

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.37 «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Ситуационная задача 1

Больная К.. 64 лет страдает артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа. Постоянно принимает эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, метформин 1000 мг/сут.

При обследовании: ЧСС-76 уд/мин. АД-160/90 мм рт.ст. Отеков нет. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка: анализ крови - без изменений, в анализе мочи протеинурия 0.5 г/сут: в биохимии крови креатинин 100 мкмоль/л, калий 4.5 ммоль/л глюкоза - 6.6 ммоль/л холестерин - 5.5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Каким должен быть целевой уровень АД у этой больной?
2. Какие из перечисленных ингибиторов АПФ можно применять при снижении клиренса креатинина (КК<50 мл/мин).
3. Требуется ли коррекция терапии? Какие препараты могут быть назначены для комбинированной терапии с целью усиления гипотензивного эффекта?

Ситуационная задача 2

Больной Н., 56 лет, в связи со стабильной стенокардией напряжения (II ФК) и гиперлипидемией регулярно принимает: бисопролол 5 мг в сутки, ацетилсалициловую кислоту 100 мг на ночь и симвастатин 20 мг на ночь. Достигнуто снижение ЛНП с 3,9 до 2,1 ммоль/л. Однако, у больного появились боли в ногах, сопровождающиеся мышечной слабостью. Объективно: пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

Вопросы:

1. Какова возможная причина появления вышеописанных жалоб?
2. Ваши рекомендации для уточнения генеза мышечных болей.
3. Какая дальнейшая тактика коррекции гиперлипидемии?

Ситуационная задача 3

В отделение урологии поступил больной, 35 лет, с жалобами на повышение температуры до 39°C, боль в поясничной области. При осмотре - положителен симптом поколачивания справа. В моче – лейкоцитурия и бактериурия, в крови – лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.

Вопросы:

1. Назовите диагноз. Обоснуйте
2. Тактика терапии

Ситуационная задача 4

Больной С. 68 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с «ржавой» мокротой, боли в грудной клетке при кашле, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, недомогание.

Диагностирована полисегментарная пневмония в нижней доле справа. Назначена антибактериальная терапия: Ванкомицин 1 г 2 р/сут в/в кап., Цефотаксим 1 г 3 раза в день в/в кап. Через четыре дня у больного отмечается разжижение и учащение стула.

Вопросы:

1. Назначение какого препарата неоправданно при этом заболевании?

2. Применение какого препарата могло вызвать появление указанных симптомов на 4 сутки?

Ситуационная задача 5

Больная 55 лет доставлена в приемное отделение больницы. Около 2 лет беспокоят боли в крупных суставах, по поводу которых принимала индометацин с положительным эффектом. Около суток назад появились тошнота, жидкий стул, кал черного цвета, слабость, одышка.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 92 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Hb – 95 г/л, лейкоциты 4×10^9 /л, Ht – 33, СОЭ – 18 мм/час.

Вопросы:

1. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза
2. Дальнейшая тактика.
3. Наиболее вероятная причина ЖКК

Ситуационная задача 6

Больной 39 лет, вес 65 кг. По поводу ОРВИ самостоятельно принимал препарат парацетамол в суточной дозе 10 г. Также принимал алкоголь, от боли в горле”. Через 5 дней после начала лечения стали беспокоить резкая общая слабость, головокружение, метеоризм, потемнение мочи, обесцвеченный кал.

Спутанность сознания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается желтушность склер. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в 1 мин. АД 100/65 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 уд/мин. Язык обложен желтоватым налетом, сухой. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги +3 см, плотный, гладкий, болезненный.

В анализах крови: общий билирубин - 103,5 ммоль/л, АлАТ - 1700 ЕД, АсАТ - 600 ЕД, ГГТП - 295 ЕД/л, ЩФ 300 ЕД/л, антитела к HCV (-); HBsAg (-). По данным УЗИ органов брюшной полости выявлена неоднородная гиперэхогенность печени.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы. Наиболее вероятный диагноз
2. Определите терапевтические возможности в данной клинической ситуации.

Ситуационная задача 7

Больной 49 лет обратился к врачу с жалобами на «голодные» боли по ночам в подложечной области, изжогу, слабость. После клинического и лабораторно-инструментального обследования обнаружена язва луковицы 12-перстной кишки и H.pylori. По месту жительства было назначено лечение: омепразол 20 мг 2 р/сут + кларитромицин 500 мг 2 р/сут + амоксициллин 1000 мг 2 р/сут. Курсом 10 дней. Болевой синдром сохранялся. На 11 день от начала лечения проведена контрольная ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 15 мм по задней стенке. Хронический эрозивный гастрит. Рубцово-язвенная деформация луковицы и привратника. Дыхательный тест - H.pylori (+). Было предложено оперативное лечение, от которого больной отказался, настаивая на консервативном лечении.

Вопросы:

1. Какова следующая степень терапии
2. Какие комбинации лекарственных препаратов составляют ее.

Ситуационная задача 8

У больного 67 лет при плановом осмотре выявлена фибрилляция предсердий постоянная форма. В анамнезе артериальная гипертензия, редкие приступы стенокардии напряжения. Клинических и физикальных признаков сердечной недостаточности нет. Размеры сердца не увеличены, клапаны не изменены, общая фракция выброса левого желудочка 56%.

Вопросы:

1. Нуждается ли данный больной в антикоагулянтах для профилактики тромбоэмболических осложнений?
2. Показатели каких двух шкал нужно использовать перед назначением антикоагулянтов у данной группы пациентов?
3. Какие две основные группы антикоагулянтов могут использоваться в данном случае?

Ситуационная задача 9

Больная 72 лет страдает ИБС, постинфарктным кардиосклерозом с развитием ХСН. После повторного инфаркта миокарда отмечается снижение сердечного выброса до 36%. В последние месяцы беспокоят частые приступы фибрилляции предсердий.

Вопрос:

1. Какой из антиаритмических препаратов является наиболее безопасным для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий для этой больной. Обоснуйте ответ.
2. Определите методы оценки риска тромбоэмболических осложнений и кровотечений у данного пациента. Предложите схемы терапии необходимых групп препаратов для профилактики тромбоэмболических осложнений, возможные ограничения их использования в полноценной дозе.

Ситуационная задача 10

Больной, страдающий артериальной гипертензией и бронхиальной астмой, обратился к лечащему врачу с жалобами на приступы удушья, которые появились у него после того, как он стал принимать лекарственный препарат с целью снижения АД.

Вопросы:

1. Прием каких препаратов мог спровоцировать появление приступов удушья?
2. Какие антигипертензивные средства целесообразно назначить этому пациенту?

Ситуационная задача 11

У больного М. 58 лет, развился приступ тахикардии, была диагностирована фибрилляция предсердий (тахисистолический вариант). Из анамнеза известно, что страдает хронической ревматической болезнью сердца с сочетанным пороком митрального клапана. По ЭХО-КГ – фракция выброса 27%.

Вопросы:

1. Какую группу препаратов рациональнее назначить больному: бета-адреноблокаторы, сердечные гликозиды, блокаторы К-каналов, блокаторы Na-каналов, ивабрадин, блокаторы Са-каналов?
2. Назначьте адекватную терапию больному.

Ситуационная задача 12

Больной 65 лет по поводу ХСН III ФК получает эналаприл 10 мг в день, спиронолактон 25 мг в день и фуросемид 40 мг в день. При очередном обследовании больного выявлено умеренное снижение толерантности к глюкозе и повышение общего холестерина плазмы.

Вопросы:

1. На какой препарат можно заменить фуросемид, чтобы повысить безопасность дегидратационной терапии у этого больного?
2. Назначьте адекватную терапию данному больному.

Ситуационная задача 13

Больному 69 лет с застойной сердечной недостаточностью и выраженным отечным синдромом в качестве дегидратационного средства назначен фуросемид однократно в день в дозе 80 мг в/в. На максимуме действия фуросемида отмечено существенное повышение количества выделяемой мочи, однако снижение веса больного за сутки было незначительным при сохранении периферических отеков.

Вопрос:

1. Как можно изменить режим введения фуросемида для повышения его эффективности?
2. Печислите возможные побочные эффекты при использовании фуросемида

Ситуационная задача 14

Больной 66 лет перенес транзиторную ишемическую атаку. Ее наиболее вероятная причина – атеросклеротическое поражение крупных брахиоцефальных артерий. Показаний к оперативному лечению не найдено. В анамнезе повышение АД до 190/100 мм рт.ст., уровень холестерина ЛПНП 3,5 ммоль/л. Уровень глюкозы в крови при повторном определении в пределах нормы.

Вопросы:

1. Какие препараты из перечисленных показаны этому больному для вторичной профилактики сосудистых осложнений атеросклероза: ацетилсалициловая кислота или клопидогрел; статины; варфарин; апиксабан, дабигатрана этексилат; ривароксабан.
2. Какие необходимы методы лабораторного контроля за эффективностью профилактики сосудистых осложнений атеросклероза.

Ситуационная задача 15

Больная П. 72 лет, страдает артериальной гипертонией в течение 6 лет. До начала регулярной терапии АД повышалось до 150-160/80 мм.рт.ст. В настоящее время принимает индапамид с контролируемым высвобождением 1,5 мг в сутки.

При обследовании: вес тела 78 кг, рост 164 см (ИМТ 29 кг/м²). ЧСС 70 уд/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Отеков нет. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка; анализ крови без изменений; анализ мочи без изменений; биохимия крови – АЛТ 20 ед., АСТ 15 ед., креатинин 87 мкмоль/мл (КК - 58 мл/мин), глюкоза натощак 5,0 ммоль/л, холестерин 6,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Достигнут ли целевой уровень АД у этой больной?
2. Проведите коррекцию терапии.

Ситуационная задача 16

Пациентка 45 лет с ожирением 1 степени предъявляет жалобы на изжогу по несколько раз в день, а также иногда по ночам, которая проходит после приема антацидных препаратов (Маалокс или Гевискон) внутрь. При эзофагогастродуоденоскопии выявлен рефлюкс-эзофагит, II стадии по Савари-Миллеру. В желудке и 12-п. кишке значимой патологии не выявлено. Данные биопсии подтверждают диагноз.

Вопросы:

1. Какая группа антисекреторных средств является препаратами выбора для регулярного приема пациенткой: антациды, H₂-блокаторы, ингибиторы протонной помпы, прокинетики, алгинаты?

2. Укажите продолжительность терапии.

Ситуационная задача 17

Пациент 37 лет с полисегментарной внебольничной пневмонией тяжелого течения доставлен в стационар. При поступлении кашель с мокротой зеленоватого цвета. Боль в грудной клетке при кашле. Температура тела 38,8С. Одышка в покое – 24 в 1 мин, ЧСС – 102 в 1 мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Данные физикального, рентгенологического и лабораторного исследований подтверждают диагноз. Назначен амоксициллин по 1 г х 4 раза в/м.

Вопросы:

1. Дайте оценку правильности стартовой антибактериальной терапии.
2. Предложите варианты антибактериальной терапии для данного пациента: цефалоспорин III поколения + макролид: цефалоспорин III поколения + «респираторный» фторхинолон; макролид + «респираторный» фторхинолон.
3. Укажите оптимальные сроки оценки эффективности назначенной терапии.

Ситуационная задача 18

Пациентке Л., 38 лет, с хеликобактер-ассоциированной язвой луковицы 12-перстной кишки проведена тройная эрадикационная фармакотерапия 1-й линии. Самочувствие пациентки улучшилось, однако при контрольном тестировании на хеликобактер (НР) через 8 недель (дыхательный тест + ПЦР на ДНК НР в копрофильtrate) обнаружен НР.

Вопросы:

1. Предложите наиболее распространенную четырехкомпонентную схему 2-линии для лечения этой пациентки с указанием препаратов, их доз и кратности приема.
2. Какова ориентировочная продолжительность лечения по этой схеме.

Ситуационная задача 19

Больной 53 лет, продолжающий курить, с эпизодическими повышениями АД до 180 мм рт.ст. и уровнем общего холестерина 7 ммоль/л без клинических проявлений сердечно-сосудистого заболевания. 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 16%.

Вопросы:

1. Какие препараты определенно показаны больному для первичной профилактики сосудистых осложнений атеросклероза в данном случае?
2. Укажите методы лабораторного контроля за эффективностью профилактики сосудистых осложнений атеросклероза.

Ситуационная задача 20

Больной 68 лет страдает ХСН II ФК. Постоянно получает эналаприл 10 мг 2 раза в день, спиронолактон 25 мг/день, бисопролол 5 мг в день. На фоне этой терапии состояние стабильное. В последнее время больной стал отмечать болезненность в области грудных желез.

Вопросы:

1. Какой из принимаемых больным препаратов мог вызвать эти жалобы?

Ситуационная задача 21

Пациент П., 68 лет, предъявляет жалобы на умеренные поющие боли в мелких суставах обеих кистей, скованность по утрам, небольшую отечность пораженных суставов. Около 7 лет назад поставлен диагноз ревматоидного артрита мелких суставов рук. Принимает метотрексат, при болях – индометацин 100-150 мг/л. Страдает артериальной гипертонией 2 степени. Принимает эналаприл в дозе 20 мг/с и гипотиазид 12,5 мг/с. Инфарктов и инсультов не было. Курильщик,

злоупотребляет алкоголем. При проведении ЭГДС был выявлен эрозивный гастрит и свежий рубец в антральном отделе желудка.

Вопрос:

1. Оцените степень риска развития НПВС-гастропатии: низкий риск, умеренный риск, высокий риск.

2. Какие препараты или комбинации препаратов следует назначить этому больному для повышения безопасности лечения: селективные ингибиторы ЦОГ-2; селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с ингибиторами протонной помпы, неселективные НПВС в сочетании с ингибиторами протонной помпы?