $Cl \times C_p$, Отсюда $Cl = \frac{\text{Поддерживающая доза}}{C_p} = \frac{500 \text{ мг/сут}}{10 \text{ мг/л}}$

Следовательно, клиренс у курильщика $Cl = 100$ л/сут.

Поддерживающая доза для курильщика = $100 \text{ л/сут} \times 15 \text{ мг/л} = 1500 \text{ мг/сут}$.

Ситуационная задача 16

Студент-медик V курса с массой тела 70 кг выпивает восемь 100 –мл стаканов вина за час (Ох, нехорошо!). Сколько времени должно пройти от начала приёма алкоголя до того момента, когда студенту будет «безопасно» садиться за руль автомобиля?

Примите, что C_p алкоголя понижается со скоростью 15 мг в 100 мл за ч.

В 100 мл вина содержится 12, 5 г спирта.

Предельный уровень алкоголя для вождения автомобиля 80 мг/100мл.

Ответ.

Рассчитайте максимальную концентрацию C_p : $C_p = \frac{\text{Доза}}$

Vd

$LD = Vd \times C_p$ и после подстановки получаем: $= \frac{12,5 \text{ л} \times 8 \text{ г}}{50 \text{ л}} = \frac{100 \text{ г}}{50} = 2 \text{ г}$

т.е. 200 мг/ 100 мл

Для концентрации 80 мг/100 мл студенту нужно снизить концентрацию на 120 мг/мл. При скорости поступления 15 мг/100 мл в час это займет:

$\frac{12 \text{ мг/100 мл}}{15 \text{ мг/100 мл/ч}} = 8 \text{ ч.}$

15 мг/100 мл/ч

Ситуационная задача 17

Какой должна быть поддерживающая доза дигоксина для 70-летнего мужчины с массой тела 70 кг с уровнем сывороточного креатинина 0,13 ммоль/л для поддержания концентрации дигоксина 1 мкг/л?

Примите, что весь дигоксин выводится через почки. В норме $CrCl = 1,5 \text{ мл/с}$. Доза при нормальной работе почек составляет 0,25 мг/сут.

Ответ.

Рассчитайте CL_{Cr} , используя уравнение Коккрофта – Гольта:

$CL_{Cr} (\text{мл/с}) = \frac{(140 - \text{возраст}) \times \text{масса (кг)}}{50000 \times [Cr]} = \frac{70 \times 70}{50000 \times 0,13} = 0,75 \text{ мл/с}$

т.е. это величина ниже нормы вдвое. Следовательно, доза дигоксина также должна быть вдвое ниже нормы, а именно 0,125 мг/сут.

Ситуационная задача 18

Какая доза хинаприла нужна 80-летней женщине с массой тела 60 кг при концентрации сывороточного креатинина 0,10 ммоль/л?

Примите, что f_u хинаприлата (активный метаболит хинаприла) = 0,8. Обычная хинаприла доза при нормальной работе почек 20 мг/сут. Выпускаются таблетки по 5, 10 и 20 мг.

Ответ.

Рассчитайте CL_{Cr} , используя уравнение Коккрафта – Гольта:

$CL_{Cr} = \frac{(140 - 80) \times 60 \times 0,85}{50000 \times 0,10} = 0,6 \text{ мл/с}$

Доза пациента = $(1 - f_u) + f_u \times \frac{CL_{Cr \text{ пациента}}}{1,5} = 0,2 + 0,8 \times \frac{0,6}{1,5} = 0,52$ от нормальной дозы.

Следовательно, пациентка должна принимать таблетку 10 мг 1 раз в день.

Ситуационная задача 19

Какой должна быть поддерживающая доза лекарства для ребёнка массой тела 15 кг, если аналогичная доза для взрослого с массой тела 70 кг составляет 100 мг/сут?

Ответ.

1) Используем параметр площадь поверхности тела $SA = 0,62 \text{ м}^2$.

Поддерживающая доза составляет: $SA (\text{м}^2) \times \text{Доза взрослого} = 0,62 \times 100 \text{ мг} = 36 \text{ мг/сут.}$
 $1,73 \text{ м}^2 \quad 1,73$

2) Используем параметр массы тела.



Поддерживающая доза составляет:

$\text{Пд} = \frac{\text{масса (кг)}}{70}^{0,7} \times \text{Доза взрослого} = \frac{15}{70}^{0,7} \times 100 \text{ мг} = 34 \text{ мг/сут.}$
 $70 \text{ кг} \quad 70$

Ситуационная задача 20

Женщина с массой тела 67 кг, принимающая 100 мг/сут препарата X, кормит грудью ребёнка массой тела 6,7 кг. Для матери $C_{p_{ss}} = 1 \text{ мг/л}$.

1. Определите, какую дозу препарата получает ребёнок?
2. Совместимо ли это лечение с кормлением грудью?

Примите, что для препарата X $M/P = 1$. Ребёнок ежедневно потребляет молока 150 мл/кг.

Ответ.

1) Рассчитаем дозу ребёнка: $C_{p_{ss} \text{ матери}} \times M/P \times V_{\text{молока}} = 1 \times 1 \times (0,15 \times 6,7) = 1 \text{ мг/сут.}$

2) Этот показатель составляет 1/100 материнской дозы, однако масса ребёнка равна 1/10 массы матери. Следовательно, доза ребёнка, скорректированная по его массе, составляет 1/10 материнской дозы. Это как раз на границе того уровня (10%), который принято считать безопасным.

Ситуационная задача 21

Симвастатин всасывается на 100%, однако только 5% препарата попадает в системный кровоток, поскольку препарат подвержен активному метаболизму первичного прохождения. Грейпфрутовый сок полностью ингибирует первичное прохождение путем взаимодействия с CYP3A4.

На сколько повысится значение AUC, если симвастатин и грейпфрутовый сок принимать одновременно?

Ответ.

Поскольку усвояемость при пероральном приеме препарата лишь 5%, следовательно, 95% подвергается первичному прохождению. Полное ингибирование этого метаболического пути повысит усвояемость до 100%, т.е. в 20 раз. Следовательно, AUC вырастет в 20 раз.

Ситуационная задача 22

65-летняя женщина, страдающая депрессией и остеоартритом, 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 цiproфлоксацин для лечения обострения хронического пиелонефрита. Сегодня у пациентки появились кровоподтеки на руках, и она говорит, что её стали беспокоить ночные кошмары.

Ответ.

Речь идет о нежелательных реакциях при применении лекарственных средств. Алгоритм анализа:

- 1) Геморрагический синдром (кровоподтеки) – результат межлекарственного взаимодействия варфарина с цiproфлоксацином и индометацином. Варфарин и цiproфлоксацин – фармакокинетическое взаимодействие на уровне биотрансформации в печени. Цiproфлоксацин ингибирует CYP1A2 и CYP3A4, участвующие в метаболизме варфарина, в результате повышается концентрация варфарина в крови и выраженность его фармакодинамических эффектов. Варфарин и индометацин – фармакокинетической взаимодействия на уровне связи с белками плазмы: повышений свободной фракции варфарина. Фармакодинамическое взаимодействие – к эффектам варфарина добавляется угнетение агрегации тромбоцитов на фоне приема индометацина.
- 2) Ночные кошмары – результат межлекарственного взаимодействия флуокситина (флуорквиалон) и трамадола (так называемый серотониновый синдром), а также индометацина и цiproфлоксацина, сопровождающимися изменениями в ЦНС.
- 3) С чем связано снижение анальгетического эффекта кодеина? Межлекарственное взаимодействие флуокситина и кодеина сопровождается снижением трансформации кодеина в морфин:

