

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Кафедра клінічної фармакології, фармації,
фармакотерапії і косметології**

**Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О.,
Долінна М.О.**

ФАРМАКОТЕРАПІЯ

Модуль I, VI семестр

**Навчально-методичний посібник для підготовки до практичних занять на
модульного контролю для студентів 3 курсу фармацевтичного факультету
спеціальності «Фармація»**

Запоріжжя 2018

УДК 615.015(075.8)

К 78

*Затверджено на засіданні Центральної методичної ради ЗДМУ
та рекомендовано для використання в освітньому процесі
(протокол № 5 від « 24 » травня 2018 р.)*

Автори:

Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О., Долінна М.О.

Рецензенти:

І. М. Фуштей - д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи
ДЗ «ЗМАПО»

С. Я. Доценко - д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішніх
хвороб-3 ЗДМУ;

Фармакотерапія. Модуль 1, VI семестр: навч.-метод. посіб. для студентів вищ. навч. за-кладів. / О. В. Крайдашенко, О.О. Свинтозельський, М.О. Долінна та ін. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2018. – 163 с

У навчально – методичному посібнику, відповідно до програми з фармакотерапії на сучасному рівні представлені основні симптоми й синдроми патології внутрішніх органів, розглянуті етіологія, патогенез і клінічна картина захворювань, сучасні підходи до медикаментозного лікування і профілактики цих патологічних станів. Дана порівняльна характеристика і клінічна фармакологія сучасних лікарських засобів для корекції патології внутрішніх органів. Посібник призначений для студентів фармацевтичних факультетів вищих медичних навчальних закладів, провізорів, клінічних провізорів, фармацевтів.

©Колектив авторів, 2018.

©Запорізький державний медичний університет, 2018

ЗМІСТ

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА	4
ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	5
ФАРМАКОТЕРАПІЯ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ	18
ФАРМАКОТЕРАПІЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ	23
ФАРМАКОТЕРАПІЯ АЛЕРГІЙНИХ СТАНІВ	39
ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ПОРУШЕНЬ ОБМІНУ РЕЧОВИ	43
ФАРМАКОТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	57
ГОСТРІ ОТРУЄННЯ	78
ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ.	93
ЛІТЕРАТУРА.	162

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Головне завдання фармакоterapiї - ознайомлення майбутніх провізорів із принципами медикаментозної терапії окремих нозологічних груп, що сприятиме підвищенню професійної підготовки фахівців, зіграє велику роль у забезпеченні ефективного і безпечного використання лікарських засобів.

У процесі вивчення фармакоterapiї на основі теоретичного матеріалу, отриманого на кафедрах фізіології, патології, біохімії, мікробіології, фармакології, поєднуються знання етіології, патогенезу основних нозологічних одиниць із принципами їхньої лікарської терапії. За час навчання студенти засвоюють на пізнавальному рівні основні методи клінічного обстеження хворих, загальну симптоматологію і синдромологію найбільш розповсюджених захворювань, ознайомлюються з загальними принципами побудови діагнозу.

Сучасна фармакоterapia повинна бути строго індивідуалізованою і вибіркою. Золоте правило «Лікувати хворого, а не хворобу», що донедавна було лише добрим побажанням, за допомогою нині використовуваного арсеналу лікарських засобів (ЛЗ) стає усе більш реально здійсненним.

Фармакоterapia як предмет ставить своєю метою підготовку фахівців, які володіють знаннями про основні симптоми і синдроми, методи діагностики і принципи медикаментозної терапії захворювань внутрішніх органів.

У процесі вивчення фармакоterapiї студенти повинні вивчити:

- Основи деонтології, етики відносин з медичним персоналом, хворими;
- Основні клінічні симптоми і синдроми найбільш розповсюджених захворювань;
- Загальні принципи діагностики захворювань внутрішніх органів;
- Загальні принципи інтерпретації результатів обстеження хворого;
- Види фармакоterapiї (етіологічна, патогенетична, симптоматична, замісна);
- Основні фармакокінетичні параметри лікарських засобів, їхню динаміку при різній патології;
- Основні види лікарської взаємодії;
- Основні побічні прояви при призначенні найбільш розповсюджених лікарських засобів;
- Основні принципи і напрямки медикаментозної терапії захворювань.

Для підвищення якості знань розроблена єдина структура практичного заняття, що включає контроль вихідного рівня знань, самостійну роботу студентів, практичну частину і тестовий контроль кінцевого рівня знань. Викладач визначає хворих, якого студенти курирують на практичних заняттях.

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 фармакоterapiї.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.

Основні симптоми і синдроми уражень нервової системи.

Головний біль – один з найбільш частих симптомів різних захворювань. Виникає унаслідок подразнення нервових закінчень судин голови або мозкових оболонок і залежно від причин має свої особливості (характер і локалізацію). Приклади: біль при ГХ, мігрені, інсульті.

Поширеність головних болів у популяції надзвичайно висока. Наукові дані показують, що з 100 тисяч осіб 79-83 тисячі щорічно страждають від головного болю, 24 тисячі потребують анальгетиків для лікування головного болю протягом не менше 14 днів, 9100 чоловік страждають особливо сильним періодичним або постійним головним болем, 1600 - потребують амбулаторної консультації і спеціального обстеження, а 272 особи мають потребу в госпіталізації.

Причини головного болю можуть найрізноманітнішими. Так, у 0,01% пацієнтів, що скаржаться на головні болі, діагностуються об'ємні процеси в порожнині черепа, у 55% - головні болі напруги, у 37% випадків вони пов'язані з мігренню.

Болі іншої локалізації – при радикуліті, шийно-грудному остеохондрозі, міжреберній невралгії й ін.

Запаморочення – це відчуття порушеної орієнтації тіла в просторі. Є ознакою багатьох захворювань нервової системи (церебральний атеросклероз, гіпотонія, непритомність і ін.).

Розлад сну як прояв різних психічних і неврологічних захворювань (психози, неврози, інтоксикації НС і ін.).

Підвищення внутрішньочерепного тиску – при об'ємних процесах в головному мозку, гідроцефалії, інсультах і ін.

Порушення свідомості – від сплутаної свідомості (неможливість думати з достатньою швидкістю і ясністю) до коми.

Гикавка – мимовільне скорочення діафрагми з одночасним інтенсивним вдихом, що супроводжується спазмом гортані і зімкненням голосових зв'язок, при інсультах, психозах.

НЕВРИТИ І НЕВРАЛГІЇ

Неврити і невралгії – це ізольовані ураження окремих нервових стовбурів.

Етіологія: пряма зовнішня травма, компресія на певних рівнях нервового стовбура. Відбувається ураження, запалення нерва. **Симптоми:** пошкодження основного стовбура нерва приводить до випадання всіх його функцій. Дистальніші вогнища викликають лише часткові порушення. Можливі ураження різних нервів – неврит променевого нерва, ліктьового нерва, сідничного й ін., і багатьох (поліневрит).

Неврит лицьового нерва. Етіологія: отит, перелом скроневої кістки, переохолодження й ін. **Симптоми:** розвивається односторонній параліч мимічної мускулатури. Хворий не може підняти брову, зажмурило око, при показуванні зубів ротова щілина перетягується у здорову сторону. Може бути відсутньою слюнозотеча на стороні ураження, втрата смаку на передніх 2/3 частинах язика на стороні паралічу. Відновлення в сприятливих випадках відбувається протягом декількох тижнів – декількох місяців; у літніх людей – до 1-2 років.

Фармакотерапія: НПЗП, фуросемід, нікотинова к-та, іноді преднізолон та масаж і лікувальна фізкультура.

Невралгія трійчастого нерва. Поліетіологічне захворювання (судинні порушення, місцеві процеси). Симптоми: короткі (до 1-2 хвилин) пароксизми дуже сильних болів у щопі, верхній і нижній щелепі, рідше – в надбрів'ї. Подразниками – дотик до місць виходу гілок трійчастого нерва, зміна температури навколишнього середовища, вітер і ін. Лікування: НПВС, карбамазепин (финлепсин, тегретол) по 3-5 табл. у день, іноді наркотичні анальгетики. Алкоголізація відповідної гілки трійчастого нерва.

Попереково-крижовий радикуліт

Радикуліт — запальне і компресійне ураження корінців спинномозкових нервів. Попереково-крижовий радикуліт є найчастішою формою радикуліту. Хворіють люди у віці 30—50 років, особливо часто — особи, що виконують роботу, пов'язану з надмірними статико-динамічними навантаженнями на хребет, а

також ті, що працюють в несприятливих температурних умовах. Майже у всіх хворих захворювання має рецидивуючий перебіг.

Етіологія. Хребетний остеохондроз (дегенеративне ураження хрящів міжхребетних дисків), дегенеративні зміни дуговідросткових суглобів (спондилоартроз), дегенеративні захворювання тіл хребців (грижі Шморля); запальні захворювання — специфічний (туберкульозний) і неспецифічний спондиліт; пухлинні процеси, розташовані поблизу задніх корінців спинного мозку, грижі диска (задні, задньо-бокові), ревматичні пошкодження, сколіоз, кіфоз, лордоз, гормональна спондилопатія.

Патогенез. Будь-яка з вищеперелічених причин викликає компресію задніх корінців спинного мозку, що виявляється больовим синдромом. Вторинно відбувається гіпертонус м'язів, що визначають положення хребта, а також змінюється тонус судин нижніх кінцівок.

Клінічна картина. Основний симптом захворювання — біль у попереково-крижовому відділі, який може розповсюджуватися уздовж однієї або обох ніг по задній поверхні. Симптом супроводжується обмеженням рухомості і викривленням хребетного стовпа, напруженням довгих м'язів спини. З'являється симптом Ласега — болючість при випрямленні зігнутої в колінному суглобі ноги.

Фармакотерапія

I. Загальні принципи лікування.

1. Сон на жорсткому ліжку.

2. Прийом ненаркотичних анальгетиків, транквілізаторів:

— триган по 5 мл внутрішньом'язово 4 рази на добу; менальган по 5 мл внутрішньом'язово 4 рази на добу; кетанов.

При гіпералгічних формах додають наркотичні анальгетики:

— пентазочин по 2 мл внутрішньом'язово 3 рази на добу; — морфілонг по 1 мл внутрішньом'язово 2 рази на добу.

3. Зігріваючі процедури: перцевий пластир, гірчичники, втирання мазей (фіналгон, бом-бенге, ефкамон, апізартрон, вірапін, віпросал, віпратокс, мазь з індометацином).

4. Ультрафіолетове опромінення відповідних зон.

II. Для зменшення набряку в ділянці ураженого корінця й запалення застосовують:

1. Димексид 5 мл + новокаїн 15 мл 1 % розчину, накладають компрес на попереково-крижову ділянку на 2-4 год.

2. Індометацин по 50 мг 3 рази на день; бруфен по 20 мг 3 рази на добу; вольтарен по 50 мг 3 рази на добу; диклофенак натрію парентерально; мелоксикам всередину.

III. Дуже часто попереково-крижовий радикуліт виникає як наслідок дегенеративно-дистрофічних змін в міжхребетних хрящах (дисках) - остеохондроз. З цією метою застосовують: румалон в/м по схемі.

Фізіопроцедури: електрофорез з новокаїном, димексидом, ніотиновою кислотою, радонові ванни, грязелікування, підводне витягнення і т. д.

МІГРЕНЬ

Мігрень - це пароксизмальний стан, що виявляється нападами інтенсивного головного болю, пульсуючого характеру, гушавині, що періодично повторюється, локалізується, всього в одній половині голови, переважно в очноямково-лобово-скроневої області, що супроводиться в більшості випадків нудотою, інколи блювотою, непереносимістю яскравого світла, гучних звуків, сонливістю і млявістю після нападу.

Багато питань патогенезу мігрені залишаються неясними. Існує декілька теорій, що пояснюють виникнення даного захворювання. На сьогодні можна говорити про зацікавленість в розвитку мігрені трьох основних ланок - головного мозку, системи трійчастого нерва і судин, що питають головний мозок, і, перш за все, судин басейну зовнішньої сонної артерії.

Найбільш частою формою мігрені (65-70% всіх випадків) є мігрень без аури. Основні симптоми цього різновиду - головний біль і блювота, які, як правило, супроводжуються і іншими симпто-

мами, що наводять до виникнення самих різних хворобливих станів. У нападі є видимими дві фази: фаза «передвісників» (зниження настрою, дратівливість і занепокоєння, слізна, байдужість до того, що оточує, зниження працездатності, сонливість, зниження апетиту), яка зазвичай продовжується декілька годин; і друга фаза - власне головний біль, який може виникнути у будь-який час доби, але частіше починається під час нічного сну, під ранок або після пробудження. Головний біль посилюється поступово, проте інколи буває вираженою із самого початку. В більшості випадків біль, на першій стадії больової фази, є одностороннім. Пізніше вона може поширитися на обидві сторони голови. При наступних один за одним нападах мігреньовий головний біль локалізується, як правило, на одній і тій же стороні, хоча зустрічаються хворі, в яких болить по черзі то права, то ліва сторони. Нудота і блювота виникають до кінця больової фази, хоча можуть з'явитися і з самого початку нападу. У багатьох пацієнтів виникають і інші симптоми: озноб, пітливість, серцебиття, сухість в роті, відчуття задухи, позіхання, біль в підкладковій області, рясне сечовипускання. Інколи трапляється непритомність. Під час нападу хворі прагнуть піти від всіх, лягти в ліжку, туго перев'язати голову, затемнити приміщення. Тривалість нападу вагається від 8 - 12 ч до 1-1 доби.

Мігрень з ауруо зустрічається в 30-35% випадків. Для неї характерна наявність аури із зоровими порушеннями, дефектами поля зору. В більшості випадків зорові порушення виявляються у вигляді виблискуючих зигзагів, крапок, куль, блискавкоподібних спалахів і так далі, після яких розвивається напад головного болю. Інтенсивність цих симптомів наростає протягом декількох секунд або хвилин. Образи можуть змінюватися випаданням ділянки поля зору, інколи до його половини. Якщо зорові порушення виникають в правій половині поля зору, то головний біль локалізується зліва, і навпаки. У більшості хворих при повторних нападах зорові аури однакові. Напади із зоровими аурами можуть провокуватися яскравим світлом або його мигтінням, переходом з темноти в яскраво освітлене приміщення, гучними звуками, різкими запахами.

Лікування мігрені проводиться по двох напрямках: купірування нападу і терапія в період між нападами. При лікуванні мігрені необхідно дотримуватися наступних принципів: лікування має бути індивідуальним для кожного хворого, тривалим і включати модифікацію способу життя пацієнта для усунення чинників, що провокують напади.

В період мігренозного нападу доцільно застосовувати спазмолітики і анальгетики. Їх застосовують на самому початку нападу, до появи сильного болю. Базовим препаратом є ацетилсаліцилова кислота, яка пригнічує проведення больових імпульсів, надає антисеротонінову, антикінінову і антиагрегатну дію. При поєднанні з кофеїном вона потенціює його вазопресорний ефект, що покращує обмін в ішемізованій нервовій тканині.

Високоєфективною групою препаратів для купірування нападу мігрені є селективні агоністи серотонінових (5-НТ1) рецепторів - суматриптан, а особливо агоністи 5-НТ1В/1D різновиду - ризатриптан, елітриптан, золмитриптан і ін. Ця група препаратів викликає звуження певних судин черепа і інгібує вивільнення в нервових закінченнях твердої мозкової оболонки біологічно активних речовин.

При мігренозному статусі хворого госпіталізують, для лікування можуть бути використані препарати наступних груп: барбітурати (фенобарбітал), транквілізатори (Діазепам), антидепресанти (имипрамин), глюкокортикоїди (преднізолон), спазмолітики (Но-шпа, зуфиллин), алколоїди спорин'ї, якщо вони не застосовувалися для лікування на догоспитальному етапі.

МЕНІНГІТ

Менінгіт - це запальне захворювання оболонок мозку. Менінгіти можуть бути наслідком ураження мозку злоякісними пухлинами, виникати при прийомі деяких лікарських засобів, при розвитку геморагічного інсульту і так далі. Найбільш поширеним і важким типом менінгіту є інфекційний. Мікроорганізми можуть проникати в оболонки як з потоком крові з віддалених ділянок інфекції, так і безпосередньо, з порожнини носа, внутрішнього вуха або унаслідок травми черепа.

Інфекційні менінгіти можуть бути викликані бактеріями, найбільш часті збудники: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, стрептококи групи В, *Listeria*

monocytogenes, мікобактерії туберкульозу; вірусами - Коксакі, ВІЧ, Епштейна-Барра, вірусами герпесу і ентеровірусами; і грибами - кандиди, кріптококк. При бактерійних менінгітах розвивається набряк мозку, злипання мозкових оболонок, спостерігається лейкоцитоз спинномозгової рідини, в разі менінгокової природи захворювання описані симптоми супровжуються спочатку петехіальною, а потім зливним геморагічним висипом. При менінгітах вірусного походження набряк мозку розвивається рідше.

Клінічна картина менінгіту включає головний біль, лихоманку, ригідність м'язів шиї. Фотофобія і блювота часто супроводжують цю класичну тріаду симптомів. Протягом декількох годин після розвитку менінгіту можуть бути визначені так звані менінгіальні симптоми - Керніга, верхній, середній і нижній симптоми Брудзінського ін. Інструментальні і лабораторні методи дослідження пацієнтів з менінгітом включають комп'ютерну томографію, загальний аналіз крові і сечі, аналіз спинномозгової рідини. Велике значення в діагностиці і лікуванні менінгітів мають дані мікробіологічних досліджень - визначення мікроорганізмів, їх чутливості до антибіотиків, наявність супутніх інфекцій і так далі

Фармакотерапія хворих з гострим менінгітом має бути негайною і агресивною, оскільки летальність даного захворювання досить висока (15% навіть при адекватному своєчасному підході).

При менінгокової поразці мозкових оболонок антибіотиками вибору є бензилпеніцилін кожні 4 години або цефотаксім. У разі потреби вони можуть бути замінені на інші антибіотики цих же груп (пеніциліни, цефалоспорини). Профілактика менінгокової інфекції полягає в призначенні рифампіцину протягом 2 днів або цефтріаксону або цiproфлосацину.

При пневмокової менінгіті часто спостерігаються такі неврологічні ускладнення як судоми (локальні або генералізовані) і розвиток коми. Своєчасне призначення бензилпеніциліну кожні 4 години наводить до швидкого поліпшення стану хворого. Як альтернатива, як і при менінгокової інфекції, використовуються цефалоспорини третього покоління.

H. influenzae є найбільш частим збудником менінгітів у дітей у віці від 6 місяців до 3 років. У минулому препаратами вибору при інфекції гемофільною паличкою були ампіцилін і хлорамфенікол (левоміцетин). В даний час приблизно 30%-40% штамів цього мікроорганізму стійкі до ампіциліну, тому на перше місце в терапії такого менінгіту вийшли цефалоспорини 3-ої генерації - цефотаксім і цефтріаксон. Як альтернативні антибіотики в разі протипоказань або недостатньої ефективності препаратів вибору використовують хлорамфенікол, меропінем, цефепім.

ХВОРОБА ПАРКІНСОНА

Хвороба Паркінсона (тремливий параліч) - повільно прогресуюче дегенеративне захворювання ЦНС, яке виявляється гіпокінезією (сповільненість і збіднення малюнок рухів), м'язовою ригідністю, тремором (тремтіння) у спокої і нестабільністю пози.

У основі патогенезу хвороби Паркінсона лежить поступова втрата в осіб старшого віку підкіркових дофамінергічних нейронів в зоні базальних гангліїв головного мозку. Втрата цих клітин наводить до зменшення вмісту нейромедіатора дофаміну і до всіляких порушень регуляції тонуусу і характеру рухів скелетної мускулатури. Причиною загибелі клітин можуть стати вікова дегенерація, ішемія або запальні захворювання головного мозку.

Вторинний паркінсонізм (унаслідок блокади дофаміну в базальних гангліях) частіше розвивається при прийомі нейролептиків або резерпіна.

Хвороба зазвичай починається з тремора спокою в одній руці. З часом наростає ригідність м'язів, рухи сповільнюються, обідняється їх малюнок, хворий випробовує скрути в початковій фазі руху. Хо́да човгає, повільна, кроки дрібні, хворому важко раптово зупинитися, утримувати рівновагу. Обличчя робиться маскоподібним, рот напіввідкритий, мова сповільнюється. Нерідким супутником хвороби Паркінсона є деменція (малоумство). Перебіг захворювання повільно прогресує, наводить до інвалідизації хворого.

Діагностика спирається головним чином на дані об'єктивного огляду хворого.

Препаратом вибору при лікуванні хворих з хворобою Паркінсона є леводопа (або комбінація

леводопи і карбідопи). При легкому перебігу захворювання цей препарат здатний повністю усувати всі симптоми захворювання, а при важкому помітно знижує вираженість рухових порушень. Лікування довічне.

Препаратами другого ряду при терапії хвороби Паркінсона також є алкалоїди спорин'ї (на ранніх стадіях хвороби), інгібітори MAO-в (у комбінації з леводопой для зменшення вираженості феномену включення-виключення) - Селегелін, антихолінергічні засоби (на ранніх стадіях хвороби) - Тригексифінеділ (циклодол).

ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, може супроводжуватися осередковою неврологічною симптоматикою (втрата функції пошкодженої ділянки головного мозку; симптоматика залежить від локалізації і функції пошкодженої ділянки) або/та так званою загальнономозковою симптоматикою, яка обумовлена набряком головного мозку з підвищенням внутрічерепного тиску і пошкодженням мозкових оболонок.

Геморагічний інсульт пов'язаний з крововиливом (розрив судини). Причиною геморагічного інсульту може стати розривши стінки пошкодженої атеросклерозом судини з утворенням внутрішньомозкового крововиливу (гематоми) або розривши мікроаневризми судини головного мозку. Частіше такий інсульт розвивається у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Гематома збільшується, здавлюючи довколишні ділянки головного мозку і мозкові оболонки, що викликає осередкові і загальнономозкові симптоми.

У основі ж **ішемічного інсульту** лежать розрив атеросклерозної бляшки, що наводить до тромбозу судини, тромбоемболія судин мозку, спазм мозкових судин.

Основні чинники ризику розвитку гострих порушень мозкового кровообігу: артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія, підвищена маса тіла, паління, хронічні захворювання судин (атеросклероз судин головного мозку або, значно рідше, запальні захворювання судинної стінки).

Гостре порушення мозкового кровообігу – найбільш часта причина інвалідності і смерті від неврологічних захворювань. Висока частота хронічних інвалідизуючих порушень (паралічі) при цих захворюваннях обумовлює їх особливу соціальну значущість.

Симптомокомплекс порушень мозкового кровообігу включає:

- загальнономозкову симптоматику (головний біль, блювота, слабкість, порушення свідомості), пов'язану з набряком тканини головного мозку;
- осередкову неврологічну симптоматику (наявність окремих симптомів залежить від локалізації ураженої області);
- афазію – порушення мови, яке полягає в повній і частковій нездатності користуватися словами і розуміти чужу мову (при ушкодженні середномозкової артерії в домінантній півкулі головного мозку);
- апраксію – порушення здібності до цілеспрямованих дій (при ушкодженні середномозкової артерії в недомінантній півкулі головного мозку);
- геміплегію – параліч або парез м'язів однієї половини тіла із залученням м'язів особи, руки і ноги (при ушкодженні середномозкової, при цьому геміплегія розвивається на протилежній стороні тіла);
- геміанестезію – порушення чутливості однієї половини тіла (також виникає при ушкодженні середномозкової артерії);
- геміанопсію – звуження полей зір з одного боку (при ушкодженні середномозкової артерії);
- очні симптоми – птоз (параліч століття), міоз або мідріаз, параліч окорухових нервів (ці симптоми виникають при поразці внутрішньої сонної артерії, при цьому також спостерігаються і симптоми порушення кровообігу в середномозкової артерії);
- порушення ковтання (бульбарний синдром) і тетраплегію (двосторонній параліч) при поразці вертебральних артерій;

- зупинку серця і дихання при порушеннях кровообігу в області ствола мозку.

При порушеннях мозкового кровообігу найбільш ефективні заходи профілактики:

- зниження і адекватний контроль за рівнем АТ;
- нормалізація рівня ліпідів в крові;
- зниження маси тіла;
- вживання дезагрегантів, а при необхідності антикоагулянтів в осіб, схильних до тромбоутворення.

Всі хворі з гострим порушенням мозкового кровообігу мають бути госпіталізовані. Виключаються фізичні зусилля, необхідний постільний режим. У таких хворих навіть при вираженій гіпертензії не рекомендується швидко знижувати АТ, оскільки це може привести до посилення ішемії. Як гіпотензивні засоби найчастіше використовують міотропні препарати.

Проводиться лікування супутніх захворювань. У хворих в коматозному стані необхідно підтримувати прохідність дихальних шляхів, нормальне насичення крові киснем, проводити парентеральне живлення. У всіх випадках забезпечують профілактику вторинних інфекцій, ранню реабілітацію (масаж, пасивні рухи паралізованими кінцівками).

Німодіпін (по 30мг кожні 6 годин), за даними багатоцентрових досліджень, можливо, знижує смертність хворих ішемічним інсультом.

Призначення антикоагулянтів і тромболітична терапія протипоказані хворим геморагічним інсультом, їх вживання обмежене в осіб з артеріальною гіпертензією. Крім того, ці ЛЗ ефективні лише в 1-у добу після розвитку інсульту. У хворих ішемічним інсультом застосовують засоби з антиагрегантною дією і поліпшуючі мікроциркуляцію.

При симптомах набряку мозку проводять терапію, направлену на зниження внутрічерепного тиску (осмотичні діуретики).

Ноотропи можна використовувати після перенесеного геморагічного або ішемічного інсульту. З числа препаратів ноотропної дії в нашій країні найширше застосовується Пірацетам.

ХРОНІЧНІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Хронічне порушення мозкового кровообігу – це органічне ураження головного мозку внаслідок повільнопрогресуючого порушення церебрального кровообігу, пов'язаного з розвитком поширених дрібновогнецевих змін мозкової тканини, що обумовлює наростаюче порушення функцій головного мозку. Таке ураження може розвиватися на тлі цукрового діабету, інфекційних і аутоімунних уражень, однак найчастішими і найважливішими причинами бувають атеросклероз артерій головного мозку й артеріальна гіпертензія.

Клінічно хронічне порушення мозкового кровообігу проявляється головним болем, відчуттям важкості в голові, шумом у вухах, слабкістю, стомлюваністю, погіршенням пам'яті і здатності концентруватися, когнітивними розладами, запамороченнями й розладами сну.

Фармакотерапія спрямована на попередження прогресування захворювання, зменшення його симптомів, лікування станів, що призвели до виникнення хвороби – корекція артеріального тиску, лікування й профілактика атеросклерозу і т.д.

Препарати, що використовуються для лікування хронічних порушень мозкового кровообігу, можна поділити на дві групи: для поліпшення метаболізму мозкової тканини і для розширення мозкових судин. Найчастіше лікарі використовують комбіновані засоби, що містять лікарські речовини обох груп.

До препаратів, які поліпшують кровопостачання тканини мозку, належать блокатори кальцієвих каналів (цинаризин, німодипін), метилксантини (пентоксифілін), похідні барвінку малого (вінкамін, вінпоцетин), похідні алкалоїдів ріжків (ніцерголін), а до препаратів, що позитивно впливають на метаболізм, відносять антиоксиданти (мексидол, токоферол та інші вітаміни), білкові гідролізати, що містять біологічно активні речовини (церебролізін, актовегін, солкосерил), екстракт гінкго білоба, центральний холіноміметик – холіну альфосцерат (гліатилін) і ноотропні засоби.

Ноотропні засоби – це препарати, що поліпшують такі функції нервової системи, як навчання,

пам'ять, увагу, підвищують резистентність організму до стресів і т.д. До них відносять різні похідні гамма-аміномасляної кислоти – пірацетам, аміналон, фенібут, пантогам.

Терапію хронічних порушень мозкового кровообігу починають якомога раніше, строго стежать за режимом приймання препаратів, оскільки деякі з них можуть серйозно впливати на якість життя. Лікування продовжують тривалий час.

ПСИХІЧНІ ХВОРОБИ

Психічне захворювання — це зміна діяльності головного мозку, при якому психічні реакції не відповідають навколишній дійсності, спотворено її відображають, що виявляється порушенням психіки і поведінки людини.

Метод психіатричного дослідження включає збирання анамнезу і клінічне спостереження. Відомості про хворого і хворобу лікар отримує при розпитуванні самого хворого (суб'єктивний анамнез) і його близьких, родичів, товаришів по службі (об'єктивний анамнез). Зіставляючи ці дані, отримують достатньо повну картину того, як ріс і розвивався хворою, що передувало початку його хвороби, як протікало психічне захворювання від перших його проявів до звернення хворого до лікаря.

Загальні відомості про етіологію, патогенез, класифікацію і перебіг психічних захворювань.

Для того, щоб правильно лікувати хворого, страждаючого психічними розладами, потрібно визначити характер захворювання, що є у нього. Діагностика психічних захворювань ґрунтується на вивченні причин їх виникнення (етіології), механізму розвитку (патогенезу), а також на класифікації цих хвороб.

Виникнення психічних захворювань обумовлене дією зовнішніх (екзогенних) і внутрішніх (ендогенних) чинників. Роль їх при кожному конкретному психічному захворюванні може бути різною. Різноманітні ці чинники і за своєю природою.

Серед зовнішніх етіологічних чинників розрізняють соматогенні і психогенні. Соматогенні чинники відрізняються великою різноманітністю: до них відносяться всілякі захворювання внутрішніх органів, інфекції, інтоксикації, пухлини, черепномозкові травми. Психогенними чинниками є важкі психічні переживання (конфлікти в сім'ї, з друзями, на роботі, різного роду стихійні лиха, наприклад землетруси, і т. п.).

До внутрішніх (ендогенним) чинників в першу чергу відносяться спадково-конституціональні особливості. Відомо, що в роду у осіб, страждаючих психічним захворюванням, патологічна спадковість зустрічається у багатьох разів частіше, ніж у психічно здорових. Це в першу чергу відноситься до таких захворювань, як шизофренія, маніакально-депресивний психоз, епілепсія. Іноді при розпитуванні з'ясовується, що батьки хворого або представники попередніх поколінь в цій сім'ї не страждали на виражене психічне захворювання, але у них наголошувалися деякі особливості психічної діяльності, що розцінювалися як дивності і прояви деяких ознак, що були в неповній розгорненому (рудиментарному) вигляді, захворювання, які властиві хворому. З цього зовсім не виходить, що спадкова схильність є чимось фатальним, фатальним і нащадки в сім'ях, де були психічно хворі або особи з відхиленнями в психічній сфері, що не досягали вираженості справжнього захворювання, також приречені на хворобу. Спадкові взаємини дуже складні, велику роль в розвитку психічного захворювання грає збіг патологічної спадковості по лінії обох батьків, а також дію чинників зовнішнього середовища, які можуть сприяти прояву генетично обумовлених ознак. Тому, збираючи анамнез у хворого, лікар-психіатр обов'язково розпитує його про випадки психічних захворювань в роду.

Останніми роками розширюється мережа медико-генетических консультацій, в яких досліджують спадковість подружжя і дають рекомендації про бажаність або небажаність народження дітей з урахуванням ризику спадкових захворювань, у тому числі і психічних.

Розрізняють три основні групи психічних захворювань. *Екзогенні психози* викликані несприятливою дією зовнішніх чинників. У тих випадках, коли причиною захворювання є фізична і біологічна дія на організм, говорять про соматогенні психози. Психози, обумовлені дією психічної травми, називаються психогенними, реактивними. До другої групи відносяться ендogenous *психози, обумовлені*

внутрішніми патологічними чинниками (спадковими, конституціональними і т. д.). Третю групу складають захворювання, що викликаються порушенням психічного розвитку, - олігофренії і психопатії. При олігофреніях спостерігається відставання в інтелектуальному розвитку, психопатії ж обумовлені дисгармонічним розвитком особи.

ШИЗОФРЕНІЯ

Шизофренія як самостійне психічне захворювання ендогенного походження була виділена німецьким психіатром Е. Крепеліном в кінці минулого сторіччя на підставі спільності початкових станів різно протікаючих психозів. Це захворювання він назвав раннім, або юнацьким, недоумством.

Е. Блейлер не визнавав існування при цьому захворюванні недоумства. Основним в його походженні він рахував розщеплювання психіки, тому запропонував називати його шизофренією (від грецького *schiso* — розщеплювати).

Захворюваність шизофренією в різних країнах варіює, що пов'язане з різним рівнем розвитку в них психіатричної допомоги і різним діагностичним підходом. Проте шизофренія є достатньо поширеним психічним захворюванням.

Найбільше значення в етіології шизофренії в даний час додають генетичним чинникам. Це підтверджується поряд спостережень. Так, приміщення дітей, у яких батьки хворі на шизофренію, в здорові сім'ї не зменшило частоти їх захворюваності шизофренією.

При патоморфологічному дослідженні в головному мозку хворих шизофренією виявляють атрофічні зміни. Гістологічно наголошуються зміни нервових клітин, нейроглії і нервових волокон. Особливо виражені зміни нервових клітин в корі великого мозку у вигляді атрофії, зморщування їх і скупчення в них особливої жироподобної речовини (ліпофусцину).

Найчастіше перші прояви шизофренії спостерігаються в юнацькому віці, проте нею захворюють діти і підлітки, можливо початок захворювання в літньому віці. У тих випадках, коли перші прояви шизофренії наголошуються у віці старшого 40 років, говорять про пізню шизофренію.

У клініці шизофренії можна виділити ряд найбільш типових для неї симптомів і синдромів. Деякі психопатологічні синдроми переважають в клінічній картині захворювання і визначають його форму.

Такі психопатологічні ознаки, як марення, галюцинації, кататонічні симптоми, спостерігаються не при всіх формах захворювання. При одних формах шизофренії вони можуть домінувати в клінічній картині захворювання, а при інших спостерігаються рідко або виявляються трохи, в зредукованому вигляді. Інші ознаки шизофренії — розщеплювання психіки, аутизм і емоційне отупіння (тріада Блейлера) — є невід'ємною частиною клінічної картини всіх її форм.

Проста форма шизофренії характеризується повільним наростанням хворобливої симптоматики, що виявляється головним чином в неухильно прогресуючому зниженні емоційного рівня. Продуктивна симптоматика (марення, галюцинації) для простій форми шизофренії нехарактерна. Хворі втрачають інтерес до того, що оточує, втрачають друзів, стають все менш товарицькими. Змінюється їх відношення до близьких, любов до батьків змінюється парадоксальними емоційними реакціями; наголошуються дратівливість, невластиві раніше хворому інтереси.

Гебефренічна форма шизофренії починається подостро, найчастіше в період статевого дозрівання. Для неї типові безглузда пустотливо-придуркувата поведінка, гримасничанье, манірність. Стани збудження абсолютно немотивовані. Можливі безглузді маревні вислови. У збудженні хворі бувають агресивними, рвуть одяг, обшмаровуються екскрементами. Міміка хворих парадоксально-вычурна, вони приймають неприродні пози. Наголошуються явища ехолоалии (стереотипного повторення слів інших людей) і ехопраксии, при якій відтворюються, копіюються вчинки тих, що оточують, їх жести, міміка. Мислення розірване, мова хворого складається з окремих, не зв'язаних ні в смисловому, ні в граматичному відношенні слів.

Перебіг гебефренічної форми шизофренії винятковий недоброякісне, дуже швидко наростають грубі порушення психіки. Лікування малоперспективне, терапевтичні ремісії, якщо і виникають, то виражені слабо і нетривалі.

Для *кататонічної форми* шизофренії характерний гострий початок. Раптово виявляється стан кататонічного збудження, або хворий впадає в кататонічний ступор з явищами знерухомленості, відсутністю мови (мутизм), відмовою від їжі. У клінічній картині переважають різного роду рухові розлади. Хворі приймають безглуздо-химерні пози і надовго застигають в них або цілими днями лежать в ліжку, часто в ембріональній позі, сховавшись ковдрою з головою і абсолютно не спілкуючись з тими, що оточують. Іноді хворий годинами і днями лежить в незручній позі, піднявши голову над подушкою (симптом повітряної подушки). Часто наголошуються явища ехोलалиї і ехопраксії. Симптом воскової гнучкості полягає в тому, що застиглому в кататонічному ступорі тілу хворого можна додати будь-яку, саму незручну позу.

Кататонічна форма шизофренії протікає із спонтанними ремісіями і відносно добре піддається лікувальній дії.

Параноїдна форма шизофренії зустрічається найчастіше. Перші її прояви зазвичай наголошуються в зрілому віці, частіше після 30 років. У клінічній картині переважає марення, що нерідко поєднується з галюцинаціями (у таких випадках говорять про галюцинаторно-параноїдну форму) і синдромом психічного автоматизму.

Параноїдна форма шизофренії протікає майже без спонтанних ремісій. Характер терапевтичних ремісій залежить від особливостей перебігу захворювання і своєчасності почала лікування.

Ділення шизофренії на вказані форми значною мірою умовно — у одного і того ж хворого спостерігаються поєднання властивою різним формам симптоматики. У ряді випадків спостерігається перехід однієї форми шизофренії в іншу.

Для лікування хворих шизофренією застосовують біологічні методи дії (інсулінокоматозну, електросудорожну терапію, нейролептики) у поєднанні з реабілітаційними заходами.

Нерідко проводять комбіноване лікування нейролептиками, поєднуючи два-три препарати, або призначають їх у поєднанні з іншими, препаратами, що впливають на психіку (психотропними), наприклад разом з антидепресантами. Найчастіше застосовують аминазин, трифтазин, модитен-депо ін.

БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД (БАР).

Біполярний афективний розлад (циркулярний психоз, циклофренія, а раніше - маніакально-депресивний психоз) ендогенне психічне захворювання, для якого характерна наявність психопатологічної симптоматики у вигляді фаз і відсутність ознак психічного дефекту навіть при тривалому перебігу. Психотичні фази – маніакальна і депресивна – характеризуються переважанням у клінічній картині афектної патології.

Важливу роль в етіології БАР відіграють спадковість, конституціональні особливості, порушення обміну речовин (амінів, стероїдних гормонів і водно-сольового обміну). Захворювання виникає найчастіше у молодому віці. Жінки хворіють у 2–3 рази частіше за чоловіків.

Основна симптоматика захворювання виявляється під час маніакальних і депресивних фаз. Послідовність їх повторення може бути різною. Іноді фаза змінюється протилежною навіть без світлого проміжку між ними, зазвичай же фази розділені різної тривалості інтервалом (від кількох місяців до кількох років), протягом якого у хворого не виявляють ніяких відхилень у психічному стані. У однієї частини хворих фази спостерігаються досить часто, у іншій вони розвиваються рідко, можлива навіть наявність у хворого однієї фази за все життя. Тривалість фаз також різна – від одного-двох місяців до року і більше. Як правило, в літньому віці відзначається збільшення тривалості фаз, особливо депресивної.

Депресивна фаза БАР характеризується типовою для неї симптоматикою, в якій на перший план виступають знижений настрій, уповільнення мислення, загальмованість психомоторики. Депресивні хворі говорять тихим голосом, обличчя у них сумне, вони часто скаржаться на тугу, пригніченість. Все, що відбувається навколо, і особливе те, що може відбутися з ними у майбутньому, сприймається хворими у песимістичному світлі.

При вираженій депресії у хворих виникають маревні переживання, головним чином ідеї самозвинувачення, самоприниження, гріховності, іпохондрії. Хворі виняють себе у найрізноманітніших

пороках, провинах і злочинах, значення яких перебільшують. У зв'язку з цим згадувані події колишнього життя подаються хворим у спотвореному, утрированому вигляді для доказу своєї винності, нікчемності, того, що він без кінця одурював оточуючих, отримував незаслужені нагороди і заохочення, тоді як насправді він злочинець, брехун. Хворі у стані депресії вважають себе винними в тих бідах, які вже спіткали або чекають близьких, оточуючих, іноді – все людство. Деякі хворі як би проєктують свої депресивні переживання на оточуючих, які, на їх думку, страждають і є безнадійно нещасними, іноді навіть самі не розуміючи своєї сумної долі. Такі хворобливі переживання являють собою велику небезпеку, оскільки іноді вони призводять до так званих розширених суїцидальних вчинків, коли хворий вирішує не тільки накласти на себе руки, але й припинити разом страждання своїх близьких (чоловіка або дружини, дітей).

Рухова загальмованість при депресії може досягати ступеня знерухомленості, ступора – хворі як би застигають у прийнятій позі, байдужі до всього, що відбувається навколо, зі скорботним обличчям; часто вони відмовляються від їжі, і персоналу доводиться годувати їх з рук.

На висоті депресії загальмованість іноді змінюється станом різкого збудження, ажитації, дуже небезпечним для хворих, оскільки він, як правило, протікає з активними тенденціями до самоушкодження, суїцидальними спробами. Хворі рвуть на собі волосся, одяг, б'ють себе кулаками в обличчя, намагаються розбити голову об стіну, спинку ліжка.

Маніакальна фаза (стан) характеризується підвищеним настроєм, прискоренням психомоторики і мислення. Хворі дуже активні, майже не сплять і не переживають при цьому почуття дефіциту сну, у все втручаються, не порівнюючи свою діяльність з реальними можливостями. У деяких випадках така завищена самооцінка супроводжується маячними висловами, головним чином ідеями величчя. Часто спостерігається підвищена сексуальність – легке зав'язування випадкових зв'язків, надмірне кокетство у жінок, прагнення їх за всяку ціну сподобатися особам протилежної статі, використання над міру косметики і прикрас в одязі.

Маніакальні хворі багатомовні, голос у них через це охриплий. Темп мови прискорений. Характерна легкість виникнення думок і непослідовність мислення. Маніакальне мислення характеризується вкрай поверхневими асоціаціями, розладами уваги. При вираженій манії це прискорене і непослідовне мислення набуває характеру «скачки ідей». Незважаючи на надмірну активність та ініціативність, жодна справа не доводиться маніакальним хворим до кінця. Підвищений настрій найчастіше відрізняється веселістю, проте деякі хворі виявляють схильність до дратівливості, гнівливості (гнівлива манія). Такі хворі завжди виражають незадоволеність поведінкою оточуючих, можуть проявити агресію.

Для лікування хворих з депресивними фазами БАР використовують антидепресанти. Імізін (меліпрамін) застосовують головним чином для лікування депресій із загальмованістю (від 100 до 300 міліграмів на добу); він не тільки покращує настрій, але й надає стимулюючу дію. При ажитованій депресії показаний амітриптилін (від 150 до 350 міліграмів на добу). При тривожній депресії антидепресанти поєднують із призначенням на ніч нейролептичного засобу – тизерцину (12–25 мг). При вираженій тривозі левомепромазін (тизерцин) призначають внутрішньом'язово по 25–50 мг, поступово збільшуючи дозу до 75–100 мг/добу (на 3–4 прийоми). Слід пам'ятати, що тизерцин різко знижує артеріальний тиск (АТ), тому його не можна вводити хворим з низьким АТ, а при призначенні його необхідно постійно контролювати цифри артеріального тиску.

При маніакальних станах призначають нейролептики – аміназін, хлорпротиксен, галоперидол, тизерцин. Хороший ефект дає застосування літію карбонату по 0,25–0,75 г всередину (після їжі) 3–4 рази на добу. Цей препарат використовують також для профілактики фаз БАР (по 0,3 г 1–2 рази на добу). У цих випадках лікування проводиться тривало, іноді протягом кількох років, при обов'язковому контролі за вмістом літію в сироватці крові.

ПСИХОГЕННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.

Під психогенними захворюваннями розуміють психічні розлади, причиною яких є дія на людину психічної травми (психогенії). Ці захворювання носять функціональний характер, в більшості

випадків, при своєчасно початому правильному лікуванні і сприятливій ситуації, вони обртимы. Психогенні захворювання характеризуються широким діапазоном проявів — від короточасних реакцій на психогенієві до тривало існуючих хворобливих станів, від легких невротичних проявів до клінічно вираженого психозу.

Невроз — це функціональне захворювання, що характеризується психогенним походженням, різноманітними невротичними порушеннями. При цьому у хворих не порушується свідомість хвороби. Неврози, як правило, протікають без психотических розладів і виражених порушень поведінки.

Розрізняють три основні види неврозів.

Неврастенія— невроз, в клінічній картині якого переважає астенічний синдром. Найбільш типові скарги хворих на погане самопочуття, загальну слабкість, підвищену стомлюваність, зниження працездатності. Часто наголошується головний біль. Вона посилюється при різкій зміні положення тіла, іррадирує в його різні ділянки, нерідко супроводжується запамороченням і посилюється при фізичній і особливо розумовій навантаженню, при зміні атмосферного тиску.

Сон поверхневий, тривожний, з частими пробудженнями, кошмарними сновидіннями, не приносить відчуття відпочинку. Вдень хворі страждають від сонливості, що заважає їм працювати. Увечері їм важко заснути, а вранці встати. Як правило, настрої знижені. Нерідкі скарги хворого на порушення пам'яті.

Неврастенія найчастіше обумовлена сильною перевтомою, життєвими труднощами, тривало існуючими негативними емоційними переживаннями.

Невроз нав'язливих станів, часті всього виникає у людей з не-довірливими рисами вдачі. У клінічній картині переважають різного роду нав'язливості, що оволодівають свідомістю хворого. Він розуміє, що це хворобливі переживання, по подолати їх не може. Найчастіше нав'язливості носять характер страхів (фобій).

Істеричний невроз виявляється самими різними симптомами, що нерідко імітують клініку цілого ряду хвороб. Через це істерію в колишні часи називали «великою актрисою», «великою лицеміркою». Проте було б неправильним розглядати істеричні симптоми як удавання, вони виникають неусвідомлено, хоча в більшості випадків носять характер бажаних для хворого.

Типовий прояв істеричного неврозу — істеричний припадок. Він виникає завжди у зв'язку з несприятливою для хворого ситуацією, при негативно забарвлених емоційно-стресових переживаннях. Свідомість під час припадку не вимикається, а лише звужено. На відміну від епілептичного, істеричний припадок може продовжуватися декілька годин. При нім збережена реакція зіниць на світло, відсутні тілесні ушкодження, прикуси мови і слизової оболонки порожнини рота. Істеричний припадок демонстративний, він виникає тільки у присутності людей, від поведінки яких нерідко залежить його тривалість.

Лікування при неврозах комплексне. Велике значення має правильна організація режиму праці і відпочинку, харчування. З медикаментозних засобів призначають броміди, транквілізатори (еленіум, седуксен, тазепам, феназепам, рудотель). антидепресанти (амітриптилін), маленькі дози нейрореплетиків (аміназин, тизерцин). При неврастенії застосовують стимулюючі засоби (китайський лимонік, настоянку елеутерокока, женьшень), вітаміни

ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Основні симптоми та синдроми неврологічних і психічних захворювань.
2. Етіологія, патогенез, клінічна картина та основні напрямки фармакотерапії основних неврологічних захворювань (невралгії, радикуліти, неврити).
3. Етіологія, патогенез, клінічна картина та основні напрямки фармакотерапії хвороби Паркінсона.
4. Етіологія, патогенез, клінічна картина та напрямки фармакотерапії мігрені.
5. Етіологія, патогенез, клінічна картина та напрямки фармакотерапії основних неврологічних захворювань інфекційного характеру (менінгіти, енцефаліти).

6. Поняття й основні напрямки фармакоterapiї основних неврологічних захворювань, зв'язаних з гострим та хронічним порушенням мозкового кровообігу (геморагічний і ішемічний інсульт).

7. Поняття про психози та неврози. Етіологія, патогенез, клінічна картина та основні напрямки фармакоterapiї неврозів (психастенія, істерія, неврастенія, нав'язливі стани).

8. Поняття й основні напрямки фармакоterapiї психозів (шизофренія, маніакально-депресивний психоз).

Заповніть таблицю «Основні неврологічні захворювання»

Нозологічна одиниця	Визначення	Основні напрямки фармакоterapiї
1. Невралгія		
2. Радикуліт		
3. Неврит		
4. Мігрень		

Заповніть таблицю «Визначити основні відмінності та напрямки фармакоterapiї інсультів»:

Нозологічна одиниця	Визначення понять	Напрямки фармакоterapiї
Геморагічний інсульт		
Ішемічний інсульт		

3. Визначити напрямки фармакоterapiї інфекційних захворювань нервової системи:

Захворювання	Етіологічний фактор	Основні напрямки фармакоterapiї
Менінгіти	Серозні	
	Гнійні	
Енцефаліти	Первинні	
	Вторинні	
	Енцефаліти, викликані повільними інфекціями (демієлінізуючі)	

4. Заповніть таблицю «Основні поняття та напрямки фармакоterapiї психозів і неврозів»

Нозологічні одиниці	Визначення понять	Основні напрямки фармакоterapiї
НЕВРОЗИ	Психастенія	
	Істерія	
	Неврастенія	
	Нав'язливі стани	
ПСИХОЗИ	Шизофренія	
	Маніакально-депресивний психоз	

1. Знайомство з тематичними хворими.

2. Курація хворого (для оформлення «Протоколу фармакотерапії»)

3. Виконати такі завдання:

Завдання 1. З перерахованих скарг виберіть характерні для невралгії лицьового нерва (А), радикуліту поперекового відділу хребта (В), мігрені (С):

• Головний біль з характерною локалізацією;	
• Біль у попереку, що підсилюється при фізичному навантаженні;	
• Біль при пальпації в місця виходу нервових корінців;	
• Посмикування м'язів обличчя;	
• Асиметрія обличчя;	
• Серцебиття, занепокоєння;	
• Болі виникають після фізичного напруження;	
• Короткочасна втрата пам'яті.	

Завдання 2. Використання великих транквілізаторів протипоказане при:

А) Гострому психозі

В) Реактивній депресії

С) Маніакально-депресивному психозі

Д) Психотичній депресії

Завдання 3. Вибрати транквілізатор при таких синдромах і симптомах:

Синдром	Препарат	Доза і шлях введення
Тривожний		
Фобії		
Депресія		
Істерія		

Вирішити ситуаційні задачі:

Задача №1. Хворому Н., 72 р, з метою зменшення тривоги, емоційної напруженості був призначений діазепам у дозі 0,005г 2 рази на день. Через місяць його почали турбувати сонливість, загальмованість, погіршення самопочуття. З анамнезу вдалося з'ясувати, що у хворого хронічне захворювання печінки. З чим може бути зв'язане виникнення подібного стану? Які можна дати рекомендації даному хворому? _____

Задача №2. Хворий 68 років з виразковою хворобою в стадії рубця, хронічним гастритом з підвищеною секреторноутворюючою функцією, який приймає омепразол 20 мг на ніч, відзначає почуття страху, безпричинне занепокоєння. Які групи препаратів показані в даному випадку? _____

Задача №3. У хворого 67 років серед ночі виник головний біль, блювота, втрата свідомості. У родичів пацієнта вдалося з'ясувати, що хворого раніше турбували приступоподібні головні болі, запаморочення. При огляді звертає на себе увагу блідість шкіри, геміплегія праворуч. Який може бути попередній діагноз у хворого? Тактика провізора. _____

Задача №4. До провізора в аптеку звернувся відвідувач із проханням порекомендувати засіб від головного болю. З анамнезу виявлено, що в нього періодично бувають епізоди зміни настрою, сонливість, миготіння «мушок» перед очима, потім звичайно виникає пульсуючий головний біль, завжди однобічний, іноді супроводжується блювотою. Ваш попередній діагноз? Які можуть бути дані рекомендації відвідувачу? Які напрямки фармакотерапії даної патології? _____

ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ.

1. Роль провізора в профілактиці ускладнень фармакотерапії основних неврологічних і психічних захворювань.

2. Роль провізора в підвищенні ефективності і безпеки фармакотерапії.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

Анатомо-фізіологічні особливості зорового аналізатора

Розрізняють:

- додаткові частини ока – орбіта, повіки, органи продукції і відведення сльози;
- очне яблуко;
- провідні шляхи зорового аналізатора.

Орган зору розташований в орбіті – кістковому вмістилищі, що знаходиться на лицевій частині черепа, яка має вигляд усіченої піраміди, основою відкритої назовні. Очне яблуко знаходиться в центрі орбіти, воно підвішене як в гамаку зв'язками, що йдуть від стінок очної ямки і вплітаються в тенонovu капсулу, яка покриває очне яблуко. З усіх боків око обкладене жирною тканиною.

Повіки – п'ята стінка орбіти, є зовнішньою стінкою ока. Вії затримують дрібні частинки пилу. По краю повік знаходяться мейбомієві залози, що виділяють секрет, який не дає висихати очному яблуку при закритті очей. Повіки дуже добре постачаються кров'ю, тому ніколи не буває їх відмороження. При пораненні повік можна порушити закон первинної хірургічної обробки рани: видалення тканин не проводять, і заживає все дуже добре.

Апаратом, що продукує сльози, є слізні залози – складна альвеолярно-трубчаста залоза, що відкривається своїми двадцятьма протоками в склепіння верхньої повіки, а також додаткові залозки Краузе, розсіяні в кон'юнктиві повік. За добу виробляється біля 1 мл (20 крапель) сльози, що підтримує око в зволоженому стані. Під час плачу слізні залози працюють посилено.

Око має 9 г маси і діаметр 24 мм. Розрізняють наступні його оболонки:

1. Зовнішня фіброзна оболонка, де 1/6 частина – прозора рогівка, 5/6 частин – непрозора склера, причому перша "вставлена" в другу, а місце переходу однієї в іншу називається лімбом. Рогівка прозора, тому є першим і основним заломлюючим середовищем ока (40-42 дптр), склера ж, у свою чергу, несе захисну функцію і скелетну, оскільки до неї прикріплюються окорухові м'язи.

2. Судинний тракт включає:

- райдужку;
- власне судинну оболонку (хоріоідеа);
- ціліарне тіло (corpus ciliare).

Райдужку і зіницю пов'язують передня і задня камери ока, зіниця є автоматичною діафрагмою. Ціліарне тіло бере участь в акті акомодатії, продукує внутрішньоочну рідину, що є по суті "кров'ю" для ока. Власне судинна оболонка служить для живлення сітківки.

3. Сітківка у вигляді пігментного тіла переходить на ціліарне тіло і райдужку (зінична пігментна лінія).

Усередині ока знаходяться скловидне тіло і кришталик, причому останній прикріплюється до першого, розділяючи 2 камери – передню і задню.

Кришталик (lens) прозорий, заломлююче середовище (18-20 дптр), що бере участь в акомодатії як пасивний елемент. Кришталик – чисто епітеліальний утвір (тобто з ектодерми), тому немає пухлин кришталика і запалення. Закладається кришталик у порожнину ока на 4-5 тижні формування імунної системи. Є антигеном. На всі дії дає одну відповідь – помутніння (катаракта).

Основною функцією зорового аналізатора людини є сприйняття світла і предметів навколишнього світу, їх положення в просторі. Світло викликає складні зміни в сітківці, що обумовлюють так званий зоровий акт. Таким чином, світло є адекватним подразником для органу зору. Світло – магнітні коливання з певною частотою (369-760 нм – видима частина спектру). Вважається, що світлові подразники в першу чергу сприймає родопсин (зоровий пурпур). Трансформація світлової енергії в сітківці здійснюється в результаті процесів життєдіяльності рецепторів – паличок і колбочок, що включають фотохімічні реакції руйнування і відновлення родопсину в тісному зв'язку з обміном речовин. Продукти хімічних перетворень у фоторецепторах, а також електричні потенціали, які при цьому виникають, служать чинником подразнення для інших шарів сітківки, де виникають імпульси збудження, що несуть зорову інформацію до ЦНС. Збудження від паличок і колбочок передається на біполярні і гангліїні клітини сітківки. Безперервний фотохімічний процес (синтез родопсину) немо-

жливий без вітамінів А і В₂, АТФ, нікотинаміду тощо. При дефіциті в організмі цих речовин порушуються такі зорові функції, як світлосприйняття, адаптація, розвивається гемералопія (куряча сліпота).

Внаслідок обмеженої швидкості світла (3×10^{10} м/с) і певної затримки нервових імпульсів, що поступають в мозок, людина фактично бачить минуле (зникле).

Функції органу зору:

1. гострота зору (центральный зір);
2. поле зору (периферійний зір);
3. світловідчуття;
4. адаптація до темноти.

КОН'ЮНКТИВІТ.

Кон'юнктивіт – запалення кон'юнктиви, тонкої прозорої оболонки, що покриває очне яблуко і повіки з боку ока. Кон'юнктивіти складають біля 30% усієї офтальмологічної патології.

Етіологія. У залежності від етіологічних чинників, які викликали запальний процес, виділяють бактерійні, вірусні, хламідійні, грибові, а також алергійні, аутоімунні й токсичні кон'юнктивіти. Збудниками бактерійних кон'юнктивітів найчастіше є пневмококи, стафілококи, стрептококи, гонококи, кишкова паличка, а також паличка дифтерії. Серед вірусних найбільше розповсюджені аденовірусний, герпесвірусний, а також кон'юнктивіти при загальних вірусних захворюваннях (вітряна віспа, кір, краснуха). До захворювань, що викликаються хламідіями відносять трахому і паратрахому. Токсичний кон'юнктивіт як правило розвивається внаслідок дії очних крапель.

Клінічна картина. Незалежно від етіології, кон'юнктивіти характеризуються рядом спільних ознак – виділеннями слизового (катаральний кон'юнктивіт) чи гнійного (гнійний кон'юнктивіт) характеру, злипанням повік (що більше виражено зранку), почервонінням ока (внаслідок кон'юнктивальної ін'єкції) і відчуттям стороннього тіла тривалістю менше 4 тижнів.

Для різних форм кон'юнктивітів характерні особливі ознаки. Так, фолікулярна реакція є типовою для аденовірусного, герпетичного і тривалого токсичного кон'юнктивіту. Для гонорейного кон'юнктивіту характерний гіпергостий початок, наявність значних гнійних виділень, збільшення передвушних лімфатичних вузлів. Інші бактерійні кон'юнктивіти характеризуються помірними гнійними виділеннями, наявністю хемозу, кон'юнктивальних сосочків, лімфатичні вузли при цьому не збільшені. Алергійні кон'юнктивіти характеризуються наявністю таких симптомів як хемоз, червоні набряклі повіки, кон'юнктивальні сосочки, виділення слизового характеру, передвушні лімфатичні вузли не збільшені.

За перебігом розрізняють гострі і хронічні кон'юнктивіти. При гострому процесі симптоматика розвивається швидко, як правило спочатку в одному оці з переходом на друге. Тривалість процесу 5-6 днів, іноді до 2-3 тижнів.

Хронічний кон'юнктивіт розвивається поступово. Виділення, злипання повік, почервоніння ока, відчуття стороннього тіла в оці тривають понад 4 тижні. Може бути наявним поверхневий точковий кератит. Фолікулярна реакція є типовою для ураження хламідіями та токсичного кон'юнктивіту.

Фармакотерапія. Основна мета терапевтичних заходів, які вживаються при кон'юнктивітах – усунення симптомів, елімінація збудника, профілактика ускладнень і поширення процесу. Необхідно зазначити, що при кон'юнктивітах категорично забороняється накладати пов'язку, оскільки під пов'язкою значно посилюється можливість розвитку кератиту. Медикаментозна терапія здійснюється в залежності від етіологічного чинника, однак якщо збудник невідомий, використовують *0,1% розчин мірамістину; 10-20% розчин сульфацидаміду; антибіотики з групи фторхінолони (0,3% розчин чи мазь ципрофлоксацину, 0,3% розчин чи мазь офлоксацину), 0,3% розчин ломефлоксацину, макроліди (1% еритроміцинова мазь), тетрацикліни (1% тетрациклінова мазь).* Для механічного видалення виділень з кон'юнктивальної порожнини її промивають розчинами антисептиків (*1:5000 розчин фурациліну чи калію перманганату*).

При підтвердженні стафілококової природи кон'юнктивіту, крім наведених вище ЛЗ, можна

використовувати місцево антибіотики з групи аміноглікозидів, при наявності стрептококової флори – 0,25% розчин хлорамфеніколу. Після стихання гострого процесу закапують розчини глюкокортикостероїдів (0,1% розчин дексаметазону) чи як альтернативу, нестероїдних протизапальних засобів (0,1% розчин диклофенаку натрію).

При вірусних кон'юнктивітах призначають *лаферон* чи інтерфероногени (*пірогенал*), а також *ацикловір* у вигляді 3% мазі. Крім цього застосовують 0,25% оксолінову, 0,05% бонафтонову мазі, 1% розчин індоксуридину у вигляді очних крапель.

При хламідійному кон'юнктивіті застосовують антибіотики тетрациклінового ряду (1% тетрациклінова мазь, 1% розчин окситетрацикліну у вигляді очних крапель), макроліди (1% еритроміцинова мазь), фторхінолони у вигляді очних крапель і мазей.

При кон'юнктивітах алергійної природи місцево призначають симпатоміметичні засоби (*тетризолін*), стабілізатори мембран мастоцитів (*лодоксамід*, *кислота кромогліцієва*, *кромоглікат натрію*), глюкокортикостероїди, нестероїдні протизапальні засоби (у вигляді очних крапель і мазей), а також антигістамінні засоби для місцевого (*азеластин*, *левокабастин*), і системного (*астемізол*, *лоратадин*, *цетиризин*, *фексофенадин*) застосування.

ГЛАУКОМА.

Глаукома – це захворювання очей, основною ознакою якого є підвищення внутрішньоочного тиску (ВОТ). Виділяють первинну і вторинну глаукому. Етіологія первинної глаукоми не з'ясована. Вторинна глаукома може розвинути як ускладнення ряду захворювань очей (іридоцикліт, внутрішньоочна пухлина тощо.).

Етіологія. У здоровому оці постійно підтримується певний тиск (18-22 мм рт. ст.), завдяки балансу притоку і відтоку рідини. При глаукомі у хворому оці циркуляція порушується, рідина накопичується і внутрішньоочний тиск починає підвищуватись. Зоровий нерв й інші структури ока зазнають підвищеного навантаження, порушується кровопостачання ока. У результаті сигнали не поступають у кору головного мозку. Спершу людина просто починає гірше бачити, потім порушується периферійний зір, внаслідок чого обмежується зона видимості в результаті може наступити сліпота, причому зміни ці незворотні, тому так важливо вчасно почати лікування. При глаукомі буває і раптова втрата зору в результаті гострого нападу. За даними ВООЗ саме глаукома є найпоширенішою причиною сліпоти у розвинених країнах.

Клінічна картина. Відомо дві форми глаукоми: відкритокутова і закритокутова. При закритокутовій формі рідина усередині ока накопичується через те, що райдужка перекриває кут передньої камери ока, тобто немає доступу до природної дренажної системи ока. При відкритокутовій формі цей доступ відкритий, але порушені функції самої дренажної системи.

Основними симптомами глаукоми є підвищення ВОТ, порушення зорових функцій (звуження поля зору) і екскавація (патологічне поглиблення) диска зорового нерва, що супроводжується його атрофією й появою стійких дефектів поля зору.

Самим пацієнтом простіше діагностується закритокутова форма. Вона нерідко супроводжується болем і явними зоровими порушеннями, такими як періодичні затуманення зору, поява ореолів навколо джерел світла. Біль зазвичай локалізується в надбрів'ї, скроневій ділянці, половині голови. Саме при цій формі захворювання можливий гострий напад – різке підвищення тиску в оці. Через те, що він супроводжується нудотою і загальним погіршенням стану, хворий часто плутає його з іншими захворюваннями і упускає час. А допомога у такому разі повинна бути надана в найближчу добу, інакше може наступити сліпота.

Практично непомітно для пацієнта перебігає відкритокутова форма глаукоми. Оскільки поле зору звужується поступово (процес може продовжуватися декілька років), пацієнт іноді зовсім випадково виявляє, що у нього бачить тільки одне око, а на друге він осліп. Через це важливо вчасно діагностувати глаукому. Періодичні огляди у офтальмолога і вимірювання ВОТ потрібні в будь-якому віці, але особливо – після 40 років. Проте щоб виявити початок захворювання, простого вимірювання ВОТ недостатньо. Для точної діагностики необхідно детально вивчити очне дно і диск зорового нер-

ва та провести дослідження поля зору. У разі підозри на глаукому можливо провести обстеження на аналізаторі очного дна і на комп'ютерному периметрі. Це дозволяє визначити глаукому на дуже ранніх стадіях.

Фармакотерапія. На даний час вибір антиглаукомного препарату визначається, головним чином, здатністю останнього ефективно компенсувати підвищений внутрішньоочний тиск і зберегти гостроту та поле зору. Остання властивість набула назви нейропротекції (захисту клітин нервової тканини) сітчастої оболонки і зорового нерва від пошкодження й передчасної загибелі.

Лікування глаукоми здійснюють за трьома напрямками:

1. зниження внутрішньоочного тиску;
2. покращення кровопостачання внутрішніх оболонок ока й зорового нерва;
3. нормалізація метаболізму в тканинах ока.

Засоби, що знижують ВОТ, можна розділити на 3 групи стосовно їх впливу на відтік або продукцію водянистої вологи:

1. Засоби, що поліпшують відтік внутрішньоочної рідини по основних шляхах через дренажну систему й увеосклеральний шлях:

- холіноміметики;
- аналоги простагландинів.

2. Засоби, що знижують продукцію водянистої вологи:

- β -блокатори;
- інгібітори карбоангідази.

3. Засоби, що поліпшують відтік і знижують продукцію водянистої вологи:

- агоністи α -адренорецепторів.

З холіноміметиків застосовують *пілокарпін* 1; 2; 6% розчин, *карбахолін* 0,25%, *фосфакол* 0,02%, *армін* 0,01%, *фосарбін* 0,25–0,5%.

До аналогів простагландинів належить *латанопрост*, *траванпрост*. Вони мають значний гіпотензивний ефект (до 10 мм рт. ст.). Зниження внутрішньоочного тиску настає за годину, максимальний ефект досягається через 2 години і може триматися до 100 годин.

При відкритокутовій глаукомі призначають також β -адреноблокатори у вигляді очних крапель, які пригнічують продукцію камерної рідини: *тимолол*, *оптимол* 0,25-0,5% розчин.

Серед інгібіторів карбоангідази для системної терапії призначають *діакарб*, *дімакс*. Вони особливо ефективні при гіперсекреторній глаукомі, оскільки знижують секрецію внутрішньоочної рідини. Розроблені останнім часом очні краплі мають високу гіпотензивну ефективність, не мають системної резорбтивної дії й пов'язаних з цим загальних побічних ефектів. До цих препаратів належать *дорзоламід* і *бринзоламід*. Їх застосовують у вигляді очних крапель, максимальна ефективність настає через 2 години, переносяться значно легко, не викликаючи вираженого дискомфорту і побічних ефектів в оці. Інгібітори карбоангідази частіше застосовуються в комбінації з іншими препаратами, наприклад з β -блокаторами, для посилення дії останніх.

Хворим на відкритокутову глаукому з підвищеним чи нормальним артеріальним тиском призначають агоніст α_2 -адренорецепторів *клофелін* (0,125-0,25-0,5 % розчин у вигляді інсталяцій).

При закритокутовій глаукомі найбільше значення мають міотичні засоби, переважно холіноміметики (*пілокарпін*, *ацеклідін*). Адреноміметичні засоби при цьому протипоказані внаслідок того, що вони мають мідріатичну дію і можуть заблокувати кут передньої камери.

З метою покращання кровообігу та обмінних процесів в тканинах ока призначають судинорозширюючі препарати, які покращують мікроциркуляцію – *нікотинову кислоту* всередину 50-100 мг 2-3 рази на день або довенно 1% розчин 2-3 мл, *но-шта*, *кавітон*, *трентал*, *галідор*, *компламін*, *серміон*, *мілдронат*.

Для покращання обміну речовин – вітамінно-тканинна терапія: *АТФ*, *кокарбоксілаза*, *ретабо-ліл*, *солкосерил*.

Невідкладна допомога при закритокутовій глаукомі.

1. Міотики – *пілокарпін*, закопувати якомога частіше.

2. Больвовий синдром знімається літичною сумішшю – *промедол (анальгін), димедрол, аміназин*.
3. Діуретики (*лазикс* внутрішньом'язово або внутрішньовенно, краще призначати інгібітори карбоангідрази – *діакарб* 1-2 таб. кожні 6 годин).
4. Рефлексотерапія – гарячі ванни для ніг, гірчичники на потилицю, гірчиця в шкарпетки, щоб дати відтік венозної крові. Гірудотерапія на скроневі ділянки.

КАТАРАКТА.

Катаракта – це захворювання, яке характеризується стійким помутнінням речовини або капсули кришталика. Оскільки кришталик не має ні нервів, ні судин, він позбавлений можливості отримувати з крові необхідні для його нормальної життєдіяльності продукти. Джерелом живлення кришталика є рідини, які його омивають – волога передньої і задньої камери, а також склоподібне тіло. Тому будь-які зміни у складі вологи або склоподібного тіла (а вони з'являються внаслідок захворювання очей або загального захворювання) можуть відбиватися на стані кришталика, його прозорості й призводити до катаракти.

Етіологія. Найчастіше катаракта розвивається внаслідок фізіологічного процесу старіння ока. Проте на виникнення катаракти також можуть впливати й інші чинники: обмінні порушення, токсичні й радіаційні впливи, ультрафіолетове випромінювання, цукровий діабет, системні захворювання, травми й захворювання внутрішніх оболонок ока, деякі лікарські речовини тощо.

Клінічна картина. Розрізняють природжені й набуті катаракти, непрогресуючі (стаціонарні) і прогресуючі. Природжені катаракти зазвичай не прогресують. Найчастіше доводиться мати справу з віковою катарактою. Вона розвивається поступово впродовж декількох, іноді десятків, років. Ніжні помутніння в початкових стадіях катаракти можна виявити тільки при дослідженні в світлі, що проходить, або за допомогою біомікроскопії. При розвиненій катаракті ділянка зіниці сірувата, сірувато-біла, молочно-біла. Є загальні ознаки катаракти, які включають: розпливчатий контур предметів, круги розсіювання світла при погляді на джерело світла, поганий нічний зір, погіршення кольоросприйняття. Основним симптомом при катаракті є зниження гостроти зору. Ступінь зниження гостроти зору залежить від інтенсивності помутніння, локалізації процесу й при повній катаракті досягає сліпоти.

Фармакотерапія. Лікування катаракт здійснюється медикаментозно і хірургічним шляхом (екстракція катаракти).

Медикаментозну терапію слід застосовувати тільки на початкових етапах помутніння кришталика з метою поліпшення обмінних процесів в кришталику. Вона недостатньо ефективна при помутніннях в задньому відділі кришталика, проте дає певний ефект при тривалому застосуванні й помутніннях у передньому відділі.

В останні десятиліття намітилася тенденція використовувати уже відомі дані про зміни хімічного й біохімічного складу кришталика та обміну речовин у ньому для медикаментозного лікування початкових катаракт. Основним напрямком такого лікування є призначення хворому в якості замісної терапії тих речовин, нестача яких у кришталику й організмі викликає катаракту. У початковій стадії застосовують різні краплі, що містять набір вітамінів і мікроелементів. Всі ці препарати можна умовно розділити на декілька груп:

1. засоби, що містять неорганічні солі, необхідні для нормалізації електролітного обміну і зменшення дегідратації в кришталику;
2. засоби направлені на корекцію метаболічних процесів в кришталику;
3. медикаменти, що містять органічні сполуки, які нормалізують окисно-відновний баланс.

Антикатарактальні препарати використовуються в основному у вигляді очних крапель. До першої групи відносяться краплі, що містять солі калію, магнію, йоду (*йодокол, рубістенол, перайод*).

До групи препаратів, що містять неорганічні солі у поєднанні з вітамінами відносяться широко відомі препарати – *вітайодурол, вітафакол*. До особливої групи входять очні краплі, що містять різні екстракти рослинного і тваринного походження (*дурайод, факоліт*).

Особливо виділяється група засобів, що отримані синтетичним шляхом: *каталін, сенкаталін, дульцифак, квінакс*.

Окрім зарубіжних протикатарактальних засобів офтальмологи широко застосовують різні прописи очних крапель. В основному використовуються препарати, що містять *рибофлавін, глутамінову кислоту, цистеїн, аскорбінову кислоту, тауфон* тощо, які беруть участь в процесі окиснення, сприятливо впливають на обмін речовин, покращуючи енергетичні процеси в кришталику. При лікуванні вікових катаракт всередину призначають різні полівітамінні препарати (*ундевіт, комплевіт*). Має значення проведення загальних лікувально-профілактичних заходів, направлених на оздоровлення організму і лікування патологічних станів, що приводять до розвитку катаракт.

Радикальним способом є оперативний. Сучасні методи мікрохірургії дозволяють повернути зір основної частини пацієнтів.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ.

Анатомо-фізіологічні особливості ЛОР-органів

До ЛОР-органів відносять органи слуху та рівноваги, нюху, а також глотку і гортань.

Вухо - орган слуху і рівноваги, в його функції входить сприйняття звукових хвиль і рухів голови. Анатомічно вухо ділиться на три частини: зовнішнє, середнє і внутрішнє вухо. Зовнішнє вухо концентрує звукові хвилі і проводить їх до внутрішніх структур. Звукові коливання викликають коливання барабанної перетинки і трьох крихтних пов'язаних з нею кісток (середнє вухо). Енергія звукових коливань посилюється в середньому вусі і передається у внутрішнє вухо.

У щільній кістці внутрішнього вуха знаходяться два надзвичайно чутливих утворення: равлик, власне орган слуху, і вставлений в нього перетинковий лабіринт – одне з джерел нервових сигналів в центральній нервовій системі, завдяки яким підтримується рівновага тіла.

Вухо є одним з органів чуття, за допомогою якого людина одержує дуже важливу інформацію із зовнішнього світу. Воно виконує дві функції: слухову і вестибулярну (функцію орієнтування організму і підтримання рівноваги тіла в просторі). Відповідно до цього, у вусі знаходяться кінцеві відділи двох аналізаторів: **слухового і вестибулярного**.

Слухова функція вуха забезпечується двома механізмами:

- 1) проведення звуків через зовнішнє і середнє вухо до спірального органа – **звукопроведення**;
- 2) сприймання звуків рецептором слухового аналізатора (спіральним органом) – **звукосприйняття**.

Зовнішнє і середнє вухо та перилімфа внутрішнього вуха належать до звукопровідного апарата, а внутрішнє вухо, тобто спіральний орган та провідні нервові шляхи – до звукосприймаючого апарата. Вушна раковина завдяки своїй формі концентрує звукову енергію і спрямовує її в напрямку до зовнішнього слухового проходу, який проводить звукові коливання до барабанної перетинки.

Досягнувши барабанної перетинки, звукові хвилі викликають її коливання. Ці коливання барабанної перетинки передаються на молоточок, потім – на ковадло, далі – на стремінце, яке закриває вікно присінка. Залежно від фази звукових коливань, основа стремінця то втискується у лабіринт, то витягується з нього.

Ці рухи стремінця викликають коливання перилімфи, які передаються на основну мембрану завитки і на розташований на ній спіральний орган.

Внаслідок коливань основної мембрани волоскові клітини спірального органа також піднімаються і опускаються, наближаються та віддаляються від нависаючої над ними покривної мембрани. При цьому виникає розтягнення або стискання волосків, що і є основним механізмом перетворення енергії механічних коливань у фізіологічний процес нервового збудження. Нервовий імпульс передається закінченнями слухового нерва і його волокнами до ядер довгастого мозку. Звідси імпульси проходять відповідними провідними шляхами до чисельних структур головного та спинного мозку, далі – до слухових центрів у скроневи частках кори головного мозку. Тут нервове збудження перетворюється у відчуття звуку.

Вестибулярна функція. Вестибулярний апарат разом з мозочком відіграє велику роль у визначенні положення тіла та його частин в просторі, а також в підтриманні стійкої рівноваги як в спокої,

так і під час руху. Крім лабіринту та мозочка, в забезпеченні такої функції беруть участь також орган зору і рецептори, закладені в суглобах, сухожилках, м'язах та шкірі (пропріорецептори). Отже, визначення положення всього тіла чи окремих його частин у просторі є результатом спільної роботи багатьох аналізаторів, але вестибулярний аналізатор має велике значення у цьому процесі.

Ніс складається з двох порожнин, які розділені носовою перегородкою. Кожна порожнина носа відкривається спереду ніздрями, а ззаду сполучається з глоткою. Жорсткість стінок порожнин носа забезпечується кісткою і хрящем. Уздовж бічних стінок кожної порожнини носа розташовуються три кісткові пластинки, що лежать одна над іншою на зразок полиць. Стародавні анатоми вважали, що вони схожі на раковини, тому їх і назвали – верхня, середня і нижня раковина. На зовнішній стінці порожнини носа з кожного боку є *три раковини: нижня, середня і верхня*. Відповідно до носових раковин на зовнішній стінці порожнини носа, розрізняють **носкові ходи**: нижній, середній і верхній.

Порожнина носа через особливі отвори – *вічка* – сполучається з навколосовими пазухами. В середній носовий хід відкриваються більшість пазух: верхньощелепна (гайморова), лобна, а також передні й середні комірочки решітчастої кістки. Вивідні отвори цих пазух містяться під середньою носовою. У верхній носовий хід відкриваються задні комірочки решітчастого лабіринту й основна пазуха.

Ніс виконує *дихальну, захисну, резонаторну і нюхову* функції.

Дихальна функція носа полягає в проведенні повітря в напрямку нижніх дихальних шляхів. При звичайному носовому диханні через порожнину носа під час одного вдиху чи видиху проходить приблизно 500 *мл* повітря. Враховуючи те, що в нормі людина робить 16-18 дихальних рухів за хвилину, через ніс за цей час проходить 8-9 л повітря.

Захисна функція носа полягає в зігріванні, зволоженні, знепиленні й знезаражуванні повітря, нейтралізації шкідливих газоподібних речовин, а також у видаленні сторонніх тіл за допомогою рефлексорних актів чхання, кашлю та сльозотечі.

Порожнини носа та навколосових пазух є **резонаторами голосу**. Завдяки цій функції голос людини набуває гучності та тембру (забарвлення), а з розвитком патологічних станів порожнини носа чи пазух – змінюється. При відсутності або порушенні носового дихання голос втрачає свою гучність та набуває глухуватого, носового відтінку.

Нюхова функція забезпечується тим, що, проходячи разом з повітрям через нюхову зону, пахучі речовини подразнюють рецептори нюхового аналізатора. Це викликає у людини нюхові відчуття. Роль нюху полягає не тільки в контролі якості тих речовин, які надходять з повітрям у дихальні шляхи, але й у визначенні, нарівні зі смаком, якості їжі, що надходить у травний тракт. Крім того, нюх має велике значення для рефлексорного виділення травних соків.

Глотка є порожнинним органом, що розташований між порожнинами носа і рота спереду та гортанню і стравоходом – знизу. Вона одночасно є частиною дихального і харчового трактів, у ній перехрещуються як повітроносний, так і травний шляхи.

Глотка складається з трьох відділів: *носоглотки, ротоглотки та гортаноглотки*.

Носоглотка (верхня частина глотки) – порожнина, що знаходиться позаду від порожнини носа та сполучається з нею через праву та ліву хоани.

Площиною, що є продовженням твердого піднебіння назад, носоглотка відділяється від середньої частини глотки – ротоглотки.

Ротоглотка – середня частина глотки; бокові та задня її стінки є продовженням відповідних стінок носоглотки та продовжуючись донизу переходять на нижній відділ глотки.

Лімфодні скупчення глотки утворюють *лімфаденоїдне глоткове кільце*.

Горизонтальною площиною, яку умовно проводять через верхній край надгортанника або корінь язика, ротоглотка відділяється від гортаноглотки.

Гортаноглотка – нижня частина глотки, яка має лійкоподібну форму, що звужуючись донизу, переходить у стравохід. Вона, ніби мішок, обгортає майже зі всіх боків гортань.

Глотка виконує чотири основні функції:

1. *Дихальну* – проходження повітря у гортань.
2. *Пройдення рідини та їжі* у стравохід.

3. *Захисну* – запобігання проникненню сторонніх тіл та подразнюючих речовин (хімічне та термічне подразнення) у розміщені нижче відділи травної та дихальної систем; участь в імунітеті (лімфаденоїдне кільце), а також зігрівання, зволоження та знезараження повітря тощо.

4. *Мовну* – артикуляція та резонанс звуків під час мовлення.

Гортань – це складний порожнинний орган, який є продовженням верхніх дихальних шляхів. Зовнішні її контури у чоловіків, особливо худорлявих, добре виражені. Остов гортані утворений хрящами, що з'єднуються між собою зв'язками та м'язами. Вище гортані знаходиться глотка, якою гортань сполучається з порожнинами рота і носа. Знизу гортань поступово переходить у трахею.

Внутрішній просвіт гортані нагадує пісочний годинник, де найвужче місце формують з обох боків голосові складки, утворюючи серединний відділ гортані – голосову щілину. Над цієї щілиною знаходиться надскладковий (вестибулярний) відділ гортані, а знизу – підскладковий відділ.

Гортань виконує *дихальну, голосову і захисну функції*.

Дихальна функція полягає в проведенні повітря в легені. При вдиху просвіти гортані (голосова щілина), трахеї та бронхів максимально розширюється, а при видиху, навпаки, звужується.

Голосова функція здійснюється передусім за рахунок роботи голосових складок, які, ніби струни музичних інструментів, коливаються при утворенні звуків. У забезпеченні голосової функції бере участь не тільки гортань, а й інші органи: глотка, порожнини рота і носа, навколоносові пазухи, легені тощо. У цих порожнинах голос резонує – набирає сили та забарвлення.

Захисна функція передусім полягає в попередженні потрапляння в дихальні шляхи слини, їжі, рідини, сторонніх предметів тощо.

РИНІТ

Риніт (нежить) – запалення слизової оболонки носа. Розрізняють гострий і хронічний нежиті. Як самостійну форму виділяють вазомоторний риніт.

Гострий нежить – найчастіше захворювання людини. Викликають його віруси, несприйнятливості до яких після одужання (імунітет) зберігається лише короткий час. Часто до вірусної інфекції приєднується бактеріальна суперінфекція (переважно кокова флора). Переохолодження має значення як чинник, що сприяє виникненню хвороби. Крім того, існують й інші чинники: перебування у приміщенні з надмірно нагрітим та сухим повітрям, низька загальна опірність організму, стреси тощо. Нежитю властива підвищена контагіозність (заражуваність). Шлях поширення переважно повітряно-крапельний, але можлива і контактна передача (через руки, посуд, предмети). Інкубаційний період триває 1-7 добу.

Клінічна картина. Розрізняють три стадії хвороби:

„Суха” стадія. На початку захворювання спостерігається легке нездужання. Можуть відзначатися: субфебрильна температура тіла, сухість, лоскотання в носі, чхання, легкий біль у глотці, відчуття стиснення голови. Триває перша стадія від декількох годин до доби.

Стадія серозних виділень характеризується рясними водянистими виділеннями з носа та значним закладенням носа, турбують головний біль та зниження нюху. Триває 2-3 доби.

Стадія слизисто-гнійних виділень. У цій стадії кількість виділень зменшується, вони стають слизовими, а при приєднанні бактеріальної суперінфекції – гнійними. Триває ця стадія 2-3 доби.

У наступні 6-12 діб (кінцева фаза) можуть з'явитися симптоми “опускання” інфекції – поширення її на глотку та гортань, що проявляється болем у горлі, охриплістю голосу, кашлем тощо.

Якщо у запальний процес залучаються навколоносові пазухи, то з'являється біль в ділянці їх проекції (чолі, переніссі, щоках). Якщо запалення розповсюджується на слухову трубу, виникає відчуття тиснення у вусі і відбувається зниження слуху.

Лікування. На початку захворювання його розвиток можна зупинити за допомогою потогінних та відволікальних засобів (гарячі гірчичні ванни для ніг, дітям показані парафінові “панчішки”). Призначають симпатоміметичні засоби, що містять *фенілпропаноламін* (*Колдакт, Колд-Флю, Ефект, Колдар, Ринопронт*) та *псевдоефендрин* (*Активед, Трайфед, Зестра*), селективні α_1 -адреноміметики для закапування в ніс (*оксиметазолін, тетризолін, ксилометазолін, трамазолін, нафазолін*). Ці лікарські засоби сприяють поліпшенню носового дихання, збереженню прохідності отворів навколоносових пазух носа, зменшенню набряку слизової оболонки слухової труби і мають менший стимулю-

ючий вплив на ЦНС порівняно з симпатоміметиками.

Термін застосування судинозвужувальних крапель не повинен перевищувати 1 тижня. Триваліше вживання цих засобів може спричинити розвиток медикаментозного риніту.

При головному болю призначають знеболювальні препарати (*парацетамол, ацетилсаліцилова кислота тощо*). Використовують препарати в аерозольних упаковках: *інгаліпт, каметон*, а також вдихання гарячого повітря та зрошування порожнини носа відварами квіток і листя шавлії (10 г на 200 мл кип'яченої води). Застосовують фізіотерапевтичні процедури.

Хронічний риніт – хронічне неспецифічне запалення слизової оболонки носа.

Причинами хронічних ринітів можуть бути: тривала дія зовнішніх шкідливих чинників (пил, гази, перегріте повітря тощо); розташовані поряд вогнища інфекції (аденоїди, синусит, каріозні зуби); викривлення перегородки носа; захворювання внутрішніх органів (серця, шлунка, нирок); глибокі ушкодження слизової оболонки при гострих інфекційних хворобах (скарлатина, дифтерія); конституційна схильність.

Розрізняють три форми хронічного риніту: катаральну, гіпертрофічну, атрофічну.

Хронічний катаральний риніт. Спостерігаються рясні виділення з носа (від слизових до гнійних), хоча може бути і сухість, дифузний набряк слизової оболонки носа, порушення прохідності носових ходів для повітря, зниження нюху, головний біль, розлади сну.

Хронічний гіпертрофічний риніт. Характеризується дифузною або обмеженою гіперплазією слизової оболонки (здебільшого нижніх носових раковин). Хворі скаржаться на виділення з носа, головний біль та зниження нюху. Виділення з носа переважно слизові, при зміні збудника виділення набувають гнійного характеру.

Для **діагностики** використовують закапування в ніс судинозвужувальних розчинів (адреналіну, нафтизину тощо). При цьому у хворих на гіпертрофічний риніт носове дихання або зовсім не поліпшується, або поліпшується незначно, а у хворих на катаральний риніт ці засоби дають виразний ефект.

Перебіг хронічного гіпертрофічного нежитю може ускладнитись розвитком поліпів, тобто обмеженої набрякової гіперплазії слизової оболонки. Це зазвичай вказує на приєднання алергічного компонента, для лікування якого потрібно виявити алерген та по можливості виключити контакт з ним.

Хронічний атрофічний риніт. Для цього захворювання характерні атрофія слизової оболонки порожнини носа, зменшення або відсутність секретії, незначне утворення кірочок у носі.

Лікування. Ліквідація вогнищ запалення, що можуть бути розташовані поряд (лікування каріозних зубів, хронічного тонзиліту, аденоїдів, хронічного синуситу тощо). Хворим радять уникати шкідливих чинників зовнішнього середовища, виключити паління тютюну, споживання алкогольних напоїв. Якщо необхідно, то проводять лікування внутрішніх захворювань (серця, шлунка тощо).

Хронічний катаральний риніт – призначають промивання носа розчином *натрію хлориду* (1 чайна ложка на 1 склянку води), який хворий втягує у ніс з носика чайника або із складеної долоні. Можуть виявитися корисними ендоназальний електрофорез *кальцію хлориду* (при набряку), *міді або цинку сульфату* (при підвищеній секретії), а також ультразвукова терапія, УВЧ, аплікації грязі.

Хронічний гіпертрофічний риніт. Певний ефект, як правило тимчасовий, має закапування в ніс розчинів глюкокортикоїдів або ін'єкції їх у носові раковини. Для зменшення об'єму носових раковин здійснюють хіміокаустуку (припікання гіперплазованої ділянки трихлороцтовою кислотою чи ляпісом), кріодеструкцію, гальванокаустуку або зрізування ділянок гіпертрофії хірургічними інструментами (конхотомом, ножицями) тощо.

Хронічний атрофічний риніт. З метою видалення гною та кірок призначають зрошення порожнини носа розчинами протеолітичних ферментів (*0,001 г трипсину* на 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду) або мінеральними водами ("Поляна квасова", "Боржомі" тощо.). Після очищення проводять інстиляції *рослинних олій з токоферолом і ретинолом*; корисні олії обліпихи та шипшини. Призначають електрофорез *нікотинової кислоти або калію йодиду* на ділянку шиї або носа та навколоносових пазух. Досить ефективним є бальнеогрязелікування в умовах теплого вологого клімату.

Вазомоторний риніт

Розрізняють дві форми вазомоторного риніту – алергійну і нейровегетативну.

Алергійний риніт пов'язаний з підвищеною чутливістю слизової оболонки носа до різних екзогенних алергенів, а також сенсibiliзацією до бактерійних і вірусних алергенів (інфекційно-алергійна форма).

Нейровегетативна форма має місце у осіб з функціональними вазомоторними розладами, при яких рефлекторні подразнення (охолодження, різкий запах) приводять до бурхливої реакції з боку слизової оболонки носа.

Серед факторів, які сприяють виникненню захворювання - часті гострі запальні процеси верхніх дихальних шляхів, що призводять до алергізації організму; порушення з боку вегетативної нервової системи; викривлення перегородки носа; тривале стороннє тіло порожнини носа; тривале переохолодження організму; розлади функції шлунково-кишкового тракту.

Основні **клінічні прояви** вазомоторного риніту такі: напади чхання з виділенням великої кількості слизово-водянистого секрету (ринорея); затруднене носове дихання; головний біль; загальна слабкість; швидка втома.

При риноскопії (огляді носової порожнини) виявляють набряк слизової оболонки носа, білуваті плями на слизовій оболонці носа (плями Воячека), слизово-водянисті виділення у великій кількості.

Лікування. Для лікування вазомоторного риніту застосовують консервативні і хірургічні методи.

1. При алергійній формі вазомоторного риніту використовують консервативні засоби: антигістамінні та гормональні препарати, внутрішньоносові новокаїнові блокади, склерозувальна терапія (уведення в товщу нижніх носових раковин спирту, гліцерину, саліцилату та хлориду натрію), фізіотерапевтичні методи (ендонозальний електрофорез хлориду кальцію з *димедролом*, ультразвук тощо).

2. При нейровегетативній формі вазомоторного риніту перевагу віддають хірургічним методам лікування.

ОТИТ

Отит – це запалення вуха. Розрізняють зовнішній, середній і внутрішній отити.

Зовнішні отити.

Запалення м'яких тканин зовнішнього слухового проходу об'єднують під назвою зовнішні отити, які протікають у вигляді обмеженого (фурункул) або дифузного запалення зовнішнього слухового проходу.

Фурункул зовнішнього слухового проходу (обмежений зовнішній отит).

Сприяючим фактором у виникненні фурункула є мікротравми при самоочищенні вуха. Фурункул може бути першим проявом цукрового діабету чи загального фурункульозу.

Клінічна картина характеризується сильним, пульсуючим болем, який посилюється при жуванні та розмові, особливо коли фурункул розміщений на передній стінці слухового проходу, під час відтягування вушної раковини, при натисканні на козлик. Останній симптом дає можливість відрізнити зовнішній отит від середнього.

Температура нормальна або субфебрильна. Слух переважно нормальний, за винятком тих випадків, коли зовнішній слуховий прохід повністю перекритий набряклими тканинами або скупченням виділень.

Лікування. 1. Введення у слуховий прохід турунд з дезинфікуючими розчинами (*саліцилової кислоти, хлорофіліпту, левоміцетину, димексиду* тощо). Змашування шкіри чи введення в слуховий прохід турунд з *лініментом за Вишневським, з мазями*, що містять гормони, антибіотики, *іхтіол, камфору* тощо.

2. При підвищенні температури показані антибіотики.

3. Призначення болезаспокійливих засобів.

4. При набряку призначення антигістамінних та сечогінних препаратів.

5. Застосування тепла чи фізіотерапії (УВЧ, УФО, УФФ з протизапальними та гормональними мазями) за умови, що хворий переносить їх добре (у початкових стадіях тепло може посилити біль).

Дифузний зовнішній отит – це поширене запалення шкіри зовнішнього слухового проходу, тобто це дерматит або екзема зовнішнього слухового проходу. Це поліетіологічне захворювання. Виділяють бактерійний, грибовий і алергійний характер процесу.

Клінічно проявляється болем у вусі (меншим, ніж при фурункулі), вираженою свербіжем, незначними виділення з вуха, іноді з неприсмним запахом, при значному набряку шкіри зовнішнього слухового проходу і накопиченні виділень – зниження слуху та шум у вусі.

Лікування. Ретельне та регулярне очищення зовнішнього слухового проходу від виділень є головною умовою видужання хворого. Його треба вірно інструктувати, що це треба робити 1-2 рази на добу чистими руками та відповідними інструментами.

При зовнішніх отитах, які супроводжуються свербіжем, звертають увагу на дієту (треба виключити цитрусові, гострі й пряні страви, консерви, копченості).

При мікозних зовнішніх отитах застосовується *хлорнітрофенол*. Він використовується при різних видах грибового ураження шкіри: трихофітія, грибова екзема, епідермофітія, кандидоз. При останньому можна поєднувати обробку *хлорнітрофенолом* з призначенням *клотримазолу*. При ураженні цвілевими грибами ефективні *амфотерицин В*, *амфоглюкамін*, *мікогентин*.

Лікування бактерійних зовнішніх отитів починають з місцевої антибактерійної терапії з широким спектром дії у вигляді різних мазей, які містять, наприклад, *мупіроцин*. Можливе використання антисептиків (3 % борний спирт, 2 % оцтова кислота, 70 % етиловий спирт). Місцево використовують вушні краплі, що містять *неоміцин*, *гентаміцин*, *поліміксин*. Системне призначення антибіотиків не потрібне, за винятком випадків розповсюдження процесу за межі слухового проходу. У цьому випадку застосовують всередину *амоксицилін/клавуланат* або цефалоспорины I–II покоління (*цефалексин*, *цефадроксил*, *цефаклор*, *цефуроксиму аксетил*).

Крім того, при всіх формах зовнішнього отиту проводиться симптоматична і гіпосенсибілізуюча терапія. Ефективне використання різних фізіотерапевтичних методів: тубус-кварц, опромінювання шкіри слухового проходу гелій-неоновим лазером, УВЧ (на стадії розриву процесу).

Гострий середній отит – це гостре запалення слизової оболонки порожнин середнього вуха. Часто виникає як ускладнення вірусного захворювання (грип, ГРВІ) з подальшим нашаруванням бактеріальної інфекції (стрептококової, стафілококової, пневмококової, синьогнійна та кишкова палички тощо). Проникнення інфекції у барабанну порожнину відбувається різними шляхами: тубогенно – крізь слухову трубу (найчастіше), в таких випадках отиту, як правило, передусе гострий риніт; гематогенно – з плином крові (при грипі, скарлатині, кору тощо); через перфорацію при травмі барабанної перетинки.

Клінічна картина характеризується відчуттям тиснення або незначним болем у вусі, помірним зниженням слуху, шумом у вусі, наявністю незначних виділень з нього. Загальні прояви та температурна реакція виражені у незначній мірі. Можуть бути вестибулярні прояви: запаморочення, нудота, ністагм, значне зниження слуху. Через 4-7 діб може виникнути спонтанна перфорація барабанної перетинки. Після виникнення перфорації і відтоку ексудату із середнього вуха біль швидко вщухає, температура тіла знижується.

Лікування. Лікування проводиться як при запальних процесах носа і глотки – судиннозвужуючі краплі до носа, полоскання зівя, фізіотерапевтичні процедури на ніс, навколоносові пазухи та глотку.

Крім того, тепло на ділянку вуха, ліжковий режим, у разі потреби – болезаспокійливі засоби, спиртові краплі до вуха (3 % спиртовий розчин саліцилової кислоти, 2 % розчин новоіманіну, хлорофіліпту тощо). За наявності виділень призначають антибіотики, проводять ретельний туалет зовнішнього слухового проходу з подальшим закапуванням у вухо перерахованих вище крапель. При тяжкому перебігу гострого гнійного середнього отиту хворому призначають ліжковий режим, вводять антибіотики (напівсинтетичні пеніциліни (препаратом вибору є амоксицилін), карбапенеми, цефалоспорины, лінкозаміди).

ФАРИНГІТ

Фарингіт – це запалення слизової оболонки глотки. Розрізняють гостру і хронічну форми.

Гострий фарингіт.

Початок запального процесу викликають віруси, а далі як збудники домінують стрептококи або інші бактерії. У дітей переважає дифузне запалення (гострий тонзилофарингіт), у дорослих запалення більш локалізоване. Серед неінфекційних чинників виникненню гострого фарингіту найчастіше сприяють шкідливі фізичні та хімічні фактори, в тому числі й побутові.

Клінічна картина. Спочатку з'являються відчуття дряпання, сухості, палання в глотці, неприємні відчуття при ковтанні, болючий “порожній” ковток (стадія вірусного запалення). Через 1-2 доби сухість в глотці змінюється рясними слизовими, а потім гнійними виділеннями (стадія бактеріальної інфекції).

У дітей переважно спостерігається висока температура тіла, у дорослих – лише субфебрильна. У запальний процес може втягуватись слизова оболонка носа, гортані, мигдаликів (ринофарингіт, ларингофарингіт, тонзилофарингіт).

При огляді глотки виявляють такі зміни на задній та боковій стінках глотки: почервоніння слизової оболонки, червоно-пурпурові утвори розміром 2-5 мм (набряклі та гіперемовані лімфоїдні фолікули), наявність слизу або гною, виражений судинний малюнок – застійні вени.

Пальпаторно – набряклі та болючі шийні й позадушепелні лімфатичні вузли.

Лікування. 1. Призначають полоскання глотки теплими розчинами *настоянки нагідок або календули, соком каланхое, розчином кухонної солі та харчової соди.*

2. Для симптоматичного лікування застосовують засоби, що містять антисептики та місцеві анестетики – інгаляційні (*каметон, камфомен, інгаліпт, гексаспрей, стопангін, йокс*) та у вигляді таблеток чи ледьяників (*стрепсилс, фалімінт, фарингосепт, септефрил, себідин тощо*).

3. При підвищенні температури тіла призначають антибіотики, протигістамінні засоби (*діазолін, кларитин*), інгаляції *ментолової олії, лізоциму, левамізолу*, ультрафіолетове опромінення.

4. При рецидивуючому фарингіті слід діяти на фактор, що підтримує захворювання, наприклад, провести санацію зубів чи мигдаликів, виконати аденотомію чи резекцію викривленої перегородки носа.

Хронічний фарингіт – тривале дифузне запалення слизової оболонки глотки, що протікає переважно без загальних проявів.

Хронічний фарингіт зустрічається, як правило, у дорослих, частіше – у чоловіків. У його розвитку має значення індивідуальна схильність. Часто хронічний фарингіт буває у хворих на захворювання серцево-судинної системи, нирок, органів травлення, а також на тлі недокрів'я (анемії), цукрового діабету тощо.

Інші причини: порушення носового дихання (викривлення перегородки носа, аденоїди), інфекція (її джерелом бувають ніс і навколососові пазухи, зуби чи бронхи в разі їх ураження), неінфекційні чинники (пара, газу, пил, гаряче сухе повітря, функціональне перевантаження глотки: тривалий кашель, неправильна постановка співочого голосу тощо).

Клінічна картина. Хворі скаржаться на відчуття сухості в глотці, відчуття “клубка” в горлі, “липкий” кашель, особливо вранці, неприємні відчуття при “порожньому” ковтку, вимушене покашлювання або кашель, при сильному кашлі можуть бути невеликі кровотечі (домішки крові в харкотинні).

У хворих старшого віку із симптомами хронічного фарингіту треба пам'ятати про можливість пухлини носової й гортанної частин глотки чи кореня язика. Такі хворі обов'язково потребують огляду оториноларинголога.

Лікування. По можливості слід усунути причини, що призвели до розвитку хвороби: відновити носове дихання (видалити викривлену перегородку носа, провести аденотомію тощо); санувати вогнища інфекції, що провокують розвиток фарингіту (санація порожнини рота, носа та навколососових пазух). При виявленні захворювань внутрішніх органів, які могли підтримувати фарингіт, провести їх лікування.

Місцеве лікування залежить від форми фарингіту.

При катаральній і гіпертрофічній формах застосовують полоскання 1-2% розчином харчової соди та кухонної солі, настоянкою звіробію (1 чайна ложка на 1 склянку води): для змашування використовують розчин Люголя, йодинол. Призначають також фонофорез прополісу, інгаляції 1% розчину декарису. Окремі скупчення гранул припікають 40% розчином трихлороцтової кислоти, зрізають конхотомом, виконують гальванокаустіку, кріодеструкцію або лазерокоагуляцію.

При атрофічній формі хронічного фарингіту для полоскання чи аплікацій використовують 1% розчин йодинолу, бікарбінт (2 таблетки на 1 склянку води). Застосовують змашування глотки спиртово-гліцеринним розчином прополісу. Всередину призначають 3% розчин калію йодиду (3 рази на день по 1 столовій ложці на молоці). Крім того, хворим показані пиття лужних мінеральних вод, парентеральне введення екстракту алое, ФіБСу тощо, електрофорез 0,5% розчину нікотинової кислоти (15-20 сеансів, по одному щодня). За наявності кірок на слизовій оболонці глотки показані інгаляції протеолітичних ферментів (трипсину, хімотрипсину), 1% розчину нікотинової кислоти, 2% розчину калію йодиду, змашування задньої стінки глотки олійними розчинами протягом 6-10 діб (риб'ячий жир, персикова олія). Можна рекомендувати хворим санаторно-курортне лікування в теплому вологому кліматі.

ГОСТРИЙ І ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ.

Гострий ларингіт – гостре запалення слизової оболонки гортані, яке часто буває одним із проявів катару верхніх дихальних шляхів. Про гострий ларингіт як самостійне захворювання говорять лише тоді, коли переважним місцем запальних змін є гортань.

Основними чинниками, що спричиняють виникнення гострого ларингіту є переохолодження, інфекційні захворювання (ГРВІ, грип, кір, скарлатина), перенапруження голосу, вдихання агресивних хімічних речовин, вдихання пилу.

Клінічна картина при даній патології включає такі прояви як відчуття лоскотання, дряпання в горлі, охриплість голосу, сухий кашель, швидка втома голосу, біль у горлі (незначний), загальне нездужання, можливе незначне підвищення температури тіла.

Лікування. Треба усунути вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища, в тому числі куріння, вживання алкоголю, вдихання виробничого пилу тощо. Слід рекомендувати хворому дотримуватись режиму мовчання (голосовий режим) та щадячої дієти.

До засобів впливу на запальний процес в гортані належать:

1. Теплові процедури (зігрівальні компреси на шию, гірчичники, парові інгаляції, тепле пиття – молоко, чай тощо).
2. Фізіотерапевтичні процедури (лужно-олійні інгаляції, УВЧ, діатермія тощо).
3. З метою ліквідації запального процесу в гортані призначають інгаляції біопароксу, який має виражену місцеву антимікробну і протизапальну дію.
4. З метою зменшення набряку слизової оболонки і гіперсекреції харкотиння, а також для покращання відходження харкотиння використовують протизапальний препарат ереспал.
5. При підвищеній температурі призначають жарознижувальні засоби та антибіотики.
6. Вливання в гортань по 0,5-1,0 мл 1-2 % розчину протарголу або коларголу, 0,5-1 % розчину ментолової олії.

Хронічний ларингіт частіше є наслідком гострого ларингіту, особливо при супровідних сприяючих чинниках.

Причини (сприяючі фактори) розвитку хронічного ларингіту: часті гострі ларингіти, куріння, шкідливі професійні фактори (вдихання пилу, агресивних хімічних речовин, часті голосові перевантаження тощо), вживання алкоголю, порушення місцевої і загальної реактивності організму, порушення носового дихання, захворювання серцево-судинної системи.

Клінічна картина. Хворі відчувають сухість в горлі, наявність в ньому стороннього тіла. Їх турбує кашель, охриплість голосу, швидка втома голосу, виділення харкотиння.

Лікування. Хронічний ларингіт важко піддається лікуванню. Усунення зовнішніх шкідливих факторів побутового і виробничого характеру та обмеження голосового навантаження (голосовий

режим), іноді навіть без спеціального лікування, сприяють одужанню хворого. Місцеве лікування:

1. Інгаляції 2% олійного розчину цитралу, антибіотиків і гідрокортизону.
2. Вливання в гортань медикаментозних засобів (0,5-1% розчину ментолово-евкаліптової олії, 2% розчину протарголу або коларголу тощо).

Фізичні методи (УВЧ, КВЧ, УФ, гарячі, парафін). Кліматотерапія.

ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ

1. Короткі анатомо-фізіологічні відомості про орган зору, ніс, глотку, гортань, вухо.
2. Методики дослідження органа зору: розпит, зовнішній огляд, офтальмоскопія, біомікроскопія, дослідження внутрішньоочного тиску, ехоофтальмографія, дослідження функції зорового аналізатора гостроти зору, кольоросприймання, поля зору, світловідчуття, дослідження клінічної рефракції.
3. Основні методи досліджень в оториноларингології: опитування, зовнішній огляд, риноскопія, фарингоскопія, ларингоскопія, трахеобронхоскопія, отоскопія, аудіометрія, вестибулометрія.
4. Етіологія, патогенез, клінічна картина й основні напрямки фармакотерапії захворювань слизової оболонки ока – кон'юнктивітів.
5. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і напрямки фармакотерапії захворювань рогової оболонки ока – кератитів, дистрофій роговиці.
6. Етіопатогенез, клініка і фармакотерапія захворювань судинної оболонки ока - увеїтів, іридоциклітів.
7. Причини, механізми розвитку, клініка і фармакотерапія глаукоми і катаракти.
8. Специфічні для офтальмології лікарські препарати. Дозування і концентрація, лікарські форми.
9. Причини, механізми розвитку, клінічна картина і фармакотерапія ринітів.
10. Етіопатогенез, клінічні прояви й основні напрямки фармакотерапії отитів.
11. Етіологія, патогенез, клініка і фармакотерапія фарингітів і ларингітів

Заповніть таблицю «Методи дослідження в офтальмології й оториноларингології».

Методи дослідження	Визначення поняття	Клінічне значення
1. Дослідження внутрішньоочного тиску (тонометрія)		
2. Ехоофтальмографія		
3. Дослідження функції зорового аналізатора		
4. Дослідження клінічної рефракції		
5. Риноскопія		
6. Фарингоскопія		
7. Ларингоскопія		
8. Отоскопія		
9. Аудіометрія		
10. Вестибулометрія		

Заповніть таблицю «Основні напрямки фармакотерапії глаукоми».

Напрямки фармакотерапії	Фармакологічні групи ліків	Препарати
1. Офтальмогіпотензивна терапія (місцева і загальна) з метою нормалізації внутрішньоочного тиску		
2. Терапія, що сприяє поліпшенню кровопостачання внутрішніх оболонок ока та інтраокулярної частини		

зорового нерва		
3.Терапія, спрямована на нормалізацію метаболізму в тканинах ока з метою впливу на дистрофічні процеси.		

Заповніть таблицю «Основні напрямки фармакотерапії кон'юнктивітів».

Напрямки фармакотерапії	Фармакологічні групи	Препарати
Вплив на інфекцію з ураженням чутливості збудника		
Наявність сильного виділення з кон'юнктивального мішка		
При вірусних кон'юнктивітах		
При кон'юнктивітах, викликаних хламідіями		
При алергійних кон'юнктивітах		
При хронічних алергійних кон'юнктивітах		

Заповніть таблицю «Напрямки фармакотерапії захворювань рогової оболонки».

Напрямки фармакотерапії	Фармакологічні групи ліків	Препарати.
1. Вплив на інфекцію з ураженням чутливості збудника		
2. Вплив на імунну систему.		
3. При герпетичних кератитах.		
4. При бактеріальних кератитах.		
5. Боротьба з виразковими ураженнями роговиці.		
6. При туберкульозних кератитах.		
7. Поліпшення епітелізації роговиці.		

8. Зниження гостроти зору.		
9. Вплив на запальну інфекцію		
10. Розсмоктування помутнінь роговиці.		

Заповніть таблицю «Основні напрямки фармакоterapiї ринітів».

Напрямки фармакоterapiї	Фармакологічні групи	Препарати
1. Гіпертермія.		
2. Десенсибілізуюча терапія.		
3. Розрідження в'язких виділень.		
4. При хронічному катаральному риніті.		
5. При хронічному гіпертрофічному риніті.		

Заповніть таблицю «Основні напрямки фармакоterapiї хронічного гнійного середнього отиту».

Напрямки фармакоterapiї	Фармакологічні групи	Препарати
1. Вплив на мікрофлору		
2. Наявність ознак алергії		
3. Наявність перфораційного отвору.		
4. Зменшення інтоксикації		
5. Місцеве лікування.		

Вирішити ситуаційні задачі:

Задача № 1. В аптеку звернулася хвора 75 років зі скаргами на поступове погіршення зору протягом десятиліття. Останніми місяцями з'явилися «мушки і дим» перед очима, виникає бажання змахнути пляму, протерти очі. Одним оком хвора бачить кілька предметів, особливо які світяться (кілька лампочок, місяців). Що могло бути причиною перерахованих вище скарг? Тактика провізора. ____

Задача № 2. До окуліста в поліклініку звернувся хворий 50 років зі скаргами на погіршення зору на ліве око, почуття повноти в оці, головний біль, затуманення зору, поява райдужних кіл при погляді на світло. При об'єктивному дослідженні виявлено: підвищення внутрішньоочного тиску до 37 мм рт.ст. у лівому оці, ескавація зорового нерва з атрофією, звуження поля зору ліворуч. Яке захворювання можна припустити в хворого? Намітити основні напрямки фармакотерапії. _____

Задача № 3 Хворого 68 років, що страждає глаукомою, атонією кишечника і запорами, лікують одним препаратом. До якої фармакологічної групи відноситься цей препарат? Які його властивості?

Задача № 4. В аптеку звернувся хворий 20 років зі скаргами на відчуття сухості, садніння і хворобливості в горлі. Яке захворювання у хворого? Тактика провізора і напрямки фармакотерапії?

Задача № 5. До Лор-лікаря звернувся хворий 30 років зі скаргами на біль у правому вусі ниючого характеру, який іррадіює в скроню і підсилюється при ковтанні і кашлі, підвищення температури тіла до 38,5°C, зниження слуху, закладення і шум у вусі. Яке можливе захворювання у хворого? Намітьте основні напрямки фармакотерапії. _____

Задача №6. В аптеку звернулася хвора зі скаргами на сльозотечу, свербіння спочатку у лівому, а потім й у правому оці, зниження чіткості зору, біль в очах при рухах очного яблука, закладеність у носі. При огляді у хворій виявлена гіперемія слизової ока, набряк вік. Яке ураження найбільш імовірне? _____

Задача №7. У хворої зі скаргами на сльозотечу, свербіння спочатку у лівому, а потім й у правому оці, зниження чіткості зору, біль в очах при рухах очного яблука, закладеність у носі. При огляді у хворій виявлена гіперемія слизової ока, набряк вік. Яка тактика провізора? _____

Задача №8. До аптеки звернувся хворий 50 років зі скаргами на погіршення зору на ліве око, почуття повноти в оці, головний біль, затуманення зору. При обстеженні очного тиску у поліклініці встановлено підвищений очний тиск у лівому оці. Яке захворювання можна припустити у хворого?

Задача №9. До аптеки звернулася жінка похилого віку зі скаргами на погіршення зору на ліве око, почуття повноти в оці, головний біль, затуманення зору. При обстеженні очного тиску у поліклініці встановлено підвищений очний тиск у лівому оці. Які основні напрямки фармакотерапії? _____

Задача №10. В аптеку звернувся хворий 20 років зі скаргами на відчуття сухості, садніння й хво-

робливості у горлі. Яке найбільш вірогідне захворювання у хворого? _____

Задача №11. В аптеку звернулася молода жінка зі скаргами на відчуття сухості, садніння й хворобливості у горлі. Які основні цілі фармакотерапії у даному випадку? _____

Задача №12. Хворий 30 років скаржиться на біль у правому вусі ниючого характеру з іррадіацією в скроню, підсилюється при ковтанні й кашлі. Останню добу визначає підвищення температури до 38,5 С, зниження слуху, закладення й шум у правому вусі. Яке можливе захворювання у хворого? _____

ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ.

Принципи вибору напрямків фармакотерапії в офтальмології й оториноларингології

Роль провізора в профілактиці ускладнень лікарської терапії захворювань очей і ЛОР-хвороб.

Зауваження викладача _____

ФАРМАКОТЕРАПІЯ АЛЕРГІЙНИХ СТАНІВ.

Поняття про алергію і механізми розвитку алергічних реакцій

Алергія - форма імунної відповіді, яка виявляється розвитком специфічної підвищеної чутливості організму до чужорідних речовин різного складу й походження в результаті попереднього контакту з цією речовиною. Алергічні захворювання виникають в наслідок підвищеної чутливості (сенсibiliзація) до різних речовин з антигенними властивостями, які викликають в організмі імунну відповідь гуморального або клітинного типу.

Серед численних класифікацій істинних алергічних реакцій найбільше поширення набула класифікація, запропонована Cooke в 1930 р., згідно якої всі алергічні реакції розділяються на дві великі групи: реакції негайного і реакції сповільненого типу. У основі класифікації лежить час прояву реакції після повторного контакту з алергеном. Реакції негайного типу розвиваються через 15-20 хв, сповільненого - через 24-48 годин. До **реакцій негайного типу** відносяться анафілактичний шок, atopічна форма бронхіальної астми, поліноз, набряк Квінке, алергічна кропив'янка, сироваткова хвороба, феномен Овері й ін. До **реакцій сповільненого типу** відносяться алергічний контактний дерматит, реакція відторгнення трансплантата, поствакцинальний енцефаломієліт, тиреоїдит Хашимото. Гіперчутливість сповільненого типу супроводжує туберкульоз, бруцельоз, сифіліс, грибові захворювання, протозойні й інші інфекції. Проте поняття про алергічні реакції негайного і сповільненого типу виникло в клініці, але не відображає всієї різноманітності проявів і механізмів розвитку алергії. Згідно цієї загальноприйнятої класифікації залежно від механізму імунної реакції виділяють п'ять основних механізмів пошкодження тканин, п'ять основних типів алергічних реакцій (за Г.В. Порядіним і співавт., 1998):

I тип, до якого відносяться алергічні реакції негайного типу, включає 2 підвиди: **1 - реактивний**, пов'язаний з виробленням антитіл IgE-класу, він лежить в основі atopічних захворювань; **2 - анафілактичний**, обумовлений в основному IgG4 антитілами і спостерігається при анафілактичному шоку. Реакції негайного типу є основними в патогенезі розвитку atopічної бронхіальної астми, полінозу, анафілактичного шоку, алергічної кропив'янки й ін.

II тип – цитотоксичний, пов'язаний з утворенням IgG (окрім IgG4) і IgM-антитіл до детермінантів, що є на власних клітинах. За цим типом перебігають міастенія, деякі гематологічні захворювання, наприклад, аутоімунна гемолітична анемія, алергічний медикаментозний агранулоцитоз, тромбоцитопенія й деякі інші.

III тип - імунокомплексний, пов'язаний з утворенням імунних комплексів алергенів та аутоалергенів з IgG (IgG1, IgG3) або IgM-антитілами та з ушкоджуючою дією цих комплексів на тканини організму. За цим типом розвиваються сироваткова хвороба, анафілактичний шок, екзогенні алергічні альвеоліти («легеня фермера», «легеня голубівника» й ін.), гломерулонефрити й ін.

IV тип - клітинно-опосередкований (інша назва - гіперчутливість сповільненого типу, ГСТ) - пов'язаний з утворенням сенсibiliзованих лімфоцитів (Т-ефекторів). За цим типом розвиваються алергічний контактний дерматит, реакція відторгнення трансплантата й ін. Цей механізм бере участь як компонент і в інфекційно-алергічних захворюваннях, таких як туберкульоз, лепра, бруцельоз, сифіліс, грибові захворювання шкіри й легенів, протозойних інфекцій і ін.

V тип – антирецепторний, пов'язаний з наявністю антитіл до фізіологічно важливих детермінант клітинної мембрани.

Традиційно склалися 4 основні принципи лікування алергічних захворювань:

- усунення алергену з організму хворого;
- використання засобів, які неспецифічно пригнічують алергічні реакції без урахування характеристики конкретного алергена;
- імуносупресивна терапія;
- специфічна гіпосенсибілізація або специфічна імунотерапія.

КРОПИВ'ЯНКА

Кропив'янка - це алергічна реакція, що виявляється висипаннями на шкірі сверблячих міхурів, поява яких пов'язана з набряком сосочкового шару шкіри.

Кропив'янка може бути як алергічного генезу при попаданні в організм алергенів, при введенні лікарських препаратів, при укусі комах, так і псевдоалергічного (холодова, теплова, холінергічна, механічна). До числа частих причин кропив'янки відносяться гельмінтози. У основі розвитку кропив'янки лежить реакційний механізм пошкодження.

Класифікація. З урахуванням перебігу виділяють гостру і хронічну кропив'янку. Гостра кропив'янка характеризується тривалістю захворювання менше 6 тижнів, хронічна - більше 6 тижнів.

Патогенез. У більшості випадків в основі патогенезу гострої кропив'янки лежать IgE-опосередковані реакції, а основними причинними чинниками є харчові продукти і лікарські препарати, рідше - укуси комах, холод, сонячне світло, тепло. При хронічній кропив'янці в сироватці крові хворих визначаються аутоантитіла (IgG) до високоафінних рецепторів IgE на опасистих клітинах. Ці аутоантитіла володіють здатністю безпосередньо викликати дегрануляцію опасистих клітин.

Клінічна картина. Гостра кропив'янка характеризується шкірними уртикарними висипаннями (як рис), що супроводжуються вираженим свербіжем. Пухирі блідо-рожевого або червоного кольору, оточені зоною еритеми. Елементи зберігаються протягом 1-6 годин, іноді супроводжуються підвищенням температури тіла, болем в животі й суглобах.

Хронічна кропив'янка характеризується постійною появою нових елементів (пухирів), їх періодичним рецидивуванням впродовж місяців і навіть років.

Фармакотерапія.

1. Припинення контакту з алергеном.
2. Ефективне парентеральне введення антигістамінних препаратів (*хлорпірамін, клемастин*) з подальшим переходом на антигістамінні препарати 2 покоління (*лоратадин*) і 3 покоління (*дезлоратадин*), елімінація алергена з організму - сорбенти (пероральний - *ентеросгель, поліфіпан* і ін.; парентеральний - *сорбілакт, реосорбілакт*); при холінергічній кропив'янці показані М-холіноблокатори (*атропіну сульфат*). У важких випадках ефективні короткі курси глюкокортикоїдів (*преднізолон, дексаметозон* і ін.), гемосорбція й плазмаферез.

НАБРЯК КВІНКЕ

Набряк Квінке (ангіоневротичний набряк) – це гострий, обмежений набряк шкіри і підшкірної клітковини і (або) слизових оболонок носа, дихальних шляхів або травної системи, що раптово розвинувся.

Етіологія і патогенез. Набряк Квінке викликають найрізноманітніші алергени або їх поєднання (харчові продукти, різні медикаменти, бактерії, косметичні речовини й ін.). Останніми роками

основною причиною його стали антибактеріальні речовини і сульфаніламідні препарати. Провідним механізмом є реакіновий тип пошкодження.

Клінічна картина. набряк Квінке має вид великого, блідого, щільного, несверблячого інфільтрату, при натисканні на який не залишається ямки. Локалізація частіша в місцях з рихлою клітковиною (губи, повіка, мошонка, слизові оболонки порожнини рота).

Особливо небезпечним є набряк у ділянці гортані, який зустрічається у 25% пацієнтів з набряком Квінке. Розвивається дуже швидко і гостро. Раптово з'являються хворобливі спазми в горлі, болі при ковтанні. Хворий відчуває затруднення на вдиху, виникає грубий кашель (іноді у формі безперервних нападів з незначним кровохарканням). Голос сиплий, лице синюшне, одутловате; шийні вени набряклі. У ряді випадків набряк гортані супроводжується шкірними висипаннями. Патологічний процес може охоплювати всю гортань (дифузна форма) або обмежуватися якою-небудь частиною її (локалізовані форми).

При легкому перебігу набряк піддається досить швидкому зворотному розвитку. Після закінчення нападу задухи протягом деякого часу залишається лише відчуття незручності при диханні і невелика осиплість голосу. При важкому перебігу набряк прогресивно збільшується, і напад задухи бурхливо наростає. Утруднені вдих і видих. Дихання шумне, хворий у край наляканий, неспокійний, кидається, намагаючись полегшити дихання. Ціаноз посилюється, кінцівки холодні, шийні вени набряклі; тахікардія, артеріальний тиск знижується, надалі може розвинутися кома і судомний синдром. Діагноз не викликає утруднень за наявності алергічних висипань на шкірних покривах, слизовій оболонці рота, набряку повік і губ. Смерть може наступити від асфіксії.

Набряки можуть локалізуватися на слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту і симулювати клініку гострого живота, локалізуватися на обличчі і супроводжуватися головним болем, нудотою, блюванням, запамороченням. При залученні в процес мозкових оболонок з'являються менінгеальні симптоми, загальмованість, ригідність потиличних м'язів, головний біль, блювання, судоми.

Фармакотерапія

1. Термінове припинення контакту з алергеном.
2. Введення парентеральних антигістамінних препаратів (*ніпольфен*, *хлорпірамін*, *димедрол* й ін.), з подальшим переходом на пролонговані препарати 2 покоління (*лоратидин*) і 3 покоління (*фексофенадин*).
3. Внутрішньовенне введення глюкокортикостероїдів: *преднізолон*, *дексаметазон*.
4. При набряку гортані і загрозі асфіксії - трахеостомія, інтубація трахеї, штучна вентиляція легень.

АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК.

Анафілактичний шок (АШ) – це вид алергічної реакції негайного типу, яка виникає при повторному введенні в організм алергену.

Етіологія. Частіше в ролі алергену виступають лікарські препарати (антибіотики, сульфаніламідні, сироватки, вакцини, білкові препарати, рентгеноконтрастні речовини й ін.). АШ може бути обумовлений укусами комах, змій, рідше харчовими алергенами (горіхи, гриби, мед, риба й ін.).

Патогенез. У основі патогенезу АШ лежить I (реакіновий) тип алергічної реакції. При АШ комплекс антиген-антитіло у присутності комплементу фіксується на мембранах опасистих клітин, ушкоджуючи їх, і викликає вивільнення біологічно активних речовин. У результаті звільнення медіаторів падає судинний тонус і розвивається колапс. При недостатності гомеостатичних механізмів процес прогресує, приєднуються порушення обміну речовин в тканинах, пов'язані з гіпоксією, розвивається фаза незворотних змін шоку.

Класифікація. Клінічні різновиди АШ: типова форма, гемодинамічний, асфіктичний, церебральний, абдомінальний варіанти.

Клінічна картина. АШ характеризується клінічними проявами, що швидко розвиваються:

- порушення гемодинаміки (зниження АТ);
- порушення дихання (задишка, бронхоспазм, ядуха);
- порушення діяльності ШКТ (нудота, блювання, діарея);

- шкірні висипання (кропив'янка, інші екзантеми, набряк Квінке);
- порушення діяльності ЦНС (загальмованість, втрата свідомості).

Клінічна картина АШ характеризується швидкістю розвитку - через декілька секунд або хвилин після контакту з алергеном. Наголошується пригнічення свідомості, падіння артеріального тиску, з'являються судоми, мимовільне сечовипускання. Блискавичний перебіг анафілактичного шоку закінчується летальним результатом.

При типовій формі АШ захворювання починається з появи відчуття жару, гіперемії шкіри, страху смерті, збудження або, навпаки, депресії, головного болю, болю за грудиною, задухи. Іноді розвивається набряк гортані по типу набряку Квінке із стридорозним диханням, з'являються шкірний свербіж, уртикарні висипання, ринорея, сухий надсадний кашель. Артеріальний тиск різко падає, пульс стає ниткоподібним, можливий виражений геморагічний синдром з петехіальними висипаннями. Смерть може наступити від гострої дихальної недостатності унаслідок бронхоспазму і набряку легенів, гострої серцево-судинної недостатності з розвитком гіповолемії або набряку мозку.

При гемодинамічному варіанті АШ на перший план виходять симптоми порушення діяльності серцево-судинної системи, спостерігається спазм (блідість) або розширення (гіперемія) периферичних судин, АТ знижений.

Асфіктичний варіант АШ виявляється гострою дихальною недостатністю, яка обумовлена бронхоспазмом, набряком слизової оболонки бронхів.

Церебральний варіант АШ характеризується переважанням порушень діяльності ЦНС: психомоторне збудження, втрата свідомості, судоми, епілептиформні напади.

При абдомінальному варіанті АШ основні ознаки - різка болючість в животі, симптоми подразнення очеревини.

Фармакотерапія анафілактичного шоку включає комплекс невідкладних заходів, направлених на ліквідацію головних порушень, які викликані алергічною реакцією. Тяжкість стану і провідний клінічний синдром визначають об'єм застосовуваних засобів і перелік виконуваних процедур. Вони направлені на:

1. Ліквідацію розладів гемодинаміки і дихання.
2. Компенсацію виниклої адренкортикальної недостатності.
3. Нейтралізацію медіаторів алергічної реакції.
4. Блокування надходження ліків-алергенів в кровоток.
5. Підтримка функцій різних життєво важливих органів і систем.

Алгоритм лікування анафілактичного шоку:

I. Загальні заходи:

1. Оцінити тяжкість стану хворого (необхідно орієнтуватися на скарги хворого, рівень свідомості, забарвлення і вологість шкіри, характер дихання і пульсу).
2. Припинити введення лікарського препарату.
3. При діагностиці клінічної смерті проводяться заходи первинного реанімаційного комплексу (закритий масаж серця, штучне дихання).
4. У решті випадків:
 - укласти хворого з піднятими вверх ногами;
 - зберегти або забезпечити венозний доступ;
 - забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів і доступ кисню.

II. Невідкладна допомога:

1. Припинення введення ліків або інших алергенів, накладення джгута проксимальніше місця введення алергену (при парентеральному введенні) або промивання шлунку, введення сорбенту (при пероральному введенні лікарських засобів).
2. Допомогу слід надавати на місці; з цією метою необхідно укласти хворого і зафіксувати язик для попередження асфіксії.
3. Ввести 0,5 мл 0,1% розчину *адреналіну гідрохлориду (a+b-адреноміметик)* підшкірно в місці введення алергену (або в місці укусу, або сублінгвально) і внутрішньовенно краплинно 1 мл 0,1%

розчину *адреналіну гідрохлориду*. Якщо артеріальний тиск залишається низьким, через 10-15 хв введення розчину адреналіну слід повторити.

4. Велике значення для виведення хворих з анафілактичного шоку мають кортикостероїди (*преднізолон* внутрішньовенно в дозі 75-150 міліграм і більше; *дексаметазон* - 4-20 міліграм; *гідрокортизон* - 150-300 міліграм; при неможливості ввести кортикостероїди у вену їх можна ввести внутрішньом'язово).

5. Ввести антигістамінні препарати: *піпольфен*, *хлорпірамін*, *димедрол* парентерально.

6. При асфіксії і задусі ввести інгібітори фосфодіестерази - 10-20 мл 2,4% розчину *еуфіліліну* внутрішньовенно.

7. При появі ознак серцевої недостатності ввести серцеві глікозиди (*коргликон*), діуретики (*фуросемід*).

8. Якщо алергічна реакція розвинулася на введення пеніциліну, ввести 1 млн. ОД *пеніцилінази* в 2 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

9. Введення *натрію гідрокарбонату* внутрішньовенно (для боротьби з ацидозом) і протишокових рідин. При набряку гортані - трахеостомія.

Після виведення хворого з анафілактичного шоку слід продовжувати введення десенсибілізуючих препаратів, кортикостероїдів, дезінтоксикаційних, дегідратаційних засобів протягом 7-10 днів.

СИНДРОМ ЛАЙЄЛЛА

Синдром Лайєлла (токсичний епідермальний некроліз) – це дерматоз алергічного генезу, який гостро розвивається і характеризується генералізованим некрозом епідермісу з подальшим його відшаруванням від дерми і важким ураженням внутрішніх органів. Втрата рідини і приєднання інфекції у таких хворих є небезпечими для життя.

Етіологія. Найчастіше синдром Лайєлла виникає в результаті сенсibilізації організму до медикаментозних алергенів (тетрациклін, пеніциліни, сульфаніламід, барбітурати, резерпін, аспірин, піразолонові препарати, вакцини, сироватки й ін.) та інфекційних агентів (стафілококи, віруси).

Патогенез. Основний механізм розвитку синдрому Лайєлла - формування алергічного васкуліту, при якому відбувається гостре внутрішньоклітинне пошкодження з раптовим вивільненням великої кількості лізосомальних протеолітичних ферментів. Основні патологічні процеси спочатку розвиваються в базальних клітинах шкіри, тому у результаті цього епідерміс відділяється від дерми. Унаслідок васкуліту у внутрішніх органах відбуваються гострі дистрофічні процеси, які сприяють генералізації аутомікрофлори, що нерідко завершується формуванням ендотоксичного або септичного шоку.

Клінічна картина. Через декілька годин або діб після початку прийому медикаменту-алергену самопочуття хворого різко погіршується: підвищується температура, з'являється головний біль, загальмованість, сонливість, свербіння шкіри, кропив'янка, еритематозні висипання на шкірі. Характерна болючість як ураженої, так і здорової на вигляд шкіри. Одночасно виникає ураження слизової оболонки очей, порожнини рота, носа, глотки, статевих органів. Приблизно через 12 год після розвитку еритеми шкіри і слизових відбувається раптове відшарування епідермісу з формуванням міхурів, потім епідерміс відторгається і утворюються обширні ерозії. Загальний стан хворого різко погіршується у зв'язку з вираженою інтоксикацією.

Фармакотерапія

1. Парентеральне призначення глюкокортикоїдів (*преднізолон*, *гідрокортизон*). Вважають, що на стадії еритеми вони можуть припинити процес, припинити розвиток вираженої симптоматики.

2. Використовують антиферментні препарати (*контрикал*, *пантритин*) довенно у перші 3-4 дні хвороби для придушення активності циркулюючих протеолітичних лізосомальних ферментів.

3. Парентерально вводять антигістамінні (*димедрол*, *дипразін*) і гіпосенсибілізуючі засоби (*препарати кальцію*, *натрію тіосульфат*, *магнію сульфат*).

4. Проводять патогенетичну терапію, спрямовану на підтримку життєво важливих функцій (серцевої діяльності, дихання, водно-електролітного і білкового балансу).

5. Для профілактики сепсису застосовують антибіотики (слід пам'ятати, що тетрациклін і пеніциліни при синдромі Лайєлла не рекомендуються).

6. Показане активне місцеве лікування, для чого потрібне створення певних умов. Бажано мати стерильну палату з бактерицидними лампами, ліжко для лікування опікових хворих, використовувати стерильну білизну.

Уражені ділянки зрошують глюкокортикоїдними аерозолями, ерозії змащують водними розчинами анілінових барвників (*ніоктанін, метиленовий синій*), застосовують примочки з дезинфікуючих розчинів. Порожнину рота й інші уражені слизові промивають *настоєм ромашки, розчинами кислоти борної, бури, фурациліну, калію перманганату, змащують олією шипшини*. Зовнішньо застосовують також епітелізуючі (*солкосерил, актовегін*), кортикостероїдні й антибактеріальні (для профілактики інфікування) мазі.

СИНДРОМ СТВЕНСА-ДЖОНСОНА

Синдром Стівенса-Джонсона - це гостре токсико-алергічне захворювання, що супроводжується генералізованими висипаннями на шкірі і слизових оболонках, це злоякісний варіант ексудативної еритеми.

Етіологія й патогенез як у синдрому Лайєлла.

Клінічна картина. Раптово підвищується температура тіла, хворий скаржиться на нездужання, головний біль. На шкірі симетрично виникають різко обмежені великі рожевого або яскраво-червоного кольору плями, рідше - набряклі папули, сплюснені, часто з ціанотичною периферією, в центрі деяких формуються міхури. На слизових оболонках порожнини рота, носа, очей, гортані, статевих органів, в області заднього проходу виникають міхури, які протягом 2-4 днів розкриваються; утворюється ерозія, що кровоточить, з обривками покривок міхурів по краю. Губи набряклі, покриті кров'яними кірками. Процес може ускладнюватися геморагічними висипаннями, носовими кровотечами, гнійним кон'юнктивітом, виразкою рогівки. Виникаючий токсикоз може з'явитися причиною серцево-судинної і легеневої недостатності, нефриту й ін.

Діагноз ґрунтується на характерному початку, важкому перебігу, наявності на шкірі хоча би одиничних висипань, типових для ексудативної еритеми.

Фармакотерапія. Зазвичай хворих госпіталізують. Всередину призначаються кортикостероїди, препарати кальцію, вітаміни Р і Д, аскорбінова кислота. Зовнішньо застосовуються протизапальні мазі і розчини: *дексаметазон* (даксин, дексазон, кортідекс, новометазон, фортекортін), *дерматолова мазь* (5%), *преднізолон* (декортин), *розчини діамантового зеленого спиртові 1%, 2%, триамцінолон* (полькортолон, фторокорт), *фурациліну розчин*.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Поняття про алергію, atopії.
2. Причини, фактори, які викликають схильність до алергії, механізми розвитку алергійних реакцій.
3. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії кропивниці.
4. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії набряку Квінке.
5. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії анафілактичного шоку.
6. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії синдрому Лайєлла і Стівенса-Джонсона.
7. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії лікарської алергії, харчової алергії.

Заповніть таблицю «Основні напрямки лікування алергійних захворювань».

Напрямки фармакотерапії	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ
Усунення причини сенсibilізації		
Специфічна гіпосенсibilізація		

Неспецифічна гіпосенсибілізація		
Протизапальна терапія		
Симптоматична терапія		

Скласти схему невідкладної допомоги при анафілактичному шоку.

Напрямки фармакотерапії	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ, доза, шлях введення
Синдромальна невідкладна допомога: корекція АТ		
корекція серцевого викиду		
- усунення бронхоспазма.		
Пригнічення вироблення і вивільнення медіаторів алергії		
Блокада тканинних рецепторів, взаємодіючих з медіаторами алергії		
Корекція об'єму циркулюючої крові		

Заповніть таблицю «Напрямки фармакотерапії набряку Квінке».

Напрямки фармакотерапії	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ, доза, шлях введення
Усунення бронхоспазма		
Усунення набряку гортані		
Гіпосенсибілізація		
Дегідратація.		

Заповніть таблицю «Напрямки фармакотерапії кропивниці».

Напрямки фармакотерапії	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ, доза, шлях введення
Специфічна десенсибілізація		
Неспецифічна десенсибілізація		
Протизапальна терапія		
Дегідратаційна терапія		
Усунення свербіння шкіри.		

Заповніть таблицю «Фармакотерапія синдрому Лайєлла і Стівенса-Джонсона».

Напрямки фармакотерапії	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ, доза, шлях введення
Обробка уражених слизових оболонок		
Ліквідація геморагічних явищ		
Дезінтоксикація		
Гіпосенсибілізуюча терапія		
Боротьба зі зневодненням організму		
Антибактеріальна терапія.		

1. Знайомство з тематичними хворими.
2. Курація хворого з наступним оформленням протоколу ефективності і безпеки терапії.
3. Рішення ситуаційних задач.

Задача №1. В аптеку зайшов чоловік 36 років зі скаргами на сверблячу висипку на тілі, утруднене дихання. Вищеописані симптоми з'явилися після укусу бджоли. Тактика провізора. _____

Задача №2. В аптеку звернулася жінка 53 років зі скаргами на набряк губ, повік, кистей рук, хриплисть голосу. Симптоми з'явилися після прийому еналаприла 1 годину тому. Еналаприл приймає 3 тижня, раніше ніяких подібних проявів не було. Надайте невідкладну допомогу і дайте рекомендації щодо можливості подальшого прийому еналаприлу. _____

Задача №3 Пацієнту 62 років з алергічною реакцією на гентаміцин в анамнезі зроблене щеплення від грипу вакциною, у технології виробництва якої використовуються аміноглікозиди. Через 10 хв. настала втрата свідомості, судороги, падіння АТ до 50/20 мм рт.ст. Про яке ускладнення можна думати? Складіть план терапії даного пацієнта. Як можна було запобігти даному ускладненню? _____

Задача №4 Пацієнту 12 років із приводу пневмонії призначений цефтриаксон. В анамнезі алергічна реакція на пеніцилін. Цефалоспорины раніше не приймав. На 2 добу терапії з'явився сверблячий еритематозний сип на тулубі. Батьки звернулися в аптеку за порадою. Ваша тактика. _____

Задача №5 У дитини 4 років після прийому цитрусових з'являється еритематозна свербляча висипка і набряк губ. Про яку реакцію можна думати в даному випадку? Дайте письмові рекомендації батькам дитини. Сформулюйте план фармакотерапії. _____

ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ.

1. Роль провізора в профілактиці алергійних захворювань.
2. Роль провізора у своєчасному виявленні і лікуванні алергійних станів.

Зауваження викладача _____

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ПОРУШЕНЬ ОБМІНУ РЕЧОВИН.

I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Епідеміологія, етіологія, патогенез і клінічна картина цукрового діабету.
2. Основні напрямки фармакотерапії цукрового діабету. ЛЗ інсуліну і пероральні протидіабетичні засоби.
3. Поняття про гіпо– і гіперглікемічну кому: причини, клінічна картина, основні напрямки фармакотерапії.
4. Причини, механізми розвитку, діагностичні критерії й основні напрямки фармакотерапії дифузного токсичного зоба.
5. Етіологія, патогенез, клінічні прояви і напрямки фармакотерапії гіпотіреоза.
6. Причини виникнення, механізми розвитку, клініка патологічного ожиріння й основні напрямки фармакотерапії.
7. Етіологія, патогенез, діагностичні критерії й основні напрямки фармакотерапії подагри.

Анатомо-фізіологічні дані.

Важливою особливістю живих організмів є їх здатність зберігати постійність внутрішнього середовища за допомогою механізмів саморегуляції, у здійсненні яких одне з провідних місць належить гормонам.

Гормони - речовини органічної природи, що виробляються в спеціалізованих клітинах залоз внутрішньої секреції, циркулюють у внутрішньому середовищі організму і надають регуляторний ефект на свої клітини-мішені. Крім гормонів, що виробляються ендокринними клітинами, цей термін включає чинники росту, нейропептиди, гормони імунної системи і

взагалі всі біологічно активні сполуки, які секретуються у внутрішнє середовище і викликають зміни режиму функціонування клітин-мішеней.

Ендокринні залози або залози внутрішньої секреції не мають вивідних проток, виділяють високо активні біологічні речовини безпосередньо в кров, лімфу та інші біологічні середовища, які володіють високою специфічністю та біологічною активністю, здійснюючи вплив у дуже низьких концентраціях. Вплив гормонів має, як правило, дистанційний характер - органи, на функціональний стан яких гормони впливають, розташовані далеко від залози. За характером взаємодії та принципом функціональної залежності всі залози ендокринної системи діляться на центральні (нейросекреторні ядра гіпоталамуса, аденогіпофіз гіпофіза, епіфіз) і периферичні, які в свою чергу діляться на гіпофізозалежні та гіпофізознезалежні. Крім того, в організмі існує спеціалізована високоорганізована нейроендокринна клітинна система представлена поодинокими гормонпродукуючими клітинами (APUD - Amine Precursors Uptake and Decarboxylation), що виробляють біологічно активні речовини двох типів: речовини, що виконують певні функції (інсулін, глюкагон, АКТГ, СТГ, мелатонін) і речовини, які виконують кілька функцій (серотонін, катехоламіни).

Головна роль в регуляції всього комплексу залоз внутрішньої секреції належить **гіпоталамусу**, який об'єднує ендокринні механізми регуляції з нервовими, а також є центром вегетативної нервової системи, контролюючи всі вісцеральні функції організму і визначає ряд системних реакцій: сон, пам'ять, статеве поведінка, мотивації. Бере участь у багатьох інших фізіологічних процесах життєдіяльності організму - травленні, терморегуляції, підтримці кров'яного тиску. Діяльність гіпоталамуса знаходиться під впливом вищих відділів головного мозку, лімбічної системи, гіпокампу, епіфіза і мигдалеподібних ядер. При цьому на його діяльність впливають нейроаміни - катехоламіни, серотонін, ацетилхолін, ендорфіни, енкефаліни.

Гіпофіз - відноситься до головних органам ендокринної системи та гіпоталамічної області проміжного мозку. Це непарне утворення округлої форми, сірувато-червоного кольору, масою 0,5-0,6 м. Розташований в гіпофізарній ямці турецького сідла клиноподібної кістки черепа. В гіпофізі виробляються гормони, які контролюють діяльність багатьох залоз внутрішньої секреції: СТГ - соматотропний гормон (гормон росту, соматотропін). Бере участь у регуляції процесів росту і розвитку організму. Органи мішені - кісткова тканина; утворення багаті сполучною тканиною: м'язи, зв'язки, сухожилля, внутрішні органи. Стимулює синтез білка в організмі, збільшення маси тіла, збільшує розпад і секрецію інсуліну підшлунковою залозою. АКТГ - адренкортикотропний гормон. Стимулює зростання кори надниркових залоз і секрецію глюкокортикоїдів, ліполіз і пігментацію. ЛПГ - ліпотропний гормон, стимулює обмін ліпідів. МСГ - меланоцитстимулюючий гормон, активує меланоцити, підсилює пігментацію. ПРЛ (ЛТГ) - пролактин (лактотропний, лютеотропний) гормон, стимулює зростання молочних залоз і лактацію, вироблення прогестерону жовтим тілом яєчника. У чоловічому організмі підсилює дію альдостерону і вазопресину, бере участь в регуляції еритропоезу, стимулює ріст внутрішніх органів, проявляє адаптогенну дію. ТТГ - тиротропний гормон, стимулює вироблення тиреоїдних гормонів. ФСГ - фолікулостимулюючий гормон, стимулює ріст фолікулів і вироблення естрогену в яєчнику, сперматогенез і вироблення інгібіну в сім'яниках.

Щитовидна залоза - знаходиться в передній області шиї, в ній синтезуються: трийодтиронін і тироксин - регулюють обмін речовин, і кальцитонін - знижує рівень кальцію в крові, підвищуючи його вміст у кістках.

Паращитовидні залози - розташовані під капсулою щитовидної залози в пухкій сполу-

чнотканинній клітковині. В них утворюється паратгормон, який бере участь в регуляції фосфорно-кальцієвого обміну, будучи антагоністом кальцитоніну.

Надниркові залози - розташовані в заочеревинному просторі, в безпосередній близькості до верхнього полюса відповідної нирки. Маса кожного становить 12-13 м. У надниркових залозах виділяють коркову частину в якому виробляються мінералокортикоїди (альдостерон і дезоксикортикостерон - зменшують реабсорбцію води і натрію в нирках), глюкокортикоїди (кортизон, кортизол, кортикостерон - підсилюють вуглеводно-білково-ліпідний обмін проявляють виражений протизапальний і цитотоксичний ефект на Т-лімфоцити, інгібують алергічні реакції, підвищують чутливість судинної стінки до дії катехоламінів), статеві гормони (андрогени і естрогени) і мозкову частину в якому виробляються катехоламіни (адреналін, норадреналін, дофамін, енкефаліни).

Тимус - центральний орган імунної системи (лімфоїмуноцитопоеза), розташований в передньому верхньому середостінні позаду грудини.

Ендокринна частина підшлункової залози - називається панкреатичними острівцями або острівцями Лангерганса. Острівкові клітини синтезують і секретують пептидні гормони: альфа-клітини - виробляють глюкагон, який стимулює глікогеноліз і ліполіз, бета-клітини - виробляють інсулін. Функції інсуліну різноманітні (регуляція обміну вуглеводів, ліпідів і білків), він є головним регулятором гомеостазу глюкози.

Яєчка - в них відбувається вироблення чоловічих статевих гормонів - андрогенів (тестостерону, дигідротестостерону і ряду інших стероїдів)

Яєчники - виконують ферментативну та ендокринну функції, крім них, ендокринними функціями володіють матка, маткові труби, плацента. Жіночі статеві гормони - стероїди (естрогени та прогестини).

Цукровий діабет (ЦД) - це група метаболічних захворювань, що розвиваються внаслідок абсолютної або відносної дефіциту інсуліну. Він проявляється глюкозурією, поліурією, полідипсією, порушеннями ліпідного, білкового та мінерального обміну. Хронічна гіперглікемія при діабеті поєднується з пошкодженням, дисфункцією і розвитком недостатності різних органів, зокрема очей, нирок, нервів, серця і кровоносних судин.

Етіологія та патогенез. Недостатність секреції інсуліну є одним з факторів, необхідних для розвитку діабету. Однак механізм інсулінової недостатності при ЦД 1 і ЦД 2 різний. При ЦД 1 маса і розміри підшлункової залози менше, ніж в осіб, не хворих на діабет або страждають на ЦД 2. Кількість і обсяг острівців у хворих на діабет I типу, а також кількість інсуліну, екстрагується з підшлункової залози, у цих хворих знижена в порівнянні з нормою, крім того в них кількість β -клітин різко зменшено. Патогенез СД 1 можна розділити на 6 стадій, повільно прогресуючих які переходять одна в іншу: 1) генетична схильність (обумовлена наявністю певних гаплотипів генів HLA-системи I, II і III класу), 2) трігерування або ініціація імунних процесів, 3) стадія активних імунологічних процесів; 4) прогресивне зниження першої фази секреції інсуліну, стимульованої внутрішньовенним введенням глюкози, 5) клінічно явний або маніфестний діабет; 6) повна деструкція β -клітин. Справжня причина цукрового діабету 1 типу до цих пір не встановлена. Більшість випадків цього захворювання виявляються аутоімунними. Ідіопатичний діабет по своїй клінічній картині не відрізняється від аутоімунного. Його особливість полягає в тому, що при обстеженні таких пацієнтів не вдається знайти яких-небудь маркерів аутоімунної агресії і ознак запалення в острівцях Лангерганса підшлункової залози. При ЦД 2 підшлункова залоза та її острівковий апарат практично не відрізняються від таких у осіб відповідного віку без порушення вуглеводного обміну. Ос-

трівці менш компактні, виявляється лобулярність залози внаслідок розвитку фіброзної тканини, може бути незначне зниження кількості β -клітин, однак співвідношення клітин в підшлунковій залозі не змінено. Причини інсулінорезистентності при ЦД 2 різні, проте чітко простежується два компоненти: генетичний і набутий. При ЦД 2 також має місце зменшення кількості рецепторів до інсуліну, зниження їх чутливості.

Класифікація цукрового діабету (модифіковано за ВООЗ, 1999) за етіопатогенезом (модифіковано за ВООЗ, 1999):

1) цукровий діабет типу 1 (деструкція β -клітин, що зазвичай призводить до абсолютної інсулінової недостатності):

- а) аутоімунний (встановлено причину);
- б) ідіопатичний (причину не встановлено);

2) цукровий діабет типу 2 (з переважною резистентністю до інсуліну, секреторним дефектом – відносною інсуліновою недостатністю);

- 3) гестаційний цукровий діабет;
- 4) інші специфічні типи діабету:

- а) при генетичних дефектах ендокринного апарату підшлункової залози, дії інсуліну;
- б) при хворобах екзокринної частини підшлункової залози;
- в) при ендокринопатіях;
- г) при вживанні деяких ліків та контакті з певними речовинами. ;
- д) при деяких хромосомних та генетичних аномаліях.

Клінічна картина. *Скарги:* полідипсія, спрага, сухість у роті; сухість шкіри та слизових оболонок; поліурія, часте сечовиділення, що спричинює зневоднення; м'язова слабкість, підвищена втомлюваність; втрата апетиту (на початку можлива поліфагія); свербіж (місцевий – промежина, волосиста частина голови або генералізований); хронічне гноячкове або грибоконе ураження шкіри. Для ЦД1Т характерний стрімкий розвиток хвороби. В дебюті захворювання хворі скаржаться на симптоми вираженої втрати рідини (дегідратації), прогресивне зниження маси тіла, яке супроводжується наростаючою фізичною слабкістю. Існує схильність до розвитку метаболічного ацидозу. До 20% хворих ЦД1 типу на початку захворювання мають *кетואцидоз*. Окрім того, слід пам'ятати, що ЦД1Т здебільшого виникає в дитячому та молодому віці до 30 років.

ЦД2 типу переважно є безсимптомним станом і у більшості випадків діагностується випадково, при виявленні цукру в сечі або підвищеного рівня глюкози в крові, під час проведення рутинних обстежень. Групу ризику складають хворі, в котрих спостерігаються вище зазначені симптоми або особи, родичі котрих хворіють на ЦД2Т, або особи з ожирінням віком від 40 років. Також сюди належить віднести жінок, які народили дитину вагою понад 4,5 кг, при чому ризик розвитку ЦД2Т зростає як для матері, так і для дитини. До скарг, пов'язаних із повільним прогресуванням ЦД2Т, окрім спільних, згаданих вище, належать: збільшення маси тіла; болі у ногах, парестезії, втрата чутливості; порушення зору, порушення статевої функції; повільне заживання ран; сонливість; роздратування. У цієї категорії хворих відсутня схильність до кетואцидозу. Часто захворювання поєднане із ожирінням або артеріальною гіпертензією.

Діагностика цукрового діабету. У відповідності до рекомендацій ВООЗ діагностичне значення мають наступні рівні глюкози в плазмі натще:

Нормальний вміст глюкози в плазмі крові натщесерце – до 5,5 ммоль/л;

Вміст глюкози в плазмі крові натще від $\geq 6,1$ ммоль/л, $<7,8$ ммоль/л визначається, як по-

рушення глікемії натще;

Вміст глюкози в плазмі крові натще $\geq 7,8$ ммоль/л оцінюється, як *попередній діагноз* – підозра на ЦД, який повинен бути підтверджений повторним визначенням вмісту глюкози в крові в інші дні.

З віком нормальний вміст глюкози в сироватці крові збільшується, тому після 60 років необхідно проводити корекцію, яка становить 0,056 ммоль / л на кожний наступний рік. У практично здорових осіб похилого віку глікемія натще може становити від 4,4 до 8,0 ммоль / л.

Таким чином, діагноз ЦД може бути поставлений при підвищенні концентрації глюкози в крові натще більше 7,8 ммоль / л або через 2 години після навантаження 75 г глюкози рівень глюкози більше 11,1 ммоль / л.

Лікування. Вибір тактики лікування залежить від типу діабету, клінічного перебігу, стадії розвитку хвороби, ускладнень та ін. Терапія цукрового діабету комплексна і включає в себе: 1) дієту, 2) фармакотерапію 3) дозоване фізичне навантаження, 4) навчання хворого, 5) профілактику і лікування пізніх ускладнень цукрового діабету. Завданням лікування цукрового діабету є досягнення компенсації цукрового діабету.

Фармакотерапія ЦД. В основі фармакотерапії ЦД типу 1 лежить довічна замісна інсулінотерапія, оскільки підшлункова залоза не здатна продукувати ендогенний інсулін. Показання до призначення інсуліну: 1) кетоацидоз, 2) діабетична кома; 3) значне схуднення; 4) виникнення інтеркурентних захворювань; 5) оперативне втручання; 6) вагітність і лактація; 7) відсутність ефекту від застосування інших методів лікування. Розрахунок разових та добової доз інсуліну виробляють з урахуванням рівня глікемії і глюкозурії. Чутливість хворих до екзогенного інсуліну різна. Так, 1 ОД підшкірно введеного інсуліну сприяє засвоєнню від 2 до 5 г глюкози. Початкові дози інсуліну можна орієнтовно визначити за рівнем глюкози в крові: при глікемії понад 8,33 ммоль / л на кожні наступні 0,22 ммоль / л вводити 1 ОД простого інсуліну кожні 6-8 ч. Хворим з вперше виявленим ІЗЦД призначають інсулін в дозі 0,5 ОД на 1 кг маси тіла на добу; в період ремісії - 0,4 ОД / кг, а хворим з незадовільною компенсацією діабету - до 0,7-0,8 ОД / кг на добу. Як правило, добова доза більше 1 ОД / кг на добу свідчить про передозування інсуліну, за винятком III триместру вагітності та підліткового періоду, коли для підтримання вуглеводного обміну потрібна підвищена кількість інсуліну. Численні препарати інсуліну, що застосовуються в даний час, відрізняються один від одного тривалістю дії, ступенем очищення, а також видовою приналежністю. *До препаратів інсуліну короткої дії - початок дії через 30 хвилин після введення; максимум між 2-3 год. після введення і тривалість - до 6 год., відносяться: Актрапід МС і НМ, Ілетін-П-регуляр і Хумулін-регуляр, Інсуман-нормаль, Берлінсулін Н-нормаль, інсуларан SPP та ін Хумалог відрізняється більш швидким початком (через 10-15 хвилин після введення) і більш короткою загальною тривалістю дії (3-4 год.) в порівнянні з простим інсуліном. До препаратів середньої тривалості дії - початок дії препаратів через 2 години після введення; максимум через 8-10 год. і тривалість 18-24 ч., відносяться: Протофан МС і НМ, Хумулін-базаль або НПХ, Лента, Ілетін-2, Інсуман- базаль, Берлінсулін Н-базаль. До препаратів тривалої дії - початок дії препарату через 4-5 години після введення, максимум через 8-14 год і тривалість 24-36 ч., відносяться: Ультратард НМ, Хумулін ультралента.*

Серед різних груп препаратів, що впливають на нормалізацію вуглеводного обміну при цукровому діабету, слід виділити: препарати, що безпосередньо стимулюють утворення інсуліну або посилюють його секрецію і препарати, дія яких спрямована на зниження всмоктування глюкози в кишечнику. Застосовувані в даний час цукрознижувальні препарати ді-

ляться на дві основні групи: похідні сульфонілсечовини та бігуаніди. Препарати сульфонілсечовини, які залежно від фармакодинамічної активності умовно поділяють на препарати першого покоління (толбутамід, карбутамід, цікламід, хлорпропамід), другого покоління (глібенкламід, гліпізид, гліклазид, гліквідон), проявляють свій гіпоглікемічний ефект у добовій дозі в 50-100 разів менше в порівнянні з препаратами першої генерації. Найбільш ефективним препаратом сульфонілсечовини є глібенкламід. Біологічний період напіврозпаду становить 5 год., тривалість гіпоглікемічної дії - до 24 ч. Добова доза становить 1,25-20 мг, яку призначають в два, рідше в три прийоми за 30-60 хв. до їди. Гліпізид по силі гіпоглікемічної дії відповідає глібенкламіду, швидко і повністю абсорбується з шлунково-кишкового тракту, гіпоглікемічну дію триває 6-12 год. Гліклазид (діабетон, діамікрон, предіан) є також препаратом другого покоління, терапевтична доза гліклазиду становить 80-320 мг / сут . Глімепірид (Амарія) є препаратом III генерації. Період напіврозпаду глімепіриду більш тривалий, ніж у інших препаратів цієї групи, що й забезпечує його терапевтичну ефективність протягом доби. Препарат призначають один раз в день в дозі 1-2 мг. Максимально рекомендована доза - 4-8 мг. Показанням для застосування цукрознижувальних препаратів головним чином є ІНЗЦД, тому застосування препаратів сульфонілсечовини показано у хворих цією формою діабету з нормальною або надлишковою масою тіла, а також у хворих з нормальною або надлишковою масою тіла, у яких компенсація вуглеводного обміну була досягнута дозою інсуліну не більше 20 -30 ОД в день. Другу групу пероральних цукрознижувальних препаратів становлять бігуаніди фенетілбігуанід (фенформін), N, N-диметилбігуанід (метформін) і L-бутілбігуанід (буформін, глібутід, адебіт, сілубін). Ці препарати не змінюють секрецію інсуліну і не дають ефекту за його відсутності. Бігуаніди збільшують у присутності інсуліну периферичну утилізацію глюкози, зменшують глюконеогенез, всмоктування глюкози в шлунково-кишковому тракті, а також знижують підвищений вміст інсуліну в сироватці крові хворих, що страждають ожирінням і ІНЗЦД. Бігуаніди мають деякий аноректичний ефект. Тривале їх застосування позитивно впливає на ліпідний обмін. В Україні з групи бігуанідів застосовується тільки метформін (сіофор, гліформін, глюкофаж). Період напіврозпаду метформіну становить 1,5-3 ч. Препарат випускається в таблетках по 0,5 і 0,85 г (500 і 850 мг). Терапевтичні дози 1-2 г на добу (максимум до 2,55 г на день). Інгібітори α -глюкозидази - це третя група пероральних цукрознижуючих препаратів, які широко застосовуються для лікування діабету з метою зниження всмоктування з кишечника вуглеводів. Глюкобай знижує абсорбцію більшості вуглеводів, таких, як крохмаль, декстрини, мальтоза і сахароза, звичайні дози глюкобаю становлять від 50 мг на день при поступовому збільшенні дози до 50 мг 3 рази на день, а потім до 100 мг 3 рази на день. Потенціатори дії інсуліну підвищують чутливість периферичних тканин до інсуліну. До препаратів цієї групи відносяться глітазони або тіазолідин-Діон (ціглітазон, дарглітазон, троглітазон, піоглітазон, енглітазон).

Сучасний алгоритм лікування ЦД II типу включає: дієтотерапію, модифікацію способу життя (регулярне фізичне навантаження, відмова від куріння, навчання хворого), а при відсутності ефекту додаткове застосування глюкобаю. При ожирінні можуть бути рекомендовані аноректики. У разі недостатнього ефекту від прийому глюкобаю при надлишковій масі тіла проводять комбіноване лікування з метформіном або з препаратами сульфонілсечовини. Можлива комбінація метформіну з сульфомочевінними препаратами. При незадовільному ефекті від проведеного лікування в подальшому показана інсулінотерапія. Критеріями для призначення інсулінотерапії при цукровому діабеті II типу є: відсутність компенсації цукрового діабету при використанні дієтотерапії у поєднанні з інгібіторами глюкозидази,

бігуанідів або препаратами сульфонілсечовини і так звана вторинна інсулінрезистентність до пероральних препаратів.

Дифузний токсичний зоб - захворювання, обумовлене надлишковою секрецією тироїдних гормонів дифузно збільшеною щитовидною залозою, частіше зустрічається у жінок.

Етіологія і патогенез. Дифузний токсичний зоб - аутоімунне захворювання і розвивається в осіб зі спадковою схильністю з полігенним типом успадкування. Проте слід враховувати, що залишається актуальними в розвитку захворювання роль психічної травми, емоційного стресу. Не можна також виключити роль різних вірусів.

Класифікація: 0 - зоб не видно та не пальпується. I ступінь - на шиї пальпується утворення, що відповідає збільшеній щитовидній залозі, що зміщується при ковтанні, але не видно при нормальному положенні шиї. II ступінь - щитовидна залоза пальпується і чітко видна при нормальному положенні голови.

Клінічна картина. Хворі з дифузним токсичним зобом пред'являють скарги на загальну слабкість, підвищену дратівливість, нервозність і легку збудливість, порушення сну, іноді безсоння, пітливість, погане сприйняття підвищеної температури навколишнього середовища, серцебиття, іноді болі в області серця колючого або стискаючого характеру, підвищений апетит і, незважаючи на це, схуднення, діарею. Розвиток клінічних ознак дифузного токсичного зобу пов'язане з надлишковою секрецією тироїдних гормонів і їх впливом на різні органи і тканини, зокрема, з підвищенням утворення тепла, збільшенням споживання кисню. Більшість ефектів надлишку тироїдних гормонів опосередковується через симпатичну нервову систему: тахікардія, тремор пальців рук, мови, всього тулуба, пітливість, дратівливість, відчуття неспокою і страху, характерний зовнішній вигляд таких хворих. Порушення серцево-судинної діяльності проявляються у вигляді тахікардії навіть в пасивний період пульс більше 80 на хвилину, підвищення артеріального тиску нападів фібриляції передсердь, появи її постійної форми з розвитком серцевої недостатності. На ЕКГ, крім синусової тахікардії, може виявлятися синусова аритмія, високий вольтаж зубців, прискорення або уповільнення передсердно-шлуночкової провідності, негативний або двофазний зубець Т, фібриляція передсердь. З боку шлунково-кишкового тракту - підвищений апетит, хоча в осіб похилого віку апетит може бути знижений, спрага, діарея, помірне збільшення печінки, незначно виражена жовтяниця. Хворі худнуть. У важких випадках зникає підшкірний жировий шар, зменшується об'єм м'язів. Глибокі сухожилльні рефлекси підвищені, виявляються тремор витягнутих пальців рук, гіперкінезія, у дітей - хореоподібні посмикування. Іноді тремор рук настільки виражений, що хворим ледве вдається застебнути гудзики, змінюється почерк. Під впливом тироїдних гормонів спостерігаються зміни в кістковій системі, розвивається остеопороз. У дітей відбувається прискорення зростання. Порушення функції ЦНС проявляються дратівливістю, занепокоєнням, підвищеною збудливістю, лабільністю настрою, втратою здатності концентрувати увагу, розладами сну, іноді депресією і навіть психічними реакціями. При дифузному токсичному зобі в більшості випадків є характерні зміни з боку очей. Очні щілини розширені, що створює враження гнівного, здивованого або переляканого погляду. Широко розширені очні щілини часто створюють враження наявності екзофтальму.

Діагноз дифузного токсичного зобу ґрунтується на результатах клінічного обстеження і підтверджується лабораторними даними. Велике діагностичне значення має дослідження вмісту гормонів щитовидної залози в крові (загальний і вільний Т3, Т4, тироксинзв'язуючі білки). У хворих з дифузним токсичним зобом рівень Т4 і Т3 в сироватці крові підвищений. Також для діагностики використовуються радіонуклідні методи дослідження. Поряд з визначенням поглинання радіоактивного йоду проводиться сканування щитовидної залози, яке

можна поєднувати з пробою з трийодтироніном. Зараз широко застосовується проба з тиро-ліберіном, яку можна проводити вагітним.

Лікування. Терапія дифузного токсичного зобу комплексна. Хворий повинен отримувати повноцінне харчування з достатньою кількістю вітамінів і мікроелементів. Необхідно відновити нормальний сон і з цією метою доцільно використовувати різні седативні препарати.

Фармакотерапія. Для лікування дифузного токсичного зобу застосовуються тиростатичні препарати, препарати йоду, комбінації седативних препаратів і бета-блокаторів, радіоактивний йод, хірургічне втручання. При тиротоксикозі легкого ступеня проводять лікування йодом в поєднанні з бета-блокаторами та седативними препаратами. Слід мати на увазі, що тривале використання препаратів йоду може вести до посилення тиротоксікоза. У таких випадках доцільніше застосовувати різні бета-блокатори. Фармакодинамічний ефект бета-блокаторів при тиротоксикозі виражений більше, ніж можна було б очікувати, встановлено, що вже через 1 год. після їх введення знижується концентрація Т3 в крові. Але слід мати на увазі, що бета-блокатори та інші симпатолітики не є засобом етіотропного лікування і повинні використовуватися тільки як додаткова патогенетична терапія. В останні роки значного поширення набуло застосування йодидів у вигляді іподату натрію (ораграфін або телепак), який, крім прямого інгібуючого впливу на функцію щитовидної залози, знижує швидкість утворення Т3 з Т4. Препарат призначають в дозі 1 г на день і вже через 10-14 днів може спостерігатися відновлення еутироїдного стану. З методів консервативної терапії широко застосовується лікування тиростатичними препаратами, серед яких найбільш поширені похідні імідазолу - мерказоліл, карбімазол, метимазол і тіоураціл - пропілтіоураціл. Мерказоліл і пропілтіоураціл інгібують створення тироїдних гормонів. Лікування пропілтіоурацилом починають з добової дози 300-600 мг (по 100-150 мг кожні 6 год) і по досягненні еутироїдного стану (зазвичай через 2-3 тижні) доза препарату знижується до 200-400 мг (звичайно на 1/3 від вихідної) з поступовим її зменшенням кожні 2-2,5 тижні до підтримуючих доз - 50-100 мг на добу. Мерказоліл призначають в дозі 40-60 мг. Зазначена добова доза повинна бути розділена на 4 прийоми. Зазвичай така доза 2-3,5 тижні. призводить до зменшення симптомів тиротоксикозу, маса тіла хворих збільшується. З моменту настання еутироїдного стану доза поступово знижується до 5-10 мг на день. Прийом підтримуючих доз антітіроїдних препаратів триває до 1-1,5 років. Передчасна відміна препарату призводить до рецидиву тиротоксикозу і необхідності призначати знову високі дози антитироїдних препаратів. У комплексній терапії дифузного токсичного зобу показано застосування імуномодуляторів (декарис, Т-активін). Хірургічне лікування показано при тиротоксикозі важкого ступеня, великому збільшенні щитовидної залози, при наявності алергічних та інших реакцій до антитироїдних препаратів, відсутності ефекту від консервативної терапії. Лікування радіоактивним йодом показано при відсутності ефекту від консервативної терапії, що проводиться протягом тривалого часу, у хворих старше 40 років, рецидиві дифузного токсичного зобу після хірургічного втручання, а також захворювання, що протікає з вираженою серцево-судинною патологією, яка не дозволяє проводити тривалий курс антитироїдної терапії або здійснити хірургічне лікування. Прогноз. При дифузному токсичному зобі сприятливий. Більш ніж у 60-70% хворих ремісія настає під впливом тиростатичної терапії, прийому препаратів йоду.

Гіпотиреоз - синдром, обумовлений гіпофункцією щитовидної залози і характеризується зниженим вмістом тироїдних гормонів в сироватці крові.

За виникненню і розвитку гіпотиреози класифікуються:

1. первинні гіпотиреози (вроджені та набуті), розвиваються при захворюваннях самої щитовидної залози.

2. вторинні гіпотиреози, виникають при недостатності продукції тиротропіну гіпофізом в головному мозку.

3. третинні гіпотиреози розвиваються при недостатності продукції тироліберіна гіпоталамусом головного мозку.

4. периферичні гіпотиреози, при цій патології відбувається зниження чутливості рецепторів клітин і тканин організму до дії на них тироксину і трийодтироніну.

Природжений гіпотиреоз виникає при відсутності чи недорозвиненості щитовидної залози, зустрічається спадковий дефект ферментів, які беруть участь у синтезі гормонів щитовидної залози, при цьому порушується засвоєння йоду щитовидною залозою, процес перетворення прогормона в гормон або існує дефект білкової частини гормону - тиреоглобуліну. Набутий первинний гіпотиреоз виникає після операції з видалення щитовидної залози, радіаційному ураженні або при променевому опроміненні органів ший, лікуванні препаратами радіоактивного йоду, після запальних захворювань щитовидної залози, під впливом деяких лікарських препаратів (препарати літію, гормони кори надниркових залоз, йодиди, β -адреноблокатори, передозування вітаміну А), при виникненні пухлинних захворювань щитовидної залози. Сюди ж відносяться ендемічні форми зоба, що супроводжуються зниженням функції щитовидної залози. Вторинні тироїдіти викликані зниженням синтезу гіпофізом гормону тиреотропіну. При недоліку тиротропіна функція залози знижується і виникає гіпотиреоз. Причиною такого гіпотиреозу може бути крововилив у гіпофіз, запальні і пухлинні процеси, кисневе голодування клітин гіпофіза внаслідок великої крововтрати або порушень мозкового кровообігу. Лікарські препарати для лікування хвороби Паркінсона, апоморфін, резерпін можуть пригнічувати освіта тиреотропіну в гіпофізі. Третинні тиреоїдити виникають при недостатній продукції гіпоталамусом тироліберіну, що в свою чергу призводить до зниження вироблення тиротропіну. В окрему групу слід виділити синдром резистентності до тироїдних гормонів, яка поділяється на генералізовану і гіпофізарну резистентність до тироїдних гормонів.

Клінічна картина. В основі розвитку гіпотиреозу лежить тривалий і виражений дефіцит специфічної дії тироїдних гормонів в організмі із зниженням окислювальних процесів і термогенезу, накопиченням продуктів обміну, що веде до тяжких функціональних порушень ЦНС, ендокринної, серцево-судинної, травної та інших систем, а також до дистрофії і своєрідного слизового набряку різних тканин і органів. Хворі мають характерний вигляд і пред'являють скарги на слабкість, стомлюваність, зниження пам'яті, сонливість, болі в м'язах, мерзлякуватість, закрепи, кровоточивість ясен, зниження апетиту і руйнування зубів. Зовні це повільні, загальмовані, сонливі і апатичні люди з низьким хрипким голосом, надмірною масою тіла, одутлим обличчям і набряклими "подушечками" навколо очей, припухлими століттями, великими губами і мовою, набряклими кінцівками, сухий, потовщеною, жовтого кольору шкірою з гіперкератозом в області ліктьових і колінних суглобів. Волосся тьмяне, ламке, випадають на голові, бровах, кінцівках, повільно ростуть. Нігті тонкі, з поздовжньою або поперечною смугастістю. М'язи збільшені в об'ємі. Сухожилльні рефлексії знижені. Кисті і стопи холодні. З боку серцево-судинної системи - спостерігається брадикардія, збільшення розмірів серця і глухість його тонів, зниження артеріального тиску, ослаблення скоротливої здатності міокарда; швидкості кровотоку і зменшення об'єму циркулюючої крові. На ЕКГ, крім брадикардії, відзначається низька амплітуда зубців R, P і всього комплексу QRS. Іноді виявляються порушення хвилі T і порушення провідності. З боку сечовидільної системи - порушується функція нирок, зменшується швидкість ниркового кровотоку; знижується також швидкість клубочкової фільтрації. У сечі з'являється помірна протеїнурія. З боку шлун-

ково-кишкового тракту розвивається атрофія слизової оболонки шлунка і кишечника. Для гіпотиреозу характерні сонливість, слабкість, втрата інтересу до навколишнього, зниження пам'яті. Часто спостерігаються парестезії, рідше - атаксія, ністагм і полінейропатія. Іноді зустрічаються депресивні стани, галюцинації, параноїдні явища. При дослідженні крові може виявлятися анемія, відносний лімфоцитоз, еозинофілія, зрідка моноцитоз, підвищення ШОЕ. Майже постійною ознакою є гіперхолестеринемія, іноді до 20,7-26 ммоль / л. Основний обмін знижений і складає 25-35%. Незначно знижена температура тіла.

Фармакотерапія: основна мета лікування гіпотиреозу - досягнення еутироїдного стану і його підтримку адекватної терапією, яка не повинна перериватися, проведення замісної терапії швидко ліквідує симптоми і обмінні порушення гіпотиреозу. Застосовуються препарати тироїдних гормонів: тиреоїдин, трийодтиронін, тироксин, та ін. Початкові дози тироїдних гормонів призначають залежно від ступеня тяжкості тироїдної недостатності, віку хворого, наявності супутніх захворювань. У дорослих лікування зазвичай починають із малих доз, поступово їх підвищуючи до досягнення еутироїдного стану, так як швидке підвищення обмінних процесів може привести до появи стенокардії, аритмії, серцевої недостатності. Підвищувати дозу тироїдних гормонів слід з обережністю, особливо в осіб похилого віку. Прояв повного дії Т3 зазвичай відбувається через 2-2,5 тижні, Т4 - 4-6 тиж. В осіб молодого і середнього віку лікування тироїдними гормонами можна проводити більш енергійно. Препаратом вибору для лікування гіпотиреозу є L-тироксин. Добова доза для дорослих становить 1,7 мкг / кг, а для дітей - до 4 мкг / кг.

Ожиріння - надмірне накопичення жиру в організмі (надлишок маси тіла перевищує 20% від норми, ІМТ > 30). Кількість і розподіл жирової тканини залежить від віку, статі, рівня фізичної активності і прийому лікарських препаратів. У більшості випадків етіологія ожиріння залишається невідомою. В основі процесу - порушення енергетичного балансу, коли надходження енергії перевищує її витрата, що супроводжується збільшенням маси тіла. У доповненні до позитивного жировому і енергетичного балансу в розвитку ожиріння певну роль відіграють генетичні (25 -30%) і патогенетичні фактори.

Патогенетичні фактори, які відіграють роль у виникненні ожиріння, різноманітні. До них відносять чинники, що формують харчову поведінку, активність адипоцитів, швидкість окислення харчових субстратів, інсулінорезистентність та деякі інші фактори.

Класифікація ожиріння. За етіологією виділяють конституціональне і придбане ожиріння.

Конституційне ожиріння зумовлене спадкоємною порушенням обміну речовин (25-30% всіх випадків ожиріння) і характеризується рівномірним відкладенням жиру по всьому тілу. Практично завжди поєднується з інсулінорезистентністю. Придбане ожиріння не завжди асоційоване з інсулінорезистентністю.

Розрізняють 4 види придбаного ожиріння:

1. аліментарне обумовлено надмірним прийомом їжі в порівнянні з рівнем енерговитрат;
2. діенцефальне (гіпоталамічне, церебральне) обумовлено порушеннями регуляції енергетичного обміну при ураженні ядра гіпоталамуса; характеризується відносно рівномірним відкладенням жиру по всьому тілу;
3. ендокринне - симптом первинної патології ендокринних залоз (наприклад, внаслідок гіперкортицизму, гіпотиреозу, гіпогонадізму або гіперінсулінемії).
4. ожиріння, обумовлене прийомом ЛЗ.

За типом ожиріння, виділяють чоловічий і жіночий типи ожиріння. Оцінку типу розподілу жиру проводять шляхом вимірювання об'єму талії та стегон і підрахунку відносини талії

до стегон (ВТС). Чоловічий тип (андроїдне або абдомінальне), з переважним відкладенням жиру у верхній частині тіла. ВТС > 0,85 для жінок, > 0,95 для чоловіків. Чоловічий тип ожиріння частіше поєднується з інсулінорезистентністю, ніж жіночий. Жіночий тип (гінеоїдне або сідничне), з переважним відкладенням жиру в нижній частині тіла. ВТС < 0,85 для жінок, < 0,95 для чоловіків. Жіночий тип ожиріння краще піддається лікуванню дієтою, ніж чоловічий. Змішаний тип; характерно рівномірний розподіл жирової клітковини. Виділяють 4 ступені ожиріння.

I ступінь - перевищення ідеальної маси тіла < 30%.

II ступінь - перевищення ідеальної маси тіла складає 30-50%.

III ступінь - перевищення ідеальної маси тіла складає 50-100%.

IV ступінь - перевищення ідеальної маси тіла > 100%

За типом росту маси жирової тканини виділяють гіпертрофічне, гіперпластичне та змішане ожиріння. Гіпертрофічне проявляється збільшенням розмірів жирових клітин. Гіперпластичне проявляється збільшенням кількості жирових клітин. Змішане - збільшуються як розміри жирових клітин, так і їх кількість.

Клінічна картина. Основні ознаки ожиріння - збільшення маси тіла і відкладення жирової тканини. Часто відзначають задишку навіть при мінімальному фізичному навантаженні внаслідок зменшення ємності легень. У дуже повних людей такий стан прогресує в Піквікський синдром, що характеризується загальною дебільністю, сонливістю і ознаками гіпоксії в результаті гіповентиляції і затримки вуглекислого газу. Ожиріння супроводжується ураженням основних систем і органів: з боку ендокринної системи: інсулінорезистентність і гіперінсулінемія. У чоловіків знижена концентрація загального тестостерону та ФСГ, що проявляється зниженням потенції, у дівчат швидше настає менархе, у жінок частіше відзначають порушення менструального циклу і настання менопаузи. Підвищений рівень андрогенів у жінок може призводити до гірсутизму, ановуляторним менструальним циклам і маткових кровотеч. З боку шкіри: акантоз шкіри, проявляється потемнінням шкірних складок на шії, ліктях і тильних поверхнях пальців. При ожирінні підвищені тургор і рихлість шкіри, що підвищує ризик грибкових інфекцій на шкірних складках. З боку органів дихальної системи - помірне ожиріння без супутнього захворювання легень не порушує функцій легень. При значному ожирінні може виникати так зване обструктивне нічне апное, внаслідок відкладення жирової тканини в області трахеї і глотки. Хропіння під час сну - перша ознака захворювання. Хворі відзначають повторні пробудження від нестачі повітря або від незрозумілої причини, сонливість вдень, головні болі вранці, порушення концентрації уваги, пам'яті, дратівливість, зниження лібідо та депресію. Часто напади провокуються прийомом транквілізаторів, снодійних або антигістамінних засобів, а також алкогольних напоїв. З боку кістково-суглобової системи підвищена частота остеоартриту внаслідок більш важкого травмування суглобів на тлі надлишкової маси тіла. Ожиріння є провідним фактором як фактор ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи, цукрового діабету (ІНЦД), обструктивного нічного апное, захворювань жовчного міхура, кістково-суглобової системи.

Лікування Основною метою лікування ожиріння є зменшення маси тіла. Зниження маси тіла призводить до зменшення артеріальної гіпертензії, інсулінорезистентності, покращує ліпідний профіль і знижує навантаження на суглоби, проте слід враховувати, що завзяте прагнення знизити масу тіла при частій безуспішності даного заходу зазвичай супроводжується повторним більш значним її збільшенням. Немедикаментозні заходи полягають у проведенні дієтотерапії та фізичних вправ. Дієтотерапія доповнюється методом регулювання харчової поведінки, тобто ретельного аналізу і зміни способу життя (зміна режиму прийому їжі, зви-

чок, пов'язаних з їжею), спрямованих на формування харчової поведінки. Слід враховувати можливі ускладнення дієтотерапії - дегідратацію і ортостатичну гіпотензію. Фізичні вправи без дотримання дієти малоефективні.

Фармакотерапія. Її застосовують рідко внаслідок частого зловживання їжею і відновлення початкової маси тіла після закінчення прийому препаратів. З метою придушення апетиту зазвичай призначають лікарські препарати, що підсилюють викид норадреналіну з нейрональних мінапсів (фендіметразін, фентермін, мазіндол і діетілпропіон), що блокують нейрональне захоплення норадреналіну (фенілпропаноламін) або сприяють вивільненню серотоніну і блокують його зворотне захоплення (фенфлюрамин). При обструктивному нічному апное призначають стимулятори дихання: протріптелін по 10-30 мг / добу або флуоксетин по 20-60 мг.

Хірургічне лікування показано при важкому ожирінні (IV ступеня), коли консервативна терапія неефективна; проводять радикальне зменшення об'єму шлунку.

Терміном «подагра» поєднують групу захворювань, які проявляються підвищенням рівня сечової кислоти в сироватці крові, повторними нападами характерного гострого артриту, великими відкладеннями урату натрію, в суглобах кінцівок і навколо них, пошкодженням нирок, утворенням ниркових каменів із сечової кислоти. Частіше хворіють чоловіки.

Про абсолютному підвищенні рівня сечової кислоти в сироватці говорять тоді, коли вона перевищує у чоловіків 70 мг / л, у жінок - 60 мг / л.

Клінічні прояви. Повний розвиток захворювання проходить чотири стадії: безсимптомна гіперурикемія, гострий подагричний артрит, міжнападна та хронічна тофусна подагра.

Безсимптомна гіперурикемія - це стадія хвороби, при якій рівень уратів в сироватці підвищений, але симптоми артриту, подагричні відкладення в суглобах або сечокислі камені ще відсутні. Стадія безсимптомної гіперурикемії закінчується з першим нападом подагричного артриту. У більшості випадків артрит передуює нефролітіазу, який розвивається через 20-30 років стійкої гіперурикемії.

Гострий подагричний артрит - ця хвороба вражає переважно суглоби ніг, найчастіше починається з ураження I плюсневого суглоба стопи, далі в процес втягуються суглоби плеснових кісток, гомілковостопних, п'яткових кісток, колінні, кісток зап'ястя, пальців рук і ліктьові. Перед першим різким нападом подагри хворі можуть відчувати постійну болючість із загостреннями, але частіше перший напад буває несподіваним і зазвичай починається в нічний час з різко вираженою болем в запаленій суглобі. Напад може провокуватися рядом специфічних причин, таких як травма, прийом алкоголю і деяких лікарських засобів, погрішності в дієті або хірургічна операція. Протягом декількох годин інтенсивність болю досягає свого піку, супроводжуючись ознаками прогресуючого запалення. На тлі вищеприписаної симптоматики можлива лихоманка, лейкоцитоз і прискорення ШОЕ.

Межприступний період. Напади подагри можуть тривати від одного дня до декількох тижнів, як правило, вони проходять спонтанно. Наслідків не залишається, і одужання здається повним. Настає безсимптомна фаза, так звана міжнападна.

Хронічна тофусна подагра. При відсутності адекватного лікування у хворих на подагру швидкість продукції сечової кислоти перевищує швидкість її виведення, в результаті чого в хрящах, синовіальних оболонках, сухожиллях і м'яких тканинах з'являються скупчення кристалів сечової кислоти. Типовими місцями відкладення уратів є вушна раковина, передпліччя (вздовж ліктьової поверхні), гомілки (по ходу ахілового сухожилля).

Лікування при подагрі комплексне. Необхідні швидке і обережне купірування гострого нападу, профілактика рецидиву гострого подагричного артриту та ускладнень хвороби, ви-

кликаних відкладенням кристалів сечової кислоти, а також лікування супутніх захворювань.

При гострому подагричному артриті проводять протизапальне лікування, найчастіше використовують колхіцин, препарат призначають для прийому всередину в дозі 0,5 мг кожену годину або 1 мг кожні 2 ч. Ефективні і інші протизапальні засоби: індометацин, фенілбутазон, напроксен і фенпрофен. При протипоказаннях або неефективності колхіцину та нестероїдних протизапальних засобів, застосовують системне або внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів. Після купірування гострого нападу застосовують щоденний профілактичний прийом колхіцину або індометацину, антигіперурикемічних препаратів. Необхідно також домогтися усунення провокуючих факторів (алкоголю, продуктів багатих пуринами) і зниження маси тіла у хворих з ожирінням. Антигіперурикемічні засоби досить ефективно знижують концентрацію сечової кислоти, метою їх застосування полягає в підтримці рівня сечової кислоти в сироватці нижче 70мг/л, цього можна досягти за допомогою лікарських засобів, що збільшують ниркову екскрецію сечової кислоти або шляхом зменшення її продукції. Найбільш ефективні препарати - пробенецид та сульфінпіразон, пробенецид зазвичай призначають в початковій дозі 250 мг двічі на добу. За кілька тижнів її збільшують до забезпечує істотне зниження концентрації уратів в сироватці. Лікування сульфінпіразоном починають у дозі 50 мг двічі на добу, поступово збільшуючи дозу до підтримуючого рівня 300-400 мг/д за 3-4 рази. Максимально ефективна добова доза становить 800 мг. Гіперурикемію можна коригувати також за допомогою алопуринолу, що зменшує синтез сечової кислоти, призначають його зазвичай в дозі 300 мг/д.

II. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими, аналіз листів призначень.
2. Знайомство з історією хвороби для оформлення «Протоколу фармакотерапії».
3. Вирішити ситуаційні задачі:

Задача № 1. У хворого 43 років, що працює вантажником на заводі, уперше при обстеженні в поліклініці виявлений цукровий діабет II типу. Яка тактика лікування в даному випадку?

- A. Негайне призначення інсулінів короткої дії.
- B. Негайне призначення інсулінів продовженої дії.
- C. Призначення похідних сульфанілсечовини.
- D. Призначення дієти.
- E. Призначення бігуанідів.

Задача № 2. Хворий з підвищеною вагою тіла звернувся до аптеки зі скаргами на біль у суглобі великого пальця правої стопи, який з'явився вночі, суглоб набряк та почервонів. Який попередній діагноз найбільш імовірний?

- A. Подагра.
- B. Остеоартрит.
- C. Ревматоїдний артрит.
- D. Гострий тромбофлебіт.
- E. Ревматичний артрит.

Задача № 3. Хвора, 30 років, скаржиться на серцебиття, задишку, біль в ділянці серця, поганий сон, підвищену дратівливість, зниження працездатності, похудіння, субфебрилітет. При огляді: хвора зниженого харчування, шкіра волога. Дрібний тремор пальців рук. Щито-

видна залоза м'яка, збільшена, особливо права частка. Пульс 120 у 1 хв., ритм правильний. АТ 170/70 мм рт.ст. Яке можливе захворювання?

- А. Тіреотоксикоз.
- В. Гіпотіреоз.
- С. Адісонова хвороба.
- Д. Цукровий діабет.
- Е. Гіперпаратіреоз.

Задача № 4. Хвора, 45 років, скаржиться на серцебиття, задишку, біль в ділянці серця, поганий сон, підвищену дратівливість, зниження працездатності, схуднення, субфебрилітет. При огляді: хвора зниженого харчування, шкіра волога. Дрібний тремор пальців рук. Щитовидна залоза м'яка, збільшена (видно на око), особливо права частка. Пульс 120 у 1 хв., ритм правильний. АТ 170/70 мм рт.ст. Який основний напрямок фармакотерапії в даному випадку?

- А. Усунення вегетативних реакцій.
- В. Пригнічення функції щитовидної залози.
- С. Усунення дратівливості.
- Д. Постійна замісна терапія.
- Е. Протизапальна терапія.

Задача № 5. Хворий пред'явив рецепт на інсулін. Провізор відпустив необхідний ЛЗ. Хворий, мотивуючи тим, що він уже добу не вводив інсулін і погано себе почуває, зробив ін'єкцію за допомогою провізора в аптеці. Через якийсь час хворий сплотив, на обличчі виступив піт, він поскаржився на різкий головний біль. Яка тактика провізора?

- А. Негайне дати глюкозу, виклик бригади швидкої допомоги.
- В. Негайне введення простого інсуліну, виклик бригади швидкої допомоги.
- С. Негайне введення знеболюючих засобів, виклик бригади швидкої допомоги.
- Д. Негайне введення серцевих глікозидів, виклик бригади швидкої допомоги.
- Е. Негайне введення вазопресорів, виклик бригади швидкої допомоги.

Задача № 6. У хворого цукровим діабетом (II типу) після прийому алкоголю з'явилися запаморочення, головний біль, різка слабкість, нудота, парестезії, страх, сплутана свідомість, холодний піт, артеріальна гіпотонія. Яка причина цього стану?

- А. Розвиток гіперглікемічної коми.
- В. Розвиток гіпоглікемічної коми.
- С. Розвиток лактацидемічної коми.
- Д. Розвиток кетоацетотичної коми.
- Е. Розвиток алкогольної коми.

Задача № 7. У хворого цукровим діабетом (II типу) після прийому алкоголю з'явилися запаморочення, головний біль, різка слабкість, нудота, парестезії, страх, сплутана свідомість, холодний піт, артеріальна гіпотонія. Ваша тактика?

- А. Негайне введення глюкозо-інсулінової суміші.
- В. Негайне введення 5% глюкози.
- С. Негайне введення 20% глюкози
- Д. Негайне промивання шлунку.
- Е. Негайний виклик бригади швидкої допомоги.

Задача № 8. Хворий Н., 48 років, звернувся зі скаргами на спрагу, часте сечовипускання, слабкість, шкірну сверблячку. При огляді: хворий підвищеного харчування, останній аналіз крові на цукор -8,2 ммоль/л. Яка тактика найбільш доцільна?

- A. Призначення антибіотиків.
- B. Призначення антигістамінних.
- C. Дієтотерапія.
- D. Призначення засобів сульфонілсечовини.
- E. Призначення бігуанідів.

Задача № 9. Хвора, 52 років, пред'являє скарги на загальну слабкість, сонливість, зниження працездатності, закріпи. При огляді: обличчя округле, жовтувато-бліде, амімічне. Відзначається набряклість на тильній поверхні кистей і стіп, при натисненні ямка не утворюється. Шкіра холодна на дотик, суха, нігті ламкі. Пульс 60 у 1 хвилину. АТ 100/80 мм. рт.ст. На ЕКГ: синусова брадикардія. Яке захворювання найбільш імовірне у хворої?

- A. Цукровий діабет, декомпенсація.
- B. Тіреотоксикоз.
- C. Гіпотіреоз.
- D. Адисонова хвороба.
- E. Гіпопаратіреоз.

Задача № 10. Хвора, 52 років, пред'являє скарги на загальну слабкість, сонливість, зниження працездатності, закріпи. При огляді: обличчя округле, жовтувато-бліде, амімічне. Відзначається набряклість на тильній поверхні кистей і стіп, при натисненні ямка не утворюється. Шкіра холодна на дотик, суха, нігті ламкі. Пульс 60 у 1 хвилину. АТ 100/80 мм. рт.ст. На ЕКГ: синусова брадикардія. Які основні напрямки фармакотерапії?

- A. Замісна.
- B. Протизапальна.
- C. Вітамінотерапія.
- D. Антибіотикотерапія.
- E. Імуномоделююча.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

Формування уявлень про інфекційні захворювання почалося в далекому минулому, проте науково обгрунтовані факти, які дозволяють сформулювати наукову дисципліну, були одержані лише на рубежі XIX-XX сторіч. Цей час часто називають “золотою епохою бактеріології”, оскільки за дуже короткий історичний період (всього декілька десятиліть) були зроблені відкриття, що склали теоретичну основу всіх подальших досліджень аж до середини XX сторіччя.

Незважаючи на успіхи в галузі клінічної медицини, проблема інфекційних захворювань продовжує залишатися достатньо складною у всіх без виключення країнах світу. Практично впродовж всього XX сторіччя клінічна медицина переважно займалася дослідженням інфекційних захворювань, які протікають в типових, клінічно маніфестних формах. На сучасному етапі були визначені нові аспекти проблем, однією з яких є встановлення ролі інфекційних збудників в розвитку хронічних запальних захворювань людини, через що питома вага інфекційних захворювань в загальній структурі патології людини може досягати 60-70%.

Інфекція (від лат. *infestio* - забруднення, зараження) є широким загальнобіологічним поняттям, що характеризує проникнення патогенного збудника в інший, більш високоорганізований організм і подальше їх антагоністичне взаємовідношення.

Інфекційний процес - це обмежена в часі складна взаємодія біологічних систем мікро- і макроорганізму, яка протікає в певних умовах зовнішнього середовища, виявляється на субмолекулярному, субклітинному, клітинному, тканинному, органному і організменному рівнях і закономірно закінчується або загибеллю макроорганізму, або його повним звільненням від збудника.

Інфекційна хвороба - це конкретна форма прояву інфекційного процесу, що відображає ступінь його розвитку і має характерні нозологічні ознаки.

Інфекційний процес є одним з найскладніших біологічних процесів в природі, а інфекційні хвороби є грізними, руйнівними чинниками для людства, які наносять йому колосальний економічний збиток. Збудниками інфекційних захворювань можуть бути бактерії, віруси, рикетсії, хламідії, мікоплазми, найпростіші, грибки, гельмінти.

Впродовж всього свого життя людина контактує з величезним світом мікроорганізмів, але викликати інфекційний процес здатна лише нікчемно мала частина цього світу (приблизно 1/30000). Ця здатність в значній мірі визначається патогенністю збудника.

Патогенність - видова ознака мікроорганізму, закріплена генетично і характеризуюча здатність викликати захворювання. За цією ознакою мікроорганізми підрозділяються на патогенні, умовно-патогенні і непатогенні. Головними чинниками, що визначають патогенність, є вірулентність, токсигенність й інвазивність.

Вірулентність - це ступінь, міра патогенності, індивідуально властива конкретному штаму патогенного збудника.

Токсигенність - це здатність до вироблення і виділення різних токсинів (екзо- та ендотоксини).

Інвазивність - здатність до проникнення в тканини і органи мікроорганізму і розповсюдження в них.

Чинники і способи агресії збудників інфекційних захворювань різноманітні. Серед них - індукція стресу, геморагічних реакцій, алергічних й імунопатологічних реакцій, прямий токсичний ефект на клітини і тканини, імунодепресія, розвиток пухлин й ін. Нерідко вторинні зміни перевищують пошкодження, що викликаються безпосередньо збудниками. Це пов'язано з переважною дією екзо- і ендотоксинів, продукованих збудником, й антигенемією. У той же час, збудники хвороб мають властивості, які перешкоджають дії на них захисних чинників макроорганізму.

На сучасному етапі в лікуванні інфекційних захворювань використовується величезна кількість етіотропних засобів. Це пов'язано з тим, що з'являються високопатогенні штами збудників і виникає стійкість їх до протибактеріальних препаратів, а також із зміною резистентності макроорганізму і вторинним імунodefіцитом.

Етіотропна терапія (від грецьк. aitia - причина, tropos - напрям) спрямована проти причини захворювання. Етіотропна дія може бути направлена на збудника або (і) його токсини. Для дії на збудника проводять хіміотерапію і антибіотикотерапію. Під хіміотерапією розуміється антимікробне, антипаразитарне лікування за допомогою хімічних засобів. Суть антибіотикотерапії полягає в лікуванні препаратами природного походження, продукованими мікроорганізмами; це лікування направлене на пригнічення зростання або знищення хвороботворних мікробів при інфекційних захворюваннях. Багато сучасних антибіотиків є напівсинтетичними, тобто створені шляхом видозміни первинної молекули. Існує група специфічних лікувальних засобів, які мають вибіркову дію лише на певний вид бактерій, вірусів і токсинів (лікувальні сироватки та імуноглобуліни). Вони містять у високих титрах антитіла проти відповідних збудників; їх одержують шляхом імунізації тварин (гетерогенні сироватки й імуноглобуліни) і від донорів, в крові яких наявність високих титрів відповідних антитіл обумовлена або перенесеною інфекцією, або імунізацією.

Частка протиінфекційних препаратів складає близько 20% від усіх ліків, які використовуються в медицині.

ХАРЧОВА ТОКСИКОІНФЕКЦІЯ (TOXICOINFECTIO ALIMENTARIA)

Харчова токсикоінфекція – нозологічно самостійна форма гострої кишкової інфекції, спричиненої споживанням харчових продуктів, що містять патогенні і/чи умовно-патогенні бактерії та їх токсини, та характеризується короткочасним перебігом із симптомами загальної інтоксикації і гострого гастроентериту.

Етіологія. Спричиняти харчову токсикоінфекцію можуть найрізноманітніші бактерії (разом з продукованими ними токсинами): родини Enterobacteriaceae (сальмонели, шигели, ешерихії, протеї,

кампілобактери, цитробактери, клебсієли та ін.), Clostridiaceae (*B. cereus*, *B. subtilis*, *C. perfringens*, *C. welchii*), ерсинії, вібріони (НАГ-вібріони, *V. parahaemolyticus*, плезіомонади), коки (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.), а також асоціації цих збудників. Більшість цих мікробів та їхніх токсинів характеризується високою стійкістю у довкіллі.

Прийнятий *per os* стафілококовий токсин здатний викликати блювання і короткочасну діарею навіть при відсутності живих збудників – стафілококову харчову інтоксикацію. Однак діагностика такої недуги вкрай складна, оскільки стафілококовий ентеротоксин у лабораторіях лікувально-профілактичних закладів не визначається.

Епідеміологія. Джерелом збудника та його токсинів найчастіше є люди, які займаються приготуванням їжі, – хворі або здорові бактеріоносії, інколи тварини. Харчові продукти забруднюються внаслідок порушення санітарних умов їх приготування і зберігання. Особливо небезпечне обмінення продуктів, які не піддаються термічній обробці безпосередньо перед вживанням (холодець, салат, заливне, сметана тощо). Для харчової токсикоінфекції характерні раптовість і масовість захворювання серед осіб, які вживали ту саму їжу. Можуть виникати у різні пори року, але частіше влітку і восени.

Патогенез. Інкубаційний період при харчовій токсикоінфекції прийнято вважати дуже коротким, що вимірюється годинами (від 3 до 12 год, рідко – 20-24 год). Однак для уможливлення колонізації внутрішнього середовища організму і накопичення збудника до біомаси, здатної спричинити недугу, необхідно значно більше часу (декілька днів чи навіть тижнів). За образним виразом Л.В. Громашевського: «При харчовій токсикоінфекції інкубація збудника відбувається не в організмі хворого, а в харчовому продукті». Це різко відрізняє епідемічний процес при харчовій токсикоінфекції від епідеміології всієї решти гострих діарейних інфекцій.

При руйнуванні мікробної клітини внаслідок дії протеолітичних ферментів і кислотного середовища шлунка вивільняється додаткова кількість токсичних речовин, які тропні до ентероцитів і безпосередньо впливають на слизову оболонку кишок. Це призводить до розвитку запального процесу в слизовій оболонці; розладу моторики травного каналу, порушення синтезу різних біологічно активних речовин, що, у свою чергу, є причиною надходження у просвіт кишок великої кількості ізотонічної рідини. Внаслідок цих порушень у хворого виникає блювання, біль у животі, пронос.

Клінічні форми: гастрит, гастроентерин, гастроентероколіт.

Незалежно від етіологічного агенту харчова токсикоінфекція має однотипну симптоматику. Симптоми хвороби виникають раптово і швидко наростають. З'являються мерзлякуватість, нудота, блювота, переймоподібний біль у животі, частіше в епігастрії і навколо пупка. Блювання багаторазове. Випорожнення (при гастроентеритній і гастроентероколітній формі) рідкі або водянисті, до 10 разів на добу, іноді з домішками слизу. У частини хворих кал без змін. Температура тіла рідко підвищується до високих цифр. Шкіра бліда, інколи з ціанозом, суха. Язик вкритий білим або сірим нальотом. Пульс частий, артеріальний тиск низький. При багаторазовій блювоті та проносі з'являються симптоми зневоднення: зниження тургору шкіри, зменшення діурезу, корчі в м'язах кінцівок. Тривалість хвороби 1-4 дні, значне поліпшення загального стану настає відразу після промивання шлунка і кишок.

У хворих на клостридіоз спостерігаються різкий біль у животі, симптоми зневоднення у зв'язку з частими блюваннями і проносом. Випорожнення можуть бути з домішками крові. В ослаблених осіб і дітей часом розвивається гострий анаеробний сепсис. Захворювання перебігає тяжко з розвитком некротичного ентериту і гемоколіту, може призвести до смерті.

Основні напрямки організації лікувально-профілактичних заходів

1. Лікування має бути негайним.
2. Невідкладну допомогу хворому надають вдома, і лише після цього його госпіталізують.
3. Протибактерійне лікування переважно протипоказане.

Необхідно якомога швидше *промити шлунок і кишки* з метою звільнення від мікробів і токсинів. Для промивання краще використовувати ізотонічний розчин натрію хлориду, переварену воду або 1-2 % розчин натрію гідрокарбонату. Застосовувати розчин перманганату калію можна тільки

після забору блювотиння чи промивних вод на бактеріологічне дослідження. Промивати потрібно до відходження чистої води.

Для подальшого виведення токсинів, які залишились у травному каналі, дають всередину *активоване мікросферичне вугілля* (марки СКН) в дозі 30 г одноразово або інші *ентеросорбенти*.

При колапсі негайно вводять серцево-судинні препарати.

Далі проводять регідратаційну і дезінтоксикаційну терапію. Для цього застосовують *трисоль*, *ацесоль* внутрішньовенно. При значному зневодненні полііонні розчини доцільно вводити внутрішньовенно на догоспітальному етапі. Якщо припинилось блювання, регідrataцію краще проводити перорально. Доведено, що навіть при вираженому запаленні стінка кишки не втрачає властивості всмоктувати воду. Препаратами вибору для оральної регідrataції є *глюкосол* і *регідрон*.

Як правило, антибактерійну терапію при харчовій токсикоінфекції не застосовують, оскільки немає „точки прикладання для антибіотиків” (див. патогенез), захворювання має схильність до швидкого самовиліковування. Крім того, вони можуть призвести до розвитку дисбактеріозу кишечника й подовжують перебіг недуги.

Профілактика передбачає дотримання санітарно-гігієнічних правил на підприємствах харчової промисловості і громадського харчування, зберігання продуктів, які швидко псуються. Важливо не допустити забруднення харчових продуктів виділеннями домашніх тварин, гризунів, мухами.

ШИГЕЛЬОЗ (ДИЗЕНТЕРІЯ, DYSENTERIA)

Шигельоз – інфекційна хвороба людини з переважним запаленням дистального відділу товстої кишки, яка супроводжується явищами інтоксикації та проносом.

Етіологія. Збудниками є шигели 4 серогруп (А, В, С, D): 1) *S. dysenteriae* (Григор’єва-Шига, Штуцера-Шмітца, Ларджа-Сакса); 2) *S. flexneri*; 3) *S. boydii*; 4) *S. sonnei*.

Епідеміологія. Джерелом збудника є хворий на шигельоз або бактеріоносій. Механізм передачі – фекально-оральний. Збудник може потрапити в організм із контамінованими харчовими продуктами (молоко, салат, компот, фрукти, хлібобулочні вироби), водою, рідше контактно-побутовим шляхом (через забруднені руки, іграшки, білизну). У поширенні шигельозу Зонне провідну роль відіграє харчовий фактор, шигельозу Флекснера – вода.

До шигельозу сприйнятливі всі люди, але найчастіше вона вражає дітей віком 2-4 роки. Інфекція має повсюдне поширення, реєструється більше у літні місяці. Імунітет після перенесеного захворювання короткочасний, видоспецифічний.

Патогенез. Інкубаційний період триває від 12 год до 7 діб (у середньому 2-3 доби).

Після проникнення шигел у травний канал людини частина збудників зазнає руйнівного впливу з боку кислоти шлунка, травних ферментів кишечника й антагоністичної кишкової флори, внаслідок чого виділяється ендотоксин, який всмоктується у кров і має токсичний вплив на організм. Токсини шигел мають нейро-, ентеро- і цитотоксичну дію.

Не менш важливу роль у розвитку патологічного процесу відіграють сенсibiliзація й алергічні реакції, а також нервово-рефлекторні розлади.

Клінічні форми: колітна (типова), ентероколітна, гастроентероколітна, гастроентеритна. Можлива субклінічна форма („бактеріоносійство”).

У більшості випадків шигельоз починається гостро. Лише у деяких хворих протягом кількох годин можуть бути продромальні явища у вигляді мерзлякуватості, нездужання, болю голови, до яких незабаром приєднуються типові ознаки періоду розпалу. Частіше недуга починається з болю в животі та проносу. В розпалі захворювання на фоні загальної інтоксикації з підвищенням температури тіла домінують ознаки ураження травного каналу – колітний, ентеритний і, рідше, гастритний синдроми, наявність яких визначає той чи інший клінічний варіант.

Основні напрямки організації лікувально-профілактичних заходів

1. Лікування при шигельозі, залежно від клінічних і епідеміологічних показань, проводять вдома або в стаціонарі.

2. Клінічні показання до госпіталізації: 1) тяжкий і середній ступінь тяжкості; 2) наявність тяжкого супутнього захворювання; 3) затяжний перебіг і рецидив хвороби; 4) вік до 3 років.

3. Епідеміологічні показання: 1) відсутність удома умов для дотримання протиепідемічного режиму; 2) сам хворий чи члени його сім'ї є працівниками харчового підприємства або особами, які до них прирівнюються; 3) проживання з дітьми, які відвідують дошкільні дитячі заклади; 4) проживання в гуртожитку.

4. Дорослих і дітей старшого віку, хворих на дизентерію легкого або середнього ступеня, можна лікувати в домашніх умовах з дозволу епідеміолога, якщо будуть забезпечені регулярне спостереження дільничного лікаря і протиепідемічний режим.

Рекомендації щодо етіотропної терапії хворих на шигельоз:

- особи із субклінічним виділенням шигел і гастроентеритною формою недуги, як правило, етіотропної терапії не потребують;

- при шигельозі легкого і часто середнього ступеня достатньо використовувати один з препаратів нітрофуранового ряду – *фуразолідон*, *ніфуроказид*, *ентероседив*, або похідних 8-оксихіноліну – *інтетрикс*;

- дорослим хворим з тяжким і частині хворих зі середньотяжким шигельозом можна застосовувати *невіграмон* (*неграм*), дітям – *налідиксову кислоту*. Препаратами вибору в дорослих є фторхінолони: *норфлоксацин*, *ципрофлоксацин*, *офлоксацин*, у дітей – цефалоспорины (*цефтріаксон*).

Курс лікування триває 4-5 діб. Антибіотики часто затягують перебіг шигельозу, поглиблюють дисбактеріоз кишок.

Щоб усунути дисбактеріоз кишок і відновити нормальний біоценоз, призначають біопрепарати, що містять мікроорганізми з вираженими антагоністичними властивостями (*ентерол*, *біфі-форм*, *бактисубтил*, *лінекс*, *біоспорин*) або продукти життєдіяльності бактерій (*хілак форте*) чи пробіотики немікробного походження (*нормаза*, *дуфалак*). Курс лікування хворих на гострий шигельоз триває 2 тижні, в окремих випадках 3-4 тижні; при затяжній формі хвороби – 1,5-2 місяці й більше.

Патогенетичне і симптоматичне лікування. З метою дезінтоксикації і поповнення втраченої рідини доцільно орально застосовувати розчин *глюкосолу*, *регідрону*, *гастроліту*. Важливо починати з уведення розчину малими порціями.

З метою адсорбції бактерійних токсинів і метаболітів у просвіті кишок з подальшим виведенням їх з організму застосовують вугільні мікросферичні сорбенти, кремнеземні – *силлард-П* (*полісорб*) або *ентеросгель*.

Підвищення неспецифічної імунної реактивності та поліпшення тканинного обміну досягають за допомогою *нуклеїнату натрію*, *пентоксилу*, *метилурацилу* (таблетки, свічки).

Патогенетична терапія хворих з тяжкою, а інколи й середньотяжкою дизентерією включає парентеральне введення розчинів в умовах стаціонару. Кількість рідини (*трисоль*, *ацесоль*, *реосорбілакт* тощо) для введення визначають залежно від ступеня інтоксикації та ексикозу. Для корекції вторинних розладів травлення (лактазна недостатність, порушення всмоктування білків, жирів) доцільно проводити замісну ферментотерапію. З урахуванням показників копроцитограми застосовують моно- або полікомпонентні ферментні препарати. За наявності в калі великої кількості крапель жиру дають *панкреатин*, *котазим-форте*, *панкурмен*, *панцитрат*; рослинної клітковини, крохмалю, м'язових волокон – *панзинорм*, *фестал*, *мезим-форте*, *абомін*. Названі ферменти вживають протягом 2-4 тижнів.

Обґрунтоване застосування *дизентерійного бактеріофага* і фітопрепаратів. Антимікробну і протизапальну дію мають лікарські рослини, які застосовують у вигляді настоїв і відварів: петрушка городня, селера пахуча, кріп городній, нагідки лікарські, ромашка лікарська, материнка звичайна, деревій звичайний, полин гіркий, шавлія лікарська, подорожник великий, м'ята перцева, айр звичайний, череда трироздільна, цмин пісковий, звіробій звичайний, чебрець звичайний тощо.

Препарати вітамінів дають не лише у зв'язку з їх нестачею в організмі, але й з метою прискорити процеси регенерації та дезінтоксикації: *аскорбінову кислоту*, *нікотинову кислоту*, *тіамін*, *рибофлавін*, *піридоксин*, *кальцію пангамат*, *фолієву кислоту*. Крім цього, доцільно призначати *ретинол*, *вікасол*, *вітамін Р*, *рутин*. Краще діють збалансовані вітамінні комплекси (*декамевіт*, *глутамевіт*) при введенні всередину.

Профілактика передбачає раннє виявлення хворих на шигельоз, особливо з безсимптомною формою недуги. Важливе значення надається загальносанітарним заходам і санітарно-освітній роботі серед населення. Специфічну профілактику не застосовують. Випробовують живі ентеральні вакцини.

ГРИП (GRIPPE, INFLUENZA)

Грип – гостра інфекційна хвороба з періодичним епідемічним поширенням, яка характеризується ураженням дихальних шляхів з вираженими інтоксикацією та гарячкою.

Етіологія. Грип спричиняють декілька серологічних типів РНК-вірусів (А, В і С) із групи ортоміксовірусів. Захворювання найчастіше зумовлюють віруси типу А, які залежно від антигенної будови білків гемаглютиніну (Н) і нейрамінідази (N) ділять на серовари А (Н0N1), А(Н1N1), А(Н2N2), А(Н3N2). Останнім часом циркулюють переважно віруси А(Н1N1) і А(Н3N2).

Усі зазначені збудники малостійкі до факторів довкілля. Висушування, різкі перепади температури, вологості, практично усі дезінфектанти й ультрафіолетове випромінювання діють на віруси грипу згубно.

Епідеміологія. Джерелом збудника є хвора людина. Додатковим джерелом, вірогідно, можуть бути домашні тварини і птахи.

Хворий на грип заразний для оточуючих з перших годин хвороби. Максимальна заразливість припадає на перші 2-3 доби недуги. Контагіозність реконвалесцентів невелика або відсутня. В окремих випадках (наприклад, при ускладненні грипу запаленням легень) виділення вірусу продовжується до 10-14-го дня хвороби.

Механізм передачі – крапельний. З крапельками слизу під час кашлю і чхання збудник викидається на відстань до 3-3,5 м. Зараження можливе також через предмети домашнього вжитку (рушник, посуд, дверні ручки тощо). Грип має схильність до швидкого поширення з розвитком епідемії і пандемії. У міжепідемічний період виникають спорадичні захворювання.

Патогенез. У вигляді аерозолу вірус попадає на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів. Започатковується інкубаційний період, який коливається від кількох годин до 1-2 діб. Протягом цього часу віріони масивно репродукуються й виходять зі зруйнованих епітеліоцитів. Процес зростає в геометричній прогресії. Внаслідок цитопатогенної дії вірусу виникає деструкція і десквамація епітеліальних клітин із захопленням інтерстиціальної тканини і капілярів, що сприяє проникненню збудника у кров. Фаза вірусемії зазвичай короткочасна, однак вона супроводжується значним токсикозом і складною імунно-алергічною реакцією.

Клінічні форми:

1. Типова.
2. Атипова:

Хвороба розпочинається раптово: з'являється озноб, температура тіла підвищується до 37,5-38 °С, нерідко до 39-40 °С. Період провісників (у вигляді субфебрилітету, болю у м'язах) спостерігається в 10 % випадків.

Для типової клінічної картини характерне поєднання двох провідних синдромів – загальної інтоксикації і катаральних явищ з боку верхніх дихальних шляхів. На зміну ознобу швидко приходять відчуття жару, загальна слабкість, біль голови, який локалізується переважно в ділянці чола і скронь, в очних яблуках, м'язах, світлобоязнь, розбитість, пітливість, порушення сну, шум у вухах. У тяжких випадках приєднуються нудота, блювання, порушення свідомості, корчі.

Температурна реакція у більшості осіб відповідає тяжкості хвороби. При незначному порушенні загального стану підвищення температури до 38 °С розцінюється як легкий ступінь грипу. Підвищення температури до 39 °С і значне порушення самопочуття відповідають середній тяжкості хвороби. Вищу гарячкову реакцію, різке порушення загального стану розцінюють як тяжкий і дуже тяжкий ступінь захворювання. Гарячка триває 3-5 діб.

Увагу привертають гіперемія обличчя, кон'юнктив, помірний ціаноз губ, блиск очей. На губах і крилах носа часто з'являється герпетична висипка. Шкіра на дотик гаряча, волога. Початкова тахікардія змінюється брадикардією. При аускультатії серця вислуховують ослаблення I тону, а іноді

функціональний систолічний шум на верхівці. Спостерігається дифузне запалення дихальних шляхів (риніт, трахеїт, ларингіт). Слизова оболонка носоглотки, м'якого і твердого піднебіння гіперемічна, набрякла; при грипі, спричиненому вірусом типу В, виникає зерниста енантема (симптом Морозкіна). Хворі відмічають закладання носа, відчуття дряпання і сухість у носоглотці, чхають, але нежить приєднується лише на 2-3-ю добу. Виділення з носа серозні або серозно-слизисті, невеликі.

Якщо у перебігу недуги не виникає ускладнень, то через 2-3 доби хворий починає одужувати: температура тіла знижується, кашель стає м'якшим, зникають біль голови та міалгії. Загальна слабкість і розбитість можуть зберігатися ще декілька днів і довше. Катаральний синдром зникає пізніше.

Найчастішим ускладненням грипу є пневмонії. Серед інших ускладнень з боку органів дихання (після 7-го дня хвороби) слід назвати бронхіт, у дітей на 1-му році життя може розвинутися бронхіоліт, який перебігає із задишкою, ціанозом і численними вологими хрипами.

Основні напрямки організації лікувально-профілактичних заходів

1. Більшість хворих на грип лікується в домашніх умовах.

2. Показанням до госпіталізації є тяжкі та ускладнені форми, а також грип, що поєднується з хронічними неспецифічними хворобами легень, бронхіальною астмою, ішемічною хворобою серця, вираженим атеросклерозом, тяжкою гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом, тиреотоксикозом, тяжкими хворобами крові та нервової системи.

Із протигрипозних засобів у перші дні хвороби призначають *ремантадин* усередину за схемою: у перший день по 0,1 г 3 рази, на 2-й і 3-й дні – по 0,1 г 2 рази на день, на 4-й день – 0,1 г. Але він ефективний лише при грипі, зумовленому вірусом типу А. Найбільш ефективними є *арбідол* і *віразол* (*рибавірин*), які діють на віруси грипу як типу А, так і В, по 0,2 г 3 рази на день перед їдою впродовж 3-4 днів, *таміфлю*. Засобом вибору є *лейкоцитарний інтерферон*, який закачують у носові ходи через кожні 1-2 год протягом 2-3 днів. Цей препарат має широкий спектр дії проти всіх вірусів. Добре себе зарекомендувало застосування рекомбінантних інтерферонів (*реаферон*, *роферон*, *інтрон А*, *лаферон*) у вигляді аерозолу.

При тяжкому перебігу грипу та немичним хворим крім зазначених засобів вводять *протигрипозний імуноглобулін* по 3 мл внутрішньом'язово одноразово, у разі потреби повторно через 6-12 год; дітям з розрахунку 0,15-0,20 мл на 1 кг маси тіла на добу. В разі його відсутності призначають *сироватковий поліглобулін* по 3 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово.

За клінічними показаннями проводиться **патогенетичне і симптоматичне лікування**. Показані стимулятори ендогенного інтерфероутворення: *грозпрінозин*, *мефенамінова кислота*, *циклоферон*, *аміксин*. Хворим з дуже тяжкою формою грипу призначають кортикостероїдні препарати – *преднізолон* 90-120 мг на добу протягом декількох днів.

Антибактерійні препарати призначають лише при дуже тяжкому стані з менінгеальними розладами, дітям перших двох років життя, хворим похилого віку, при наявності ускладнень (пневмонія, гайморит та інші) і вогнищ хронічної інфекції. При тяжких бактерійних ускладненнях грипу доцільно застосовувати цефалоспорини 3-го покоління – *цефотаксим* (1,0-2,0 г внутрішньовенно кожні 6-8 годин) або *цефтриаксон* (*роцефін*, *лендацин*) по 1,0-2,0 г внутрішньовенно 1 раз на добу, макроліди – *еритроміцин* по 1,0 г внутрішньовенно або всередину з інтервалом 8 год. Доцільно також ширше призначати макроліди 2-3-го покоління: *сумамед*, *klarитроміцин*. При легких формах можна обмежитись призначенням всередину *еритроміцину*, *олететрину*, *олеандоміцину*, похідних нітрофуранів. Якщо хвороба має середньотяжкий ступінь, ефективніше парентеральне введення *пеніциліну* до 4 000 000 ОД на добу, *тетраолеану*, *ампіциліну*, *оксациліну*, *цефамезину* та інших антибіотиків широкого спектру дії. Слід врахувати, що пероральне введення антибіотиків малоефективне в осіб статечного віку і з порушенням функції всмоктування. Альтернативними препаратами можуть бути *фузидин-натрій*, *бактрим*, *нітроксолін*.

Важливо пам'ятати, що шаблонне застосування жарознижувальних засобів (*колдрекс*, *риніколд*, *колд-ікс*, *далерон колд*, *флюколд* та багато інших) при грипі не тільки не виправдане, але й шкідливе. Вони показані у випадку гіперпірексії або в малих дозах при фебрильній гарячці, що дуже тяжко пе-

реноситься організмом, особливо у дітей.

Усім хворим дають полівітаміни, *аскорутин* всередину. При скаргах на сухий кашель рекомендуються протикашльові засоби – *кодеїн*, *тусупрекс*, *гладуцин*, *амброксол*, *лібексин*, *содо-парові інгаляції*, при вологому кашлі – *мукалтин*, *бромгексин*, відвари трав – *листя підбілу*, *трава термонсису*, *корінь алтеї*, *нашатирно-анісові краплі*, *відхаркувальна мікстура*.

Хворим призначають тепле пиття, гарячі ванни для ніг, гірчичники на спину, до литкових м'язів і на підшви, при ларингіті – інгаляції 4 % розчину *натрію бікарбонату*. У разі появи ознак крупу (стенозу гортані) вводять *нейролептичні засоби* і *глюкокортикоїди*, хворого негайно госпіталізують.

При дуже тяжкій формі грипу в умовах стаціонару показані дезінтоксикаційна терапія (*альбумін*, 5 % розчин *глюкози*, *полііонні розчини*), внутрішньовенне введення 30-60 мг *преднізолону* і 6 мл *імуноглобуліну*, оксигенотерапія, серцеві та дегідратаційні препарати.

Профілактика. Важливим заходом запобігання поширенню грипу є раннє виявлення хворого, його ізоляція в домашніх умовах, в ізоляторі гуртожитку, інтернату або госпіталізація.

На виникнення ГРВІ суттєво впливають імунодефіцитні стани організму. Зниження рівня захворюваності можна досягти шляхом проведення сезонних курсів стимуляції неспецифічної та імунологічної реактивності організму: лазерне опромінювання носових ходів і мигдаликів (5-7 сеансів), а також застосування індукторів інтерферогенезу, наприклад *мефенамінової кислоти* по 0,25 г 3 рази в день після їди протягом 7-10 днів.

Для екстреної профілактики грипу застосовують ті ж противірусні препарати, що й з лікувальною метою. *Ремантадин* дають контактним в епідемічних осередках грипу А (у сім'ях, гуртожитках, на виробництві) по 0,05 г на добу протягом 5 днів. *Лейкоцитарний інтерферон* вводять у носові ходи по 5 крапель 2-3 рази на день. *Противірусний імуноглобулін*, який є найбільш ефективним, у першу чергу вводять дітям до 3 років, вагітним і дуже ослабленим особам. Під час епідемії досить зробити дві ін'єкції з інтервалом 2-3 тиж. Крім того, можна рекомендувати змащувати носові ходи 0,25 % *оксоліновою маззю* або будь-яким жиром, розчином мила.

Для специфічної профілактики використовують живі та інактивовані вакцини зі штамів вірусів А і В. Розроблені способи одержання багатоконпонентної грипозної вакцини з підвищеною протективною дією та визначення епідемічних потенцій вірусів для своєчасного їх включення до складу імунобіологічних препаратів з метою підвищення специфічної дії.

Із профілактичних препаратів зарубіжного виробництва в Україні зареєстровані вакцини «*Ваксігріп*», «*Флюорікс*» та «*Інфлувак*». Усі вони майже однаково ефективні стосовно вірусу А-Сідней. Вакцина «*Інфлувак*» належить до III (останнього) покоління препаратів і найкраще очищена, а тому майже не спричиняє побічних реакцій (0,005 %). Єдиним протипоказанням для її застосування є непереносимість яєць. Її вводять внутрішньом'язово або глибоко підшкірно. Захисний ефект досягається через 10 діб після введення, триває впродовж 1 року.

Планову неспецифічну профілактику проводять екстрактом *елеутерокока* по 30-40 крапель 1 раз на день протягом 25-30 днів, *продигіозаном* по 0,25 мл у кожний носовий хід дворазово з інтервалом 5 хв, курс із 3 введень з перервами 5-7 днів, полівітамінами. Потрібно широко рекомендувати загартовування, самомасаж рефлексогенних зон, ультрафіолетове опромінювання.

ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ (ГРВІ)

ГРВІ – це гострі вірусні хвороби з групи інфекцій дихальних шляхів, які супроводжуються помірною загальною інтоксикацією й ураженням дихальних шляхів, кон'юнктив і лімфатичних вузлів.

До ГРВІ належать: парагрип (paragrippe), респіраторно-синцитіальна хвороба (infectio respiratoria syncytialis), риновірусна хвороба (rhinovirosis), аденовірусна хвороба (adenovirosis) тощо.

Етіологія. ГРВІ спричинюють різні серовари РНК-вірусів із групи параміксовірусів, пневмовірусів, риновірусів, а також аденовірусів (містять ДНК).

Порівняно з іншими збудниками ГРВІ тільки аденовіруси достатньо стійкі у довкіллі – витримують перепади рН як у кислий, так і в лужний бік, нагрівання до 56 °С протягом 30 хв, заморожування, дію ефіру. Віруси парагрипу, рино- й респіраторно-синцитіальні віруси малостійкі до дії фак-

торів доквілля, ефіру та інших жирозчинників, усіх дезінфектантів.

Епідеміологія. Джерелом збудника є хворі з вираженими або стертими формами хвороби, рідше – здорові вірусоносії. Зараження відбувається за допомогою повітряно-крапельного механізму передачі.

Патогенез. Попавши на епітеліоцити, до яких тропні ті чи інші віруси (вірус парагрипу й респіраторно-синцитіальний вірус – в епітелії слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, риновірус – в епітеліоцитах слизової оболонки носа, аденовірус – в епітелії верхніх дихальних шляхів, кон'юнктиві і, можливо, в слизовій оболонці тонкої кишки та регіонарних лімфатичних вузлах), започатковується їх розмноження. У межах інкубаційного періоду (при парагрипі, респіраторно-синцитіальній хворобі – 2-7 діб, риновірусній хворобі – 1-6 діб, аденовірусній хворобі – 4-14 діб) це спричиняє місцеву реакцію з гіперемією, набряком, значною секрецією. Невдовзі деструкція клітин внаслідок масивної репродукції вірусу призводить й до вірусемії. Загальний токсикоз, на відміну від грипу, менш значний.

Особливості патогенезу аденовірусної хвороби, на відміну від інших ГРВІ, полягають у значно ширшому первинному ураженні органів, різноманітних клінічних проявах. Крім фарингіту, кон'юнктивіту, риніту, як найбільш частих форм хвороби, спостерігається і пневмонія, мезаденіт, гепатомегалія.

Запальний процес, як наслідок репродукції вірусу, може призвести до приєднання вторинної бактерійної інфекції з відповідним розвитком трахеобронхіту, інтерстиційної пневмонії тощо.

Клінічні форми. Парагрип. Хвороба розвивається поступово або гостро. До найчастіших симптомів належать нежить, грубий сухий кашель з «гавкаючим» відтінком, біль у горлі, сиплість голосу.

Біль голови, ослаблення, розбитість, ломота турбують не всіх хворих і виражені помірно. Тяжкого токсикозу, як при грипі, немає. Температура тіла частіше субфебрильна.

Респіраторно-синцитіальна хвороба. У старших дітей і особливо у дорослих хвороба проявляється через чхання, затруднення носового дихання, риніт із значними серозними, слизистими або гнійними виділеннями, кашель, помірну гіперемію і набухання слизової оболонки носоглотки. Температура тіла нормальна або субфебрильна.

У немовлят можуть приєднатися бронхіт з астматичним компонентом і бронхіоліт. Тяжкість захворювання при цьому зумовлена головним чином розвитком дихальної недостатності, явища інтоксикації помірні.

Риновірусна хвороба розпочинається із закладення носа, чхання, слизистих і водянистих виділень, кількість яких збільшується. У багатьох хворих дере в горлі, відзначаються покашлювання, кон'юнктивіт із сльозотечею, притуплюються нюх і смак. Проте загальна інтоксикація слабка або відсутня, температура тіла нормальна або субфебрильна.

Аденовірусна хвороба починається гостро, з ознобу, болю голови та в м'язах, гарячки, зниження апетиту. Однак явища токсикозу незначні. Температура тіла, як правило, субфебрильна. Гарячка триває 1-2 тижнів, нерідко вона буває двохвиловою. Переважають яскраві катаральні зміни носоглотки з ексудацією, нежить.

Аденовірусна хвороба може перебігати як гостра респіраторна інфекція, кон'юнктивіт; фарингіт або фарингокон'юнктивальна гарячка, пневмонія, дуже рідко виникає мезаденіт.

Серед ускладнень слід назвати синуїти, отит, менінгіт, енцефаліт, міокардит.

Основні напрямки організації лікувально-профілактичних заходів

1. Хворі лікуються вдома.
2. Госпіталізують лише хворих з тяжким і ускладненим перебігом інфекції, а також за епідеміологічними показаннями.

3. При легких неускладнених формах хвороби лікування симптоматичне (див. розділ «Грип»).

Етіотропним засобом при аденовірусній інфекції є 0,05 % розчин *дезоксирибонуклеату натрію* по 1-2 краплі в носові ходи і 0,2 % розчин в кон'юнктивальну складку. З цією ж метою застосовують свіжий 0,25 % водний розчин *оксоліну* по 2 краплі 5-6 разів на день. За наявності кон'юнктивіту призначають місцево *донорський імуноглобулін* або *поліглобулін* по 1-2 краплі через кожні 2 год або внутрішньом'язово у відповідній дозі.

За клінічними показаннями проводиться **патогенетичне і симптоматичне лікування**. Так, при появі ознак стенозу гортані призначають теплі ванни для ніг, парові інгаляції, кортикостероїдні препарати і хворого негайно госпіталізують. В останній час у лікуванні парагрипу, ускладненого крупом, з успіхом застосовують ϵ -амінокапронову кислоту.

При респіраторно-синцитіальній інфекції лікувальний ефект дає застосування *протигрипозного імуноглобуліну* по 3-6 мл внутрішньом'язово протягом 2-3 днів. Патогенетична терапія спрямована на зняття спазму дихальних м'язів введенням ефедрину, еуфіліну, димедролу.

При риновірусній інфекції позитивний результат спостерігається від 0,25-0,5 % *оксолінової мазі*, судинозвужуючих і протизапальних препаратів (ефедрин, санорин, галазолін), *лейкоцитарного інтерферону* по 3-5 крапель кожні 2-3 години в носові ходи. Показані гарячі ванни для ніг (40-45°C), гірчичники на підшви, лужні інгаляції.

Профілактика див. «Грип». При спалахах аденовірусної інфекції в дитячих колективах застосовують роз'єднання дітей на 10 днів після ізоляції останнього хворого.

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ/СНІД (AIDS)

ВІЛ-інфекція/СНІД – інфекційна хвороба, яка характеризується переважним ураженням імунної системи та розвитком опортуністичних інфекцій і пухлин. Вона швидко поширюється по планеті.

Етіологія. Збудником є Т-лімфотропний ретровірус III типу – вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), який зумовлює вибіркоче ураження CD-лімфоцитів. Визначають два типи вірусу, які відрізняються структурою геному та серологічними характеристиками: ВІЛ-1, ВІЛ-2.

Вірус у доквітлі не стійкий: він гине при температурі 56 °С за півгодини, а при 100° – відразу, але відносно стійкий до іонізуючих і ультрафіолетових променів.

Епідеміологія. Джерелом збудника є хвора людина і вірусоносій, які заразні впродовж усього життя.

Збудник знаходиться в усіх секретах і екскретах організму, але переважно в спермі та крові. Передача збудника здійснюється різними шляхами: 1) при статевому контакті та штучному заплідненні; 2) при переливанні крові та деяких її фракцій, пересадці донорських органів, під час парентеральних діагностичних, лікувальних та інших втручань інструментами, що були забруднені кров'ю хворих або носіїв; 3) від вагітних, які мають вірус, через плаценту до плода (перинатальне зараження дітей відбувається в 20 % трансплацентарно, у 50-70 % – під час пологів, у 20-30 % – при грудному вигодовуванні). Крапельний, аліментарний та побутовий шляхи передачі вірусу не доведені й заперечуються.

Патогенез. Інкубаційний період коливається від одного тижня до 5-6 років. У 90 % інфікованих антитіла до ВІЛу виявляються протягом найближчих 3 міс., ще у 5 % – до 1 року від моменту інфікування. Тільки 1/3 інфікованих захворюють протягом найближчих 5 років спостереження.

Провідним у патогенезі СНІДу є глибоке і безповоротне руйнування клітинного імунітету, що робить хворого практично беззахисним перед будь-якою інфекцією. Знижується імунний контроль за утворенням атипичних клітин, внаслідок чого часто розвиваються пухлини. Можлива й пряма онкогенна дія вірусів на певні тканини.

Клінічні форми. У 30-90 % інфікованих осіб вже через 2-4 тижні після зараження спостерігається стадія *первинних клінічних проявів (гострого ретровірусного синдрому)* у вигляді гарячки, гострого тонзиліту, фарингіту, шийного лімфаденіту або генералізованої лімфаденопатії, гепатолієнального синдрому, що нагадує інфекційний мононуклеоз. Через 7-10 діб початкові симптоми захворювання зникають. Надалі настає «одужання» (латентний період) або *стадія персистентної генералізованої лімфаденопатії*, тобто відзначається тільки збільшення кількох груп лімфовузлів (задньошийних, пахвових, надключичних та ін.), яке триває роками.

Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих і підлітків розроблена експертами ВООЗ (2002 р.).

I клінічна стадія: безсимптомна; персистентна генералізована лімфаденопатія. Рівень функціональних можливостей (пацієнта) 1: : безсимптомний перебіг, нормальна повсякденна активність.

II клінічна стадія: втрата маси тіла менше 10 % від початкової; мінімальні ураження шкіри та слизових оболонок; епізод оперізувального герпесу протягом останніх 5 років; рецидивні інфекції верхніх дихальних шляхів. Рівень функціональних можливостей (пацієнта) 2: симптоматичний перебіг, нормальна повсякденна активність.

III клінічна стадія: втрата маси тіла більше 10 % від початкової; немотивована хронічна діарея тривалістю більше 1 міс.; немотивована гарячка тривалістю більше 1 міс. (постійна чи періодична); кандидоз ротової порожнини; волосата лейкоплакія слизової оболонки порожнини рота; туберкульоз легень, який розвинувся протягом року, що передувало огляду; тяжкі бактерійні інфекції (наприклад, пневмонія).

IV клінічна стадія: синдром виснаження (кахексія) на тлі ВІЛ-інфекції; пневмоцистна пневмонія; церебральний токсоплазмоз; криптоспоридіоз з діареєю тривалістю більше 1 міс.; позалегеневий криптококоз; цитомегаловірусна інфекція з ураженням будь-яких органів, крім печінки, селезінки чи лімфатичних вузлів; інфекція, спричинена вірусом простого герпесу, з ураженням внутрішніх органів або хронічним (більше 1 міс.) ураженням шкіри і слизових оболонок; прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія; будь-який дисемінований ендемічний мікоз; кандидоз стравоходу, трахеї, бронхів або легень; дисемінована інфекція, спричинена атипovими видами мікобактерій; сальмонельозна септицемія (крім *S. typhi*); позалегеневий туберкульоз; лімфома; саркома Капоші; ВІЛ-енцефалопатія.

Основні напрямки організації лікувально-профілактичних заходів

1. Хворого на СНІД чи підозрілого щодо цієї інфекції госпіталізують в окрему палату (бокс) інфекційної лікарні, наркологічного чи протитуберкульозного диспансерів.

2. Пацієнта забезпечують індивідуальними засобами лікування, гігієни й догляду, ліпше разового користування, а за відсутності їх інструменти обробляють як при гепатиті В.

3. Дезинфекцію здійснює відповідно проінструктований персонал, який працює в масках, захисних окулярах і гумових рукавичках.

З етіотропних засобів використовують антиретровірусні препарати, які перешкоджають синтезу вірусної ДНК-копії – нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ – I-а група) – *азидотимідин (АЗТ), диданозин, зидовудин, ставудин, ламівудин*; блокують зворотну транскриптазу вірусу – нунуклеозидні інгібітори (ННІЗТ – 2-а група) – *невірапін (віраму), іфавіренс* і припиняють утворення повних віріонів з незрілих вірусних частинок, тобто запобігають розвитку інфекційного процесу; інгібітори вірусної протеази (ІІ – 3-я група) – *індинавір (криксиван), саквінавір (фортовазе), лопінавір/ритонавір (калетра)*.

Для проведення високо активної антиретровірусної терапії рекомендують наступні комбінації препаратів: 2 НІЗТ + 1 ІІ; 2 НІЗТ + 1 ННІЗТ; 3 НІЗТ. Терапія повинна бути безперервною, вкрай важливі її своєчасне призначення та вибір оптимальної за ефективністю й перенесенням організмом схеми. Показання для початку такої комбінованої терапії – $CD4 < 200$ кл./мм³, вірусне навантаження вище 55 000 копій/мл або число лімфоцитів менше за 1 200 кл./мм³, а також розгорнуті ІІ і ІV клінічні стадії ВІЛ-інфекції.

Другий підхід – зміцнення імунної системи, особливо тих її ланок, які уражені вірусом. Саме так діють *інтерлейкін-2, тактивін, тималін, інтерферон, імуновір, циклоферон, імунофан, моноклональні антитіла*, а також пересадка вилочкової залози та кісткового мозку. Однак клінічні спостереження свідчать про те, що імуностимулювальна терапія нерідко активує інфекційний процес.

Проводиться лікування супутніх захворювань: при протозойних інвазіях використовують *бактрим, піриметамін-сульфаметаксозол, пентамідин*; при мікозах – *амфотерицин В, мікогентин*, при бактерійних інфекціях – відповідні антибіотики, при герпетичній інфекції – *ацикловір, протезфлазид, гропрінозин*. У випадку саркоми Капоші застосовують *місцеве рентгеновське опромінення, препарати інтерферону, циклофосфан* тощо.

Профілактика. Основним напрямком боротьби із ВІЛ-інфекцією/СНІДом є запобігання йому.

ДИФТЕРІЯ (DIPHTHERIA)

Дифтерія – гостра бактерійна хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, яка характеризується фібринозним запаленням слизових оболонок ротоглотки, носа, гортані та токсичним ураженням серцево-судинної і нервової систем.

Етіологія. Збудник – дифтерійна паличка (*Corinebacterium diphtheriae*) – нерухлива, грампозитивна бактерія, яка є аеробом або факультативним анаеробом. Основним фактором патогенності є екзотоксин, що за силою поступається тільки ботуліновому і правцевому токсинам. Дифтерійна паличка досить стійка у довкіллі: за сприятливих умов може зберігатися до 15-20 діб у воді чи молоці, а заморожування витримує до 6 міс. Бактерії дуже чутливі до нагрівання, ультрафіолетових променів, дезінфектантів.

Епідеміологія. Джерелом збудника є хворий на дифтерію, реконвалесцент-носії або здоровий носій токсигенних штамів збудника. Тривале носійство спостерігається в осіб з хронічними інфекціями верхніх дихальних шляхів і при хронічному тонзиліті. Передача здійснюється головним чином за допомогою крапельного механізму з розвитком дифтерії мигдаликів, носоглотки та гортані. Після хвороби імунітет не стійкий. Сезонні підйоми припадають на осінньо-зимовий період.

Патогенез. Попавши на слизові оболонки піднебінних мигдаликів, носа, глотки, гортані, статевих органів чи кон'юнктиву, збудник розмножується й продукує токсин. За наявності антитоксичного імунітету у щеплених від дифтерії токсин в організмі нейтралізується, однак збудник, зазвичай при недостатності місцевого імунітету, виживає, і навіть може розмножуватися в місці інвазії, зумовлюючи так зване здорове бактеріоносійство. Тільки наявність ще й антикоринебактерійного імунітету може забезпечити санацію організму від збудника.

Токсинемія призводить до гемодинамічних розладів різного ступеня, аж до інфекційно-токсичного шоку. Значних змін зазнає міокард, а через специфічне пригнічення дифтерійним токсином ацетилхолінерастери у нервових гангліях накопичується ацетилхолін, що шкідливо впливає на структури центральної і периферичної нервової системи.

Клінічні форми: 1) дифтерія мигдаликів; 2) назофарингеальна (назофарингіт, фарингіт); 3) дифтерія переднього відділу носа; 4) ларингеальна (ларингіт, ларинготрахеїт); 5) дифтерія інших (рідкісних) локалізацій. Захворювання можуть бути легкого, середньотяжкого, тяжкого ступеня, а також особливо тяжкого ступеня (гіпертоксичний, геморагічний).

Найчастіше (98 % хворих) виявляється *дифтерія мигдаликів*. Вона буває локалізованою (катаральною, острівчатою, плівчастою), поширеною (коли плівки виходять за межі мигдаликів), комбінованою (дифтерія мигдаликів і переднього відділу носа, мигдаликів і гортані).

Катаральна та острівчата форми дифтерії характеризуються легким ступенем тяжкості. Загальний стан хворого майже не порушений. Слизова оболонка зі застійною гіперемією, мигдалики набряклі. При острівчатій формі спостерігаються ніжні нальоти, що їх можна легко зняти. Діагностика цих форм можлива в епідемічних осередках і при цілеспрямованому бактеріологічному обстеженні.

До типових форм належить плівчаста дифтерія. Вона починається з підвищення температури тіла, явищ інтоксикації (нездужання, біль голови, слабкість). Біль у горлі незначний. При огляді виявляють застійну неясну гіперемію ротоглотки, збільшені набряклі мигдалики, на їх поверхні помітні суцільні щільні сіруваті з перламутровим відтінком фібринові нальоти. Останні мають такі властивості: часто виходять за межі мигдаликів, поширюються на дужки, язичок, м'яке піднебіння; зазвичай асиметричні; практично не знімаються шпателем (для зняття необхідне велике зусилля, що робити категорично не рекомендується); наліт виступає над поверхнею мигдаликів; через 15-20 хвилин після змашування 2 % розчином телуриту калію плівка чорніє. Регіонарні лімфовузли збільшені, помірно болючі.

У щеплених осіб дифтерія часто перебігає атипично – у вигляді ангіни, з утворенням «нефібринових» плівок, тобто наліт ніжний, легко знімається шпателем без кровоточивості нижчележачої слизової оболонки.

Так зване «дифтерійне бактеріоносійство» є субклінічною формою дифтерії ротоглотки. При обстеженні таких осіб, як правило, виявляють ті чи інші зміни ЕКГ, а також динаміку титрів антибак-

терійних антитіл.

З ускладнень дифтерії найчастіше трапляються міокардити – ранні (з 2-5-го дня хвороби) і пізні (на 2-6-му тижні). Характерні неврологічні порушення з перших днів хвороби. Внаслідок цього хворий може гугнявити, похлинатися під час їди. Часте ускладнення з боку нирок – токсичний нефроз різної тяжкості, від незначної альбумінурії та лейкоцитурії до високого вмісту в сечі білка, еритроцитів, лейкоцитів, циліндрів і гострої ниркової недостатності. З інших ускладнень можливі інфекційно-токсичний шок, пневмонія.

У гострий період дифтерії в крові виявляють нейтрофільний лейкоцитоз і збільшену ШОЕ.

Основні напрямки організації лікувально-профілактичних заходів

1. Хворого на дифтерію – як з епідеміологічних міркувань, так і з метою запобігання ускладненням – слід негайно госпіталізувати.

2. Основний метод лікування – введення специфічної антитоксичної протидифтерійної сироватки.

3. Протибактерійне лікування обов'язкове, однак зазвичай вирішального значення увилікуванні хворого не має.

Специфічна *антитоксична протидифтерійна сироватка (ПДС)* гетерогенна. Тому з метою запобігання анафілактичній реакції її вводять за методом Безредки: спочатку 0,1 мл розведеної 1:100 сироватки (є в упаковці разом з концентрованою сироваткою) вводять внутрішньошкірно у згинальну поверхню передпліччя. Якщо через 20-30 хвилин на місці введення не виникає змін або утворюється папула діаметром не більше як 0,9 см, реакцію вважають негативною і підшкірно вводять 0,1 мл нерозведеної сироватки, а за відсутності реакції – через 30 хвилин усю призначену дозу внутрішньом'язово. У разі позитивної внутрішньошкірної проби або за наявності анафілактичної реакції на підшкірне введення сироватку вводять тільки за безумовними показаннями дробним методом під прикриттям гормонів

За наявності підвищеної чутливості до ПДС доцільно застосувати *імунофан*.

Антитоксична сироватка нейтралізує тільки токсин, який циркулює в крові, і не впливає на фіксований у тканинах. Тому специфічне лікування необхідно здійснювати якомога раніше. Введення сироватки не показане, якщо хворого почали лікувати після 4-го дня від початку захворювання і відсутні нальоти.

Для підсилення дії сироватки рекомендується внутрішньом'язове введення 25 % розчину *магнію сульфату* 1 раз на добу відразу після початку серотерапії.

Одночасно призначають антибіотики (*тетрациклін, еритроміцин, ампіцилін, бензилпеніцилін, цефалоспорини* та ін.).

При токсичній дифтерії і крупі показані глюкокортикоїди: *преднізолон* (2-3 мг/кг) або *гідрокортизон* (5-10 мг/кг на добу). У перші 2-3 доби глюкокортикоїди вводять внутрішньовенно, потім – усередину.

Протягом 4-6 тижнів застосовують *стрихнін* (0,5-1,5 мл 0,1 % розчину підшкірно). Цей препарат підвищує тонус центральної нервової системи, збуджує дихальний і судиноруховий центри, тонізує скелетні м'язи і міокард. Показані АТФ (0,5-1,0 мл 1 % розчину), дезинтоксикаційні засоби (10 % розчин *глюкози з інсуліном*, 10 % *альбумін* – 10 мл/кг, *реополіглюкін* – 10 мл/кг у співвідношенні 1:1:1), *лазикс*, інгібітори протеаз – *контрикал, трасилол, гордокс, амінокапронова кислота*.

У випадках ДВЗ-синдрому для одержання антикоагулянтного ефекту вводять *гепарин* (150-300 од/кг на добу), *фраксипарин* чи *клексан*.

Призначають також комплекс вітамінів: *кокарбоксілазу* (50-100 мг), *аскорбінову кислоту* (3-5 мл 5 % розчину), *нікотинову кислоту* (1-2 мл 1 % розчину).

У разі появи перших ознак крупу невідкладну допомогу слід починати ще на догоспітальному етапі. Показані тепле пиття, лужні або парові інгаляції, гірчичники, заспокійливі – 1-3 % *розчин броміду натрію* або *калію* всередину, бронхолітичні засоби – *еуфілін, ефедрин*, проти набрякові (сечогінні) препарати – *фуросемід, лазикс*, інгаляції кисню. Внутрішньовенно вводять гіпертонічні розчини – 20 % *глюкози*, 10 % *кальцію хлориду*, *глюкокортикоїди*, літичну суміш (1 мл 1 % розчину *промедолу*,

1 мл 1 % розчину *димедролу*, 2 мл 2,5 % розчину *аміназину*). Інколи виникає необхідність інтубації і навіть трахеотомії. Обов'язково починають введення антибіотиків.

Госпіталізацію здійснює лікар швидкої допомоги, який повинен мати набір інструментів для інтубації.

Профілактика. Основу профілактики дифтерії становить активна імунізація, яку проводять у плановому порядку всім дітям і далі дорослим через кожні 10 років.

КІР (MORBILLI)

Кір – гостра вірусна хвороба, яка характеризується інтоксикацією, гарячкою, запаленням верхніх дихальних шляхів, кон'юнктив, специфічною енантемою і плямисто-папульозною висипкою.

Етіологія. Збудник належить до РНК-місних параміксовірусів, швидко інактивується при нагріванні, під впливом УФО, дезінфекційних засобів; стійкий до всіх антибіотиків. Атенуйовані штами вірусу кору використовують як живу корову вакцину.

Епідеміологія. Джерелом зараження є хвора людина – з останніх 2 днів інкубаційного періоду до 5-го дня після появи висипки (при ускладненні пневмонією – до 10-го дня). Механізм передачі повітряно-крапельний. Сприйнятливість неімунних осіб абсолютна. Імунітет у немовлят трансплацентарний від матерів, які перенесли кір у минулому або були вакциновані, і підтримується при грудному вигодовуванні. Після перенесеного захворювання зберігається сталий імунітет (пожиттєво), повторні захворювання спостерігаються надзвичайно рідко.

Патогенез. Вірус уражає слизову оболонку верхніх дихальних шляхів і ротової порожнини, кон'юнктиви, шкіру, є короткочасна вірусемія. В окремих випадках можливий розвиток специфічного корового енцефаліту. Виникає стан анергії, що сприяє приєднанню вторинної бактерійної флори, загостренню хронічних захворювань.

Клінічні форми. Інкубаційний період – 9-17 днів (після введення імуноглобуліну – до 21-ї доби). Розрізняють типову (легкого, середньої тяжкості, важкого ступеня) і атипову форми кору. У перебігу типового кору розрізняють періоди катаральних змін, висипки і реконвалесценції.

Хвороба починається гостро з гарячки, виражених катаральних явищ – кашель, нежить, чхання, кон'юнктивіт, світлобоязнь. На слизовій оболонці щік, яснах з'являються плями Бельського-Копліка-Філатова (патогномонічна ознака кору – дрібні білуваті плямки з червоною облямівкою, частіше навпроти малих корінних зубів, зберігаються до 1-3-го дня висипань), на слизовій оболонці м'якого і твердого піднебіння може бути енантема у вигляді дрібних червоних плям. З 3-4-го дня хвороби, на тлі посилення інтоксикації та катаральних явищ, спостерігається типова корова висипка – плямисто-папульозна, з тенденцією до злиття, розташована на незмінній шкірі; характерна етапність висипань: 1-й день – на обличчі, шиї, за вухами, 2-й день – поширюється на тулуб і верхні кінцівки, 3-й день – на нижні кінцівки; зникає висипка в тій самій послідовності, з пігментацією і наступним висівкоподібним лущенням, у дорослих часто висипка геморагічна («зоряне небо»). Із зникненням висипки нормалізується температура і минають катаральні явища. Збільшуються периферичні лімфатичні вузли (задньошийні, потиличні, аксилярні), у легенях часто розсіяні сухі хрипи, у разі приєднання пневмонії – задишка, вкорочення перкуторного звуку, дрібнопухирчасті хрипи; при розвитку енцефаліту – сонливість, загальмованість, порушення свідомості, паралічі, ураження черепних нервів (зокрема лицевого, зорового і слухового). У загальному аналізі крові – лейкопенія, лімфоцитоз, гіпо- чи анеозинофілія, збільшення ШОЕ.

Ускладнення кору можуть бути зумовлені його збудником і бактеріями. Частіше виникають пневмонія, ларингіт (з несправжнім крупом), бронхіт, бронхіоліт, кератокон'юнктивіт, отит, пієлонефрит, ентерит, менінгіт, енцефаліт, психоз та ін.

Лікування, як правило, в домашніх умовах, госпіталізація за клінічними (тяжкість стану, наявність тяжких супровідних захворювань, ускладнення) та епідеміологічними (з гуртожитку, закритих колективів) показаннями. Ізоляція в окремій добре провітрюваній кімнаті. Ліжковий режим на весь гарячковий період. Вживання великої кількості рідини. Гігієнічний догляд за шкірою і слизовими оболонками, очі рекомендується періодично промивати теплою перевареною водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату.

Неускладнений кір з легким і середньотяжким перебігом не потребує медикаментозного лікування.

Медикаментозна терапія полягає у застосуванні **протикашльових засобів** (бромгексин, амброксол, лібексин, тусупрекс, мікстури з алтеєю, іпекакуаною), крапель або спрею для носа (протаргол, нафтизин, галазолін), при гнійному кон'юнктивіті закапують в очі 20 % розчин сульфацил-натрію і ретинолу.

Рекомендуються **вітамін** – аскорбінова кислота, комплекс вітамінів групи В у вікових дозах. З **антигістамінних засобів** показані супрастин, піпольфен, лоратадин, еріус. **Антибіотики** призначають дітям до 3-річного віку при тяжкому перебігу хвороби, при супутніх запальних захворюваннях і загальному виснаженні; у разі виникнення бактерійних ускладнень – відповідно до передбачуваного збудника.

Ослабленим пацієнтам і при тяжкому перебігу кору доцільне застосування **специфічного імуноглобуліну** (або нормального людського). Необхідне також проведення **дезинтоксикаційної** терапії, що включає довенне крапельне введення ізотонічних глюкозо-сольових розчинів, плазмозамінників, за показаннями – застосування **глюкокортикоїдів** (гідрокортизон, преднізолон, дексаметазон із розрахунку 3-5 мг/кг маси тіла на добу по преднізолону).

Якщо розвивається коровий енцефаліт, призначають **противірусні препарати** (ацикловір, інтерферони або їх індуктори, інтерлейкін), проводять посиндромну терапію (протисудомна, дегідратаційна, дезинтоксикаційна, антигістамінні засоби).

Профілактика та заходи в осередку. Специфічна профілактика за допомогою живої корової вакцини – моно- або тривакцинами (у комбінації з вакцинами проти епідемічного паротиту і краснухи).

ВІТРЯНА ВІСПА (VARICELLA)

Вітряна віспа (вітрянка) – гостра інфекційна хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, яка перебігає з помірно інтоксикацією і папуло-везикульозною висипкою.

Етіологія. Збудником є вірус вітряної віспи–зостер (Varicella-Zoster-Virus, VZV), який належить до вірусів групи герпесу (вірус герпесу людини з типу – ВГЛ-3). У зовнішньому середовищі швидко гине (за декілька хвилин).

Епідеміологія. Джерелом збудника є людина, хвора на вітряну віспу (рідше – оперізувальний герпес), з моменту появи висипки і до 5-го дня після останнього підсипання. Інфекція поширюється повітряно-крапельним шляхом. Сприйнятливість загальна, хворіють в основному діти, навіть з перших днів життя. У разі виникнення вітрянки в останні дні вагітності можлива природжена форма віспи.

Патогенез. Потрапивши в організм крізь дихальні шляхи, вірус укорінюється в епітеліальних клітинах слизової оболонки, проникає в кров і фіксується в шкірі, де викликає патологічні зміни. Внаслідок вірусемії та алергічної перебудови виникають гарячка та інші загальні прояви інфекції; анергічна дія вірусу спричинює підвищення сприйнятливості до інших інфекцій, загострення супровідних захворювань. Після хвороби залишається сталий імунітет.

Клінічні прояви. Інкубаційний період триває 11-17 діб, рідко до 21 доби.

Хвороба частіше починається гостро з висипки і підвищення температури тіла. Гарячка триває 2-5 днів, при рясній і тривалій висипці – до 8-10 днів, може бути хвилеподібною. У дорослих висипці часто передують продромальні явища – біль голови, зникнення апетиту, млявість, нудота, блювання, біль у попереку, животі. Цей період не перевищує 3 днів.

Висипка з'являється протягом тижня у вигляді 3-5 спалахів: спочатку на волосистій частині голови, животі, грудях, плечах, стегнах, а потім без певної закономірності поширюється по всьому тілі; її майже не буває на долонях і підшвах.

Елементи висипки проходять ряд стадій розвитку: спочатку з'являються розеоли або розеолапапули червоного кольору з чіткими контурами, через декілька годин вони перетворюються в папули, а потім у везикули з прозорим вмістом, який мутніє, підсихає і утворює жовтуваті або коричневі кірочки.

Оскільки висипка з'являється нерівномірно, на одному і тому самому місці можна спостерігати

ти різні стадії розвитку елементів (поліморфізм). Висипка зникає через 15-20 днів.

У третини хворих перед появою висипки на шкірі або одночасно з нею з'являється енантема на слизовій оболонці м'якого і твердого піднебіння, задньої стінки глотки, гортані. Нерідко виявляють лімфаденіт (шийний, пахвинний, паховий) і ураження внутрішніх органів.

Основні напрямки фармакотерапії

Госпіталізація з урахуванням епідеміологічних і клінічних показань, ізоляція на час захворювання (до клінічного одужання, але не менш ніж на 5 днів після появи останнього елемента висипки).

У гострий період хвороби (період висипання) ліжковий режим терміном на 1 тиждень. Везикули на шкірі змащують 5-10 % розчином калію перманганату або фукорцином; очі промивають 2 % розчином борної кислоти, закапують 15-20 % розчином сульфацил-натрію, ротоглотку полощуть розчином фурациліну 1:5000. Ослабленим особам і в разі загрози ускладненого перебігу вітрянки застосовують **протівірусні засоби** – ацикловір, віролекс, ганцикловір або препарати інтерферону чи їх індуктори (циклоферон, амізон, аміксин, гропринозин), вводять 3-6 мл **нормального людського імуноглобуліну**. Застосовують полівітаміни, антигістамінні та симптоматичні засоби.

За наявності рясної пустульозної висипки та нагноєнь призначають **антибіотики** – бензилпеніцилін, ампіцилін, тетрациклін тощо.

Профілактика. Приміщення, в якому перебуває хворий, старанно провітрюють, щодня проводять вологе прибирання. Інші методи дезинфекції не потрібні. Дітей дошкільного віку з оточення хворого не допускають у дитячі заклади з 11-го по 21-й день з моменту контакту. Ослабленим дітям вводять імуноглобулін, вони підлягають ізоляції терміном на 23 дні. Ізоляція хворого припиняється не раніше 5 днів після останнього підсипання.

Розроблено та апробовано живу атенуйовану вакцину проти вітрянки.

КАШЛЮК (PERTUSSIS)

Кашлюк – гостра інфекційна хвороба, яка характеризується нападами спазматичного кашлю, ураженням дихальної, нервової й судинної систем.

Етіологія. Збудником є специфічні палички з роду бордетел (*Bordetella pertussis* або *B. Parapertussis*, чи *B. species*). Вони грамнегативні, нерухомі, мають термолабільний токсин, відрізняються аглютинабельними властивостями. Збудник нестійкий у довкіллі, швидко гине при висушуванні.

Епідеміологія. Джерелом збудника є хвора людина і бактеріоносій. Заразливість найвища в початковий (катаральний) період, зберігається 4-5 тижнів. Механізм передачі повітряно-крапельний при відносно близькому і досить тривалому контакті з хворим. Хворіють переважно діти будь-якого віку, у тому числі новонароджені. Періодичні підйоми захворюваності через 3-4 роки. Після перенесеного захворювання залишається сталий імунітет.

Патогенез. Збудник укорінюється і розмножується в слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів (гортань, трахея, бронхи). Гостре катаральне запалення бронхів і бронхіол веде до злущування епітелію, гіперсекреції слизу, зумовлює бронхообструкцію. Постійне подразнення рецепторів токсином спричинює кашель, у центральній нервовій системі формується вогнище збудження за типом доміанти, внаслідок чого типові напади кашлю можуть викликатися і неспецифічними подразниками.

Клінічні форми. Інкубаційний період – 2-14 діб (частіше 5-7 діб). Початок хвороби із катарального періоду, який характеризується загальним нездужанням, субфебрильною температурою, кашлем, нежиттю. Кашель, спочатку незначний, поступово наростає і до кінця другого тижня (період спазматичного кашлю) стає настирливим, спазматичним, нападopodobним, супроводжується репризами (судомний свистячий вдих після серії коротких кашльових поштовхів на одному видиху), напад закінчується виділенням в'язкого склоподібного харкотиння, іноді з блюванням; під час нападу обличчя червоне, потім синіє, шийні вени набухлі, очі червоні, слезотеча; язик висунутий з рота, часто травмована його вуздечка; можлива зупинка дихання з асфіксією, носові кровотечі, крововиливи в склери, мимовільні сечовипускання і дефекація, явища енцефалопатії – порушення свідомості, судоми, парези, паралічі.

У крові – лейкоцитоз з лімфоцитозом при незмінній ШОЕ.

Основні напрямки фармакотерапії кашлюку

1. Госпіталізують дітей першого року життя, а також з тяжким перебігом та ускладненнями, інших лікують у домашніх умовах. Практикується перебування хворих на свіжому повітрі.
2. Етіотропна терапія антибіотиками.
3. Патогенетичне і симптоматичне лікування.

При тяжкому і ускладненому перебігу хвороби, супровідних захворюваннях показані **антибіотики**. Найбільша чутливість зберігається до **тетрациклінів**.

Застосовують також інші групи антибіотиків – стрептоміцин, левоміцетин, напівсинтетичні пеніциліни (ампіцилін), макроліди (еритроміцин, азитроміцин), аміноглікозиди (гентаміцин).

Ослабленим пацієнтам з тяжким перебігом кашлюку доцільне застосовувати специфічний (титрований) або нормальний людський імуноглобулін – внутрішньом'язово по 3 мл 3 дні поспіль.

Широко використовують протикашльові засоби (неокодион, лібексин, тусупрекс).

Для ослаблення нападів призначають нейроплегічні засоби, зокрема аміназин (1-3 мг/кг на добу протягом 10-12 днів). У разі зупинки дихання очищують дихальні шляхи від слизу і проводять штучну вентиляцію легень. Патогенетична терапія включає також кисневу терапію, антигістамінні засоби, седуксен та інші малі транквілізатори, вітаміни, інгаляції протеолітичних ферментів, спазмолітики, електрофорез аміназину, кальцію хлориду на грудну клітку та комірцеву зону.

Профілактика. Специфічна профілактика за допомогою АКДП-вакцини.

СКАРЛАТИНА (SCARLATINA)

Скарлатина — гостра бактерійна хвороба людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка проявляється загальною інтоксикацією з гарячкою, тонзилітом та висипанням на шкірі.

Етіологія. Збудником є β -гемолітичний стрептокок групи А; відомо 80 серологічних його типів, кожний з яких може спричинити скарлатину. Загальним для всіх сероварів є еритрогенний токсин і алерген. Антитоксичний імунітет, що виробляється після перенесеної хвороби, єдиний проти всіх серотипів стрептококів, досить сталий.

Епідеміологія. Джерелом збудника є людина, хвора на будь-яку стрептококову інфекцію (скарлатину, ангіну, бешиху, хронічний тонзиліт, гнійний отит, пневмонію та ін.), реконвалесцент, а також здорові носії β -гемолітичного стрептокока. Механізм передачі повітряно-крапельний, іноді хвороба передається через предмети побуту, дитячі іграшки, молочні продукти. Найбільш небезпечні хворі в останні 2 дні інкубаційного періоду і в перші дні хвороби; заразливість зберігається до 21-го дня реконвалесценції.

Частіше хворіють діти. Максимум захворюваності припадає на осінньо-зимовий період. Після перенесеної скарлатини залишається антитоксичний імунітет, загальний для всіх серотипів стрептокока, повторні захворювання рідкі.

Патогенез. Скарлатина розвивається в осіб, які не мають ані антитоксичного, ані антимікробного імунітету до стрептокока. На місці вхідних воріт інфекції (піднебінні мигдалики, досить рідко рана чи опікова поверхня – ранова скарлатина) виникає запальне вогнище з некротичними змінами (септична дія збудника) з подальшим розповсюдженням інфекції лімфо- і гематогенно. Токсична дія обумовлена еритрогенним токсином, який спричинює висипання, гарячку, ураження нервової, серцево-судинної та ендокринної систем. З алергією пов'язують появу пізніх ускладнень (нефрит, міокардит, ревматизм). Антимікробний імунітет типоспецифічний, тому перехресне зараження іншими типами стрептокока має значення в генезі ускладнень скарлатини.

Клінічні форми. Інкубаційний період триває 2-7 діб, інколи до 12 діб. Температура тіла підвищується до 38-39 °С, тримається 3-4 дні та скороченим лізисом знижується до норми. Гарячка супроводжується болем у горлі, нерідко нудотою і блюванням.

Вже в 1-й день хвороби (рідко на 2-3-й день) з'являється точкова рожева або пурпурово-червона висипка, яка виступає над поверхнею гіперемованої шкіри. Висипка концентрується на щоках, в пахвинних і пахових ділянках, на згинальних поверхнях кінцівок, найбільше в природних складках шкіри; супроводжується свербінням. Носогубний трикутник блідий, вільний від висипки. Екзантема зни-

кає через 3-7 днів, залишаючи після себе рясне лушення – висівкове на обличчі, пластинчасте – на тулубі та кінцівках, особливо на кінчиках пальців.

Для скарлатини характерна наявність гострого тонзиліту: біль у горлі при ковтанні, яскрава гіперемія слизової ротоглотки («палаючий» зів), збільшення піднебінних мигдаликів, часто з гнійно-фібриновим нальотом; збільшення і болючість підщелепних лімфовузлів. На м'якому піднебінні іноді точкова енантема. Типовими є білий дермографізм, симптом Пастіа (скупчення дрібних крововиливів на складках шкіри в пахвинних, пахових і ліктьових ділянках), з 3-4-го дня «малиновий» язик (яскраво-червоний з гіперплазією сосочків).

Досить часто уражається серцево-судинна система: тахікардія, гіпотонія, глухі тони серця, розширення його вліво, систолічний шум. Типові зміни у крові – нейтрофільний лейкоцитоз, зсув формули вліво, збільшення ШОЕ, наприкінці 1-го тижня – еозинфілія.

При легкому перебігу скарлатини гарячка триває 1-3 дні, висипка неяснокрава, частіше розташована лише в природних складках шкіри, зберігається декілька годин і проходить без лушення.

Токсичні форми скарлатини характеризуються вираженою інтоксикацією з порушенням свідомості, збудженням або пригніченням психіки, маренням, багаторазовою блювотою, судомами, менінгеальним синдромом. Часто приєднується сепсис з високою гарячкою, ознобом, виникненням гнійних вогнищ у різних органах. Для геморагічних форм поряд з синдромом токсикозу характерні шлунково-кишкові та легеневі кровотечі.

На 2-4-му тижні можливий розвиток рецидивів, які зв'язані з ре- або суперінфекцією іншого варіанта гемолітичного стрептокока.

Ускладнення – гнійний та некротичний лімфаденіт, отит, отогенний абсцес мозку, септикопіємія, а також алергічного типу – нефрит, міокардит, ревматизм, артрит, синовіт.

Основні напрямки фармакотерапії

Хворі на скарлатину переважно лікуються вдома.

Ліжковий режим протягом гарячкового періоду (не менше 5-6 днів). Показані антибіотики групи пеніциліну (бензилпеніцилін з розрахунку 100 тис. ОД на 1 кг маси тіла на добу; при тяжкій формі не менш як 200–300 тис. ОД/кг протягом 5-6 днів), якщо немає ефекту, застосовують напівсинтетичні пеніциліни (ампіокс, оксацилін). У разі непереносимості пеніциліну, а також у домашніх умовах лікують макролідами (еритроміцином або азитроміцином), тетрацикліном – у середньотерапевтичних дозах. Призначають антигістамінні препарати, вітаміни групи В, С, Р, дезінтоксикаційні засоби, полоскання рота розчином фурациліну, відварами ромашки, звіробою; при ускладненнях – фізіотерапевтичні процедури, за необхідності – хірургічне втручання.

Профілактика. Хворого ізолюють. Ізоляцію припиняють після клінічного одужання, але не раніше ніж на 10-й день від початку захворювання.

У помешканні, де знаходиться хворий на скарлатину, проводять поточну дезінфекцію 0,5 % розчином хлораміну, посуд і білизну кип'ятять.

Специфічна профілактика не розроблена.

МАЛЯРІЯ (MALARIA)

Малярія – гостра протозойна хвороба, яка характеризується періодичними нападами гарячки, збільшенням селезінки та печінки, анемією.

Етіологія. Малярію спричиняють 4 види малярійних плазмодіїв: *P. vivax* – збудник триденної малярії, *P. malariae* – чотириденної, *P. ovale* – особливого виду триденної, *P. falciparum* – збудник тропічної малярії. Паразит проходить складний життєвий цикл зі зміною двох хазяїв: статевий (спорогонія) – у самок комарів роду *Anopheles* і безстатевий (послідовно тканинна та еритроцитарна шизогонія, яка закінчується утворенням гаметоцитів) – в організмі людини або хребтної тварини.

Епідеміологія. Джерелом малярії є хвора людина або паразитоносій, у крові яких циркулюють статеві форми плазмодіїв. Механізм передачі в природних умовах трансмісивний, через укуси самки малярійного комара. Активність комарів припадає на теплу пору року: в районах з помірним і субтропічним кліматом – літньо-осінні місяці зі стійкою середньодобовою температурою понад 16°C, у тропічній зоні – майже цілорічно.

Патогенез. Тканинна шизогонія відбувається в гепатоцитах під час інкубаційного періоду. Утворення еритроцитарних шизонтів спричинює масове руйнування еритроцитів, вихід паразитів і продуктів їх метаболізму в кров, що зумовлює подразнення терморегуляторного центру, підвищення проникності судин, розлади мікроциркуляції, водно-електролітного балансу, ураження вегетативної нервової системи, токсичне пригнічення кісткового мозку, розвиток гемолітичної анемії, посилене розмноження ретикулярних і лімфоїдних клітин у печінці та селезінці, приєднання автоімунних механізмів. Утворення паразитарних тромбів у капілярах головного мозку, його набряк і некротичні зміни можуть спричинити виникнення малярійної коми.

Клінічні форми. Інкубаційний період при тропічній малярії триває 8-10 діб, при 4-денній – 20-25, при 3-денній – 10-14 діб (тахіформи) і 8-14 міс. (брадиформи), при овале-малярії може затягуватись навіть до 52 міс. На тлі хіміопрофілактики тривалість інкубації продовжується. При одночасному зараженні тахі- і брадиспорозоїтами розвивається триденна малярія з короткою інкубацією і так званими пізніми рецидивами.

Захворювання проявляється відомою тріадою: типовими нападами гарячки з чіткою періодичністю, гепатоспленомегалією, розвитком анемії.

Напади лихоманки виникають, як правило, ранком і починаються з трясучого ознобу тривалістю 1,5-2 год, їм можуть передувати м'язовий біль і сильний біль у голові. Далі температура тіла швидко досягає 40-41°C. Відзначаються симптоми ураження центральної нервової системи аж до порушення свідомості, марення, судом; сильний біль голови, збудження, блювання, пронос, міалгії, тахікардія, зниження артеріального тиску, можливий колапс, нерідко з'являються кропивниця, герпетичні висипання на губах. Під кінець нападу з'являється сильне потіння, різко знижується температура, іноді до субнормальних цифр; явища інтоксикації зменшуються, хворий засинає. В період апіреksії його турбує тільки загальна слабкість, але працездатність частіше збережена. Тривалість нападу залежить від виду збудника: при 3-денній малярії – до 12-14 год, 4-денній – до 20 год, при тропічній – до 24-36 год. Характерна сувора періодичність нападів, зумовлена тривалістю циклу еритроцитарної шизогонії. При 3-денній, овале- та тропічній малярії напади повторюються через 48 год, при 4-денній – через 72 год.

Основні напрямки фармакотерапії малярії

Хворі та паразитиносії лікуються в умовах стаціонару.

Протималярійні препарати розрізняються за впливом на різні види і стадії розвитку збудників малярії.

Гематошизотропні препарати активні щодо безстатевих еритроцитарних форм плазмодіїв і застосовуються для ліквідації гострих нападів малярії – *делагіл* (*хінгамін*, *хлорохін*) (у першу добу 1,0 г на прийом, через 6-8 годин – ще 0,5 г, наступні 2 дні по 0,5 г 1 раз на добу); при малярійній комі 5 % розчину делагілу 10 мл внутрішньовенно (до 30 мл/д) або 4 мл 25 % розчину *хініну* з наступним переходом на пероральний прийом препарату. Ранні рецидиви хвороби виникають внаслідок недостатнього лікування, тому вимагають контролю наявності плазмодіїв у крові і при потребі – повторного курсу гематошизотропних середників.

Лікування хворих на тропічну малярію складніше, тому що делагіл на її збудника майже не діє. З гематошизотропних препаратів застосовують *хлоридин* (*тиндуурин*, *дарахлор*, *дараприм*) по 0,01 г 3 рази протягом 3 діб. Для терапії хлорохіностійких форм можна призначити *мефлохін* або *фансидар* у дозі 1,5 г одноразово, а також *бактрим*, *дапсон*, антибіотики тетрациклінового ряду (у комбінації з хініном).

Гістошизотропні середники спричинюють загибель безстатевих тканинних форм плазмодіїв. Пізні рецидиви зумовлені розвитком тканинних шизонтів (брадиспорозоїтів), для їх запобігання використовують *примахін* – 0,009 г 3 рази на добу одночасно з делагілом, курс 14 днів.

Поєднання гемато- і гістошизотропних препаратів забезпечує радикальне виліковування малярії.

Гамотропні (гамонтоцидні) засоби спричинюють безпосередню загибель статевих форм плазмодіїв у людини, до того ж мають споронтоцидну дію, тобто порушують процес утворення в

організмі комара спорозоїтів, внаслідок чого комарі перестають бути переносниками малярії.

У тяжких випадках показана масивна дезінтоксикаційна терапія із застосуванням *глюкокортикоїдів, протишокових середників*.

Профілактика. Малярію віднесено до хвороб, при яких передбачено санітарну охорону території держави та обов'язкову реєстрацію.

Хіміопротифілактика особам, які їдуть в ендемічну щодо малярії зону (починаючи за тиждень до прибуття, протягом усього періоду ризику зараження та ще 4 тиж. після виїзду з неблагополучної місцевості) – делягіл 0,5 г або хлорохін (резохін) – 5 мг/кг маси, хлоридин (0,025 г) або фансидар (1 таблетку) чи мефлохін (ларіам) у дозі 250 мг (1 табл.) раз на тиждень, прогуаніл (намодрин) у дозі 3 мг/кг маси або доксициклін 1,5 мг/кг щоденно.

ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Поняття про інфекційні захворювання. Класифікація інфекційних захворювань. Збудники захворювань, шляхи передачі.

2. Етіопатогенез, клінічні прояви і напрямки фармакотерапії основних кишкових інфекцій (харчові токсикоінфекції, дизентерія).

3. Етіологія, патогенез, клінічні прояви й основні напрямки фармакотерапії основних вірусних захворювань (грип, аденовірусна інфекція).

4. Етіологія, патогенез, клінічні прояви й основні напрямки фармакотерапії ВІЛ-інфекції/СНІД (AIDS).

5. Етіологія, патогенез, клінічні прояви й основні напрямки фармакотерапії дифтерії.

6. Поняття про дитячі інфекції. Клінічна картина, напрямки фармакотерапії кору, вітряної віспи, коклюшу, скарлатини.

7. Етіологія, патогенез, клінічні прояви та напрямки фармакотерапії малярії.

Заповніть таблицю: «Напрямки фармакотерапії основних вірусних захворювань».

Інфекції	Збудник, шлях передачі	Напрямки фармакотерапії
Грип		
Парагрип		
Аденовірусна		
Кір		
Вітряна віспа		
Краснуха		

2. Заповніть таблицю: «Напрямки фармакотерапії основних бактеріальних захворювань».

Інфекції	Збудник, шлях передачі	Напрямки фармакотерапії
Дифтерія		

Скарлатина		

3. Заповніть таблицю: «Напрямки фармакотерапії основних кишкових захворювань».

Інфекції	Збудник, шлях передачі	Напрямки фармакотерапії
Харчові токсикоінфекції		
Дизентерія		
Сальмонельоз		

1. Рішення ситуаційних задач.

Задача №1. У хворого скарги на нудоту, блювоту з'їденою їжею, біль в животі, запаморочення, слабкість, підвищення температури тіла до 38⁰, пронос. При опитуванні вдалося з'ясувати, що хворий 4-5 годин тому їв пірижки з м'ясом, куплені у торговця на пляжі. Яке найбільш імовірно захворювання?

А. Харчова інфекція. В. Дизентерія. С. Сальмонельоз. Д. Гострий коліт. Е. Холера.

Задача № 2. Хвора скаржиться на нудоту, блювоту з'їденою їжею, біль в животі, запаморочення, слабкість, підвищення температури тіла до 37,8⁰, пронос. При опитуванні вдалося з'ясувати, що хвора снідала у кафе пірижки з м'ясом. Які основні напрямки фармакотерапії?

А. Загальнозмцнююча. В. Противірусна. С. Антибактеріальна. Д. Дезінтоксикаційна. Е. Протигрибкова.

Задача №3. Хворий у важкому стані, при свідомості. Відомо, що він одержав колоту травму стопи з забрудненням землею під час сільськогосподарських робіт у полі кілька днів тому. При огляді спостерігається тризм із переходом у тонічну напругу м'язів спини, грудей, кінцівок. АТ 110/90 мм рт ст. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Правець. В. Менінгіт. С. Гостре порушення кровообігу мозку. Д. Епілептичний напад. Е. Гіпотонічна криза.

Задача №4. У родичів тяжкого хворого з'ясовано, що чоловік одержав колоту травму стопи з забрудненням землею під час роботи на дачній ділянці кілька днів тому. При огляді спостерігається тризм із переходом у тонічну напругу м'язів спини, грудей, кінцівок. АТ 110/90 мм рт ст. Який основний напрямок етіотропної фармакотерапії?

- А. Гіпосенсибілізація (введення дімедролу)
- В. Купірування судомного синдрому (введення хлоралгідрату, дроперидолу).
- С. Антибіотикотерапія (тетрацикліни).
- Д. Дезінтоксикаційна (введення протистовбнячної сироватки й анатоксина).
- Е. Корекція серцево-судинних порушень (мезатон, строфантин).

Задача №5. У хворого 32 років був озноб, тривалістю 2 години, що перемінилася високою температурою (до 39,8⁰-40⁰ С). Хворий відчуває жар, головний біль, міалгії, запаморочення. При огляді: хворий збуджений, сухість шкіри, язика, тахікардія. З анамнезу хвороби: пацієнт 20 днів тому повернувся з відрядження в одну з держав Африки, де знаходився близько тижня, хіміопротифілактику не проводив. Приступи, подібні даному, спостерігалися 2-3 рази протягом останнього тижня, закінчувалися різким зниженням температури до нормальних значень поза залежністю від прийому антипіретиків. Яке захворювання може бути у хворого?

А. Пневмонія. В. Менінгіт. С. Вітряна віспа. Д. Аденовірусна інфекція. Е. Малярія.

Задача №6. У хворої 21 року був озноб, тривалістю 2 години, що перемінилася високою температурою (до 39,8⁰-40⁰ С). З анамнезу відомо, що жінка 20 днів тому повернулася з відпустки, яку провела у Єгипті (хіміопротектику не проводила). Припущено малярію. Які заходи протектики слід було проводити?

А.Хіміопротектика. В.Протектична антибіотикотерапія. С.Вакцинація. D.Специфічна імуноглобулінова терапія. E.Загальнозміцнююча терапія.

Задача №7. Хворий 25 років із скаргами на нежить, підвищення температури тіла до 38 С, незначний головний біль, слезотечу, почервоніння склер, виділення з носу, біль у горлі, лаючий кашель. Яке захворювання найбільш імовірно?

А.Грип. В.Аденовірусна інфекція. С.Харчова токсикоінфекція. D.Кір. E.Скарлатина.

Задача №8. У дівчини 18 років з'явилися ввечері нежить, лихоманка, з ранку на тулубі побачила висип маленьких пухирчиків, які дуже зуділи. Ввечері того ж дня пухирчастий висип поширився на весь тулуб, обличчя, голову, руки й ноги. У двох подруг теж з'явилися подібні скарги й висип. Яке захворювання найбільш імовірно?

А.Вітряна віспа. В.Герпетична інфекція. С.Кір. D.Скарлатина. E.Грип.

ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ.

1. Сучасні проблеми в лікуванні інфекційних захворювань.
2. Практичне значення комбінованої хіміотерапії інфекційних і тропічних захворювань, роль провізора.

ГОСТРІ ОТРУЄННЯ

Сучасний стан промислового та сільського господарства в Україні характеризується підвищеним ступенем небезпеки через неадекватний рівень техніки безпеки на підприємствах, що створює ситуацію реальних великомасштабних аварій та катастроф, яка доповнюється ще і побутовими факторами ризику отруєнь (зловживання алкоголем, медикаментами при самолікуванні). Різні чинники отруєнь, як **етіологічні фактори**, відображає класифікація, де вони поділяються на дві групи:

- антропогенні (техногенні) отрути, обумовлені діяльністю людини: сильнодіючі промислові хімічні сполуки, токсичні відходи господарської діяльності, пестициди, мінеральні добрива, отрути військової хімії, засоби побутової хімії, отрути при токсикоманії та наркоманії, лікарські засоби.

- природні отрути геологічного походження (гази), біологічного походження – мікробні токсини, токсини водоростей, мікотоксини (грибкові), зоотоксини (тваринні), токсини рослин.

Отруєння вважають *промисловими*, коли вони виникають при аваріях на виробництві в хімічній промисловості, на газо- та нафтопроводах, резервуарах пального, а також при терористичних актах, кримінальних діях. Біля 60 тисяч токсичних речовин використовують в побуті (хімічні, косметичні, лікарські засоби). Аварія – це руйнівне вивільнення продуктів виробництва і створення загрози для працівників та населення. Аварії можливі в результаті порушень техніки безпеки, неочікуваних ситуацій, тероризму тощо. При промисловій аварії мова йде про розвиток гострого професійного отруєння, яке виникає раптово, після одноразового (не більше як протягом однієї робочої зміни) впливу порівняно високих концентрацій токсичних речовин у повітрі робочої зони;

- *побутовими*, які переважають за частотою, та охоплюють декілька груп чинників. Серед них найчастіше - отруєння алкоголем та його сурогатами, які досягають 60-80% в структурі гострих отруєнь. Особливістю цих отруєнь слід вважати наявність змішаних отрут, найчастіше молодий вік постраждалих (діти, підлітки), груповий прийом, різноманітні варіанти додаткових хімічних речовин або ліків, саморобні токсини та різноманітні шляхи введення;

- *випадковими*, коли отруєння пов'язані з помилковим використанням отрут побутової хімії (розчинники, кислоти, луги, пестициди) або вплив токсичних газів (чадний газ, пари аміаку тощо).

Найтрагічнішою ситуацією стає раптове отруєння дітей із-за безпечності дорослих, коли хімікати зберігаються вдома у посуді з яскравими етикетками, відкритих склянках та коробках. Підтвердження цієї небезпеки підкреслюють статистичні дані в США, де випадкові отруєння у дітей до 5

років досягають 86%, а смертність перевищує таку від усіх дитячих інфекцій, разом узятих.

У дорослих побутові отруєння характеризуються сезонністю (чадний газ, гриби, отрутохімікати), статевими відмінностями (у чоловіків переважають отрути розчинниками – бензин, дихлоретан, етиленгліколь, ацетон тощо);

- *медичні* отруєння базуються на помилках лікаря або фармацевта, можливі при самолікуванні хворих. Серед них переважають отруєння у дітей, досягаючи в різних країнах до 70-95 % серед медичних отруєнь, летальність від них – до 5,7 на 100 000 населення (ВООЗ, 1988). Головний чинник у дітей – неправильне зберігання ліків вдома, в доступних для них місцях (40-60% таких отруєнь).

- *суїцидальні* отруєння мають тенденцію до зростання в останні роки, переважають серед молоді, підлітків (у дівчаток в 3-4 рази частіше), характеризуються неочікуваними засобами введення отрути, найчастіше продуктами побутової хімії (пестициди, оцтова есенція, ліки), але можливі і більш рідкісні використання агресивних факторів, наприклад, ізотопів, ртуті тощо.

- *неочікувані* отруєння охоплюють різноманітні чинники, переважно природного походження (найсильніші в природі отрути - морських риб, медуз), шкідливі гази при їх викидах вулканами, гейзерами (вуглекислий газ, сірководень тощо).

Патогенез отруєнь. При різній структурі етіологічних чинників перебіг отруєння має деякі спільні патогенетичні риси. Розрізняють 2 фази дії отрути:

- токсикологічну, яка виникає безпосередньо від дії отрути і може бути як із специфічними, так і з неспецифічними проявами, триває декілька годин;

- соматогенну, яка настає після видалення отрути, розвивається із-за порушеного гомеостазу в організмі, триває від декількох днів до місяців. Механізм розвитку цієї фази пояснюється тим, що після токсичного метаболічного стресу від отрути настає так званий, „період летального синтезу”, коли утворюються вторинні порушення, накопичуються ендотоксини і з’являються симптоми неспецифічного ураження органів вільними радикалами, простагландинами, цитокінами, біологічно активними речовинами.

Між 1-ою та 2-ою фазами можливий „світлий проміжок”, коли симптоми ніби-то зникають, але необхідно пам’ятати про наступну другу фазу і не припиняти фармакотерапії (це особливо небезпечно при отруєнні грибами, ФОС, розчинниками, метанолом).

Клінічні прояви й діагностика гострих отруєнь.

Визначальні клінічні прояви отруєння залежать від характеру отрути. За переважаючими механізмами токсичної дії отрути розподіляють на наступні групи:

1. нервові отрути – фосфорорганічні пестициди, окис вуглецю, алкоголь та його сурогати, нікотин; серед ліків їх доповнюють снодійні, нейролептики, транквілізатори, стрихнін, клофелін, антидепресанти, аналептики, наркотики, ізоніазид тощо;

2. кардіотоксичні – серцеві глікозиди, трициклічні антидепресанти, солі калію, барію, антиаритмічні препарати, бета-адреноміметики, хінін;

3. гепатотоксичні - хлоровані вуглеводні, гриби, феноли, альдегіди, розчинники, серед ліків – тетрацикліни, сульфаніламід, рифампіцин, парацетамол, фенобарбітал, ПАСК, фуразолідон, цитостатики, солі золота, метилдофа, амфотерицин В;

4. кров’яні отрути – хлорохін, метиленовий синій, резорцин, метгемоглобіноутворювачі - нітрати, анілін, бензол; гемолізуючі засоби - вікасол, свинець, оцет, формалін, миш’як;

5. нефротоксичні – важкі метали, розчинники, серед ліків аміноглікозиди, діуретики, нестероїдні протизапальні засоби;

6. шлунково-кишкові отрути – кислоти, луги, миш’як, важкі метали;

7. пневмотоксичні – пари бензину, хлору, аміаку, оксиди азоту, фосген; токсичний набряк легень викликають опіятні наркотики, транквілізатори.

Для діагностики, перш за все, необхідно встановити причину отруєння - кількість та концентрацію отрути, час та шлях поступлення. Для підтвердження діагнозу рекомендують лікарям швидкої допомоги зберегти та доставити в стаціонар хімічну речовину (транспортувати в закритому вигляді) або її упаковку, блювотні маси.

Для встановлення природи отруєння потрібне в умовах стаціонару поглиблене обстеження постраждалого і спостереження в динаміці.

Ретельно збирається анамнез і аналізуються скарги (додатково від супроводжуючих осіб).

При огляді всіх систем оцінюються неврологічна симптоматика (поведінка, свідомість, гіперкінези, судоми, стан зіниць, рефлексів, лихоманка); стан шкіри та слизових оболонок (колір, вологість, плями, опіки); стан гемодинаміки (ЧСС, АТ) і органів дихання (ЧД, запах з рота, хрипи, бронхорея); стан органів травлення (запах блювотних мас, характер стільця, стан черевної стінки, біль при пальпації) і сечовиділення (колір, кількість сечі, симптом Пастернацького).

Проводиться лабораторне обстеження - загальне клінічне та токсикологічне (за участю лабораторії СЕС), щоденний контроль функцій нирок та печінки, негайне рентген-дослідження легень при отруєнні подразнюючими газами.

Загальні принципи лікування отруєнь.

Допомога при отруєнні полягає у видаленні отрути, яка ще не всмокталася і вже всмокталася; в антидотній терапії, в загальній детоксикації і синдромній терапії – корекції порушень органів та систем.

1. *Принцип видалення отрути* – один з найголовніших, тому що скорочення часу перебування отрути в організмі – вирішальний фактор прогнозу. Всі заходи по наданню невідкладної допомоги необхідно негайно направити на виведення отрути усіма доступними способами. Для цього використовують впливи на шляхи поступлення отрути.

1А. Видалення із ШКТ:

- викликати блювання на місці (в комі не допустимо!!!);
- на догоспітальному етапі беззондове промивання шлунку 1-2 л води;
- в госпітальних умовах промити шлунок через зонд об'ємом води не менше 8-10 л (протишокови - судоми, вагітність, колапс, отруєння корозивними речовинами); повторне промивання через 12 год рекомендується при отрутах грибами, наркотиками, метанолом, ФОС (через 4-6 год);
- адсорбенти додати в кінці промивання в промивні води (активоване вугілля, при отруєнні розчинниками – вазелінову олію 100-200 мл),
- натрію сульфат для послаблення, сольові проносні призначають всім!;
- очисні клізми, сифонні клізми;
- для видалення отрути з органів дихання призначають відхаркуючі засоби.

1.Б. Для видалення отрути, що всмокталася, виконують правило 4 катетерів – для інтенсивної терапії внутрішньовенно, для контролю діурезу - в сечовий міхур, для подання кисню через ніс та для харчування в шлунок (при важкому стані).

Можливі два підходи: а) стимуляція природних шляхів виведення отрути, переважно нирками; б) методи позаниркового очищення. Розшифровка цих методів наступна:

А) принцип форсованого діурезу охоплює -

- значне водне навантаження (до 1,5-2 л рідини на добу);
- інфузійну терапію під контролем АТ, ЦВТ, погодинного діурезу (до 60 мл/хв в нормі), що забезпечується дезінтоксикаційними, протишоковими розчинами;
- швидкодіючі діуретики (осмодіуретики, фуросемід);
- стимулюються і додаткові шляхи природного очищення призначенням жовчогінних, потогінних засобів. З сечею виводяться гідрофільні речовини, їх екскреція залежить від молекулярної маси, зв'язку з білками крові, рН сечі, величини АТ, ОЦК. Іонізовані токсичні речовини більше екскретуються, тому що менше реабсорбуються, неіонізовані довше затримуються. Слабкі кислоти екскретуються краще в підлужненій сечі, а слабкі основи – при кислому рН сечі.

Слабкі кислоти (барбітурати, саліцилати, антидіабетичні сульфаніламід, індометацин, антикоагулянти) в кислому середовищі рН сечі більше затримуються в організмі. Тому для збільшення екскреції в сечу необхідно призначити натрію бікарбонат.

Навпаки, алкалоїди (морфін, хінін), теофілін, кофеїн затримуються в лужній сечі, тому для їх екскреції призначають засоби, що збільшують кислотність сечі – аскорбінову та лимонну кислоти,

кальцію хлорид, амонію хлорид. Дуже повільно виводяться ліпофільні леткі речовини (хлороформ, дихлоретан), які депонуються в жирових депо.

Б) методи позаниркового очищення:

- кровопускання, замінне переливання крові /обмінний плазмаферез - особливо показані при отрутах з ураженням крові (гемолітичні, метгемоглобіноутворюючі, але як можна швидше! в перші години отруєння, поки отрута не всмокталася у тканини, сполуки ФОС (на 3-7 добу).

- гемосорбція, ранній гемодіаліз (до розвитку ГНН) показані при отруєннях металами, саліцилатами, барбітуратами, ртуттю, психотропними засобами, бромідами, дихлоретаном, чотирехлористим вуглецем (CCl₄), етиленгліколем, етиловим та метиловим спиртами, тіоціанатами, стрептоміцином, блідою поганкою, ФОС, при значній гіперкаліємії – міоглобінурійних ураженнях;

- за показами можна використовувати люмбальну пункцію, дренажування грудного лімфатичного протоку, лімфосорбцію;

- ентеросорбція препаратами вугілля – СКН-3М по 15-20 г 3 рази/добу (протипокази при виразковій хворобі, гастродуоденальній кровотечі, тріщинах заднього проходу, геморої, закрепках);

- катетеризація пупочної вени, підключення штучної печінки. Ці підходи, пов'язані з позапечінковим очищенням, можливі при збереженні діяльності серцево-судинної системи, тобто сталої гемодинаміки.

II. *Антидотна терапія.* Призначення антидотів є дуже важливим етапом лікування, тому що допомагає зменшити концентрацію токсичних речовин або їх негативні патофізіологічні впливи. Антидоти можуть бути використані в дуже великих дозах, саме це і дозволяє активно зв'язувати високі концентрації отруту. За механізмами дії розрізняють наступні групи антидотів.

1. Хімічні – токсикотропні, які здатні вступати у зв'язки з отрутою фізико-хімічними варіантами взаємодії. Вони можуть бути:

- неспецифічними - це ентеросорбенти (*біла глина, деревне вугілля, крохмаль, тальк, дрібно натерті сухарі, які можуть бути призначені на догоспітальному етапі + проносні ліки для їх швидкого виведення разом з отрутою*).

- специфічними – *унітіол, ЕДТА, тетацін-кальцію, протаміну сульфат*.

2. Біохімічні – токсикокінетичні, що змінюють метаболізм чи напрямок реакції при дії отрути на більш безпечний шлях: для ФОС – реактиватори холінестерази; для чадного газу – *цитохром С*; для метгемоглобіноутворювачів – *метиленовий синій*; для метилового спирту, етиленгліколю – *етиловий спирт*; для наркотиків, алкоголю – *налоксон*; для дихлоретану, розчинників – *цистеїн, ацетицистеїн*, антиоксиданти; для ціанідів – *натрію тіосульфат*; для миш'яковистого водню – *антарсин, мекаптід* тощо.

3. Фармакологічні антидоти, що мають протилежні ефекти дії: для атропіну – *ацетилхолін, прозерин*; для інсуліну – *глюкагон*; для прозеріну – *пахікарпін*; для серцевих глікозидів – *калію хлорид*, антагоністи кальцію тощо.

4. Імунологічні антидоти, які здатні за рахунок антитіл зв'язувати отрути: для серцевих глікозидів, для отрути змії.

II. *Принцип загальної детоксикації* необхідний у комплексі лікування, оскільки має за мету усунення не тільки токсичної дії отрути, але й профілактику вторинних порушень, що можуть утворитися від неї, та попередження соматогенної фази. Цей принцип обумовлює виконання наступних заходів:

- продовження інфузійної детоксикаційної терапії ;

- боротьбу з ацидозом – загальний обсяг введеного об'єму 4% розчину *натрію гідрокарбонату* може досягати до 30% всіх розчинів, особливо при отруєннях кислотами, тому що тривалий ацидоз – прогностично несприятлива ознака! Слід пам'ятати, що при отруєнні саліцилатами, реопірином, піпільфеном можливий алкалоз!

- зв'язування ендотоксинів - переливання внутрішньовенно альбуміну;

- покращення детоксикаційної функції печінки – гепатопротектори, антиоксиданти (*есенціале, глутаргін, ліпоева кислота*);

- корекція порушень водно-електролітного дисбалансу;
- цито-мак (цитохроми).

IV. *Синдромна терапія* направлена на усунення органних порушень, найчастіше цей принцип реалізується при розвитку ендотоксичного шоку, гострої ниркової недостатності, колапсу.

Лікування ГНН:

- нормалізація гемодинаміки (утримувати АТ не нижче 60 мм рт.ст.) – *дофамін* 1-4 мг/хв.;
- нормалізація лужної рівноваги;
- осмотичні діуретики (*манніт* 0,25-0,5 г/кг) + *еуфілін* довенно;
- обмеження поступлення рідини із урахуванням всіх добових витрат + 800 мл/добу;
- для зменшення розпаду білків – значні кількості вуглеводів – 30-40 мл 40% *глюкози* + *інсулін* (1 ОД/3-4 г), мед, сорбіт;
- *кальцію хлорид* – при гіперкаліємії;
- при гіпертензії *дибазол*, бета-блокатори під контролем АТ;
- корекція гіпопротеїнемії (альбумін, протеїн, *аміносол*, *моріамін*);
- вітаміни – *аскорбінова кислота*, *вітамін В₆*;
- при гіперкаліємії вище 6 ммоль/л, сечовини – 24 ммоль/л, креатинину вище 8,0 ммоль/л та гіпергідратації, зростанні ацидозу – показаний гемодіаліз.

ПОБУТОВІ ОТРУЄННЯ.

Отруєння алкоголем та його сурогатами. Останні роки характеризуються зростанням числа людей, що зловживають алкоголем, приймають наркотики й інші токсичні речовини. Варіанти невідкладної допомоги при цих станах охоплюють як безпосередньо інтоксикацію алкоголем, так і можливі комбіновані отруєння (з психотропними препаратами), на тлі абстинентного синдрому (синдром відміни алкоголю), важких психозів або їх поєднання. Тому в лікуванні цих станів поєднуються зусилля реаніматолога, нарколога, терапевта.

Патогенез: токсичний вплив алкоголю охоплює порушення обміну нейромедіаторів та катехоламінів в ЦНС, гіпоксію мозку, водно-електролітний та кислотно-лужний дисбаланс, гіповітамінози, ускладнення з боку серцево-судинної системи; вони можуть проявлятися на тлі алкогольного делірію (маячні). Гостра інтоксикація алкоголем найчастіше призводить до порушень детоксикаційної функції печінки, що вкрай небезпечно та утруднює можливості фармакотерапії й потребує інтенсивної терапії.

Клінічні симптоми залежать від кількості вжитого алкоголю, попереднього характеру хронічного алкоголізму. Спостерігається зміна симптомів – від початкових порушень поведінки (збудження, порушення мови, агресивності) до сонливості на тлі гіперемії обличчя, склер, пітливості, тахікардії, аритмій серця, тахіпноє, АТ зростає до 170/110 – 200/120 мм рт.ст., появляється блювання, біль в животі, тремор, ністагм; погіршення стану супроводжується гіповолемією, ціанозом, ацидозом, судомами, сопором та розвитком коми.

Лікування.

1. Видалення отрути – обов'язково промити шлунок на догоспітальному етапі, якщо прийом алкоголю був менше ніж за 3 год до погіршення стану і викликати блювання (з урахуванням швидкого всмоктування), додати 20-30 г *активованого вугілля*, 15-20 г *ентеродезу* (але пам'ятати, що наступна фармакотерапія призначається лише через 2-3 год після них – із-за можливості адсорбції ліків сорбентами).

2. Стимуляція природних шляхів детоксикації:

- досягається інтенсивною терапією 5% розчином *глюкози* та ізотонічного *натрію хлориду* в обсязі 40-50 мл/кг під контролем ЦВТ, до 2-3 л/добу;
- форсований діурез *фуросемідом* 20-40 мг/добу або *манітолом* 10-12 мл 20% розчину;
- корекція електролітних втрат – 1% розчин *хлориду калію* (не більше 2-3 мекв/кг за 24 год); за першу годину можна ввести не більше 20 мекв=150 мл 1% розчину; 20-30 мл 25% розчину *магnezії сульфату* та 10% *кальцію хлориду* (за індивідуальними параметрами);
- високомолекулярні розчини (*реополіглюкін*, *реомакродекс*) - обмежені при наявності тромбо-

цитопенії та анурії, серцевої недостатності;

- вітамінотерапія B_6 – 5% -3,0 мл, B_1 – 2,5% - 4,0, B_{12} – 500 мкг, C – 5% - 5-10 мл; унітіол 5% до 20 мл/добу;

- для боротьби з гіпоксією мозку вводять *пірацетам* (20% до 20-30 мл), *оксибутират натрію* (20% 10-30 мл);

- нейролептики (*аміназин*) призначають лише при психозах, збудженні, тому що існує загроза медикаментозного колапсу;

- при отруєнні на тлі хронічного алкогольного токсичного гепатиту призначають гепатопротектори (*ліпоєву кислоту, есенціале, глутаргін, тіотриазолін*).

3. Інтракорпоральна детоксикація – перитонеальний діаліз та ентеросорбція, вони переважно використовуються при змішаних отрутах (з оплатними наркотиками, наркотичними анальгетиками, барбітуратами).

4. При комі від алкогольного отруєння вводять антидот – *налоксон* до 0,4 мг (довенно, дом'язово або підшкірно), при відсутності ефекту через 2-3 хвилини дозу повторюють (бемегрид протипоказаний в комі!!!)

5. Екстракорпоральні методи детоксикації – гемодіаліз, гемосорбція, плазмаферез показані при важкому отруєнні (кома)

Отруєння метиловим спиртом (метанолом) настають в наслідок помилкового вживання замість етанолу, летальна доза становить 10-100 мл. Метанол утворює токсичні метаболіти в організмі (формальдегід, мурашина кислота). Вони викликають ураження ЦНС, порушують мітохондральне дихання сітківки ока аж до розвитку сліпоти.

Клінічні прояви: при прийомі дози 5 мл - головний біль, нудота, болі в шлунку, при збільшенні дози – інтенсивність болю наростає, блювання, далі 6-10 год можливий „світлий проміжок” з наступними порушеннями зору, задишкою, головокружінням, запамороченням; у важких випадках – кома, порушення дихання, гіпотонія, ціаноз, ацидоз, ураження серцево-судинної системи.

Особливості лікування:

- промивання шлунку;
- антидотом є *етиловий спирт* 30% - по 10 мл, далі по 50 мл кожні 2 год, у наступну добу – 100 мл 2-3 рази;
- форсований діурез, ранній гемодіаліз;
- корекція ацидозу, вітамінотерапія;
- для корекції зору *глюкоза* 40% до 200 мл краплинно + *інсулін* до 20 ОД., *преднізолон* до 5 мг ретробульбарно.

Отруєння кислотами характерне токсичними ефектами, пов'язаними з місцевою дією (опіки), та резорбцією отрути і загальною токсичністю. Летальні дози при отруєнні азотною кислотою – 12 мл, сірчаною – 3-5 мл, оцтовою есенцією – 25 мл, хлористоводневою кислотою – 20 мл.

Клінічні симптоми: спостерігаються опіки слизових оболонок від порожнини рота до шлунка, колір шкіри навколо губ від азотної кислоти – жовтий, оцтової – білий, сірчаної та хлористоводневої – темний до чорного. Опіки викликають дуже сильні болі, блювання з кров'ю; найгірший варіант – больовий шок, спазм та набряк голосової щілини, асфіксія. Оцтова кислота викликає гемоліз еритроцитів, сприяє розвитку ГНН, ацидозу, токсичному гепатиту з жовтяницею, шлункові кровотечі, можлива перфорація шлунку.

Особливості лікування:

- промивання шлунку проводять дуже обережно (перфорація!), зонд покривають вазеліном, під прикриттям *промедолу* (20 мг), *димедролу* (10 мг) та 0,5 мг *атропіну сульфату*. Соду внутрішньо НЕ призначають – утворення CO_2 посилює подразнення, кровотечу та викликає розширення шлунку;
- довенно 4% розчин *натрію бікарбонату* вводять обов'язково, до лужної реакції сечі;
- при значному рівні гемолізу заміне переливання крові, для профілактики ГНН – *еуфілін, но-шта, глюкоза* довенно;

- гепарин для запобігання важкої коагулопатії – від 5000 ОД/добу до 40000 ОД, протягом 4-5 днів, в залежності від важкості стану;
- інфузійна терапія, переливання плазми крові;
- місцеве лікування опіків (анальгетики, антисептики, ГКС до 90-120 мг, спазмолітики, альмагель);
- антибіотики місцево (промивання порожнини рота) та всередину;
- при порушеннях ковтання парентеральне або ентеральне харчування, дієта (стіл 1а та 1б за Певзнером);
- при загрозі асфіксії – трахеотомія;
- надалі спостереження в ЛОР-відділеннях для профілактики стенозів та рубців стравоходу.

Отруєння лугами. Опіки при цих отруєннях більш небезпечні, ніж від кислот, тому що луги викликають загибель білків тканин, некрози; кров на поверхні опіку утворює бурі плями (перехід гемоглобіну в гематин). Клінічні прояви подібні до отруєння кислотами.

Особливості лікування:

- див. „отруєння кислотами”, відмінності в можливості промивати поверхню опіків слабкими розчинами кислот, НЕ призначають соду внутрішньо!

МЕДИКАМЕНТОЗНІ ОТРУЄННЯ

Ця група отруєнь виникає частіше у дітей, у дорослих при помилках лікування лікарем або фармацевтом, при спробах самогубства або в кримінальному світі. Серед ліків, як чинників отруєнь, переважають ті, що знаходяться в домашніх аптечках: жарознижуючі, анальгетичні, психотропні, седативні та гіпотензивні засоби.

Отруєння барбітуратами стається найчастіше внаслідок випадкових помилок, рідше – суїцидів. Важкість залежить від тривалості дії препаратів. Барбітурати тривалої дії – до 8-12 год – включають барбітал (веронал), барбітал-натрію (мединал), фенобарбітал 5 (люмінал), барбітурати середньої дії – 6-8 год – барбаміл (амітал-натрію), нембутал 5 – 5 год. Існують комбіновані препарати, що включають барбітурати.

Небезпечні симптоми отруєння пов'язані із високою швидкістю всмоктування (коли способи виведення отрути можуть бути неефективними).

Швидко всмоктуються (за 15-20 хв) барбаміл та амітал-натрію, тому кома може наступати дуже швидко. Менш ліпофільні фенобарбітал, барбітал всмоктуються за 1-1,5 год. Вони проникають через ГЕБ, накопичуються в паренхіматозних органах. У дітей при гіпотонії, за рахунок дефіциту білка крові, переважає вільна фракція препарату, і важкість отруєння збільшується. Препарати тривалої дії екскретуються з сечею за 48 год, але зберігаються їх сліди до 12 днів. Препарати середньої тривалості дії екскретуються до 3-4 днів, хоча і метаболізуються в печінці цитохромом P₄₅₀. Поступлення барбітуратів з молоком матері може бути причиною отруєння дитини.

Патогенез: барбітурати пригнічують міжнейрональну передачу імпульсів в нервовій системі, переважно в ЦНС. Вищі дози пригнічують й інші структури мозку, в тому числі дихальний центр та судини. У комі пригнічуються рефлексії, тонус м'язів, розвивається колапс та ГНН, гіпотермія або гіпертермія. Летальна доза барбітуратів – 0,1 г/кг.

Клінічні прояви: розрізняють 4 стадії – засинання, поверхневої коми, глибокої коми, посткоматозного періоду. У 1-ій стадії на тлі глибокого сну функції дихання та серцево-судинної системи збережені, вона може тривати до доби, відмічаються слабкість, порушення мови, гіперсалівація, звуження зіниць. У 2-ій стадії свідомість відсутня, рефлексії знижені, є ригідність м'язів потилиці, брадипное, тахікардія, бронхорея, тривалість до 2 діб. У глибокій комі арефлексія, ціаноз, патологічне дихання, колапс, гіпотермія, олігурія, тривалість 3-5 днів. У посткоматозній стадії можливі депресії, психози, порушення координації, зору (диплопія). У крові лейкоцитоз з нейтрофіліозом, на ЕКГ ознаки гіпоксії міокарду.

Лікування:

- госпіталізація в реанімаційне відділення;
- якщо після отруєння пройшло більше 6 год – промивання шлунку не проводять, але вміст

- шлунка видаляють;
- форсований діурез обов'язково, ранній гемодіаліз;
- *натрію гідрокарбонат* довенно;
- при ларингоспазмі - трахеотомія, інтубація, видалення слизу із трахеї;
- якщо кома більше 48 год, показана ШВЛ із-за накопичення CO₂;
- інфузійна терапія, при колапсі – ГКС довенно;
- *бемегрид* 0,5% розчин (дітям 0,15-0,2 мл/кг) кожні 0,5-1 год повільно, довенно, до появи свідомості, до 5-7 разів на добу, при глибокій комі не показано;
- профілактика ускладнень антибіотиками.

Отруєння транквілізаторами та седативними препаратами. Ці препарати знижують активність мозку щодо емоційних реакцій, викликають розслаблення скелетних м'язів, володіють протисудомною, антифобною активністю, тому використовуються при порушеннях сну, неврозах, збудженні, епілепсії, порушеннях психіки. Вони малотоксичні, але достатньо часто використання викликає отруєння дітей та дорослих, летальність залежить від дози.

Патогенез: спостерігається значне зниження тону м'язів (порушення координації рухів), судоми, психомоторне збудження, галюцинації). Збільшуються гальмівні процеси в ЦНС (зменшення інтересу, дезорієнтація, зменшення чутливості до болю, стресу). Отруєння викликають токсичні дози, що у 100 разів більше терапевтичних.

Клінічні прояви отруєння еленіумом, сибазоном, нозепамом, феназепамом тощо, схожі з отруєнням барбітуратами. Пригнічення дихання менш типове, ніж барбітуратами. Можливий набряк легень, пневмонія, лейкопенія, анемія.

Лікування: див. Отруєння барбітуратами.

Отруєння антигістамінними препаратами. Широке використання їх при алергічних реакціях або профілактичний прийом на тлі антибіотиків (що протипоказано, за даними доказової медицини) призводить до передозування та отруєння, іноді їх використовують з метою самогубства. Завдяки високій ліпофільності, ці препарати розподіляються в тканини переважно паренхіматозних органів. Після всмоктування (через 3-4 год) високі концентрації їх утримуються в крові протягом 18-24 год. Екскретуються повільно, переважно з жовчю в незміненому вигляді, та як і метаболіти. Їм притаманна вибіркова дія на структури ЦНС та вегетативну нервову систему, центральна та периферична М-холінолітична та гангліоблокуюча дії. Токсична доза димедролу, дипразину для дітей – 100-150 мг, летальна доза у дітей до 2-х років – 2-5 таблеток.

Клінічні прояви: при легкому ступені – сухість у роті, спрага, головокружіння, шум в вухах, збудження, порушення мови, тремор, але можливі ступор, дезорієнтація, судоми, порушення серцево-судинної системи. У важких випадках – кома, колапс, порушення дихання.

Особливості лікування:

- специфічного антидоту немає, виконуються всі принципи лікування отруєнь, можливо в якості фізіологічного антидоту – 0,1% розчин *фізостігміну* підшкірно або довенно по 4 мг кожні 3-4 години (при комі);

- протипоказані аналептичні препарати (коразол, кордіамін, етимізол, бемегрид, сульфокамфокаїн, не бажано антагоністи – адреналін, атропін);

- гемодіаліз, заміне переливання крові, при показах – ШВЛ;

симптоматична терапія – жарознижуючі, вітаміни, профілактика набряку мозку.

Отруєння наркотичними анальгетиками. Сьогодні наркоманія стає дуже серйозною проблемою, оскільки відсутні ефективні методи боротьби і лікування, а ввезення наркотиків збільшується. Певний контингент наркоманів виникає за рахунок людей, яким наркотик був призначений цілеспрямовано, оскільки навіть однократне введення може привести хворого до фізичної залежності. Основними представниками є морфін (токсична доза - більше 0,1 г, смертельна доза - 0,2г), кодеїн (смертельна доза - 0,8 г), героїн (смертельна доза - 0,06 г).

Клінічна картина отруєння. Гостре отруєння наркотичними анальгетиками може статися унаслідок їх парентерального вживання чи всмоктування із слизових оболонок носа в токсичних дозах.

Ознаками отруєння є сонливість, гіперемія шкіри, пітливість, запаморочення, шум у вухах. Симптоми важкого отруєння: втрата свідомості, коматозний стан, міоз, чим відрізняється від отруєнь снодійними засобами, (в стані агонії буває мідріаз), рідке, поверхневе, неправильне дихання, ціаноз, пульс слабкий; інколи можна бачити посіпування м'язів, є спазми в животі, набряк легенів. При отруєнні кодеїном можуть бути розлади дихання, аж до паралічу при збереженій свідомості. Токсичність наркотичних анальгетиків підвищується при поєднанні їх з інгібіторами монооксидази або ЛСД-25.

Лікування. При прийомі отрути всередину необхідно провести промивання шлунка 0,1% розчином *перманганату калію* або 0,2% розчином *таніну* і дати сольове проносне. Промивання шлунку також показано при парентеральному введенні отрути, оскільки наркотичні речовини частково виділяються слизовою оболонкою шлунку. Як антидот застосовують *налорфін*, що є специфічним антагоністом морфіну й інших наркотичних анальгетиків. Налорфін застосовують під шкіру, внутрішньом'язово і внутрішньовенно. Останній спосіб введення найбільш ефективний. Дорослим вводять 1-2 мл 0,5% розчину.

При важкому отруєнні рекомендується форсований діурез і перитонеальний діаліз. Крім того, вводять *атропін* (1мл 0,1% розчину), щоб усунути вагусні ефекти на бронхи (бронхоспазм), і спазмолітики для запобігання розриву сечового міхура. При пригніченні дихання проводять штучне дихання з киснем, застосовують серцево-судинні засоби, аналептики, *глюкозу* внутрішньовенно. Необхідно зігріти хворих, оскільки отруєння наркотичними анальгетиками супроводяться різким зниженням температури. Якщо хворий в свідомості, йому дають міцний чай, каву.

При хронічному отруєнні морфіном провідним моментом є боротьба з синдромом абстиненції. Абстинетний синдром виявляється через декілька годин - спочатку це сльозотеча, потім виявляються болі в епігастральній ділянці, тремор, виникає страх, тривожність, занепокоєння. Відбувається активація адренергічних процесів: підвищення АТ, почастищення дихання, болі в литкових м'язах. Це «катехоламінова буря», тому використовуються для лікування бета-адреноблокатори, нейролептики, центральні М-холінолітики. Застосовують препарати, сприяючі детоксикації організму - рекомендований курс *неогемодезу*, *натрію сульфату*, *вітамін С*.

БІОЛОГІЧНІ ОТРУЄННЯ.

Отруєння рослинами.

Апетитні й красиві ягоди і плоди дуже часто стають причиною отруєнь, найчастіше у дітей. Можливі отруєння в результаті самолікування, коли п'ють приготовані настоянки і відвари з трав, придбаних на ринку. Інколи нещастя приносять і неотруйні рослини, якщо вони заражені отруйними грибками. Причиною отруєнь стають зерно або картопля, що перезимували в полі, оскільки унаслідок неправильного зберігання змінюється їх хімічний склад.

Токсичними складовими рослинних отрут є різні складні органічні сполуки: алкалоїди глікозидів, а також деякі ефірні масла й органічні кислоти. На процеси утворення і накопичення в рослинах токсичних з'єднань впливають і місцеві екологічні умови, зокрема клімат, ґрунт. Відомо, що токсичність красавки (беладонни) в гірських районах Криму і Кавказу в кілька разів вища, ніж в Росії. А така рослина, як гірчак, найтоксичніша в середній смузі.

При отруєнні отрутами деяких рослин на перший план виступають ураження нервової системи. Спостерігається рухове збудження, людина надмірно жестикулює, інколи виникають судоми; хворий скаржиться на шкірний свербіж. Зіниці помітно розширені, шкіра суха і гаряча, ковтання порушене, пульс і дихання прискорені. Так буває при отруєнні *красавкою*, *дурманом*, *блекотою*, *полином*, *вехом*, *аконитом*.

Якщо ж отруєння викликане *маком*, *хвощем*, *омегом плямистим*, *пикульником*, переважають ознаки пригнічення діяльності центральних відділів нервової системи: сонливість, обмеженість рухів, зниження шкірної чутливості, нерідко втрата свідомості. Пульс і дихання стають рідшими, шкіра - вологою і холодною. При важких отруєннях збудження центральної нервової системи є лише першою стадією дії отрути, за якою слідує, інколи дуже швидко, сильне пригнічення, аж до паралічів. Порушується діяльність внутрішніх органів, в першу чергу серця і легенів, що може привести до загибелі потерпілого.

Багато отруйних рослин впливають на слизову оболонку травного тракту і викликають різкий біль в животі, нудоту, блювання, пронос. Розвиваються слабкість, задишка, пригнічення серцевої діяльності із-за швидкого обезводнення організму. Такі симптоми виникають при отруєнні рослинами, що містять сапоніни: *молочасм, пророслою картоплею, жостером, пасльоном, а також гірчицею і багатьма іншими*.

Отруйні рослини, що містять глікозиди, пригнічують переважно серце. Це *наперстянка, конвалія, горицвіт*, які століттями служать як ліки. Лікувальні дози настоянок цих трав збуджують серцевий м'яз і регулюють частоту серцевих скорочень. Токсичні дози перезбуджують діяльність серця, виводять його з-під контролю центральної нервової системи. Потерпілий відчуває сильне серцебиття, відчуття «завмирання» серця у зв'язку з порушеннями ритму його роботи; у нього блідне обличчя, інколи буває непритомність. Отруєння *настоянкою чемериці* відрізняється особливим сповільненням серцебиття, інколи до 20—30 ударів в хвилину. Це може мати тяжкі наслідки, аж до загибелі людини із-за зупинки серця.

Ряд отруйних рослин, у тому числі *хрестовник, геліотроп, гірчак рожевий*, впливають головним чином на печінку. Алкалоїди, що містяться в них, обумовлюють втрату апетиту, нудоту, пронос, жовтяничне фарбування білків очей і шкіри, свербіж, біль в правому підбер'ї. Спостерігається також порушення психічної діяльності—мовне збудження, що змінюється сонливістю.

Однією з найбільш небезпечних рослин є *віх отруйний (цикута)*, що на вигляд нагадує петрушку. При отруєнні розвивається біль в шлунку, запаморочення, блювання, затруднене дихання. Смерть може настати в найближчих 1-2 години.

Листя *болиголову* також нагадує листя петрушки. Отруєння супроводиться судомою, паралічем, слабкістю, що швидко розвивається.

Дуже важкі отруєння викликає *чорна блекота*, всі частини якої отруйні. Дітей в рослині цікавлять коробочки з насінням, що нагадують макові зернятка. Через 10-15 хвилин після вживання насіння з'являються характерні симптоми отруєння: зіниці розширюються і не реагують на світло, наростає збудження, починаються галюцинації. Саме цей стан послужив приводом для того, що існує в побуті фраза "блекоти наївся".

Отруйною вважається *беладонна*, ягоди якої нагадують дрібні вишні, солодкуваті на смак. Симптоми отруєння беладонною є сильне збудження, марення, сплутана свідомість, які з'являються буквально через декілька хвилин після вживання ягід.

Отруєння можуть викликати і оранжево-червоні плоди *конвалії*, ягоди *бузини, жостеру*.

З метою запобігання отруєння отруйними рослинами не можна використовувати в їжу коріння і листя незнайомих рослин. Потрібно учить дітей відрізняти їстівні рослини від отруйних. Слід пам'ятати, що отруєння дикорослими рослинами значно легше попередити, ніж лікувати.

Лікування. При появі ознак отруєння потрібно негайно звернутися до лікаря. Перше, що можна зробити на місці - промити шлунок! Незалежно від вигляду рослинної отрути і часу, що пройшов з моменту, коли людина отруїлася, необхідно відразу ж випити 2—4 склянки води (краще підсоленої—половина чайної ложки на склянку води) і викликати блювання, натискаючи пальцем на корінь язика. Цю процедуру повторюють 5—6 разів, після чого дають потерпілому з'їсти 80—100 г чорних сухарів або прийняти всередину 3—4 таблетки *карболону (активованого вугілля)*. Потім рекомендується послаблююче—*натрію сульфат*: 30—50 г на півсклянки води.

З ураженої шкіри отруту обережно змивають проточною водою і накладають суху стерильну пов'язку.

У всіх випадках слід викликати машину швидкої допомоги, а до її прибуття укласти потерпілого, на голову положити рушник, змочений холодною водою. Якщо людина непритомна, слід покласти його так, щоб голова була нижче за тулуб і ноги; обережно піднести до його носа ватку, змочену *нашати́рним спиртом*. При зупинці дихання і серцевої діяльності почати штучне дихання за способом «з рота в рот» або «з рота в ніс» і закритий (непрямий) масаж серця.

Профілактика гострих отруєнь рослинними отрутами полягає в неухильному виконанні наступного — не збирати і не готувати страви з невідомих рослин; не їсти картоплю, зернові, гречку,

горох, якщо вони зимували в полі; не готувати настоянки і відвари з лікарських трав, куплених на ринку; не збільшувати на власний розсуд дози призначених лікарем настоянок і відварів; не довіряти дітям збирати рослини без контролю дорослих.

Отруєння грибами залежить від характеру вегетації грибів, тому має чітко виражений сезонний характер, як правило, з травня по жовтень, інколи, в теплі роки, в листопаді. Важливий чинник, який впливає на частоту випадків отруєнь, – погодні умови в конкретному регіоні, від них залежить кількість виростаючих грибів. Сприятливими для вегетації грибів погодними умовами вважаються дощові дні, які незабаром змінюються на теплі. Такі періоди обумовлюють збільшення збору грибів і їх споживання, природно, зростає і число отруєнь.

Щоб уникнути отруєння грибами, необхідно добре розрізняти їстівні і неїстівні, не збирати ті, які невідомі, а також перезрілі або червиві гриби. Отруйні *бліда поганка, мухомор, строчки, деякі представники підпеньок, шампінйонів, сиріжіжок, корбанів*.

Одна *бліда поганка* містить дозу отрути, смертельну для дорослої людини! Вона відноситься до пластинчастих грибів і за зовнішнім виглядом її помилково приймають за шампінйон або сиріжіжку. Отрута стійка до нагрівання, не руйнується під впливом кисню повітря і під дією травних ферментів. Вона пригнічує в основному клітини печінки. Захворювання починається гостро через 6-48 год після вживання отруйного гриба. Виникають різкий біль в животі, безперервне блювання, сильний пронос. Стілець рідкий, водянистий, до 20—25 раз на добу, інколи нагадує рисовий відвар. З'являються спрага, затримка сечовиділення, сильна слабкість, запаморочення, блідість шкірних покривів, інколи підвищується температура. Хворий стає млявим, сонливим або, навпаки, неспокійним, збудженим. Можуть виникнути м'язові посіпування, судоми. Свідомість, як правило, збережена. В кінці першої доби з'являються біль в правому підребер'ї, жовтяничність слизових і шкіри, розвивається печінкова недостатність, яка може привести до смертельного результату.

Мухомори на вигляд і за яскравим забарвленням різко відрізняються від їстівних грибів. Тому отруєння спостерігаються в основному у маленьких дітей, які з допитливості пробують ці гриби на смак. Отрута мухомора діє на нервову систему. Через 30 хв — 3 год після того, як гриб попав в шлунок, у людини з'являються сильна слинотеча, потовиділення, нудота, блювання, пронос. Зіниці звужуються, спостерігається задишка із-за скупчення слизу в бронхах. Для важких випадків характерні запаморочення, збудження, що нагадує сп'яніння, а також сплутана свідомість, марення, судоми.

Деякі пластинчасті гриби (*підпеньки, окремі види сиріжіжок, вовнянки, чорні грузді і ін.*) містять пекучі й гіркі на смак речовини, що мають подразнюючу дію на слизову оболонку органів шлунково-кишкового тракту. Ці гриби відносять до групи умовно їстівних, оскільки відповідна обробка визволяє їх від отруйних речовин. Такі гриби слід кип'ятити не менше 15 хв, відвар зливати. Можна також вимочувати їх в холодній воді протягом доби, змінюючи воду 3—4 рази. При недотриманні вказаних правил незабаром після того, як людина з'їла свіжоприготовані або солоні гриби, з'являються ознаки отруєння: нудота, блювання, пронос, слабкість, загальне нездужання. Захворювання перебігає, як правило, неважко і продовжується 1—2 дні.

Отруїтися можна й їстівними грибами, якщо вони довго зберігалися необробленими. Такі гриби є живильним середовищем для мікробів, у тому числі і хвороботворних.

Якщо з'явилися ознаки отруєння, треба терміново прийняти *невідкладні заходи*. Промити потерпілому шлунок, для чого дати йому випити відразу півлітри водопровідної води кімнатної температури або розчину питної соди (чайна ложка соди на півлітри води), або розчину марганцевокислого калію блідо-рожевого кольору; потім викликати блювання, натиснувши на корінь язика держакком ложки, промивання повторити два-три рази. До води для останнього промивання додати *активоване вугілля*. Кількість активованого вугілля має бути достатньою – не менше 0,5-1 г/кг маси тіла (40-60 г для дорослої людини). Якщо діарея відсутня, до активованого вугілля можна додати послаблюючий засіб (найбільш простий і доступний засіб – *сорбіт* – 1-2 г/кг маси тіла в добу в 2-3 прийоми залежно від ефекту).

Якщо пацієнта турбує багатократне блювання, не слід призначати протиблювотні засоби, оскільки блювання – важливий захисний механізм, який сприяє деконтамінації. З цієї ж причини не

рекомендується усувати діарею медикаментозними препаратами.

Якщо після промивання шлунка ознаки отруєння зберігаються, треба звернутися до лікаря. У тих випадках, коли у хворого різка слабкість, безперервне блювання, сплутана свідомість, треба негайно викликати «швидку допомогу». До її приїзду покласти потерпілого на бік, щоб під час блювання шлунковий вміст не затікав в дихальні шляхи. Порожнину рота треба очистити бинтом, намотаним на держак ложки. До приїзду «швидкої допомоги» не залишати хворого самого.

У стаціонарі для полегшення стану хворого призначають спазмолітики (*папаверин, но-шпа, платифілін*), проводять інфузійну терапію, віддаючи перевагу збалансованим сольовим розчинам (*дисоль, трисоль, лактасоль* та інші). Можна застосовувати і звичайний *фізіологічний розчин*. Для нормалізації водно-електролітного балансу призначають перорально препарат *регідрон*.

При підозрінні на отруєння блідою поганкою застосовують антидоти до аманитинів. До засобів антидотної терапії відносяться два препарати – *бензилпеніцилін і силібінін*. *Бензилпеніцилін* використовують до трьох діб з моменту споживання грибів в дозі 500 тис. – 1 млн ОД /кг маси тіла в добу в 6 прийомів. Речовина препарату, що зв'язується з аманитинами, утворює стійкі комплекси і тим самим утруднює проникнення токсинів в гепатоцити. *Силібінін* входить до складу багатьох препаратів гепатопротекторного дії і призначається в дозі 30 мг/кг маси тіла в добу протягом 10-12 днів після початку захворювання.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ УКУСАХ ЗМІЙ І КОМАХ.

На території нашої країни зустрічаються десять видів **отруйних змій**. Найнебезпечніші укуси *кобри середньоазіатської, гюрзи і ефи*. Інші види змій менш небезпечні, після їх укусів трагічні результати бувають рідше, але часом розвиваються важкі ускладнення. В областях із спекотним кліматом змії ведуть, зазвичай, сутінковий образ життя, а вдень ховаються від прямих променів сонця в ущелинах скель, норах гризунів, покинутих глиняних спорудах. Звичайна гадюка, що перебуває в середній смузі та в північних областях України, активна вдень, особливо в улюблених нею тінистих лісах з високими травами, чагарником. Найчастіше змії кусають під час збирання ягід, грибів, хмизу, косовиці. В південних та південно-східних районах країни змії нерідко представляють небезпеку для туристів. Можливі укуси змій і під час ночівель біля вогнища, куди вони іноді підповзають на світло і тепло.

Біля основи зубів отруйної змії містяться вивідні протоки залоз, що виробляють отруту. На місці укусу виникають різкий пекучий біль, набряк, гематоми. Після попадання отрути до крові людини у потерпілого з'являються слабкість, сонливість, блювання, судоми. Якщо своєчасно не допомогти, може настати смерть від паралічу дихання.

При укусі змії треба негайно видалити отруту з рани. Дуже небезпечно відсмоктувати отруту ротом, оскільки незначні подряпини чи хворі зуби можуть стати вхідними воротами для отрути. Для видалення отрути з рани застосовують крововідсмоктуючу банку. Після цього рану змазують йодом. Якщо уражена кінцівка, то її іммобілізують, як при переломі. Потерпілого укладають в горизонтальне положення. Термінова госпіталізація до лікувальної установи для введення протизміїної сироватки. Транспортування на носилках в положенні лежачи. Рекомендоване вживання великої кількості рідини з детоксикаційною метою.

У жодному випадку не можна накладати джгут. По-перше, це не перешкоджає проникненню отрути у вищерозміщені тканини. По-друге, джгут, особливо при укусі гюрзи, гадюки, перетискаючи судини, сприяє ще більшому порушенню обміну речовин в тканинах ураженої кінцівки. Посилюється омертвіння і розпад тканин. Це загрожує найтяжчими ускладненнями.

При укусах **отруйних комарів** — *скорпіонів, фаланг, тарантулів* — також розвиваються ознаки загального отруєння (біль голови, нудота, блювання). Проте їх укуси менш небезпечні для життя, ніж укуси отруйних змій. Надаючи *першу допомогу* в цьому випадку, потрібно змазати місце укусу *йодом* і накласти примочки з розчину *перманганату калію* чи *10% розчину нашатирного спирту*.

Коли ужалили перетинчастокрилі — *бджола, оса, шершень*, їх отрута викликає в людини виражену місцеву реакцію. Шкіра червоніє, з'являється припухлість, відчуються сильна болючість,

печіння, свербіж. Зазвичай, всі ці явища швидко проходять. Коли на людину напали десятки бджіл, виникає загальна токсична реакція, свого роду отруєння організму: з'являються запаморочення, біль голови, нудота, слабкість, можливе блювання, частішає серцебиття, на поверхні шкіри утворюються дрібні пухирі, що супроводжуються сильним свербіжем. В окремих випадках можливі біль в суглобах, виділення з носа, затруднене дихання, можливі напади ядухи, непритомність. Іноді підвищується температура тіла.

Якщо вжалила бджола, оса чи шершень, насамперед слід обережно видалити пінцетом чи голкою (як видаляють занозу) жало комахи та на це місце покласти чистий бинт, змочений холодною водою. Примочки потрібно часто міняти.

ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Поняття про гострі отруєння.
2. Загальні принципи надання невідкладної допомоги при гострих отруєннях.
3. Антidotна терапія.
4. Симптоматична терапія при гострих отруєннях.
5. Побутові отруєння: отруєння алкоголем і сурогатами алкоголю, кислотами і лугами. Симптоматика. Невідкладна допомога.
6. Медичні отруєння: медикаментами (барбітуратами, антигістамінними засобами, серцевими глікозидами, бензодіазепінами, наркотичними анальгетиками), випадки самолікування, в результаті помилки медичного персоналу чи фармацевта. Їх профілактика. Невідкладна допомога.

САМОСТІЙНА РОБОТИ

Завдання №1 Які основні симптоми ураження кислотою?

А. Напади кашлю. В. Блювота "кавовою гущею". С. Ларингоспазм. Д. Кров'яниста сеча. Е. Судоми.

Завдання №2. Які основні симптоми при ураженні лужиною, яку прийнято всередину?

А. Набряк слизової оболонки рота. В. Болі за грудниною. С. Блювота на 3-тю добу. Д. Кров'яниста сеча. Е. Напади кашлю.

Завдання №3. Які основні заходи при ураженні очей лужиною?

А. Промити проточною водою очі. В. Закапати очі розчином тетрацину кальція. С. Негайно звернутися до лікарні. Д. Промити очі слабким розчином оцту. Е. Закапати очі розчином атропіну.

Завдання №4. Які основні заходи при ураженні лужиною, яку прийняли внутрішньо?

А. Дати випити значну кількість води або слабого розчину оцту. В. Негайно стимулювати блювоту. С. У разі некрозу слизової рота – промивання шлунку через зонд. Д. Дати випити розчин прокаїну або новокаїну. Е. Дати випити розведеного лимонного соку.

Завдання №5. Які основні заходи при ураженні кислотою?

А. Дати випити значну кількість води або молока. В. Дати випити воду, яка містить гідрокарбонати. С. Стимулювати блювоту. Д. При значних болях у шлунку дати випити чайну ложку розчину прокаїну. Е. Дати антацидні ЛЗ.

1. Вирішення ситуаційних задач.

Задача №1. Відомо, що хворий тривалий час приймає снодійні ЛЗ. Хворий в глибокому сні. Дихання пригнічене, артеріальний тиск прогресивно знижується (АТ 90/50 мм рт ст), тахікардія, пульс слабого наповнення, температура тіла знижена, ослабленість колінного рефлексу, анурія. Якою групою лікарських речовин найбільш вірогідно відбулося отруєння ?

А. Аналептики. В. Транквілізатори. С. Снодійні (барбітурати). Д. Нейролептики. Е. Наркотичні анальгетики.

Задача №2. Літній хворий тривалий час приймає снодійні ЛЗ. Хворий в глибокому сні. Дихання пригнічене, артеріальний тиск прогресивно знижується (АТ 90/50 мм рт ст), тахікардія, пульс слабого наповнення, температура тіла знижена, ослабленість колінного рефлексу, анурія. Які основні напрямки невідкладної допомоги?

- А. Промивання шлунку, щоб запобігти подальшого всмоктування ЛЗ.
- В. Форсований діурез для швидкого виведення ЛЗ.

С. Внутрішньовенне введення мезатону, норадреналіну, реополіглюкіну для підтримки артеріального тиску.

Д. негайно розпочати дихання киснем для профілактики дихальної недостатності.

Е. Введення аналептиків для збудження нервової системи.

Задача №3. Відомо, що група підлітків вживала якісь речовини. У одного з них розвинувся коматозний стан. Зіниці звужені, гіперемія шкіри, зниження температури тіла, тонус м'язів підвищений, періодично - судоми, дихання поверхневе, іноді патологічне дихання, брадикардія до 50 уд/хв, АТ 80/50 мм рт ст. Який ЛЗ найбільш імовірно став приводом тяжкого стану?

А. Морфін. В. Промедол. С. Фентаніл. Д. Омнопон. Е. Коразол.

Задача №4. У одного з підлітків, який вживав якісь лікарські засоби розвинувся коматозний стан. Зіниці звужені, гіперемія шкіри, зниження температури тіла, тонус м'язів підвищений, періодично - судоми, дихання поверхневе, іноді патологічне дихання, брадикардія до 50 уд/хв, АТ 80/50 мм рт ст. Які основні напрямки надання невідкладної допомоги?

А. Промивання шлунку, введення налорфіну.

В. Промивання шлунку, введення глюкози з аскорбіновою кислотою.

С. Промивання шлунку, введення гідрокортизону.

Д. Промивання шлунку, введення гексеналу.

Е. Промивання шлунку, введення тіопентал-натрія.

Задача №5. У хворого є гіперсаливація, профузний піт, нудота, блювота, болі в животі, пронос. Встановлено спазм акомодатції та міоз. Падіння артеріального тиску аж до колапсу. Утруднення дихання внаслідок спазму бронхів і посилення секреції бронхіальних залоз, ціаноз, судоми. ЛЗ якої групи найбільш імовірно став причиною отруєння?

А. Гангліоблокатор. В. М-холінолітик. С. Наркотичний анальгетик. Д. Нейролептик. Е. Антидепресант.

Задача №6. У хворого є гіперсаливація, профузний піт, нудота, блювота, болі в животі, пронос. Спазм акомодатції, міоз. Падіння артеріального тиску аж до колапсу. Утруднення дихання внаслідок спазму бронхів і посилення секреції бронхіальних залоз, ціаноз, судоми. Яка лікарська допомога потрібна хворому?

А. Промивання шлунку 1% розчином таніну, введення прозерину.

В. Промивання шлунку слабкими содовим розчином, введення налорфіну.

С. Промивання шлунку слабким розчином перманганата калія, введення мезатону.

Д. Промивання шлунку великою кількістю води, введення бензогексонія.

Е. Промивання шлунку холодною водою, введення гідрокортизона.

Задача №7. У хворій, яка приймала зі слів дочки якісь ліки проти депресії, й могла випити велику кількість ЛЗ, стан тяжкий, хвора збуджена, скаржиться на головний біль, запаморочення, була блювота. АТ 90/70 мм рт.ст.. У хворої поступово пригнічується дихання. Який з засобів найбільш імовірно став причиною отруєння?

А. Аналептик. В. Транквілізатор. С. Психостимулятор. Д. Нейролептики. Е. Антидепресант

Задача №8. У хворій, яка приймала антидепресанти, розвинувся тяжкий стан, хвора збуджена, скаржиться на головний біль, запаморочення, була блювота. АТ 90/70 мм рт.ст.. У хворої поступово пригнічується дихання. Які невідкладні дії у даному випадку?

А. Штучна вентиляція легенів, промивання шлунку, введення реополіглюкіну, селективних бета-адреноблокаторів.

В. Штучна вентиляція легенів, форсований діурез, введення адреналіну.

С. Штучна вентиляція легенів, ентеросорбція, введення серцевих глікозидів.

Д. Штучна вентиляція легенів, гемосорбція, введення аналептиків.

Е. Штучна вентиляція легенів, введення вітамінів групи В.

Задача №9. Хворий з симптомами отруєння: опік слизових оболонок ротової порожнини. Різкі болі в епігастральній ділянці, блювота з кров'ю, іноді понос. Больовий шок. Спазм і набряк гортані. Набряк легень. Явища ацидозу. Гемоліз. Кількість сечі значно зменшено, гематурія. Якою групою хімічних речовин відбулося отруєння?

А.Припекаюча рідина. В.Неорганічна кислота. С.Їдка лужина.

Д.Сурогат алкоголю. Е.Окис вуглецю.

Задача №10. У хворого опік слизових оболонок ротової порожнини. Різкі болі в епігастральній ділянці, блювота з кров'ю, іноді понос. Больовий шок. Спазм і набряк гортані. Набряк легень. Явища ацидозу. Гемоліз. Кількість сечі значно зменшено, гематурія.

Який напрямок невідкладної терапії?

- А. Виведення отруйної рідини з шлунку та боротьба з ацидозом.
- В. Виведення отруйної рідини з шлунку та захист печінки.
- С. Виведення отруйної речовини з шлунку та протишокова терапія.
- Д. Виведення отруйної речовини з шлунку та знеболююча терапія.
- Е. Виведення отруйної речовини з шлунку та гемостатична терапія.

ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Види отруєнь
2. Загальні принципи невідкладної терапії при гострих отруєннях
3. Роль провізора в профілактиці медичних отруєнь.

Зауваження викладача _____

Тестові завдання для підсумкового модульного контролю

1. Мікроорганізм *Helicobacter Pylori* є головним етіологічним чинником:
Хронічного гастриту типу А
Неспецифічного виразкового коліту
♦Хронічного гастриту типу В
Хронічного пієлонефриту
Бронхіальної астми
2. Анафілактичний шок може розвинути у попередньо сенсibiliзованих осіб при:
♦Повторному введенні лікарського засобу будь-яким шляхом і в будь-якій дозі
Повторному введенні малої дози лікарського засобу перорально
Повторному введенні великої дози лікарського засобу перорально
Повторному введенні малої дози лікарського засобу парентерально
Повторному введенні великої дози лікарського засобу парентерально
3. набряк Квінке може загрожувати життю через:
♦набряк гортані
набряк серцевого м'язу
Ниркову недостатність
Печінкову недостатність
Бронхоспазм
4. Хворого протягом тривалого часу турбують болі в епігастральній ділянці, які виникають через 1,5-2 год. після їжі, а нерідко – й уночі; стан погіршується навесні та восени. Така клінічна картина характерна для:
♦Виразкової хвороби дванадцятипалої кишки
Виразкової хвороби шлунку
Хронічного гастриту
Хронічного холециститу
Хронічного панкреатиту
5. Оптимальна тактика попередження пошкоджуючого впливу нестероїдних протизапальних засобів на слизову ШКТ при тривалому застосуванні полягає в:
♦Одночасному застосуванні мізопростолу
Їх комбінації з антацидами
Їх комбінації з антисекреторними ЛЗ
Застосуванні переривчастих курсів лікування
Періодичній зміні препаратів
6. Хворому 30 років у районній поліклініці з приводу виразкової хвороби був призначений циметидин по 0,2 x 4 р/д. Через місяць звернувся зі скаргами на ниючі болі та припухлості в ділянках грудних залоз. Що Ви запропонуєте?
♦Відмінити циметидин і, при потребі, призначити інший ЛЗ
Додати препарат із групи НПЗЗ
Додати препарат із групи глюкокортикоїдів
Провести роз'яснювальну бесіду
7. Не потрібно жодної корекції схеми лікування з метою попередження розвитку кишкового дисбактеріозу внаслідок антибіотикотерапії доцільно призначити:
♦Протигрибкові препарати одночасно з антибіотиком, опісля – живі культури “корисних” бактерій
Протигрибкові препарати одночасно з антибіотиком
Живі культури “корисних” бактерій одночасно з антибіотиком
Живі культури “корисних” бактерій після антибіотикотерапії
Відповідну дієту
8. Невідкладна терапія анафілактичного шоку передбачає застосування таких груп ЛЗ:
♦Антигістамінні, глюкокортикоїди, адреналін
Антигістамінні, адреноблокатори
Антигістамінні, негормональні імунодепресанти
Стабілізатори мембран тучних клітин, глюкокортикоїди
Гангліоблокатори, антигістамінні
9. Пеніциліноутворюючі стафілококи не пригнічують антибактеріальну активність перелічених антибіотиків, крім:
♦Амоксициліну
Гентаміцину
Лінкоміцину
Ріфампіцину
Рокситроміцину
10. Антибіотикотерапія не показана при таких вірусних інфекціях, крім:
♦Орнітозу
Цитомегаловірусної інфекції
Герпесу I типу
Вірусного гепатиту
Інфекційного мононуклеозу
11. Необхідність застосування комбінованої антибактеріальної терапії виникає в усіх випадках, крім:
♦Гострої стрептококової інфекції
Рецидивуючого тяжкого перебігу інфекційного захворювання
Наявності поєднаної патологічної мікрофлори
Відсутності позитивного лікувального ефекту від адекватної монотерапії
Наявності декількох запальних процесів із різною локалізацією
12. Хвора 62 років, страждає на гіпертонічну хворобу II ст. (нефротичну форму), хронічний бронхіт та виразкову хворобу 12-палої кишки. Об'єктивно: тони серця ритмічні, над аортою акцент II тону, пульс 102 уд/хв, АТ 190/110 мм рт.ст. В легенях вислуховуються сухі хрипи, язик сухий, обкладений білим налетом. Живіт

- м'який, болючий в епігастральній ділянці. Які гіпотонічні препарати слід призначити в даному випадку?
- ◆Блокатори кальцієвих каналів
 - Бета-адреноблокатори
 - Альфа-адреноблокатори
 - Центральні симпатолітики
 - Інгібітори АПФ
13. У хворого 32 років діагностовано двобічну інтерстиціальну пневмонію, яка викликана легеневою мікоплазмою. Які антибактеріальні засоби слід включити у схему лікування?
- ◆Тетрацикліни
 - Пеніциліни
 - Цефалоспорини
 - Аміноглікозиди
 - Сульфаніламід
14. Хвора 52 років, страждає на ІХС, стабільну стенокардію, що розвинулася на фоні цукрового діабету II типу середньої важкості. Що рекомендовано призначити з метою переривання приступів стенокардії, якщо від нітроглицерину виникає нестерпний біль голови
- ◆Корватон (молсидомін)
 - Ізосорбід 5-мононітрат
 - Анаприлін
 - Апресин
15. У хворій 57 років, що хворіє на гіпертонічну хворобу II ст, діагностовано ІХС, стабільну стенокардію спокою. Які гіпотензивні засоби не бажано призначати в цьому випадку
- ◆Резерпін
 - Ізосорбиду динітрат
 - Верапамілу гідрохлорид
 - Верошпірон
 - Атенолол
16. Які Ви знаєте основні фармакологічні ефекти серцевих глікозидів?
- ◆Все перелічене
 - Позитивна інотропна дія
 - Від'ємна дромотропна дія
 - Від'ємна хронотропна дія
 - Позитивна батмотропна дія
17. У чому полягає механізм дії серцевих глікозидів?
- ◆Пригнічують натрієво-калієву помпу міокардіоцитів, що призводить до пригнічення виведення іонів кальцію, збільшення якого активує актин-тропонін-тропоміозиновий комплекс, і як наслідок стимулює взаємодію ниток актину і міозину
 - Активізація гуанілатциклази
 - Стабілізація мембранного потенціалу
 - Підвищення тону артерійолів
 - Стимуляція альфа-адренорецепторів
18. Які з наведених засобів можуть ослаблювати терапевтичну дію препаратів заліза?
- ◆Левоміцетин
 - Алкоголь
 - Аскорбінова кислота
 - Глюкоза
 - Метіонін
19. Які з наведених анемій викликані зниженою продукцією еритроцитів?
- ◆Залізодефіцитна анемія
 - Постгеморагічна анемія
 - Спадкові гемолітичні анемії
 - Набуті гемолітичні анемії
 - Мікроангіопатична гемолітична анемія
20. Якими чинниками зумовлені мегалобластні анемії?
- ◆Недостатністю фолієвої кислоти і вітаміну В12
 - Інфільтрацією кісткового мозку (мієлофітозом)
 - Хронічною нирковою недостатністю
 - Алкоголізмом
 - Гіпотиреозом
21. При яких захворюваннях протипоказані блокатори гістамінових H1-рецепторів із холінолітичним ефектом?
- ◆Аденоми передміхурової залози, глаукоми
 - Муковісцидозі
 - Пієлонефриті
 - Пневмонії
 - Цукровому діабеті
22. Які препарати слід застосовувати для попередження рідких приступів бронхоспазму будь-якого генезу:
- ◆Інгаляції бета-адреностимуляторів короткої дії
 - Антигістамінні препарати
 - Глюкокортикоїди
 - Стабілізатори мембран тучних клітин
 - Гангліоблокатори
23. У хворій Д., 24 роки на фоні ангіни розвинувся гострий отит. Який з наведених препаратів протипоказаний?
- ◆Гентаміцин
 - Еритроміцин
 - Ампіцилін
 - Цефалексин
 - Левоміцетин
24. У хворого Н., 52 роки, розвинувся набряковий синдром на фоні гострої ниркової недостатності. Який з наведених діуретиків слід застосувати в даному випадку?
- ◆Фуросемід
 - Гіпотіазид
 - Новурит
 - Трімтерен
 - Спіронолактон
25. Хвора Н., 18 років, хворіє на цукровий діабет протягом 7 років. Яка цукрознижувальна терапія показана цій хворій?

- ◆Інсулінотерапія
 - Манініл (глібенкламід)
 - Сіофор (метформін)
 - Глюренорм (гліквідон)
 - Діабетон (гліклазид)
26. Хвора К., 17 років, хворіє на ендемічний зуб, функція щитовидної залози не порушена. Яка терапія показана в даному випадку?
- ◆Антиструмін
 - Тиреоїдин
 - L-тироксин
 - ТиреокOMB
 - Мерказоліл
27. У хворої Г., 54 років на фоні ревматоїдного артрити розвинулась виразка 12-палої кишки. Який нестероїдний протизапальний препарат рекомендовано призначити для лікування основного захворювання?
- ◆Німесулід
 - Диклофенак натрію
 - Аспірин
 - Сургам
 - Індометацин
28. Хворий Р., 65 років, хворіє на інсулінонезалежний цукровий діабет, звернувся з приводу подагри. Який з наведених препаратів проти-показаний даному хворому?
- ◆Полькортолон
 - Аспірин
 - Напроксен
 - Ібупрофен
 - Бутадіон
29. Назвіть основну причину розвитку ендемічного зоба?
- ◆Йодна недостатність
 - Інфекція
 - Радіаційне опромінення
 - Стресовий фактор
 - Спадковість
30. Яке з перерахованих захворювань не відноситься до колагенозів?
- ◆Бронхіальна астма
 - Ревматоїдний поліартрит
 - Системний червоний вовчак
 - Системна склеродермія
 - Дерматоміозит
31. При приєме отхаркивающих препаратів следует рекомендовать больному
- ◆увеличить потребление жидкости
 - увеличить потребление поваренной соли
 - увеличить потребление растительной пищи
 - увеличить потребление белковой пищи
 - увеличить потребление витаминов
32. После применения ингаляционных глюкокортикоидов рекомендуется тщательное полоскание горла с целью профилактики
- ◆кандидоза ротовой полости
 - обострения гастрита
 - рефлекторного бронхоспазма
 - повышения АД
 - аллергической реакции
33. Среди препаратов из группы стабилизаторов клеточных мембран способностью блокировать H-1 гистаминорецепторы обладает
- ◆кетотифен
 - натрия кромогликат
 - интал
 - тайлед
 - недокромил натрия
34. При передозировке отхаркивающих препаратов рефлекторного действия возможно возникновение у больного
- ◆рвоты
 - диареи
 - насморка
 - кожной сыпи
 - осиплости голоса
35. Во время приема аминогликозидов и в течение 2 недель после их последнего введения нельзя назначать
- ◆индометацин
 - парацетамол
 - нитроглицерин
 - папаверин
 - препараты железа
36. Назовите препарат выбора для лечения атипичной пневмонии
- ◆ровамицин
 - ампициллин
 - цефоперазон
 - гентамицин
 - оксациллин
37. При низкой биодоступности препарата предпочтителен путь введения
- ◆инъекционный
 - пероральный
 - ингаляционный
 - ректальный
 - трансдермальный
38. Биотрансформация большинства лекарственных препаратов происходит в
- ◆печени
 - почках
 - стенке кишечника
 - легких
 - стенке желудка
39. Самым частым осложнением при приеме нестероидных противовоспалительных средств является
- ◆повреждение слизистой ЖКТ
 - повреждение печени
 - нарушение кроветворения
 - повышение АД
 - угнетение ЦНС

40. Ингаляционные препараты глюкокортикоидов для лечения бронхиальной астмы должны
- ◆ минимально всасываться в системный кровоток
 - хорошо всасываться в системный кровоток
 - всасываться в системный кровоток через 1 час
 - всасываться в системный кровоток через 10 мин
 - всасываться в системный кровоток в любом количестве
41. Ринит у маленьких детей, сопровождающийся односторонними слизисто-гнойными выделениями из носа, позволяет заподозрить
- ◆ инородное тело в носовом ходе
 - вирусный ринит
 - аллергический ринит
 - синусит (воспаление придаточных пазух носа)
 - аденоиды (разрастание носоглоточной миндалины)
42. При повышении температуры у ребенка 2-х лет препаратом выбора является
- ◆ "Панадол" (парацетамол)
 - Новандол" (аспирин)
 - "Метиндол" (индометацин)
 - "Анальгин" (метамизол)
 - "Солпафлекс" (ибупрофен)
43. Диуретический эффект "петлевых" диуретиков снижается при их совместном назначении с
- ◆ нестероидными противовоспалительными средствами
 - нитратами
 - миотропными спазмолитиками
 - ингибиторами АПФ
 - сердечными гликозидами
44. У больного язвенной болезнью после месяца комплексного медикаментозного лечения развились признаки гинекомастии. Данное явление может быть вызвано приемом
- ◆ циметидина
 - маалокса
 - омепразола
 - де-нола
 - гастроцепина
45. Из группы нестероидных препаратов противовоспалительного действия при беременности разрешено применение
- ◆ парацетамола
 - аспирина
 - индометацина
 - анальгина
 - ибупрофена
46. Признаки гипофосфатемии (слабость, недомогание, нарушение мышления, снижение аппетита) могут вызывать антацидные препараты, содержащие
- ◆ алюминия гидроокись
 - магния окись
 - натрия гидрокарбонат
 - кальция карбонат
 - висмута нитрат основной
47. Для симптоматического лечения запоров у беременных противопоказаны
- ◆ растительные слабительные, содержащие антрагликозиды (сеннаде, глассена)
 - ферментные препараты
 - препараты, содержащие лактулозу (дуфулак)
 - препараты, содержащие натрия пикосульфат (гутталакс)
 - препараты, содержащие семя подорожника (мукофальк)
48. При совместном применении нестероидных противовоспалительных средств и алкоголя возрастает риск и степень выраженности
- ◆ ulcerогенного действия
 - нефротоксического действия
 - бронхоспазма
 - аллергической реакции
 - гипогликемии
49. Синдром бронхоспазма чаще всего встречается:
- ◆ при бронхиальной астме
 - при пневмонии
 - при остром бронхите
 - при сухом плеврите
 - при бронхоэктатической болезни
50. Циркуляторно-гипоксический синдром встречается
- ◆ при всех видах анемии
 - при железодефицитной анемии
 - при мегалобластной анемии
 - при гемолитической анемии
 - при гипопластической анемии
51. Глоссит, атрофический гастрит, извращение вкуса, ломкость волос и ногтей характерны для:
- ◆ железодефицитной анемии
 - мегалобластной анемии
 - гемолитической анемии
 - гипопластической анемии
 - всех видов анемии
52. Тошнота, рвота, горечь во рту, нарушение аппетита характерные признаки синдрома:
- ◆ диспепсии
 - холестаза
 - портальной гипертензии
 - нарушения внешней секреции поджелудочной железы
 - цитолита
53. Характерным признаком нефротического синдрома при заболеваниях является
- Характерным признаком нефротического синдрома при заболеваниях почек является
 - ◆ развитие отеков

- повышение АД
гипохромная анемия
дизурия (нарушение мочеотделения)
выраженные боли в пояснице
54. Головная боль в затылочной области, сопровождающаяся головокружением, мельканием "мушек" перед глазами позволяет заподозрить, что причина боли
♦повышение АД
вирусная инфекция
воспалительный процесс головного мозга
мигрень
опухоль мозга
55. Больного, страдающего в течение 20 лет гипертонической болезнью при клиническом обследовании выявлены одышка, сердцебиения, цианоз, хрипы в легких. Эти симптомы свидетельствуют
♦о развитии сердечной недостаточности
о развитии гипертонического криза
о развитии инфаркта миокарда
о развитии сопутствующей пневмонии
о развитии нарушений ритма сердца
56. Какое лекарственное средство с нитратоподобным эффектом необходимо рекомендовать больному ИБС при развитии толерантности к пролонгированным нитратам?
♦Сиднофарм
Нифедипин
Верапамил
Метапролол
Празозин
57. Больной страдает ИБС и артериальной гипертензией. Какая из нижеприведенных групп лекарств является наиболее оптимальной в данной ситуации?
♦Бета-адреноблокаторы
Альфа-адреноблокаторы
Нитраты
Диуретики
Миотропные спазмолитики
58. Согласно данным хронофармакологии можно достичь повышения гипоchoлестеринемического эффекта статинов назначением их в следующее время суток:
♦Вечер
Рассвет
Утро
Обед
Ночь
59. Какие из нижеприведенных групп лекарственных средств вызывают «синдром обкрадывания»:
♦Миотропные спазмолитики
Нитраты
Антикоагулянты
Бета-адреноблокаторы
- Диуретики
60. При каких состояниях противопоказаны дигидропиридиновые антагонисты кальция?
♦Тахикардия
Артериальная гипертензия
Брадикардия
Бронхоспазм
Гипергликемия
61. Какой из перечисленных антигипертензивных препаратов не следует рекомендовать для лечения больного артериальной гипертензией, страдающего подагрическим артритом.
♦Дихлотиазид
Пропранолол
Триампур
Верапамил
Амлодипин
62. При лечении эналаприлом возможны следующие побочные эффекты:
♦Кашель
Слюнотечение
Гипокалиемия
Запоры
Отеки голеней
63. Учитывая ведущую роль в патогенезе эссенциальной гипертензии повышение активности системы ренин-ангиотензин, наиболее адекватным комбинированным препаратом является:
♦Ко-ренитек
Адельфан
Адельфан-эзидрекс
Кристепин
Трирезид К
64. При артериальной гипертензии прием лозартана противопоказан при следующих состояниях:
♦Беременность
Гипергликемия
Мочекислый диатез
Гиперлипидемия
Гипокалиемия
65. Из нижеприведенных выберите препарат, обладающий наиболее выраженным антисекреторным эффектом:
♦Омепразол
Гастроцепин
Маалокс
Сукральфат
Фамотидин
66. При лечении язвенной болезни препараты, снижающие кислотность желудочного сока, целесообразно назначать:
♦За 15-30 минут до еды
Во время еды
Сразу после еды
Через 1 час после еды

- Независимо от приема пищи каждые три часа
67. При длительном применении не развивается привыкание к следующим слабительным:
 ♦Гутталакс
 Лактулоза
 Фенолфталеин
 Сенаде
 Крушина
68. Какие из указанных групп антибиотиков являются гепатотоксичными:
 ♦Тетрациклины
 Пенициллины
 Цефалоспорины
 Хинолоны
 Макролиды
69. При лечении ревматизма у беременных препаратом выбора является:
 ♦Ибупрофен
 Индометацин
 Аспирин
 Вольтарен
 Напроксен
70. Критериями эффективности медикаментозного лечения диффузного токсического зоба являются все, кроме:
 ♦Уменьшение брадикардии
 Уменьшение тремора рук
 Уменьшение потливости
 Улучшение самочувствия больного
 Снижение содержания Т-3 и Т-4
71. Какой из антибактериальных препаратов может вызвать гемолитическую анемию:
 ♦Налидиксовая кислота (невиграмон)
 Норфлоксацин
 Азитромицин
 Бисептол
 Канамицин 2
72. Какой из перечисленных препаратов способен вызвать апластическую анемию:
 ♦Левомецетин
 Раствор хлорида кальция
 Физиологический раствор
 Гипертонический раствор глюкозы
 Преднизолон
73. Какие препараты можете рекомендовать для лечения гиперхромных анемий:
 ♦Цианокобаламин
 Пиридоксина гидрохлорид
 Метилурацил
 Аскорбиновую кислоту
 Тиамин бромид
74. Наиболее частым осложнением при внутримышечном применении препаратов железа является:
 ♦Инфильтраты
 Гипергликемия
 Тахикардия
- Брадикардия
 Аллергические реакции
75. Какие из нижеперечисленных групп препаратов могут вызывать гиперфункцию щитовидной железы:
 ♦Отхаркивающие препараты, содержащие йодиды
 Седативные препараты, содержащие бромиды
 Тиазидные диуретики
 Антацидные препараты, содержащие алюминий
 Антиагреганты
76. Какое утверждение относительно применения ингаляционных глюкокортикоидов (бекломет) у больных бронхиальной астмы неверно?
 ♦Могут быть использованы для купирования приступа удушья
 Оказывает незначительный системный эффект
 Увеличение суточной дозы до 1500-2000 мкг повышает эффективность лечения.
 Перед применением целесообразна ингаляция симпатомиметиков
 На фоне лечения возможно развитие кандидоза ротоглотки
77. Какой из признаков диабетического кетоацидоза указан ошибочно?
 ♦Олигурия
 Большое шумное дыхание
 Артериальная гипотония
 Сухость кожи
 Тошнота, рвота
78. 72-летнему больному ИБС, распространенным атеросклерозом, стенокардией, гипертонической болезнью 2 стадии назначили амбулаторное лечение. В целом состояние больного улучшилось, но появились боли в икроножных мышцах при ходьбе. Какое лекарство могло способствовать этому?
 ♦Пропранолол
 Нитроглицерин сублингвально
 Каптоприл
 Тазепам
 Нитромазь
79. Какой из перечисленных признаков не относится к ревматоидному полиартриту?
 ♦Поражение крестцово-подвздошного сочленения
 Наличие симметричного артрита
 Утренняя скованность (не менее 1 часа)
 Наличие подкожных узелков
 Околосуставной остеопороз
80. Какое из суждений, характеризующих облитерирующий тромбангиит, неверно?
 ♦Поражаются, главным образом, артерии крупного калибра
 Заболеванию способствует длительное и интенсивное курение

- При ангиографии – поражение симметричное, сегментарное
Поражаются преимущественно мужчины моложе 45 лет
Характерно поражение вен
81. Какое из суждений относительно лечения острого инфаркта миокарда неверно?
♦При развитии левожелудочковой недостаточности показано введение сердечных гликозидов
Назначение бета-адреноблокатора улучшает прогноз
Профилактическое назначение антиагрегантов уменьшает риск тромбоэмболических осложнений
У таких больных показан тромболизис
Введение лидокаина при желудочковых экстрасистолах уменьшает риск мерцания желудочков
82. Какое суждение неверно? Что не следует учитывать при лечении больных бронхиальной астмой эуфиллином?
♦Может вызвать внутрисердечную блокаду
Может вызвать синусовую тахикардию
Может вызвать тошноту, рвоту
Может провоцировать стенокардию
Может участить стенокардию
83. Больная аутоиммунным гепатитом, СОЭ 60 мм/ч. Какое из имеющихся ЛС подходит
♦Преднизолон
Гептрал
Альфа-интерферон
Урсодезоксихолевая кислота
Ничего из перечисленного
84. Больной вирусным гепатитом, в крови HbsAg (Поверхностный антиген вируса гепатита В). Какое из имеющихся ЛС подходит для лечения в данной ситуации?
♦Альфа-интерферон
Гептрал
Преднизолон
Урсодезоксихолевая кислота
Ничего из перечисленного
85. У 25-летней женщины: лихорадка, артралгии, шум трения перикарда, протеинурия; СОЭ 55 мм/ч. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?
♦Системная красная волчанка
Ревматоидный артрит
Системная склеродермия
Дерматомиозит
Хронический активный гепатит
86. У 50-летней женщины: боли в суставах кистей рук, значительная скованность по утрам; СОЭ 24 мм/ч. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?
♦Ревматоидный артрит
- Системная красная волчанка
Системная склеродермия
Дерматомиозит
Хронический активный гепатит
87. У 30-летней женщины: симметричный полиартрит, синдром Рейно, затруднения при глотании твердой пищи; СОЭ 15 мм/ч. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?
♦Системная склеродермия
Системная красная волчанка
Ревматоидный артрит
Дерматомиозит
Хронический активный гепатит
88. Назначение какого препарата нежелательно ввиду возможности прогрессирования эмфиземы и дыхательной недостаточности у больного с обострением ХОБ, эмфиземой легких, дыхательной недостаточностью?
♦Ингаляции трипсина
Антибиотики цефалоспоринового ряда
Ацетилцистеин внутрь
Бромгексин
Ингаляции атрорента
89. Какое лекарственное средство не обладает ulcerогенным действием?
♦Пропранолол
Индометацин
Резерпин
Преднизолон
Ацетилсалициловая кислота
90. У больного ИБС через 6 месяцев лечения развилась толерантность к нитратам пролонгированного действия. Какое ЛС с нитратоподобным эффектом необходимо рекомендовать в этом случае?
♦Сиднофарм
Нифедипин
Празозин
Верапамил
Метопролол
91. Больной страдает ИБС и артериальной гипертензией. Какая из нижеприведенных групп ЛС является наиболее оптимальной в данной ситуации?
♦Бета-адреноблокаторы
Альфа-адреноблокаторы
Нитраты
Диуретики
Миотропные спазмолитики
92. Больному во время приступа стенокардии, который не купировался сублингвальным приемом нитроглицерина, сделали внутривенную инъекцию препарата, после чего у пациента развилась артериальная гипотензия и брадикардия. Какое из перечисленных средств может вызвать указанные нежелательные эф-

- фекты?
 ♦Верапамил
 Дроперидол с фентанилом
 Промедол
 Анальгин с димедролом
 Нитроглицерин
93. При артериальной гипертензии прием ирбесартана противопоказан при следующих состояниях:
 ♦Беременность
 Гипергликемия
 Мочекислый диатез
 Гиперлипидемия
 Гипокалиемия
94. Согласно данным хронофармакологии можно достичь повышения гипоchoлестеринемического эффекта статинов назначением их в следующее время суток:
 ♦Вечер
 Рассвет
 Утро
 Обед
 Ночь
95. Больному поставлен предварительный диагноз: инфаркт миокарда. Характерным признаком данного заболевания является повышение в крови активности:
 ♦Креатинфосфокиназы
 Альфа-амилазы
 Аргиназы
 Каталазы
 Глюкозы
96. Мужчина 60 лет страдает атеросклерозом сосудов. Какое из приведенных ниже соединений играет ведущую роль в патогенезе данного заболевания?
 ♦ЛПНП
 Хиломикроны
 Тканевой фермент липопротеинкиназа ЛПВП
 Комплекс жирных кислот с альбуминами
97. Женщина 48 лет поступила в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС: стенокардия. Приступы возникают 1-2 раза в день. Какой препарат наиболее целесообразно рекомендовать для лечения?
 ♦Кардикет
 Эуфиллин
 Но-шпа
 Папаверин
 Дипиридамол
98. Какие из нижеприведенных групп ЛС вызывают “синдром обкрадывания”:
 ♦Миотропные спазмолитики
 Нитраты
 Антикоагулянты
 бета-адреноблокаторы
- Диуретики
99. При каких состояниях противопоказан нифедипин?
 ♦Тахикардия
 Артериальная гипертензия
 Брадикардия
 Бронхиальная астма
 Гипергликемия
100. Больному ИБС, хроническим обструктивным бронхитом и сахарным диабетом показаны следующие ЛС, кроме:
 ♦Оксипренолол
 Нитросорбид
 Бромгексин
 Коринфар
 Тиклид
101. Наиболее эффективно снижают уровень триглицеридов в плазме крови следующие ЛС:
 ♦Фенофибрат
 Пробукол
 Липостабил
 Эндурацин
 Гуарем
102. Какие из нижеприведенных ЛС применяются при инфаркте миокарда для проведения тромболитической терапии:
 ♦Урокиназа
 Гепарин
 Фенилин
 Тиклид
103. Атерогенными свойствами обладают следующие вещества, кроме:
 ♦ЛПВП
 ЛПОНП
 ЛПНП
 Триглицериды
 Хиломикроны
104. У 50-летнего больного, страдающего избыточным весом, ночью возникла резкая боль и припухлость 1 плюснефалангового сустава, повысилась температура (накануне был на банкете). Для уточнения диагноза врач назначил ряд исследований. Наиболее вероятно, что у больного будет выявлено:
 ♦Повышение содержания мочевой кислоты
 Гемолитическая анемия
 Повышение щелочной фосфатазы
 Наличие ревматоидного фактора
 Повышение уровня калия
105. Назначение пропранолола больному с нестабильной стенокардией противопоказано, если у него имеется:
 ♦Все вышеперечисленное
 Выраженная сердечная недостаточность
 Сахарный диабет
 Хронический обструктивный бронхит
 Перемежающая хромота

106. При отсутствии в аптеке фепранона можно рекомендовать:
- ◆ Дезопимон
 - Букарбан
 - Мерказолил
 - Унитиол
 - Бутаамид
107. Какой из имеющихся антигипертензивных препаратов не следует рекомендовать для начального лечения больного артериальной гипертонией, страдающего подагрическим артритом.
- ◆ Дихлотиазид
 - Пропранолол
 - Триампур
 - Верапамил
 - Амлодипин
108. При лечении эналаприлом возможны следующие побочные эффекты:
- ◆ Кашель
 - Слюнотечение
 - Гипокалиемия
 - Запоры
 - Отеки голеней
109. Учитывая ведущую роль в патогенезе эссенциальной гипертензии повышение активности системы ренин-ангиотензин, наиболее адекватным комбинированным препаратом является:
- ◆ Ко-ренитек
 - Адельфан
 - Адельфан-эзидрекс
 - Кристепин
 - Трирезид К
110. У больного К. 50 лет при приеме препарата финоптин в таблетках в дозе 80 мг 4 раза в день появляется чувство жара; покраснение лица, беспокойство. Как следует оценивать эти явления?
- ◆ Как побочное действие препарата, связанное с его фармакодинамикой и не требующее коррекции
 - Как признаки передозировки препарата и уменьшить дозу
 - Как проявление лекарственной аллергии или индивидуальной непереносимости и назначить антигистаминный препарат
 - Как нежелательное побочное действие, характерное для данного препарата, и немедленно его отменить
 - Как психологическую реакцию больного на прием препарата и провести с больным соответствующую беседу
111. Какой из представленных антигипертензивных препаратов при длительном применении может вызвать явления гипокалиемии?
- ◆ Урегит
- Празозин
Триамтерен
Метопролол
Каптоприл
112. При лечении гипертонической болезни медикаментозную терапию при стабилизации АД можно:
- ◆ Продолжать постоянно
 - Отменить через 1 неделю
 - Отменить через 1 месяц
 - Отменить через 6 месяцев
 - Отменить через 1 год
113. Під час епідемії грипу з метою профілактики захворювання практично здоровій людині доцільно рекомендувати для застосування:
- ◆ Інтерферон лейкоцитарний людський сухий
 - Метилурацил
 - Тималін
 - Левамізол
 - Гістаглобулін сухий
114. Хворий 34 років отримує еуфілін внутрішньовенно у зв'язку з нападом бронхіальної астми. На тлі нападу розвинулась гостра серцева недостатність. Який з нижченазваних препаратів потенційно небезпечний для застосування:
- ◆ Строфантин
 - Преднізолон
 - Фуросемід
 - Сульфокамфокаїн
 - Допамін
115. Комбіноване застосування β -2-агоністів (фенотерол) та холінолітиків (іпратропій бромід) у хворих на бронхіальну астму доцільно:
- ◆ Для посилення бронхолітичного ефекту та подовження його
 - Для профілактики тахіфілаксії
 - Для зниження кардіотоксичності β 2-агоністів
 - Для зменшення біодоступності холінолітиків
 - Для підсилення протиалергічної дії
116. Пацієнт віком 40 років хворіє на бронхіт, гострий перебіг, середнього ступеня тяжкості. Які з нижченазваних препаратів недоцільно застосовувати в лікуванні:
- ◆ Сульгін
 - Офлоксацин
 - Гентаміцину сульфат
 - Цефотаксим
 - Еритроміцин
117. Вагітна жінка захворіла на пневмонію тяжкого перебігу. Який з нижченазваних антибактеріальних препаратів доцільно їй призначити:
- ◆ Цефотаксим
 - Тетрацикліну гідрохлорид
 - Офлоксацин
 - Бісептол
 - Гентаміцину сульфат

118. Хворому з нефротичним синдромом, внаслідок перенесеного гломерулонефриту призначено діазепам в звичайній терапевтичній дозі. Чим можна пояснити симптоми передозування діазепамом, що виникли?
 ♦ Низьким вмістом білків у плазмі крові
 Підвищеною чутливістю тканин ЦНС до діазепаму
 Зменшенням інтенсивності метаболізму у печінці
 Дисбактеріозом, внаслідок лікування антибіотиками
 Підвищеною проникненістю гематоенцефалічного бар'єру.
119. Хворий, що страждає на гіперацидний гастрит і для профілактики загострення приймає H₂ – гістаміноблокатор ранітидин захворів на гостру пневмонію. З метою лікування пневмонії був призначений ампіцилін у звичайній терапевтичній дозі, усередину. Ефективність антибіотикотерапії у перші дні лікування була низькою. Лише на 2-й день після відміни ранітидину основні симптоми пневмонії почали зникати. Яка причина позитивних змін в лікуванні?
 ♦ Зниження рН шлункового соку і підсилення всмоктування ампіциліну
 Підвищення рН шлункового соку і підсилене всмоктування ампіциліну.
 Зменшення руйнування ампіциліну у печінці.
 Зменшення виведення ампіциліну нирками.
 Зменшення надходження ампіциліну до легенів.
120. Хворому з тромбозом глибоких вен гомілки, який отримує непрямі антикоагулянти призначили фенобарбітал. Через тиждень від початку прийому фенобарбіталу основні прояви тромбозу з'явилися знову. У чому причина неефективності лікування непрямыми антикоагулянтами на фоні фенобарбіталу?
 ♦ Підсилене руйнування непрямих антикоагулянтів у печінці внаслідок індукції ферментів.
 Антагонізм з чинниками антизгортаючої системи крові
 Синергізм з чинниками згортаної системи крові.
 Підсилене вивільнення іонів кальцію з тканин і надходження у кров.
 Активація синтезу протромбіну у печінці.
121. Хворий з хронічним бронхітом самолікується протягом 2 тижнів приймав бісептол у дозі більшій ніж звичайна терапевтична. Звернувся до лікаря з проявами гіповітамінозу А. Чим можна пояснити симптоми А –вітамінної недостатності?
 ♦ Одним з проявів дисбактеріозу
 Антагонізмом білептолу з вітаміном А.
- Токсичною дію бісептолу.
 Одним з проявів алергічної реакції на бісептол.
 Прискороною елімінацією вітаміну А.
122. Рішення про доцільність клінічних випробувань нових ліків виноситься на підставі:
 ♦ Ретельного аналізу доклінічних даних
 Заяви авторів лікарського засобу
 Даних про токсичність лікарського засобу
 Визначення параметрів фармакокінетики
 Наказу міністра охорони здоров'я України
123. Глоссит, атрофический гастрит, извращение вкуса, ломкость волос и ногтей характерны для
 ♦ мегалобластной анемии
 гемолитической анемии
 железодефицитной анемии
 гипопластической анемии
 всех видов анемии
124. Які антигіпертензивні лікарські засоби мають протипокази до призначення: порушення атріовентрикулярної провідності, синусова брадикардія, виразкова хвороба шлунку, бронхоспазм?
 ♦ Блокатори адренергічних бета-рецепторів
 Антагоністи кальцію
 Інгібітори ангіотензин – перетворюючого ферменту (АПФ)
 Діуретичні
 Блокатори альфа-рецепторів
125. Який з вказаних нижче лікарських засобів доцільно застосовувати хворим при колапсі і шоку з метою підвищення артеріального тиску?
 ♦ Мезатон
 Корглікон
 Пропранолол
 Добутамін
 Еуфілін
126. Які з вказаних нижче антигіпертензивних препаратів мають калійзберігаючу дію?
 ♦ Триамтерен
 Фуросемід
 Празозін
 Резерпін
 Клофелін
127. При інформуванні лікарів про наявність в аптеці жовчогінних засобів, відмітьте, якому з препаратів властива холекінетична дія?
 ♦ Магнію сульфат
 Дехолін
 Нікодін
 Натрію саліцилат
 Холагол
128. При інформуванні хворого про наявність в аптеці жовчогінних засобів, відмітьте, якому з препаратів властива холеретична дія?

- ◆Холензим
 - Сорбіт
 - Магнію сульфат
 - Холецистокінін
 - Еуфілін
129. Хвора 60 років звернулася зі скаргами на загальну слабкість, спрагу, часте сечовиділення, свербіння шкіри. Виявлено ожиріння, вміст глюкози у крові 10 ммоль/л, у сечі 10%, реакція на ацетон негативна. Які гіпоглікемічні препарати оптимальні у даному випадку?
- ◆Бігуаніди
 - Інсулін короткої дії
 - Інсуліни пролонгованої дії
 - Похідні сульфанілсечовини
130. Який препарат, що являється гормоном гіпофізу, вводять з метою профілактики та лікування маткових гіпотонічних кровотеч?
- ◆Окситоцин
 - Динопрост
 - Туринал
 - Естрон
131. Антикоагулянтна дія гепарину припиняється за допомогою:
- ◆Протаміна сульфату
 - Феніліну
 - Вікасолу
 - Пентоксифіліну
132. Хворий з діагнозом “гострий панкреатит” госпіталізований у стаціонар. Вибір якого препарату є патогенетично обґрунтованим?
- Кислота амінокапронова
 - Актелізе
 - Трентал
 - ◆Контрикал
133. Яка побічна дія найбільш характерна для етакізину?
- ◆АV-блокада
 - Гіпоглікемія
 - Бронхоспазм
 - Гостра затримка сечі
134. Хвора 62 років із зниженою екскреторною функцією підшлункової залози тривалий час приймає панкреатин. В зв’язку з відсутністю препарату в аптеці вона звернулася до провізора з проханням порекомендувати лікарський засіб з подібними властивостями. Яку заміну можна запропонувати хворій?
- ◆Креон
 - Карсил
 - Контрикал
 - Холосас
 - Ацидин-пепсин
135. До лікаря звернулася вагітна (термін 10 тижнів) із гіпертонічною хворобою. Який засіб найбільш безпечний в даній ситуації?
- ◆Метил допа
 - Пропранолол
 - Каптоприл
 - Лозартан
 - Гідралазин
136. Характер ціанозу у хворих з серцево-судинною недостатністю:
- ◆Акроціаноз
 - На обличчі
 - Дифузний
 - На нижніх кінцівках
 - На окремих частинах тіла
137. Виберіть не характерний симптом для гіпертензивного кризу.
- ◆Болюче сечовиділення
 - Нудота
 - Блювання
 - Миготіння мушок перед очима
 - Біль голови
138. В аптеку з метою придбання жарознижувального засобу звернулася молода жінка. Провізор побачив на обличчі почервоніння у вигляді метелика. Про яке захворювання можна думати?
- ◆Системний червоний вовчак
 - Ревматизм
 - Подагру
 - Ревматоїдний артрит
 - Остеопороз
139. Про яке захворювання можна думати, якщо у хворого сеча нагадує колір “м’ясних” помийв?
- ◆Гострий гломерулонефрит
 - Гострий пієлонефрит
 - Уретрит
 - Гепатит
 - Цистит
140. Про яке захворювання можна думати, якщо хворий скаржиться на спрагу та поліурію?
- ◆Цукровий діабет
 - Тиреотоксикоз
 - Мікседему
 - Виразкову хворобу
 - Панкреатит
141. В аптеку звернулася вагітна жінка з лихоманкою. Порекомендуйте найбільш безпечний препарат.
- ◆Парацетамол
 - Диклофенак
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Ібупрофен
 - Індометацин
142. В аптеку звернулася молода жінка з приводу мігрені. Який препарат Ви порекомендуєте для переривання приступу?
- ◆Суматриптан
 - Пірацетам
 - Амітриптілін
 - Фуросемід

- Феназепам
143. У хворого В., 52 років, який хворіє протягом 10 років atopічною бронхіальною астмою розвинувся напад ядухи. З яким переважним ефектом повинні бути призначені хворому препарати?
- ◆Бронходилатуючим
 - Метаболічним
 - Судинорозширюючим
 - Бронхоспастичним
 - Седативним
144. За призначення чергового лікаря хворому 25 років з метою купування нападу стенокардії був введений внутрішньом'язово розчин 50% анальгін 2 мл, після чого у хворого розвинувся анафілактичний шок, в результаті чого хворий помер. Що повинен був зробити лікар для профілактики побічної дії препарату?
- ◆Зібрати лікарський (алергологічний) анамнез
 - Провести огляд хворого
 - Розпитати про супутні захворювання
 - Конкретизувати скарги хворого
 - Виміряти артеріальний тиск
145. Вагітна жінка (III триместр), яка захворіла грипом протягом 3 діб з метою зменшення температури приймала ацетилсаліцилову кислоту по 0,5 двічі на день. Яку побічну дію може спричинити ацетилсаліцилова кислота на плід?
- ◆Тератогенну
 - Порушення білкового обміну
 - Ембріотоксичну
 - Порушення вуглеводного обміну
 - Порушення жирового обміну
146. У хворого з серцевою недостатністю після тривалого прийому дигоксину виникло порушення серцевого ритму. Який препарат доцільно призначити як антидот?
- ◆Унітіол
 - Анаприлін
 - Гідрокарбонат натрію
 - Активоване вугілля
 - Преднізолон
147. Хворому С., з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки для ерадикації хелікобактерної інфекції була призначена комбінована терапія (омепразол, кларитроміцин, метронідазол). Яка побічна дія може виникнути у хворого?
- ◆Дисбактеріоз
 - Кишкова кровотеча
 - Зниження артеріального тиску
 - Бронхоспазм
 - Підвищення секреції соляної кислоти
148. Для лікування артеріальної гіпертензії лікар вважає необхідним призначити хворому препарат з групи блокаторів кальцієвих каналів
- похідне дигідропіридину II покоління. З нижченаведених лікарських засобів оберіть такий препарат.
- ◆Амлодипін
 - Верапаміл
 - Кордарон
 - Ділтiazем
 - Ніфедипін
149. Хворому, 43 років, в гострій фазі інфаркту міокарда було призначено в комплексній терапії гепарин внутрішньовенно по 10000 ОД кожні 4 години. Оберіть серед нижченаведених критерій безпеки його застосування
- ◆Відсутність гематурії
 - Зменшення артеріального тиску
 - Зменшення болю
 - Пригнічення свідомості
 - Зникнення блювоти
150. Хворому П., 34 років для лікування загострення виразкової хвороби шлунку лікар вважає необхідним до складу основної фармакотерапії додати препарат з гастроцитопро-текторними властивостями. Який з нижченаведених лікарських засобів не належить до цього переліку?
- ◆Пірензепін
 - Сукральфат
 - Сайтотек
 - Де-нол
 - Вісмута нітрат основний
151. Хворий Л., 56 років, ВІЛ-інфікований був госпіталізований з приводу генералізованого кандидомікозу. Проконсультуйте лікаря, який з нижченаведених протигрибкових препаратів застосовується для лікування системних мікозів?
- ◆Амфотерицин В
 - Ністатин
 - Леворин
 - Ундецилова кислота
 - Кетоконазол
152. Хворий Р., 35 років, на виразкову хворобу шлунку в період загострення, приймав альмагель, де-нол та фамотидин. Останнім часом з'явилося безсоння, для лікування якого лікар призначив феноборбітал в дозі 0,05 г/добу, але снодійного його ефекту не спостерігалось. Чим можна пояснити цю обставину?
- ◆Фармакокінетична взаємодія альмагелю та фенобарбіталу на етапі всмоктування
 - Фармакодинамічна взаємодія
 - Фармацевтична взаємодія
 - Фармакокінетична взаємодія альмагелю та фенобарбіталу на етапі виведення
 - Фармакокінетична взаємодія альмагелю та фенобарбіталу на етапі біотрансформації

153. Пацієнту з захворюванням шлунково-кишкового тракту лікар прописав жовчогінні препарати та панкреатин – фермент підшлункової залози. Для підвищення ефективності дії лікарських препаратів їх слід приймати:
- ◆Перед прийомом їжі
 - За годину до прийому їжі
 - Під час прийому їжі
 - Після прийому їжі
 - Запиваючи водою
154. Хворий з хронічними гастроентероколітом та гепатохолециститом звернувся до провізора з проханням порекомендувати йому препарат для покращання процесів травлення. Який з названих засобів найбільш ефективний?
- ◆Фестал
 - Пепсин
 - Панкреатин
 - Сік шлунковий натуральний
 - Кислота хлористоводнева
155. Хворому з ознаками атеросклерозу судин було призначено один з гіполіпідемічних засобів, який знижує синтез холестерину за рахунок блокування ферменту 3-гідрокси-3-метилглутарил-КоА редуктази. Вкажіть цей засіб.
- Холестирамін
 - Нікотинова кислота
 - ◆Ловастатин
 - Клофібрат
 - Пробукол
156. Хворому на шизофренію було призначено аміназин. Який з перерахованих фармакодинамічних ефектів є підставою для його призначення даному хворому?
- ◆Антипсихотичний
 - Протиблювотний
 - Гіпотермічний
 - Міорелаксуючий
 - Гіпотензивний
157. Хворий, що лікувався з приводу неврозу сибазоном, звернувся в аптеку з приводу зубного болю. Провізор порекомендував йому знеболювальний засіб сказавши при цьому, що його необхідно вживати у дозі, меншій від звичайної. Яке явище взяв до уваги провізор в даному випадку?
- ◆Потенціювання
 - Сумація
 - Кумуляція
 - Лікарська залежність
 - Толерантність
158. В аптеку звернувся хворий, якому з приводу виразкової хвороби лікар призначив омепразол. Який механізм лежить в основі дії даного препарату?
- ◆Пригнічення активності H⁺,K⁺-АТФ-ази
- Блокада H₂-гістамінових рецепторів
Блокада M₁-холінорецепторів
Блокада H₁-гістамінових рецепторів
Блокада H-холінорецепторів симпатичних гангліїв
159. В аптеку звернувся хворий, якому дерматолог з приводу трихофітії волосистої частини голови призначив протигрибковий антибіотик, який має здатність накопичуватися в клітинах з високим вмістом кератину (шкіра, нігті, волосся). Невдовзі хворий почав скаржитись на головний біль, дезорієнтацію, кропивницю. Який препарат був призначений хворому?
- ◆Гризеофульвін
 - Леворин
 - Амфотерицин В
 - Міконазол
 - Ністатин
160. У хворі з артеріальною гіпертензією розвинувся приступ бронхіальної астми. Не порадившись з лікарем він використав бронхолітичний засіб, введення якого спровокувало гіпертензивну кризу. Який з перерахованих бронхолітичних засобів може спровокувати гіпертензивну кризу?
- ◆Ефедрину гідрохлорид
 - Сальбутамол
 - Еуфілін
 - Беротек
 - Ізадрин
161. Відомо, що в осіб з генетично обумовленою недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів у відповідь на призначення деяких протималарійних препаратів може розвиватися гемоліз еритроцитів. Як називається цей прояв атипових реакцій на лікарські засоби?
- ◆Ідіосинкразія
 - Алергія
 - Сенсибілізація
 - Тахіфілаксія
 - Толерантність
162. Больному, страждаючому атеросклерозом судов головного мозга, был назначен препарат, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов. Назовите этот препарат.
- ◆Циннаризин
 - Кавинтон
 - Пентоксифиллин
 - Пирацетам
 - Ксантинола никотинат
163. Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, был назначен противоязвенный препарат, обладающий способностью одновременно понижать секрецию соляной кислоты и угнетать микроорганизм хеликобактер пилори. Назовите этот препарат.

- ◆Омепразол
 - Гастроцепин
 - Маалокс
 - Фамотидин
 - Альмагель
164. Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки.
- ◆Касторовое масло
 - Вазелиновое масло
 - Оливковое масло
 - Глицерин
 - Подсолнечное масло
165. Ответьте на вопрос врача-интерна: широта терапевтического действия – это диапазон доз:
- ◆От минимальной терапевтической до минимальной токсической
 - От средней терапевтической до минимальной токсической
 - От разовой до курсовой
 - От минимальной терапевтической до максимальной токсической
 - От разовой до суточной
166. При проведении информации среди врачей Вам необходимо подчеркнуть, какие побочные эффекты могут развиваться при применении ганглиоблокаторов:
- ◆Ортостатический коллапс
 - Лекарственная зависимость
 - Кумуляция
 - Судороги
 - Бронхоспазм
167. Для гастрита типа В характерно все, кроме:
- ◆понижения секреторной функции желудка
 - инфицирования *Helicobacter pylori*
 - повышения секреторной функции желудка
 - голодных болей в эпигастрии
 - повышенной раздражительности, утомляемости
168. Для эрадикации *Helicobacter pylori* в комбинированную терапию хронического гастрита целесообразно включить:
- ◆кларитромицин
 - гастроцепин
 - альмагель
 - цефтриаксон
 - фуросемид
169. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:
- ◆повышение уровня креатинина в крови
 - повышение уровня калия в крови
 - повышение артериального давления
 - повышение содержания белка в моче (протеинурия)
 - повышение суточного диуреза выше 3 л
170. К клиническим проявлениям сахарного диабета не относится:
- ◆снижение объема выделяемой мочи (олигурии)
 - повышение объема выделяемой мочи (полиурии)
 - зуд кожи
 - повышение аппетита
 - фурункулез
171. К клиническим проявлениям тиреотоксикоза не относится:
- ◆увеличение массы тела
 - снижение массы тела
 - повышенная раздражительность
 - экзофтальм (пучеглазие)
 - тахикардия
172. Для ангионевротического отека Квинке не характерен следующий симптом:
- ◆полиурия
 - отек губ
 - отек гортани
 - кожный зуд
 - эозинофилия
173. Проконсультируйте врача-терапевта, какой механизм бронхолитического действия характерен для сальбутамола?
- ◆Возбуждение β_2 -адренорецепторов
 - Угнетение липоксигеназы
 - Блокада лейкотриеновых рецепторов
 - Угнетение фосфодиэстеразы
 - Блокада М-холинорецепторов
174. Дайте коллеге совет по выбору рациональной комбинации лекарственных препаратов при артериальной гипертензии:
- ◆Дихлотиазид + калия хлорид
 - Фуросемид + калия оротат
 - Дигоксин + кальция хлорид
 - Верошпирон + аспаркам
 - Панангин + калия хлорид
175. Який із наведених препаратів повинен входити в якості антидоту до аптечки невідкладної допомоги на підприємствах, де можливі гострі отруєння сполуками миш'яку, ртуті, хрому, вісмуту?
- ◆Унітіол
 - Адреналін
 - Атропін
 - Морфін
 - Дроперидол
176. До Вас в аптеку звернулася жінка з дитиною 3 років, яка випила 6 таблеток димедролу. Через 30 хв. після цього у неї виникли задишка, утруднене ковтання, хрипота, розширення зіниць, гіпертермія. Який із препаратів слід застосувати з метою невідкладної допомоги?
- ◆Прозерин
 - Адреналін
 - Атропін
 - Морфін

- Дроперидол
177. До Вас до аптеки звернувся хворий з приводу того, що після роботи на складі хімічних речовин із хлорофосом, з'явилися утруднене дихання, стискання в грудях, блювота, болі в животі, часте сечовипускання. Який препарат невідкладної допомоги слід застосувати?
- ◆Адреналін
 - Атропін
 - Димедрол
 - Унітіол
 - Дротаверин
178. У хворої після прийому 6 таблеток фенобарбіталу з'явилася виражена сонливість, знижений м'язовий тонус, гіперсаливація, гіпотензія та гіпотермія, зіниці помірно звужені. Який препарат слід застосувати в рамках невідкладної допомоги?
- ◆Бемегрид
 - Тіамін
 - Адреналін
 - Кальцію хлорид
 - Еуфілін
179. У хворого хронічний гастрит типу А зі зниженою секреторною функцією, перніціозна анемія. Який з препаратів показаний хворому?
- ◆Ціанокобаламін
 - Адреналін
 - Дифенгідрамін (димедрол)
 - Вікалін
 - Дротаверин (но-шпа)
180. Хвору 53 років після фізичного навантаження почав турбувати біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку. Який препарат слід призначити для переривання больового приступу?
- ◆Нітрогліцерин
 - Ізосорбід 5-мононітрат
 - Ніфедипін
 - Метопролол
 - Дилтіазем
181. У хворого С., 64 років, який страждає на ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертонічну хворобу II ст, розвинувся астено-депресивний синдром. Який із призначених йому антигіпертензивних засобів міг цьому сприяти?
- ◆Клонідин
 - Фуроземід
 - Спіронолактон
 - Окспролол
 - Усі вказані засоби
182. У хворої Т. 42 років після гіпертонічного кризу розвинулася лівошлуночкова недостатність у вигляді набряку легень. Який препарат і яким чином слід призначити негайно?
- ◆Фуроземід внутрішньовенно
 - Пропранолол внутрішньовенно
 - Фуроземід внутрішньом'язово
 - Верапаміл внутрішньовенно
 - Манітол внутрішньовенно
183. У хворої з гіпертонічною хворобою II ст. після тривалого приймання пропранололу, ніфедипіну та дихлотіазиду з'явилися судомні в м'язах нижніх кінцівок, порушення серцевого ритму. Яким препаратом міг бути спричинений цей стан?
- ◆Дихлотіазидом
 - Пропранололом
 - Дихлотіазидом і пропранололом
 - Пропранололом і ніфедипіном
 - Не пов'язаний з прийманням цих ліків
184. До Вас в аптеку звернувся хворий на виразкову хворобу шлунку з помірними клінічними проявами. З анамнезу відомо, що в нього виявлено *Helicobacter pylori*. Яка група ЛЗ має бути основою лікування?
- ◆Антимікробні ЛЗ
 - Антациди
 - Антисекреторні ЛЗ
 - Коректори моторної функції
 - Седативні ЛЗ
185. Пацієнт скаржиться на помірні болі в животі, які виникли раптово після фізичного навантаження, нудоту, блювоту "кавовою гущею", запаморочення, різку слабкість. Не обстежувався, не лікувався. Хворий блідий, покритий холодним липким потом. Що могло стати причиною описаного стану?
- ◆Шлунково-кишкова кровотеча
 - Гострий інфаркт міокарда
 - Гострий пієлонефрит
 - Гострий холецистит
 - Пневмонія
186. В аптеку звернувся хворий з рецептами на омепразол 20 мг х 1 раз/д, кларитроміцин 0,5 х 2 рази/д. Така схема терапії, найімовірніше, була призначена з приводу:
- Хронічного гепатиту
 - Хронічного гастриту типу А
 - ◆Хронічного гастриту типу В
 - Хронічного панкреатиту
 - Хронічного холециститу
187. До Вас звернулася хвора на хронічний панкреатит з вираженими проявами недостатності зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози. Який з наведених ЛЗ найдоцільніше призначити в даному випадку?
- ◆Панкреатин
 - Дротаверин (но-шпа)
 - Де-нол
 - Омепразол
 - Ацидин-пепсин

188. Хворий на бронхіальну астму під час приступу ядухи застосовує рекомендований провізором препарат “Беротек”. Після десятої інгаляції протягом першої доби виникли тахікардія і болі в ділянці серця з іррадіацією в ліву лопатку. З чим можуть бути пов’язані зазначені явища?
 ♦Недостатньою селективністю препарату на фоні передозування
 Недостатньою селективністю ЛЗ
 Передозуванням
 Психогенними чинниками
 Бронхоспазмом
189. Хворому в ділянці хірургічного розтину тканин ввели 0,25% розчин новокаїну. Зненацька пацієнт покритися червоними плямами, виникли інтенсивне потовиділення, тахікардія, набряк слизової носа, бронхоспазм. Яка причина цього ускладнення?
 ♦Алергічна реакція негайного типу
 Алергічна реакція сповільненого типу
 Місцевоподразнююча дія
 Тахіфілаксія
 Синдром відміни
190. В результаті необережного поводження біля пасіки дитину вжалило декілька бджіл у різні ділянки тіла та обличчя. Який із препаратів має бути застосований на етапі першої допомоги?
 ♦Кларисин
 Атропін
 Парацетамол
 Амоксицилін
 Фуросемід
191. Хвора, яка отримує поліхіміотерапію в рамках комбінованого лікування раку грудної залози, скаржиться на нудоту та блювоту. Водночас є всі підстави для продовження протипухлинного лікування. Запропонуйте оптимальний шлях корекції даного ускладнення.
 ♦Алергічна реакція негайного типу
 Знизити дози хіміопрепаратів
 Відмінити один із хіміопрепаратів
 Додати ефективний протиблювотний засіб
 Тимчасово припинити хіміотерапію
 Обмежитись роз’ясненням
192. У хворого 52 років внаслідок загострення хронічного гломерулонефриту розвинулась гостра ниркова недостатність. Якому з наведених діуретиків треба віддати перевагу?
 ♦Фуросемід
 Тріматерен
 Дихлотиазид
 Спіронолактон
 Амilorид
193. Хворий Г., 24 років, страждає на цукровий діабет 1 типу протягом 8 років. На ґрунті діабетичної нефропатії розвинулася симптоматична артеріальна гіпертензія. Який з наведених препаратів показаний для тривалої терапії:
 ♦Еналаприл
 Пропранолол
 Клофелін
 Дібазол
 Дихлотиазид
194. Хвора М., 33 роки, хворіє на ревматоїдний поліартрит, в анамнезі виразкова хвороба 12-палої кишки. Який нестероїдний протизапальний препарат можна порекомендувати хворій?
 ♦Німесулід
 Диклофенак натрію
 Піроксикам
 Напроксен
 Індометацин
195. У хворі О., 43 років, на 6-й день після початку лікування диклофенаком-натрію (100 мг/д) виникли свербіж та пухирчаті висипання на шкірі тулуба та верхніх кінцівок. Запропонуйте раціональну фармакотерапевтичну корекцію.
 ♦Відмінити диклофенак натрію та призначити антигістамінні засоби
 Підвищити дозу диклофенаку натрію
 Відмінити диклофенак натрію та застосувати місцевоанестезуючі засоби
 Знизити дозу диклофенаку натрія
 Призначити глюкокортикоїди
196. Хворому з інфекційно-алергічною формою бронхіальної астми з частими і вираженими приступами бронхоспазму було призначено комплексне лікування. Який з наведених ЛЗ протипоказаний в даному випадку?
 ♦Ацетилсаліцилова кислота
 Флунісолід
 Амброксол
 Кетотифен
 Теофілін
197. Хворий скаржиться на продуктивний кашель упродовж багатьох років, задишку при фізичному навантаженні. Спостерігається тахіпноє, при перкусії коробковий звук, аускультативно – ослаблене дихання, рентгенологічно – “легеневе серце”. Якому препарату слід надати перевагу для лікування хронічного обструктивного захворювання легень поза загостреннями?
 ♦Іпратропіум бромід (атровент)
 Дротаверин (но-шпа)
 Амоксицилін
 Лоратадин

- Сульфадиметоксин
198. Хворому з гастритом в анамнезі при ревматоїдному артриті був призначений препарат із групи селективних інгібіторів циклооксигенази-2. Вкажіть препарат:
- ◆ Німесулід
 - Індометацин
 - Диклофенак-натрій
 - Напроксен
 - Ібупрофен
199. У больних с гіпертензією і сахарним діабетом І типу препаратом вибору являються представителі:
- ◆ Інгібіторів АПФ
 - Тіазидних діуретиків
 - Бета-адреноблокаторів
 - Петлевих діуретиків
 - Альфа-адреноблокаторів
200. Яким препаратом можна користуватися з метою купірування гіпертензивного кризи, ускладненого приступом стенокардії
- ◆ Ніфедипін
 - Каптоприл
 - Дибазол
 - Ірбесартан
 - Празозин
201. Вкажіть найбільш раціональну комбінацію антигіпертензивних препаратів у больних с артеріальною гіпертензією і серцевою недостатністю
- ◆ Еналаприл + фуросемід
 - Гіпотіазид + верошпірон
 - Пропранолол + етакринова кислота
 - Пропранолол + верапаміл
 - Доксазозин + амилорид
202. Через декілька місяців після початку терапії у больного знову участився приступи стенокардії. Які можливі причини погіршення стану?
- ◆ Розвиток толерантності до нітратів
 - Естествене перебіг захворювання
 - Синдром „обкрадування”
 - Виникнення синдрому „рикошета”
 - Тахіфілаксія
203. Пациент К., страждаючий язвенной болезнью 12-перстной кишки, обратился к провизору с вопросом о наиболее оптимальном времени приема маалокса.
- ◆ В межпищеварительный период
 - Перед едой
 - Во время еды
 - После еды
 - Вне зависимости от приема пищи
204. Наиболее эффективным препаратом в профилактике эрозивного гастродуоденита, провоцируемого НПВС, является
- ◆ Мизопростол
 - Коллоидный субцитрат висмута
 - Фосфалюгель
 - Метронидазол
 - Ранитидин
205. При длительном приеме антацидов, содержащих алюминий, отмечается:
- Снижение слуха
 - Полиурия
 - Слюнотечение
 - Гиперхолестеринемия
 - ◆ Поражение костной ткани
206. У беременной М., 23 лет с артериальной гипертензией для комбинированной терапии назначение допегита целесообразно сочетать с:
- ◆ Коринфаром
 - Пропранололом
 - Гипотіазидом
 - Еналаприлом
 - Празозином
207. У больного Р., принимающего дигоксин в суточной дозе 0,25 мг, развилась экстрасистолия. Что необходимо предпринять?
- ◆ Прекратить прием дигоксина
 - Увеличить дозу дигоксина
 - Уменьшить дозу дигоксина
 - Не отменять дигоксин, назначить новокаинамид
 - Не отменять дигоксин, назначить лидокаин
208. Какие антигипертензивные средства противопоказаны больному при сопутствующем сахарном диабете с периодами гипогликемии?
- ◆ Пропранолол
 - Гипотіазид
 - Коринфар
 - Каптоприл
 - Дилтіазем
209. При приступе стенокардии боли наиболее часто локализуются:
- ◆ За грудиной
 - В левой подмышечной области
 - Межлопаточная область
 - Правая половина грудной клетки
 - Эпигастральная область
210. Больному С., с диагнозом семейная гиперхолестеринемия, назначен препарат, ингибирующий фермент 3-гидрокси СоА-редуктазу. Отметьте это препарат.
- ◆ Ловастатин
 - Пробукол
 - Холестирамин
 - Фенофибрат
 - Никотиновая кислота
211. Больному со значительно повышенным уровнем триглицеридов необходимо провести гиполлипидемическую терапию. Какой из пере-

- численних препаратів викликає зниження концентрації в плазмі рівня тригліцеридів, збільшуючи активність ліпопротеїноліпази?
- ◆Ципрофібрат
 - Никотинова кислота
 - Симвастатин
 - Ловастатин
 - Пробукол
212. Больная 62 лет, страдает феохромоцитомой. Какой антигипертензивный препарат целесообразно назначить?
- ◆Фентоламин
 - Пропранолол
 - Талинолол
 - Фуросемид
 - Дихлотиазид
213. В аптеку звернувся хворий 28 років, який страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки; секреторна функція шлунку різко підвищена. Який з наведених препаратів бажано призначити в даному випадку?
- ◆Омепразол
 - Атропіна сульфат
 - Смекта
 - Метоклопрамід
 - Маалокс
214. Хвору, яка отримує поліхіміотерапію з приводу гострого лейкозу, турбують анорексія, нудота та блювота. Водночас є всі підстави для продовження цитостатичного лікування. Запропонуйте оптимальний шлях корекції даного ускладнення.
- ◆Додати протиблювотний засіб
 - Знизити дози хіміопрепаратів
 - Відмінити один із хіміопрепаратів
 - Тимчасово припинити хіміотерапію
 - Підвищити дози хіміопрепаратів
215. У хворого, який тривалий час лікується з приводу ревматоїдного артриту, виявлено гіперглікемію. Котрий із препаратів міг її спричинити?
- ◆Дексаметазон
 - Диклофенак натрію
 - Ібупрофен
 - Делагіл
 - Левамізол
216. Проконсультуйте молодого колегу: якому із перелічених антибактеріальних засобів властива гематотоксичність?
- ◆Левоміцетин
 - Цефтріаксон
 - Іміпенем
 - Амоксицилін
 - Кларитроміцин
217. Хвора із сезонним вазомоторним ринітом, яка працює диспетчером на залізниці, звернулася в аптеку за порадою: котрий із антигістамінних лікарських засобів не має пригнічувальної дії на ЦНС?
- ◆Лоратадин
 - Клемастин
 - Дипразин
 - Дифенгідрамін
 - Піпольфен
218. У хворого на шизофренію розвинулись стійкі галюцинації. Порадьте лікарю-інтерну, препарат з якої групи доцільно призначити пацієнту?
- ◆Нейролептики
 - Транквілізатори
 - Антидепресанти
 - Психостимулятори
 - Наркотичні анальгетики
219. Хворий звернувся з проханням відпустити йому безрецептурний препарат з метою полегшення болю в горлі. В анамнезі – алергія на місцеві анестетики. Котрий з наведених лікарських засобів йому протипоказаний?
- ◆Колдрекс Ларі Плюс
 - Стрепсилс
 - Фарингосепт
 - Нео-ангін
 - Септефрил
220. Проконсультуйте молодого колегу: який лікарських засобів застосовують при гострому інфаркті міокарда з метою тромболітичної терапії?
- ◆Альтеплаза
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Гепарин
 - Пентоксифілін
 - Фраксипарин
221. Хворий Б., 28 років на бронхіальну астму поступив до терапевтичного відділення з тяжким нападом ядухи. З якого препарату слід почати лікування?
- Преднізолон
 - Окситропія бромід
 - Еуфілін
 - ◆Сальбутамол
 - Іпратропія бромід
222. У хворого К, 53 років бронхіальна астма та стенокардія напруги III ф.к. Який препарат із перелічених нижче протипоказаний в даному випадку?
- ◆Орципреналин
 - Преднізолон
 - Сальбутамол
 - Беклометазон
 - Амлодипін
223. Хворому К, 34 років з метою профілактики нападів бронхіальної астми лікар вважає доцільним призначення інгаляційного глюкокортикоїдного препарату. Який з нижченаведених

- не належить до цієї групи?
- ◆Сальметерол
 - Флунісолід
 - Флутіказон
 - Будесонід
 - Беклометазон
224. Хворий В., потрапив у кардіологічне відділення з приступом надшлуночкової паросизмальної тахікардії. Який препарат з нижче перелічених є препаратом вибору у цьому випадку?
- ◆Верапамил
 - Лідокаїн
 - налапріл
 - Ніфедипін
 - Лізиноприл
225. Хворий К., страждає на ішемічну хворобу серця з серцевою недостатністю другої стадії. З якої комбінації препаратів слід починати лікування цього хворого?
- ◆Інгібітори АПФ + діуретики
 - Інгібітори АПФ + блокатори кальцієвих каналів
 - Інгібітори АПФ + нітрати
 - Нітрати + діуретики
 - Альфа-адреноблокатори + діуретики
226. Після тижневої фармакотерапії артеріальної гіпертензії лізиноприлом в дозі 10 мг 2 раз на добу у хворого з'явилися періодично виникаючі напади сухого кашлю. Чим це може бути зумовлене?
- ◆Накопиченням в крові залишку брадикініну
 - Підвищенням тонусу кашльового центру
 - Загостренням супутньої патології
 - Пригніченням синтезу альдостерону
 - Зменшення вмісту в крові адреналіну
227. Хворому К, 54 років, який кілька років страждає хронічним гіперацидним гастритом, призначений альмагель. Які ускладнення фармакотерапії з боку органів травлення можуть виникнути перш за все?
- ◆Закреп
 - Нудота
 - Анорексія
 - Блювота
 - Діарея
228. Хворий К 35 років., лікується у кардіологічному відділенні з діагнозом стабільна стенокардія напруги. Стан хворого стабільний, АТ 130/80 мм рт. ст. Який препарат доцільно використовувати для попередження гіперліпідемії?
- ◆Ловастатин
 - Гепарин
 - Аспірин
 - Атенолол
 - Лізиноприл
229. При отпуске безрецептурного препарата для симптоматического лечения боли в горле в лекарственной форме аэрозоля, провизор обязан обратить внимание пациента, что данный препарат:
- ◆следует распылять в полости рта синхронно с глубоким вдохом
 - следует распылять в полости рта при задержке дыхания
 - следует распылять в полости рта синхронно с глубоким выдохом
 - следует распылять на расстоянии 10-15 см от полости рта
 - следует распылять в полости рта непосредственно перед едой и/или питьем
230. При отпуске безрецептурного препарата для симптоматического лечения ринита больному с артериальной гипертензией для максимального снижения вероятности развития нежелательного системного сосудосуживающего действия следует рекомендовать лекарственную форму:
- ◆мазь
 - капли
 - аэрозоль
 - таблетки
 - гель
231. При выделениях из одной половинки носа у ребенка дошкольного возраста следует рекомендовать обратиться к врачу, так как данный симптом является “угрожающим” и требует исключить:
- ◆инородное тело в носовом ходу
 - острый аллергический ринит
 - острое респираторное заболевание
 - синусит
 - аденоиды
232. У больного с повышенной бронхиальной секрецией и обильным отделением мокроты противокашлевые препараты:
- ◆не назначаются
 - являются обязательным компонентом лечения
 - назначаются только на ночь
 - не назначаются лицам с сопутствующей патологией печени
 - не назначаются детям до 3 лет
233. При назначении антигистаминного препарата дипразина с целью симптоматического лечения аллергии провизор должен предупредить пациента, что данный препарат нельзя сочетать с алкоголем, так как:
- возможно резкое повышение АД
 - ◆потенцируется угнетающее действие на ЦНС
 - потенцируется раздражающее действие препарата на слизистую желудка

- возможно развитие гепатотоксического эффекта
возможно усиление симптомов аллергии
234. При назначении препарата “Антимигрен” (суматриптан) для лечения мигренозного приступа провизор должен предупредить пациента, что в случае отсутствия должного эффекта повторный прием препарата возможен:
- ◆не ранее, чем через 30 мин
 - не ранее, чем через 3 часа
 - не ранее, чем через 12 часов
 - не ранее, чем через 24 часа
 - не ранее, чем через 48 часов
235. Нежелательная реакция, которая обусловлена фармакологическими свойствами лекарственного средства и наблюдается исключительно при применении в дозах, рекомендованных для медицинского применения лекарственного средства, называется:
- ◆побочное действие
 - токсическое действие
 - аллергическая реакция
 - идиосинкразия
 - синдром отмены
236. Запоры - побочное действие, развитие которого нередко наблюдается при курсовом лечении антигипертензивными препаратами из группы:
- ◆блокаторов кальциевых каналов
 - диуретиков
 - ингибиторов АПФ
 - альфа-адреноблокаторов
 - блокаторов ангиотензиновых рецепторов
237. Больному И., 56 лет для лечения гипертонической болезни назначены ингибитор АПФ и калийсберегающий диуретик. Такая комбинация:
- ◆нерациональна, так как увеличивается риск развития гиперкалиемии
 - рациональна, так как уменьшается риск развития гипокалиемии
 - рациональна, так как потенцируется гипотензивное действие ИАПФ
 - нерациональна, так как снижается гипотензивное действие ИАПФ
 - нерациональна, так как увеличивается риск развития ортостатического коллапса
238. “Серый синдром” новорожденных (падение температуры ниже нормы, ацидоз, дыхательные расстройства, серая окраска кожи, коллапс) развивается при применении:
- ◆левомицетина
 - тетрациклина
 - гентамицина
 - ципрофлоксацина
 - эритромицина
239. Для профилактики остеопороза женщинам в возрасте после 40 лет следует рекомендовать поливитаминные препараты с повышенным содержанием:
- калия
 - железа
 - магния
 - ◆кальция
 - цинка
240. При лечении гипертонической болезни диуретиками препараты калия не назначают в сочетании с:
- ◆триамтереном
 - клопамидом
 - дихлотиазидом
 - фуросемидом
 - этакриновой кислотой
241. У хворого 49 років – загострення виразкової хвороби 12-палої кишки з супутнім антральним гастритом. Доведена наявність хелікобактерної інфекції. Під час комплексної фармакотерапії хворий поскаржився на появу калу чорного кольору. Який із призначених препаратів змінив колір калових мас?
- ◆Де-нол
 - Метронідазол
 - Амоксицилін
 - Тетрациклін
 - Фуразолідон
242. Хворому 65 років з гострим інфарктом міокарду призначено в комплексній фармакотерапії гепарин по 5000 ОД кожні 4 години внутрішньовенно. Вкажіть критерій безпеки його застосування:
- ◆Відсутність гематурії
 - Зменшення артеріального тиску
 - Пригнічення свідомості
 - Зменшення болю
 - Зникнення блювання
243. У хворої 26 років діагностовано позагоспітальна пневмонія, спричинена мікоплазмою. Виберіть необхідний протимікробний лікарський засіб:
- ◆Роваміцин
 - Амоксицилін
 - Гентаміцин
 - Бензілпеніцилін
 - Амоксіклав
244. Хвора 60 років страждає гіпертонічною хворобою II стадії, ішемічною хворобою серця, бронхіальною астмою. Після корекції фармакотерапії стався напад бронхоспазму, зросла задишка. Який лікарський засіб спричинив ускладнення?
- ◆Пропранолол
 - Ніфедипин

- Еуфілін
Мукалгін
Сальбутамол
245. До провізора в аптеці звернулася жінка з проханням відпустити жарознижуючий засіб для дитини 8 місяців. Який препарат Ви порадите?
◆Парацетамол
Ацетилсаліцилова кіслота
Індометацин
Діклофенак натрію
Піроксикам
246. Хвора 56 років із хронічним панкреатитом та зниженою секреторною функцією підшлункової залози тривалий час приймає мезим. Яку заміну можливо запропонувати хворій в аптеці при відсутності препарату?
◆Панцитрат
Контрикал
Холосас
Карсил
Ацидин-пепсин
247. Хворий 65 років з хронічною серцевою недостатністю регулярно приймає фуросемід по 40 мг натщесерце 3 рази на тиждень. У нього виникла позашпитальна пневмонія, у зв'язку з чим лікар призначив комбіновану фармакотерапію. Через 3 доби хворий почав втрачати слух. Назвіть лікарський засіб, який при взаємодії з фуросемідом викликав глухоту:
◆Амікацин
Лінекс
Тавегіл
Ністатин
Розчин йодистого калію
248. У хворого 60 років з ішемічною хворобою серця, хронічною серцевою недостатністю, тахісistolічною формою фібриляції передсердь стався напад серцевої астми. Вкажіть серцевий глікозид з швидкою дією, низькою кумулятивною здатністю, який ефективно підвищує силу серцевих скорочень та необхідний хворому:
◆Строфантин
Дігосин
Дігітоксин
Целанід
Адонізид
249. Для покращення відходження мокрот, дренажної функції бронхів, хворій 52 років з бронхіальною астмою призначено лікарський засіб. Через деякий час у хворої з'явилися слезотеча, ринорея, лоскіт в горлі. Який засіб отримувала хвора?
◆Йодид калію
Мукалгін
Бронхолігін
Амброксол
- Бромгексін
250. До лікаря звернувся хворий 70 років з приводу підвищеного артеріального тиску. З анамнезу відомо про наявність доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Який лікарський засіб бажано призначити даному хворому?
◆Доксазозин
Еналаприл
Пропранолол
Дилтіазем
Лозартан
251. Дитину 6 років вжалило декілька бджіл у різні ділянки тіла. Який з нижченаведених засобів має бути застосовано на етапі першої допомоги?
◆Тавегіл
Ацетилсаліцилова кіслота
Бензилпеніцилін
Кетотифен
Папаверін
252. Хворого турбують періодичні напади болю за грудиною, з приводу чого він звернувся в аптеку з проханням порекомендувати йому лікарський засіб. Після бесіди з хворим провізор зробив висновок, що у нього стенокардія. Яка тривалість болювого синдрому при стенокардії?
◆Від кількох секунд до 20-30 хвилин
1 година
2-4 години
6 годин
10 годин
253. При огляді хворого виявлено збільшений живіт, випинання пупка, наявність на шкірі живота судинних зірочок та розширення судин у вигляді „голови медузи”. Для якого захворювання характерні такі симптоми?
◆Цироз печінки
Ожиріння
Вірусний гепатит
Хронічний панкреатит
Хронічний холецистит
254. У жінки, яка тривалий час лікується з приводу інфільтративно-вогнищового туберкульозу, різко знизився слух. Який з перерахованих препаратів міг викликати таку побічну дію?
◆Стрептоміцин
Ізоніазид
Етамбутол
Рифампіцин
Етіонамід
255. В аптеку звернувся хворий, якому з приводу захворювання на виразкову хворобу 12-палої кишки призначено де-нол, з проханням розказати, як правильно вживати препарат?
◆За 30 хвилин до прийому їжі та перед сном
Безпосередньо перед кожним прийомом їжі

- Безпосередньо після кожного прийому їжі
Під час прийому їжі
На протязі дня при болі в шлунку та перед сном
256. В аптеку звернувся хворий, якому дерматолог з приводу мікроспорії призначив протигрибковий антибіотик, який має здатність накопичуватися в клітинах з високим вмістом кератину (шкіра, нігті, волосся). Невдовзі хворий почав скаржитись на головний біль, дезорієнтацію, кропивницю. Який препарат був призначений хворому?
◆Гризеофульвін
Леворин
Амфотерицин В
Міконазол
Ністатин
257. Хворий К 35 років., лікується у кардіологічному відділенні з діагнозом стабільна стенокардія напруги. Стан хворого стабільний, АТ 130/80 мм рт. ст. Який препарат доцільно використовувати для попередження гіперліпідемії?
◆Ловастатин
Гепарин
Аспірин
Атенолол
Лізиноприл
258. Хворий Л., 70 років, поступив в кардіологічне відділення з нападом стенокардії, де йому було призначено лікування. Після прийому ліків хворий відмітив сильний головний біль та нудоту. Для якого антиангінального засобу характерний такий побічний ефект?
◆Нітросорбід
Метопролол
Амлодипін
Ніфедипін
Атемолол
259. Хворий Г., 65 років, страждає гіпертонічною хворобою з брадикардією. Який з лікарських засобів йому доцільно призначити?
◆Ніфедипін
Еналаприл
Доксазозин
Атенолол
Метилдофа
260. Хвора Д., 25 років скаржиться на підвищену збудливість, плаксивість, яка раптово переходить у стан радості, нервовість, серцебиття, зниження маси тіла за умов збереження апетиту, загальну слабкість, підвищену пітливість та порушення сну. Про яке захворювання можна думати?
◆Гіпертиреоз
Гіпофізарний нанізм
Мікседему
Акромегалію
Гіпопаратиреоз
261. В аптеку звернулася молода жінка з приводу різкого болю в правій скроневій ділянці, нудоти, світлобоязні. Приступ почався раптово. Який безрецептурний препарат Ви порекомендуєте?
◆Суматриптан
Пірацетам
Вінпоцетін
Аскорбінова кислота
Спіронолактон
262. В аптеку звернулася мама 4-х місячної дитини з проханням видати жарознижувальний препарат. Який препарат Ви порекомендуєте для дитини?
◆Панадол
Колдрекс
Солпадеїн
Німесулід
Діклофенак натрію
263. Отпуская из аптеки препарат железа для приёма внутрь – ферроплекс, следует предупредить больного, что этот препарат нельзя запивать молоком и употреблять вместе с ним молочные продукты, потому что при этом:
◆Образуются плохо растворимые хелатные комплексы
Пролонгируется действие препаратов железа
Усиливается активность препарата
Быстро всасывается препарат
Ускоряется выведение препарата
264. В аптеку обратился больной с сильным сухим кашлем. Какое лекарственное средство Вы порекомендуете принять больному с целью угнетения непродуктивного кашлевого рефлекса:
◆Либексин
Калия йодид
Трипсин
Ацетилцистеин
Натрия гидрокарбонат
265. Больному бронхиальной астмой врач назначил приём бета-адреностимуляторов. Какое из приведенных средств Вы порекомендовали бы приобрести исходя из его влияния на частоту сердечных сокращений?
◆Сальбутамол
Эфедрин
Изадрин
Алупент
Адреналин
266. К провизору обратился пациент, которому рекомендовали приём ацетилсалициловой кислоты в качестве антиагреганта. Какую суточную дозу следует рекомендовать для постоянного приёма?

- ♦0,1 – 0,3
0,5 – 1,0
1,0 – 2,0
2,0 – 3,0
Больше 4,
267. У больной 36 лет выявлена атипичная внегоспитальная пневмония, которая вызвана хламидийной инфекцией. Какой антибактериальный препарат целесообразно рекомендовать в этом случае?
♦Рокситромицин
Ванкомицин
Ампициллин
Пенициллин
Цефуроксим
268. У больного пожилого возраста диагностирована госпитальная пневмония. Лечится гентамицином. Какое побочное действие наиболее часто встречается при использовании антибиотиков этой группы?
♦Ототоксическое действие
Псевдомембранозный колит
Гематотоксическое
Поражение печени
Тромбофлебит
269. Выберите из перечисленных заболеваний те, которые могут лечиться при помощи ОТС-препаратов при консультативной помощи провизора.
♦ОРЗ
Рак лёгких
Экссудативный плеврит
Бронхиальная астма
Острая пневмония
270. Понятие «комплаенс» означает:
♦Готовность пациента выполнять все рекомендации врача, фармацевта, провизора
Самолечение
Заниматься самопрофилактикой
Самопомощь
Все ответы правильные
271. В аптеку обратилась беременная женщина с лихорадкой. Посоветуйте наиболее безопасный препарат.
♦Парацетамол
Ибупрофен
Диклофенак
Ацетилсалициловая кислота
Индометацин
272. Симпатомиметики для лечения ринита назначают с осторожностью при:
♦Артериальной гипертензии
Микседеме
Поносе
Гастрите
Гипотонии
273. В 6-летнем возрасте ребёнок заболел пневмонией, по поводу которой назначен антибиотик. После лечения ребёнок потерял слух. Какая группа антибиотиков могла вызвать это осложнение?
♦Аминогликозиды
Пенициллины природные
Цефалоспорины
Макролиды
Пенициллины полусинтетические
274. Больному С. с язвенной болезнью 12-перстной кишки для эрадикации хеликобактерной инфекции была назначена комбинированная терапия (омепразол, кларитромицин, метронидазол). Какое побочное действие может возникнуть у больного?
♦Дисбактериоз
Повышение секреции соляной кислоты
Кишечное кровотечение
Снижение артериального давления
Бронхоспазм
275. Новорождённому Д. с целью фармакотерапии токсикоинфекции системы пищеварения назначен левомицетин. Какие эффекты могут быть вызваны его назначением?
♦Циркуляторный коллапс или «серый синдром»
Нарушение развития зубов и костной ткани
Угнетение дыхания, сонливость
Нарушение реологических свойств крови, гипогликемия с судорогами
Повышение артериального давления крови
276. Больной 32 года поступил на лечение с диагнозом язвенная болезнь 12-перстной кишки. Врач назначил в комплексной терапии омепразол. Каким лекарственным средством можно заменить этот препарат?
♦Лансопразол
Атропина сульфат
Метронидазол
Тетрациклин
Де-нол
277. Для лечения артериальной гипертензии врач считает необходимым назначить больному препарат из группы блокаторов кальциевых каналов - производное дигидропиридина II поколения. Из нижеприведенных лекарственных средств выберите такой препарат.
♦Амлодипин
Кордарон
Верапамил
Дилтиазем
Нифедипин
278. Больная П., 38 лет, ревматоидным полиартритом в комплексной терапии принимала диклофенак натрия по 0,1 г в сутки. Оценка эффективности использования нестероидных

- противовоспалительных средств происходит по всем нижеприведенным критериям, кроме:
- ◆ Возникновение агранулоцитоза
 - Лабораторные тесты
 - Индекс отёчности участка сустава
 - Сила сжатия ладони
 - Функциональные тесты, которые оценивают объём движений в суставе
279. Больному, 43 года, в острой фазе инфаркта миокарда было назначено в комплексной терапии гепарин внутривенно по 10000 ЕД каждые 4 часа. Выберите среди ниже перечисленных критерий безопасности его использования.
- ◆ Отсутствие гематурии
 - Уменьшение артериального давления
 - Уменьшение боли
 - Угнетение сознания
 - Возникновение рвоты
280. В аптеку обратился больной с гипертонической болезнью, которому врач назначил каптоприл. Какой механизм действия данного препарата?
- ◆ Угнетение активности ангиотензинпревращающего фермента
 - Блокада рецепторов ангиотензина II
 - Блокада бета-адренорецепторов
 - Блокада альфа-адренорецепторов
 - Диуретическое действие
281. Больная ревматоидным полиартритом по назначению врача принимала нестероидный противовоспалительный препарат индометацин. Через некоторое время его применения у больной возникло обострение сопутствующего заболевания, что вынудило отменить препарат. Какое сопутствующее заболевание могло привести к отмене препарата?
- ◆ Язвенная болезнь
 - Сахарный диабет
 - Ишемическая болезнь сердца
 - Гипертоническая болезнь
 - Бронхиальная астма
282. Больному шизофренией был назначен аминазин. Какой из перечисленных фармакодинамических эффектов явился основанием для его назначения данному больному?
- ◆ Антипсихотический
 - Гипотензивный
 - Противорвотный
 - Гипотермический
 - Миорелаксирующий
283. У больной гипертонической болезнью II ст. после длительного применения пропранолола, нифедипина и дихлотиазида появились судороги в мышцах нижних конечностей, нарушения сердечного ритма. Каким препаратом могло быть причинено это состояние?
- ◆ Дихлотиазидом
 - Пропранололом
 - Дихлотиазидом и пропранололом
 - Пропранололом и нифедипином
 - Не связано с приёмом этих препаратов
284. Больной гипертонической болезнью длительное время принимал антигипертензивный препарат, который внезапно прекратил применять. После этого состояние больного ухудшилось, развился гипертензивный криз. К какой категории относится это побочное действие?
- ◆ Синдром отмены
 - Зависимость
 - Кумуляция
 - Толерантность
 - Сенсибилизация
285. У больного после купирования приступа бронхиальной астмы изадрином развилась тахикардия, аритмия. Проконсультируйте врача-интерна какой механизм лежит в основе развития данного побочного эффекта?
- ◆ Стимуляция бета-1-адренорецепторов
 - Стимуляция бета-2-адренорецепторов
 - Блокада М-холинорецепторов
 - Стимуляция альфа-1-адренорецепторов
 - Блокада Н-холинорецепторов
286. Больному, страдающему атеросклерозом сосудов головного мозга, был назначен препарат, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов. Назовите этот препарат.
- ◆ Циннаризин
 - Пирацетам
 - Кавинтон
 - Пентоксифиллин
 - Ксантинола никотинат
287. Беременной женщине с железодефицитной анемией следует рекомендовать:
- ◆ Принимать пероральные препараты железа до родов и весь период кормления грудью
 - Принимать пероральные препараты железа в течение 1-2 недель до родов
 - Перелить перед родами эритроцитарную массу
 - Сделать 5 внутривенных инъекций препаратов железа
 - Ограничиться включением в диету продуктов, содержащих железо
288. Всасываемость лекарственных веществ при нанесении на кожные покровы у ребёнка первого года жизни:
- ◆ Выше, чем у взрослого
 - Ниже, чем у взрослого
 - Не отличается от подростков до 17 лет
 - Не отличается от взрослого
 - Не имеет отличий от детей первых 10 лет жизни

289. Вы – провизор аптеки, расположенной в женской консультации. Дайте ответ на вопрос врача-интерна, какой из имеющихся препаратов antimicrobial действия можно назначать беременной?
- ◆Ампициллин
 - Окситетрациклин
 - Ко-тримоксазол
 - Доксициклин
 - Гентамицин
290. У больного Н., 30 лет, развился острый пиелонефрит. Какой из приведенных препаратов имеет нефротоксическое действие?
- ◆Гентамицин
 - Ровамицин
 - Эритромицин
 - Ампициллин
 - Пенициллин
291. Больная М., 33 года, страдает ревматоидным полиартритом, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Какой нестероидный противовоспалительный препарат можно порекомендовать больной?
- ◆Нимесулид
 - Индометацин
 - Диклофенак натрия
 - Пироксикам
 - Напроксен
292. В результате неосторожного поведения около пасеки ребёнка ужалило несколько пчёл в разные участки тела и лица. Какой из препаратов должен быть применён на этапе первой помощи?
- ◆Адреналин
 - Эритромицин
 - Метамизол (анальгин)
 - Дифенгидрамин (димедрол)
 - Фуросемид
293. У больных с гипертензией и сахарным диабетом I типа препаратом выбора являются представители:
- ◆Ингибиторов АПФ
 - Тиазидных диуретиков
 - Бета-адреноблокаторов
 - Петлевых диуретиков
 - Альфа-адреноблокаторов
294. Какой препарат может быть использован с целью купирования гипертензивного криза, осложнённого приступом стенокардии?
- ◆Нифедипин
 - Дибазол
 - Каптоприл
 - Ирбесартан
 - Празозин
295. Укажите наиболее рациональную комбинацию антигипертензивных препаратов у больных с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью:
- ◆Эналаприл + фуросемид
 - Гипотиазид + верошпирон
 - Пропранолол + этакриновая кислота
 - Пропранолол + верапамил
 - Доксазозин + амилорид
296. Через несколько месяцев после начала терапии нитратами у больного вновь участились приступы стенокардии. Какие возможные причины ухудшения состояния?
- ◆Развитие толерантности к нитратам
 - Возникновение синдрома «рикошета»
 - Естественное течение заболевания
 - Синдром «обкрадывания»
 - Тахифилаксия
297. Наиболее эффективным препаратом в профилактике эрозивного гастродуоденита, провоцируемого НПВС, является:
- ◆Мизопростол
 - Коллоидный субцитрат висмута
 - Фосфалюгель
 - Метронидазол
 - Ранитидин
298. При длительном приёме антацидов, содержащих алюминий, отмечается:
- ◆Поражение костной ткани
 - Полиурия
 - Снижение слуха
 - Слюнотечение
 - Гиперхолестеринемия
299. У больного Р., принимающего дигоксин в суточной дозе 0,25 мг, развилась экстрасистолия. Что необходимо предпринять?
- ◆Прекратить приём дигоксина
 - Уменьшить дозу дигоксина
 - Увеличить дозу дигоксина
 - Не отменять дигоксин, назначить новокаинамид
 - Не отменять дигоксин, назначить лидокаин
300. Провизор при отпуске больному нитроглицерина предупредил о наиболее часто встречающемся побочном эффекте данного препарата:
- ◆Головная боль
 - Сухость во рту
 - Гипертензия
 - Дизурия
 - Гипергликемия
301. При отпуске безрецептурного препарата для симптоматического лечения боли в горле в лекарственной форме аэрозоля, провизор обязан обратить внимание пациента, что данный препарат:
- ◆Следует распылять в полости рта синхронно с глубоким вдохом
 - Следует распылять на расстоянии 10-15 см от полости рта

- Следует распылять в полости рта синхронно с глубоким выдохом
Следует распылять в полости рта при задержке дыхания
Следует распылять в полости рта непосредственно перед едой или питьём
302. При выделениях из одной половинки носа у ребёнка дошкольного возраста следует рекомендовать обратиться к врачу, так как данный симптом является «угрожающим» и требует исключить:
- ◆Инородное тело в носовом ходу
 - Синусит
 - Острый аллергический ринит
 - Острое респираторное заболевание
 - Аденоиды
303. У больного с повышенной бронхиальной секрецией и обильным отделением мокроты противокашлевые препараты:
- ◆Не назначаются
 - Являются обязательным компонентом лечения
 - Назначаются только на ночь
 - Не назначаются лицам с сопутствующей патологией печени
 - Не назначаются детям до 3 лет
304. При назначении антигистаминного препарата дипразина с целью симптоматического лечения аллергии провизор должен предупредить пациента, что данный препарат нельзя сочетать с алкоголем, так как:
- ◆Потенцируется угнетающее действие на ЦНС
 - Потенцируется раздражающее действие препарата на слизистую желудка
 - Возможно резкое повышение АД
 - Возможно развитие гепатотоксического эффекта
 - Возможно усиление симптомов аллергии
305. При назначении препарата «Антимигрен» (суматриптан) для лечения мигренозного приступа провизор должен предупредить пациента, что в случае отсутствия должного эффекта повторный приём препарата возможен:
- Не ранее, чем через 12 часов
 - Не ранее, чем через 3 часа
 - Не ранее, чем через 24 часа
 - ◆Не ранее, чем через 30 мин.
 - Не ранее, чем через 48 часов
306. Нежелательная реакция, которая обусловлена фармакологическими свойствами лекарственного средства и наблюдается исключительно при применении в дозах, рекомендованных для медицинского применения лекарственного средства, называется:
- ◆Побочное действие
 - Идиосинкразия
 - Токсическое действие
 - Аллергическая реакция
- Синдром отмены
307. Запоры – побочное действие, развитие которого нередко наблюдается при курсовом лечении антигипертензивными препаратами из группы:
- ◆Блокаторов кальциевых каналов
 - Блокаторов ангиотензивных рецепторов
 - Диуретиков
 - Ингибиторов АПФ
 - Альфа-адреноблокаторов
308. Больному И., 56 лет, для лечения гипертонической болезни назначены ингибитор АПФ и калийсберегающий диуретик. Такая комбинация:
- ◆Нерациональна, так как увеличивается риск развития гиперкалиемии
 - Рациональна, так как потенцируется гипотензивное действие ИАПФ
 - Рациональна, так как уменьшается риск развития гипокалиемии
 - Нерациональна, так как снижается гипотензивное действие ИАПФ
 - Нерациональна, так как увеличивается риск развития ортостатического коллапса
309. «Серый синдром» новорожденных (падение температуры ниже нормы, ацидоз, дыхательные расстройства, серая окраска кожи, коллапс) развивается при применении:
- ◆Левомецетина
 - Тетрациклина
 - Гентамицина
 - Ципрофлоксацина
 - Эритромицина
310. Для профилактики остеопороза женщинам в возрасте после 40 лет следует рекомендовать поливитаминные препараты с повышенным содержанием:
- ◆Кальция
 - Железа
 - Калия
 - Магния
 - Цинка
311. При лечении гипертонической болезни диуретиками препараты калия не назначают в сочетании с:
- ◆Триамтереном
 - Этакриновой кислотой
 - Клопамидом
 - Дихлотиазидом
 - Фуросемидом
312. Назовите коллеге-провизору препарат, относящийся к группе низкомолекулярных гепаринов:
- ◆Фраксипарин
 - Синкумар
 - Фенилин
 - Гепарин

- Аминокaproновая кислота
313. Каким ингаляционным препаратом из группы бета2-адреномиметиков можно заменить отсутствующий в аптеке Фенотерол (беротек) в ингаляциях?
- ◆ Сальбутамолом
 - Эфедрином
 - Изадрином
 - Эуфиллином
 - Метацином
314. Какой из названных антибиотиков чаще всего вызывает поражение печени?
- ◆ Тетрациклин
 - Ровамицин
 - Цефазолин
 - Эритромицин
 - Феноксиметилпенициллин
315. Больному, который страдает хронической постгеморрагической анемией вследствие обострения язвенной болезни, назначено комплексное лечение: реланиум, но-шпа, гастропепин, тардиферон. Через несколько дней появились определенные жалобы. Какая из них могла быть связана с тардифероном?
- ◆ Темный кал
 - Сухость ротовой полости
 - Нарушения аккомодации
 - Мышечная слабость
316. Проконсультируйте врача-психиатра, какой побочный эффект не характерен для аминазина?
- ◆ Повышение АД
 - Экстрапирамидные расстройства
 - Понижение АД
 - Контактный дерматит
 - Нарушение функции печени, холестаза
317. Больному был поставлен диагноз туберкулез. Какой препарат является эффективным средством для лечения этого заболевания?
- ◆ Рифампицин
 - Ампициллин
 - Тетрациклин
 - Гентамицин
 - Левомецетин
318. Больному, страдающему гиперацидным гастритом, терапевт назначил препарат висмута. Назовите препарат.
- ◆ Де-нол
 - Цианкобаламин
 - Альмагель
 - Апоморфина гидрохлорид
 - Дихлотиазид
319. Больная, страдающая гипертонической болезнью, обратилась к врачу с жалобой на сухой кашель, появившийся на фоне лечения гипотензивным средством. Какой гипотензивный препарат она принимала?
- ◆ Эналаприл
 - Дихлотиазид
 - Атенолол
 - Фуросемид
 - Нифедипин
320. Для эрадикации *Helicobacter pylori* в комбинированную терапию хронического гастрита целесообразно включить:
- ◆ Кларитромицин
 - Альмагель
 - Фуросемид
 - Цефтриаксон
 - Гастроцепин
321. Какой из противогрибковых антибиотиков является эффективным при лечения генерализованных микозов?
- ◆ Амфотерицин В
 - Леворин
 - Нистатин
 - Гризеофуль-вин
 - Пимафуцин
322. Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, был назначен противоязвенный препарат, обладающий способностью одновременно понижать секрецию соляной кислоты и угнетать микроорганизм *Helicobacter pylori*. Назовите этот препарат:
- ◆ Омепразол
 - Фамотидин
 - Гастроцепин
 - Маалокс
 - Альмагель
323. Больному, страдающему заболеванием кровеносной системы, назначен препарат, содержащий железо (ферроплекс). Назовите показание к применению этого лекарственного средства.
- ◆ Гипохромная анемия
 - Гранулоцитоз
 - Гиперхромная анемия
 - Лейкоз
 - Лейкопения
324. Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки?
- ◆ Касторовое масло
 - Глицерин
 - Подсолнечное масло
 - Оливковое масло
 - Вазелиновое масло
325. В аптеку обратился больной с язвенной болезнью желудка, которому врач назначил ранитидин. Укажите механизм действия данного препарата?
- ◆ Блокада H₂-гистаминовых рецепторов
 - Блокада M-холинорецепторов
 - Угнетение активности H+K+ATФ-азы

- Блокада H1-гистаминовых рецепторов
Блокада H-холинорецепторов симпатических ганглиев
326. Какой из приведенных антисептиков необходимо выдать из аптеки медицинской сестре, работающей в акушерском отделении, для профилактики бленнореи новорожденных?
♦Серебра нитрат
Перекись водорода
Хлорамин Б
Фурацилин
Калия перманганат
327. У больного после операции возникла атония кишечника. Проконсультируйте врача, какой препарат необходимо назначить.
♦Прозерин
Лобелии
Атропин
Армин
Платифиллин
328. Больному, страдающему депрессией, врач назначил препарат из группы трициклических антидепрессантов. Назовите препарат.
♦Амитриптилин
Аминалон
Дроперидол
Феназепам
Кофеин
329. Вы провизор-информатор. Из препаратов, которые получила центральная районная аптека, выберите противовирусное средство для профилактики и лечения гриппа.
♦Ремантадин
Ацикловир
Идоксуридин
Азидотимедин
Сульфален
330. Больному, 43 года, в острой фазе инфаркта миокарда было назначено в комплексной терапии гепарин внутривенно по 10000ЕД каждые 4 часа. Выберите среди нижеперечисленных критерий безопасности его использования.
♦Отсутствие гематурии
Уменьшение артериального давления
Возникновение рвоты
Угнетение сознания
Уменьшение боли
331. Подготовьте аптечку противоядий для приемного отделения больницы. Какое средство необходимо включить для повышения артериального давления?
♦Мезатон
Нашатырный спирт
Активированный уголь
Унитиол
Фуросемид
332. После длительного приема дигитоксина у больного развилась аритмия, появились расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и нервно-психические нарушения. Что явилось причиной ухудшения состояния больного?
♦Кумуляция
Идиосинкразия
Привыкание
Тахифилаксия
Сенсибилизация
333. У больного, 30 лет, развился острый пиелонефрит. Какой из приведенных препаратов имеет нефротоксическое действие?
♦Гентамицин
Пенициллин
Ровамицин
Ампициллин
Эритромицин
334. Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, назначили омепразол. Какой механизм действия этого препарата?
♦Угнетение H+ K+-АТФ-азы
Блокада гистаминовых H2-рецепторов
Стимуляция образования слизи
Нейтрализация HCl
Блокада M-холинорецепторов
335. Больному, страдающему атеросклерозом сосудов головного мозга, был назначен препарат, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов. Назовите этот препарат.
♦Циннаризин
Кавинтон
Пирацетам
Пентоксифиллин
Ксантинола никотинат
336. К Вам, провизору больничной аптеки, обратился врач с просьбой порекомендовать местный анестетик для проведения инфильтрационной анестезии пациенту с нарушением сердечного ритма. Какой препарат Вы выберете?
♦Лидокаин
Ультракаин
Новокаин
Анестезин
Кокаин
337. При проведении комплексного лечения гипертонической болезни используют мочегонные средства. Посоветуйте врачу-интерну какой из нижеприведенных препаратов не вызывает гипокалиемию?
♦Спиронолактон
Кислота этакриновая
Маннитол
Фуросемид
Дихлотиазид

338. Об'ясните больному, в чем состоит опасность применения при повышенной кислотности желудочного сока такого антацидного средства как натрия гидрокарбонат.
- ◆Вызывает повторное повышение кислотности
 - Проявляет значительный латентный период
 - Возникает толерантность
 - Проявляет низкую активность
 - Проявляет тенденцию к накоплению
339. У больного с сердечной недостаточностью после длительного приема дигоксина возникло нарушение сердечного ритма. Какой препарат целесообразно назначить как антидот?
- ◆Унитиол
 - Гидрокарбонат натрия
 - Активированный уголь
 - Преднизолон
 - Анаприлин
340. Хвора 62 років із зниженою екскреторною функцією підшлункової залози тривалий час приймає панкреатин. В зв'язку з відсутністю препарату в аптеці вона звернулася до провізора з проханням порекомендувати лікарський засіб з подібними властивостями. Яку заміну можна запропонувати хворій?
- ◆Креон
 - Карсил
 - Контрикал
 - Холосас
 - Ацидин-пепсин
341. У пацієнта 46 років із загостренням ревматоїдного артриту, який лікувався нестероїдним протизапальним засобом, виявлено лейкопенію. Який лікарський засіб міг викликати даний ефект із найбільшою вірогідністю?
- ◆Бутадіон
 - ібупрофен
 - Мелоксикам
 - Целекоксиб
 - Диклофенак натрію
342. До лікаря звернулася вагітна (термін 10 тижнів) із гіпертонічною хворобою. Який засіб найбільш безпечний в даній ситуації?
- ◆Метилдопа
 - Пропранолол
 - Каптоприл
 - Лозартан
 - Гідралазин
343. У хворого з артеріальною гіпертензією та хронічним бронхітом раптово виник сухий кашель, задишка, температура тіла не змінилась. Відомо, що хворий приймає каптоприл. Поясніть цей феномен при прийомі препарату:
- ◆Збільшене утворення брадикініну
 - Збільшене утворення ангіотензину I
 - Збільшене утворення реніну
 - Зменшене утворення альдостерону
 - Збільшене утворення Na-уретичного пептиду
344. При приступі бронхіальної астми можуть бути ефективними всі препарати, за винятком:
- ◆Кетотіфену
 - Адреналіну гідрохлориду
 - Ізадрину
 - Беротеку
 - Еуфіліліну
345. Виберіть не характерний симптом для гіпертензивного кризу.
- ◆Болюче сечовиділення
 - Нудота
 - Блювання
 - Миготіння мушок перед очима
 - Біль голови
346. В аптеку з метою придбання жарознижувального засобу звернулася молода жінка. Провізор побачив на обличчі почервоніння у вигляді метелика. Про яке захворювання можна думати?
- ◆Системний червоний вовчак
 - Ревматизм
 - Подагру
 - Ревматоїдний артрит
 - Остеопороз
347. Про яке захворювання можна думати, якщо у хворого сеча нагадує колір "м'ясних" помиїв?
- ◆Гострий гломерулонефрит
 - Гострий піелонефрит
 - Уретрит
 - Гепатит
 - Цистит
348. В аптеку звернулася молода жінка з приводу мігрені. Який препарат Ви порекомендуєте для переривання приступу?
- ◆Суматриптан
 - Пірацетам
 - Амітриптілін
 - Фуросемід
 - Феназепам
349. Хворий В., страждає ішемічною хворобою серця, хронічною серцевою недостатністю, періодично отримує сечогінні засоби та серцеві глікозиди. При черговому зверненні до лікаря скаржить на м'язеву слабкість, сонливість, на ЕКГ – високі рівностегневі зубці Т. Яка побічна дія могла викликати така комбінація препаратів?
- ◆Гіпокаліємія
 - Гіперкаліємія
 - Гіпонатріємія
 - Гіпернатріємія
 - Гіпокальціємія
350. Вагітна жінка (III триместр), яка захворіла грипом протягом 3 діб з метою зменшення температури приймала ацетилсаліцилову кис-

- лоту по 0,5 двічі на день. Яку побічну дію може спричинити ацетилсаліцилова кислота на плід?
- ◆Тератогенну
 - Порушення білкового обміну
 - Ембріотоксичну
 - Порушення вуглеводного обміну
 - Порушення жирового обміну
351. Объясните врачу скорой помощи почему снижается антикоагулянтный эффект синкумара при одновременном его применении с фенобарбиталом?
- ◆Фенобарбитал активирует микросомальные ферменты печени
 - Фенобарбитал ингибирует микросомальные ферменты печени
 - Развивается аллергия к синкумару
 - Проявляется антагонизм этих препаратов
 - Происходит взаимная инактивация
352. До Вас в аптеку звернулася жінка з дитиною 5 років, яка випила флакон очних капель. Через 30 хв. після цього у неї виникли задишка, утруднене ковтання, хрипота, розширення зіниць, гіпертермія. Який із препаратів міг спричинити описані прояви?
- ◆Атропін
 - Адреналін
 - Мезатон
 - Пілокарпін
 - Новокаїн
353. У хворого С., 64 років, який страждає на ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертонічну хворобу II ст, розвинувся астено-депресивний синдром. Який із призначених йому антигіпертензивних засобів міг цьому сприяти?
- ◆Клонідин
 - Фуросемід
 - Спіронолактон
 - Оксипренолол
 - Усі вказані засоби
354. Больному В., 65 лет с признаками передозировки сердечными гликозидами показаны все перечисленные мероприятия, кроме:
- ◆введение препаратов кальция
 - введение препаратов калия
 - отмена сердечных гликозидов
 - введение унитиола
 - назначение антиаритмических препаратов
355. До Вас в аптеку звернувся хворий на виразкову хворобу шлунку з помірними клінічними проявами. З анамнезу відомо, що в нього виявлено *Helicobacter pylori*. Яка група ЛЗ має бути основою лікування?
- ◆Антимікробні ЛЗ
 - Антациди
 - Антисекреторні ЛЗ
- Коректори моторної функції
- Седативні ЛЗ
356. Хворому в ділянці хірургічного розтину тканин ввели 0,25% розчин новокаїну. Зненацька пацієнт покритися червоними плямами, виникли інтенсивне потовиділення, тахікардія, набряк слизової носа, бронхоспазм. Яка причина цього ускладнення?
- ◆Алергічна реакція негайного типу
 - Алергічна реакція сповільненого типу
 - Місцевоподразнююча дія
 - Тахіфілаксія
 - Синдром відміни
357. У хворого Н., 15 років, вперше виявлено цукровий діабет I типу. Який цукрознижуючий засіб необхідно призначити:
- ◆Інсулін
 - Метформін
 - Діабетон
 - Глюренорм
 - Глібенкламід
358. Препаратом вибора для терапії острого пієлонефриту у беременної жінки в I триместре являється:
- ◆амоксицилін
 - норфлоксацин
 - бисептол
 - гентамицин
 - хлорамфеникол
359. У больного В. после антибиотикотерапии появились признаки дискомфорта со стороны ЖКТ (вздутие живота, послабление стула, урчание, болезненность при пальпации живота). Какой наиболее рациональный препарат необходимо рекомендовать данному больному?
- ◆Линекс
 - активированный уголь
 - эспумизан
 - мезим
 - дротаверина гидрохлорид
360. Больному В., 65 лет с признаками передозировки сердечными гликозидами показаны все перечисленные мероприятия, кроме:
- ◆введение препаратов кальция
 - введение препаратов калия
 - отмена сердечных гликозидов
 - введение унитиола
 - назначение антиаритмических препаратов
361. У беременной женщины Р., 38 лет с сахарным диабетом II типа (инсулинонезависимым) препаратом выбора является:
- ◆инсулин
 - глибенкламид
 - метформин
 - толбутамид
 - буформин

362. Какой слабительный препарат из перечисленных противопоказан больному со спастическими запорами?
 ◆сенаде
 гутгалакс
 лактулоза
 форлак
 касторовое масло
363. К направлениям симптоматического лечения больных с жалобами на боль в горле являются все перечисленные, кроме:
 ◆системное применение антибиотиков
 полоскание горла вяжущими средствами
 полоскание горла антисептическими средствами
 применение антисептических пастилок, леденцов
 применение аэрозолей с антисептиками, эфирными маслами
364. Какой наиболее рациональный препарат можно порекомендовать для лечения ринита при ОРВИ для ребенка в возрасте 7 месяцев?
 ◆0,9 % раствор поваренной соли в теплой воде
 нафтизин
 галазолин
 пиносол
 Мазь "Бороментол"
365. Какой из указанных антибактериальных препаратов нерационально назначить больному К., 56 лет с сахарным диабетом II типа, получающим глибенкламид?
 ◆бисептол
 мидекамицин
 гентамицин
 бензилпенициллин
 доксициклин
366. Для лечения внебольничной пневмонии больному К., 59 лет с хроническим гепатитом противопоказаны все препараты, кроме:
 ◆амоксциллин
 доксициклин
 линкомицин
 левомицетин
 тетрациклин
367. Какая из указанных фармакологических групп препаратов антигипертензивного действия противопоказана для больных с бронхиальной астмой?
 ◆бета-адреноблокаторы
 ингибиторы АПФ
 антагонисты кальция
 блокаторы ангиотензиновых рецепторов
 диуретики
368. Прием какого препарата может вызвать развитие запора у больного С., получающего комбинированную терапию артериальной гипертензии:
 ◆верапамил
 фуросемид
 триметазидин
 панангин
 ацетилсалициловая кислота в малых дозах
369. Какой препарат можно порекомендовать для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет?
 ◆парацетамол
 ацетилсалициловая кислота
 диклофенак натрия
 индометацин
 целекоксиб
370. До аптеки звернулась хвора жінка 50 років, у якій після прийому верапамілу в дозі 80 мг 4 рази на день з'являється почуття жару, почервоніння обличчя, занепокоєння. Як Ви розціните ці явища?
 ◆Побічна дія препарату, яка не потребує корекції
 Передозування препарату
 Прояв лікарської алергії
 Побічна дія препарату, потребує негайної відміни
 Психологічна реакція хворого на прийом препарату
371. Хворому К., 45 років, з діагнозом ревматоїдний артрит та пептична виразка шлунка, необхідно призначити НПЗЗ. Який препарат є найбільш доцільним?
 ◆Целекоксиб
 Діклофенак натрію
 Ацетилсаліцилова кислота
 Індометацин
 Піроксикам
372. Проконсультуйте лікаря-інтерна, які антигіпертензивні препарати слід з обережністю застосовувати при поєднанні бронхіальної астми і артеріальної гіпертензії?
 ◆Пропранолол
 Каптоприл
 Амлодипин
 Фуросемид
 Лозартан
373. Хворому К., 45 років, встановлено діагноз гіпертонічна хвороба II стадії, АТ 165/95, пульс 52 удари в хвилину. Який з наявних препаратів не доцільно призначити для зниження АТ даному хворому?
 ◆Метопролол
 Еналаприл
 Лозартан
 Ніфедіпін
 Фуросемід
374. Хвора С., 36 років, з діагнозом хламідійний вагініт в комплексній терапії було призначено

- антибактеріальний препарат. Який з наявних є найбільш доцільний?
- ◆Азітроміцин
 - Ампіцилін
 - Цефуроксим
 - Амоксицилін
 - Гентаміцин
375. У хворого на артеріальну гіпертензію при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію напруги ІІ ФК, надшлуночкова екстрасистолія. Виберіть найбільш оптимальний засіб для лікування:
- ◆Метопролол
 - Ніфедипін
 - Нітросорбід
 - Еналаприл
 - Фуросемід
376. Хворий, 56 років з артеріальною гіпертензією та подагрою. Яких груп лікарських засобів слід уникати при проведенні корекції артеріальної гіпертензії?
- ◆Тіазидних діуретиків
 - Блокаторів кальцієвих каналів
 - Інгібіторів АПФ
 - Блокаторів ангіотензинових рецепторів
 - Бета-адреноблокаторів
377. Жінка 50 років, із симптоматичною гіпертензією та супутнім хронічним обструктивним захворюванням легенів. Приймання якої групи лікарських засобів у хворій буде обмежено?
- ◆Бета-адреноблокаторів
 - Блокаторів кальцієвих каналів
 - Інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту
 - Блокаторів ангіотензинових рецепторів
 - Діуретиків
378. У пацієнтки 40 років, яка з приводу позашпитальної пневмонії приймала ампіцилін протягом 10 днів, виникли загальна слабкість, здуття живота, періодичні проноси, які змінюються закрепамі. Який з наведених засобів слід рекомендувати для нормалізації даного стану?
- ◆Лінекс
 - Церукал
 - Лоперамід
 - Гуталакс
 - Де-нол
379. Больному К., с діагнозом: желчекаменная болезнь, для растворения холестериновых желчных камней показано применение препарата:
- ацетисалициловая кислота
 - гамма-аминомасляная кислота
 - лимонная кислота
 - ◆урсодезоксихолиевая кислота
 - мефенамовая кислота
380. При фармакотерапии аллергических заболеваний не применяется следующая группа лекарственных препаратов:
- ◆Бета-адреноблокаторы
 - Антигистаминные препараты
 - Стабилизаторы мембран тучных клеток
 - Глюкокортикостероиды
 - Адреномиметики
381. Какой средний срок проведения эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* при пептической язве желудка и двенадцатиперстной кишки?
- ◆7-10 дней
 - 1-2 дня
 - 3-5 дней
 - 11- 14 дней
 - 15-20 дней
382. С чего наиболее целесообразно начинать лечение больного, у которого впервые развился приступ бронхиальной астмы?
- ◆Ингаляции бета2-адреномиметика
 - Ингаляции глюкокортикостероида
 - Адреномиметики парентерально
 - М-холинолитики
 - H2-гистаминоблокаторы
383. С какой целью больному, страдающему бронхиальной астмой, назначается интал (кромолин-натрий):
- ◆Для предупреждения развития приступа бронхиальной астмы
 - Для купирования астматического статуса
 - Для купирования приступа бронхиальной астмы
 - Для улучшения отхождения мокроты
 - Для подавления кашля
384. Какой сустав наиболее часто поражается при подагре?
- ◆Первый плюснефаланговый сустав
 - Плечевой сустав
 - Локтевой сустав
 - Дистальные межфаланговые суставы
 - Тазобедренный и коленный
385. Косвенным признаком аллергического характера заболевания является следующий показатель общего анализа крови:
- ◆Эозинофилия
 - Лейкоцитоз
 - Анемия
 - Тромбоцитопения
 - Моноцитоз
386. Из нижеприведенных противоязвенных средств выберите препараты, которые входят в схемы эрадикации *Helicobacter pylori*:
- ◆Кларитромицин
 - Сукральфат
 - Мизопростол
 - Гастроцепин

- Альмагель
387. Для лечения пациента с пептической язвой желудка показано применение препарата с гастроцитопротекторной активностью. Выберите этот препарат:
- ◆ Сукральфат
 - Альмагель
 - Ранитидин
 - Метоклопрамид
 - Дротаверина гидрохлорид
388. Больному с гипертоническим кризом был введен ганглиоблокатор - бензогексоний. Проявления какого побочного эффекта следует опасаться после введения препарата?
- ◆ Ортостатической гипотензии
 - Синдрома отмены
 - Угнетающего действия на центральную нервную систему
 - Нарушения вкусовых ощущений
 - Диареи
389. Больному П., 56 лет с диагнозом хронический гастрит типа А показана патогенетическая терапия:
- ◆ Полная заместительная терапия (витамины, соляная кислота, ферменты)
 - Антибактериальная терапия, направленная против хеликобактер пилори и купирование воспаления
 - Применение средств, снижающих кислотность, ингибиторов ферментов
 - Антиоксидантная терапия
 - Противовоспалительная терапия
390. Укажите болевой синдром, наиболее характерный для пептической язвы 12-перстной кишки:
- ◆ Боли в левом подреберье
 - Ранние" боли в эпигастрии
 - Опоясывающие" боли
 - Боли в правом подреберье
 - Голодные" боли в эпигастрии
391. Каков препарат выбора при лечении больных с артериальной гипертензией и аденомой предстательной железы?
- ◆ Доксазозин
 - Эналаприл
 - Каптоприл
 - Верошпирон
 - Верапамил
392. Хворому 62 років здійснюється фармакотерапія ІХС, стенокардія напруги ІІІ ф. кл.: бісопролол, нітросорбід, аспекард, тіотріазолін, АТФ-лонг. Під час лікування хворий поскаржився на нестерпний біль голови. Назвіть лікарський засіб, який наймовірніше спричинив ускладнення.
- ◆ Нітросорбід
 - Бісопролол
- Аспекард
Тіотріазолін
АТФ-лонг
393. Хвора Н., 68 років, тривалий час застосовує фуросемід для лікування серцевої недостатності. Зазначьте лікарський засіб для профілактики гіпокаліємії при прийомі фуросемида:
- ◆ Панангін
 - Оротат калію
 - Мілдронат
 - Триметазидин
 - Сустанк-форте
394. Під час відпуску в аптеці антибактеріальних препаратів для лікування позагоспітальної пневмонії, дайте додаткові рекомендації хворому з приводу профілактики у нього можливого кишкового дисбактеріозу.
- ◆ Лінекс
 - Тавегіл
 - Амброксол
 - Карсил
 - Ко-тримоксазол
395. Хвора 52 років страждає підвищенням артеріального тиску протягом місяця. З анамнезу відомо, що останні 5 років хворіє бронхіальною астмою. Яка група гіпотензивних препаратів небажана для хворої?
- ◆ Блокатори бета-адренорецепторів
 - Антагоністи іонів кальцію
 - Транквілізатори
 - Антагоністи ангіотензинових рецепторів
 - Діуретики
396. Відповідаючи на запитання лікаря-хірурга про можливість тривалого консервативного лікування та розсмоктування холестеринових каменів в жовчному міхурі, зазначте рекомендований лікарський засіб:
- ◆ Урсодеоксихолієва кислота
 - Хофітол
 - Алохол
 - Ліюбіл
 - Легалон
397. Хворий Ш., 74 років, тривалий час застосовує для лікування серцевої недостатності дігосин. З'явилися скарги на нудоту, блювоту, пронос, погіршення зору. Лікар подумав про можливу інтоксикацію препаратом. Який антидот Ви порекомендуєте для призначення?
- ◆ Унітіол
 - Кальція хлорид
 - Протаміну сульфат
 - Прозерін
 - Атропіна сульфат
398. Хворому З., 46 років, з підвищеним рівнем холестерину, тригліцеридів, бета-ліпопротеїдів призначено аторвастатин по 10 мг на добу.

- Хворий звернувся до провізора з проханням дати пояснення про час прийому препарату. Ваші рекомендації:
- ◆На ніч
 - Вранці натщесерце
 - Вранці після сніданку
 - Під час обіду
 - Під час вечері
399. При здійсненні фармацевтичної опіки хворих кардіологічного стаціонару зазначте, які антиангінальні лікарські засоби протипоказані при наявності ішемічної хвороби серця і глаукоми?
- ◆Нітрати
 - Антагоністи іонів кальцію
 - Бета-адреноблокатори
 - Антиагреганти
 - Антикоагулянти
400. При наданні допомоги хворій К., 49 років, з гострим калькульозним холециститом, зазначте холекінетик протипоказаний при даному стані:
- ◆Сорбіт
 - Алохол
 - Холензим
 - Легалон
 - Хофітол
401. Хворий поступив у приймальне відділення в коматозному стані. Рівень цукру в крові 25 ммоль/л. Який лікарський засіб є препаратом вибору при наданні невідкладної допомоги?
- ◆Інсулін
 - Хумулін ультраленте
 - 40 % розчин глюкози
 - Розчин Рінгера
 - 10 % розчин глюкози
402. У хворого 18 років діагностовано: дисемінований туберкульоз легень. Який лікарський засіб необхідний для етіотропної фармакотерапії?
- ◆Ізоніазид
 - Бензилпеніциліну натрієва сіль
 - Триметоприм
 - Лінкоміцин
 - Метронідазол
403. У хворого з дисемінованою формою туберкульозу легень, який три дні приймає рифампіцин по 0,15 г 3 рази на добу та ізоніазид по 0,2 г 2 рази на добу, з'явилась червона сеча. З чим пов'язано виникнення такого явища?
- ◆Наслідок прийому рифампіцину
 - Наслідок прийому ізоніазида
 - Ускладнення туберкульозу
 - Передозування ізоніазида
 - Передозування рифампіцину
404. Хворому з гострою кишковою непрохідністю перед оперативним втручанням необхідно очистити кишківник. З цією метою призначено:
- ◆Форлак
 - Бісакодил
 - Касторове масло
 - Гуталакс
 - Регулак
405. У хворої П., 67 р., яка лікується з приводу бронхіальної астми, виникли тремор кінцівок, біль голови, безсоння, екстрасистоля. Що могло стати причиною виникнення таких симптомів?
- ◆Теофілін
 - Преднізолон
 - Тавегіл
 - Інтал
 - Ацетилцистеїн
406. Вагітна жінка (III триместр) захворіла ГРВЗ з підвищенням температури тіла до 39 С. Який ЛЗ Ви зможете їй запропонувати?
- ◆Парацетамол
 - Целекоксиб
 - Індометацин
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Диклофенак
407. Хворий з гострим пієлонефритом скаржитись на інтенсивний біль в попереку; температура тіла 39 С, біль при сечовиділенні. Який ЛЗ необхідно призначити з метою етіотропного лікування?
- ◆Цефалексин
 - Диклофенак
 - Фуросемід
 - Реополіглюкін
 - Парацетамол
408. Хвора М., 40 р. хворіє бронхіальною астмою 2 роки. Напади ядухи виникають 2-3 рази на місяць, переважно в нічний час, а також на фоні респіраторних інфекцій, після фізичних навантажень. Виберіть ЛЗ для базисної терапії.
- ◆Флутиказон
 - Еуфілін
 - Оксацилін
 - Іпратропію бромід
 - Бромгексин
409. В аптеку звернулась жінка похилого віку з проханням відпустити їй лікарський засіб для зняття болю в суглобах, в анамнезі - пептична виразка шлунка. Який з наведених ЛЗ найбільш безпечний в даному випадку?
- ◆Целекоксиб
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Індометацин
 - Диклофенак натрію
 - Піроксикам

410. Хворому з хронічною серцевою недостатністю та хронічною нирковою недостатністю призначено дигоксин. Через тиждень виникла брадикардія, екстрасистолія, погіршення гостроти зору, порушення колірної сприйнятності. Як Ви трактуватимете зміни в клінічній картині?
 ♦Дигіталісна інтоксикація
 Ускладнення ХСН
 Ускладнення ХНН
 Артеріальна гіпотензія
 Іпохондричний синдром
411. У хворого з ревматизмом, комбінованою мітральною вадою серця, який вживав диклофенак, дигоксин і фуросемід, розвинулись явища дигіталісної інтоксикації. В чому полягає невідкладна допомога?
 ♦Унітіол + препарати калію
 Преднізолон + гіпотіазид
 Строфантин + інгібітори АПФ
 Гангліоблокатори + препарати кальцію
 Відміна дигоксину + атенолол
412. Больным хроническим гломерулонефритом не показаны следующие лекарственные средства:
 ♦Пенициллин
 Курантил
 Преднизолон
 Гепарин
 Фуросемид
413. Какую группу лекарственных средств следует использовать для лечения больных хроническим гломерулонефритом с высокой активностью процесса и резистентностью к глюкокортикоидам?
 ♦Иммунодепрессанты
 Нестероидные противовоспалительные средства
 Бета-адреноблокаторы
 Антибиотики
 Антиагреганты
414. Что не изучает фармакокинетика?
 ♦Связь лекарств с рецептором
 Выведение лекарств
 Всасывание лекарств
 Связь лекарств с белком
 Распределение лекарств в организме
415. Бета-адреноблокаторы не показаны при:
 ♦Гипотиреозе
 Артериальной гипертензии
 Стенокардии напряжения
 Стенокардии покоя
 Нарушении сердечного ритма
416. Справедливы следующие утверждения о лечении артериальной гипертензии:
 ♦Целью лечения является стабилизация АД на уровне 160/95 мм рт ст.
 Целью лечения является стабилизация АД
- ниже 140/90 мм рт ст.
 Особенно срочно надо снижать АД людям пожилого возраста
 Лечение не проводят при бессимптомном течении
 Проводят курсами, отменяя препарат при снижении АД
417. Какие инструментальные методы могут использоваться при оценке эффективности нитратов у больных со стенокардией?
 ♦Велоэргометрия
 Рентгенография сердца
 Эхокардиография
 Электрокардиография в покое
 Измерение АД
418. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита используются все средства, кроме:
 ♦Антимикробных
 Гипотензивных
 Глюкокортикоидов
 Нестероидных противовоспалительных средств
 Цитостатиков
419. Максимальный клинический эффект от назначения ингаляционных глюкокортикоидов больным с бронхиальной астмой обычно отмечается через:
 ♦3-4 недели
 1-2 часа
 1-2 дня
 4-6 месяцев
 12 месяцев
420. Какой препарат показан для лечения астматического статуса?
 ♦Преднизолон
 Атропин
 Сальбутамол
 Интал
 Фенотерол
421. Хворий К., 50 років, скаржитья на біль, припухлість та обмеження рухів в суглобах пальців рук, ніг і колін, ранкову скутість до 12 год., підвищення температури тіла до 38 °С, загальне нездужання. Хворіє біля 5 років. При обстеженні відмічається деформація китиць рук („ласти моржа”) та колін. Визначте попередній діагноз.
 ♦Ревматоїдний артрит
 Ревматизм
 Системна склеродермія
 Системний червоний вовчак
 Вузликівий периартеріїт
422. Хворий Д., 35 років, 2 тижні після перенесеної ангіни відмітив колючий біль в серці, серцебиття, задишку, припухлість і біль колінних та ліктьових суглобів, підвищення температури

- тіла до 37,5 ° С. При обстеженні у пацієнта виявлено ваду мітрального клапана, припухлість та обмеження рухів колінних і ліктьових суглобів. Визначте попередній діагноз.
- ◆Ревматизм
 - Системна склеродермія
 - Системний червоний вовчак
 - Ревматоїдний артрит
 - Вузликівий периартеріїт
423. Хвора С., 40 років, скаржиться на дратівливість, приступи серцебиття, перебоїв в роботі серця, пітливість, втрату маси тіла, безсоння, тремор рук, вип'ячування очей, відчуття жару. При обстеженні шкіра волога, еластична, гіперемована. Дифузне збільшення щитовидної залози; тахікардія, аритмія, екзофтальм. Визначте попередній діагноз.
- ◆Тиреотоксикоз (гіпертиреоз)
 - Ревматизм
 - Гіпотиреоз
 - Кардіоневроз
 - Вузликівий периартеріїт
424. Хвора Н., 26 років, скаржиться на постійну спрагу, сухість в роті, частий сечопуск, свербіння, підвищення апетиту, слабкість, головний біль, втрату маси тіла, часте утворення фурункулів. Визначте попередній діагноз.
- ◆Цукровий діабет I типу
 - Тиреотоксикоз (гіпертиреоз)
 - Гіпотиреоз
 - Кардіоневроз
 - Цукровий діабет II типу
425. Хвора Н., 50 років, скаржиться на біль голови, головокружіння, чорні "мушки" перед очима, нудоту. Шкіра обличчя гіперемована. При обстеженні: частота серцевих скорочень 85 уд/хв., АТ 210/120 мм рт. ст. Вкажіть попередній діагноз хворої.
- ◆Гіпертонічний криз
 - Менінгококова інфекція
 - Напад стенокардії
 - Геморагічний інсульт
 - Інфаркт міокарда
426. Хвора К., 70 років, поступила в клініку зі скаргами на серцебиття відчуття перебоїв в роботі серця, задишку при незначному фізичному навантаженні, набряки на нижніх кінцівках. При обстеженні: ціаноз слизових, в легенях з обидвох сторін вислуховуються вологі хрипи, робота серця неритмічна. ЧСС 85 уд/хв., АТ 140/90 мм рт.ст. Печінка виступає на 4 см з-під краю реберної дуги, гомілки набряклі. Вкажіть попередній діагноз.
- ◆Серцева недостатність
 - Гіпотиреоз
 - Міокардит
 - Пневмонія
- Ревматизм
427. У Хворої Н., 73 років, на фоні успішного лікування серцевої недостатності з'явилася нудота, біль в животі, жовті кола перед очима, перебоїв в роботі серця. На ЕКГ: ритм синусовий, неправильний, шлуночкова екстрасистолія, коритоподібна депресія ST. Яка група препаратів могла зумовити дані клінічні симптоми?
- ◆Серцеві глікозиди
 - Антагоністи кальцієвих каналів
 - Діуретики
 - Бетаадреноблокатори
 - Нітрати
428. Хворий, 52 роки, скаржиться на підвищення АТ, задишку, наявність набряків на нижніх кінцівках. Об-но: ЧД-24, ЧСС-80/хв, АТ-160/105 мм рт.ст., ознаки застійної серцевої недостатності - серце збільшене у розмірах, тони серця приглушені, печінка +2 см, виражені набряки нижніх кінцівок. Яка комбінація гіпотензивних засобів є найбільш оптимальною для даного пацієнта?
- ◆Еналаприл+фуросемід
 - Ніфедипін+фуросемід
 - Дибазол+фуросемід
 - Пропранолол+фуросемід
 - Метилдопа+фуросемід
429. Чоловік 54 років, хворіє на ревматичну хворобу серця із застійною серцевою недостатністю. До схеми лікування пацієнта увійшли дигоксин, еналаприл, гіпотіазид, фуросемід, аспірин, триметазидин, панангін, молсидомін. Проте достатнього діуретичного ефекту лікарем не було зафіксовано. Який із призначених препаратів зменшив ефективність дії діуретиків?
- ◆Аспірин
 - Дигоксин
 - Триметазидин
 - Нітросорбід
 - Панангін
430. Хворий, 45 років, 3 міс тому переніс великовогнищевий інфаркт міокарда. Скарги відсутні. Об'єктивно: АТ – 150/90 мм рт.ст. ЧСС – 92 за 1 хв. Тони серця приглушені. ЕКГ: рубцеві зміни в ділянці задньої стінки лівого шлуночка. Яку комбінацію ліків можна призначити для найбільш ефективної профілактики повторного ІМ?
- ◆Аспірин+пропранолол
 - Курантил+ніфедипін
 - Пентоксифілін+нітросорбід
 - Аспірин+нітрогліцерин
 - Тиклід+молсидомін
431. Хворий на ревматизм 48 р. тривало лікувався з приводу серцевої недостатності, через 14 діб з'явився сухий кашель. Об-но: ЧСС=102

- уд/хв. АТ-160/90 мм рт.ст. Побічна дія якого з препаратів, найімовірніше, могла проявитись у хворого?
- ◆Еналаприлу
 - Гіпотіазиду
 - Бісопрололу
 - Дигоксину
 - Фуросеміду
432. У пацієнтки 40 років, що хворіє на тиреотоксичну хворобу серця, з'явилися напади надшлуночкової пароксизмальної тахікардії. Порадьте лікарю найбільш ефективний патогенетично обґрунтований антиаритмік для даної пацієнтки.
- ◆Пропранолол
 - Дигоксин
 - Лідокаїн
 - Верапаміл
 - Пропафенон
433. Чоловік, 42 р., скаржиться на підвищення рівня АТ, що супроводжується нудотою, шумом у вухах, головним болем. Об-но: межі серця розширені вліво, тони приглушені, ЧСС 86 уд. за хв, АТ 160/100 мм рт.ст. Зафіксовано підвищення рівня реніну у плазму крові в 2,1 рази. Яку з наведених груп гіпотензивних засобів доцільно застосувати?
- Альфа-адреноблокатори
 - Антагоністи кальцію
 - Діуретики
 - Периферичні вазодилататори
 - ◆Інгібітори АПФ
434. У хворого на артеріальну гіпертензію при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію, ІІ ф.кл., надшлуночкові екстрасистоли. Виберіть засіб для лікування артеріальної гіпертензії.
- ◆Пропранолол
 - Ніфедипін
 - Празозин
 - Гіпотіазид
 - Фуросемід
435. У хворого на гіпертонічну хворобу із супутньою ІХС, серцевою недостатністю І стадія, ІІ ф.кл. АТ=140/100 мм рт. ст., ЧСС=54/хв. Виберіть оптимальний гіпотензивний засіб з числа наведених
- ◆Амлодипін
 - Пропранолол
 - Верапаміл
 - Резерпін
 - Метилдопа
436. Хворому з гіпертонічною хворобою призначено гіпотензивний препарат. Через 20 днів прийому у хворого з'явилися депресія, нічні жахи, періодичне блювання, пронос, жовтяниця, біль у суглобах, підвищилась температура тіла. Назвіть його:
- ◆Метилдопа
 - Анаприлін
 - Клофелін
 - Верапаміл
 - Каптоприл
437. У хворого з артеріальною гіпертензією та хронічним бронхітом раптово виник сухий кашель, задишка, температура тіла не змінилась. Відомо, що хворий приймає каптоприл. Поясніть цей феномен при прийомі препарату:
- ◆Збільшене утворення брадикініну
 - Збільшене утворення ангіотензину І
 - Збільшене утворення реніну
 - Зменшене утворення альдостерону
 - Збільшене утворення Na-уретичного пептиду
438. У пацієнтки 40 років, яка з приводу загострення бронхіту приймала ампіцилін протягом 7 днів, виникли загальна слабкість, здуття живота, періодичні проноси, які змінюються закрепамі. Який з наведених засобів слід рекомендувати для нормалізації даного стану?
- ◆Лінекс
 - Церукал
 - Лоперамід
 - Гуталакс
 - Де-нол
439. У хворого на артеріальну гіпертензію виявлено ІХС, серцеву недостатність ІІБ, ІІІ ФК, цукровий діабет ІІ типу, субкомпенсований. Призначте оптимальний гіпотензивний засіб ?
- ◆Еналаприл
 - Гідралазин
 - Верапаміл
 - Пропранолол
 - Гіпотіазид
440. Какой из перечисленных лекарственных средств может спровоцировать периферический ангиоспазм?
- ◆пропранолол
 - клонидин
 - лозартан
 - нифедипин
 - амлодипин
441. Противопоказанием для назначения калийсберегающих диуретиков является:
- ◆все перечисленное
 - беременность
 - гипонатриемия
 - острая почечная недостаточность
 - хроническая почечная недостаточность
442. Какая комбинация антигипертензивных лекарственных средств является нерациональной?
- ◆каптоприл + спиронолактон
 - амлодипин + гипотиазид
 - эналаприл + фуросемид
 - атенолол + фуросемид

- нифедипин + лозартан
443. Какая комбинация антигипертензивных лекарственных средств является нерациональной?
- ◆пропранолол + верапамил
 - нифедипин + эналаприл
 - эналаприл + гипотиазид
 - празозин + пропранолол
 - пропранолол + гипотиазид
444. Назовите показатель терапевтической эффективности при назначении сердечных гликозидов:
- ◆степень уменьшения клинических симптомов недостаточности кровообращения
 - концентрация препарата в сыворотке крови
 - появление брадикардии
 - динамика показателей ЭКГ
 - концентрация препарата в моче
445. Терапевтический эффект при применении препаратов (или производных) кромоглициевой кислоты наступает через:
- ◆2-4 недели
 - 2-4 дня
 - 1-2 недели
 - 2-3 месяца
 - 1 неделю
446. Базисная (противовоспалительная) терапия бронхиальной астмы предусматривает применение:
- ◆глюкокортикоидов
 - антибактериальных средств
 - антигистаминных средств
 - продолжительных теофиллинов
 - бета2-адреномиметиков
447. К антисекреторным препаратам относятся все, кроме:
- ◆маалокса
 - пирензепина
 - ранитидина
 - омепразола
 - фамотидина
448. Какой из перечисленных препаратов может маскировать признаки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (окрашивать стул в черный цвет)?
- ◆висмута субцитрат коллоидный
 - пирензепин
 - фамотидин
 - сукральфат
 - альмагель
449. Дайте определение понятию “салицилизм”:
- ◆развитие побочных эффектов при лечении салицилатами (шум в ушах, тошнота, рвота, лихорадка)
 - развитие побочных эффектов при лечении салицилатами (кровотечение из ЖКТ, боли в эпигастрии, рвота)
 - непереносимость салицилатов
 - привыкание к салицилатам
 - развитие зависимости от салицилатов
450. Больным пожилого и старческого возраста нежелательно назначение антибиотиков группы:
- ◆аминогликозидов
 - карбапенемов
 - пенициллинов
 - макролидов
 - цефалоспоринов
451. При применении какого препарата наблюдается фотосенсибилизация?
- ◆доксидиклина
 - амоксциллин
 - ампициллин
 - ровамицин
 - цефтриаксон
452. К препаратам, способствующим развитию диареи относятся все, кроме:
- ◆алюминийсодержащие антациды
 - антибактериальные средства
 - магнийсодержащие антациды
 - препараты калия
 - антикоагулянты
453. В состав препаратов для симптоматического лечения боли в горле (таблетки, пастилки, леденцы) могут входить все перечисленные компоненты, кроме:
- ◆антибактериальные средства
 - аскорбиновая кислота
 - слабые антисептики
 - местные анестетики
 - эфирные масла
454. Какие побочные эффекты характерны при применении симпатомиметиков при лечении ринита?
- ◆все перечисленные
 - повышенная раздражительность
 - нарушение сна
 - повышение АД
 - головная боль
455. Препараты, содержащие ацикловир, для местной терапии герпеса губ, наносятся:
- ◆каждые 4 часа
 - 2 раза в день
 - 3 раза в день
 - каждые 60 минут
 - 8-10 раз в день
456. К направлениям симптоматического лечения диареи относятся все, кроме:
- ◆применения антибактериальных препаратов
 - применения энтеросорбентов
 - применения антиперистальтических препаратов
 - применения препаратов для пероральной регидратации

- применения пре- и пробиотиков
457. Слабительный эффект при применении препаратов, содержащих антрагликозиды, развивается через:
- ◆8-12 часов после приема
 - 20-24 часа после приема
 - 2-4 часа после приема
 - 15-30 мин после приема
 - 24-36 часов после приема
458. Укажите слабительный препарат с осмотическим типом действия:
- ◆форлакс
 - гутталакс
 - касторовое масло
 - вазелиновое масло
 - бисакодил
459. У 18-річної хворої з'явилися тонічні судоми кінцівок, які змінилися на клонічні. Свідомість втрачена. З рота виділяється кров'яниста піна. Зіниці широкі, фотореакції відсутні. Обличчя червоне. ЧП-62 за хв., АТ-115/70 мм рт.ст. Вкажіть препарат вибору для зняття приступів.
- ◆Діазепам
 - Фінлепсин
 - Гексенал
 - Закис азоту з киснем
 - Оксибутират натрію
460. Під час епідемії грипу необхідно провести профілактику. Які методи екстреної профілактики застосовуються для цього?
- ◆Ремантадин
 - Оксолінова мазь
 - Живі вакцини
 - Аспірин
 - Ацикловір
461. У хворого на гострий пієлонефрит інтенсивний біль в попереку, часті позиви до сечовипускання, температура тіла 39,0С, АТ-80/60 мм рт.ст., піурія. Які препарати показані хворому в першу чергу?
- ◆Антибіотики
 - Цитостатики
 - Сульфаніламід
 - Аналгетики
 - Гормональні препарати
462. Хвора 46 років скаржиться на інтенсивний біль у правому підребер'ї, нудоту, блювоту, гіркоту в роті. В анамнезі – жовчнокам'яна хвороба. При пальпації живота – болісність в проекції жовчного міхура. На догоспітальному етапі необхідно призначити:
- ◆Но-шпа
 - Індометацин
 - Карсіл
 - Магнію сульфат
 - Холестирамін
463. Який засіб є першочерговим при лікуванні анафілактичного шоку, щоб не припустити зупинки серця?
- ◆Адреналін в/в
 - Гідрокортизон в/в
 - Кортизон в/в
 - Антигістамінні засоби
 - Кристалічні розчини в/в
464. Під час надання ургентної гіпотензивної допомоги хворому з неускладненим гіпертензивним кризом, було виявлено різке короткочасне підвищення артеріального тиску. Який препарат отримував хворий?
- ◆Клофелін
 - Фуросемід
 - Діазепам
 - Дібазол
 - Папаверину гідрохлорид
465. Під час лікування хронічної серцевої недостатності дигоксином у хворого виникла синусова брадикардія (ЧСС- 48 за хв.), нудота, блювота, погіршення зору. Який з препаратів є антидотом в цьому випадку?
- ◆Унітіол
 - Тетацин-кальцій
 - Дипіроксам
 - Амілнітріт
 - Атропину сульфат
466. Хворому 40 років із скаргами на печію, дисфагію, біль в епігастральній ділянці натще-серце та через 2 години після їжи, проведено фіброскопічне дослідження. Виявлена дуоденальна виразка, гістологічний аналіз слизової оболонки шлунку – наявність *Helicobacter pylori*. Яку групу препаратів Ви порекомендуєте хворому?
- ◆Протимікробні
 - Прокінетики
 - Вітаміни
 - Ненаркотичні аналгетики
 - Наркотичні аналгетики
467. У хворого 53 років дрібновузловий цироз печінки. Приймає гепатопротектори і глюкокортикостероїди. На протязі останніх 3 місяців скаржиться на наростаючі набряки нижніх кінцівок, збільшення живота, задишку. Яку комбінацію ліків доцільно додати до лікування, що вже здійснюється?
- ◆Верошпирон + фуросемід
 - Ретаболіл + фуросемід
 - Альбумін + аскорутин
 - Верошпирон + аскорутин
 - Лідокаїн + гіпотіазид
468. Хворий 70 років перебуває на лікуванні у травматологічному відділенні з діагнозом: перелом шийки стегна. Який лікарський засіб слід призначити з метою профілактики тром-

- боемболічних ускладнень?
- ◆Гепарин
 - Кордарон.
 - Нітрогліцерин.
 - Ацетилсаліцилова кислота.
 - Квадевіт.
469. Хворому В. 34 років встановлено діагноз гострий пієлонефрит. Яка група лікарських засобів у лікуванні є на першому місці:
- ◆Антибіотики.
 - Спазмолітики
 - Урикозуричні засоби.
 - Сечогінні.
 - Нефропротектори
470. Хворому К. 55 років для посилення антиагрегантного ефекту при лікуванні дрібно вогнищового інфаркту міокарда необхідно призначити:
- ◆Клопідогрель.
 - Абсіксимаб.
 - Тиклопідин.
 - Грудин.
 - Дипіридамо́л
471. Хворий С. 47 років приймає преднізолон у дозі 30 мг на добу для лікування бронхіальної астми. Раптово біль в епігастральній ділянці. Яке ускладнення гормонотерапії найбільш ймовірно виникло?
- ◆Пептична виразка шлунка
 - Гострий панкреатит.
 - Гострий коліт.
 - Інфаркт міокарда.
 - Гострий холецистит
472. Хворий А., 25 років, лікується з приводу дисемінованого туберкульозу легень. Який лікарський засіб міг спричинити гепатит, свербіж та червоне забарвлення сечі?
- ◆Рифампіцин
 - Ізоніазид.
 - Піразинамід.
 - Амікацин.
 - Стрептоміцин
473. Хворий В. 60 років з артеріальною гіпертензією та брадикардією госпіталізований в кардіологічне відділення. Який лікарський засобів доцільно йому призначити?
- ◆Ніфедипін.
 - Доксазозин.
 - Атенолол.
 - Метилдофа.
 - Еналаприл
474. Хворому Л. 70 років, встановлено діагноз: гіперацидний гастрит та супутній цукровий діабет 2 типу. Порекомендуйте лікарю антацидний лікарський засіб для даного хворого.
- ◆Альмагель
 - Гастал.
- Вікалін.
- Ріволокс.
- Гастерін.
475. Хворий К., 46 років, з хронічним бронхітом звернувся в аптеку. Який лікарський засіб можна придбати в аптеці для полегшення відходження густого та в'язкого харкотиння
- ◆Амброксол
 - Лібексин.
 - Фалімінт.
 - Глаувент.
 - Сальбутамол
476. Вагітна жінка 26 років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 39,0С. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?
- ◆Панадол.
 - Анальгін.
 - Аспірин.
 - Диклофенак.
 - Індометацин
477. Дитина, 7 років, хворіє на бронхіальну астму 3 роки. Провокують напади, що виникають переважно в нічний час 2-3 рази на місяць, респіраторні інфекції та фізичні навантаження. Порекомендуйте молодому лікарю лікарський засіб для базисної терапії
- ◆Кромоглікат натрію.
 - Еуфілін.
 - Оксацилін
 - Астмопент.
 - Бромгексин
478. У хворого на виразкову хворобу під час комбінованої фармакотерапії випорожнення набули чорного забарвлення. Назвіть препарат, який міг спричинити таку зміну:
- ◆Де-нол
 - Омепразол;
 - Актовегін;
 - Метронідазол;
 - Ранітидин
479. Хворому М., який місяць тому переніс гострий інфаркт міокарда, для профілактики тромбоутворення призначено ацетилсаліцилову кислоту. В якій дозі слід рекомендувати даний лікарський засіб у такій клінічній ситуації?
- ◆100-300мг;
 - 500мг;
 - 3000мг;
 - 1000мг;
 - 750мг.
480. Хворий П., 67 років, знаходиться у терапевтичному відділенні з приводу прогресування серцевої недостатності. Через 3 тижні лікування стан пацієнта погіршився, що прояви-

- лось зниженням апетиту, нудотою, при погляді на джерело світла з'явилися райдужні кола. Який із лікарських засобів міг спричинити вказаний стан?
- ◆Дігоксин
 - Нітросорбід;
 - Каптоприл;
 - Гідрохлортіазид;
 - Аспекард
481. Хворий 52 років, з метою купування нападу стенокардії прийняв таблетку нітрогліцерину після чого відчув сильний головний біль. Який лікарський засіб слід рекомендувати приймати одночасно з нітратами для зменшення інтенсивності головного болю?
- ◆Валідол
 - Аспірин;
 - Кеторолак;
 - Суматриптан;
 - Кофеїн.
482. Хворий, яка страждає на бронхіальну астму встановлено діагноз гіпертонічної хвороби. Який гіпотензивний препарат протипоказаний даній пацієнтці?
- ◆Анаприлін
 - Амлодипін;
 - Каптоприл;
 - Гіпотіазид;
 - Верапаміл.
483. У хворої В., 55 років, яка тривалий час приймає гідрохлортіазид з приводу лікування гіпертонічної хвороби, з'явилися м'язова слабкість, судоми м'язів нижніх кінцівок, відчуття перебоїв у роботі серця. Яке ускладнення фармакотерапії найбільш ймовірно виникло у даної хворої?
- ◆Гіпокаліємія;
 - Гіпонатріємія;
 - Гіпокальціємія;
 - Гіпермагніємія;
484. Хворий Б., 35 років хворіє на виразкову хворобу асоційовану з *Helicobacter pylori*. Лікар призначив амоксицилін, омепразол, вентер, маалокс, квамател. Вкажіть який із перерахованих лікарських засобів володіє антимикробною дією?
- ◆Амоксицилін;
 - Вентер;
 - Маалокс;
 - Омепразол;
 - Квамател
 - Гіперкальціє
485. Хвора К., вагітність I триместр, встановлено діагноз гострого пієлонефриту. Який антибіотик є препаратом вибору для лікування даної пацієнтки?
- ◆Амоксицилін
 - Амікацин.
 - Норфлуксацин;
 - Гентаміцин;
 - Хлорамфенікол;
486. Хвора М., 64 роки, приймає нітросорбід по 10мг 4 р/д. Через три тижні від початку терапії збільшилась кількість та тривалість нападів стенокардії, що лікар пов'язав із розвитком толерантності до нітратів. Які рекомендації щодо подальшої фармакотерапії є раціональними у даному випадку?
- ◆Відмінити нітрати та призначити сідноніміни;
 - Зменшити дозу нітратів;
 - Збільшити дозу нітратів;
 - Додатково призначити серцеві глікозиди;
 - Припинити використання антиангінальних ЛЗ.
487. Хворий Н., 63 роки, регулярно приймає фуросемід 3 р/тиждень з приводу хронічної серцевої недостатності. Тиждень тому захворів на пневмонію, з приводу чого було призначено комбіновану фармакотерапію. На п'ятий день лікування у хворого погіршився слух. Який лікарський засіб при одночасному застосуванні з фуросемідом міг спричинити таку побічну дію?
- ◆Цефуроксим
 - Бісептол;
 - Ампіцилін;
 - Еритроміцин;
 - Тетрациклін
488. Хворий 52 роки, хворіє на хронічне обструктивне захворювання легень протягом 12-ти років, палить протягом 30 років. Після застосування бронхолітичного препарату виникла затримка сечопуску. Який бронхолітичний препарат міг спричинити таку побічну дію?
- ◆Атровент;
 - Сальбутамол;
 - Астмопент;
 - Еуфілін Н;
 - Фенотерол
489. Хвора 27 років, без шкідливих звичок страждає на бронхіальну астму персистоючого перебігу легкого ступеня. Останнім часом напади задухи почастишали до 8 разів на добу. Для купування нападу використовує інгаляції сальбутамолу. Якою групою лікарських засобів необхідно провести базисну терапію?
- ◆Інгаляційні глюкокортикоїди
 - Холінолітики.
 - Антибіотики;
 - Системні глюкокортикостероїди;
 - Кромони;
490. Хворий М., лікується з приводу гострої ревматичної лихоманки. Після проведення

- індивідуальної проби на чутливість до пеніциліну виявлено ознаки гіперчутливості. Які з перерахованих груп протимікробних лікарських засобів є препаратами вибору для лікування?
- ◆Макроліти
 - Сульфаніламідні;
 - Тетрацикліни;
 - Цефалоспорини;
 - Фторхінолони
491. У хворого М., який тривалий час хворіє на хронічний гепатит, встановлено діагноз пневмонії. Який з антибактеріальних лікарських засобів можна використати у даній клінічній ситуації?
- ◆Амоксициліну;
 - Тетрациклін;
 - Бісептол;
 - Ріфампіцин;
 - Ванкоміцин
492. Хвора А., протягом 7 днів отримувала антибіотикотерапію, яка ускладнилась розвитком дисбактеріозу кишечника. Яку із груп лікарських засобів слід використати для лікування даного ускладнення?
- ◆Пробіотики
 - Жовчогінні;
 - Спазмолітики;
 - Антациди;
 - Адаптогени.
493. У хворій П., яка приймала петльовий діуретик з'явилися м'язова слабкість, судомні м'язів нижніх кінцівок, відчуття перебоїв у роботі серця. Назвіть лікарські засоби для корекції даного ускладнення.
- ◆Аспаркам;
 - Маалокс;
 - Десферал;
 - Глоброн;
 - Магне-В-6.
494. У хворого Д., з підтвердженою УЗД картиною діагнозу жовчокам'яної хвороби з'явилась біль в правому підребер'ї, жовтушність шкіри та слизових оболонок. Який із наркотичних анальгетиків протипоказаний для купування больового синдрому?
- ◆Морфін
 - Фентаніл;
 - Промедол;
 - Оmnopон;
 - Трамадол
495. Хворий В., 42р., перед проведенням оперативного втручання з приводу видалення жовчного міхура, тривожний, збуджений, відмовляється від будь-якого лікування. З метою корекції психоемоційного стану показана атарактанальгезія. Що є препаратом вибору?
- ◆Сибазон
 - Каліпсол.
 - Фентаніл;
 - Тіопентал;
 - Аміназин;
496. Хворий А., 72 роки призначено серцеві глікозиди з приводу прогресування серцевої недостатності. Зміна яких показників клінічного статусу хворої свідчить про терапевтичну ефективність?
- ◆Зменшення ЧСС, набряків, задишки
 - Поява брадикардії, аритмії;
 - Підвищення артеріального тиску;
 - Збільшення розмірів печінки;
 - Зменшення діурезу.
497. Хворий, 57 років, встановлено діагноз ревматоїдного артрити, в анамнезі виразкова хвороба. Який препарат із групи НПЗП можна рекомендувати даній хворій?
- ◆Целекоксиб;
 - Диклофенак;
 - Аспірин;
 - Індометацин;
 - Мефенамова кислота
498. У хворого при обстеженні виявлено гнійний плеврит. Які групи препаратів та міроприємства призначають хворому із гнійним плевритом?
- ◆Евакуація гнійного вмісту та введення антибіотиків
 - Діуретики та дренажний масаж.
 - Сульфаніламідні препарати.
 - Нестероїдні протизапальні засоби.
 - Кортикостероїди.
499. У хворій під час обстеження виявлена мікоплазмова пневмонія. Виберіть препарат першої черговості для лікування
- ◆Тетрациклін
 - Гентаміцин
 - Рифампіцин
 - Левоміцетин
 - Еритроміцин
500. У хворого вперше виник приступ бронхіальної астми. З якого препарату найдоцільніше починати
- ◆Інгаляції бета-2-селективного стимулятора.
 - Глюкокортикостероїди.
 - Адреналін підшкірно 2 рази на добу.
 - М-холінолітики в таблетках.
 - Бета-блокатори в таблетках.
501. У хворого приступи бронхіальної астми виникають вночі, виражена брадикардія і супроводжується появою спастичного болю у кишківнику. Виберіть найефективніший лікарський препарат в даній ситуації.
- ◆Атропін + но-шпа
 - Анаприлін

- Беротек у аерозолі.
Атропіну сульфат.
Інтал.
502. У хворої, яка хворіє бронхіальною астмою, під час обстеження у пульмологічному відділенні встановлена вагітність. Які із нище наведених лікарських засобів є протипоказаним для призначення?
◆Йодовмісні препарати
Бронхолітики
Антигістамінні
Кортикостероїди
Бета – 2 селективні стимулятори
503. У хворого вперше встановлено діагноз системного червоного вівчаку (СЧВ). З якого препарату необхідно розпочинати патогенетичне лікування?
◆Преднізолон
Ацетилсаліцилова кислота
Пеніцилін
Метотрексат
Вольтарен
504. У хворого гіпертонічною хворобою виявлено обструктивний бронхіт. Який із гіпотензивних препаратів йому протипоказаний?
◆Анаприлін
Раунатин
Гіпотіазид
Допегіт
Клофелін
505. Хворий перебуває на лікуванні у гематологічному відділенні. При якому захворюванні, що супроводжується підвищенням у сироватці крові вмісту заліза, показано застосування десфералу?
◆Таласемія
В-12 дефіцитна анемія
Геморагічна автоімунна анемія.
Симптоматична гемолітична анемія при системному червоному вівчаку.
Апластичні анемії
506. Під час обстеження хворому встановлений діагноз: залізодефіцитна анемія. З якого рівня гемоглобіну призначається переливання крові?
40 г/л
50 г/л
60 г/л
◆70 г/л
80 г/л
507. У хворого під час огляду встановлено діагноз геморагічного васкуліту. Який із нищенаведених препаратів не може бути використаним для лікування?
◆Амінокапронова кислота
Трентал
Свіжозаморожена плазма.
- Гепарин
Педнізолон
508. Хворий 70 років перебуває на лікуванні у травматологічному відділенні з діагнозом: перелом шийки стегна. Який лікарський засіб слід призначити з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень?
◆Гепарин
Кордарон.
Нітрогліцерин.
Ацетилсаліцилова кислота.
Квадевіт.
509. Хворому В. 34 років встановлено діагноз гострий піелонефрит. Яка група лікарських засобів у лікуванні є на першому місці:
◆Антибіотики.
Спазмолітики
Урикозуричні засоби.
Сечогінні.
Нефропротектори
510. Хворому К. 55 років для посилення антиагрегантного ефекту при лікуванні дрібно вогнищового інфаркту міокарда необхідно призначити:
◆Клопідогрель.
Абсіксимаб.
Тиклопідин.
Грудин.
Дипіридамомл
511. Хворий С. 47 років приймає преднізолон у дозі 30 мг на добу для лікування бронхіальної астми. Раптово біль в епігастральній ділянці. Яке ускладнення гормонотерапії найбільш ймовірно виникло?
◆Пептична виразка шлунка
Гострий панкреатит.
Гострий коліт.
Інфаркт міокарда.
Гострий холецистит
512. Хворий А., 25 років, лікується з приводу дисемінованого туберкульозу легень. Який лікарський засіб міг спричинити гепатит, свербіж та червоне забарвлення сечі?
◆Рифампіцин
Ізоніазид.
Піразинамід.
Амікацин.
Стрептоміцин
513. Хворий В. 60 років з артеріальною гіпертензією та брадикардією госпіталізований в кардіологічне відділення. Який лікарський засіб доцільно йому призначити?
◆Ніфедипін.
Доксазозин.
Атенолол.
Метилдофа.
Еналаприл

514. Хворому Л. 70 років, встановлено діагноз: гіперацидний гастрит та супутній цукровий діабет 2 типу. Порекомендуйте лікарю антацидний лікарський засіб для даного хворого.
 ♦Альмагель
 Гастал.
 Вікалін.
 Ріволокс.
 Гастерін.
515. Хворий К., 46 років, з хронічним бронхітом звернувся в аптеку. Який лікарський засіб можна придбати в аптеці для полегшення відходження густого та в'язкого харкотиння
 ♦Амброксол
 Лібексин.
 Фалімінт.
 Глаувент.
 Сальбутамол
516. Вагітна жінка 26 років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 390С. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?
 ♦Панадол
 Анальгін.
 Аспірин.
 Диклофенак.
 Індометацин
517. Дитина, 7 років, хворіє на бронхіальну астму 3 роки. Провокують напади, що виникають переважно в нічний час 2-3 рази на місяць, респіраторні інфекції та фізичні навантаження. Порекомендуйте молодому лікарю лікарський засіб для базисної терапії
 ♦Кромоглікат натрію.
 Еуфілін.
 Оксацилін
 Астмопент.
 Бромгексин
518. У хворого на виразкову хворобу під час комбінованої фармакоterapiї випорожнення набули чорного забарвлення. Назвіть препарат, який міг спричинити таку зміну:
 ♦Де-нол
 Омепразол;
 Актовегін;
 Метронідазол;
 Ранітидин
519. Хворий П., 67 років, знаходиться у терапевтичному відділенні з приводу прогресування серцевої недостатності. Через 3 тижні лікування стан пацієнта погіршився, що проявилось зниженням апетиту, нудотою, при погляді на джерело світла з'явилися райдужні кола. Який із лікарських засобів міг спричинити вказаний стан?
 ♦Дігоксин;
- Нітросорбід;
 Каптоприл;
 Гідрохлортіазид;
 Аспекард
520. Хворий 52 років, з метою купування нападу стенокардії прийняв таблетку нітрогліцерину після чого відчув сильний головний біль. Який лікарський засіб слід рекомендувати приймати одночасно з нітратами для зменшення інтенсивності головного болю?
 ♦Валідол;
 Аспірин;
 Кеторолак;
 Суматриптан;
 Кофеїн.
521. Хворій, яка страждає на бронхіальну астму встановлено діагноз гіпертонічної хвороби. Який гіпотензивний препарат протипоказаний даній пацієнтці?
 ♦Анаприлін
 Амлодипін;
 Каптоприл;
 Гіпотіазид;
 Верапаміл.
522. У хворої В., 55 років, яка тривалий час приймає гідрохлортіазид з приводу лікування гіпертонічної хвороби, з'явилися м'язова слабкість, судоми м'язів нижніх кінцівок, відчуття перебоїв у роботі серця. Яке ускладнення фармакоterapiї найбільш ймовірно виникло у даної хворої?
 ♦Гіпокаліємія;
 Гіпонатріємія;
 Гіпокальціємія;
 Гіпермагніємія;
 Гіперкальціємія
523. Хворий Б., 35 років хворіє на виразкову хворобу асоційовану з *Helicobacter pylori*. Лікар призначив амоксицилін, омепразол, вентер, маалокс, квамател. Вкажіть який із перерахованих лікарських засобів володіє антимікробною дією?
 ♦Амоксицилін
 Вентер;
 Маалокс;
 Омепразол;
 Квамател
524. Хвора К., вагітність I триместр, встановлено діагноз гострого пієлонефриту. Який антибіотик є препаратом вибору для лікування даної пацієнтки?
 ♦Амоксицилін
 Амікацин.
 Норфлоксацин;
 Гентаміцин;
 Хлорамфенікол;

525. Хвора М., 64 роки, приймає нітросорбід по 10мг 4 р/д. Через три тижні від початку терапії збільшилась кількість та тривалість нападів стенокардії, що лікар пов'язав із розвитком толерантності до нітратів. Які рекомендації щодо подальшої фармакотерапії є раціональними у даному випадку?
 ♦Відмінити нітрати та призначити сідноніміни;
 Зменшити дозу нітратів;
 Збільшити дозу нітратів;
 Додатково призначити серцеві глікозиди;
 Припинити використання антиангінальних ЛЗ.
526. Хворий Н., 63 роки, регулярно приймає фуросемід 3 р/тиждень з приводу хронічної серцевої недостатності. Тиждень тому захворів на пневмонію, з приводу чого було призначено комбіновану фармакотерапію. На п'ятий день лікування у хворого погіршився слух. Який лікарський засіб при одночасному застосуванні з фуросемідом міг спричинити таку побічну дію?
 ♦Цефуроксим
 Бісептол;
 Ампіцилін;
 Еритроміцин;
 Тетрациклін
527. Хворий 52 роки, хворіє на хронічне обструктивне захворювання легень протягом 12-ти років, палить протягом 30 років. Після застосування бронхолітичного препарату виникла затримка сечопуску. Який бронхолітичний препарат міг спричинити таку побічну дію?
 ♦Атровент;
 Сальбутамол;
 Астмопент;
 Еуфілін Н;
 Фенотерол
528. Хвора 27 років, без шкідливих звичок страждає на бронхіальну астму персистуючого перебігу легкого ступеня. Останнім часом напади задухи почастишали до 8 разів на добу. Для купування нападу використовує інгаляції сальбутамолу. Якою групою лікарських засобів необхідно провести базисну терапію?
 ♦Інгаляційні глюкокортикоїди
 Холінолітики.
 Антибіотики;
 Системні глюкокортикостероїди;
 Кромони;
529. Хворий М., лікується з приводу гострої ревматичної лихоманки. Після проведення індивідуальної проби на чутливість до пеніциліну виявлено ознаки гіперчутливості. Які з перерахованих груп протимікробних лікарських засобів є препаратами вибору для лікування?
 ♦Макроліди;
 Сульфаніламід;
 Тетрациклін;
 Цефалоспориноли;
 Фторхінолони
530. У хворого М., який тривалий час хворіє на хронічний гепатит, встановлено діагноз пневмонії. Який з антибактеріальних лікарських засобів можна використати у даній клінічній ситуації?
 ♦Амоксицилін;
 Тетрациклін;
 Бісептол;
 Ріфампіцин;
 Ванкоміцин
531. Хвора А., протягом 7 днів отримувала антибіотикотерапію, яка ускладнилась розвитком дисбактеріозу кишечника. Яку із груп лікарських засобів слід використати для лікування даного ускладнення?
 ♦Пробіотики
 Жовчогінні;
 Спазмолітики;
 Антациди;
 Адаптогени.
532. У хворій П., яка приймала петльовий діуретик з'явилися м'язова слабкість, судоми м'язів нижніх кінцівок, відчуття перебоїв у роботі серця. Назвіть лікарські засоби для корекції даного ускладнення.
 ♦Аспаркам;
 Маалокс;
 Десферал;
 Глобірон;
 Магне-В-6.
533. У хворого Д., з підтвердженою УЗД картиною діагнозу жовчокам'яної хвороби з'явилась біль в правому підребер'ї, жовтушність шкіри та слизових оболонок. Який із наркотичних анальгетиків протипоказаний для купування больового синдрому?
 ♦Морфін
 Фентаніл;
 Промедол;
 Омнопон;
 Трамадол
534. Хворий В., 42р., перед проведенням оперативного втручання з приводу видалення жовчного міхура, тривожний, збуджений, відмовляється від будь-якого лікування. З метою корекції психоемоційного стану показана атарактанальгезія. Що є препаратом вибору?
 ♦Сибазон;
 Калісол.
 Фентаніл;
 Тіопентал;

- Аміназин
535. Хворій А., 72 роки призначено серцеві глікозиди з приводу прогресування серцевої недостатності. Зміна яких показників клінічного статусу хворої свідчить про терапевтичну ефективність?
 ♦Зменшення ЧСС, набряків, задишки
 Поява брадикардії, аритмії;
 Підвищення артеріального тиску;
 Збільшення розмірів печінки;
 Зменшення діурезу.
536. Хворій, 57 років, встановлено діагноз ревматоїдного артрити, в анамнезі виразкова хвороба. Який препарат із групи НПЗП можна рекомендувати даній хворій?
 ♦Целекоксиб;
 Диклофенак;
 Аспірин;
 Індометацин;
 Мефенамова кислота
537. У хворого при обстеженні виявлено гнійний плеврит. Які групи препаратів та міроприємства призначають хворому із гнійним плевритом?
 ♦Евакуація гнійного вмісту та введення антибіотиків
 Діуретики та дренажувальний масаж.
 Сульфаніламідні препарати.
 Нестероїдні протизапальні засоби.
 Кортикостероїди.
538. У хворої під час обстеження виявлена мікоплазмова пневмонія. Виберіть препарат першої черговості для лікування
 ♦Тетрациклін
 Гентаміцин
 Рифампіцин
 Левоміцетин
 Еритроміцин
539. У хворого вперше виник приступ бронхіальної астми. З якого препарату найдоцільніше починати лікування хворого?
 ♦Інгаляції бета-2-селективного стимулятора.
 Глюкокортикостероїди.
 Адреналін підшкірно 2 рази на добу.
 М-холінолітики в таблетках.
 Бета-блокатори в таблетках.
540. У хворого приступи бронхіальної астми виникають вночі, виражена брадикардія і супроводжується появою спастичного болю у кишківнику. Виберіть найефективніший лікарський препарат в даній ситуації.
 ♦Атропін + нош-па
 Анаприлін
 Беротек у аерозолі.
 Атропіну сульфат.
 Інтал.
541. У хворої, яка хворіє бронхіальною астмою, під час обстеження у пульмологічному відділенні встановлена вагітність. Які із нище наведених лікарських засобів є протипоказаним для призначення?
 ♦Йодовмісні препарати
 Бронхолітики
 Антигістамінні
 Кортикостероїди
 Бета – 2 селективні стимулятори
542. У хворого вперше встановлено діагноз системного червоного вівчаку (СЧВ). З якого препарату необхідно розпочинати патогенетичне лікування?
 ♦Преднізолон
 Ацетилсаліцилова кислота
 Пеніцилін
 Метотрексат
 Вольтарен
543. У хворого гіпертонічною хворобою виявлено обструктивний бронхіт. Який із гіпотензивних препаратів йому протипоказаний?
 ♦Анаприлін
 Раунатин
 Гіпотіазид
 Допегіт
 Клофелін
544. Хворий перебуває на лікуванні у гематологічному відділенні. При якому захворюванні, що супроводжується підвищенням у сироватці крові вмісту заліза, показано застосування десфералу?
 ♦Таласемія
 В-12 дефіцитна анемія
 Геморагічна аутоімунна анемія.
 Симптоматична гемолітична анемія при системному червоному вівчаку.
 Апластичні анемії
545. Під час обстеження хворому встановлений діагноз: залізодефіцитна анемія. З якого рівня гемоглобіну призначається переливання крові?
 50 г/л
 40 г/л
 60 г/л
 ♦70 г/л
 80 г/л
546. У хворого під час огляду встановлено діагноз геморагічного васкуліту. Який із нищенаведених препаратів не може бути використаним для лікування?
 ♦Амінокапронова кислота
 Трентал
 Свіжозаморожена плазма.
 Гепарин
 Педнізолон

547. У больной 67-ми лет, которая лечится по поводу бронхиальной астмы, возникли тремор конечностей, головная боль, бессонница, экстрасистолия. Какое средство могло обусловить такие симптомы?
 Интал
 Ацетилцистеин
 Тавегил
 ♦Теофиллин
 Преднизолон
548. Больной 40-ка лет страдает бронхиальной астмой и нарушением сердечного ритма в виде брадиаритмии. Препараты какой фармакологической группы целесообразно назначить для устранения бронхоспазма?
 ♦М-холиноблокаторы
 М –холиномиметики
 Антихолинэстеразные средства
 β-адреноблокаторы
 Миорелаксанты
549. У женщины, которая длительное время лечится по поводу инфильтративно-очагового туберкулёза, резко снизился слух. Какой из перечисленных препаратов мог вызвать такое побочное действие?
 Этамбутол
 ♦Стрептомицин
 Этионамид
 Рифампицин
 Изониазид
550. При проведении пробы на чувствительность к бензилпенициллину у пациента развился анафилактический шок. Каким препаратом следует обколоть место введения антибиотика?
 Цефтриаксон
 Норадреналина гидротартрат
 ♦Адреналина гидрохлорид
 Атропина сульфат
 Пропранолол
551. Больная 25-ти лет в течение 7-ми дней принимала антибиотикотерапию, которая осложнилась развитием дисбактериоза кишечника. Препарат из какой группы лекарственных средств следует использовать для лечения данного осложнения?
 ♦Пробиотики
 Адаптогены
 Антациды
 Желчегонные
 Спазмолитики
552. Больному для обезболивания ввели 0,25% раствор новокаина. Внезапно пациент покрылся красными пятнами, у него возникли интенсивное потоотделение, тахикардия, бронхоспазм, отёк слизистой оболочки носа. Какая причина этого осложнения?
 ♦Аллергическая реакция немедленного типа
- Тахифилаксия
 Местнораздражающее действие
 Синдром отмены
 Аллергическая реакция замедленного типа
553. Больная 52-х лет перенесла инфаркт миокарда и выписана домой после стационарного лечения. Какую суточную дозу ацетилсалициловой кислоты ей необходимо назначить с целью профилактики тромбообразования?
 50 мг
 200 мг
 1000 мг
 ♦100мг
 500 мг
554. У больного с артериальной гипертензией и хроническим бронхитом внезапно возникли сухой кашель, одышка; температура тела не изменилась. Известно, что больной принимает каптоприл. Указанные симптомы можно объяснить увеличенным образованием:
 Ангиотензина-♦♦Брадикинина
 Na-уретического пептида
 Ренина
 Альдостерона
555. Больному язвенной болезнью желудка назначили альмагель. Какое из фармакологических свойств препарата используется для лечения этой патологии?
 ♦Нейтрализация НС
 Блокада М-холинорецепторов
 Противовоспалительное действие
 Местноанестезирующее действие
 Блокада H2-гистаминорецепторов
556. Больной 32-х лет принимает противотуберкулёзные препараты. Через некоторое время он заметил, что моча приобрела красно-оранжевый цвет. Приём какого препарата является причиной этого?
 Стрептомицина сульфат
 Пиразинамид
 Этамбутол
 ♦Рифампицин
 Изониазид
557. У больной 52-х лет повышено артериальное давление в течение месяца. Из анамнеза известно, что последние 5 лет болеет бронхиальной астмой. Какая группа гипотензивных препаратов НЕЖЕЛАТЕЛЬНА для больной?
 ♦Блокаторы β-адренорецепторов
 Диуретики
 Транквилизаторы
 Блокаторы ангиотензиновых рецепторов
 Блокаторы кальциевых каналов
558. Беременная женщина 26-ти лет (III триместр беременности) балуется на повышение температуры тела до 39°C. Какое жаропонижающее лекарственное средство можно предложить в

- данной ситуации?
- ◆Парацетамол
 - Аспирин
 - Диклофенак натрия
 - Индометацин
 - Анальгин
559. Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, был назначен противоязвенный препарат, обладающий способностью одновременно понижать секрецию соляной кислоты и угнетать микроорганизм хеликобактер пилори. Назовите этот препарат:
- Альмагель
 - ◆Омепразол
 - Гастроцепин
 - Фамотидин
 - Маалокс
560. У больного 18-ти лет диагностирован диссеминированный туберкулёз лёгких. Какое лекарственное средство обеспечит этиотропную фармакотерапию?
- Линкомицин
 - Триметоприм
 - ◆Изониазид
 - Бензилпенициллина натриевая соль
 - Метронидазол
561. При длительном использовании препарата его эффективность снижается. Как называется это явление?
- Зависимость
 - ◆Привыкание
 - Кумуляция
 - Сенсибилизация
 - Тахифилаксия
562. Мужчина 46-ти лет, больной хроническим бронхитом, обратился в аптеку. Какое лекарственное средство можно порекомендовать ему для облегчения отхождения густой и вязкой мокроты?
- ◆Амброксол
 - Сальбутамол
 - Либексин
 - Фалиминт
 - Глауwent
563. У больного, который длительное время лечится по поводу ревматоидного артрита, обнаружена гипергликемия. Какой из препаратов мог её обусловить?
- Диклофенак натрия
 - Левamisол
 - ◆Дексаметазон
 - Ибупрофен
 - Делагил
564. Женщина 33-х лет, которая длительное время лечится по поводу хронического полиартрита, жалуется на повышение артериального давления, изменение распределения жировой ткани, нарушение менструального цикла. Какой препарат принимает больная?
- ◆Преднизолон
 - Синаflan
 - Индометацин
 - Бутадион
 - Диклофенак натрия
565. Больному, который длительное время принимает фенobarбитал, врач назначил диклофенак натрия. Однако противовоспалительный эффект диклофенака оказался слабее ожидаемого вследствие фармакокинетического взаимодействия этих препаратов. Результатом каких процессов могло быть такое взаимодействие препаратов?
- Увеличение дозы лекарственных средств
 - Изменение чувствительности рецептора
 - Снижение концентрации белка в плазме
 - Снижение скорости метаболизма препарата в печени
 - ◆Увеличение скорости метаболизма препарата в печени
566. Выберите оптимальный антибактериальный препарат для лечения микоплазменной пневмонии:
- ◆Ровамицин
 - Пенициллин
 - Амоксиклав
 - Ампициллин
 - Гентамицин
567. Для лечения гипертонической болезни назначают диуретики. Какой диуретик НЕ ТРЕБУЕТ сочетания с препаратами калия?
- Клопамид
 - ◆Триамтерен
 - Этакриновая кислота
 - Дихлотиазид
 - Фуросемид
568. Для лечения инфекции мочевыводящих путей врач-интерн назначил больному препарат из группы нитрофуранов - нифуроксазид. Врачом допущена ошибка - поскольку препарат:
- Медленно выводится из организма
 - Имеет бактериостатический эффект
 - ◆Не всасывается из пищеварительного канала
 - Имеет нефротоксический эффект
 - Выводится с мочой в неактивном состоянии
569. Больного предупредили, что при использовании назначенного ему препарата может возникнуть кашель. Назовите этот препарат:
- Клофелин
 - ◆Лизиноприл
 - Метопролол
 - Фенигидин
 - Дихлотиазид
570. Больному, страдающему неврозом с явлениями тревоги и страха, врач назначил диазепам.

- Какой фармакологический эффект препарата позволяет применять его для лечения данного заболевания?
 Гипотензивный
 ♦Анксиолитический
 Антиангинальный
 Противовоспалительный
 Противоаритмический
571. В аптеку обратился мужчина с просьбой посоветовать лекарственное средство для устранения аллергического ринита, который возникает у него во время цветения липы. Какое средство можно предложить?
 Лозартан
 ♦Лоратадин
 Адреналин
 Амброксол
 Анаприлин
572. У больного гипертонической болезнью повышен уровень ренина в плазме крови. Какой из перечисленных фармакологических групп нужно отдать предпочтение для лечения данного больного?
 ♦Ингибиторы АПФ
 Диуретики
 α-адреноблокаторы
 Блокаторы кальциевых каналов
 Симпатолитики
573. В аптеку обратился больной, который в течение месяца принимал феназепам. Больной настаивал на приобретении ещё двух упаковок этого препарата, объясняя это тем, что он без феназепама плохо себя чувствует. Что лежит в основе побочного действия препарата, развившегося у больного?
 Привыкание
 ♦Лекарственная зависимость
 Идиосинкразия
 Синдром последействия
 Кумуляция
574. Больной 57-ми лет установлен диагноз ревматоидного артрита, в анамнезе язвенная болезнь. Что из группы нестероидных противовоспалительных препаратов можно рекомендовать данной больной?
 Индометацин
 ♦Целекоксиб
 Мефенахмовая кислота
 Диклофенак натрия
 Аспирин
575. У мужчины 52-х лет диагностирован системный амебиоз с поражением кишечника, печени, лёгких. Какой препарат следует назначить?
 Хингамин
 Фталазол
 Тетрациклин
- ♦Метронидазол
 Хиниофон
576. У больного ИБС через 6 месяцев лечения развилась толерантность к нитратам пролонгированного действия. Какой лекарственный препарат с нитратоподобным эффектом необходимо рекомендовать в этом случае?
 Празозин
 Верапамил
 Метопролол
 Нифедипин
 ♦Молсидомин
577. Больному 56-ти лет для лечения гипертонической болезни назначены ингибитор АПФ (и АПФ) и калийсберегающий диуретик. Такая комбинация:
 ♦Нерациональна, так как увеличивается риск развития гиперкальцемии
 Рациональна, так как потенцируется гипотензивное действие иАПФ
 Нерациональна, так как снижается гипотензивное действие иАПФ
 Нерациональна, так как увеличивается риск развития ортостатического коллапса
 Рациональна, так как уменьшается риск развития гипокалиемии
578. Приём какого препарата может вызвать развитие запора у больного, который получает комбинированную терапию артериальной гипертензии?
 Ацетилсалициловая кислота в малых дозах
 Панангин
 Фуросемид
 ♦Верапамил
 Триметазидин
579. Больной 34-х лет, болеющей бронхитом, врач назначил противокашлевое средство центрального действия. Какой препарат назначили больной?
 Ферковен
 Фуросемид
 Эналаприл
 ♦Глауцин
 Коргликон
580. У больного ИБС через 6 месяцев лечения развилась толерантность к нитратам пролонгированного действия. Какое ЛС с нитратоподобным эффектом необходимо рекомендовать в этом случае?
 ♦Молсидомин
 Нифедипин
 Празозин
 Верапамил
 Метопролол
581. При артериальной гипертензии прием лозартана противопоказан при следующих состояниях:

- ◆Беременность
 - Гипергликемия
 - Мочекислый диатез
 - Гиперлипидемия
 - Гипокалиемия
582. Женщина 48-ми лет поступила в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС: стенокардия. Приступы возникают 1-2 раза в день. Какой препарат наиболее целесообразно рекомендовать для лечения?
- ◆Изосорбида динитрат
 - Эуфиллин
 - Но-шпа
 - Папаверин
 - Дипиридамол
583. Какие из нижеприведенных ЛС применяются при инфаркте миокарда для проведения тромболитической терапии:
- ◆Стрептокиназа
 - Гепарин
 - Фенилин
 - Тиклопидин
 - Ацетилсалициловая кислота
584. Больному, перенесшему инфаркт миокарда, рекомендуется прием ацетилсалициловой кислоты с целью:
- ◆Уменьшения агрегации тромбоцитов
 - Понижения температуры тела
 - Расширения коронарных сосудов
 - Уменьшения воспаления
 - Снижения уровня холестерина
585. При лечении эналаприлом возможны следующие побочные эффекты:
- ◆Кашель
 - Слюнотечение
 - Гипокалиемия
 - Запоры
 - Отеки голеней
586. Проконсультируйте молодого врача: Какой препарат является специфическим антидотом при отравлении препаратами железа?
- ◆Дефероксамин
 - Протамина сульфат
 - Бемегрид
 - Атропин
 - Пеницилламин
587. Вагітна жінка захворіла на пневмонію тяжкого перебігу. Який з названих антибактеріальних препаратів доцільно їй призначити:
- ◆Цефотаксим
 - Гентаміцину сульфат
 - Тетрацикліну гідрохлорид
 - Офлоксацин
 - Бісептол
588. Одним з головних показників елімінації лікарських засобів з організму людини є:
- ◆Період напіввиведення
 - Об'єм розподілу
 - Біодоступність
 - Біоеквівалентність
 - Максимальна концентрація у крові
589. Які з наведених антигіпертензивних препаратів мають калійзберігаючу дію?
- ◆Триамтерен
 - Фуросемід
 - Празозін
 - Метопролол
 - Дилтіазем
590. У хворого на тромбоемболію нижніх кінцівок виникли ознаки передозування гепарину. В цій ситуації показано введення:
- ◆Протаміну сульфату
 - Феніліну
 - Вікасолу
 - Пентоксифіліну
 - Дипіридамолу
591. Проконсультируйте молодого врача: какой препарат является специфическим антидотом при отравлении препаратами железа?
- ◆Дефероксамин
 - Протамина сульфат
 - Бемегрид
 - Атропин
 - Пеницилламин
592. В аптеку звернулася мама 2-х місячної дитини з проханням видати жарознижувальний препарат. Який препарат Ви порекомендуєте для дитини?
- ◆Парацетамол
 - Німесулід
 - Ацетилсаліцилову кислоту
 - Індометацин
 - Діклофенак натрію
593. У 6-літньому віці дитина захворіла пневмонією, з приводу якої був призначений антибіотик. Після лікування дитина втратила слух. Яка група антибіотиків могла викликати це ускладнення?
- ◆Аміноглікозиди
 - Цефалоспорини
 - Макроліди
 - Пеніциліни природні
 - Пеніциліни напівсинтетичні
594. Хвора 52-х років перенесла інфаркт міокарда і виписана на амбулаторний нагляд. Яку добову дозу ацетилсаліцилової кислоти необхідно призначити з метою профілактики тромбозу?
- ◆100 мг
 - 500 мг
 - 1000 мг
 - 2000 мг
 - 3000 мг

595. Хворому з артеріальною гіпертензією було призначено один з антигіпертензивних засобів. Артеріальний тиск нормалізувався, однак хворого почав турбувати постійний сухий кашель. Який з перерахованих препаратів має таку побічну дію.
 ♦Еналаприлу малеат
 Анаприлін
 Клофелін
 Фуросемид
 Ніфедипін
596. Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки.
 ♦Касторовое масло
 Вазелиновое масло
 Оливковое масло
 Глицерин
 Подсолнечное масло
597. Объясните врачу скорой помощи почему снижается антикоагулянтный эффект синкумара при одновременном его применении с фенобарбиталом?
 ♦Фенобарбитал активирует микросомальные ферменты печени
 Фенобарбитал ингибирует микросомальные ферменты печени
 Развивается аллергия к синкумару
 Проявляется антагонизм этих препаратов
 Происходит взаимная инактивация
598. Ответьте на вопрос врача-интерна: широта терапевтического действия – это диапазон доз:
 ♦От минимальной терапевтической до минимальной токсической
 От средней терапевтической до минимальной токсической
 От разовой до курсовой
 От минимальной терапевтической до максимальной токсической
 От разовой до суточной
599. Выберите оптимальный антибактериальный препарат для лечения микоплазменной пневмонии:
 ♦ровамицин
 гентамицин
 пенициллин
 ампициллин
 амоксилав
600. Який із наведених препаратів повинен входити в якості антидоту до аптечки невідкладної допомоги на підприємствах, де можливі гострі отруєння сполуками миш'яку, ртуті, хрому, вісмуту?
 ♦Унітіол
 Адреналін
 Атропін
 Морфін
- Дроперидол
601. До Вас в аптеку звернулася жінка з дитиною 5 років, яка випила флакон очних капель. Через 30 хв. після цього у неї виникли задишка, утруднене ковтання, хрипота, розширення зіниць, гіпертермія. Який із препаратів міг спричинити описані прояви?
 ♦Атропін
 Адреналін
 Мезатон
 Пілокарпін
 Новокаїн
602. У хворого хронічний гастрит типу А зі зниженою секреторною функцією, перніціозна анемія. Який з препаратів показаний хворому?
 ♦Ціанокобаламін
 Адреналін
 Дифенгідрамін
 Вікалін
 Дротаверин
603. Хвору 53-х років після фізичного навантаження почав турбувати біль за грудниною з іррадіацією в ліву руку. Який препарат слід призначити для усунення болювого приступу?
 ♦Нітрогліцерин
 Ізосорбід 5-мононітрат
 Ніфедипін
 Метопролол
 Дилтіазем
604. До Вас звернулася хвора на хронічний панкреатит з вираженими проявами недостатності зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози. Який з наведених ЛЗ найдоцільніше призначити в даному випадку?
 ♦Панкреатин
 Дротаверин
 Де-нол
 Омепразол
 Ацидин-пепсин
605. Хворому в ділянці хірургічного розтину тканин ввели 0,25% розчин новокаїну. Зненацька пацієнт покритися червоними плямами. Виникли інтенсивне потовиділення, тахікардія, набряк слизової носа, бронхоспазм. Яка причина цього ускладнення?
 ♦Алергічна реакція негайного типу
 Алергічна реакція сповільненого типу
 Місцевоподразнююча дія
 Тахіфілаксія
 Синдром відміни
606. У хворого Н., 15 років, вперше виявлено цукровий діабет I типу. Який цукрознижуючий засіб необхідно призначити:
 ♦Інсулін
 Метформін
 Діабетон

- Глюренорм
Глібенкламід
607. Під час оперативного втручання, яке здійснювалось під місцевою анестезією 0,25 % розчином новокаїну, пацієнт зненацька покритися червоними плямами, виникли інтенсивне потовиділення, тахікардія, набряк слизової носа, бронхоспазм. Яка причина цього ускладнення?
- ◆Алергічна реакція негайного типу
 - Алергічна реакція сповільненого типу
 - Тахіфілаксія
 - Синдром віддачі
 - Синдром відміни
608. Проконсультуйте молодого колегу: якому із перелічених нестероїдних протизапальних засобів притаманний найслабший пошкоджуючий вплив на слизову оболонку ШКТ?
- ◆Німесулід
 - Диклофенак
 - Індометацин
 - Піроксикам
 - Ацетилсаліцилова кислота
609. У хворого, який тривалий час лікується з приводу ревматоїдного артрити, виявлено гіперглікемію. Котрий із препаратів міг її спричинити?
- ◆Дексаметазон
 - Диклофенак натрію
 - Ібупрофен
 - Делагіл
 - Левамізол
610. Хвора із сезонним вазомоторним ринітом, яка працює диспетчером на залізниці, звернулася в аптеку за порадою: котрий із антигістамінних лікарських засобів не має пригнічувальної дії на ЦНС?
- ◆Лоратадин
 - Клемастин
 - Дипразин
 - Дифенгідрамін
 - Піпольфен
611. Проконсультуйте молодого колегу: який лікарських засобів застосовують при гострому інфаркті міокарда з метою тромболітичної терапії?
- ◆Альтеплаза
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Гепарин
 - Пентоксифілін
 - Фраксипарин
612. Після тижневої фармакотерапії артеріальної гіпертензії лізиноприлом в дозі 10 мг 2 раз на добу у хворого з'явилися періодично виникаючі напади сухого кашлю. Чим це може бути зумовлене?
- ◆Накопиченням в крові залишку брадикініну
- Підвищенням тонуусу кашльового центру
Загостренням супутньої патології
Пригніченням синтезу альдостерону
Зменшення вмісту в крові адреналіну
613. Хворому К, 54 років, який кілька років страждає хронічним гіперацидним гастритом, призначений альмагель. Які ускладнення фармакотерапії з боку органів травлення можуть виникнути перш за все?
- ◆Закреп
 - Нудота
 - Анорексія
 - Блювота
 - Діарея
614. У хворої 26 років діагностовано позагоспітальна пневмонія, спричинена мікоплазмою. Виберіть необхідний протимікробний лікарський засіб:
- ◆Роваміцин
 - Амоксицилін
 - Гентаміцин
 - Бензілпеніцилін
 - Амоксіклав
615. Хвора 60 років страждає гіпертонічною хворобою II стадії, ішемічною хворобою серця, бронхіальною астмою. Після корекції фармакотерапії стався напад бронхоспазму, зросла задишка. Який лікарський засіб спричинив ускладнення?
- ◆Пропранолол
 - Ніфедипин
 - Еуфілін
 - Мукалтин
 - Сальбутамол
616. У хворого 60 років після емоційного перенапруження з'явився біль за грудиною з ірадіацією в ліву руку. Назвіть лікарський засіб, який тамує больовий синдром:
- ◆Нітрогліцерин
 - Ніфедипин
 - Дилтіазем
 - Пропранолол
 - Метопролол
617. До провізора в аптеці звернулася жінка з проханням відпустити жарознижуючий засіб для дитини 8 місяців. Який препарат Ви порадите?
- ◆Парацетамол
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Індометацин
 - Діклофенак натрію
 - Піроксикам
618. Хворий 59 років переніс інфаркт міокарду. Для попередження тромбоутворення призначена ацетилсаліцилова кислота. Визначте раціональну добову дозу:
- ◆100 мг
 - 500 мг

- 1000 мг
2000 мг
3000 мг
619. До лікаря звернувся хворий 70 років з приводу підвищеного артеріального тиску. З анамнезу відомо про наявність доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Який лікарський засіб бажано призначити даному хворому?
◆ Доксазозин
Еналаприл
Пропранолол
Дилтіазем
Лозартан
620. У жінки, яка тривалий час лікується з приводу інфільтративно-вогнищевого туберкульозу, різко знизився слух. Який з перерахованих препаратів міг викликати таку побічну дію?
◆ Стрептоміцин
Ізоніазид
Етамбутол
Рифампіцин
Етіонамід
621. Препаратом вибору для терапії острого пієлонефриту у беременної жінки в I триместрі є:
◆ амоксицилін
норфлоксацин
бісептол
гентаміцин
хлорамфеникол
622. У беременної жінки Р., 38 лет с сахарным диабетом II типа (инсулиннезависимым) препаратом вибору є:
◆ інсулін
глибенкламід
метформін
толбутамід
буформін
623. Какою найбільш раціональною є терапія риніту при ОРВИ для дитини в віці 7 місяців?
◆ 0,9 % розчин повареної солі в теплому воді
нафтизин
галазолін
піносол
Мазь "Бороментол"
624. Какою з перерахованих антибактеріальних препаратів нерационально призначити хворому К., 56 лет с сахарным диабетом II типа, получающим глибенкламид?
◆ бісептол
мідекаміцин
гентаміцин
бензилпеницилін
доксиділін
625. Якою з перерахованих фармакологічних груп препаратів антигіпертензивного дії протипоказана для хворих з бронхіальною астмою?
◆ бета-адреноблокатори
інгібітори АПФ
антагоністи кальцію
блокатори ангиотензинових рецепторів
діуретики
626. Прием какого препарата может вызвать развитие запора у больного, получающего комбинированную терапию артериальной гипертензии:
◆ верапамил
фуросемид
триметазидин
панангин
ацетилсалициловая кислота в малых дозах
627. Какою препаратом можна порекомендовать для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет?
◆ парацетамол
ацетилсалициловая кислота
диклофенак натрия
индометацин
целекоксиб
628. Хворому К., 45 років, з діагнозом ревматоїдний артрит та пептична виразка шлунка, необхідно призначити НПЗЗ. Який препарат є найбільш доцільним?
◆ Целекоксиб
Діклофенак натрію
Ацетилсалицилова кислота
Індометацин
Піроксикам
629. Больному К., с диагнозом: желчекаменная болезнь, для растворения холестериновых желчных камней показано применение препарата:
◆ урсодезоксихолиевая кислота
гамма-аминомасляная кислота
ацетилсалициловая кислота
лимонная кислота
мефенамовая кислота
630. С чого найбільш цілесообразно почати лікування хворого, у якого вперше розвинувся приступ бронхіальної астми?
◆ Інгаляції бета2-адреномиметика
Інгаляції глюкокортикостероїда
Адреномиметика парентерально
М-холінолітики
H2-гістаміноблокатори
631. Каков препарат вибору при лікуванні хворих з артеріальною гіпертензією і аденомою передстатальної залози?
◆ Доксазозин
Еналаприл

- Каптоприл
Верошпирон
Верапамил
632. Хвора Н., 68 років, тривалий час застосовує фуросемід для лікування серцевої недостатності. Зазначте лікарський засіб для профілактики гіпокаліємії при прийомі фуросемида:
- ◆Панангін
 - АТФ-лонг
 - Мілдронат
 - Триметазидин
 - Сустанк-форте
633. Хвора 52-х років страждає підвищенням артеріального тиску протягом місяця. З анамнезу відомо, що останні 5 років хворіє бронхіальною астмою. Яка група гіпотензивних препаратів небажана для хворої?
- ◆Блокатори бета-адренорецепторів
 - Антагоністи іонів кальцію
 - Транквілізатори
 - Антагоністи ангіотензинових рецепторів
 - Діуретики
634. Відповідаючи на запитання лікаря-хірурга про можливість тривалого консервативного лікування та розсмоктування холестеринових каменів в жовчному міхурі, зазначте рекомендований лікарський засіб:
- ◆Урсодеоксихолієва кислота
 - Хофітол
 - Алохол
 - Ліобіл
 - Легалон
635. У хворого 18-ти років діагностовано: дисемінований туберкульоз легень. Який лікарський засіб необхідний для етіотропної фармакотерапії?
- ◆Ізоніазид
 - Бензилпеніциліну натрієва сіль
 - Триметоприм
 - Лінкоміцин
 - Метронідазол
636. Вагітна жінка (III триместр) захворіла ГРВЗ з підвищенням температури тіла до 39 С. Який ЛЗ Ви зможете їй запропонувати?
- ◆Парацетамол
 - Целекоксиб
 - Індометацин
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Диклофенак натрію
637. Яке з нижченаведених показань для застосування бензатин бензилпеніциліну є правильним:
- ◆Лікування сифілісу
 - Кишкові інфекції
 - Пневмонія
 - Ангіна
- Фурункульоз
638. До провізора звернувся пацієнт, якому рекомендовано прийом ацетилсаліцилової кислоти як антиагреганта. Яку добову дозу у грамах слід рекомендувати для постійного прийому?
- ◆0,1—0,3
 - 0,5-1,0
 - 1,0-2,0
 - 2,0-3,0
 - Більше 4,0
639. У хворого з артеріальною гіпертензією та хронічним бронхітом раптово виник сухий кашель, задишка; температура тіла не змінилась. Відомо, що хворий приймає каптоприл. Чим можна пояснити цей феномен?
- ◆Збільшене утворення брадикініну
 - Збільшене утворення ангіотензину I
 - Збільшене утворення реніну
 - Зменшене утворення альдостерону
 - Збільшення утворення Na-уретичного пептиду
640. Антидотна терапія при отруєннях неорганічними сполуками ртуті здійснюється використанням:
- ◆Унітіол
 - Налоксон
 - Тетацин кальцію
 - Десферал
 - Дексаметазон
641. Під час лікування хронічної серцевої недостатності дигоксином у хворого виникла брадикардія, нудота, блювота, погіршення зору. Який з препаратів є антидотом в цьому випадку?
- ◆Унітіол
 - Тетацин-кальцій
 - Дипіроксам
 - Амілнітріт
 - Атропину сульфат
642. Хворий 46-ти років хворий на хронічний бронхіт звернувся в аптеку. Який лікарський засіб можна придбати в аптеці для полегшення відходження густого та в'язкого харкотиння?
- ◆Амброксол
 - Фалімінт
 - Лібексин
 - Глаувент
 - Сальбутамол
643. Вагітна жінка 26-ти років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?
- ◆Парацетамол.
 - Аспірин.
 - Диклофенак.
 - Анальгін.

- Індометацин.
644. У хворого на виразкову хворобу під час комбінованої фармакотерапії випорожнення набули чорного забарвлення. Назвіть препарат, який міг спричинити таку зміну:
- ◆ Вісмуту субцитрат;
 - Омепразол;
 - Актовегін;
 - Метронідазол;
 - Ранітидин.
645. Хворій, яка страждає на бронхіальну астму встановлено діагноз гіпертонічної хвороби. Який гіпотензивний препарат протипоказаний даній пацієнтці?
- ◆ Анаприлін;
 - Каптоприл;
 - Амлодипін;
 - Гіпотіазид;
 - Верапаміл.
646. Хвора К., вагітність I триместр, встановлено діагноз гострого пієлонефриту. Який антибіотик є препаратом вибору для лікування даної пацієнтки?
- ◆ Амоксицилін;
 - Норфлоксацин;
 - Гентаміцин;
 - Хлорамфенікол;
 - Амікацин.
647. У хворого М., який тривалий час хворіє на хронічний гепатит, встановлено діагноз пневмонії. Який з антибактеріальних лікарських засобів можна використати у даній клінічній ситуації?
- ◆ Амоксициліну;
 - Тетрациклін;
 - Бісептол;
 - Ріфампіцин;
 - Ванкоміцин;
648. Хвора 25-ти років протягом 7 днів отримувала антибіотикотерапію, яка ускладнилась розвитком дисбактеріозу кишечника. Яку із груп лікарських засобів слід використати для лікування даного ускладнення?
- ◆ Пробиотики
 - Спазмолітики
 - Жовчогінні
 - Антациди
 - Адаптогени
649. Хворій 57-ми років встановлено діагноз ревматоїдного артрити, в анамнезі виразкова хвороба. Який препарат із групи НПЗП можна рекомендувати даній хворій?
- ◆ Целекоксиб;
 - Диклофенак;
 - Аспірин;
 - Індометацин;
 - Мефенамова кислота.
650. Хворому на пневмонію середньо важкого перебігу лікар призначив цефтріаксон 1 раз на добу. Призначення препарату 1 раз на добу пов'язане з:
- ◆ Повільним виведенням з організму
 - Бактерицидним ефектом
 - Широким спектром дії
 - Здатністю накопичуватись в легенях
 - Погано всмоктується з місця введення
651. Для лікування інфекції сечовидільних шляхів лікар-інтерн призначив хворому препарат з групи нітрофуранів нітрофуроксазид. Лікарем допущена помилка, оскільки препарат:
- ◆ Не всмоктується з травного каналу
 - Виводиться з сечею в неактивному стані
 - Має нефротоксичний ефект
 - Володіє бактериостатичним ефектом
 - Повільно виводиться з організму
652. Який з нижченаведених препаратів є препаратом вибору для профілактики виникнення нападів бронхіальної астми.
- ◆ Кромолін-натрій
 - Сальбутамол
 - Дротаверин
 - Димедрол
 - Амброксол
653. У хворого гіпертонічною хворобою виявлено обструктивний бронхіт. Який із зазначених гіпотензивних препаратів йому протипоказаний?
- ◆ Анаприлін
 - Гіпотіазид
 - Допегіт
 - Раунатин
 - Клофелін
654. У больного 55-ти лет на 4-й день лечения индометацином возникло желудочное кровотечение вследствие образования язвы слизистой оболочки желудка. Ульцерогенное действие препарата связано с уменьшением активности такого фермента:
- Циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2)
 - Липооксигеназа (ЛОГ)
 - Простаглицлинсинтетаза
 - Тромбоксансинтетаза
 - ◆ Циклооксигеназа-1 (ЦОГ-1)
655. Для лечения инфекции мочевыводящих путей врач-интерн назначил больному препарат из группы нитрофуранов – нифуроксазид. Врачом допущена ошибка, поскольку препарат:
- ◆ Не всасывается из пищеварительного канала
 - Имеет нефротоксический эффект
 - Медленно выводится из организма
 - Имеет бактериостатический эффект
 - Выводится с мочой в неактивном состоянии
656. Какое из приведенных диуретических средств НЕ ЖЕЛАТЕЛЬНО назначать больному со

- сниженной функцией слуха?
 ◆Фуроземид
 Спиринолактон
 Хлорталидон
 Индапамид
 Клопамид
657. У больного 27-ми лет при лечении ангины препаратами аминопенициллинов развилась аллергическая реакция. Из какой группы целесообразно выбрать антибиотик для лечения этого больного, чтобы уменьшить вероятность развития аллергической реакции?
 Имипенемы
 Полусинтетические пенициллины
 ◆Макролиды
 Защищённые аминопенициллины
 Цефалоспорины
658. После очередной инъекции инсулина у больного сахарным диабетом состояние ухудшилось: появилось беспокойство, холодный пот, тремор конечностей, общая слабость. Выберите средство для оказания неотложной помощи:
 ◆Глюкоза
 Бутамид
 Гидрокортизон
 Глибутид
 Нордреналин
659. Большой в I триместре беременности установлен диагноз острого пиелонефрита. Какой антибиотик является препаратом выбора для лечения данной пациентки?
 ◆Амоксициллин
 Гентамицин
 Амикацин
 Норфлоксацин
 Хлорамфеникол
660. Как называется способность лекарств накапливаться в организме больного?
 Антагонизм
 ◆Кумуляция
 Аллергия
 Синергизм
 Привыкание
661. У пациентки развился аллергический дерматит после употребления цитрусовых. Посоветуйте лекарственное средство из группы блокаторов H1-гистаминорецепторов:
 Диклофенак-натрий
 Ретинола ацетат
 ◆Лоратадин
 Викасол
 Кислота ацетилсалициловая
662. Больному 30-ти лет с диагнозом острого остеомиелита назначили антибиотик, который хорошо проникает в костную ткань. Какое средство было выбрано?
 Бициллин-3
 Ампициллин
 Полимиксин-М
 Бензилпенициллин
 ◆Линкомицин
663. Пациентке 20-ти лет назначили бициллино-профилактику ревматизма. Укажите периодичность введения бициллина-5:
 1 раз в день
 1 раз в 3 недели
 1 раз в неделю
 1 раз в 3 дня
 ◆1 раз в месяц
664. При отпуске доксициклина провизор посоветовал пациенту воздержаться от употребления молочных продуктов. Провизор дал ему такую рекомендацию, поскольку молочные продукты:
 ◆Замедляют всасывание антибиотика
 Не усваиваются при приёме антибиотика
 Ухудшают процесс переваривания пищи
 Увеличивают токсичность антибиотика
 Увеличивают риск дисбактериоза
665. Как называется явление, когда один препарат усиливает действие другого?
 Тахифилаксия
 Абстиненция
 Сенсибилизация
 ◆Синергизм
 Антагонизм
666. У больного 44-х лет с ревматоидным полиартритом возникло обострение пептической язвы желудка. Какое из перечисленных средств необходимо исключить из комплексной терапии?
 Димедрол
 Атропин
 ◆Индометацин
 Уродан
 Анаприлин
667. Больному гипертонической болезнью в комплексной терапии было назначено диуретическое средство, которое вызвало гипокалиемию. Определите этот препарат:
 ◆Гидрохлортиазид
 Аллопуринол
 Амилорид
 Триамтерен
 Спиринолактон
668. Какой слабительный препарат повышает тонус матки?
 ◆Касторовое масло
 Подсолнечное масло
 Глицерин
 Оливковое масло
 Вазелиновое масло
669. Какой ненаркотический противокашлевой препарат центрального действия можно ис-

- пользовать при сухом кашле?
- ◆Глауцин
 - Кодеин
 - Ацетилцистеин
 - Мукалтин
 - Амброксол
670. Как называется явление, когда один препарат ослабляет действие другого?
- ◆Антагонизм
 - Сенсибилизация
 - Тахифилаксия
 - Привыкание
 - Потенцирование
671. У мужчины, который длительное время болен хроническим гепатитом, установлен диагноз пневмонии. Какое из антибактериальных лекарственных средств можно использовать в данной клинической ситуации?
- Бисептол
 - ◆Амоксициллин
 - Рифампицин
 - Тетрациклин
 - Ванкомицин
672. Беременная заболела пневмонией с тяжёлым течением. Какой из названных антибактериальных препаратов целесообразно ей назначить?
- Гентамицина сульфат
 - Тетрациклина гидрохлорид
 - ◆Цефотаксим
 - Бисептол
 - Офлоксацин
673. У больного отмечается сухость слизистых оболочек и нарушение сумеречного зрения. Недостаточность какого витамина приводит к возникновению таких симптомов?
- Е
 - D
 - С
 - ◆А
 - Р
674. Больному с почечной коликой в комплексную терапию добавлен спазмолитик из группы М-холиноблокаторов, а именно:
- Прозерин
 - Бензогексоний
 - ◆Атропин
 - Галантамин
 - Дитилин
675. Чем обусловлено появление сухого кашля у больной, длительное время принимавшей для лечения гипертонической болезни лизиноприл?
- Истощение запасов норадреналина
 - Снижение концентрации ренина
 - Угнетение ангиотензиновых рецепторов
 - ◆Повышение концентрации брадикинина
- Накопление ангиотензина II
676. После подъёма груза у больного возникла резкая боль в пояснице, которая усиливается при движениях, иррадирует в левую ногу. Диагностирован пояснично-крестцовый радикулит. Какое средство можно порекомендовать больному?
- Платифиллин
 - ◆Диклофенак-натрий
 - Дротаверин
 - Тиамин бромид
 - Цианокобаламин
677. В аптеку обратилась женщина с жалобами на изменение окраски мочи на красную. Какой противотуберкулёзный препарат обусловил это изменение?
- Хингамин
 - Доксициклина гидрохлорид
 - ◆Рифампицин
 - Изониазид
 - Стрептомицин
678. Что из приведенного может использовать врач для остановки кровотечения, обусловленного длительным применением неодикумарина, как антагонист?
- Этамзилат
 - Фибриноген
 - Кислота аминапроновая
 - Кислота аскорбиновая
 - ◆Викасол
679. При инфаркте миокарда была проведена нейрорептанальгезия. Какой препарат из группы нейрорептанов чаще всего используется совместно с фентанилом?
- Клозапин
 - Сульпирид
 - ◆Дроперидол
 - Этаперазин
 - Левомепромазин
680. Какое лекарственное средство используется при остром инфаркте миокарда с целью тромболитической терапии?
- Пентоксифиллин
 - Гепарин
 - Ацетилсалициловая кислота
 - ◆Альтеплаза
 - Фраксипарин
681. У больного 15-ти лет впервые выявлен сахарный диабет I типа. Какое сахароснижающее средство необходимо назначить?
- Глюренорм
 - ◆Инсулин
 - Глибенкламид
 - Метформин
 - Диабетон
682. Больной 40 лет страдает бронхиальной астмой и нарушением сердечного ритма в виде бради-

- аритмии. Препараты какой фармакологической группы целесообразно назначить для устранения бронхоспазма?
Миорелаксанты
β-адреноблокаторы
♦М-холиноблокаторы
М-холиномиметики
Антихолинэстеразные средства
683. В аптеке больному хроническим бронхитом отпускают глауцина гидрохлорид. О каком типичном побочном эффекте препарата следует предостеречь больного?
Повышение внутриглазного давления
Аллергические высыпания на коже
Нарушение сердечного ритма
Возбуждение центральной нервной системы
♦Снижение артериального давления
684. Больному с гипотиреозом врач назначил препарат, который проявляет заместительное действие. Какой из перечисленных препаратов назначил врач?
Амиодарон
Мерказолил
♦L-тироксин
Адреналин
Парацетамол
685. При лечении какого из приведенных заболеваний использование бензатин бензилпенициллина является правильным?
Фурункулез
Ангина
♦Сифилис
Кишечная инфекция
Пневмония
686. У мужчины диагностирована болезнь Паркинсона. Какое средство целесообразно назначить больному?
Анаприлин
Нитразепам
Аминазин
Парацетамол
♦Леводопа
687. В аптеку обратилась женщина 35-ти лет с целью приобретения препарата для профилактики гриппа. Какое из перечисленных лекарственных средств можно ей порекомендовать?
Ганцикловир
Ацикловир
Рибавирин
Ламивудин
♦Ремантадин
688. К провизору в аптеке обратилась женщина с просьбой отпустить жаропонижающее средство для ребёнка 8-ми месяцев. Какой препарат следует посоветовать?
Диклофенак-натрий
♦Парацетамол
- Ацетилсалициловая кислота
Индометацин
Пироксикам
689. Какое из нижеприведенных лекарственных средств применяется при инфаркте миокарда для проведения тромболитической терапии?
Тиклопидин
♦Стрептокиназа
Гепарин
Ацетилсалициловая кислота
Фенилин
690. Какой препарат из группы М-холиномиметиков, необходимо назначить больному с глаукомой?
♦Пилокарпин
Атропина сульфат
Нитразепам
Добутамин
Лидокаин
691. Назовите блокатор H₂-гистаминовых рецепторов, используемый при лечении язвенной болезни желудка с повышенной секреторной функцией:
Атропина сульфат
Прозерин
Добутамин
Лоратадин
♦Фамотидин
692. С целью лечения тяжёлой формы ревматоидного артрита пациенту 43-х лет назначен препарат для базовой терапии. Укажите его:
Нимесулид
Преднизолон
Диклофенак-натрий
Метилпреднизолон
♦Метотрексат
693. Какое из нижеприведенных лекарственных средств является препаратом выбора для профилактики возникновения приступов бронхиальной астмы?
Сальбутамол
Дротаверин
Димедрол
♦Кромолин-натрий
Амброксол
694. Беременная женщина заболела пневмонией; срок беременности 20 недель. Какой химиотерапевтический препарат можно посоветовать врачу для назначения больной без угрозы для развития плода?
Гентамицин
Левомецетин
Сульфален
Офлоксацин
♦Бензилпенициллин
695. У больного ИБС через 6 месяцев лечения развилась толерантность к нитратам

- пролонгированного действия. Какое ЛС с нитратоподобным эффектом необходимо рекомендовать в этом случае?
- ◆Молсидомин
 - Нифедипин
 - Празозин
 - Верапамил
 - Метопролол
696. При артериальной гипертензии прием лозартана противопоказан при следующих состояниях:
- ◆Беременность
 - Гипергликемия
 - Мочекислый диатез
 - Гиперлипидемия
 - Гипокалиемия
697. Больному, перенесшему инфаркт миокарда, рекомендуется прием ацетилсалициловой кислоты с целью:
- ◆Уменьшения агрегации тромбоцитов
 - Понижения температуры тела
 - Расширения коронарных сосудов
 - Уменьшения воспаления
 - Снижения уровня холестерина
698. При лечении энalapрилом возможны следующие побочные эффекты:
- ◆Кашель
 - Слюнотечение
 - Гипокалиемия
 - Запоры
 - Отеки голеней
699. Одним з головних показників елімінації лікарських засобів з організму людини є:
- ◆Період напіввиведення
 - Об'єм розподілу
 - Біодоступність
 - Біоеквівалентність
 - Максимальна концентрація у крові
700. Які з наведених антигіпертензивних препаратів мають калійзберігаючу дію?
- ◆Триамтерен
 - Фуросемід
 - Празозин
 - Метопролол
 - Дилтіазем
701. У хворого на тромбофлебіт нижніх кінцівок виникли ознаки передозування гепарину. В цій ситуації показано введення:
- ◆Протаміну сульфату
 - Феніліну
 - Вікасолу
 - Пентоксифіліну
 - Дипіридамолу
702. Проконсультуйте молодого врача: какой препарат является специфическим антидотом при отравлении препаратами железа?
- ◆Дефероксамин
 - Протамина сульфат
 - Бемегрид
 - Атропин
 - Пеницилламин
703. Ответьте на вопрос врача-интерна: широта терапевтического действия – это диапазон доз:
- ◆От минимальной терапевтической до минимальной токсической
 - От средней терапевтической до минимальной токсической
 - От разовой до курсовой
 - От минимальной терапевтической до максимальной токсической
 - От разовой до суточной
704. У жінки, яка тривалий час лікується з приводу інфільтративно-вогнищового туберкульозу, різко знизився слух. Який з перерахованих препаратів міг викликати таку побічну дію?
- ◆Стрептоміцин
 - Ізоніазид
 - Етамбутол
 - Рифампіцин
 - Етіонамід
705. Какой препарат можно порекомендовать для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет?
- ◆парацетамол
 - ацетилсалициловая кислота
 - диклофенак натрия
 - индометацин
 - целекоксиб
706. С чего наиболее целесообразно начинать лечение больного, у которого впервые развился приступ бронхиальной астмы?
- ◆Ингаляции бета₂-адреномиметика
 - Ингаляции глюкокортикостероида
 - Адреномиметики парентерально
 - М-холинолитики
 - H₂-гистаминоблокаторы
707. Антидотна терапія при отруєннях неорганічними сполуками ртуті здійснюється використанням:
- ◆Унітіол
 - Налоксон
 - Тетацин кальцію
 - Десферал
 - Дексаметазон
708. Хворій К., 25 років для лікування нападів мігрені лікар призначив суматриптан. Вкажіть механізм дії даного препарату
- ◆Селективний агоніст 5-НТ₁-серотонінових рецепторів
 - Селективний антагоніст 5-НТ₁-серотонінових рецепторів
 - Неселективний альфа-адреноблокатор
 - Стимулятор бета-адренорецепторів

- Похідний бензодіазепіну
709. З метою лікування важкої форми ревматоїдного артриту пацієнту 3., 43 років призначено препарат для базової терапії. Вкажіть його:
- ◆Метотрексат
 - Диклофенак-натрію
 - Німесулід
 - Преднізолон
 - Метилпреднізолон
710. Пацієнтку Т., 49 р., турбує періодичний стискаючий біль голови в потиличній ділянці, головокружіння, підвищення АТ. В анамнезі цукровий діабет II типу. Який діуретичний засіб не впливає на рівень глюкози в крові?
- ◆Індапамід
 - Фуросемід
 - Гіпотіазид
 - Етакринова кислота
 - Сечовина
711. Хворий Н., 65 р., звернувся зі скаргами на нудоту, блювання, загальмованість, появу жовтих кіл перед очима. Приймає щоденно дігосин 0,25 мг, аспекард 100 мг, метопролол 50 мг. Для якого патологічного стану характерний такий симптомокомплекс?
- ◆Глікозидна інтоксикація
 - Харчове отруєння
 - Синдром відміни
 - Тахіфілаксія
 - Гіперчутливості
712. Рифампіцин є індуктором цитохрому Р 450, тому його взаємодія з іншим хімічно-активним лікарським засобом може призвести до:
- ◆Зменшення концентрації іншого лікарського засобу
 - Збільшення концентрації іншого лікарського засобу
 - Не впливає на концентрацію іншого лікарського засобу
 - Зв'язування з іншими метаболітами
 - Не впливає на токсичність іншого лікарського засобу
713. При виникненні симптомів інтоксикації парацетамолом, як антидот, слід використовувати:
- ◆Ацетилцистеїн
 - Глюкозу
 - Хлористий натрій
 - Фуросемід
 - Реополіглюкін
714. Дитині 4 років з метою лікування ангіни був призначений антибактеріальний засіб. Через 2 тижні після проведеного лікування з'явилося жовте фарбування зубів, що не знімається зубною пастою. Який антибіотик міг спричинити такий побічний ефект?
- ◆Тетрациклін.
 - Азитроміцин.
 - Метронідазол.
 - Цефтріаксон.
 - Амікацин.
715. Який з наведених діуретичних лікарських засобів буде не бажаним хворому зі зниженою функцією слуху.
- ◆Фуросемід
 - Спіронолактон
 - Клопамід
 - Індапамід
 - Хлорталідон
716. Гастроуденопатії є одними з найчастіших ускладнень фармакотерапії нестероїдними протизапальними лікарськими засобами. Яке з вказаних нижче тверджень, що пояснює причину їх виникнення є вірним?
- ◆Гальмування синтезу простагландинів у слизовій оболонці
 - Гальмування перекисного окислення ліпідів
 - Гальмування агрегації нейтрофілів
 - Порушення проведення больового імпульсу
 - Гальмування адгезії і агрегації тромбоцитів
717. Відвідувач аптеки звернувся до фармацевта зі скаргами на стискуючий, часом пекучий біль за грудиною з ірадіацією у ліву руку та шию тривалістю 5 – 10 хвилин. Виберіть засіб для надання невідкладної допомоги хворому
- ◆Нітрогліцерин
 - Ніфедипін
 - Ізоланід
 - Ізосорбід дінитрат
 - Бісопролол
718. Який з вказаних сечогінних лікарських засобів може бути застосований для проведення форсованого діурезу?
- ◆Фуросемід
 - Амілорид
 - Індапамід
 - Хлорталідон
 - Клопамід
719. Назвіть засіб з групи похідних імідазолу, який впливає на анаеробні мікроорганізми, найпростіших та ефективний при змішаних інфекціях
- ◆Метронідазол
 - Камфора
 - Кофеїн
 - Дибазол
 - Аспаркам
720. В приймальне відділення звернувся пацієнт з ознаками отруєння морфіном. Назвіть антидот
- ◆Налоксон
 - Коларгол
 - Ессенціале
 - Ектерицид
 - Трентал

721. Відвідувач аптеки поскаржився на стискаючий біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку, страх смерті, відомо, що біль виник раптово після фізичного навантаження. Назвіть засіб невідкладної допомоги:
- ◆ Нітрогліцерин
 - Метациклін
 - Нафтизин
 - Панангін
 - Рибоксин
722. При одночасному застосуванні гентаміцину й ацикловіру в таблетках збільшується ризик:
- ◆ Нефротоксичності
 - Гепатотоксичності
 - Кардіотоксичності
 - Гепатотоксичності
 - Вірогідності алергічних реакцій
723. Для лікування залізодефіцитної анемії призначають:
- ◆ Фероплекс
 - Фурагін
 - Кортикостероїди
 - Гепарин
 - Вікасол
724. Больному с артериальною гіпертензією был назначен один из антигипертензивных препаратов. Артериальное давление нормализовалось, однако больного стал беспокоить постоянный сухой кашель. Укажите лекарственный препарат, который вызвал данный побочный эффект:
- ◆ Эналаприл
 - Амлодипин
 - Анаприлин
 - Индапамид
 - Гидрохлортиазид
725. При артериальной гипертензии прием лозартана противопоказан при следующих состояниях:
- ◆ Беременность
 - Гипергликемия
 - Мочекислый диатез
 - Гиперлипидемия
 - Гипокалиемия
726. Женщина 48-ми лет поступила в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС: стенокардия. Приступы возникают 1-2 раза в день. Какой препарат наиболее целесообразно рекомендовать для лечения?
- ◆ Изосорбида динитрат
 - Эуфиллин
 - Но-шпа
 - Папаверин
 - Дипиридамола
727. Какие из нижеприведенных ЛС применяются при инфаркте миокарда для проведения тромболитической терапии:
- ◆ Стрептокиназа
 - Гепарин
 - Фенилин
 - Тиклопидин
 - Ацетилсалициловая кислота
728. Больному, перенесшему инфаркт миокарда, рекомендуется прием ацетилсалициловой кислоты с целью:
- ◆ Уменьшения агрегации тромбоцитов
 - Понижения температуры тела
 - Расширения коронарных сосудов
 - Уменьшения воспаления
 - Снижения уровня холестерина
729. При лечении эналаприлом возможны следующие побочные эффекты:
- ◆ Кашель
 - Слюнотечение
 - Гипокалиемия
 - Запоры
 - Отеки голеней
730. Проконсультируйте молодого врача: Какой препарат является специфическим антидотом при отравлении препаратами железа?
- ◆ Дефероксамин
 - Протамина сульфат
 - Бемегрид
 - Атропин
 - Пеницилламин
731. Одним з головних показників елімінації лікарських засобів з організму людини є:
- ◆ Період напіввиведення
 - Об'єм розподілу
 - Біодоступність
 - Біоеквівалентність
 - Максимальна концентрація у крові
732. У хворого на тромбофлебіт нижніх кінцівок виникли ознаки передозування гепарину. В цій ситуації показано введення:
- ◆ Протаміну сульфату
 - Феніліну
 - Вікасолу
 - Пентоксифіліну
 - Дипірідамолу
733. Проконсультируйте молодого врача: какой препарат является специфическим антидотом при отравлении препаратами железа?
- ◆ Дефероксамин
 - Протамина сульфат
 - Бемегрид
 - Атропин
 - Пеницилламин
734. Хвора 52-х років перенесла інфаркт міокарда і виписана на амбулаторний нагляд. Яку добову дозу ацетилсаліцилової кислоти необхідно призначити з метою профілактики тромбо-

- утворення?
- ◆100 мг
 - 500 мг
 - 1000 мг
 - 2000 мг
 - 3000 мг
735. Хворому з артеріальною гіпертензією було призначено один з антигіпертензивних засобів. Артеріальний тиск нормалізувався, однак хворого почав турбувати постійний сухий кашель. Який з перерахованих препаратів має таку побічну дію.
- ◆Еналаприлу малеат
 - Анаприлін
 - Клофелін
 - Фуросемид
 - Ніфедипін
736. Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки.
- ◆Касторовое масло
 - Вазелиновое масло
 - Оливковое масло
 - Глицерин
 - Подсолнечное масло
737. Объясните врачу скорой помощи почему снижается антикоагулянтный эффект синкумара при одновременном его применении с фенобарбиталом?
- ◆Фенобарбитал активирует микросомальные ферменты печени
 - Фенобарбитал ингибирует микросомальные ферменты печени
 - Развивается аллергия к синкумару
 - Проявляется антагонизм этих препаратов
 - Происходит взаимная инактивация
738. Ответьте на вопрос врача-интерна: широта терапевтического действия – это диапазон доз:
- ◆От минимальной терапевтической до минимальной токсической
 - От средней терапевтической до минимальной токсической
 - От разовой до курсовой
 - От минимальной терапевтической до максимальной токсической
 - От разовой до суточной
739. Выберите оптимальный антибактериальный препарат для лечения микоплазменной пневмонии:
- ◆ровамицин
 - гентамицин
 - пенициллин
 - ампициллин
 - амоксиклав
740. У хворого хронічний гастрит типу А зі зниженою секреторною функцією, перніціозна анемія. Який з препаратів показаний хворому?
- ◆Ціанокобаламін
 - Адреналін
 - Дифенгідрамін
 - Вікалін
 - Дротаверин
741. Хвору 53-х років після фізичного навантаження почав турбувати біль за грудниною з іррадіацією в ліву руку. Який препарат слід призначити для усунення больового приступу?
- ◆Нітрогліцерин
 - Ізосорбїду 5-мононітрат
 - Ніфедипін
 - Метопролол
 - Дилтіазем
742. У хворого Н., 15 років, вперше виявлено цукровий діабет I типу. Який цукрознижуючий засіб необхідно призначити:
- ◆Інсулін
 - Метформін
 - Діабетон
 - Глюренорм
 - Глібенкламід
743. У хворого, який тривалий час лікується з приводу ревматоїдного артрити, виявлено гіперглікемію. Котрий із препаратів міг її спричинити?
- ◆Дексаметазон
 - Диклофенак натрію
 - Ібупрофен
 - Делагіл
 - Левамізол
744. Хвора із сезонним вазомоторним ринітом, яка працює диспетчером на залізниці, звернулася в аптеку за порадою: котрий із антигістамінних лікарських засобів не має пригнічувальної дії на ЦНС?
- ◆Лоратадин
 - Клемастин
 - Дипразин
 - Дифенгідрамін
 - Піпольфен
745. Проконсультуйте молодого колегу: який лікарських засобів застосовують при гострому інфаркті міокарда з метою тромболітичної терапії?
- ◆Альтеплаза
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Гепарин
 - Пентоксифілін
 - Фраксипарин
746. Після тижневої фармакотерапії артеріальної гіпертензії лізиноприлом в дозі 10 мг 2 раз на добу у хворого з'явилися періодично виникаючі напади сухого кашлю. Чим це може бути зумовлене?
- ◆Накопиченням в крові залишку брадикініну

- Підвищенням тонусу кашльового центру
Загостренням супутньої патології
Пригніченням синтезу альдостерону
Зменшення вмісту в крові адреналіну
747. Хворому К, 54 років, який кілька років страждає хронічним гіперацидним гастритом, призначений альмагель. Які ускладнення фармакотерапії з боку органів травлення можуть виникнути перш за все?
◆Закреп
Нудота
Анорексія
Блювота
Діарея
748. У хворої 26 років діагностовано позагоспітальна пневмонія, спричинена мікоплазмою. Виберіть необхідний протимікробний лікарський засіб:
◆Роваміцин
Амоксицилін
Гентаміцин
Бензілпеніцилін
Амоксилав
749. Хвора 60 років страждає гіпертонічною хворобою II стадії, ішемічною хворобою серця, бронхіальною астмою. Після корекції фармакотерапії стався напад бронхоспазму, зросла задишка. Який лікарський засіб спричинив ускладнення?
◆Пропранолол
Ніфедипин
Еуфілін
Мукалтин
Сальбутамол
750. У хворого 60 років після емоційного перенапруження з'явився біль за грудиною з ірадіацією в ліву руку. Назвіть лікарський засіб, який тамує больовий синдром:
◆Нітрогліцерин
Ніфедипин
Дилтіазем
Пропранолол
Метопролол
751. До провізора в аптеці звернулась жінка з проханням відпустити жарознижуючий засіб для дитини 8 місяців. Який препарат Ви порадите?
◆Парацетамол
Ацетилсаліцилова кислота
Індометацин
Діклофенак натрію
Піроксикам
752. Хворий 59 років переніс інфаркт міокарду. Для попередження тромбоутворення призначена ацетилсаліцилова кислота. Визначте раціональну добову дозу:
◆100 мг
500 мг
- 1000 мг
2000 мг
3000 мг
753. До лікаря звернувся хворий 70 років з приводу підвищеного артеріального тиску. З анамнезу відомо про наявність доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Який лікарський засіб бажано призначити даному хворому?
◆Доксазозин
Еналаприл
Пропранолол
Дилтіазем
Лозартан
754. У жінки, яка тривалий час лікується з приводу інфільтративно-вогнищового туберкульозу, різко знизився слух. Який з перерахованих препаратів міг викликати таку побічну дію?
◆Стрептоміцин
Ізоніазид
Етамбутол
Рифампіцин
Етіонамід
755. Препаратом вибора для терапії гострого пієлонефрита у беременної жінки в I триместрі являється:
◆амоксицилін
норфлоксацин
бисептол
гентаміцин
хлорамфеникол
756. У беременної жінки Р., 38 лет с сахарным диабетом II типа (инсулиннезависимым) препаратом вибора являється:
◆інсулін
глибенкламид
метформин
толбутамид
буформин
757. Какою препаратом можна порекомендувати для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет?
◆парацетамол
ацетилсаліцилова кислота
диклофенак натрія
індометацин
целекосиб
758. С чего наиболее целесообразно начинать лечение больного, у которого впервые развился приступ бронхиальной астмы?
◆Ингаляции бета2-адреномиметика
Ингаляции глюкокортикостероида
Адреномиметики парентерально
М-холинолитики
H₂-гистаминоблокаторы
759. Каков препарат вибора при лечении больных с артериальной гипертензией и аденомой предстательной железы?

- ◆ Доксазозин
 - Эналаприл
 - Каптоприл
 - Верошпирон
 - Верапамил
760. Хвора 68-ми років тривалий час застосовує фуросемід для лікування серцевої недостатності. Зазначьте лікарський засіб для профілактики гіпокаліємії при прийомі фуросемида:
- ◆ Панангін
 - АТФ-лонг
 - Мілдронат
 - Триметазидин
 - Сустанг-форте
761. Хвора 52-х років страждає підвищенням артеріального тиску протягом місяця. З анамнезу відомо, що останні 5 років хворіє бронхіальною астмою. Яка група гіпотензивних препаратів небажана для хворої?
- ◆ Блокатори бета-адренорецепторів
 - Антагоністи іонів кальцію
 - Транквілізатори
 - Антагоністи ангіотензинових рецепторів
 - Діуретики
762. Вагітна жінка (III триместр) захворіла ГРВЗ з підвищенням температури тіла до 39°C. Який ЛЗ Ви зможете їй запропонувати?
- ◆ Парацетамол
 - Целекоксиб
 - Індометацин
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Диклофенак натрію
763. Яке з нижченаведених показань для застосування бензатин бензилпеніциліну є правильним:
- ◆ Лікування сифілісу
 - Кишкові інфекції
 - Пневмонія
 - Ангіна
 - Фурункульоз
764. До провізора звернувся пацієнт, якому рекомендовано прийом ацетилсаліцилової кислоти як антиагреганта. Яку добову дозу у грамах слід рекомендувати для постійного прийому?
- ◆ 0,1-0,3
 - 0,5-1,0
 - 1,0-2,0
 - 2,0-3,0
 - Більше 4,0
765. У хворого з артеріальною гіпертензією та хронічним бронхітом раптово виник сухий кашель, задишка; температура тіла не змінилась. Відомо, що хворий приймає каптоприл. Чим можна пояснити цей феномен?
- ◆ Збільшене утворення брадикініну
 - Збільшене утворення ангіотензину I
 - Збільшене утворення реніну
 - Зменшене утворення альдостерону
 - Збільшення утворення Na-уретичного пептиду
766. Антидотна терапія при отруєннях неорганічними сполуками ртуті здійснюється використанням:
- ◆ Унітіол
 - Налоксон
 - Тетацин кальцію
 - Десферал
 - Дексаметазон
767. Під час лікування хронічної серцевої недостатності дигоксином у хворого виникла брадикардія, нудота, блювота, погіршення зору. Який з препаратів є антидотом в цьому випадку?
- ◆ Унітіол
 - Тетацин-кальцій
 - Дипіроксам
 - Амілнітріт
 - Атропину сульфат
768. Хворий 46-ти років хворий на хронічний бронхіт звернувся в аптеку. Який лікарський засіб можна придбати в аптеці для полегшення відходження густого та в'язкого харкотиння?
- ◆ Амброксол
 - Фалімінт
 - Лібексин
 - Глаувент
 - Сальбутамол
769. Вагітна жінка 26-ти років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?
- ◆ Парацетамол
 - Аспірин.
 - Диклофенак.
 - Анальгін.
 - Індометацин.
770. Хворий, яка страждає на бронхіальну астму встановлено діагноз гіпертонічної хвороби. Який гіпотензивний препарат протипоказаний даній пацієнтці?
- ◆ Анаприлін;
 - Каптоприл;
 - Амлодипін;
 - Гіпотіазид;
 - Верапаміл.
771. Хвора К., вагітність I триместр, встановлено діагноз гострого пієлонефриту. Який антибіотик є препаратом вибору для лікування даної пацієнтки?
- ◆ Амоксицилін;
 - Норфлуксацин;
 - Гентаміцин;

- Хлорамфенікол;
Амікацин.
772. У хворого, який тривалий час хворіє на хронічний гепатит, встановлено діагноз пневмонії.
Який з антибактеріальних лікарських засобів можна використати у даній клінічній ситуації?
◆Амоксициліну;
Тетрациклін;
Бісептол;
Ріфампіцин;
Ванкоміцин;
773. Хворій 57-ми років встановлено діагноз ревматоїдного артриту, в анамнезі виразкова хвороба. Який препарат із групи НПЗП можна рекомендувати даній хворій?
◆Целекоксиб;
Диклофенак;
Аспірин;
Індометацин;
Мефенамова кислота.
774. Хворому на пневмонію середньо важкого перебігу лікар призначив цефтріаксон 1 раз на добу. Призначення препарату 1 раз на добу пов'язане з:
◆Повільним виведенням з організму
Бактерицидним ефектом
Широким спектром дії
Здатністю накопичуватись в легенях
Погано всмоктується з місця введення
775. Для лікування інфекції сечовидільних шляхів лікар-інтерн призначив хворому препарат з групи нітрофуранів нітрофуроксазид. Лікарем допущена помилка, оскільки препарат:
◆Не всмоктується з травного каналу
Виводиться з сечею в неактивному стані
Має нефротоксичний ефект
Володіє бактериостатичним ефектом
Повільно виводиться з організму
776. У хворого гіпертонічною хворобою виявлено обструктивний бронхіт. Який із зазначених гіпотензивних препаратів йому протипоказаний?
◆Анаприлін
Гіпотіазид
Допегіт
Раунатин
Клофелін
777. Пацієнтку Т., 49 р., турбує періодичний стискаючий біль голови в потиличній ділянці, головокружіння, підвищення АТ. В анамнезі цукровий діабет II типу. Який діуретичний засіб не впливає на рівень глюкози в крові?
◆Індапамід
Фуросемід
Гіпотіазид
Етакринова кислота
- Сечовина
778. Після підйому вантажу у хворого виник різкий біль в попереку, який посилюється при рухах, ірадіює в ліву ногу. У пацієнта діагностовано попереково-крижовий радикуліт. Який засіб можна порекомендувати хворому?
◆Диклофенак-натрію
Дротаверин
Платифілін
Тіаміну бромід
Цінокобаламін
779. Рифампіцин є індуктором цитохрому Р 450, тому його взаємодія з іншим хімічно-активним лікарським засобом може призвести до:
◆Зменшення концентрації іншого лікарського засобу
Збільшення концентрації іншого лікарського засобу
Не впливає на концентрацію іншого лікарського засобу
Зв'язування з іншими метаболітами
Не впливає на токсичність іншого лікарського засобу
780. Бронхорозширюючий ефект при призначенні бета2-агоністу короткої дії – сальбутамолу розвивається через:
◆5-10 хвилин
20-30 хвилин
45-60 хвилин
2-3 годин
4-6 годин
781. Вагітна (12 тижнів) поступила у відділення з симптомами гострого циститу. Який з перерахованих антибіотиків можна рекомендувати в даному випадку?
◆Амоксицилін
Ципрофлоксацин
Гентаміцин
Метронідазол
Тетрациклін
782. Хворому К., 35 років, з приводу тахікардії був призначений пропранолол. Яка з нижче перерахованих побічних реакцій може виникнути при вживанні бета-адреноблокатору?
◆Бронхоспазм.
Лікарська залежність.
Кумуляція.
Підвищення артеріального тиску.
Закрепи.
783. Дитині 4 років з метою лікування ангіни був призначений антибактеріальний засіб. Через 2 тижні після проведеного лікування з'явилося жовте фарбування зубів, що не знімається зубною пастою. Який антибіотик міг спричинити такий побічний ефект?
◆Тетрациклін.

- Азитроміцин.
Метронідазол.
Цефтріаксон.
Амікацин.
784. Хвора С., 17 років, скаржиться на постійну спрагу, сухість у роті, часте сечовиділення, підвищення апетиту. При обстеженні: рівень глюкози у плазмі крові – 11 ммоль/л. Лікар діагностував цукровий діабет I типу. Який препарат показаний для лікування?
◆Інсулін.
Манініл.
Глібенкламід.
Акарбоза.
Аспаркам.
785. Який з наведених діуретичних лікарських засобів буде не бажаним хворому зі зниженою функцією слуху.
◆Фуросемід
Спіронолактон
Клопамід
Індапамід
Хлорталідон
786. Гастроуденопатії є одними з найчастіших ускладнень фармакотерапії нестероїдними протизапальними лікарськими засобами. Яке з вказаних нижче тверджень, що пояснює причину їх виникнення є вірним?
◆Гальмування синтезу простагландинів у слизовій оболонці
Гальмування перекисного окислення ліпідів
Гальмування агрегації нейтрофілів
Порушення проведення больового імпульсу
Гальмування адгезії і агрегації тромбоцитів
787. Відвідувач аптеки звернувся до фармацевта зі скаргами на стискуючий, часом пекучий біль за грудиною з ірадіацією у ліву руку та шию тривалістю 5 – 10 хвилин. Виберіть засіб для надання невідкладної допомоги хворому
◆Нітрогліцерин
Ніфедипін
Ізоланід
Ізосорбїду дїнітрат
Бісопролол
788. Який з вказаних сечогінних лікарських засобів може бути застосований для проведення форсованого діурезу?
◆Фуросемід
Амілорид
Індапамід
Хлорталідон
Клопамід
789. Назвіть засіб з групи похідних імідазолу, який впливає на анаеробні мікроорганізми, найпростіших та ефективний при змішаних інфекціях
◆Метронідазол
- Камфора
Кофеїн
Дибазол
Аспаркам
790. В приймальне відділення звернувся пацієнт з ознаками отруєння морфіном. Назвіть антидот
◆Налоксон
Коларгол
Ессенціале
Ектерицид
Трентал
791. Відвідувач аптеки поскаржився на стискаючий біль за грудиною з ірадіацією в ліву руку, страх смерті, відомо, що біль виник раптово після фізичного навантаження. Назвіть засіб невідкладної допомоги:
◆Нітрогліцерин
Метациклін
Нафтизин
Панангін
Рибоксин
792. При застосуванні ацетилсаліцилової кислоти у пацієнта з'явилась кровоточивість слизових оболонок. Таке явище пов'язане:
◆Гальмуванням синтезу протромбіну
Збільшенням всмоктування в ШКТ
Зменшенням всмоктування в ШКТ
Порушенням зв'язування з білками
Зміною обсягу розподілу
793. При одночасному застосуванні парацетамолу та ацетилцистеїну відбувається:
◆Зниження гепатотоксичної дії парацетамолу
Зменшення протизапальної дії парацетамолу
Гальмування всмоктування парацетамолу
Збільшення муколітичної дії ацетилцистеїну
Збільшення нефротоксичності парацетамолу
794. При одночасному застосуванні гентаміцину й ацикловіру в таблетках збільшується ризик:
◆Нефротоксичності
Гепатотоксичності
Кардіотоксичності
Гепатотоксичності
Вірогідності алергічних реакцій
795. При одночасному застосуванні доксицикліну гідрохлориду та перорального контрацептиву спостерігається:
◆Зниження ефективності пероральних контрацептивів
Збільшення ефективності пероральних контрацептивів
Збільшення антибактеріального ефекту доксицикліну
Зменшення антибактеріального ефекту доксицикліну
796. Для лікування залізодефіцитної анемії призначають:

- ◆Фероплекс
 - Фурагін
 - Кортикостероїди
 - Гепарин
 - Вікасол
797. Хворому 30 років з діагнозом гострий остеомієліт призначили антибіотик, який добре проникає в кісткову тканину. Який засіб було обрано?
- ◆Лінкоміцин
 - Біцилін-3
 - Бензилпеніцилін
 - Поліміксин-М
 - Ампіцилін
798. Хворий зі стенокардією Л., 70 років, прийшов з претензією в аптеку, що йому відпустили засіб, який спричинив сильний розпирюючий біль голови, хоча і усунув приступ стенокардії. Для якого антиангінального засобу характерний такий побічний ефект?
- ◆Нітросорбід
 - Амлодипін
 - Ніфедипін
 - Триметазидин
 - Метопролол
799. Після чергової ін'єкції інсуліну в хворого на цукровий діабет стан погіршився: появився неспокій, холодний піт, тремор кінцівок, загальна слабкість. Виберіть засіб для невідкладної допомоги
- ◆Глюкоза
 - Гідрокортизон
 - Бутамід
 - Норадреналін
 - Глібутид
800. У хворого Т., 27 років при лікуванні ангіни препаратами амінопеніцилінів розвинулась алергічна реакція. З якої групи антибіотик доцільно обрати для лікування цього хворого, щоб зменшити вірогідність розвинення алергічної реакції
- ◆Макроліди
 - Напівсинтетичні пеніциліни
 - Цефалоспорины
 - Імпінеми
 - Захищені амінопеніциліни
801. При проведенні біохімічного дослідження крові у хворого виявлено пониженою кількість сироваткового заліза крові. Для якого захворювання характерні такі зміни?
- ◆Залізодефіцитної анемії
 - Гострого бронхіту
 - Бронхіальної астми
 - Пневмонії
 - Бронхоектатичної хвороби
802. Хворий, який отримує лікування з приводу гіпертонічної хвороби, скаржиться на по-
- кашлювання. При обстеженні пацієнта ніяких змін зі сторони легень не виявлено. Який з наведених засобів міг викликати кашель?
- ◆Каптоприл
 - Амлодипін
 - Гіпотіазид
 - Небіволол
 - Клофелін
803. Хворому 44 років з ревматоїдним поліартритом встановлено загострення пептичної виразки шлунка. Який з перерахованих засобів необхідно виключити з комплексної терапії?
- ◆Індометацин
 - Димедрол
 - Уродан
 - Анаприлін
 - Атропін
804. Больному с артериальной гипертензией был назначен один из антигипертензивных препаратов. Артериальное давление нормализовалось, однако больного стал беспокоить постоянный сухой кашель. Укажите лекарственный препарат, который вызвал данный побочный эффект:
- ◆Эналаприл
 - Амлодипин
 - Анаприлин
 - Индапамид
 - Гидрохлортиазид
805. Який з нижченаведених лікарських засобів застосовується при інфаркті міокарда для проведення тромболітичної терапії?
- ◆Стрептокіназа
 - Гепарин
 - Фенілін
 - Тиклопідин
 - Ацетилсаліцилова кислота
806. Який лікарський засіб призна-чають при передозуванні препара-тів заліза?
- ◆Дисферал
 - Вікасол
 - Етамзилат
 - Налоксон
 - Атропіну сульфат
807. Виберіть лікарський засіб, що селективно інгібує ЦОГ-2:
- ◆Целекоксиб
 - Диклофенак натрію
 - Ацетилсаліцилова кислота
 - Парацетамол
 - Індометацин
808. Хворому 74-х років призначено тривалий прийом фуросеміду з метою лікування хронічної серцевої недостатності. Який препарат доцільно призначити йому з метою запобігання гіпокаліємії?
- ◆Аспаркам

- Триметазидин
Ніфедипін
Корвалтаб
Веропаміл
809. Порекомендуйте пацієнту, хворому на бронхіальну астму, інгаляційний агоніст β_2 -адренорецепторів пролонгованої дії:
◆ Сальметерол
Клемастин
Теофілін
Кромолін-натрій
Іпратропію бромід
810. Хворий отримує фармакотерапію з приводу пептичної виразки шлунка. Призначення якого лікарського засобу зумовлює забарвлення стільця в чорний колір?
◆ Вісмуту субцитрат
Омепразол
Маалокс
Фамотидин
Панкреатин
811. Яка група гіпотензивних препаратів протипоказана хворим на гіпертонічну хворобу з гіперурікемією?
◆ Тіазидні діуретики
 α -адреноблокатори
Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
Антагоністи кальцію
 β -адреноблокатори
812. У хворого діагностували астматичний статус. Який засіб по-казаний в першу чергу?
◆ Преднізолон
Амброксол
Папаверин
Мукалтин
Супрастин
813. У хворого в анамнезі ІХС, стенокардія напруги. Під час фізичного навантаження з'явилися стискаючі пекучі болі за грудниною з іррадіацією в ліву руку. З чого необхідно почати надання невідкладної допомоги?
◆ Таблетки нітрогліцерину під язик
Введення анальгін у в/м
Введення димедролу в/м
Введення промедолу в/м
Подача зволоженого кисню
814. Хворому на артеріальну гіпертензію призначили діуретик гіпо-тіазид по 0,025 двічі на добу в першу половину дня. Через тиждень хворий почав відчувати біль в ділянці серця, м'язову слабкість та тремор кінцівок. Яка побічна дія препарату спостерігається?
◆ Гіпокаліємія
Артеріальна гіпотензія
Гіперкаліємія
Гіперкальціємія
- Гіпомагніємія
815. Найбільший нефропротекторний вплив у хворих на цукровий діабет II типу мають:
◆ Блокатори рецепторів ангіотензину II.
Антагоністи кальцію
Діуретики
 β -адреноблокатори
Стимулятори імідазолінових рецепторів
816. Хворому 30-ти років з діагнозом гострого остеомієліту призначили антибіотик, який добре проникає в кісткову тканину. Який засіб було обрано?
◆ Лінкоміцин
Біцилін-3
Бензилпеніцилін
Поліміксин-М
Ампіцилін
817. При одночасному застосуванні гентаміцину та ацикловіру в та-блетках збільшується ризик:
◆ Нефротоксичності
Гепатотоксичності
Кардіотоксичності
Нейротоксичності
Імовірності алергічних реакцій
818. Хворий 25-ти років для лікування нападів мігрені лікар призначив суматриптан. Вкажіть механізм дії даного препарату:
◆ Селективний агоніст 5-Н T_1 -серотонінових рецепторів
Селективний антагоніст 5-Н T_1 -серотонінових рецепторів
Неселективний α -адреноблокатор
Стимулятор β -адренорецепторів
Селективний α -адреноблокатор
819. Який з нижченаведених лікарських засобів є препаратом вибору для профілактики виникнення нападів бронхіальної астми?
◆ Кромолін-натрій
Сальбутамол
Дротаверин
Димедрол
Амброксол
820. У чоловіка, який тривалий час хворіє на хронічний гепатит, встановлено діагноз пневмонії. Який з антибактеріальних лікарських засобів можна використати у даній клінічній ситуації?
◆ Амоксицилін
Тетрациклін
Бісептол
Рифампіцин
Ванкоміцин
821. Хворий, яка страждає на бронхіальну астму, встановлено діагноз гіпертонічної хвороби. Який гіпотензивний препарат протипоказаний даній пацієнтці?
◆ Анаприлін

- Каптоприл
Амлодипін
Гіпотіазид
Верапаміл
822. Під час лікування хронічної серцевої недостатності дигоксином у хворого виникли брадикардія, нудота, блювання, погіршення зору. Який з препаратів є антидо-том у цьому випадку?
◆Унітіол
Тетацин-кальцій
Дипіроксам
Амілнітрит
Атропіну сульфат
823. У вагітної жінки 38-ми років, хворої на цукровий діабет II типу (інсулінонезалежний), препаратом вибору є:
◆Інсулін
Глібенкламід
Метформін
Толбутамід
Буформін
824. До лікаря звернувся хворий 70-ти років з приводу підвищеного ар-теріального тиску. З анамнезу ві-домо про наявність доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Який лікарський засіб бажано при-значити даному хворому?
◆Доксазозин
Еналаприл
Пропранолол
Дилтіазем
Лозартан
825. Хвора 60-ти років страждає на гіпертонічну хворобу II стадії, іше-мічну хворобу серця, бронхіальну астму. Після корекції фармако-те-рапії стався напад бронхоспазму, зросла задишка. Який лікарський засіб спричинив ускладнення?
◆Пропранолол
Ніфедипін
Еуфілін
Мукалтин
Сальбутамол
826. Який лікарський засіб засто-сують при гострому інфаркті міокарда з метою тром-болітичної терапії?
◆Альтеплаза
Ацетилсаліцилова кислота
Гепарин
Пентоксифілін
Фраксипарин
827. Поясніть, чому знижується антикоагулянт-ний ефект синкумара при одночасному за-стосуванні його з фенобарбіталом:
◆Фенобарбітал активує мікросо-мальні фер-менти печінки
- Фенобарбітал інгібує мікросо-мальні фер-менти печінки
Розвивається алергія до синку-мару
Проявляється антагонізм цих препаратів
Відбувається взаємна інактивація
828. Вагітна захворіла на пневмонію з важким перебігом. Який з антибактеріальних препа-ратів доцільно призначити?
◆Цефотаксим
Гентаміцину сульфат
Тетрацикліну гідрохлорид
Офлоксацин
Бісептол
829. Який препарат є специфічним антидотом під час отруєння препаратами заліза?
◆Дефероксамін
Протаміну сульфат
Бемегрид
Атропіну сульфат
Еніциламін
830. Про який найбільш частий по-бічний ефект необхідно інформувати пацієнтів при відпус-ку анта-цидних засобів на основі сполук алюмінію?
◆Закреп
Діарея
Печія
Дисбактеріоз
Утруднення сечовиділення
831. Хвора 36-ти років, з метою симптоматичного лікування гіпер-термії на фоні застудного захворювання, протягом доби прийняла 7 таблеток парацетамолу. Який лі-карський засіб слід застосувати в даному випадку як антидот?
◆Ацетилцистеїн
Бемегрид
Метилловий спирт
Протаміну сульфат
Етиловий спирт
832. Сухий кашель, який виникає на тлі прийому лізиноприлу, пов'язаний з:
◆Накопиченням брадикініну
Зниженням артеріального тиску
Підвищенням рівня кальцію в крові
Зменшенням ремодуляції лівого шлуночка
Нефропротекторною дією

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Фармакотерапія : учеб. для студ. фарм. фак. / О. В. Крайдашенко [и др.] ; под ред.: О. В. Крайдашенко, И. Г. Купновицкой, И. Н. Клища ; МОН, молодёжи и спорта Украины. - Вінниця : Нова книга, 2013. - 536 с.
2. Фармакотерапія : підруч. для студ. фарм. фак. / О. В. Крайдашенко [та ін.] ; за ред.: О. В. Крайдашенка, І. Г. Купновицької ; МОН України. - Вінниця : Нова книга, 2013. - 644 с.
3. Посібник до практичних занять з фармакотерапії / Крайдашенко О.В., Нальотов С.В., Кремзер О.О., Стець Р.В., Самура Б.Б., Хмельова А.В. Красько М.П. - Запоріжжя, 2007. – 257 с.
4. Крайдашенко О. В. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в гастроентерології : навч. посіб. для студ. ВМНЗ МОЗ України / О. В. Крайдашенко, О. О. Кремзер, О. А. Михайлик. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2016. - 148 с
5. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в ревматології : посіб. для студ. ВМЗ, лікарів, провізорів / М. П. Красько [та ін.]. - 2-ге вид., доопрац. та доп. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2015. - 317 с.

Додаткова:

1. Навчально-методичний посібник по самостійній роботі та виконанню контрольних робіт з фармакотерапії студентами заочної форми навчання / Крайдашенко О. В., Хмельова А. В., Кремзер О. О., Красько М. П., Главацький О. М., Воробйова О. О., Свинтозельський О. О. - Запоріжжя, 2.010.-74 с.
2. Фармакотерапія. Посібник до практичних занять і підготовки до іспиту з фармакотерапії (для студентів фармацевтичного факультету заочної форми навчання) / Крайдашенко О.В., Красько М.П., Кремзер О.О., Хмельова А.В., Свинтозельський О.О., Воробйова О.О., Главацький О.М., Михайлик О.А.. - Запоріжжя, 2011. - 332 с.
3. Фармакотерапія. Посібник до практичних занять і підготовки до іспиту з фармакотерапії (для студентів фармацевтичного факультету заочної форми навчання) / Крайдашенко О.В., Красько М.П., Кремзер О.О., Хмельова А.В., Свинтозельський О.О., Воробйова О.О., Главацький О.М., Михайлик О.А.. - Запоріжжя, 2011. - 332 с.
4. Фармакотерапія. Посібник до практичних занять з фармакотерапії для студентів фармацевтичного факультету заочної форми навчання / О.В. Крайдашенко, Кремзер О.О., Красько М.П., Хмельова А.В., Свинтозельський О.О., Главацький О.М., Воробйова О.О., Михайлик О.А. - Запоріжжя, 2010. - 166 с.
5. Фармакотерапія. Практикум до практичних занять з фармакотерапії (для студентів фармацевтичного факультету заочної форми навчання)./ Крайдашенко О.В., Красько М.П., Кремзер О.О., Хмельова А.В., Свинтозельський О.О., Воробйова О.О., Главацький О.М., Михайлик О.А. - Запоріжжя, 2011. - 13 с.
6. Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О. Фармакотерапія. Практикум для студентів 4 курсу фармацевтичного факультету (кредитно-модульня система). - Запоріжжя, 2013. - 198 с.
7. Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О. Фармакотерапія. Навчально- методичний

- посібник для студентів 4 курсу фармацевтичного факультету (кредитно-модульна система). - Запоріжжя, 2013. - 170 с.
8. Крайдашенко О.В., Самура Т.О. Фармакотерапія. Навчально-методичний посібник для практичних занять для викладачів фармацевтичного факультету. / Запоріжжя, 2014. - 96 с.
 9. Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О., Саржевська А.В. Фармакотерапія. Посібник для практичних занять і підготовки до модульного контролю для студентів II фармацевтичного факультету. - Запоріжжя, 2014. - 328 с.