

**Запорізький державний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії
і косметології**

Крайдашенко О.В.

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ

**Навчально-методичний посібник по організації навчального процесу для
студентів 4 курсу фармацевтичного факультету за модулем 1**

Спеціальність: 6.110201 „Фармація”

Запоріжжя 2013

Навчально-методичний посібник затверджено
на засіданні Центральної методичної Ради
Запорізького державного медичного університету
(Протокол № від 2013 р.)

Рецензенти:

Завідувач кафедри терапії, клінічної фармакології і ендокринології ЗМАПО,
д.мед.н., професор Фуштей І.М.

Завідувач кафедри внутрішніх хвороб-3 ЗДМУ, д.мед.н., доцент Доценко С.Я.

Навчально-методичний посібник складений на підставі програми навчальної дисципліни «Клінічна фармація» для студентів Вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. В посібнику наведені програма з клінічної фармація за модулем 1: тематичні плани лекцій, практичних занять та самостійної роботи студентів, методичні вказівки щодо проведення практичних занять та курації хворих, перелік практичних навичок та вмінь, якими повинен оволодіти студент, тестові завдання.

ЗМІСТ

Найменування	Стор.
Пояснювальна записка	4
Загальні положення	5
Модуль 1. Фармакотерапія хвороб внутрішніх органів	9
Змістовий модуль 1. Введення в фармакотерапію.	9
Змістовий модуль 2. Фармакотерапія захворювань органів дихання, вуха, горла, носа, очних та стоматологічних хвороб.	10
Змістовий модуль 3. Фармакотерапія захворювань серцево-судинної системи.	11
Змістовий модуль 4. Фармакотерапія захворювань органів травлення та сечовиділення.	12
Модуль 2. Фармакотерапія патологічних станів	15
Змістовий модуль 5. Фармакотерапія в ревматології, алергології, ендокринології.	15
Змістовий модуль 6. Фармакотерапія в гематології та онкології, неврології та психіатрії.	16
Змістовий модуль 7. Фармакотерапія інфекційних, шкірних та венеричних захворювань.	17
Змістовий модуль 8. Фармакотерапія в акушерстві та гінекології, гострих отруєнь. Інформаційна робота провізора.	18
Тематичний план лекцій	21
Тематичний план практичних занять	22
Тематичний план самостійної (індивідуальної) роботи	23
Перелік теоретичних питань, практичних навичок, професійних вмінь для підсумкового контролю	25
Розподіл балів, присвоюваних студентам	32
Форми проведення підсумкового контролю	33
Перелік препаратів, що виносяться на підсумковий модульний контроль	36
Додаток 1. Схема написання „Протоколу курації хворого, проведенню раціональної і безпечної фармакотерапії в клінічній лікарні”.	41
Додаток 2. Тести для підсумкового модульного контролю 1	53
Тести для підсумкового модульного контролю 2	97
Перелік рекомендованої літератури	148

1. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Стратегічним напрямком розвитку охорони здоров'я в усьому світі є фокусування всіх галузей медицини на потребах пацієнта. Це положення закріплене в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і лежить в основі Програми дій щодо основних ЛП, яка затверджена Європейським Регіональним Бюро ВООЗ.

У світлі цієї стратегії докорінно змінюється роль провізора (фармацевта) в системі охорони здоров'я. Основною метою його професійної діяльності стає не стільки збільшення асортименту і якості ЛП на ринку, скільки підвищення ефективності і безпеки лікарської терапії конкретного хворого. Для здійснення цієї мети Міжнародна фармацевтична федерація зобов'язує всіх працівників практичної фармації забезпечити кожному хворому належну якість фармацевтичної опіки.

Поняття «фармацевтичної опіки» містить у собі, у першу чергу, залучення провізора (фармацевта) разом з лікарем в активну діяльність по збереженню здоров'я і запобіганню захворюваності населення. На провізора (фармацевта) покладається обов'язок забезпечити пацієнта не тільки якісними лікарськими препаратами (ЛП) і виробами медичного призначення, але і сприяти їхньому раціональному використанню. Для цього провізор (фармацевт) повинен надати хворому повну інформацію про ЛП, лікарські форми й особливості їх застосування; про вплив на фармакодинамічні ефекти ліків віку, статі, захворювань нирок, печінки тощо; про взаємодію ЛП між собою та з їжею; про можливий несприятливий вплив ЛП на організм людини.

Для здійснення належної фармацевтичної опіки необхідно, щоб провізор володів достатнім обсягом медичних знань, які дозволяють:

- взаємодіяти з лікарем на рівні «рівноправного терапевтичного партнерства»;
- здійснювати контрольну функцію щодо виявлення серед відвідувачів аптеки осіб з «загрозливими» симптомами, які вимагають обов'язкового направлення до лікаря;
- надавати консультативну допомогу хворому при відпуску безрецептурних ЛП для відповідального самолікування.

Теоретичною базою для проведення консультативної роботи серед лікарів і населення з питань раціональної лікарської терапії, а також для здійснення фармацевтичної опіки пацієнтів є **клінічна фармація**.

Клінічна фармація — інтегративна прикладна наука, що поєднує фармацевтичні і клінічні аспекти лікознавства, головним завданням якої є створення надійних теоретичних основ і методологічних підходів щодо раціонального застосування ЛП.

Участь провізора в проведенні лікарської терапії сприяє своєчасному доведенню до хворого ЛП оптимальної якості, встановленню максимально раціональних шляхів та режимів введення, попередженню призначення несумісних ЛП, зведенню до мінімуму їх побічної дії, а також зменшенню поліпрагмазії.

Програма з клінічної фармації для вищих фармацевтичних закладів освіти України III-IV рівнів акредитації складена для спеціальності 7.110201 «Фармація» (фахівців що мають освітньо-кваліфікаційний рівень «молодший спеціаліст» або «бакалавр») відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики і освітньо-професійної програми підготовки спеціалістів, затвердженими наказом МОН України від 29.07.2004 р. №629 та навчального плану, затвердженого наказом МОЗ України від 01.08.2007 р. №446. Термін навчання за цією спеціальністю здійснюється протягом 5 років.

Програма структурована на модулі, змістові модулі, теми у відповідності з вимогами «Рекомендації щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін» (Наказ МОЗ України від 12.10.2004 р. №492).

Клінічна фармація як навчальна дисципліна:

а) базується на вивченні студентами біології з основами генетики, нормальної фізіології, анатомії людини, мікробіології з основами імунології, патологічної фізіології, фармакології й інтегрується з цими дисциплінами;

б) закладає основи теоретичних знань та практичних навичок в області клінічної медицини та клінічної фармакології, проведення корекції лікарської терапії, здійснення вибору найбільш раціональних ЛП та їх комбінацій для конкретного хворого, сприяє формуванню умінь застосовувати знання з клінічної фармації в професійній діяльності при здійсненні фармацевтичної опіки;

в) закладає основи здорового способу життя та профілактики порушення функцій організму людини в процесі життєдіяльності.

Організація навчального процесу здійснюється за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу.

Програму дисципліни «Клінічна фармація» поділено на 3 модулі, які у свою чергу поділяються на 6 змістових модулів.

Модуль 1. Загальні питання клінічної фармації. Клінічна фармація в кардіології, ревматології, пульмонології, нефрології.

Змістовий модуль 1. Основні положення клінічної фармації та клінічної фармакології. Клінічна фармація в пульмонології.

Змістовий модуль 2. Клінічна фармація в кардіології, ревматології, нефрології.

Видами навчальних занять згідно з навчальним планом є:

- а) лекції;
- б) лабораторні заняття;
- в) самостійна робота студентів;
- г) консультації.

Лабораторні заняття передбачають:

- роботу у ліжка хворого з визначення симптомів і синдромів захворювання, збору лікарського анамнезу, ознайомлення медичною документацією (історією

хвороби), аналіз листів лікарських призначень, визначення критеріїв ефективності та безпеки призначеної лікарської терапії;

- вирішення ситуаційних задач та тестових завдань.

Згідно навчального плану та з метою контролю отриманих студентами теоретичних знань, умінь і навичок передбачено виконання курсової роботи.

Кафедра має право вносити зміни до навчальної програми в межах до 15%.

Засвоєння теми (*поточний контроль*) контролюється на лабораторних заняттях відповідно до конкретних цілей, засвоєння змістових модулів (проміжний контроль) – на підсумкових заняттях. Рекомендується застосовувати такі засоби діагностики рівня підготовки студентів: усне опитування (розгляд теоретичних питань), комп'ютерні тести, розв'язування ситуаційних задач, проведення опиту хворого, трактування і оцінка результатів опиту, контроль практичних навичок.

Підсумковий контроль засвоєння модулів здійснюється по їх завершенню на підсумкових контрольних заняттях. Оцінка успішності студента з дисципліни є рейтинговою і виставляється за 200-бальною шкалою з урахуванням оцінок засвоєння окремих модулів.

2. МЕТА ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Клінічна фармація як предмет має своєю метою підготовку спеціалістів-провізорів, які б володіли достатнім обсягом теоретичних знань та практичних навичок для проведення разом з лікарем роботи по забезпеченню максимально раціональної лікарської терапії у конкретного хворого, а також для здійснення фармацевтичної опіки пацієнтів в аптеці.

Головними завданнями при вивченні теоретичного та практичного курсу клінічної фармації є :

- засвоєння загальної синдромології та симптомології найбільш поширених захворювань в клініці внутрішніх хвороб;

- засвоєння ознак основних симптомів, які можуть лікуватися за допомогою безрецептурних ЛП в межах концепції самолікування (нежить, головний біль, діарея тощо);

- засвоєння ознак основних синдромів, які потребують обов'язкового втручання лікаря;

- вивчення загальних принципів діагностики та методології диференціальної діагностики захворювань внутрішніх органів, засвоєння загальних принципів інтерпретації результатів обстеження хворого;

- засвоєння загальної методології та принципів вибору ЛП для ефективної та безпечної лікарської терапії, враховуючи функціональний стан хворого та фармакологічні особливості ЛП;

- вивчення факторів ризику розвитку та клінічних проявів побічної дії ЛП та їх комбінацій, засвоєння основних підходів до зниження побічної дії ЛП при призначенні їх конкретним хворим;

- засвоєння принципів оцінки ефективності та профілю безпеки застосування конкретних фармакологічних груп та ЛП;

- засвоєння основних принципів симптоматичної лікарської терапії захворювань і патологічних станів, при яких можливе відповідальне самолікування;

- засвоєння принципів та придбання навичок здійснення фармацевтичної опіки пацієнтів при лікуванні безрецептурними та рецептурними ЛП;
- засвоєння навичок отримання, аналізу та подання інформації про фармакологічні властивості ЛП, тобто проведення консультативної роботи про ЛП серед медичних працівників та різних верств населення;
- засвоєння принципів медичної деонтології, етичних норм поведінки провізора в клініці, взаємовідносинами провізора та лікаря, провізора та хворого;
- ознайомлення з основними видами медичної документації та методами клінічного обстеження хворих.

Вивчивши клінічну фармацію **студент повинен знати:**

- основи деонтології, етики спілкування з медичним персоналом, хворими;
- основні клінічні симптоми і синдроми найбільш поширених захворювань;
- підходи до медикаментозного лікування найбільш поширених захворювань;
- характерні клінічні симптоми найбільш розповсюджених захворювань, що вимагають обов'язкової консультації лікаря;
- перелік захворювань і патологічних станів, при яких можливе відповідальне самолікування, та характерні для них клінічні прояви;
- основні принципи симптоматичної лікарської терапії захворювань і патологічних станів, при яких можливе відповідальне самолікування;
- особливості брендівих і генеричних ЛП; вимоги до генеричних ЛП;
- клініко-фармакологічну характеристику сучасних ЛП різних фармакологічних груп, в тому числі комбінованих ЛП;
- вплив фізико-хімічних властивостей на фармакокінетичні та фармакодинамічні властивості ЛП;
- принципи взаємодії ЛП в організмі хворого;

- переваги та недоліки тієї чи іншої лікарської форми конкретних ЛП різних фармакологічних груп;
- методи та критерії оцінки клінічної ефективності ЛП основних фармакологічних груп;
- клінічні прояви можливих побічних ефектів різних ЛП, засоби корекції та профілактики;
- принципи класифікації ЛП на рецептурні і безрецептурні та критерії відбору ЛП для включення їх у категорію безрецептурних;
- алгоритм вибору оптимального безрецептурного ЛП для лікування захворювань і патологічних станів, при яких можливе відповідальне самолікування;
- обов'язки та ступінь відповідальності провізора (фармацевта) за ефективність лікарської терапії при здійсненні фармацевтичної опіки.

3. ЗМІСТ ПРОГРАМИ

МОДУЛЬ 1. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ. ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА КЛІНІЧНУ ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКІВ. ВІКОВІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ. КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ, КАРДІОЛОГІЇ, РЕВМАТОЛОГІЇ, НЕФРОЛОГІЇ.

Змістовий модуль 1.

Основні положення клінічної фармації та клінічної фармакології. Побічна дія ліків. Фактори, що впливають на клінічну ефективність ліків. Вікові аспекти клінічної фармації. Клініко-фармацевтичні підходи до лікування жінок під час вагітності та в період лактації. Клінічна фармація в пульмонології.

Конкретні цілі: засвоїти визначення, мету та завдання клінічної фармації, засвоїти основні положення клінічної фармакології, практики; вміти визначати тип побічної дії ЛП; фармацевтичні фактори, що визначають терапевтичну ефективність ліків (допоміжні речовини, лікарські форми, шлях уведення ліків, хімічна природа лікарської речовини та ін.); особливості функціонування основних систем організму в похилому і старечому віці; особливості фармакокінетики, фармакодинаміки, побічної дії ліків в похилому і старечому віці; основні принципи гериатричної фармакотерапії; механізми прямого і непрямого впливу ліків на ембріон і плід; вплив терміну вагітності на прояв тератогенної дії ліків; вплив дози і тривалості прийому препарату на прояв тератогенної дії ліків.

Тема 1. Основні положення клінічної фармації та клінічної фармакології. Побічна дія ліків. Зміст клінічної фармації та її завдання. Зв'язок клінічної фармації із суміжними дисциплінами. Роль клінічної фармації в системі фармацевтичного освіти. Вступ до клінічної фармакології. Клінічні аспекти фармакодинаміки, фармакокінетики ЛП, визначення понять «клінічний ефект», «побічна дія». Фактори, які впливають на клінічну ефективність ЛП. Особливості

організму людини (фізіологічні особливості, вікові періоди, наявність супутньої патології та т.ін.), які впливають на фармакокінетику та фармакодинаміку ЛП. Значення клінічних і лабораторно-інструментальних методів обстеження хворих як критеріїв ефективності та безпеки лікарської терапії. Методичні підходи до вибору адекватних методів контролю ефективності призначених ЛП різних фармакологічних груп.

Взаємодія ЛП при комбінованому застосуванні: види взаємодії (фармацевтична, фармакокінетична, фармакодинамічна) і характер прояву взаємодії (антагоністичний, синергістичний – потенціювання, сумація, адитивний, сенситивний). Клінічні прояви взаємодії ЛП. Комбіновані ЛП, їх переваги та недоліки.

Класифікація видів побічної дії ЛП (патогенетична, за характером виникнення, прогнозуванням, локалізацією проявів, за характером перебігу, ступеню важкості). Механізми виникнення та методи прогнозування можливого розвитку негативного впливу ЛП. Вплив ЛП на клініко-лабораторні показники та результати функціональних проб. Типові зміни в загальному аналізі крові, сечі, біохімічному аналізі крові при застосуванні різних ЛП. Шляхи можливого впливу ЛП на лабораторні показники: хімічна та фармакологічна інтерференція. Вплив ЛП на результати функціональних проб.

Тема 2. Фактори, що впливають на клінічну ефективність ліків. Вікові аспекти клінічної фармації. Клініко-фармацевтичні підходи до лікування жінок під час вагітності та в період лактації.

Фармацевтичні фактори, що визначають терапевтичну ефективність ліків (допоміжні речовини, лікарські форми, шлях уведення ліків, хімічна природа лікарської речовини та ін.). Значення індивідуальних особливостей організму і його стану для прояву дії лікарських засобів (вік, статура, генетичні фактори, загальний стан організму, вагітність і лактація). Вплив зовнішнього середовища на взаємодію організму і ліків. Взаємодія ліків і їжі. Зв'язок фармакокінетики з харчовим режимом. Залежність фармакодинаміки ліків від харчового режиму.

Методологічні основи хронофармакології. Основні поняття хронобіології, хрономедицини та хронофармакології. Теоретичні основи та методи хронотерапії.

Морфофункціональний розвиток дитячого організму і особливості фармакодинаміки ліків. Фармакокінетика і побічна дія лікарських засобів в дитячому віці. Особливості дозування ліків у дітей. Особливості функціонування основних систем організму в похилому і старечому віці. Особливості фармакокінетики, фармакодинаміки, побічної дії ліків в похилому і старечому віці. Основні принципи геріатричної фармакотерапії. Геріатричні засоби.

Механізми прямого і непрямого впливу ліків на ембріон і плід. Вплив терміну вагітності на прояв тератогенної дії ліків. Вплив дози і тривалості прийому препарату на прояв тератогенної дії ліків. Генетичні особливості батьків і плода, що підвищують ризик тератогенезу. Зв'язок стану елімінуючих органів і віку вагітної з ризиком тератогенезу. Угруповання лікарських засобів по ступені їхньої небезпеки для плода. Значення виведення ліків з молоком матері для новонародженої дитини. Ліки, протипоказані жінкам, що годує.

Тема 3. Клінічна фармація в пульмонології.

Захворювання дихальної системи, які вимагають обов'язкового втручання лікаря (пневмонія, гострий бронхіт, хронічний бронхіт, бронхіальна астма, хронічна обструктивна хвороба легенів). Порушення функціонального стану органів дихання, які хворий може лікувати безрецептурними ЛП в межах відповідального самолікування при консультативній допомозі провізора. Підходи до медикаментозного лікування захворювань органів дихання.

Клінічна фармакологія антимікробних ЛП, які використовуються при захворюваннях органів дихання (пеніцилінів, цефалоспоринів, карбапенемів, макролідів, фторхінолонів). Підходи до раціонального вибору АБ ЛП при захворюваннях органів дихання. Клінічна фармакологія бронходилататорів (β_2 -адреноміметиків, холінолітиків, похідних ксантину). Клінічна фармакологія муколітичних, відхаркувальних, протикашльових ЛП центральної та периферичної дії. Клінічна фармакологія глюкокортикостероїдів (системних,

інгаляційних), стабілізаторів мембран тучних клітин.

Критерії ефективності та безпеки лікарської терапії в пульмонології.

Змістовий модуль 2.

Клінічна фармація в кардіології, ревматології, нефрології.

Конкретні цілі: вміти визначати симптоми, при яких можливе відповідальне самолікування; вміти визначати симптоми, при яких можливе відповідальне самолікування; засвоїти підходи до медикаментозного лікування захворювань серцево-судинної системи; засвоїти клініко-фармакологічну характеристику сучасних ЛП, які застосовуються в пульмонології, кардіології, ревматології; нефрології; вміти визначати оптимальні ЛП для лікування захворювань, їх лікарські форми, шляхи введення та режими дозування; вміти визначати критерії ефективності та безпеки обраної лікарської терапії; вміти визначати критерії ефективності та безпеки обраної лікарської терапії.

Тема 4. Клінічна фармація в кардіології.

Захворювання серцево-судинної системи, які вимагають обов'язкового втручання лікаря (атеросклероз, ішемічна хвороба серця: стенокардія, інфаркт міокарда, кардіосклероз; есенціальна артеріальна гіпертензія, симптоматичні артеріальні гіпертензії, хронічна серцева недостатність, порушення серцевого ритму). Підходи до медикаментозного лікування захворювань серцево-судинної системи.

Клінічна фармакологія антиангінальних і гіпотензивних ЛП: нітратів і нітратоподібних ЛП, β -адреноблокаторів, антагоністів кальцію, блокаторів периферичних α -адренорецепторів, гіпотензивних ЛП центральної дії, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, блокаторів рецепторів ангіотензину II, діуретиків.

Клінічна фармакологія гіполіпідемічних ЛП (інгібіторів редуктази ГМГ-КоА, похідних фіброєвої кислоти, нікотинової кислоти і її похідних).

Клінічна фармакологія антикоагулянтів, антиагрегантів, фібринолітиків.

Критерії ефективності та безпеки лікарської терапії в кардіології.

Тема 5. Клінічна фармація в ревматології.

Системні захворювання сполучної тканини та обмінно-дистрофічні захворювання суглобів, які вимагають обов'язкового втручання лікаря (остеоартроз, подагра, остеопороз; гостра ревматична лихоманка, хронічна ревматична хвороба серця, системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, системна склеродермія). Порушення функціонального стану опорно-рухової системи, які хворий може лікувати безрецептурними ЛП в межах відповідального самолікування при консультативній допомозі провізора.

Підходи до медикаментозного лікування захворювань опорно-рухової системи.

Клінічна фармакологія стероїдних і нестероїдних протизапальних ЛП; базисних протизапальних ЛП (похідних хіноліну, цитостатиків, препаратів золота), у тому числі ЛП, які пригнічують проліферацію сполучної тканини.

Побічна дія ЛП, які застосовуються для лікування захворювань опорно-рухової системи. Прогнозування, клінічні прояви, профілактика та шляхи усунення. Поняття про НПЗП-гастропатії. Синдром Рея.

Критерії ефективності та безпеки лікарської терапії при лікуванні захворювань опорно-рухової системи.

Тема 6. Клінічна фармація в нефрології.

Захворювання нирок і сечовивідних шляхів, які вимагають обов'язкового втручання лікаря (гострі ураження нирок: гострий пієлонефрит, гострий гломерулонефрит; хронічна хвороба нирок: хронічний пієлонефрит, хронічний гломерулонефрит; інфекції сечовивідних шляхів: гострий цистит, хронічний цистит; сечокам'яна хвороба). Ускладнення захворювань нирок: симптоматична артеріальна гіпертензія (рено-паренхіматозна та рено-васкулярна), хронічна ниркова недостатність, ренальна анемія. Підходи до медикаментозного лікування захворювань нирок і сечовивідних шляхів.

Клінічна фармакологія основних ЛП, що застосовуються для лікування інфекційних і імунозапальних захворювань нирок і сечовивідних шляхів (АБ ЛП

(β-лактами, фторхінолони, аміноглікозиди, похідні 8-оксихіноліну, нітрофурани), стероїдні та нестероїдні протизапальні ЛП, імунодепресанти, прямі антикоагулянти, антиагреганти, уроантисептики, уролітики, спазмолітики, анальгетики, діуретики, гіпоазотемічні засоби). Підходи до раціонального вибору АБ ЛП при інфекційних захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів.

Критерії ефективності та безпеки лікарської терапії в нефрології.

Структура залікового кредиту – модулю 1:

Загальні питання клінічної фармації. Фактори, що впливають на клінічну ефективність ліків. Вікові аспекти клінічної фармації. Клінічна фармація в пульмонології, кардіології, ревматології, нефрології.

Тема	Лекцій	Практ. занят.	СРС	
			Само-підгот.	індив. робота
<i>Змістовий модуль 1. Основні положення клінічної фармації та клінічної фармакології. Побічна дія ліків. Фактори, що впливають на клінічну ефективність ліків. Вікові аспекти клінічної фармації. Клініко-фармацевтичні підходи до лікування жінок під час вагітності та в період лактації.</i>				
1. Основні положення клінічної фармації та клінічної фармакології. Побічна дія ліків.	4	12	9	<i>Підготовка огляду наукової літератури або проведення дослідження</i>
2. Фактори, що впливають на клінічну ефективність ліків. Вікові аспекти клінічної фармації. Клініко-фармацевтичні підходи до лікування жінок під час вагітності та в період лактації.	4	16	10	
3. Клінічна фармація в пульмонології	4	12	10	
<i>Змістовий модуль 2. Клінічна фармація в пульмонології, кардіології, ревматології.</i>				
4. Клінічна фармація в кардіології.	6	16	12	Те саме
5. Клінічна фармація в ревматології.	4	12	10	
6. Клінічна фармація в нефрології	4	8	7	
<i>Підсумковий тестовий контроль засвоєння модуля 1.</i>		4	4	
<i>ВСЬОГО годин – 162</i>	26	80	62	
<i>Кредитів ECTS – 4,5</i>				

Тематичний план лекцій

№	Теми лекцій	Години
1.	Вступ до клінічної фармації. Основні принципи та положення клінічної фармакології.	2
2.	Побічна дія ліків.	2
3.	Фактори, що впливають на клінічну ефективність лікарських засобів. Взаємодія ліків і їжі.	2
4.	Вікові аспекти клінічної фармації.	2
5.	Клінічна фармація в пульмонології. Симптоми і синдроми при основних захворюваннях органів дихання.	2
6.	Клінічна фармація в пульмонології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування захворювань органів дихання.	2
7.	Клінічна фармація в кардіології. Симптоми і синдроми при основних захворюваннях серцево-судинної системи.	2
8.	Клінічна фармація в кардіології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування захворювань серцево-судинної системи.	4
9.	Клінічна фармація в ревматології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування системних захворюваннях сполучної тканини та обмінно-дистрофічних захворюваннях суглобів.	4
10.	Клінічна фармація в нефрології	4
РАЗОМ:		26

Тематичний план практичних занять

№	Тема і зміст	Години
1.	Вступ до клінічної фармації.	4
2.	Основні поняття та визначення клінічної фармації.	4
3.	Основні принципи та положення клінічної фармакології.	4
4.	Побічна дія ліків.	4
5.	Фактори, що впливають на клінічну ефективність ліків.	4
6.	Вікові аспекти клінічної фармації. Клінічна фармація в педіатрії	4
7.	Вікові аспекти клінічної фармації. Клінічна фармація в геріатрії	4
8.	Клініко-фармацевтичні підходи до лікування жінок під час вагітності та в період лактації.	4
9.	Клінічна фармація в пульмонології. Симптоми і синдроми при основних захворюваннях органів дихання.	4

№	Тема і зміст	Години
1.	Вступ до клінічної фармації.	4
2	Основні поняття та визначення клінічної фармації.	4
3.	Основні принципи та положення клінічної фармакології.	4
10.	Клінічна фармація в пульмонології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування пневмонії, бронхіту	4
11.	Клінічна фармація в пульмонології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування бронхіальної астми, хронічної обструктивної хвороби легенів, туберкульозу	4
12.	Клінічна фармація в кардіології. Симптоми і синдроми при основних захворюваннях серцево-судинної системи.	4
13.	Клінічна фармація в кардіології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування атеросклерозу та ішемічної хвороби серця.	4
14.	Клінічна фармація в кардіології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування гіпертонічної хвороби	4
15	Клінічна фармація в кардіології. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування хронічної серцевої недостатності.	4
16.	Клінічна фармація в ревматології. Симптоми і синдроми при основних системних захворюваннях сполучної тканини та обмінно-дистрофічних захворюваннях суглобів.	4
17	Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування системних захворюваннях сполучної тканини та обмінно-дистрофічних захворюваннях суглобів.	4
18	Клінічна фармація в нефрології. Основні симптоми та синдроми	4
19	Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування захворювань сечовивідної системи.	4
20.	Підсумковий модульний контроль.	4
РАЗОМ:		80

Тематичний план самостійної роботи студентів та її контроль

Тема	Кількість годин	Вид контролю
<i>Підготовка до лабораторних занять</i> – теоретична підготовка та опрацювання практичних навичок	58	Поточний контроль на заняттях
<i>Підготовка до підсумкового контролю засвоєння модуля 1.</i>	4	Підсумковий контроль
РАЗОМ:	62	

4. ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ

МОДУЛЬ 1

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ. КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ, КАРДІОЛОГІЇ, РЕВМАТОЛОГІЇ, НЕФРОЛОГІЇ.

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ

1. Визначення понять «хімічна назва», «міжнародна непатентована назва», «торговельна назва» ЛП.
2. Фактори, які впливають на клінічну ефективність ЛП.
3. Клініко-фармакологічна характеристика різних шляхів введення ЛП.
4. Основні фармакокінетичні параметри, їх практичне значення. Захворювання внутрішніх органів, які можуть істотно вплинути на показники фармакокінетики.
5. Анатомо-фізіологічні особливості організму людини в різні вікові періоди (немовлята, діти, підлітки, особи літнього та похилого віку), які впливають на фармакокінетику та фармакодинаміку лікарських засобів.
6. Анатомо-фізіологічні особливості організму жінки в період вагітності, які впливають на фармакокінетику та фармакодинаміку ЛП.
7. Лікарський моніторинг. Фактори, які зумовлюють необхідність проведення лікарського моніторингу.
8. Біодоступність ЛП. Клінічне значення біодоступності. Фактори, які впливають на значення біодоступності.
9. Біоеквівалентні ЛП. Категорії препаратів, для яких здійснюється вивчення біоеквівалентності.
10. Біоеквівалентність. Клінічні методи визначення біоеквівалентності. Терапевтична нееквівалентність ЛП, її причини.
11. Селективність (вибірковість) дії ЛП. Фактори, які впливають на селективність лікарських засобів.

12. Брендний ЛП. Переваги брендів і недоліки генериків.
13. Генеричний ЛП. Вимоги до генеричних ЛП.
14. Критерії ефективності ЛП. Групи критеріїв ефективності.
15. Критерії переносимості ЛП. Групи критеріїв переносимості.
16. Взаємодія ЛП. Види взаємодії. Клінічне значення взаємодії ліків.
17. Фармакодинамічний синергізм і фармакокінетичний синергізм. Можливості його використання в клінічній практиці.
18. Фармакодинамічний антагонізм і фармакокінетичний антагонізм. Шляхи профілактики антагонізму ліків.
19. Фармацевтична взаємодія ліків. Позитивні та негативні сторони.
20. Комбіновані ЛП. Переваги та недоліки комбінованих ЛП.
21. Типи побічних реакцій і ускладнень лікарської терапії.
22. Токсичні ускладнення, які обумовлені абсолютним або відносним передозуванням ЛП, фармакологічними властивостями ЛП.
23. Алергійні реакції, ідіосинкразія, синдром „відміни” як прояв побічної дії ЛП.
24. Поняття про плацебо. Плацебо-ефектори. Негативні плацебо-ефектори як група ризику розвитку побічної дії ЛП.
25. Вплив ЛП на клініко-лабораторні показники та результати функціональних проб. Можливі механізми впливу та шляхи його профілактики.
26. Лікарський анамнез. Значення збору лікарського анамнезу для раціональної терапії.
27. Компаєнс. Основні фактори, що впливають на компаєнс.
28. Фази клінічної апробації, мета та завдання кожного з етапів.

ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

29. Симптоми і синдроми атеросклерозу.
30. Симптоми і синдроми стабільної стенокардії напруги.
31. Симптоми і синдроми інфаркту міокарда.
32. Симптоми і синдроми есенціальної артеріальної гіпертензії.
33. Види симптоматичних артеріальних гіпертензій. Особливості клінічних проявів.

34. Відмінності клінічної симптоматики гіпертонічної хвороби I, II та III стадії.
35. Гіпертонічний криз. Відмінності клінічної симптоматики гіпертонічних кризів I-го та II-го порядку.
36. Основні симптоми хронічної серцевої недостатності.
37. Основні симптоми порушень ритму серця.
38. Симптоми і синдроми ревматизму (гострої ревматичної лихоманки, хронічної ревматичної хвороби серця).
39. Симптоми і синдроми ревматоїдного артриту.
40. Симптоми і синдроми системного червоного вовчака.
41. Симптоми і синдроми остеоартрозу.
42. Симптоми і синдроми подагри.
43. Симптоми і синдроми остеопорозу.
44. Синдром бронхообструкції, клінічні прояви.
45. Синдром дихальної недостатності, клінічні прояви.
46. Симптоми і синдроми пневмонії.
47. Симптоми і синдроми гострого бронхіту.
48. Симптоми і синдроми хронічного бронхіту.
49. Симптоми і синдроми хронічного обструктивного бронхіту.
50. Симптоми і синдроми бронхіальної астми.
51. Симптоми і синдроми гострого пієлонефриту.
52. Симптоми і синдроми хронічного пієлонефриту.
53. Симптоми і синдроми гострого гломерулонефриту.
54. Симптоми і синдроми хронічного гломерулонефриту.
55. Симптоми і синдроми циститу.
56. Симптоми і синдроми сечокам'яної хвороби.
57. Хронічна ниркова недостатність, основні клінічні прояви.

КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ

58. Клініко-фармакологічні підходи до лікування атеросклерозу.
59. Клініко-фармакологічні підходи до лікування стабільної стенокардії напруги.
60. Клініко-фармакологічні підходи до лікування інфаркту міокарда.

61. Клініко-фармакологічні підходи до лікування есенціальної артеріальної гіпертензії.
62. Клініко-фармакологічні підходи до лікування симптоматичної артеріальної гіпертензії.
63. Клініко-фармакологічні підходи до лікування гіпертонічних кризів I-го та II-го порядку.
64. Клініко-фармакологічні підходи до лікування хронічної серцевої недостатності.
65. Клініко-фармакологічні підходи до лікування ревматизму (гострої ревматичної лихоманки, хронічної ревматичної хвороби серця).
66. Клініко-фармакологічні підходи до лікування ревматоїдного артрити.
67. Клініко-фармакологічні підходи до лікування системного червоного вовчака.
68. Клініко-фармакологічні підходи до лікування остеоартрозу.
69. Клініко-фармакологічні підходи до лікування подагри.
70. Клініко-фармакологічні підходи до лікування остеопорозу.
71. Клініко-фармакологічні підходи до лікування пневмонії.
72. Клініко-фармакологічні підходи до лікування гострого бронхіту.
73. Клініко-фармакологічні підходи до лікування хронічного бронхіту.
74. Клініко-фармакологічні підходи до лікування хронічного обструктивного бронхіту.
75. Клініко-фармакологічні підходи до лікування бронхіальної астми.
76. Клініко-фармакологічні підходи до лікування гострого пієлонефриту.
77. Клініко-фармакологічні підходи до лікування хронічного пієлонефриту.
78. Клініко-фармакологічні підходи до лікування гострого гломерулонефриту.
79. Клініко-фармакологічні підходи до лікування хронічного гломерулонефриту.
80. Клініко-фармакологічні підходи до лікування циститу.
81. Клініко-фармакологічні підходи до лікування сечокам'яної хвороби.
82. Клініко-фармакологічні підходи до лікування хронічної ниркової недостатності.
83. Клінічна фармакологія гіполіпідемічних ЛП.

84. Клінічна фармакологія антиангінальних ЛП групи нітратів.
85. Клінічна фармакологія β -адреноблокаторів.
86. Особливості використання β -адреноблокаторів при ІХС.
87. Особливості використання β -адреноблокаторів при артеріальній гіпертензії.
88. Клінічна фармакологія антагоністів кальцію.
89. Особливості використання антагоністів кальцію при ІХС.
90. Особливості використання антагоністів кальцію при артеріальній гіпертензії.
91. Клінічна фармакологія інгібіторів АПФ.
92. Особливості використання інгібіторів АПФ при артеріальній гіпертензії та хронічній серцевій недостатності.
93. Клінічна фармакологія діуретиків.
94. Особливості використання діуретиків при артеріальній гіпертензії та хронічній серцевій недостатності.
95. Клінічна фармакологія серцевих глікозидів.
96. Клінічна фармакологія антикоагулянтів і антиагрегантів.
97. Клінічна фармакологія стероїдних протизапальних ЛП.
98. Клінічна фармакологія нестероїдних протизапальних ЛП.
99. Клінічна фармакологія базисних протизапальних ЛП, у тому числі ЛП, що пригнічують проліферацію сполучної тканини.
100. Клінічна фармакологія коректорів метаболізму сполучної тканини.
101. Клінічна фармакологія препаратів урикозуричної дії.
102. Клінічна фармакологія ЛП, що впливають на структуру та мінералізацію кісткової тканини.
103. Принципи раціональної антибіотикотерапії захворювань органів дихальної системи.
104. Клінічна фармакологія бронходилататорів.
105. Клінічна фармакологія інгаляційних глюкокортикостероїдів.
106. Клінічна фармакологія стабілізаторів мембран тучних клітин.
107. Клінічна фармакологія відхаркувальних засобів і муколітиків.

108. Принципи раціональної антибіотикотерапії захворювань органів сечовидільної системи.
109. Особливості застосування імунодепресантів для лікування імунозапальних захворювань нирок.
110. Вплив функціонального стану нирок на клінічну ефективність ЛП.
111. Зміни фармакодинаміки та фармакокінетики ЛП при хронічній нирковій недостатності.
112. Критерії ефективності лікування атеросклерозу та безпеки лікарської терапії.
113. Критерії ефективності лікування стабільної стенокардії напруги та безпеки лікарської терапії.
114. Критерії ефективності лікування інфаркту міокарда та безпеки лікарської терапії.
115. Критерії ефективності лікування есенціальній артеріальній гіпертензії та безпеці лікарської терапії.
116. Критерії ефективності лікування симптоматичної артеріальної гіпертензії та безпеки лікарської терапії.
117. Критерії ефективності лікування гіпертонічних кризів I-го та II-го порядку та безпеки лікарської терапії.
118. Критерії ефективності лікування хронічної серцевої недостатності та безпеки лікарської терапії.
119. Критерії ефективності лікування ревматизму (гострої ревматичної лихоманки, хронічної ревматичної хвороби серця) і безпеки лікарської терапії.
120. Критерії ефективності лікування ревматоїдного артриту та безпеки лікарської терапії.
121. Критерії ефективності лікування системного червоного вовчака та безпеки лікарської терапії.
122. Критерії ефективності лікування остеоартрозу та безпеки лікарської терапії.
123. Критерії ефективності лікування подагри та безпеки лікарської терапії.
124. Критерії ефективності лікування остеопорозу та безпеки лікарської терапії.

125. Критерії ефективності лікування пневмонії та безпеки лікарської терапії.
126. Критерії ефективності лікування гострого бронхіту та безпеки лікарської терапії.
127. Критерії ефективності лікування хронічного бронхіту та безпеки лікарської терапії.
128. Критерії ефективності лікування хронічного обструктивного бронхіту та безпеки лікарської терапії.
129. Критерії ефективності лікування бронхіальної астми та безпеки лікарської терапії.
130. Критерії ефективності лікування гострого пієлонефриту та безпеки лікарської терапії.
131. Критерії ефективності лікування хронічного пієлонефриту та безпеки лікарської терапії.
132. Критерії ефективності лікування гострого гломерулонефриту та безпеки лікарської терапії.
133. Критерії ефективності лікування хронічного гломерулонефриту та безпеки лікарської терапії.
134. Критерії ефективності лікування циститу та безпеки лікарської терапії.
135. Критерії ефективності лікування сечокам'яної хвороби та безпеці лікарської терапії.
136. Критерії ефективності лікування хронічної ниркової недостатності та безпеки лікарської терапії.

5. ФОРМИ ПОТОЧНОГО ТА ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛІВ.

При оцінюванні знань студентів надається перевага стандартизованому методу контролю – тестуванню та структурованому контролю практичних навичок.

Загальне оцінювання модуля

№	Модуль 1	Кількість балів
1.	<i>Змістовий модуль 1</i>	
	Тема 1	6
	Тема 2	6
	Тема 3	6
	Тема 4	6
	Тема 5	6
	Тема 6	6
	Тема 7	6
	Тема 8	6
	Тема 9	6
	Тема 10	6
	Тема 11	6
2	<i>Змістовий модуль 2</i>	
	Тема 12	6
	Тема 13	6
	Тема 14	6
	Тема 15	6
	Тема 16	6
	Тема 17	6
	Тема 18	6
	Тема 19	6
	<i>Разом змістові модулі</i>	<i>114</i>
	<i>ІДРС</i>	<i>6</i>
	<i>Підсумковий контроль засвоєння модуля</i>	<i>80</i>
	РАЗОМ сума балів	200

Примітка: Зазначені максимальні бали за тему нараховуються студентів при засвоєнні теми на оцінку "5", при засвоєнні теми на оцінку "4" нараховується 5 балів, на оцінку "3" – 4 балів, на оцінку "2" нараховується "0" балів.

Алгоритм визначення допуску до підсумкового контролю по результатах

поточного

- Визначити за конвертаційною шкалою мінімальну кількість балів за кожну тему,

що відповідає мінімальній позитивній оцінці – «3»: 4 балів;

- Помножити мінімальний бал за тему на кількість тем у модулі: 4 балів x 19 тем = 76 балів;
- Студенти, що набрали 76 і більше балів, допускаються до підсумкового контролю.

Форми проведення підсумкового контролю мають бути стандартизованими і включати контроль теоретичних знань, практичних навичок та професійних вмінь. **Максимальна кількість балів**, яку може набрати студент при складанні підсумкового модульного контролю, становить **80**. Підсумковий модульний контроль **вважається зарахованим**, якщо студент набрав не менше **50** балів.

Студентам, що набрали **126 і більше балів** (76 балів поточний контроль + 50 балів підсумковий контроль), зараховується модуль 1.

У підсумковому контролі **співвідношення** максимальних балів за теоретичні знання та професійні вміння, навички пропонується відповідно: 40-30% : 60-70%.

Кількість балів з дисципліни є середньою кількістю балів, які присвоєнні студентами за відповідні модулі (залікові кредити). Наприклад, модуль 1 – 150 балів, модуль 2 – 140 балів, модуль 3 – 160 балів, оцінка з дисципліни - 150 балів.

За рішенням Вченої ради ВНЗ до кількості балів, яку студент набрав з дисципліни, можуть додаватися заохочувальні бали за публікації наукових робіт, отримання призових місць на олімпіадах та інше.

Для тих студентів, хто бажає покращити свою успішність до вищої оцінки при засвоєнні модулів, можливе проведення повторного підсумкового контролю засвоєння дисципліни (модуля) під час іспиту в комісії. Методика проведення підсумкового контролю визначається вищим навчальним закладом й відображається у робочій навчальній програмі з дисципліни.

Студенти з урахуванням кількості балів, набраних з дисципліни, ранжуються за шкалою ECTS. **Ранжування** з присвоєнням оцінок «А», «В», «С», «D», «Е» проводиться для студентів даного курсу і **успішно** завершили вивчення дисципліни відповідно до шкали ECTS.

Шкала ECTS

Успішність навчання студентів визначається за шкалою ECTS, яка:

- є 7 бальною

- 5-бальна нормована для успішних
- Стандартизована за обсягом вибірки студентів ВНЗ або національної

Оцінка ECTS	Статистичний показник	Описання	Границі балів
A	Найкращі 10%	Відмінно	170-200
B	Наступні 25%	Дуже добре	151-169
C	Наступні 30%	Добре	140-150
D	Наступні 25%	Задовільно	130-139
E	Останні 10%	Допустимо	120-129

Оцінки з дисципліни FX, F («2») виставляються студентам, яким не зараховано хоча б один модуль з дисципліни після завершення її вивчення.

Оцінка FX виставляється студентам, які набрали мінімальну кількість балів за поточну навчальну діяльність, але яким не зарахований підсумковий модульний контроль. Ця категорія має право на перескладання підсумкового модульного контролю за затвердженим графіком під час зимових канікул, або літніх канікул (до 1 липня поточного року) впродовж двох тижнів після завершення навчального року. Повторне складання підсумкового модульного контролю дозволяється не більше двох разів.

Оцінка F виставляється студентам, які відвідали всі аудиторні заняття з модуля, але не набрали мінімальну кількість балів за поточну навчальну діяльність і не допущені до підсумкового модульного контролю. Ця категорія студентів має право на повторне вивчення модуля.

За дозволом проректора з навчальної роботи студент може підвищити оцінку з дисципліни шляхом перескладання підсумкового модульного контролю (не більше трьох разів за весь період навчання).

Оцінка ECTS конвертується у традиційну чотирибальну шкалу таким чином:

Оцінка ECTS	Оцінка за чотирибальною шкалою
A	5
B,C	4
D,E	3
FX,F	2

6. ТЕСТИ ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ

Модуль 1

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1.

Основні положення клінічної фармації та клінічної фармакології. Побічна дія ліків. Фактори, що впливають на клінічну ефективність ліків. Вікові аспекти клінічної фармації. Клініко-фармацевтичні підходи до лікування жінок під час вагітності та в період лактації.

Клінічна фармація в пульмонології

ВВЕДЕННЯ В КЛІНІЧНУ ФАРМАЦІЮ.

Тести вихідного рівня

Тест №1.

У пацієнта Р., 33 років виник гострий біль в епігастрії, нудота, блювота, печія. Діагностовано гострий гастрит.

Який синдром складають симптоми хворого, які дозволили встановити діагноз?

- A. Діспептичний.
- B. Больовий.
- C. Інтотоксикаційний.
- D. Запальний.
- E. Гіпотензивний.

Тест №2.

У хворого П., 45 років тривалий час спостерігається підвищення артеріального тиску. Багато палить, вживає алкоголь, мати хворого померла від інфаркту міокарду.

В який розділ історії хвороби належить віднести ці дані?

- A. Скарги.
- B. Анамнез захворювання.
- C. Анамнез життя.
- D. Дані обстеження
- E. Попередній діагноз

Тест №3.

Хворий Т., звернувся в аптеку з проханням пояснити, який препарат назначив лікар. Раніше з приводу набряків приймав якийсь препарат. Лікар порекомендував «сечогінний засіб з групи тіазидних діуретиків».

Який препарат Ви можете запропонувати хворому?

- A. Гідрохлортіазид.
- B. Спіронолактон.
- C. Фуросемід.
- D. Арифон.
- E. Триампур.

Тест №4.

У хворого М., який страждає на хронічний панкреатит, визначена патологія печінки зі зниженням її функції. Постійно приймає комплексну терапію. Які властивості препаратів слід урахувувати насамперед у цього хворого?

- А. Розчинність у жирах.
- В. Розчинність у воді.
- С. Лужність.
- Д. Кислотність.
- Е. Ступінь іонізації.

Тест №5.

Хворий Т., з артеріальною гіпертензією на тлі ураження нирок тривалий час приймає гіпотензивні препарати. Один з препаратів належить до групи антагоністів кальцію – амлодипін, який не призводить до суттєвого зниження артеріального тиску у хворого.

Які причини можуть впливати на біодоступність даного препарату?

- А. Особливості технології виробництва.
- В. Стать хворого.
- С. Стан шлунково-кишкового тракту.
- Д. Наявність артеріальної гіпертензії.
- Е. Географічне місце фірми-виробника.

Еталони відповідей:

1	А
2	С
3	А
4	А
5	А

Тести кінцевого рівня знань:

Тест №1.

Хворий К., 54 років, страждає на ІХС, постійно приймає бета-адреноблокатори. Звернувся до провізора з проханням відпустити препарат, який називається «метопролол». До якого типу назв відносять дану?

- А. Хімічна.
- В. Міжнародна непатентована.
- С. Торгівельна.
- Д. Фірмова
- Е. Генерична.

Тест №2.

Хвора Л., 56 років страждає на гіпертонічну хворобу. Постійно приймає оригінальний ренітек 20 мг на добу. Кілька днів перейшла на прийом еналаприлу-КМП в дозі 10 мг двічі на добу. Від чого буде залежить ефективність цього препарату?

- А. Разова доза.
- В. Добова доза.

- C. Концентрація у крові.
- D. Вік хворого.
- E. Стать хворого.

Тест №3.

До аптеки звернувся молодий чоловік з проханням порадити лікарський засіб для лікування головного болю. Які питання треба з'ясувати, щоб можна було пропонувати ОТС-препарати?

- A. Рівні артеріального тиску.
- B. Місце проживання.
- C. Вік хворого.
- D. Характер праці.
- E. Захворювання у дитинстві.

Тест №4.

У хворого Д., 47 років, який страждає на гіпертонічну хворобу, при прийомі каптоприлу з'явився кашель, про що є відмітка у історії хвороби. Які рекомендації можна дати щодо прийому еналаприлу у даного хворого?

- A. Не треба приймати, необхідно підібрати іншу фармакологічну групу.
- B. Можна приймати при зниженні дозі.
- C. Можна приймати, тому що це інший препарат.
- D. Можна приймати разом із протикашльовими препаратами.
- E. Можна приймати з відхаркуючи ми.

Задача №5.

У хворого Т., 76 років, який страждає на ХСН, скарги на безсоння. Призначені снодійні з групи транквілізаторів (гідазепам). У зв'язку із захворюванням проводять лікарський моніторинг. Які показники не треба ураховувати для даного препарату?

- A. Дозу препарату.
- B. Концентрацію препарату у крові.
- C. Тривалість терапії.
- D. Особливості фармакокінетики препарату.
- E. Вік хворого.

Еталони відповідей:

1	B
2	C
3	A
4	A
5	A

**ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТА ПОЛОЖЕННЯ КЛІНІЧНОЇ
ФАРМАКОЛОГІЇ**

Тести вихідного рівня

Тест №1

Однією з головних цілей роботи клінічного фармацевта в клініці є консультація лікарів щодо призначення ефективної та безпечної терапії. Для цього необхідно призначення ліків, які впливають тільки на необхідні структури чи функції – дія на цільові органи-мішені, які мають певні характеристики.

Яке затвердження правильне щодо цих структур?

- A. Кровоносна система організму, яка сприяє транспорту молекул лікарського засобу з місця введення в тканини
- B. Тканини, в котрих молекули лікарського засобу підлягають метаболічним перетворенням.
- C. Органи, функції яких впливають на елімінацію лікарського засобу з організму.
- D. Тканини і органи, де є рецептори, які реагують на даний лікарського засобу.
- E. Органи і тканини з недостатньою функцією.

Тест №2

При призначенні лікарського засобу хворому лікар повинен мати на увазі усі можливі ефекти прийому препарату. Найбільш важливим для лікаря є основний ефект лікарського засобу

Чим він визначається?

- A. Зв'язком лікарського засобу с транспортними білками
- B. Латентним періодом
- C. Елімінацією лікарського засобу
- D. Взаємодією молекул препарату з рецептором
- E. Режимом прийому лікарського засобу

Тест №3

Однією з головних задач клінічної фармакології є з'ясування безпеки прийому того чи іншого лікарського засобу. Серед багатьох характеристик які вивчає дослідник одним з найважливіших є терапевтичний індекс лікарського засобу.

Як він визначається?

- A. Відношенням летальної дози до ефективної
- B. Відношенням терапевтичної дози до токсичної
- C. Відношенням навантажувальної дози до підкріплюючої
- D. Відношенням ефективної дози до летальної
- E. Відношенням разової дози до токсичної

Тест №4

Часто у хірургічній клініці зустрічаються пацієнти, у яких обмежена кількість можливих шляхів введення лікарських засобів. Але потрібно мати на увазі, що при введенні лікарського засобу різними шляхами відрізняються параметри всмоктування одного й того ж препарату. Існує такий різновид ентерального шляху введення лікарського засобу, коли відсутній «ефект першого

проходження препарату через печінку».

Назвіть цей різновид

- A. Через назогастральний зонд
- B. Через кишкову стому
- C. Пероральний прийом у капсулах
- D. Пероральний прийом у розчині
- E. Ректальне введення

Тест №5

До жіночої консультації звернулася вагітна з метою постановки на облік. Під час бесіди з'ясувалося, що жінка хворіла на гостру респіраторну інфекцію, у зв'язку з чим приймала якісь ліки, назву яких воно не пам'ятає. Лікар попередив про можливість розвитку ембріотоксичної дії лікарського засобу

Коли можливий розвиток такої дії?

- A. У перші 3 тижня після запліднення
- B. Від початку 4-го до кінця 8-го тижня
- C. У I триместрі вагітності
- D. У II триместрі вагітності
- E. В останньому триместрі

Тести кінцевого рівня знань:

Тест №1

До дільничного терапевта звернулася вагітна зі скаргами на підвищення температури тіла, сухий кашель, слабкість, задишку при фізичному навантаженні. Лікар поставив діагноз та призначив лікування. При призначенні лікарських засобів вагітним слід пам'ятати про можливу тератогенну дію деяких лікарських засобів.

Коди можливий розвиток такої дії?

- A. У перші 3 тижня після запліднення
- B. Від початку 4-го до кінця 8-го тижня
- C. У I триместрі вагітності
- D. У II триместрі вагітності
- E. В останньому триместрі

Тест №2

Для лікування артеріальної гіпертензії хворому призначені ліки різних фармакологічних груп. Для ефективного та безпечного лікування лікарю треба звертати увагу на можливі види взаємодії лікарських засобів, а саме на синергізм.

Вкажіть вірне визначення цього поняття:

- A. Просте сумування ефектів
- B. Взаємне потенціювання ефектів
- C. Взаємне послаблення ефектів
- D. Послаблення дії однієї речовини під впливом іншої
- E. Однакове показання для призначення лікарського засобу

Тест №3

У відділенні інтенсивної терапії більшості хворих призначається велика кількість лікарських засобів. Лікарі відділення звернулись до клінічного фармацевта з метою з'ясування взаємодії препаратів, що вживаються. Особливо важливо для лікарів відділення інтенсивної терапії приймати до уваги фармакокінетичні види взаємодії.

Вкажіть один з таких видів:

- A. Адитивність
- B. «В одному шприці»
- C. Вплив одного лікарського засобу на всмоктування іншого
- D. Взаємовідношення агоністів, які конкурують за один й теж рецептор
- E. Послаблення дії однієї речовини під впливом іншої

Тест №4

Щоб зменшити можливість негативних ефектів препарату, що приймається, лікар повинен призначати лікарський засіб по оптимальній схемі. Це значить, що необхідно утворити ефективну, але безпечну концентрацію препарату, яка залежить від кількох факторів, у тому числі й від біодоступності.

Визначте вірно це поняття:

- A. Концентрація лікарського засобу в плазмі крові
- B. Ефект «первинного проходження препарату через печінку»
- C. Ефект «вторинного проходження препарату через печінку»
- D. Частку (долю) введеної внутрішньої дози лікарського засобу, яка надійшла у системний кровообіг в активній формі
- E. Еквівалент максимальної разової дози

Тест №5

Згідно вказівок Міністерства охорони здоров'я України в штаті великих аптек повинен бути клінічний фармацевт, який дає змогу пацієнтам та іншим фармацевтам отримувати консультації щодо взаємодії лікарських засобів. Крім інших, існують фармакодинамічні види взаємодії лікарського засобу.

Вкажіть один з таких видів:

- A. Адитивність
- B. «В одному шприці»
- C. Вплив одного лікарського засобу на всмоктування іншого
- D. Вплив лікарського засобу на метаболічні перетворення інших речовин
- E. Послаблення дії однієї речовини під впливом іншої

Еталони відповідей

Тести вихідного рівня	Тести кінцевого рівня
1-D	1-B
2-D	2-B
3-A	3-C
4-E	4-D

ВІКОВІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ
Клінічна фармація в педіатрії

Вихідний рівень знань

№1.

У хлопчика 3 місяців підвищилась температура тіла до 39,7 С, вологі обгартування дають короткочасний ефект, у дитини з'явилися судоми. Прийнято рішення ввести жарознижуючий препарат. Який лікарський засіб можна використати у цього хворого?

- A. Парацетамол.
- B. Аспирин.
- C. Індометацин.
- D. Вольтарен.
- E. Німесулід

№2.

Хворій дівчинці 4 років з приводу високої температури на тлі пневмонії мати дала аспірин. Який побічний ефект може розвинути насамперед при застосуванні аспірину у цій хворій?

- A. Агранулоцитоз
- B. Бронхоспазм.
- C. Алергічна реакція
- D. Нудота.
- E. Жовтяниця.

№3

У хворої А., 2 неділі встановлено бактеріальний менінгіт. Треба негайно почати антибіотикотерапію. Який препарат можна застосувати у цій ситуації?

- A. Канаміцин.
- B. Мономіцин.
- C. Левоміцетин.
- D. Роцефін.
- E. Тетрациклін

№4.

У хворої новонародженої дівчинки, якій вводиться антибіотик, розвинувся «сірий синдром». Який антибіотик найбільш імовірно викликав це ускладнення?

- A. Тетрациклін.
- B. Пеніцилін.
- C. Левоміцетин.
- D. Кларитроміцин.
- E. Рифампіцин.

№5.

Хворому хлопчику 6 років, якому протягом 3 днів проводилась антибіотикотерапія показаними препаратами (ампицилін), встановлено

відсутність ефекту від терапії, прийнято рішення перейти на прийом антибіотиків, які можуть використовуватися у дітей з обережністю. Який порадьте можна порадити?

- A. Лінкоміцин.
- B. Пеніцилін.
- C. Канаміцин.
- D. Левоміцетин
- E. Тетрациклін.

Еталони відповідей:

1	A
2	B
3	D
4	C
5	A

Кінцевий рівень знань

Тест №1.

У хворого хлопчика 4 років на тля лікування сульфаніламідним препаратом розвинулись жовтяниця, підвищення рівней білірубіну й симптоми білі рубінової енцефалопатії. Внаслідок чого розвинувся цей патологічний стан?

- A. Підвищенням синтезу білірубіну.
- B. Витискуванням білірубіну із зв'язку з альбумінами
- C. Пригніченням руйнування білірубіну
- D. Пригніченням ниркової екскреції білірубіну
- E. Накопиченням кристалів у нирках.

Тест №2.

У дівчинки 5 років на фоні прийому аспірину розвинувся синдром Рея. Які основні клінічні прояви цього синдрому?

- A. Токсичний вплив на ЦНС з розвитком запаморочення.
- B. Ураження кишечника з розвитком діареї
- C. Ураження печінки з розвитком енцефалопатії
- D. Пригнічення тромбоксану з розвитком кровотечі
- E. Ураження шлунку з розвитком диспепсії.

Тест №3.

У дитини 8 неділь на тлі терапії левоміцетином з'явилися блювота, жовтяниця, судоми. При обстеженні – шкіра бліда, порушення дихання, гіпотермія, гіпотонія до колапсу.

Який синдром розвинувся у дитини?

- A. Гострої судинної недостатності
- B. Синдром Лайелла
- C. Синдром Стивенса-Джонса
- D. «Сірий синдром»
- E. Бронхоспастичний синдром

Тест №4.

Дівчинці 6 років необхідно призначення НПЗП. Який препарат є безпечним у даному випадку?

- A. Ібупрофен
- B. Індометацин
- C. Аспірин
- D. Целекоксиб
- E. Рофекоксиб

Тест №5.

У дівчинки 2 років на тлі респіраторної вірусної інфекції мати застосувала аспірин. Протягом доби з'явилися симптоми токсичної енцефалопатії. Який синдром розвинувся у хворій?

- A. Синдром Лайєлла.
- B. Синдром Стілла
- C. Синдром Стивенса-Джонса
- D. Синдром Рея.
- E. Синдром Лайєлла.

Тест №6.

У дівчинки на тлі пневмонії розвинувся нестерпний кашель, який знепритомнів хвору. Мати дитини звернулася до аптеки з проханням порекомендувати протикашльовий засіб. В аптеці є мікстура, яка містить кодеїн. Який вік дитини дозволяє приймати цей препарат?

- A. Старше 1 місяця.
- B. Старше 6 місяців.
- C. Старше 1 року.
- D. Старше 2 років
- E. Вік дитини не має значення.

Тест №7.

У хлопчика 5 років, який страждає на пневмонію, дуже важко відходить мокротиння. Лікар призначив препарат, який окрім бронхолітичного ефекту ще й стимулює виділення сурфоктанту. Який це препарат?

- A. Амброксол
- B. Мукосолвін.
- C. Мукалтин
- D. Ацетілцистеїн.
- E. Йодід калію

Тест №8.

Хворій дівчинці з метою знеболювання та жарознижуючого ефекту призначений НПЗП. Який з препаратів може бути використаний й має найменший ризик розвитку шлункової кровотечі?

- A. Аспірин
- B. Індометацин
- C. Ібупрофен.
- D. Парацетамол
- E. Диклофенак.

Тест №9.

Хлопчику з приводу високої температури призначено парацетамол. Як слід давати препарат, щоб уникнути розвинення синдрому Лайєлла?

- A. Через 4-5 годин не більше 4 разів на добу.
- B. Через 2-3 години не більш 5 разів на добу
- C. Через 1-2 години не більш 6 разів на добу
- D. Через 3-4 години не більш 5 разів на добу
- E. Кожні 30 хвилин не більш 8 разів на добу

Тест №10.

У дівчинки 8 років встановлено синусит середньої важкості. На фоні лікування ампіциліном не досягнуто клінічного ефекту. Який препарат доцільно застосувати в цьому випадку?

- A. Тіенам.
- B. Амоксиклав.
- C. Левоміцетин
- D. Тетрациклін
- E. Гентаміцин

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
B	C	D	A	D	D	A	C	A	B

ВІКОВІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ

Клінічна фармація в геріатрії

Вихідний рівень знань

№1.

У хворої Л., 76 років, яка скаржиться на головний біль, при обстеженні лікар становив рівень АТ 170/60 мм рт ст. Як слід класифікувати цей рівень АТ?

- A. Нормальний для цього віку
- B. АГ I ст.
- C. АГ II ст.
- D. АГ III ст.
- E. Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія.

№2.

Хворий Л., 68 років, який страждає на інсуліннезалежний цукровий діабет, скаржиться на головний біль у потилиці, миготіння мушок перед очами. Лікар визначив артеріальну гіпертензію II ст й призначив комбіновану терапію, однак при контролі рівня цукра крові через тиждень виявлено його зростання. Який антигіпертензивний препарат може викликати таке ускладнення у хворого?

- A. Блокатор ангіотензинових рецепторів.
- B. Антагоніст кальцію.
- C. Бета-блокатор.
- D. Інгібітор АПФ.
- E. Ті азидний діуретик.

№3.

Хвора Б., 67 років, яка тривалий час страждає на гіпертонічну хворобу й перенесла інфаркт міокарду, постійно приймає адельфан, протягом останнього місяця визначила значні коливання АТ протягом дня. Лікар порадив комбіновану терапію. Яка комбінація препаратів найбільш доцільна цій хворій?

- А. Бета-АБ+фуросемид.
- В. Бета-АБ+ІАПФ.
- С. БКК+бета-АБ.
- Д. Клофелін+бета-АБ.
- Е. Фуросемид+БКК.

№4.

У хворого Р., який страждає на інсуліннезалежний цукровий діабет та постійно приймає глюренорм, протягом останнього місяця виникла постпрандіальна гіперглікемія, тому лікар призначив акарбозу. Хворий скаржиться на появу метеоризму та поносу. З чим може бути пов'язана ця скарга?

- А. Звичайна побічна дія акарбози.
- В. Ідіосинкразія до акарбози.
- С. Посилення гепатотоксичного ефекту препаратів.
- Д. Побічна дія глюренорму.
- Е. Несумістимість препаратів.

№5.

Хворому Л., 70 років, який страждає на деформуючий остеоартроз, був призначений диклофенак натрію в/м 3 мл на добу протягом 5 днів. З анамнезу відомо, що у хворого була виразка шлунку 5 років тому. У хворого виникли нудота та біль у епігастрію. Яке ускладнення виникло у хворого?

- А. Гострий ентерит
- В. Гострий НПЗП-панкреатит.
- С. Холестаз.
- Д. НПЗП-нефропатія.
- Е. НПЗП-гастропатія.

№6.

Хворий Т., 75 років, який переніс ішемічний інсульт й страждає на гіпертонічну хворобу III ст., постійно приймає амлодипин, однак у хворого зберігається шат кість при ході, запаморочення. Який препарат доцільно додати до лікування цьому хворому?

- А. Ноотропил
- В. Стугерон.
- С. Моноприл.
- Д. Діакарб.
- Е. Німодипін.

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.	6.
Е	Е	В	А	Е	А

Кінцевий рівень знань

Тест №1.

У хворого Д., 69 років який страждає на гіпертонічну хворобу й ІХС, лікар призначив комбіновану терапію, до складу якої залучені аспірин та еналаприл. Як зміниться дія цих препаратів при сумісному застосуванні?

- A. Знизиться антитромбоцитарний ефект аспірину
- B. Підвищиться антитромбоцитарний ефект аспірину
- C. Підвищиться гіпотензивний ефект еналаприлу
- D. Знизиться гіпотензивний ефект еналаприлу.
- E. Ефективність препаратів не зміниться.

Тест №2.

Хвора Б., 77 років, яка хворіє на церебральний атеросклероз, деформуючий остеоартроз, хронічний бронхіт, скаржить на головний біль, слабкість. При обстеженні встановлена гіпертонічна хвороба II ст. Лікар призначив метапролол у середньодобовій дозі для дорослих. Через 3 дні хвора відчула різку слабкість. На ЕКГ зафіксована брадикардія. З чим пов'язаний цей ефект у хворій?

- A. З віком хворої.
- B. З супутнім бронхітом.
- C. З супутнім церебральним атеросклерозом
- D. З супутнім остеоартрозом
- E. Індивідуальною чутливістю хворої.

Тест №3.

У хворого П., 88 років проводять терапію ампіциліном з приводу загострення хронічного бронхіту. Як слід перерахувати дозу препарату?

- A. Зменшити на $\frac{1}{2}$
- B. Зменшити на $\frac{1}{4}$
- C. Збільшити на $\frac{1}{2}$
- D. Збільшити вдвічі
- E. Не потребує корекції

Тест №4.

Хворому Т., 70 років, який страждає на гіпертонічну хворобу й переніс нещодавно інфаркт міокарду, лікар призначив тіотриазолін 25% 2 мл в/м 3 рази на добу. Через день у хворого появився висип на шкірі. З чим може бути пов'язаний цей небажаний ефект?

- A. Зниження ферментативної функції печінки.
- B. Зниження фільтраційної здатності нирок
- C. Зниження вмісту альбуминів крові.
- D. Алергічна реакція на препарат.
- E. Зниження захисних властивостей шлунку.

Тест №5.

Хвора Б., 69 років з приводу суглобового болю почала прийом диклофенаку. Ураження якого органу насамперед може розвинути при прийомі препарату у цій хворій?

- A. Серця
- B. Шлунку.
- C. Нирок
- D. Шкіри

Е. Печінки

Тест №6.

Хворому Д., 66 років лікар призначив з приводу гіпертонічної хвороби антагоніст кальцію. Який препарат найбільш показаний цьому хворому?

- A. Німотоп
- B. Циннаризин
- C. Верапамил
- D. Амлодипин.
- E. Ділтазем

Тест №7.

Хворій 69 років з приводу загострення деформуючого остеоартрозу лікар призначив індометацин. Який препарат слід додати до лікування, щоб уникнути побічної дії на ШКТ?

- A. Омепразол.
- B. Альмагель.
- C. Гастроципін.
- D. Ренні.
- E. Домперидон.

Тест №8

Хворий Б., 77 років почав прийом тетрацикліну, але лікар сказав, що цей препарат небезпечний для нього внаслідок розвинення небажаних ефектів. Яке ускладнення частіше виникає у похилих хворих при прийому цього препарату?

- A. Агранулоцитоз
- B. Порушення функції печінки.
- C. Псевдомембранозний коліт
- D. Судоми
- E. Ураження слухового нерву.

Еталони відповідей

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
D	A	A	D	B	D	A	B

КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА В ПЕРІОД ЛАКТАЦІЇ.

Вихідний рівень знань

№1.

У вагітної Т., 33 років, яка страждає на гестоз з підвищенням АТ до 170/110 мм рт ст, проводилась терапія метопрололом, але ефект недостатній. Який препарат доцільно й безпечно додати до терапії в цьому випадку?

- A. Корвітол.
- B. Пропранолол.
- C. Допегит.
- D. Верапаміл.
- E. Ділтазем.

№2.

У молодій жінки встановлено вагітність 4 тижні. З'явилися скарги на часте сечовипускання, у аналізах сечі виявлено невелику протеїнурію та піурію. З якого антибіотика можна почати терапію в цьому випадку?

- A. Тетрациклін.
- B. Ампіцилін.
- C. Лінкоміцин.
- D. Левоміцетин.
- E. Бісептол.

№3.

Хворій П., 19 років з приводу пізнього гестозу треба призначити препарат з діуретичним ефектом. Призначення якого препарату може викликати небажані ефекти на плід?

- A. Верапаміл.
- B. Ніфедипін.
- C. Фуросемід
- D. Допегіт.
- E. Верошпирон..

№4.

У хворої на бронхіальну астму встановлено вагітність. Хвора постійно приймає інгаляційні ГК. Який препарат доцільно запропонувати хворій з урахуванням біодоступності?

- A. Беклометазона діпропіонат.
- B. Будесонід.
- C. Сальбутамол.
- D. Флютиказону пропіонат.
- E. Преднізолон.

№5.

Жінка Р., 33 років під час лактації з приводу підвищення артеріального тиску приймала раунатин. Протягом часу у дитини з'явилися діарея, гіперемія обличчя, набряк носових ходів з утрудненням дихання. Як слід трактувати ці прояви?

- A. Наслідок недостатнього функціонування печінкових ферментів у дитини.
- B. Наслідок підвищеної чутливості дитини до раувольфії.
- C. Наслідок проникнення препарату з молоком матері.
- D. Наслідок розвитку вірусної інфекції.
- E. Наслідок недостатності ниркового кліренсу у дитини.

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.
C	B	C	D	C

Кінцевий рівень знань

Тест №1.

Жінка під час вагітності приймає вітаміни. Лікар попередив, що один з них може викликати появу вад розвитку у плоду. Який вітамін має таку властивість?

- A. А.
- B. С.
- C. В1.
- D. В12
- E. В6

Тест №2.

У жінки П., 29 років встановлено вагітність. Лікар попередив, що низка ЛЗ може викликати ембріотоксичний ефект. Які препарати мають таку властивість?

- A. Саліцилати
- B. Барбітурати.
- C. Сульфаніламідні
- D. Антиметаболіти.
- E. Всі перераховані..

Тест №3.

У хворої на гіпертонічну хворобу встановлено вагітність. Яка група антигіпертензивних препаратів найбільш загрозна для розвитку аномалій плоду у першому триместрі вагітності?

- A. БКК.
- B. Бета- АБ.
- C. ІАПФ.
- D. Діуретики
- E. Альфа-АБ.

Тест №4.

У молодій жінки на фоні вагітності розвинувся бронхоспастичний синдром. Який препарат найбільш безпечно використати у цій ситуації?

- A. Преднізолон.
- B. Сальбутамол.
- C. Гідрокортизон.
- D. Еуфілін.
- E. Триамцінолон

Тест №5.

У вагітної Т., 30 років встановлено загострення хронічного пієлонефриту. Яка група антибіотиків найбільш безпечна у даному випадку?

- A. Аміноглікозиди.
- B. Цефалоспорини.
- C. Полусинтетичні пеніциліни.
- D. Сульфаніламідни.
- E. Імепенеми.

Тест №6.

У молодій жінки під час лактації виникло загострення хронічного вагініту. Лікар призначив терапію, попередив, що один з препаратів неможна використовувати при лактації. Який це препарат?

- A. Метронідазол.
- B. Ерітроміцин.
- C. Кларитроміцин.
- D. Ампіцилін.
- E. Клотримазол

Тест №7

У жінки під час пологів розвинувся напад шлуночкової тахікардії. Був застосований анти аритмічний препарат, який викликав пригнічення дихального центру у новонародженого. Який це препарат?

- A. Амідарон.
- B. Лідокан.
- C. Соталол.
- D. Дифенін.
- E. Прокаїнамід.

Тест №8.

У жінки під час вагітності було загострення хронічного пієлонефриту, пологи пройшли добре, під час обстеження лікар порадив профілактичний прийом препаратів з приводу хронічного пієлонефриту, але попередив, що той препарат який хвора приймала раніше не підходить при лактації, тому що може викликати алергію та диспепсію у новонародженого. Який це препарат?

- A. Ампіцилін.
- B. Фурадонін.
- C. 5-НОК.
- D. Фуразолідон.
- E. Цефазолін.

Тест №9.

Вагітна під час обстеження у лікаря сказала, що не знала про вагітність й продовжувала приймати гормональні контрацептиви. Лікар сказав, що це може привести до розвитку важких наслідків. Який ефект може розвинути у дитини?

- A. Ембріотоксичний.
- B. Тератогенний.
- C. Канцерогенний.
- D. Мутагенний.
- E. Фетотоксичний

Тест №10

У хворої Л., 23 років, яка протягом року приймає циклофосфан з приводу хронічного гломерулонефриту, при обстеженні встановлено стабілізацію процесу. Хвора хоче завагітніти. Яку пораду слід надати щодо прийому препарату й можливості вагітності?

- A. Вагітність слід планувати через 1 місяць після припинення прийому циклофосфану
- B. Вагітність слід планувати через 3 місяці після припинення прийому

циклофосфану

С. Вагітність слід планувати через рік після припинення прийому циклофосфану

Д. Вагітність слід планувати через 6 місяців після припинення прийому циклофосфану.

Е. Можна приймати препарат протягом вагітності

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
A	E	C	B	C	A	B	C	A	D

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ (ПНЕВМОНІЯ, БРОНХІТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ)

Вихідний рівень знань

№1.

У хворій П., 38 років вночі підвищилась температура до 38,7 С. Зранку відчувала різку слабкість, головний біль, біль у суглобах та м'язах, лихоманку, пропасницю, зберігалася висока температура тіла. Протягом наступної доби з'явився кашель сухий, надсадний. Після обстеження встановлено пневмонію. Який синдром був основним на початку захворювання?

- A. Бронхообструктивний.
 - B. Дихальної недостатності.
 - C. Больовий.
 - D. Інтоксикаційний.
 - E. Судинної недостатності.
- Еталон відповіді – D.

№2.

У хворого Л., 46 років, який страждає на хронічний бронхіт, після переохолодження з'явився кашель з гнійною мокротою, підвищення температури тіла, біль у грудній клітці, задишка. Після рентгенологічного обстеження встановлено нижньодольову пневмонію праворуч. Лікар призначив терапію. Який основний напрямок фармакотерапії у даному випадку?

- A. Симптоматичний.
- B. Етіологічний.
- C. Патогенетичний.
- D. Замісний.
- E. Загальнозміцнюючий

№3.

Хворому Т., 57 років, у якого встановлено позалікарняну пневмонію, лікар призначив антибіотик з групи «інгібіторозахищених» пеніцилінів. Який препарат Ви порадите хворому?

- A. Амоксиклав.
- B. Ампіцилін

- C. Пеніцилін.
- D. Біцилін.
- E. Оксацилін

№4.

Пацієнту Р. 16 років, який страждає на пневмонію, лікар порадив прийом антибіотика з групи макролітів. Який препарат Ви б порадити цьому хворому?

- A. Цефалексін.
- B. Кларитроміцин.
- C. Амоксицилін.
- D. Левофлоксацин.
- E. Гентаміцин

№5.

Хворій Л., 57 років, яка страждає на пневмонію, лікар порадив прийом цефалоспоринової третього покоління. Який препарат Ви порадите хворій?

- A. Цефозолін.
- B. Цефалексін
- C. Цефепім.
- D. Цефаклор.
- E. Цефтриаксон

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.
D	B	A	B	E

Кінцевий рівень знань

№1.

У хворої П., 58 років, яка протягом доби скаржиться на підвищену температуру тіла встановлено пневмонію, проведено бактеріологічне дослідження мокротиння, виділено *H. Influenzae*, які продуцирують бета-лактамази. Яка група антибактеріальних засобів буде найбільш ефективна у даному випадку?

- A. Захищені амінопеніциліни.
- B. Карбапенеми
- C. Аміноглікозиди.
- D. Макроліди.
- E. Фторхінолони.

№2.

У хворого 75 років, який страждає на ІХС з серцевою недостатністю ПА, протягом останньої доби визначено позалікарняну пневмонію. Призначено антибіотикотерапію з урахуванням категорії хворого. З якої групи антибіотиків доцільно розпочати терапію у цього хворого?

- A. Макроліди
- B. Захищені амінопеніциліни.

- С. Фторхінолони
- Д. Аміноглікозиди.
- Е. Глікопептиди.

№3

У хворого Д., 55 років, який страждає на пневмонію, проводять антибіотикотерапію протягом трьох днів з використанням макролітів. Клінічний ефект недостатній – зберігається лихоманка до 37,8 С, погане самовідчуття. Яка лікувальна тактика доцільна у цьому випадку?

- А. Збільшити дозу або кратність введення макролітів.
- В. Додати амінопеніциліни.
- С. Перейти на прийом фторхінолонів III-IV покоління.
- Д. Перейти на прийом глікопептидів.
- Е. Перейти на карбапенеми.

№4

У хворого Ж., 65 років на фоні лікування позалікарняної пневмонії захищеними амінопеніцилінами протягом 4 днів виникли скарги на нудоту, блювоту, діарею, головний біль. З чим найбільш вірогідно може бути пов'язана поява цих скарг?

- А. Звичайна побічна дія амінопеніцилінів.
- В. Розвинення дисбактеріозу.
- С. Приєднання харчової токсикоінфекції.
- Д. Токсична дія антибіотиків.
- Е. Виникнення гострого панкреатиту.

№5.

У хворого Ш., 58 років з пневмонією виникла побічна реакція у вигляді диспепсії та алергічного висипу на шкірі при прийомі бета-лактамних антибіотиків. Яка група антибіотиків з більшою вірогідністю викликає такі ж самі побічні ефекти?

- А. Глікопептиди.
- В. Фторхінолони.
- С. Лінкозаміди.
- Д. Аміноглікозиди.
- Е. Цефалоспорини.

№6.

У хворій Л., 55 років, яка лікувалась з приводу важкої лікарняної пневмонії протягом 4 тижнів зі зміною трьох груп антибіотиків, з'явилися скарги на діарею, появу виділень з піхви, білий наліт на яснах та язичі. Проявою чого можуть бути ці скарги?

- А. Генералізації інфекції.
- В. Приєднання нової інфекції.
- С. Розвинення грибкового ураження внаслідок антибіотикотерапії.
- Д. Недостатньої тривалості лікування антибіотиками.
- Е. Загострення раніш існуючих захворювань.

№7.

У хворого Г., 60 років, який страждає на пневмонію, виділено збудник – S.

Aureus. Призначена антибіотикотерапія з урахуванням збудника. Яка комбінація найбільш доцільна у цьому випадку?

- A. Цефалотін+макропен.
- B. Цефалексин+гентаміцин.
- C. Цефтриаксон+тіенам.
- D. Оксацилін+рифампіцин
- E. Пеніцилін+гентаміцин.

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
A	B	C	A	E	C	D

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ (ХРОНІЧНА ОБСТРУКТИВНА ХВОРОБА ЛЕГЕНІВ І БРОНХІАЛЬНА АСТМА)

Вихідний рівень знань

№1.

У хворі П., 48 років, яка протягом кілька років страждає на хронічний обструктивний бронхіт, скаржиться на напади ядухи, які виникають протягом останнього тижня на фоні ГРВІ. Лікар запропонував короточасний прийом бронходилататора. Який препарат доцільно рекомендувати цій хворій?

- A. Сальбутамол.
- B. Еуфілонг
- C. Теопек.
- D. Беродуал.
- E. Фліксотід.

№2.

У хворі 46 років, яка страждає на бронхіальну астму, встановлено легка персистуюча ступінь захворювання. Лікар призначив постійний прийом інгаляційного кортикостероїда. У хворі рідко виникають нічні напади. Препарат з якої групи можна додати до базової терапії у цьому випадку?

- A. Теофілін
- B. Серевент.
- C. Сальбутамол.
- D. Еуфілін.
- E. Кромоглікат натрію.

№3

У хворого Д., 55 років, який страждає на бронхіальну астму, протягом останніх двох років постійно використовував астмопент (до 2-3 інгаляцій на добу). Після чергового застосування виник напад більш сильний. З чим пов'язаний такий напад?

- A. Синдромом відміни.

- В. Синдромом запирання.
- С. Синдромом рикошету.
- Д. Синдромом тахіфілаксії.
- Е. Незвичайною побічною реакцією.

№4

Хворий Ж., 65 років, який страждає на ІХС, запитав у провізора, чи може він використовувати еуфілін з приводу обструктивного бронхіту. Провізор не порадив прийом даного препарату з приводу розвитку побічних ефектів на серце. Який негативний ефект може викликати цей препарат у цього хворого?

- А. Тахіаритмії.
- В. Підвищення артеріального тиску.
- С. Кардіальну астму.
- Д. Гостру судинну недостатність.
- Е. Напад стенокардії.

№5.

У хворого Ш., 58 років з бронхіальною астмою на тлі безконтрольного використання короткодійних бета-агоністів виникла побічна реакція – синдром «запирання». Який препарат доцільно використовувати в цій ситуації?

- А. Сальбутамол.
- В. Фенотерол.
- С. Теопек.
- Д. Теофілін.
- Е. Епінефрин.

1.	2.	3.	4.	5.
А	В	С	А	Е

Кінцевий рівень знань

Тест №1.

Хворому П., 55 років, який тривалий час страждає на бронхіальну астму, лікар для постійного лікування порадив прийом бета2-агоніста тривалої дії. Який препарат відносять до цієї групи?

- А. Флутиказон.
- В. Сальметерол.
- С. Сальбутамол.
- Д. Фенотерол.
- Е. Тербуталін

Тест №2.

Хворий П., 58 років, який страждає на хронічний обструктивний бронхіт та приймає теофілін, звернувся до лікаря зі скаргами на підвищення температури тіла та появу гнійної мокротини. Лікар порадився з провізором – який антибіотик може викликати підвищення концентрації теофіліну й прояву побічної дії препарату?

- А. Цефтриаксон.

- В. Пеніцилін.
- С. Офлоксацин.
- Д. Гентаміцин.
- Е. Ампіцилін

Тест №3.

Хвора, яка страждає на хронічний обструктивний бронхіт, скаржиться на значну кількість мокротиння. Який препарат найбільш доцільно призначити цій хворій?

- А. Беротек.
- В. Тербуталін.
- С. Еуфілін.
- Д. Атровент.
- Е. Кромолін-натрій.

Тест №4.

Хворій Д., 44 років з приводу бронхіальної астми постійно приймає беротек в інгаляційній формі. після тривалого часу застосування скаржиться на біль у яснах, кровоточивість. Встановлено стоматит. Які рекомендації слід надати хворому?

- А. Відмінити препарат й перейти на інший інгаляційний засіб.
- В. Полоскати порожнину роту після застосування препарату й використовувати спейсер
- С. Перевести хворого на прийом системних глюкокортикоїдів.
- Д. Не відміняти препарат, додати ністатин.
- Е. Не відміняти препарат, полоскати порожнину роту хлоргексидином.

Тема №5.

Хвора на гостру пневмонію приймає сума мед. До якої групи відносять цей препарат?

- А. Напівсинтетичні пеніциліни
- В. Азаліди.
- С. Сульфаніламід
- Д. Фторхінолони
- Е. Аміноглікозиди

Тест №6.

Хворий Л., 67 років, який страждає на хронічне захворювання нирок з ХНН, з приводу загострення хронічного бронхіту почав прийом антибіотиків. Який препарат має найменшу нефротоксичність?

- А. Еритроміцин.
- В. Карбеніцилін.
- С. Гентаміцин.
- Д. Цефазолін
- Е. Ванкоміцин

Тест №7

Хвора Ш., 38 років з приводу гострої поза лікарняної пневмонії почала прийом антибіотиків пеніцилінової групи. Після триденного лікування лікар вирішив додати ще один антибіотик, щоб досягнути синергізму дії без загрози

розвинення токсичної дії. Яка комбінація найбільш доцільна для досягнення цієї мети?

- A. Пеніциліни+цефалоспорины.
- B. Пеніциліни+макроліди.
- C. Пеніциліни+аміноглікозиди.
- D. Пеніциліни+сульфаніламідиди.
- E. Пеніциліни+карбапенемиди.

Тест №8

Хворій П., 69 років, яка завжди при загостренні хронічного бронхіту приймала ампіцилін, але останнього разу лікування неефективне. Хвора звернулася до провізора з питанням – чому лікар запропонував їй прийом азітроміцину?

- A. Має найменші побічні ефекти.
- B. Показан пацієнтам похилого віку.
- C. Має бактерицидну дію.
- D. Препарат першої лінії при лікуванні загострення бронхітів.
- E. Більш дешевий.

Тест №9.

Хворому з приводу гострої поза лікарняної пневмонії призначено цефазолін. Після першої ін'єкції через 20 хвилин з'явилися нужота, запаморочення, біль у животі, зниження АТ. З чим пов'язані ці прояви?

- A. Анафілактична реакція.
- B. Прогресування хвороби.
- C. «Бактеріємічний шок».
- D. Розвинення «гострого» животу.
- E. Токсична дія препарату

Тест №10

Хворій Г., 22 років, яка постійно використовує адренотропні препарати з приводу розвинення нападу бронхіальної астми введено 1 мл адреналіну. Стан хворої погіршився внаслідок розвинення синдрому «запирання». Які дії слід провести негайно?

- A. Ввести антагоністи адреналіну.
- B. Ввести антагоністи бета2-адренорецепторів.
- C. Ввести глюкокортикоїди інгаляційно.
- D. Ввести глюкокортикоїди парентерально.
- E. Ввести в/в багато рідини

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
B	C	D	B	B	A	C	C	A	D

Змістовий модуль 2.

Клінічна фармація в кардіології, ревматології, нефрології.

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В КАРДІОЛОГІЇ (ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ І АТЕРОСКЛЕРОЗ)

Вихідний рівень знань

№1.

У хворої П., 58 років, яка зазвичай приймає короткодійні нітрати з ціллю купування нападу розжувала пролонгований препарат. Який ефект швидко виникне у пацієнтки ?

- A. Купування приступу.
- B. Шок.
- C. Колапс.
- D. набряк язика.
- E. Ефекту не буде.

№2.

У хворого 45 років протягом останнього року постійно приймає нітрати продовженої дії тричі на добу. Протягом місяця спостерігає зниження ефекту раніш ефективних доз препарату. Про яку ситуацію можна думати в першу чергу ?

- A. Погіршення коронарного кровообігу.
- B. Інфаркт міокарду.
- C. Прогресування атеросклерозу коронарних судин.
- D. Прогресування ішемічної хвороби серця.
- E. Нітратну толерантність.

№3

У хворого Д., 55 років, який страждає на ІХС, переніс інфаркт міокарду, СН 2А, АТ 140/90 мм рт ст, ЧСС 88 уд/хв. Який препарат з перелічених доцільно призначити цьому хворому ?

- A. Метопролол
- B. Пропранолол
- C. Тразікор.
- D. Обзідан.
- E. Анаприлін

№4

У хворого Ж., 55 років на фоні тривалого прийому пропранололу з приводу ІХС, з'вилися запаморочення, синкопальні стани, різке зниження ЧСС. Лікар відмінив препарат. Який побічний ефект найбільш імовірно розвинувся у

хворого?

- A. Гіпорглікемія.
- B. Ацидоз.
- C. Серцева недостатність.
- D. Інфаркт міокарду.
- E. Атріовентрикулярна блокада.

№5.

У хворої К., 55 років, який страждає на цукровий діабет, на фоні тривалого прийому метапрололу з приводу ІХС та СН 2А, з'вилися симптоми, які заставили лікаря відмінити препарат й призначити інший. Який побічний ефект найбільш імовірно розвинувся у хворого?

- A. Гіпоглікемія.
- B. АВ-блокада.
- C. Серцева недостатність.
- D. Гіреутизм.
- E. Сонливість.

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.
E	E	A	E	A

Кінцевий рівень знань

Тест №1

Хворому П., 48 років, який страждає на ІХС, стенокардію напруження ФК П, ускладнена атріовентрикулярною блокадою, призначено антиангінальну терапію. Яку комбінацію препаратів доцільно та безпечно призначити цьому хворому?

- A. Нітросорбіт+триметазидін.
- B. Нітрогліцерин+метопролол
- C. Триметазидін+пропранолол.
- D. Метопрлол+триметазидін.
- E. Небіволол+ нітросорбід.

Тест №2.

Хвора Р., 67 років приймала нітросорбід тривалий час 1 таблетку тричі на добу. Останній тиждень відмітила появу стенокардитичних нападів при фізичному навантаженні, який раніше їх не викликав. Лікар припустив розвиток нітратної толерантності. Яку рекомендацію треба дати хворій, щоб уникнути даного ефекту?

- A. Збільшити дозу нітросорбіду до 2 таблеток на прийом.
- B. Відмінити нітросорбід, замінити на моно-нітрат.
- C. Відмінити нітросорбід, призначити інший динітрат.
- D. Збільшити кількість прийому нітросорбіду до 4 разів на добу
- E. Призначити прийом нітросорбіду 2 рази на добу.

Тест №3.

У пацієнта, який тривалий час страждає на ІХС та постійно приймає нітрати продовженої дії, виникло питання – який прийом нітратів запобігає швидкому розвиненню нітратної толерантності?

- A. 1 раз на добу.
- B. 2 рази на добу з 12-годинним інтервалом.
- C. 3 рази на добу.
- D. 4 рази на добу.
- E. Прийом 1/3 дози вранці, 2/3 ввечері..

Тест №4

Хвора Л., 47 років з ІХС та гіпертонічною хворобою приймає метопролол та еналаприл. При черговому обстеженні встановлено брадикардію та порушення атріовентрикулярної провідності. Наслідком чого може бути ця побічна дія?

- A. Велика доза еналаприлу.
- B. Мала доза еналаприлу.
- C. Велика доза метопрололу.
- D. Мала доза метопрололу
- E. Комбінований прийом обох препаратів.

Тест №5.

У хворого Л., 73 років встановлено гіпертонічну хворобу. Після призначення метопрололу стан хворого покращився, АТ нормалізувався й хворий перервав прийом препарату. Раптово наступного ранку у хворого виник гіпертонічний криз. Внаслідок чого розвинулась ця ситуація?

- A. Індивідуальні особливості хворого
- B. Синдром відміни препарату.
- C. Звичайна течія хвороби
- D. Недостатня доза препарату
- E. Недостатній час прийому препарату.

Тест №6.

У хворої Т., 68 років, яка перенесла інфаркт міокарду, лікар порадив обов'язковий прийом бета-адреноблокатора. З якою метою призначена ця група ЛЗ?

- A. Запобігання розвитку другого інфаркту.
- B. Запобігання розвитку серцевої недостатності.
- C. Запобігання розвитку порушень ритму.
- D. Запобігання розвитку порушень провідності.
- E. Запобігання розвитку ГХ.

Тест №7.

У хворого на стенокардію, який тривалий час приймає ізосорбиду динітрат, знизився ефект антиангінальної терапії. Лікар запропонував прийом іншого препарату на короткий час, який може покращити стан хворого. Який це препарат?

- A. Ізосорбиду мононітратю
- B. Еналаприл
- C. Валокордин
- D. Предуктал

Е. Валідол

Тест №8.

Хвора Ж., 45 років, яка розпочала прийом нітратів з приводу стенокардії скаржиться на появу головного болю. Біль її турбує, але вона його може переносити. Яку пораду Ви можете дати хворій для зменшення цього побічного ефекту?

- А. Прийом валідолу разом із нітратом.
- В. Прийом половинної дози нітрату із збільшенням кратності.
- С. Прийом разом з бета-блокатором
- Д. Прийом разом з валеріаною.
- Е. Прийом разом з ІАПФ.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
А	В	В	С	В	А	А	А

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В КАРДІОЛОГІЇ (АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ)

Вихідний рівень знань

№1.

У хворої Ц., 58 років, яка страждає на ГХ та приймає еналаприл з гіпотіазидом, зберігається АТ на рівні 160/90 мм. рт. ст. Лікар збільшив дозу еналаприлу. Чому лікар не збільшив дозу гіпотіазиду у даної хворої?

- А. Тому що гіпотензивний ефект гіпотіазиду більший в невеликих дозах.
- В. Тому що у хворої незначне підвищення АТ порівняно з нормою.
- С. Тому що можливо викликати небажані побічні ефекти.
- Д. Тому що можливо розвинення антагоністичного ефекту.
- Е. Лікар помилився.

№2.

У хворого 45 років АГ 2 ст, АТ 180/100 мм ртст, ЧСС 110 уд.хв. Лікар призначив комбіноване лікування. Яка комбінація гіпотензивних препаратів найбільш доцільна була б для цього хворого ?

- А. Діуретик + бета-блокатор.
- В. Діуретик + ІАПФ.
- С. Антагоніст кальцію групи ніфедипіну+ діуретик.
- Д. Бета-блокатор + антагоніст кальцію групи верапамілу.
- Е. Бета-блокатор + антагоніст кальцію групи ділтиазему.

№3

У хворого Д., 55 років, який страждає на ГХ, лікар відмінив каптоприл у зв'язку з розвитком побічного ефекту. Який побічний ефект найбільш ймовірно міг призвести до відміни препарату ?

- А. Нудота.

- В. Блювота.
- С. Головний біль.
- Д. Шум у голові.
- Е. Кашель.

№4

У хворого Г., 52 років, який страждає ГХ, лікар відмінив верапаміл. Який побічний ефект найбільш ймовірно міг викликати відміну препарату ?

- А. Нудота.
- В. Закріп.
- С. Почервоніння обличчя.
- Д. Шум у голові.
- Е. Кашель.

№5.

Хворий Є., 58 років з ГХ, який приймає комбіновану антигіпертензивну терапію, скаржитися на появу головного болю. Який препарат найбільш імовірно викликав такий побічний ефект?

- А. Пропранолол.
- В. Каптоприл.
- С. Гіпотіазид.
- Д. Еналаприл.
- Е. Верапаміл.

№6.

Хворий Т., 66 років тривалий час постійно приймав клофелін. Сусідка сказала, що цей препарат має багато побічних ефектів. Хворий припинив прийом препарату. Який побічний ефект найбільш імовірно розвинеться у хворого?

- А. Кашель
- В. Нудота
- С. Головний біль
- Д. Гіпертензивна криза
- Е. Гіпотензія

1.	2.	3.	4.	5.	6.
А	А	Е	В	А	Д

Кінцевий рівень знань

Тест №1.

У хворого І., 45 років встановлено гіпертонічну хворобу, хворий продовжує вести активний спосіб життя. Який антигіпертензивний препарат доцільно призначити цьому хворому, щоб уникнути статевих розладів?

- А. Метопролол
- В. Карведілол.
- С. Еналаприл
- Д. Анаприлін.

Е. Небіволол.

Тест №2.

Хворому К., 55 років, який страждає на гіпертонічну хворобу. Протягом 2 місяців приймав еналаприл з добрим гіпотензивним ефектом, але звернувся до лікаря з приводу сухого кашлю, який турбує хворого. Ваші рекомендації в даній ситуації?

- А. Відмінити еналаприл, призначити каптоприл.
- В. Не відмінити еналаприл, додати діуретики.
- С. Відмінити еналаприл, призначити амлодипін.
- Д. Продовжити лікування еналаприлом, дозу зменшити в 2 рази.
- Е. Продовжити лікування препаратом, збільшити дозу удвічі.

Тест №3.

Хворий П., 66 років, який страждає на гіпертонічну хворобу та приймає еналаприл, звернувся із скаргами на головний біль. При обстеженні встановлено підвищений артеріальний тиск. Який препарат найбільш доцільно додати до лікування цьому хворому?

- А. Нітросорбід.
- В. Гіпотіазид.
- С. Аспірин.
- Д. Верошпирон.
- Е. Каптоприл

Тест №4

Хвора Б., 55 років скаржиться на появу головного болю, слабкості. При обстеженні встановлено гіпертонічну хворобу II ст. Який препарат найбільш доцільно застосувати у цій хворій?

- А. Амлодипін
- В. Бетаксолон
- С. Еналаприл
- Д. Гіпотіазид
- Е. Моксиприл

Тест №5.

Хвора В., 55 років приймала постійно клофелін двічі на добу у дозі 0,000075 м в приводу сильної сухості у роті хвора хоче припинити прийом препарату, але пров порадив відмінити поступово, протягом тижня. Чому лікар дав таку раду?

- А. Загроза розвинення гіпертонічного кризу
- В. Загроза розвинення гіпотонії
- С. Загроза розвинення гіперліпідемії
- Д. Загроза розвинення гіпокаліємії
- Е. Загроза розвинення анемії.

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

С	С	В	Е	А
---	---	---	---	---

**КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В КАРДІОЛОГІЇ
(ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ, ПОРУШЕННЯ РИТМУ
СЕРЦЯ).**

Вихідний рівень знань

№1.

У хворої П., 58 років, задишка у спокої, набряки гомілок. У легенях – хрипи; у нижніх відділах дихання не визначається. АТ 220/110 мм.рт.ст., На ЕКГ ознаки гіпертрофії міокарда, ЧСС 100 уд/хв. Яка група препаратів повинна бути застосована в першу чергу ?

- А. Діуретики.
- В. Серцеві глікозиди.
- С. Інгібітори АПФ.
- Д. Ноотропи.
- Е. Спазмолітики.

№2.

У хворого 52 років, що в минулому переніс інфаркт міокарду, з незначними набряками гомілок, протягом останніх двох діб погіршився стан. Спостерігаються брадикардія, блювота, нудота. З приводу основного захворювання приймав еналаприл, дігосин, фуросемід. Про виникнення якого патологічного стану треба подумати в першу чергу ?

- А. Гіпокаліємія.
- В. Повторний інфаркт міокарду.
- С. Гіпертонічна криза.
- Д. Тромбоз мезентеріальних судин.
- Е. Глікозидна інтоксикація.

№3

У хворого Д., 55 років, який страждає на ІХС тривалий час, серцеву недостатність Н2А-Б та приймає дигітоксин визначається ЧСС 42 уд./хв. Та шлуночкові екстрасистолія. Що потрібно зробити в першу чергу ?

- А. Відмінити серцеві глікозиди.
- В. Призначити унітіол та препарати калію.
- С. Призначити діуретики.
- Д. Призначити активований вугіль.
- Е. Призначити препарати кальцію.

№4

У хворого Ж., 55 років на фоні тривалого прийому фуросеміду з'вилися симптоми, які заставили лікаря відмінити препарат й призначити інший препарат.

Який побічний ефект найбільш імовірно розвинувся у хворого?

- A. Гіперкаліємія.
- B. Гіпокаліємія.
- C. Гіперкальціємія.
- D. Гіпокальціємія.
- E. Гіпернатріємія.

№5.

Хворий Ш., 45 років з ішемічною хворобою серця, та серцевою недостатністю, який приймає комбіновану терапію, скаржиться на порушення ерекції та гінекомастію. Який препарат найбільш імовірно може викликати такий побічний ефект?

- A. Аспірин.
- B. Молсідомін.
- C. Кардікет.
- D. Спіронолактон.
- E. Верапаміл.

1.	2.	3.	4.	5.
C	E	B	B	D

Кінцевий рівень знань

Тест №1.

У хворого С., 75 років встановлено хронічну серцеву недостатність на тлі постійної форми миготливої аритмії. Призначено дігоксин. Хворий розпочав прийом препарату 1 таблетку 3 рази на добу. Яке ускладнення терапії найбільш імовірно розвинеться в цьому випадку?

- A. Глікозидна інтоксикація.
- B. Підвищення артеріального тиску.
- C. Стенокардія.
- D. Артеріальна гіпотонія
- E. Тромбоутворення

Тест №2.

У хворого В., 65 років із серцевою недостатністю, який приймав фуросемид, нітросорбід, метопролол, аспірин, еналаприл та дігоксин, розвинулись признаки глікозидної інтоксикації. Перевищення дози якого препарату сприяло появі цього ускладнення?

- A. Нітросорбиду.
- B. Метопрололу.
- C. Еналаприлу.
- D. Фуросемиду.
- E. Аспірину.

Тест №3.

Хворий Р., 66 років після перенесеного інфаркту міокарду з поради лікаря

постійно приймає 25 мг спіронолактону. Однак у нього з'явилися скарги, які лікар розцінив як побічну дію цього препарату. Яка побічна дія найбільш можлива у цьому випадку?

- A. Розвиток головного болю
- B. Порушення ритму серця
- C. Гінекомастія
- D. Порушення сечовиділення
- E. Різке зниження АТ.

Тест №4.

Хворому на серцеву недостатність призначено комбіновану терапію фуросемидом та спіронолактоном. Коли слід очікувати повного діуретичного ефекту?

- A. Через тиждень
- B. Через 2 дні
- C. Через 3 дні
- D. Через 4 дні
- E. Через 5 днів

Тест №5.

Хворий Л., 57 років тривалий час приймає фуросемид у дозі 80 мг на добу. Протягом останнього тижня ефект препарату значно зменшився. Призначення якого засобу може відновити чутливість до цього препарату?

- A. Гідрохлортиазид
- B. Ніфедипин.
- C. Діакарб
- D. Етакринова кислота.
- E. Спіронолактон

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.
A	D	B	E	C

Клінічна фармація в ревматології

Вихідний рівень знань

№1.

Пацієнт Л., 20 років після перенесеної ангіни, скаржиться на біль у колінних та гомілкових суглобах, який носить непостійний (мігруючий) характер, підвищення місцевої температури, набряк навколосуглобних тканин, зменшення рухів у суглобах. У хворого встановлено гостру ревматичну лихоманку. Яка характеристика суглобного синдрому найбільш характерна для цього захворювання?

- A. Ураження колінних та гомілкових суглобів.
- B. Мігруючий характер болю.
- C. Підвищення місцевої температури.
- D. Набряк навколо суглобних тканин.

Е. Зменшення рухів у суглобах.

№2.

У хворої Г., 16 років, яка перенесла ангіну 2 тижні тому, з'явився біль у суглобах, лихоманка, головний біль, швидка втомлюваність, зниження апетиту, біль у м'язах. Після обстеження встановлено підвищення ШОЕ. Попередній діагноз – гостра ревматична лихоманка. Який синдром є основним для встановлення цього діагнозу?

- А. Больовий.
- В. Інтоксикаційний.
- С. Суглобовий.
- Д. Запальний.
- Е. Анемічний.

№3.

Хворій Б., 34 років з приводу стрептокової ангіни призначено пеніцилін. Свій бактерицидний ефект препарат оказує завдяки порушенню внутріклітинних процесів. З порушенням яких процесів пов'язано цей ефект препарату?

- А. Синтезу клітинної стінки.
- В. Проникливості цитоплазматичної мембрани.
- С. Внутріклітинного синтезу білка.
- Д. Синтезу РНК.
- Е. Синтезу ДНК.

№4.

У пацієнта Р. 26 років на тлі ангіни було призначено пеніцилін, який не був ефективним. Лікар припустив, що в даному випадку доцільно використати антибіотик, до складу якого входить речовина, яка інактивує бета-лактамази бактерій. Який препарат можна рекомендувати?

- А. Ампіцилін.
- В. Бензатілпеніцилін.
- С. Оксацилін.
- Д. Амоксиклав.
- Е. Амоксицилін.

№5.

Хворій Л., 17 років, яка страждає на ревматизм, призначена комплексна терапія, до складу якої залучено вітаміни. Яку ціль фармакотерапії здійснюють ці препарати?

- А. Первинна профілактика захворювання
- В. Вплив на патогенетичні механізми
- С. Загальнозміцнююча.
- Д. Запобігання розвитку ускладнень.
- Е. Вторинна профілактика захворювання

№6.

Молода жінка скаржиться на біль у дрібних суглобах кистей, підвищення температури тіла до 37,3-37,4 С, загальну слабкість, надмірне випадіння волосся, висип на обличчі по типу «метелика». При обстеженні встановлено підвищення

ШОЕ, анемію. Встановлено системний червоний вовчак. Який симптом є патогномонічним для захворювання у цієї хворої?

- A. Підвищення температури тіла.
- B. Біль у суглобах.
- C. Висип на обличчі типа «метелика».
- D. Загальна слабкість.
- E. Анемія, підвищення ШОЕ.

№7.

Пацієнтка Л., 21 року скаржиться на біль у дрібних суглобах кистей, їх припухлість, скутість вранці у рухах в цих суглобах. Протягом останнього місяця визначила зростання загальної слабкості, швидкої втомлюваності, періодично – підвищення температури тіла до 37,2-37,3 С. Для якого захворювання сполучної тканини найбільш характерний суглобовий синдром?

- A. Системний червоний вовчак.
- B. Системна склеродермія.
- C. ревматоїдний артрит.
- D. Дерматоміозит.
- E. Ревматичний поліартрит.

№8.

Хворій Л., яка хворіє на системний червоний вовчак, призначено преднізолон та целекоксиб з приводу суглобового синдрому. Який сполучний механізм протизапальної дії мають ці препарати?

- A. Стимулюють цитокіни.
- B. Пригнічують цитокіни.
- C. Пригнічують гени, які кодують синтез цитокінів.
- D. Пригнічують тромбоксан А2.
- E. Пригнічують синтез простагландинів.

№9.

Хворій на ревматоїдний артрит призначено сульфасалазин. Який напрямок фармакотерапії здійснює цей препарат у даному випадку?

- A. Симптоматичний.
- B. Патогенетичний.
- C. Етіологічний.
- D. Замісний.
- E. Профілактичний.

№10.

Хворій на системний червоний вовчак призначена глюкокортикоїдна терапія. Раніше приймала метіл-преднізолон. Зараз у зв'язку з відсутністю цього препарату розпочала прийом преднізолону. Відносно якого препарату з цієї групи слід провести розрахунок дози?

- A. Преднізолон.
- B. Метіл-преднізолон.
- C. Дексаметазон.
- D. Триамцинолон.
- E. Бетаметазон.

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
В	С	А	Д	С	С	С	Е	В	А

Кінцевий рівень знань:

№1.

Хворому Л., з приводу гострої ревматичної лихоманки призначено пеніцилін. Який режим введення цього препарату найбільш ефективний у цьому випадку?

- А. 1,5-4 млн в/м 4 р/доб.
- В. 0,5-1 млн в/м 3 р/доб.
- С. 3-5 млн в/м 2 р/доб.
- Д. 6-8 млн в/м 2 р/доб.
- Е. 1-2 млн 6 р/доб

№2.

У хворого 24 років встановлено ревматичну лихоманку, стан важкий, встановлено ураження серця, ШОЕ 33 мм/год. У лікуванні використовують антибіотики пеніцилінового ряду. Який препарат доцільно призначити у цьому випадку?

- А. Аспірин 325 мг на добу
- В. Преднізолон 20 мг на добу.
- С. Канаміцин 500 мг надобу
- Д. Курантіл 1200 мг на добу.
- Е. Діклофенак 150 мг на добу.

№3.

У хлопчика Р., 4 років після проведення антибіотикотерапії з приводу гострої ревматичної лихоманки 3 тижні тому виникли болі у суглобах. До лікування рекомендований діклофенак. Який режим прийому потрібен цьому хворому?

- А. 4-5 мг/кг маси 2 місяці.
- В. 1-2 мг/кг маси 1 місяць.
- С. 2-3 мг/кг маси 1,5-2 місяці.
- Д. 0,5-1 мг/кг 3 місяці.
- Е. 4-5 мг/кг 2 місяці.

№4

Хворій А., 30 років з приводу ревматичної вади серця рекомендовано профілактичне введення біциліну-1, але в неї встановлено непереносимість цього препарату. Яким препаратом можна проводити профілактику у цій хворій?

- А. Біцилін-5.
- В. Індометацин.
- С. Преднізолон.
- Д. Азитроміцин.
- Е. Тетрациклін

№5.

Хворому Б., з приводу профілактики ревматизму рекомендований біцилін-1. Але в нього встановлено побічну реакцію на цей препарат. Яка побічна реакція найбільш поширена на цю групу препаратів?

- A. Алергічні реакції.
- B. Нудота.
- C. Серцебиття.
- D. Підвищення артеріального тиску
- E. Глухота.

№6.

Хвора Л., 66 років, яка страждає на хронічний гастрит, скаржиться на біль у колінний суглобах, який з'явився після фізичного навантаження. Суглоби ззовні не змінені, шкіра без проявів запалення. Який препарат доцільно призначити хворій?

- A. Індометацин
- B. Аспірин.
- C. Парацетамол.
- D. Целекоксиб.
- E. Ібупрофен.

№7.

Хворій Л., яка страждає на ревматоїдний артрит, призначено лікування, до якого залучено НПЗП з ціллю зменшення больового синдрому. Який препарат доцільно призначити хворій, враховуючи вплив НПЗП на хрящову тканину?

- A. Аспірин.
- B. Ібупрофен.
- C. Диклофенак.
- D. Моваліс.
- E. Целекоксиб.

№8.

Хвора Б., 44 років, яка тривалий час страждає на системний червоний вовчак, визначила покращення стану на фоні тривалої терапії глюкокортикоїдами. Лікар прийняв рішення знизити дозу преднізолону, порекомендував одночасний прийом НПЗП. Який препарат доцільно призначити цій хворій?

- A. Напроксен.
- B. Ібупрофен.
- C. Фенопрофен.
- D. Кетопрофен.
- E. Піроксикам.

№9.

У хворого Р., який на фоні підвищеної температури тіла прийняв аспірин, розвинулась тяжка реакція – головний біль, нудота, блювота, зниження слуху, ядуха. Який побічний ефект розвинувся у хворого?

- A. Ідіосинкразія.
- B. Гастротоксичний.
- C. Гепатотоксичний.
- D. Нейротоксичний.

Е. Кардіотоксичний.

№10.

Хворому Л., який має підвищену чутливість до ряду препаратів, яка проявляється шкіряними висипами, треба призначити НПЗП. Який препарат має найменший коефіцієнт розвитку побічної дії у даного пацієнта?

- А. Індометацин.
- В. Пироксикам.
- С. Фенілбутазон.
- Д. Аспірин.
- Е. Диклофенак.

№11.

Хворий Т., 77 років страждає на гіпертонічну хворобу і постійно приймає еналаприл, після фізичного навантаження з'явився біль у правому колінному суглобі, з приводу чого прийняв ібупрофен. Як на дію одне одного можуть вплинути ці препарати?

- А. Зниження гіпотензивного ефекту еналаприлу
- В. Зниження протизапального ефекту ібупрофену.
- С. Зниження аналгетичного ефекту ібупрофену.
- Д. Підвищення протизапального ефекту ібупрофену.
- Е. Підвищення гіпотензивного ефекту еналаприлу.

№12.

Хвора Л., 56 років, яка приймає варфарин з профілактичною ціллю після протезування митрального клапану, з приводу суглобного болю розпочала приймати мелоксикам. До яких наслідків може призвести прийом цього препарату у даній хворій?

- А. Зменшення антикоагуляційної властивості варфарину – ризик тромбоутворення.
- В. Збільшення антикоагуляційної властивості варфарину – ризик кровотечі.
- С. Зменшення ефективності мелоксикаму – погіршення суглобного болю.
- Д. Підвищення токсичності мелоксикаму – ризик гастродуоденальної кровотечі.
- Е. Підвищення токсичності мелоксикаму – розвинення синдрому Лайєла.

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
А	В	С	Д	А	Д	Е	В	А	Е	А	В

Клінічна фармація в нефрології

Вихідний рівень знань:

№1.

Хворий П., 55 років, який страждає на хронічний пієлонефрит, скаржиться на появу слабкості, головного болю, важкість у поперековій ділянці, часте сечовипускання переважно вночі, набряки.

Які симптоми патогномонічні для цього захворювання?

- А. Часте сечовипускання переважно вночі.

- В. Головний біль.
- С. Слабкість.
- Д. Важкість у попереку.
- Е. набряки.

№2.

Хвора М., 44 років страждає на хронічний гломерулонефрит. Протягом останнього тижня з'явилися набряки на обличчі, ногах. Лікар призначив фуросемід. Який основний механізм дії цього препарату?

- А. Порушує реабсорбцію іонів натрію, калію та хлору на рівні петлі Генле.
- В. Збільшення екскреції з сечею натрію, калію, хлору, магнію та кальцію.
- С. Порушення реабсорбції іонів на рівні коркового відділу петлі Генле..
- Д. Пригнічення реабсорбції іонів хлору на рівні петлі Генле..
- Е. Конкурентний антагонізм з альдостероном.

№3.

Хворий Т., який страждає на хронічний гломерулонефрит, постійно приймає преднізолон, у зв'язку з погіршенням стану лікар призначив циклофосфан.

Який механізм дії цього препарату забезпечить очікуаний ефект

- А. Інгібіція фосфоліпази.
- В. Інгібіція дієстерази.
- С. Стимуляція простагландинового синтезу.
- Д. Інгібіція ангіотензинперетворюючого ферменту.
- Е. Стимуляція цитохрому Р-450

№4.

Хворому Т., 33 років у зв'язку з гломерулонефритом призначено курантіл, як дезагрегант. Який механізм дії цього препарату дозволяє використовувати його з цією ціллю?

- А. Зниження рівня цАМФ у тромбоцитах
- В. Стимуляція простациклінових рецепторів.
- С. Інгібіція фосфодієстерази тромбоцитів.
- Д. Інгибіція синтезу тромбоксана А2
- Е. Блокада глікопротеїнів мембран тромбоцитів

№5.

Хвора Л., 36 років у зв'язку з артеріальною гіпертензією розпочала прийом еналаприлу. Який основний механізм дії цього препарату?

- А. Блокада ангіотензинових рецепторів
- В. Інгібіція ангіотензинового ферменту.
- С. Інгібіція фосфодієстерази.
- Д. Блокада кальцієвих каналів.
- Е. Блокада альфа-рецепторів судин.

№6.

Хвора Л., 32 років скаржить на біль у попереку, підвищення температури тіла, часте сечовипускання малими порціями, підвищення температури тіла до 37,6 С. ЧСС 90 уд/хв, АТ 140/90 мм рт ст. Скарги з'явилися після значного переохолодження. У загальному аналізі крові Л 8,6 г/л, у загальному

аналізі сечі ВЩ 1006, Л ½ поля зору. Лікар поставив діагноз гострої інфекції сечових шляхів.

Який основний симптом у хворої дозволив лікарю поставити діагноз?

- A. Сечовий.
- B. Інтотоксикаційний.
- C. Тахікардитичний.
- D. Гіпертензивний.
- E. Больовий.

№7.

У хворого Д., 66 років, який страждає на хронічний пієлонефрит, визначена пневмонія. Лікар призначив гентаміцин 80 мг в/м 2 рази на добу. Протягом 3 діб ефект від терапії відсутній. З чим може бути пов'язана відсутність ефекту лікування цим препаратом?

- A. Природна нечутливість збудника (пневмокок) до гентаміцину.
- B. Стать хворого.
- C. Вік хворого.
- D. Недостатня доза препарату.
- E. Не той шлях введення препарату.

№8.

Хвора Ж., 47 років з приводу загострення хронічного пієлонефриту розпочала прийом антибіотиків. Лікар призначив амікацин. До якого покоління аміноглікозидів відносять цей препарат?

- A. Перше
- B. Друге.
- C. Третє.
- D. Четверте.
- E. Не належить до цієї групи антибіотиків.

№9.

Хворому Д., 36 років рекомендовано прийом фторхінолону, який належить до першої генерації. Яка флора найбільш чутлива до цих антибіотиків?

- A. Грампозитивні палички.
- B. Грамнегативні коки.
- C. Грамнегативні палички.
- D. Грампозитивні палички.
- E. Анаероби

№10.

Нітрофурани здатні рушити структуру ДНК збудників інфекцій. Відомо, що препарати здатні проявляти бактерицидний й бактериостатичний ефекти. Яке затвердження правильно для цієї групи препаратів?

- A. Мають більший бактериостатичний ефект внаслідок дії на ДНК.
- B. Мають більший бактерицидний ефект внаслідок дії на ДНК.
- C. Мають рівний бактериостатичний та бактерицидний ефекти внаслідок дії на ДНК.
- D. Мають рівний бактериостатичний та бактерицидний ефекти, але це не пов'язано з дією на ДНК.

Е. Мають більший бактеріостатичний ефект, але це не пов'язано з дією на ДНК.

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
А	А	А	С	В	А	А	В	С	А

Тести кінцевого рівня знань:

Тест №1

Хворий Т., який страждає на хронічний гломерулорнефрит, постійно приймає циклофосфан. При черговому обстеженні встановлено анемію, лейкопенію, тромбоцитопенію. Лікар вирішив, що ці показники є побічною дією препарату. Яку пораду слід надати задля удосконалення терапії?

- А. Відмінити циклофосфан
- В. Додати преднізолон й знизити дозу циклофосфану.
- С. Відмінити циклофосфан й призначити преднізолон у високій дозі.
- Д. Відмінити циклофосфан й призначити метотрексат
- Е. Не відмінити циклофосфан, додати еритропоетин.

Тест №2.

У хворої Д., яка страждає на вовчаків гломерулонефрит й приймає циклофосфан у вигляді «пульс» - терапії, з'явилися скарги на проніс, болі у животі, нудоту, блювоту. Яка найбільш вірогідна причина цих проявів?

- А. Приєднання харчової токсикоінфекції.
- В. Розвиток токсичної дії препарату на шлунок й кишечник
- С. Прояви гепатотоксичності препарату
- Д. Розвинення вовчакового гепатиту.
- Е. Розвинення кишкової кровотечі.

Тест №3.

У хворого Л., 44 років для лікування хронічної інфекції сечовивідних шляхів застосовується нітрофурантоїн. Чому цей препарат доцільно використовувати тільки при цій патології?

- А. Не концентрується у сечі, тому не має побічних дій.
- В. Має високу концентрацію у нирках завдяки реабсорбції у канальцях.
- С. Ефективний при грам-негативної флорі.
- Д. Не метаболізується у печінці, тому одразу досягає високої концентрації у тканині нирок.
- Е. Не елімінується нирками, тому не має нефротоксичності.

Тест №4.

У хворої Д., 33 років у комбінованій терапії хронічного пієлонефриту використовували гентаміцин, однак визначена резистентність до препарату, лікар бажає призначити більш ефективний антибіотик з цієї ж групи. Який препарат доцільно призначити хворій?

- А. Стрептоміцин

- В. Амікацин
- С. Неоміцин
- D. Тобраміцин
- Е. Канаміцин

Тест №5.

У хворого на хронічну інфекцію сечовивідних шляхів проводять комбіновану антибіотикотерапію до якої залучено аміноглікозид. Чому ця група антибіотиків часто застосовується у комбінованій терапії?

- А. Запобігають розвитку швидкої резистентності бактерій.
- В. Знижують ризик розвинення нефротоксичності
- С. Знижують ризик розвинення ото токсичності.
- Д. Дають змогу знизити дози препаратів.
- Е. Підвищують всмоктування інших антибіотиків.

Тест №6.

У хворого Л., перед виконанням цистоскопії потрібна антибіотикопрофілактика з застосуванням препарату, який досягає високої концентрації у сечі. Який препарат найменш показаний в даній ситуації?

- А. Норфлуксацин.
- В. Ампіцилін.
- С. Еритроміцин.
- Д. Левоміцетин.
- Е. Гентаміцин.

Тест №7.

Хворому Т., при загостренні хронічного пієлонефриту призначено препарат з групи фторхінолонів. Назвіть цей препарат?

- А. Канаміцин.
- В. Макропен.
- С. Ципролет.
- Д. Фурамаг.
- Е. Цефуроксим.

Тест №8.

Хворій Р., 55 років, яка страждає на хронічну інфекцію сечовивідних шляхів, призначено препарат з групи аміноглікозидів II покоління. Який препарат приймає хвора?

- А. Канаміцин.
- В. Мономіцин.
- С. Стрептоміцин
- Д. Амікацин.
- Е. Дибекацин.

Тест №9.

У хворого Л., 77 років, який з приводу загострення хронічного пієлонефриту приймав гентаміцин, з'явилися скарги на запаморочення, зниження слуху, шаткість при ході. Лікар розцінив ці скарги як прояву побічної дії гентаміцину й відмінив препарат. На Вашу думку – з чим пов'язані скарги хворого?

- A. Погіршення церебрального атеросклерозу.
- B. Ототоксична дія препарату.
- C. Розвинення минушого порушення мозкового кровообігу.
- D. Погіршення кровообігу внутрішнього вуха.
- E. Підвищення артеріального тиску.

Тест №10.

Хвора В., 46 років приймала фторхінолони з приводу загострення хронічного пієлонефриту протягом 5 днів. Які показники можуть свідчити про наявність достатнього клінічного ефекту лікування?

- A. Відсутність набряків.
- B. Нормальний артеріальний тиск.
- C. Відсутність протеїнурії.
- D. Відсутність лейкоцитурії.
- E. Відсутність еритроцитурії.

Еталони відповідей:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
B	B	B	D	A	C	C	D	B	D

7. Перелік навчально-методичної літератури

Основна література:

1. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии / Л.В. Деримедведь, И.М. Перцев, Е.В. Шуванова и др.; Под ред. И.М. Перцева. – Х.: Мегapolis, 2002. – 784 с.
2. Основы внутренних болезней: Справочник / И.А. Зупанец, В.Н. Коваленко, Н.В. Бездетко и др. – Х.: Прапор, 1999. – 82 с.
3. Клиническая лабораторная диагностика: методы исследования: Учеб пособие для студентов спец. «Фармация», «Клиническая фармация», «Лабораторная диагностика» вузов / И.А. Зупанец, С.В. Мисюрева, В.В. Прописнова и др.; Под ред. И.А. Зупанца. – 3-е изд. перераб., доп. — Харьков: Изд-во НФаУ: Золотые страницы, 2005. – 200 с.
4. Клінічна фармакологія: Підруч. для студ. вищ. навч. закл. У 2 т. Т. 1 / С.В. Нальотов, І.А. Зупанець, Т.Д. Бахтєєва й ін.; За ред. І.А. Зупанця, С.В. Нальотова, О.П. Вікторова. – Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2007. – 348 с.
5. Клінічна фармакологія: Підруч. для студ. вищ. навч. закл. У 2 т. Т. 2 / С.В. Нальотов, І.А. Зупанець, Т.Д. Бахтєєва й ін.; За ред. І.А. Зупанця, С.В. Нальотова, О.П. Вікторова. – Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2007. – 312 с.
6. Клінічна фармакологія: підручник / Кол. авторів; за ред. О.Я. Бабака, О.М. Біловола, І.С. Чекмана. К.: Медицина, 2008. – С.
7. Компендиум 2007 – лекарственные препараты: В 2 т. / В.Н. Коваленко, А.П. Викторова, В.И. Мальцев и др.; Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: Морион, 2007. – 2270 с.
8. От субстанции к лекарству: учебное пособие / П.А. Безуглый, В.В. Болотов, И.С. Гриценко и др.; Под ред. В.П. Черных. – Х.: Изд-во НФаУ: Золотые страницы, 2005. – 1244 с

9. ОТСTM: ответственное самолечение / Под ред. И.А. Зупанца, И.С. Чекмана. – 4-е изд., перераб. и доп. – К.: «Фармацевт Практик», 2007. – 368 с.
10. Фармакотерапія: підручник для студентів фарм. факультетів / Під ред.. О.В. Крайдашенка, І.Г. Купновицької, І.М. Кліща, В.Г. Лизогуба. – Вінниця: Нова книга, 2010. – 644 с.
11. Фармацевтическая опека: атлас / И.А.Зупанец, В.П. Черных, С.Б. Попов и др.; под ред. И.А. Зупанца, В.П. Черныха. – К.:Фармацевт Практик, 2007. – 146 с.
12. Фармацевтическая опека: курс лекций для провизоров и семейных врачей / И.А. Зупанец, В.П. Черных, С.Б. Попов и др.; под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца. – Х.: Фармитэк, 2006. – 536 с.
13. Фармацевтические и медико-биологические аспекты лекарств / Под ред. И.М. Перцева, И.А. Зупанец. – Х.: Изд-во НФАУ, 1999. – В 2 т. – Т.1. – 464 с., Т.2. – 448 с.

Додаткова

14. Клиническая фармакология: Учеб. / Под ред. В.Г. Кукеса. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 944 с.: ил.
15. Латогуз И.К., Телегина Н.Д., Михалин М.А. Внутренние болезни (клинические лекции). – Харьков, 1994. – 584 с.
16. Михайлов И.Б. Клиническая фармакология. – СПб: Фолиант, 2002. – 202 с.
17. Основи медичних знань та методи лікування за Девідсоном. У 2-х томах / За ред. Кристофера Р.В. Едвардза, Існа А.Д. Бавчера. – Київ: УКСП «Кобза», 1993. – Т.1 – 584с., Т.2 – 652 с.
18. Основы медицинских знаний. Введение в клинику внутренних болезней. Лекция для студентов спец. «Клиническая фармация»: Учеб. пособие для внеаудитор. работы студентов / И.А.Зупанец, Н.В.Бездетко, С.Б.Попов; Под ред. И.А.Зупанца. – Х.: Изд-во НФАУ, 2001. – 24 с.
19. Основы медицинских знаний. Гастроэнтерология. Лекция для студентов спец. «Клиническая фармация»: Учеб. пособие для внеаудитор. работы студентов /

- И.А. Зупанец, Н.В. Бездетко, С.Б. Попов и др.; Под ред. И.А. Зупанца. – Х.: Изд-во НФАУ, 2001. – 36 с.
20. Основы медицинских знаний. Гепатология. Лекция для студентов спец. «Клиническая фармация»: Учеб. пособие для внеаудитор. работы студентов / И.А. Зупанец, С.Б. Попов, Н.В. Бездетко, Е.Ф. Гринцов; Под ред. И.А. Зупанца. – Х.: Изд-во НФАУ, 2001. – 36 с.
21. Основы медицинских знаний. Кардиология: Лекция для студ. спец. «Клиническая фармация» / И.А. Зупанец, С.Б. Попов, Е.Ф. Гринцов и др.; Под ред. И.А. Зупанца. – Х.: Изд-во НФАУ, Золотые страницы, 2002. – 36 с.
22. Основы медицинских знаний. Нефрология: Лекция для студентов спец. «Клиническая фармация» / И.А. Зупанец, Н.В. Бездетко, С.Б. Попов, Е.Ф. Гринцов; Под ред. И.А. Зупанца. – Х.: Изд-во НФАУ, 2002. – 44 с.
23. Основы медицинских знаний. Пульмонология. Лекция для студентов спец. «Клиническая фармация»: Учеб. пособие для внеаудитор. работы студентов / И.А. Зупанец, Н.В. Бездетко, С.Б. Попов, Е.Ф. Гринцов; Под ред. И.А. Зупанца. – Х.: Изд-во НФАУ, 2001. – 40 с.
24. Основы медицинских знаний. Ревматология. Лекция для студентов спец. «Клиническая фармация»: Учеб. пособие для внеаудитор. работы студентов / И.А. Зупанец, С.Б. Попов, Н.В. Бездетко, Н.П. Безуглая; Под ред. И.А. Зупанца. – Х.: Изд-во НФАУ, 2001. – 32 с.
25. Передерий В.Г., Ткач С.М. Клинические лекции по внутренним болезням. – Киев, 1998. — Т. 1. – 512 с. — Т. 2. – 574 с.
26. Пропедевтика внутренних болезней / Под ред. А.Л.Гребенева. — М.: Медицина, 2001. – 512 с.

РЕЦЕНЗІЯ

на рукопис навчально-методичного посібнику по організації навчального процесу
для студентів 4 курсу фармацевтичного факультету за модулем 1
Спеціальність: 6.110201 „Фармація”

Клінічна фармація — інтегративна прикладна наука, що поєднує фармацевтичні та клінічні аспекти лікознавства, головним завданням якої є формування надійних теоретичних основ і методологічних підходів до раціонального застосування лікарських препаратів.

Теоретичною базою при проведенні консультативної роботи серед лікарів та населення з питань раціональної лікарської терапії й при здійсненні провізорами фармацевтичної опіки пацієнтів є клінічна фармація.

Участь провізора в проведенні лікарської терапії сприяє своєчасному забезпеченню хворого лікарськими засобами оптимальної якості, встановленню максимально раціональних шляхів та режимів введення, запобіганню призначенню несумісних лікарських препаратів, зниженню побічної дії ліків, а також зменшенню поліпрагмазії.

Навчально-методичний посібник допоможе викладачу і студенту засвоїти основні принципи клінічної фармації і їх значення для повсякденної діяльності: здійснювати адекватний вибір і рекомендувати найефективніші і безпечніші препарати хворим в кожній конкретній ситуації, визначити оптимальний режим дозування, спосіб введення з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта, віку, тяжкості захворювання і супутніх патологічних процесів.

Зав. кафедри терапії, клінічної
фармакології і ендокринології
ЗМАПО, д.мед.н., професор

Фуштей І.М.

РЕЦЕНЗІЯ

на рукопис навчально-методичного посібнику по організації навчального процесу
для студентів 4 курсу фармацевтичного факультету за модулем 1
Спеціальність: 6.110201 „Фармація”

В наш час докорінно змінюється роль фармацевта в системі охорони здоров'я. Основною метою його професійної діяльності є не стільки збільшення асортименту і якості лікарських препаратів на ринку, скільки підвищення ефективності та безпеки лікарської терапії конкретного хворого. Для здійснення цієї мети Міжнародна фармацевтична федерація зобов'язує всіх практикуючих фармацевтів забезпечити кожному хворому належну якість фармацевтичної опіки.

Поняття "фармацевтична опіка" означає в першу чергу залучення фармацевта разом з лікарем до активної діяльності для збереження здоров'я і запобігання захворюваності населення. Для цього фармацевт повинен надати хворому повну інформацію про ліки, лікарські форми й особливості їх застосування, вплив на фармакодинамічні ефекти препарату віку, статі, захворювань нирок, печінки тощо, взаємодію ліків з іншими лікарськими препаратами та їжею, можливий несприятливий вплив ліків на організм хворого.

На практичних заняттях під керівництвом викладача студенти повинні проводити розбір історії хвороби чи клінічних ситуаційних задач. При вивченні ряду захворювань доцільно формувати в студентів уміння складати схеми лікування, вирішувати клінічні ситуаційні задачі. Під час розбору історії хвороби чи клінічної задачі викладач показує, як реалізуються цільові види діяльності при рішенні питань проведення раціональної і безпечної фармакотерапії.

Загалом, рукопис може рекомендуватись до друку в задуманому форматі навчально-методичного посібнику.

Зав. кафедри внутрішніх хвороб 3
ЗДМУ, д.мед.н., доцент

С.Я. Доценко

ВИТЯГ

з протоколу №
засідання кафедри клінічної фармакології, фармації,
фармакотерапії і косметології
Запорізького державного медичного університету
від р.

ПОРЯДОК ДЕННИЙ

Про затвердження навчально-методичних робіт кафедри.

СЛУХАЛИ:

Проф. Крайдашенко О.В. доповів про «Навчально-методичний посібнику по організації навчального процесу для студентів 4 курсу фармацевтичного факультету за модулем 1» (Спеціальність: 6.110201 „Фармація” (автори: О.В. Крайдашенко), обгрунтував необхідність його використання в навчальному процесі.

УХВАЛИЛИ:

«Навчально-методичний посібнику по організації навчального процесу для студентів 4 курсу фармацевтичного факультету за модулем 1» рекомендувати до розгляду на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ.

Голова, професор

О.В.Крайдашенко

Секретар

Л.В. Ситнікова

