

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Павлов Валентин Николаевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.01.2023 10:13:26
Уникальный программный ключ:
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849c636af1c5a471d6ccf

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
А. А. Цыглин
А. А. Цыглин
« 25 » мая 2021 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

(наименование дисциплины)

Разработчик	<u>Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии</u>
Специальность	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
Наименование ООП	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
ФГОС ВО	<u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u>

**Паспорт оценочных материалов по дисциплине / Фармакотерапия
инфекционных болезней**

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/направление подготовки	30.05.01 Медицинская биохимия
2.	Наименование дисциплины	Фармакотерапия инфекционных болезней
3.	Для оценки «отлично» не менее	91%
4.	Для оценки «хорошо» не менее	81%
5.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71%
6.	Время тестирования (в минутах)	90 минут

Код контролируемой компетенции

ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
1	ЦЕФАЛОСПОРИН III ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ, ВЫЗВАННЫХ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ А. цефотаксим Б. цефтриаксон В. цефтазидим Г. цефазолин	В
2	ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА У ДЕТЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ АТИПИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ (МИКОПЛАЗМЫ, ХЛАМИДИИ) А. макролиды Б. пенициллины В. аминогликозиды Г. сульфаниламиды	А
3	ПОБОЧНЫЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЛИНКОМИЦИНА А. ототоксичность Б. гепатотоксичность В. псевдомембранозный колит Г. нефротоксичность	А
4	СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМЕБИАЗА А. метронидазол Б. гентамицин В. норфлоксацин Г. азитромицин	А
5	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ А. гентамицин Б. ганцикловир В. нельфинавир Г. зидовудин	Б
6	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА А. гентамицин Б. цефуроксим	В

	В. ванкомицин Г. бензилпенициллин	
7	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА А. гентамицин Б. цефтриаксон В. доксициклин Г. цiproфлоксацин	Б
8	ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БИЛИАРНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ИМЕЕТ А. цефотаксим Б. цефтриаксон В. цефоперазон Г. цефуроксим	В
9	К ГРУППЕ АНТИБИОТИКОВ КАРБАПЕНЕМОВ ОТНОСИТСЯ А. линезолид Б. ванкомицин В. эртапенем Г. линкомицин	В
10	НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫЙ АНТИБИОТИК А. цiproфлоксацин Б. меропенем В. клиндамицин Г. гентамицин	Г
11	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ А. эритромицин Б. ванкомицин В. меропенем Г. тигециклин	А
12	ДЛЯ МАКРОЛИДОВ НЕ ХАРАКТЕРНО А. оказывают бактериостатический эффект Б. применяются для лечения язвенной болезни НР+ В. могут применяться в комбинации с бета- лактамами антибиотиками для лечения пневмонии Г. могут применяться для лечения жизнеугрожающих инфекций в монотерапии	Г

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>		

13	Антибиотик для лечения тонзиллита, вызванного в-гемолитическим стрептококком группы А _____	амоксциллин
14	Антисинегнойный пенициллин _____	тикарциллин
15	Препарат для лечения псевдомембранозного колита, вызванного <i>C. DIFFICILE</i> _____	ванкомицин
16	Антибактериальный препарат из группы липопептидов _____	даптомицин
17	Фторхинолон с антианаэробной активностью _____	моксифлоксацин
18	Для ципрофлоксацина характерно _____	принадлежность к фторхинолонам
19	Препаратом выбора для лечения кишечного аскаридоза является _____	пирантел памоат
20	Сочетание антибиотиков, при котором увеличивается риск кардиотоксичности (увеличение QT) _____	фторхинолоны+ макролиды
21	Цефалоспорин для ступенчатой антибактериальной терапии _____	цефуроксим
22	Комбинация гентамицина с каким антибиотиком даёт выраженный синергизм при воздействии на энтерококк _____	пенициллином
23	Вещества, способствующие избирательной стимуляции роста и метаболической активности нормальной микрофлоры кишечника _____	пребиотики
24	Все бэта-лактамы эффективны, в той или иной степени, в отношении грам+ микроорганизмов, кроме _____	монобактамов
25	Противогрибковый препарат для лечения вагинального кандидоза _____	флюконазол
26	Группа антибактериальных препаратов, обладающих наибольшей антианаэробной активностью _____	нитроимидазолы
27	Цефалоспорин второго поколения _____	цефуроксим

28	Антибактериальный препарат из группы липопептидов _____	даптомицин
29	Препарат для лечения инфекции, вызванной метициллинрезистентным стафилококком (MRSA) __	ванкомицин
30	Противогрибковый препарат из группы аллиламинов _____	тербинафин
31	К противогерпетическим лекарственным средствам системного и местного применения относится _____	ацикловир
32	Показанием для назначения рибавирина не является _____	хронический гепатит В
33	Наиболее эффективный препарат этиотропной терапии при шигеллезе _____	норфлоксацин
34	Препарат выбора в лечении ВИЧ инфицированных __	зидовудин
35	Для лечения COVID-ИА (COVID-19 - инвазивный аспергиллез) рекомендованы _____	анидулафунгин, вориконазол, изавуконазол, каспофунгин
36	При лечении COVID-19 используются противовирусные препараты _____	молнупиравир фавипиравир ремдесивир
37	Зачем имипенем используется в комбинации с циластатином _____	для создания терапевтических концентраций антибиотика в моче
38	Механизм противовирусного действия гамма-глобулина _____	угнетение адсорбции вируса на клетке и проникновение его в клетку
39	Препарат, который угнетает «сборку» вирионов и выход вируса из клетки _____	метисазон
40	Препарат, используемый в офтальмологической практике при герпетических поражениях глаза _____	идоксуридин
41	Какой из антибиотиков желательнее не назначать пожилым _____	гентамицин
Ответьте на вопрос		

42	Макролид, наиболее активный в отношении гемофильной палочки _____	Азитромицин. Он лучше всасывается и активен в отношении гемофильной палочки, обладает более продолжительным сроком полувыведения. Макролидные препараты обычно применяются при пенициллин-резистентных стафилококковых заболеваниях, микоплазменной инфекции, аллергии к пенициллину, легионеллезной и риккетсиозной инфекции
43	Для лечения инфекционного эндокардита, вызванного стрептококками, препаратами выбора являются	Пенициллины и аминогликозиды. Основа терапии при инфекционном эндокардите – прием антибактериальных препаратов, которые назначаются в индивидуальном порядке и после получения результатов исследования бакпосева крови (выявляется истинный возбудитель патологии). Предпочтения отдаются антибиотикам широкого спектра действия.

44	Какой из антибиотиков в высоких концентрациях обладает бактерицидным действием, а в низких – бактериостатическим _____	эритромицин
45	В чём преимущество карбапенемов по сравнению с другими бэта - лактамными антибиотиками _____	устойчивы к действию бета-лактамаз
46	К какой группе антибиотиков относится тигециклин _____	тетрациклины

Код контролируемой компетенции

ПК-11. Способен разрабатывать и выполнять клинические исследования (испытания) лекарственных средств.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
47	ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ А. цефтриаксон Б. линезолид В. линкомицин Г. гентамицин	Б
48	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА А. азитромицин Б. натамицин В. ампициллин+сульбактам Г. метронидазол	Б
49	ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЗАЛЦИТАБИНА А. грипп Б. острая респираторная вирусная инфекция В. гепатит В Г. ВИЧ-инфекция	Б
50	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА А. цефалоспорин III - IV поколений + метронидазол Б. линезолид В. ампициллин Г. флуконазол	А

51	<p>ФТОРХИНОЛОН IV ПОКОЛЕНИЯ</p> <p>А. моксифлоксацин Б. оксофлоксацин В. левофлоксацин Г. спарфлоксацин</p>	А
52	<p>ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО ЗЕЛЕНЯЩИМ СТРЕПТОКОККОМ</p> <p>А. цефуроксим Б. ванкомицин В. ампициллин Г. флуконазол</p>	Б
53	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) СО СРЕДНЕ - ТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ РЕКОМЕНДОВАНО ВКЛЮЧИТЬ ПРЕПАРАТ:</p> <p>А. тоцилизумаб Б. меполизумаб В. омализумаб Г. инфликсимаб</p>	А
54	<p>ВТОРИЧНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ - ЭТО</p> <p>А. изначальная нечувствительность микроорганизмов к противомикробным лекарственным средствам Б. резистентность, развившуюся после второго приема противомикробных лекарственных средств В. появление у микроорганизмов устойчивости к ранее подавляющим их жизнедеятельность Г. противомикробным лекарственным средствам</p>	В
55	<p>ХАРАКТЕРНОЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕАКЦИЕЙ КАКОЙ ГРУППЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОТОТОКСИЧНОСТЬ</p> <p>А. макролидов Б. аминогликозидов В. цефалоспоринов Г. пенициллинов</p>	Б
56	<p>ПЕРЕД НАЧАЛОМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НЕ НУЖНО</p> <p>А. убедиться в наличии нейтрофильного лейкоцитоза в крови Б. убедиться в наличии лихорадки В. убедиться в наличии очага бактериальной инфекции</p>	Г

	Г. идентифицировать возбудителя по результатам бактериологического анализа	
57	К характерным побочным эффектам аминогликозидов не относится А. почечная недостаточность Б. нарушение нервно-мышечной передачи В. поражение печени Г. нарушения вестибулярного аппарата	В
58	ВРЕМЯ, КОГДА НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ А. 6-12 ч после начала терапии Б. 72 ч после начала терапии В. 7 дней после начала терапии Г. 14 дней после начала терапии	Б
59	ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ А. наиболее вероятного возбудителя Б. факторы риска устойчивости возбудителя к антибиотикам В. степень проникновения антибиотика в очаг инфекции Г. все перечисленное	Г

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>		
60	Цефалоспорин с самым длительным периодом полувыведения	цефтриасон
61	Антибиотик, обладающий дисульфирамоподобным эффектом	цефоперазон
62	Препарат с доказанной противогриппозной эффективностью	занамивир
63	Антибиотик, вызывающий гипопротромбинемию	цефоперазон
64	Осельтамивир относится к классу противовирусных средств	противогриппозные
65	Карбапенем без антисинегнойной активности	эртапенем
66	Краснокоричневое окрашивание мочи наблюдается при приёме	рифабутин

67	Наиболее безопасный антибиотик для лечения беременной	ампициллин
68	Побочный эффект не характерен для ампициллина	нефротоксичность
69	Антибиотик, создающий высокие концентрации в костной ткани	линкомицин
70	Для какого антибиотика необходима коррекция режима введения при печёночной недостаточности	цефоперазон
71	Какой антибиотик нельзя назначать при холестатических гепатитах	эритромицин
72	Режим дозирования какого антибиотика должен быть изменён при явлениях почечной недостаточности	гентамицин
73	Для эрадикации <i>H.pylori</i> используют	метронидазол, кларитромицин, амоксциллин, тетрациклин
74	Группа антибиотиков наиболее часто вызывающая аллергические реакции	пенициллины
75	Класс противовирусных средств, к которому относится занамивир	противогриппозные
76	Механизм действия ацикловира	ингибирование фосфодиэстеразы
77	Лекарственный препарат для лечения аспергиллёза дыхательных путей	вориконазол
78	Рекомендуемой терапией трихомониаза является	метронидазол или тинидазол
79	Имипенем выпускается в комбинации с циластатином, действие которого направлено на	подавление активности почечной дегидропептидазы, снижение инактивации имипенема, для создания терапевтических концентраций антибиотика в моче

80	Антибактериальный препарат, создающий высокие концентрации в предстательной железе	ципрофлоксацин
81	Показан для лечения менингита, вызванного H.INFLUENZAE	меропенем
82	Для лечения пиелонефрита у беременных используют	амоксциллин
83	Для какого антибиотика характерен пенициллиновый тип развития резистентности	цефазолин
84	Тропность действия тетрациклинов при терапии амебиаза	эффективен при локализации амеб в просвете и в стенке кишечника
85	К методам идентификации возбудителя вирусной инфекции относят	ПЦР, серологические исследования крови
86	Антибиотик для воздействия на чувствительные штаммы Streptococcus pneumoniae при лечении пневмонии	цефотаксим
87	Антибиотик, вызывающий диарею, обусловленную прокинетическим действием	эритромицин
88	Применение антимикробных препаратов до получения сведений о возбудителе и его чувствительности к тем или иным препаратам это	эмпирическая терапия
89	Сульфаниламидный препарат, применяемый при пневмоцистной пневмонии	ко-тримоксазол
90	Какие противомикробные средства опасно комбинировать с антикоагулянтами непрямого действия и пероральными гипогликемическими средствами в связи с усилением эффекта последних	сульфаниламиды
91	Фторхинолон, обладающий наибольшей активностью в отношении пневмококков	левофлоксацин
92	Нежелательное явление, не встречающееся при	фотосенсибилизация

	использовании нитрофуранов	
93	Противогрибковый препарат, который относят к полиеновым антибиотикам	натамицин
94	Для лечения лямблиоза используют	фуразолидон; нифурател
Ответьте на вопрос		
95	Основанием для завершения антибактериальной терапии при гнойном менингите является	Санация ликвора. Критерием успеха антибиотикотерапии и показанием к ее отмене является резкое улучшение состояния больного, обратное развитие менингеального синдрома, падение цитоза в спинномозговой жидкости до 100/3 в 1 мкл при содержании лимфоцитов не менее 75%
96	Риск токсических эффектов увеличивается при комбинации гентамицина с	Фуросемидом. При одновременном применении гентамицина и «петлевых» диуретиков (фуросемида, этакриновой кислоты) увеличивается концентрация в крови гентамицина, в связи с чем повышается риск развития токсических побочных реакций. Токсичность усиливается при одновременном применении с цисплатином и другими ото- и нефротоксическими

		средствами.
97	При «диарее путешественников» у больного с аллергией к фторхинолонам необходимо назначить	Рифаксимин – это антибиотик широкого спектра действия, в основном используемый для лечения диареи путешественников. Диарея путешественников – это полиэтиологическое инфекционное заболевание, проявляющееся нарушениями в работе пищеварительного тракта во время путешествий в другую климатическую зону. Самыми частыми возбудителями болезни являются бактерии <i>E.coli</i> (кишечная палочка).
98	К какой группе антибиотиков относится тигециклин	тетрациклины
99	Что следует учитывать при выборе антибиотика	наиболее вероятного возбудителя, факторы риска устойчивости возбудителя к антибиотикам, степень проникновения антибиотика в очаг инфекции, степень токсичности антибиотика для человека
100	Наиболее целесообразная комбинация антибиотиков при тяжёлой внебольничной пневмонии	цефалоспорины III поколения + макролиды

Задачи

Код контролируемой компетенции

ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-3	<p>Пациент И., 20 лет, поступил в отделение с жалобами на боли в поясничной области слева, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38°C. Из анамнеза известно, что болен в течение 5 дней, заболеванию предшествовало переохлаждение; на следующий день появились головная боль, слабость, боль в поясничной области слева, была моча мутная. Состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. В легких: везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 уд/мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, несколько болезненный в левой половине живота. Мочеиспускание свободное, несколько болезненное. Стул в норме. Симптом Пастернацкого - положительный слева. В общем анализе крови: НЬ - 124 г/л, Эр - 4,1x10¹² /л, лейко-ты - 13,2x10⁹/л, п/я - 17%, с - 52%, э - 1%, л - 26%, м - 4%, СОЭ -29 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - с/ж, мутн., реакция - кисл, уд. вес - 1011, белок - 0,04г/л, лейкоциты 25-28-30 в п/зр, эритроциты 5-8-7 в п/зр, слизь +, бакт + (бактерии более 105 в 1 мл мочи). Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты-4950, эритроциты - 550. Уроантибиотикограмма: высеяна E.coli - 3x10⁶ КОЕ, чувствительная</p>	<p>Использование аминогликозидов связано с риском возникновения тяжёлых нежелательных реакций, в первую очередь, нефро-, ототоксичность и нервно-мышечная блокада. Факторами риска развития нежелательных реакций являются: высокие дозы, длительное применение, наличие хронической почечной недостаточности, одновременное назначение других нефротоксичных препаратов. Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов 2015 г., посвященных лечению острой неосложненной инфекции нижних мочевых путей у взрослых, пациенту рекомендуется: амоксициллин+клавулановая кислота 1,2 г каждые 6-8 часов, в/в, с переходом на прием п/о (0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч или 2 г внутрь каждые 12 ч) или цефуроксим ацетил 2,5-4,5 г/сут в/в в 3 введения или цефотаксим 3,0-8,0 г/сут в/в 3 раза в сутки, курс 10-14 сут. Гентамицин рассматривается как препарат резерва, кроме того он используется для комбинированной терапии при уросепсисе (или амикацин 15-20 мг/кг/сут 1 раз в день, или тобрамицин 3-5 мг/кг/сут 1-2 раза</p>

		<p>к амоксициллину/клавуланату, гентамицину, имипенему, фосфомицину, цефотаксиму, цефепиму, цефтазидиму; резистентная к ко-тримоксазолу, левофлоксацину. На обзорной урографии: увеличение размеров левой почки, рентгеноконтрастных камней в проекции мочевыводящих путей не обнаружено. УЗИ органов брюшинного пространства: удвоение чашечно-лоханочной системы левой почки, увеличение размеров левой почки и утолщение ее паренхимы до 20 мм. Поставлен диагноз: Хронический левосторонний необструктивный пиелонефрит на фоне аномалии развития почек, обострение. Из фармакотерапевтического анамнеза известно, что пациенту был назначен антибиотик из группы аминогликозидов - гентамицин в дозе 5 мг/кг в/м 2 раза в сутки. Какие побочные эффекты развиваются при проведении антибиотикотерапии гентамицином. Какая рациональная антибиотикотерапия рекомендуется пациенту</p>	<p>в день, или гентамицин 5-7,5 мг/кг/сут 3 раза в день).</p>
2.	ОПК-3	<p>В приемный покой инфекционной больницы доставлен пациент 42 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 38,9°C, обильный жидкий водянистый стул зеленого цвета без патологических примесей, многократную рвоту, боли в правой половине живота. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что вчера пациент употреблял в пищу сырые яйца. При осмотре состояние пациента средней степени тяжести, позывы на рвоту, кожные покровы сухие, язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца приглушены ритмичные, АД-100/70 мм.рт.ст. Живот болезненный в околопупочной и правой подвздошной области, урчит. Диурез снижен. Вес пациента до болезни 80 кг. Врач выставил</p>	<p>Показания для назначения антибактериальной терапии: наличие синдрома колита, генерализованная форма заболевания, тяжелая степень тяжести. У данного пациента их нет. Так как у больного позывы на рвоту, то регидратацию проводим парентерально. Необходимо использовать кристаллоидные растворы (трисоль, ацесоль, квартосоль). При второй степени дегидратации на первом этапе нужно ввести 4800мл. Нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, препараты кальция. Ферментные препараты, не содержащие желчные кислоты (мезим-форте, панзинорм,</p>

		<p>предварительный диагноз: Острый гастроэнтерит, средней степени тяжести. Дегидратация II степени. Сальмонеллёз? Какие показания к этиотропной терапии вы знаете. Имеются ли они у данного пациента? Каким способом необходимо проводить регидратационную терапию? Какие препараты используют для патогенетической терапии диареи при сальмонеллёзе? Какие ферментные препараты, растворы необходимо назначить пациенту.</p>	<p>панкреатин).</p>
3.	ОПК-3	<p>Мужчина 56 лет находился на стационарном лечении с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, период обострение; соп.: хронический бронхит, сахарный диабет 2 типа. Получал лечение. Через 6 дней после поступления в стационар отмечает повышение температуры тела до 37,0С, слабость, кашель влажный с трудноотделяемой мокротой, головную боль. В анамнезе: курит 30 лет. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-розовые, частота дыхания 22 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 85 в минуту, температура тела 37,70С. Перкуторно: справа - ясный легочный звук, слева - притупление перкуторного звука в верхних отделах. В легких дыхание жесткое, с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны других органов и систем без особенностей. Общий анализ крови: НЬ - 119 г/л, Эр - 4,2x 10¹² /л, тромб - 268x10⁹ /л, лейкоц - 12,1x10⁹/л, п/я - 8%, с - 70%, э - 1%, л - 17%, м - 4%, СОЭ - 20 мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: корни легких расширены, слева неструктурные, легочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень. Определите возможную этиологию заболевания</p>	<p>Данная пневмония можно назвать поздней, т.к. прошло более 5 суток с момента госпитализации. Поэтому возможными возбудителями могут быть <i>P. aeruginosa</i>, <i>K.pneumonia</i>, <i>Acienobacter spp.</i>, <i>L.pneumonia</i>, MRS A. Цефалоспорины 3 поколения с антисинегнойной активностью - цефтазидим в дозе 1-2 г 3 раза в сутки в/в или карбапенемы - меропенем в дозе 0,5 г 3 раза в сут в/в Ступенчатая антибактериальная терапия предполагает переход с парентерального пути введения антибиотика на прием внутрь при достижении клинического эффекта (обычно на 3-4 сутки). Методика ступенчатого антибактериального лечения позволяет не снижая эффективность уменьшить затраты на лечение на 30- 60%. В большинстве случаев при адекватном выборе АБ длительность составляет 7-10 дней. ППИ микоттля хламидийных пневмониях: 14 дней, при стафилококковой пневмонии - 14-21 день, легионеллезной - 21 день.</p>

		(конкретных возбудителей). Перечислите препараты выбора при данном виде заболевания. Что означает понятие «ступенчатая антибактериальная терапия» и в чем ее преимущество. Какова длительность антибактериального лечения.	
4.	ОПК-3	<p>Мужчина, 46 лет. Жалобы на затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до 38,4°C. Дома имел контакт с больным ОРВИ. Участковый терапевт поставил диагноз ОРВИ, назначил капли в нос. Через 3 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до 38,3°C, пациент отмечает отсутствие аппетита, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Мужчина был госпитализирован. При осмотре - бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка до 24 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, справа укорочение легочного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно - жесткое дыхание, ослабленное в области укорочения перкуторного звука. Тоны сердца слегка приглушены, пульс 89 в 1 мин, живот несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 1 см. Селезенка не увеличена.</p> <p>В анализах: НЬ - 174 г/л, Эр - 5,2x 10¹² /л, тромб- 268x10⁹ /л, лейкоц - 13,1x10⁹/л, п/я - 9%, с - 61%, э - 1%, л - 19%, м - 9%, б - 1%, СОЭ - мм/час. Диагноз: Внебольничная очаговая пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого смешанной вирусно-бактериальной этиологии, средней тяжести, ДН1. Препарат из какой группы антибактериальных лекарственных</p>	Согласно Клиническим рекомендациям «Внебольничная пневмония», 2018г.: бета-лактамы антибиотики - амоксициллин-клавуланат. Выбор препарата из этих групп основан на чувствительности к данному антибиотику и безопасностью препарата. Возможны гепатотоксические реакции: повышение трансаминаз, лихорадка, тошнота, рвота за счет присутствия клавуланата.

		<p>средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве стартовой терапии. Обоснуйте свой выбор. Возможны ли при применении амоксициллин-клавуланата осложнения в виде гепатотоксических реакций?</p>	
5.	ОПК-3	<p>Больная 45 лет, находилась в стационаре по поводу атипичной пневмонии, в течении двух недель получала антибактериальную терапию: бензилпенициллин 4 млн ЕД в/м - 7 дней, без положительной динамики. В виду недостаточной эффективности был подключен гентамицин в дозе 4мг/кг/сутки Из какой группы гентамицин и какие он может вызвать осложнения фармакотерапии? Какие меры профилактики нежелательных реакций при применении лекарственного средства? Перечислите показания для смены антибактериального препарата</p>	<p>Аминогликозиды. Использование аминогликозидов связано с риском возникновения тяжёлых нежелательных реакций, в первую очередь, нефро-, ототоксичность и нервно-мышечная блокада. Факторами риска развития нежелательных реакций являются: высокие дозы, длительное применение, наличие хронической почечной недостаточности, одновременное назначение других нефротоксичных препаратов. Не превышать максимальные суточные дозы, соблюдать продолжительность терапии, не назначать в детском возрасте, следить за функцией печени, почек Проанализируйте проводимое лечение Возбудителем атипичной пневмонии <i>S.pneumoniae</i>, <i>M.pneumoniae</i> и <i>L.pneumophila</i>. Пациенту не проводилась этиотропная антибиотикотерапия. Препарат старта - макролиды (klarитромицин в дозе 0,5 г 2 раза в сутки - 14 дней) Клиническая неэффективность лечения в результате отсутствия этиотропного лечения. Клиническая эффективность антибактериального воздействия оценивается не позже, чем через 36- 48 часа от начала лечения. Микробиологическая неэффективность при отсутствии клинического улучшения. Индивидуальная непереносимость антибактериального препарата</p>
6.	ОПК-3	Мужчина, 20 лет, заболел после	Согласно Клиническим

	<p>переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0С, появился сухой болезненный кашель, головная боль. В анамнезе частые ОРВИ. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. При осмотре на дому участковым терапевтом: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание шумное. ЧДД 32 в минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки определяется притупление перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧСС 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, не пальпируется. Клинический анализ крови: НЬ-116 г/л, Эр - 4,0x10¹²/л, Лейк - 10x10⁹/л, п/я - 8%, с- 42%, л - 36%, м - 8%, э - 6%, СОЭ 25мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: корни легких расширены, отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого. Диагноз: Внебольничная правосторонняя сегментарная пневмония тяжелой степени. Дыхательная недостаточность 2 степени. Перечислите группы препаратов для этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения. Перечислите показания к госпитализации при внебольничной пневмонии. Какие побочные эффекты у цефалоспоринов</p>	<p>рекомендациям «Внебольничная пневмония», 2018г., показаны: антибиотики, антигистаминные препараты, местные антисептики. Стартовая эмпирическая терапия внебольничной пневмонии: в соответствии с существующими стандартами - сочетание цефалоспоринов III поколения и макролидов. Обычно используются макролиды последних поколений: кларитромицин и азитромицин. Возраст старше 65 лет, тяжелые сопутствующие заболевания (болезни почек, сердца и легких, сахарный диабет, онкологические заболевания, нарушения иммунитета), лейкопения (<5000 мкл-1) неизвестной этиологии. Подозрение на пневмонию, вызванную <i>Staphylococcus aureus</i>, грамот-рицательными палочками или анаэробной микрофлорой полости рта. Осложнения: эмпиема плевры, артрит, менингит, инфекционный эндокардит. Неэффективность амбулаторного лечения. Невозможность приема препаратов внутрь. Тахипноэ (ЧД > 30 в мин), тахикардия (ЧСС >140 в мин), артериальная гипотония (САД < 90 мм.рт.ст.), гипоксемия (РаО₂ <60 мм.рт.ст.), нарушение сознания. Побочные эффекты у цефалоспоринов: аллергические реакции - крапивница, сыпь, мультиформная эритема, лихорадка, эозинофилия, сывороточная болезнь, бронхоспазм, отек Квинке, анафилактический шок. Со стороны кроветворной системы: положительная проба Кумбса, в редких случаях эозинофилия, лейкопения, нейтропения, гемолитическая анемия. Цефоперазон может вызывать гипопротромбинемия со склонностью к кровотечениям.</p>
--	--	---

			Со стороны ЦНС: судороги (при использовании высоких доз у пациентов с нарушениями функции почек).
7.	ОПК-3	<p>На прием в поликлинику обратился мужчина, 65 лет, с жалобами на сухой кашель преимущественно в ночное и утреннее время. Иногда по утрам откашливается 2-3 плевка светлой мокроты. Никогда не болел воспалением легких, простудным заболеваниями не подвержен, даже после значительных охлаждений оставался здоровым. Курит в течение 40 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Лет 5 назад стал отмечать одышку при нагрузке, кашель в утреннее время с отделением нескольких плевков слизистой мокроты. Особенно выраженными одышка и кашель стали в последний год, из-за кашля стал просыпаться ночью.</p> <p>Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Нижние границы легких опущены на два ребра. Подвижность нижнего легочного края по всем линиям ограничена до 2-3 см. Дыхание ослабленное, «ватное», выдох не удлинен, выслушиваются единичные сухие незвучные хрипы. Частота дыханий в покое 20 в минуту. Границы сердца не изменены, ритм сердца правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. Печень не увеличена, отеков нет.</p> <p>Выделите ведущие клинические синдромы. Назначить лечение.</p>	<p>Синдром бронхита, синдром обструкции легких, синдром эмфиземы, синдром вентиляционной недостаточности. Диагноз: хронический катарально-обструктивный бронхит, эмфизема; вентиляционная недостаточность 1-2 ст.</p> <p>Наметьте план обследования. Клинический и биохимические анализы (гликопротеиды) крови, цитобактериологическое исследование мокроты, рентгенография грудной клетки, фибробронхоскопия, спирограмма, ЭКГ, эхокардиография.</p> <p>Назначить лечение: фармакотерапия Сальбутамол 0,2 мг или 0,4 мг ингаляторно, повторно с промежутками 4-6 часов не более 6 раз в сутки. Эуфиллин 2,4 % р-р в/в, капельно 10 введений. При обнаружении микрофлоры определить чувствительность к макролидам (Азитромицину или Кларитромицину, или Амоксициллину). Назначить один из них, например Азитромицин в таблетках по 0,3 1 раз в день, 3 дня с последующей корректировкой режима назначения антибиотика. Отхаркивающее, например, Амброксол в таблетках по 0,3 3 раза в день. Вдыхание кислорода.</p>
8.	ОПК-3	<p>Женщина 78 лет поступила из дома престарелых с диагнозом «диабетическая стопа, гангрена первого пальца стопы справа. За последние три месяца два эпизода цистита с использованием цефалоспоринов». Удаление некротизированных тканей. В послеоперационном периоде: цефотаксим - 2,0x4, гентамицин -</p>	<p>Выбор антибиотиков нерационален. Пациентка из дома престарелых с высоким риском наличия полирезистентной флоры, кроме того, она недавно получала цефалоспорины, что повышает этот риск. У больной были инфекции мочевых путей, высок риск дисфункции почек, что повышает риск</p>

		<p>0,04x2 в/в, инфузионная терапия, первые двое суток: температура тела - 36,0 °С, лейкопения, частота сердечных сокращений - 96 в минуту, частота дыхательных движений - 28 в минуту, умеренная заторможенность. К концу вторых суток: артериальное давление - 90/55 мм рт. ст. Больной переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии.</p> <p>Запланирован консилиум с участием врача-клинического фармаколога на следующий день. Охарактеризуйте адекватность выбора антибиотиков, обоснуйте свою позицию.</p>	<p>нефротоксических осложнений от гентамицина. Высок риск роли стафилококковой инфекции, в отношении которой назначенные антибиотики недостаточно эффективны.</p>
9.	ОПК-3	<p>У пациента с сепсисом и гипотонией задержка с назначением эффективных антибиотиков на 1 час повышает риск летального исхода на 7 %. Судя по клинической ситуации, прогноз пессимистический.</p> <p>Внесите коррективы в назначение антибиотиков. Обоснуйте.</p> <p>Назначьте лечение, выбор эффективных антибиотиков у данного пациента, согласно современным представлениям</p>	<p>При синдроме диабетической стопы с нагноением причиннозначимой может быть, как грамотрицательная, так и грампозитивная флора. Согласно клиническим рекомендациям, необходимо назначить высокие дозы карбапенемов (например, меропенем 3 г в день в/в).</p> <p>Поскольку высока вероятность роли MRS A, следует добавить ванкомицин в высокой дозе (15 мг/кг) 2 раза в день в/в под контролем функции почек.</p> <p>Лечение: ингаляции Будезонида (Пульмикорта) по 0,1 или 0,2 мг в день до уменьшения количества приступов удушья.</p> <p>После верификации микроорганизмов выделенных из мокроты, определить их чувствительность к антибиотикам группы макролидов. Назначить один из них, например Азитромицин 0,3 по 1 таблетке 3 раза в день.</p>
10.	ОПК-3	<p>В отделение пульмонологии поступила больная, 42 лет, с жалобами на удушье, длящееся вторые сутки, отеки ног. Десять лет назад перенесла двустороннее воспаление легких, после чего кашель не прошел и беспокоил больную постоянно как сухой надсадный кашель. Часто</p>	<p>Ведущие синдромы: синдром бронхита, синдром обструкции мелких бронхов, синдром эмфиземы, синдром вентиляционной недостаточности, синдром правожелудочковой недостаточности. Анализ крови, биохимический анализ</p>

		<p>простывала, в эти моменты кашель усиливался, появлялась единичными плевками мокрота слизисто-гнойного характера, одышка. Пять лет назад появились приступы удушья, во время которых больная садилась, упираясь руками о край кровати. Приступы сопровождались дистанционными хрипами, к концу приступа отделялась мокрота слизисто-гнойного характера. Приступы снимались приемом эфедрина. Последние три года часто наступало астматическое состояние, не снимаемое в течение нескольких дней. Тогда же появились отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, одышка стала постоянной. При осмотре обращает на себя внимание диффузный цианоз, экспираторная одышка. Слизистая глаз инъецирована. Грудная клетка бочкообразной формы, нижние края легких опущены на 2 ребра. Перкуторно - коробочный звук, дыхание резко ослаблено, масса сухих хрипов. Правая граница сердца увеличена на 2 см вправо. ЧСС 90 в минуту. Пальпируется печень на 4 см ниже реберного края. АД 140/90 мм рт. ст. Диагноз: Бронхиальная астма эндогенная, тяжелой степени тяжести. Хронический катарально-обструктивный бронхит, эмфизема, вентиляционная недостаточность третьей степени. Хроническое декомпенсированное легочное сердце. Сердечная недостаточность 2Б.</p> <p>Выделите ведущие синдромы и план обследования.</p> <p>Какие группы лекарственных средств можно предложить в данной ситуации для лечения данной пациентки.</p> <p>Какие группы препаратов относят к бета-лактамам.</p>	<p>(гликопротеиды), цитобактериологическое исследование мокроты, рентгенография в прямой и первой косой проекциях, ЭКГ и эхокардиография, спирограмма, фибробронхоскопия (по показаниям).</p> <p>Согласно клиническим рекомендациям: Симбикорт-Турбухайлер (Будезонид микронизированный 80 мкг + формотерол фумарат 4,5 мкг), каждый день до полного контроля бронхоспастического состояния. При обнаружении микста микроорганизмов определения чувствительности их к антибиотикам широкого спектра действия.</p> <p>Предпочтительно применения в стационарных условиях одного из карбапинемов (Тиенам по 500 мг в/в). При уточнении степени тяжести сердечной недостаточности (с помощью ЭХОКГ) назначить один из блокаторов ангиотензиновых рецепторов Например, Лозартан 50 мг 1 раз в день, и сердечный гликозид Дигоксин /6 таб в дозе 0,00025 1 раз в день.</p> <p>Отхаркивающее - разжижающее мокроту, например Ацетилцистеин по 200 мг 2-3 раза в день.</p> <p>Назначьте лечение, выбор эффективных антибиотиков у данного пациента, согласно современным представлениям:</p> <p>Амоксициллин. Амоксициллин/клавуланат. Ампициллин/сульбактам. _____ Азитромицин, кларитромицин. Левифлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин.</p> <p>К бета-лактамам антибиотикам относят пенициллины, цефалоспорины, кар-бапенемы и монобактамы. Их объединяет наличие в структуре бета-</p>
--	--	---	--

			<p>лактамного кольца, что предопределяет одинаковый механизм действия всех бета-лактамов (нарушение синтеза клеточной стенки бактерий - бактерицидный эффект), и перекрестную аллергию к ним у некоторых пациентов.</p>
11.	ОПК-3	<p>В отделение урологии поступил больной С., 35 лет, с жалобами на повышение температуры до 39,0С, боль в поясничной области. При осмотре - положителен симптом поколачивания справа. В моче - лейкоцитурия и бактериурия, в крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ. Диагноз: Пиелонефрит. Предположите наиболее вероятный диагноз, назначьте лечение. Какие побочные действия у фторхинолонов.</p>	<p>Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов 2015 г., посвященных лечению острой неосложненной инфекции нижних мочевых путей у взрослых, больному показаны: хинолон II-III (ципрофлоксацин, левофлоксацин), амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам/в с переходом на прием п/о, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефепим в/в 10-14 сут. Побочные действия у фторхинолонов: изжога, тошнота, боль в эпигастрии, ототоксичность, фотосенсибилизация, аллергические реакции, артралгии</p>
12.	ОПК-3	<p>В инфекционном отделении больная, 28 лет, проходит лечение по поводу парапроктита, осложнённого инфекцией. Больной был назначен амоксициллин/клавуланат. Через день у больной развилась аллергическая реакция. Какие препараты можно использовать вместо амоксициллина/ клавуланата? Какой спектр активности у цефалоспоринов III поколения</p>	<p>Цефалоспорин III-IV+метронидазол. Линкозамид, аминогликозид. Хинолон II-III (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) + метронидазол, линкозамид. Имипенем, меропенем, эртапенем. Цефалоспорины III поколения обладают высоким уровнем активности в отношении Streptococcus spp., при этом значительная часть пневмококков, устойчивых к пенициллину, сохраняет чувствительность к цефотаксиму и цефтриаксону. Эта же закономерность характерна и для зеленящих стрептококков. Цефотаксим и цефтриаксон активны в отношении S. aureus, кроме MRSA. Цефотаксим и цефтриаксон высокоактивны в</p>

			<p>отношении менингококков, гонококков, <i>H. influenzae</i> и <i>M. catarrhalis</i>, в том числе и в отношении штаммов с пониженной чувствительностью к пенициллину, независимо от механизма устойчивости. Цефотаксим и цефтриаксон обладают высокой природной активностью в отношении практически всех представителей семейства <i>Enterobacteriaceae</i>. Цефтазидим и цефоперазон по основным антимикробным свойствам сходны с цефотаксимом и цефтриаксоном. К их отличительным характеристикам можно отнести следующие: выраженная (особенно у цефтазидима) активность в отношении <i>P. aeruginosa</i> и других неферментирующих микроорганизмов. Цефиксим и цефтибутен отличаются от цефотаксима и цефтриаксона по следующим параметрам: отсутствие значимой активности в отношении <i>Staphylococcus spp.</i>; цефтибутен малоактивен в отношении пневмококков и зеленящих стрептококков.</p>
13.	ОПК-3	<p>Больной Б., 55 лет, поступил с жалобами на слабость, эпизоды повышения температуры тела до фебрильных цифр с потрясающими ознобами, снижение толерантности к физической нагрузке. За месяц до настоящей госпитализации проводилось хирургическое лечение по поводу под-ногтевого панариция, ранний послеоперационный период протекал без особенностей. После выписки из стационара антибиотики не получал, к хирургу по месту жительства не обращался. Описанные выше жалобы появились за 2 недели до настоящей госпитализации, больной самостоятельно лечился Симптоматическими средствами с</p>	<p>Проведение эффективной антибиотикотерапии даптомицином у данного больного обеспечило благоприятный фон для выполнения неотложного хирургического вмешательства с сохранением нативного митрального клапана, что позволило избежать его протезирования с необходимостью пожизненного приема антикоагулянтов. Препаратом выбора в данной клинической ситуации мог бы быть оксациллин или цефазолин, однако из-за аллергологического анамнеза пациента требовалось назначение альтернативного антибиотика. Выбор</p>

	<p>незначительным положительным эффектом. Направлен на консультацию терапевтом, который выслушал грубый систолодиастолический шум на проекции верхушки сердца. При эхокардиографии выявлена недостаточность митрального клапана 4 степени на фоне отрыва хорд от задней митральной створки, диагностирован инфекционный эндокардит (ИЭ). Учитывая наличие в анамнезе аллергической реакции на препараты пенициллинового ряда, начата эмпирическая антибиотикотерапия даптомицином в дозе 6 мг/кг/сут. На операции, выполненной на следующий день после поступления в стационар: миксоматоз створок митрального клапана, отрыв групп хорд от центральной части задней митральной створки вследствие активного ИЭ, на передней митральной створке имеются признаки контактной инфекции в виде утолщения эндокарда. С учётом характера поражения структур сердца принято решение о выполнении пластической операции на митральном клапане. При микробиологическом исследовании крови, взятой до операции, получен рост MSSA, терапия даптомицином в послеоперационном периоде продолжена. Больной выписан на 11 послеоперационные сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендацией продолжить применение даптомицина до общей длительности курса 6 недель. При контрольном осмотре через 6 месяцев: жалоб не предъявляет, признаков рецидива инфекции нет. Рациональна ли данная антибиотикотерапия? Какие ещё антибактериальные препараты могли бы быть назначены данному больному и чем обусловлен выбор даптомицина? Существует ли стандарт медицинской помощи при</p>	<p>даптомицина обусловлен его более высокой эффективностью по сравнению с ванкомицином при стафилококковых инфекциях, вызванных MSSA и MRS A. Разработаны клинические рекомендации «Инфекционный эндокардит», 2016г. профессиональными ассоциациями: Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России; Американская ассоциация торакальных хирургов; Европейское общество кардиологов, согласно которым даптомицин рассматривается как антибиотик для лечения ИЭ, связанного со ста-филококками (даптомицин лучше ванкомицина для бактериемии MSSA и MRS A с МИК ванкомицина выше 1 мг/л). Даптомицин является антибиотиком класса циклических липопептидов, обладающим высокой активностью в отношении подавляющего большинства грамположительных аэробных и анаэробных бактерий (Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus spp., Corynebacterium spp., Bifidobacterium spp., Clostridium spp., Peptostreptococcus spp.). Высокая активность у него в отношении грам (+) возбудителей, включая MRSA, штаммы со сниженной чувствительностью к ванкомицину (VISA) и устойчивые к ванкомицину.</p>
--	--	--

		ИЭ? К какой группе антибиотиков относится даптомицин и какой спектр активности?	
14.	ОПК-3	<p>У пациентки М., 22 лет, появились обильные слизистые выделения из носовых ходов, подъем температуры до 37,4°C. Из анамнеза заболевания: два месяца назад перенесла острый бронхит, по поводу которого получала амоксициллин. Из анамнеза жизни: родной брат болеет ОРВИ в течение последних 3-х дней. Участковый терапевт поставил диагноз ОРВИ, назначил капли в нос. Через 3 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до 38,7°C, появился кашель. Пациентка госпитализирована. При осмотре бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. При перкуссии справа в нижних отделах укорочение легочного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. В легких: жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. ЧСС 130уд в мин. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме. Общий анализ крови: НЬ - 154 г/л, лейкоц - 15x10⁹/л, п - 8%, с - 70%, э - 1%, л - 17%, м - 4%, СОЭ – 20 мм/час. Выставлен диагноз: Внебольничная очаговая пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого смешанной вирусно-бактериальной этиологии, средней тяжести. Осл. ДН1. Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза? Какой наиболее частый возбудитель внебольничной пневмонии? Препарат какой группы антибактериальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали</p>	<p>Пациентке рекомендовано: проведение рентгенографии органов грудной клетки, пульсоксиметрия - неинвазивный метод измерения насыщения артериальной крови кислородом, бактериоскопия мазка мокроты, окрашенного по Грамму. Метод бактериоскопии мокроты является обязательным методом экспресс-диагностики согласно Клиническим рекомендациям «Внебольничная пневмония», 2018г., Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. Streptococcus pneumoniae - самый частый возбудитель внебольничной пневмонии. Выбор препарата основан на чувствительности к данному антибиотику и профиле безопасности препарата (Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести от 29 декабря 2012 г. N 1658н). Так как менее 2 месяца назад пациентка получала монотерапию амоксициллином без побочных эффектов, в настоящее время рекомендован Р-лактамы (бета-лактамы) антибиотик в комбинации с ингибитором р лактамаз: амоксициллин+клавулановая кислота 1,2 г каждые 6-8 часов, в/в, с переходом на прием п/о (0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч или 2 г внутрь каждые 12 ч (таблетки с модифицированным высвобождением), расчет по амоксициллину). (Клинические рекомендации «Внебольничная</p>

		<p>пациентке в качестве стартовой терапии. Обоснуйте свой выбор. Какая рациональная антибиотикотерапия рекомендуется пациенту? Какие группы препаратов относят к бета-лактамам? Какие нежелательные реакции могут возникнуть при применении бета-лактамов? Можно ли использовать бета-лактамы при беременности и кормлении грудью?</p>	<p>пневмония», 2018г., Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии; Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести от 29 декабря 2012 г. N 1658н). К Р-лактамам относят пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы и монобактамы. Их объединяет наличие в структуре р-лактамного кольца, что предопределяет одинаковый механизм действия всех р-лактамов (нарушение синтеза клеточной стенки бактерий - бактерицидный эффект), и перекрестную аллергию к ним у некоторых пациентов. Наиболее характерные для р-лактамов нежелательные лекарственные реакции: аллергические проявления вплоть до анафилактического шока, желудочно-кишечные расстройства, вплоть до псевдомембранозного колита, нарушение электролитного баланса, повышение активности печёночных трансаминаз, кандидоз полости рта. Применение бета-лактамовых антибиотиков во время беременности допускается если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Несмотря на то, что пенициллины не создают высоких концентраций в грудном молоке, их применение у кормящих женщин может приводить к сенсibilизации новорожденных, появлению у них кожной сыпи, развитию кандидоза слизистой оболочки рта и диареи.</p>
15.	ОПК-3	В инфекционном отделении больная, 33 лет, с кишечной	Цефалоспорин III-IV+метронидазол. Линкозамид+

		<p>инфекцией, проходит лечение по поводу парапроктита, Осложнённого инфекцией. Больной был назначен амоксициллин/клавуланат. Через день у больной развилась аллергическая реакция. Какие препараты можно использовать вместо амоксициллина/клавуланата? Каковы нежелательные реакции цефалоспоринов</p>	<p>аминогликозид. Хинолон П-Ш (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) + метронидазол, линкозамид. Имипенем, меропенем, эртапенем. Нежелательные реакции цефалоспоринов: аллергические реакции: крапивница, сыпь, мультиформная эритема, лихорадка, эозинофилия, сывороточная болезнь, бронхоспазм, отек Квинке, анафилактический шок; эозинофилия, лейкопения, нейтропения, гемолитическая анемия; судороги; Печень: повышение активности трансаминаз (чаще при применении цефоперазона). ЖКТ: боль в животе, тошнота, рвота, диарея, псевдомембранозный колит. Местные реакции: болезненность и инфильтрат при в/м введении, флебит - при в/в введении.</p>
16.	ОПК-3	<p>У больного 64 лет с заглоточным абсцессом развился сепсис. Из крови был высеян стафилококк. Назначенные ампициллин, а затем - уназин эффекта не дали. Назначьте препарат, эффективный при терапии инфекций, вызванных метициллинрезистентным стафилококком.</p>	<p>Ванкомицин в/в капельно 1,0 в течение 60 минут на изотоническом растворе каждые 12 часов или линезолид. Нежелательные реакции ванкомицина: почки: обратимое нарушение функции почек (увеличение содержания креатинина и мочевины в крови, анурия); ЦНС: головокружение, головная боль. Ототоксичность: понижение слуха, вестибулярные нарушения при использовании ванкомицина (у больных с нарушенной функцией почек). Местные реакции: боль, жжение в месте введения, флебит. Аллергические реакции: сыпь, крапивница, лихорадка, анафилактический шок. Гематологические реакции: обратимая лейкопения, тромбоцитопения (редко). ЖКТ: тошнота, рвота, диарея. Печень: транзиторное повышение активности трансаминаз, щелочной фосфатазы.</p>

17.	ОПК-3	<p>Больному с перитонитом в качестве эмпирической терапии назначена комбинация цефуроксима с гентамицином. Мед. сестра вводила препараты в одном шприце. Какие были допущены ошибки? Назначьте фармакотерапию</p>	<p>Цефалоспорины и аминогликозиды нельзя вводить в одном шприце вследствие их химической несовместимости. Следовало _____</p> <p>Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам. Цефоперазон/сульбактам. Тикарциллин/клавуланат. Цефалоспорин III-IV+метронидазол. Хинолон II-III (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, левофлоксацин + метронидазол. Моксифлоксацин. Имипенем, меропенем, эртапенем, дорипенем</p>
18.	ОПК-3	<p>Больному 35 лет с синегнойным сепсисом, находящемуся на аппарате ИВЛ, получающему гентамицин, врач для лечения присоединившегося урогенитального кандидоза назначил амфотерицин В. Целесообразно ли назначение данного антигрибкового препарата? К каким нежелательным последствиям может привести назначение этих двух препаратов? Какие побочные эффекты развиваются при проведении антибиотикотерапии гентамицином? Какой спектр активности аминогликозидов. Можно ли использовать гентамицин при беременности и кормлении грудью.</p>	<p>Более эффективным в отношении грибов рода <i>Candida</i> является флуконазол. Комбинация гентамицина с амфотерицином В усиливает ото- и нефротоксичные эффекты. Использование аминогликозидов связано с риском возникновения тяжёлых нежелательных реакций, в первую очередь, нефро-, ототоксичность и нервно-мышечная блокада. Факторами риска развития нежелательных реакций являются: высокие дозы, длительное применение, наличие хронической почечной недостаточности, одновременное назначение других нефротоксичных препаратов. Для аминогликозидов II и III поколения характерна дозозависимая бактерицидная активность в отношении грамотрицательных микроорганизмов семейства <i>Enterobacteriaceae</i>, а также неферментирующих грамотрицательных палочек. Аминогликозиды активны в отношении стафилококков, кроме метициллинорезистентных штаммов. Стрептомицин и гентамицин действуют на <i>Enterococcus spp.</i> (при сочетании аминогликозидов с пенициллинами наблюдается</p>

			<p>синергизм в отношении энтерококков).</p> <p>Использование гентамицина при беременности и кормлении грудью допускается по жизненным показаниям, так как он проходит через плаценту в средних концентрациях; проникает в грудное молоко в низких концентрациях.</p>
19.	ОПК-3	<p>Больная М. 25 лет госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом грипп, средней степени тяжести. Основные жалобы на мучительный сухой кашель, обильный насморк, повышение температуры до 39,1 °С, слабость, головную боль. Поступила на третий день болезни, два предыдущих дня ходила на работу (работает бухгалтером).</p> <p>Какие препараты для противовирусной терапии гриппа можно использовать? Какие специфические противовирусные препараты для лечения гриппа вы знаете? Механизм их действия. Какие химиопрепараты можно назначить контактным для профилактики гриппа? Какие основные направления патогенетической и симптоматической терапии гриппа вы отметите.</p>	<p>Озельтамивир, ремантадин, ингавирин. Озельтамивир (блокирование нейраминидазы), ремантадин (ингибирование синтеза М-белка вируса).</p> <p>Существует ли необходимость снижать температуру тела? Можно назначить ремантадин (если грипп типа А), озельтамивир, ингавирин, арбидол. Дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, лечение кашля, препараты для укрепления сосудистой стенки, сосудосуживающие капли в нос. Так как температура тела выше 38,5°С, то необходимо её снижать парацетамолом.</p>
20.	ОПК-3	<p>На прием к инфекционисту СПИД-центра пришел пациент, который состоит на диспансерном учете по поводу ВИЧ-инфекции. В течение последних шести месяцев он был два раза госпитализирован по поводу двусторонней пневмонии. В настоящий момент беспокоят множественные герпетические высыпания на губах. После проведенного обследования был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, IV А стадия.</p> <p>Нуждается ли пациент в антиретровирусной терапии. Сколько препаратов необходимо</p>	<p>Нуждается. Количество СВ4-лимфоцитов, количество копий РНК ВИЧ в 1мл. Нуклеозидные и нунуклеозидные аналоги обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы, ингибиторы интергазы, ингибиторы фузии.</p> <p>Этиотропное лечение герпетической инфекции. Необходимо использовать комбинированную терапию (три препарата с различным механизмом действия). Используют системное и местное применение препаратов ацикловира. Современные</p>

		использовать? На основании каких лабораторных показателей она назначается? Какие группы антиретровирусных препаратов вы знаете?	препараты - валцикловир, фамцикловир.
--	--	---	---------------------------------------

ПК-11. Способен разрабатывать и выполнять клинические исследования (испытания) лекарственных средств.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин

21	ПК-11	<p>Больной К, 38 лет вчера вернулся из туристической путевки в Индию. Вечером почувствовал позывы на дефекацию. За ночь стул был около 20 раз, обильный водянистый, типа «рисового отвара», также беспокоила многократная рвота. При поступлении состояние тяжелое, периодические судороги мышц нижних конечностей, кожные покровы сухие, тургор их снижен. АД-70/50 мм.рт.ст., диурез отсутствует. Врачом выставлен диагноз: Холера, типичная форма, тяжелая степень тяжести. Дегидратация III степени. Выберите растворы для проведения регидратации. Какие состояния могут возникнуть при неправильно проведенной регидратации</p>	<p>Трисоль, квартасоль. Гиперкалиемия, пирогенная реакция, алкалоз, судороги. Какие антибактериальные препараты эффективны при холере Доксициклин, цiproфлоксацин.</p>
22	ПК-11	<p>У пациента Л., 23 лет, жалобы на продуктивный кашель, гипертермию. Из анамнеза заболевания известно, что болен 2 дня, появился кашель с мокротой жёлтого цвета, больше в утренние часы. Затем поднялась температура до 38,5°C. Обратился к участковому врачу-терапевту, был назначен перорально амоксициллин/клавуланат, ацетилцистеин. Температура сохранялась в течение 3 дней. Из анамнеза жизни известно, что</p>	<p>Пациенту рекомендовано микробиологическое исследование мокроты и определение микрофлоры на чувствительность к антибиотикам; проведение спирографии для оценки функции лёгких; проведение бронхоскопии с целью выявления характера эндобронхита и высева микрофлоры. 2) Назначение амоксициллина/клавуланата было нецелесообразным, так как три</p>

	<p>пациент развивался по возрасту. Привит в соответствии с календарём прививок. Из анамнеза заболевания: болеет часто простудными заболеваниями, до 8-10 раз в год; состоит на диспансерном учёте у врача-пульмонолога с диагнозом «Хронический необструктивный бронхит». Последнее обострение хронического бронхита было 3 месяца назад. Лечился ампициллином/сульбактамом парентерально.</p> <p>Аллергологический анамнез не отягощён. Наследственность: у бабушки по линии матери - хронический бронхит. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой не выражен. Зев - умеренно гиперемирован, лимфоузлы не увеличены, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью. ЧД 24 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется лёгочный звук. В легких: жёсткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, звонкие. ЧСС - 95 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты: $4,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин - 125 г/л, тромбоциты - $240,0 \cdot 10^9/л$, лейкоциты - $16 \cdot 10^9$; палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 47%; лимфоциты - 42%; моноциты - 3%, СОЭ - 26 мм/ч. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции определяется - усиление и деформация лёгочного рисунка. Выставлен диагноз: Хронический необструктивный бронхит, обострение</p> <p>Какие дополнительные исследования необходимо</p>	<p>месяца назад пациент получал ампициллин/сульбактам парентерально (Стандарт медицинской помощи больным острым и хроническим бронхитом. Приказ МЗРФ от 23.11.2004г. №259. Актуально в 2018г.)</p> <p>Обоснуйте свой выбор. Какой спектр активности у цефалоспоринов III поколения</p> <p>Пациенту необходимо назначить цефтриаксон 1,0-2,0 г/сут. в 1- 2 введения в/м, препарат из группы цефалоспоринов III поколения, так как он получал безэфекта</p> <p>амоксциллин+клавулановая кислота перорально в течение 3 суток. Продолжить принимать цефтриаксон до 14 дней. Так как при обострении хронической бронхолёгочной патологии</p> <p>Эффективный антибактериальный препарат должен назначаться не менее 14 дней.</p> <p>(Клинический протокол диагностики и лечения хронического бронхита от 19.09.2013 г. №18, Москва).</p> <p>Цефалоспорины III поколения обладают высоким уровнем активности в отношении <i>Streptococcus spp.</i>, при этом значительная часть пневмококков, устойчивых к пенициллину, сохраняет чувствительность к цефотаксиму и цефтриаксону.</p> <p>Эта же закономерность характерна и для зелениющих стрептококков. Цефотаксим и цефтриаксон активны в отношении <i>S. aureus</i>, кроме MRS A. Цефотаксим и цефтриаксон высокоактивны в отношении менингококков, гонококков, <i>H. influenzae</i> и <i>M. catarrhalis</i>, в том числе и в отношении штаммов с пониженной чувствительностью</p>
--	--	---

		<p>провести для установления этиологии заболевания? Рационально ли участковым терапевтом был назначен амоксициллин/клавуланат. Какой антибактериальный препарат необходимо назначить пациенту? Какие нежелательные реакции могут встречаться при использовании цефалоспоринов?</p>	<p>к пенициллину, независимо от механизма устойчивости. Цефотаксим и цефтриаксон обладают высокой природной активностью в отношении практически всех представителей семейства Enterobacteriaceae. Цефтазидим и цефоперазон по основным антимикробным свойствам сходны с цефотаксимом и цефтриаксоном. К их отличительным характеристикам можно отнести следующие: выраженная (особенно у цефтазидима) активность в отношении <i>P. aeruginosa</i> и других неферментирующих микроорганизмов. Цефиксим и цефтибутен отличаются от цефотаксима и цефтриаксона по следующим параметрам: отсутствие значимой активности в отношении <i>Staphylococcus spp.</i>; цефтибутен малоактивен в отношении пневмококков и зеленеющих стрептококков. При использовании цефалоспоринов могут встречаться следующие нежелательные реакции: аллергические реакции - крапивница, сыпь, мультиформная эритема, лихорадка, эозинофилия, сывороточная болезнь, бронхоспазм, отек Квинке, анафилактический шок. Со стороны кроветворной системы: положительная проба Кумбса, в редких случаях эозинофилия, лейкопения, нейтропения, гемолитическая анемия. Цефоперазон может вызывать гипопротромбинемию со склонностью к кровотечениям. Со стороны ЦНС: судороги (при использовании высоких доз у пациентов с нарушениями функции почек). Со стороны</p>
--	--	--	--

			<p>печени: повышение активности трансаминаз (чаще при применении цефоперазона). Цефтриаксон в высоких дозах может вызывать холестаза и псевдохолелитиаз. Со стороны ЖКТ: боль в животе, тошнота, рвота, диарея, псевдомембранозный колит. Местные реакции: болезненность и инфильтрат при в/м введении, флебит - при в/в введении. Другие: кандидоз полости рта и влагалища.</p>
23	ПК-11	<p>Больной С., 40 лет, заболел остро 2 дня назад. С ознобом, поднялась температура до 37,8, появились боли в костях, слабость, через десять часов - температура поднялась до 39, появились рези в животе, ниже пупка, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови. Стул за сутки до 15 раз, стал скудным в виде «плевка». При осмотре: состояние средней тяжести, температура 39. Пульс -120 в 1 минуту, удовлетворительное наполнение, ритмичный. АД 110/75 мм. рт. ст. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы, мягкий, болезненный по ходу нисходящего отдела толстого кишечника. Сигма спазмирована, болезненна. Печень, селезенка не увеличены. Часты позывы в туалет, стула нет, отходят слизь с гноем, с прожилками крови. Предполагаемый диагноз. На какие стороны эпид. анамнеза следует обратить внимание. Назначить лечение.</p>	<p>Острая дизентерия, типичная форма, средней тяжести. Обоснование диагноза: - острое начало заболевания с наличием продромального периода; - наличие синдрома интоксикации (повышение температуры в течение 2-х дней до 39,0 С, слабость, ломота в костях); - наличие выраженного колиного синдрома (стул до 15 раз в сутки, бескаловый, слизь, прожилки крови, гной, спазм сигмы). При сборе эпид. анамнеза следует обратить внимание на контакт с поносящимися больными в течение недели, предшествующей заболеванию; факт употребления сырой воды, немых овощей и фруктов; наличие условий для соблюдения гигиенических навыков. Назначить режим, диету, медикаментозную терапию. Согласно клиническим рекомендациям и для подтверждения диагноза необходимо назначить посев кала на дизентерийную группу и РИГА и дизентерийным антигеном (парные сыворотки). Для подтверждения колитного синдрома - копроцитограмму. Больному необходимо назначить: а) режим постельный; б) стол № 4; в)</p>

			регидрон - 500,0 через рот или оралит - 500,0 через рот; г) ко-тримоксазол - 480мг по 1 табл, х 2 раза в день; или офлоксацин по 0,4 г 2 раза в сутки или ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки; д) отвар вяжущих трав.
24	ПК-11	<p>Больной Е., 48 лет, заболел остро. Заболевание началось с озноба, повышения температуры 39, головной боли, болей в околопупочной области, жидкого стула до 10 раз в сутки. Болен в течении 3-х дней. При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Язык обложен белым налетом, сухой. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие. АД 90/50 мм. рт. ст. Пульс - 136 ударов в минуту. Живот, мягкий, болезненный в эпигастрии, правой подвздошной области. Осмотр стула: обильный, водянистый с примесью зелени. Диагноз: Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, энтеритический вариант, средней степени тяжести.</p> <p>Какие лабораторные исследования необходимо назначить для подтверждения диагноза? Ваша тактика по ведению больного, медикаментозные средства)?</p>	<p>Посев испражнений на селективные питательные среды (Плоскирева, Эндо), исследование специфических антител к сальмонеллам методом парных сывороток. Учитывая тяжесть течения болезни, пациенту показана госпитализация в профильное отделение. Режим палатный, стол щадящий с механическим, физическим и химическим щажением, питьевой режим. Инфузионная терапия в составе кристаллоидных полиионных растворов (объем инфузии соотносится с весом больного), антибактериальная терапия - Ципрофлоксацин 500 мг х 2 раза в сутки. Ферменты поджелудочной железы - Панкреатин 2 др х 3 раза в сутки.</p>
25	ПК-11	<p>Больной Б., 20 лет, ранее туберкулезом не болел. В анамнезе – хронический вирусный гепатит В. Заболел остро, с подъемом температуры до 38 град. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель с мокротой, слабость, потливость. В результате проведенного обследования поставлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого в фазе распада. В биохимических анализах – повышение АЛТ и АСТ в 3 раза, незначительное</p>	<p>Рифампицин, пиразинамид в связи с их токсическим действием на печень.</p>

		повышение тимоловой пробы. Какие противотуберкулезные препараты противопоказаны?	
26	ПК-11	Больной поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, температура до 38,1С, слабость, отсутствие аппетита, понижение веса, кашель с мокротой с прожилками крови, боли в межлопаточной области, больше слева. За последние полгода похудел на 5 килограммов. В результате проведенного обследования поставлен диагноз Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ+. Эмфизема легких, ДН II стадии. Назначено лечение препаратом ломекомб. на 6 месяцев. Через 1-2 месяца пациент обратил внимание на значительное потемнение открытых участков тела и, беспокоит также кожный зуд. Причина возникновения данных симптомов.	В состав комбинированного препарата входит ломефлоксацин, побочным эффектом, которого является фотосенсибилизация.
27	ПК-11	Больной с сахарным диабетом, диабетической ретинопатией с впервые выявленным туберкулезом получает этамбутол. Через месяц от начала лечения пациента стали беспокоить снижение остроты зрения, нарушение цветоощущения. Какие были допущены ошибки?	Этамбутол противопоказан при диабетической ретинопатии.
28	ПК-11	Больной П 60 лет принимает изониазид из расчета 6мг/кг в сутки в течение 2 месяцев. В последние несколько дней больного беспокоит затруднение мочеиспускания, тремор, чувство страха. Причина возникновения указанных симптомов? Меры профилактики.	Проявление нейротоксичности изониазида. Назначение пиридоксина по 100 мг в сутки.
29	ПК-11	63 лет страдает сахарным диабетом, принимает глибенкламид. Поступила в	При тяжёлом течении у пациентов 60 лет и старше, частых (≥ 4 р/год) обострениях,

		отделение с картиной острой правосторонней нижнедолевой пневмонии, подтвержденной рентгенологически. Был назначен хлорамфеникол, на который у больной отмечалась аллергическая реакция. Препарат отменили, выбран другой антибиотик-цефтриаксон. Однако при обследовании у больной выявлен низкий уровень клиренса креатинина (24 мл/мин), вследствие чего цефтриаксон был отменен. Каким препаратом следует продолжить лечение?	выраженной бронхообструкции (ОФВ1 < 50%) и наличии дополнительных факторов риска: амоксциллин/клавуланат, левифлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин. При подозрении на инфекцию, вызванную <i>P. aeruginosa</i> (бронхоэктазы, постоянное отделение гнойной мокроты), ципрофлоксацин, левифлоксацин, антисинегнойные β-лактамы (цефтазидим, цефепим, цефоперазон/сульбактам, имипенем/циластин, меропенем, тикарциллин/клавуланат).
30	ПК-11	У больного Д., 53 лет, диагноз: ИБС, Стабильная стенокардия III ФК, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, ХСН IIБ ст. Принимал строфантин, дигоксин, фуросемид, панангин в средних дозах.	При комбинации с фуросемидом наиболее вероятен нефротоксический эффект гентамицина.

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Проведение зачета по дисциплине как основной формы проверки обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры.

Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и системное знание всего программного материала и структуры дисциплины, а также знание основного содержания лекционного курса;
- свободное владение понятийным аппаратом, научным языком и терминологией, а также умение пользоваться понятийным аппаратом в процессе анализа основных проблем программы;
- логическое и убедительное изложение ответа

Оценки «не зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание либо отрывочное представление учебно-программного материала, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержание лекционного курса;
- затруднения с использованием понятийного аппарата и терминологии учебной дисциплины.