

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ, ФАРМАЦІЇ,  
ФАРМАКОТЕРАПІЇ І КОСМЕТОЛОГІЇ**

**Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О.**

# **Клінічна фармація**

**Навчально-методичний посібник для практичних занять  
для студентів заочної форми навчання спеціальність  
«Технологія парфумерно-косметичних засобів»**

**Запоріжжя – 2016**

Розглянуто на засіданні кафедри клінічної фармакології,  
фармації фармакотерапії і косметології  
(Протокол № 1 від 29/08/ 2016 року)

Затверджено на засіданні циклової методичної  
комісії фармацевтичних дисциплін ЗДМУ  
(Протокол № від 2016 року)

Посібник затверджено  
на засіданні Центральної методичної Ради  
Запорізького державного медичного університету  
(Протокол № від 2016 р.)

Рецензенти:

Проректор з наукової роботи ЗМАПО, д.мед.н., професор Фуштей І.М.  
Завідувач кафедри внутрішніх хвороб-3 ЗДМУ, професор Доценко С.Я.

У посібнику описано основні клінічні прояви оновлені принципи фармако-  
терапії захворювань ШКТ, печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, алер-  
гічних та ендокринологічних захворювань згідно сучасних протоколів та ін. ме-  
дико-технологічних документів, що входять в компетенцію провізорів. Дана порів-  
няльна характеристика лікарських засобів і фармакологічних груп. На підставі  
даних багаточентрових досліджень визначене їх місце в лікуванні конкретних но-  
зологічних форм. У програму лікування включені сучасні препарати, зареєстрова-  
ні в Україні.

*Видання призначене для студентів фармацевтичних факультетів вищих  
медичних навчальних закладів, спеціальність ТКПЗ.*

## ЗМІСТ

№	Введення	5
1.	Клінічна фармація в гастроентерології. Симптоми і синдроми при захворюваннях ШКТ і підшлункової залози. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування кислотозалежних станів та зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози.	6
2.	Клінічна фармація в гепатології. Симптоми і синдроми при захворюваннях гепатобіліарної системи. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються для лікування захворювань гепатобіліарної системи.	21
3.	Клінічна фармація в ендокринології. Симптоми і синдроми при основних захворюваннях ендокринної системи. Клінічна фармакологія ЛП, які застосовуються для лікування гіперглікемічних та тиреоїдозалежних станів.	38
4.	Клінічна фармація в алергології. Симптоми і синдроми при гострих алергозах. Клінічна фармакологія ЛП, які використовуються при алергозах. Лікарська хвороба.	56
5.	Тестові завдання	72
	ЛІТЕРАТУРА	131

## ВВЕДЕННЯ

Стратегічним напрямом розвитку охорони здоров'я в усьому світі є спрямування всіх галузей медицини на потреби пацієнта. Це положення закріплене в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і лежить в основі Програми дій з основних лікарських препаратів, затвердженої Європейським регіональним бюро ВООЗ.

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

Поняття "фармацевтична опіка" означає в першу чергу залучення фармацевта разом з лікарем до активної діяльності для збереження здоров'я і запобігання захворюваності населення. Фармацевт зобов'язаний і на нього покладається обов'язок забезпечити пацієнта не тільки якісними ліками і виробами медичного призначення, але й сприяти їхньому раціональному використанню. Для цього фармацевт повинен надати хворому повну інформацію про ліки, лікарські форми й особливості їх застосування, вплив на фармакодинамічні ефекти препарату віку, статі, захворювань нирок, печінки тощо, взаємодію ліків з іншими лікарськими препаратами та їхню, можливий несприятливий вплив ліків на організм хворого.

Для здійснення належної фармацевтичної опіки необхідно, щоб провізор володів достатнім обсягом медичних знань, що дозволять йому взаємодіяти з лікарем на рівні "рівноправного терапевтичного партнерства", проводити контрольну функцію з виявлення серед відвідувачів аптеки осіб із «загрозливими» симптомами, які потребують обов'язкового відвідування лікаря, надавати консультативну допомогу хворому при під час відпуску безрецептурних препаратів для самолікування.

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

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

У процесі вивчення клінічної фармації на основі теоретичного матеріалу, одержаного на кафедрах фізіології, патологічної фізіології, біохімії, мікробіології, фармакології, поєднуються знання з етіології, патогенезу основних нозологічних одиниць в клініці внутрішніх хвороб, принципів їх лікарської терапії. Під час практичних занять, що проводяться безпосередньо в клініці, студенти мають можливість ознайомитися із структурою вітчизняної охорони здоров'я, основною медичною документацією, оволодіти навичками з медичної етики та деонтології. На основі теоретичних знань студенти оволодівають теоретичними та практичними навичками в галузі клінічної фармакології основних фармакологічних груп лікарських препаратів, вчать проводити корекцію лікарської терапії та вибір найбільш раціональних лікарських препаратів і їх комбінацій для конкретного хворого.

Актуальність практикуму продиктована зміною програми навчання - переходом викладання дисципліни на кредитно-модульну систему, необхідності створення цілісності підготовчих матеріалів для практичних занять та в відсутності подібного навчального матеріалу.

## ТЕМА 1

### КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ. СИМПТОМИ І СИНДРОМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКТ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

#### І. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ ТА ПОЧАТКОВОГО КОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗНАНЬ.

1. Симптоми та синдроми при основних захворюваннях шлунково - кишкового тракту (синдром функціональної диспепсії, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба шлунка та 12 -палої кишки).
2. Методи обстеження хворих із захворюваннями шлунково - кишкового тракту (розпитування, фізичні та інструментальні методи дослідження) .
3. Етіологія, патогенез, клінічні прояви, методи діагностики синдрому невиразкової диспепсії. Поняття про хронічний гастрит.
4. Виразкова хвороба шлунка та 12 -палої кишки: етіологія, патогенез, методи діагностики.
5. Симптоми та синдроми при захворюваннях шлунково - кишкового тракту, які можуть лікуватися хворими самостійно за допомогою безрецептурних препаратів за консультативної допомоги провізора.
6. Симптоми і синдроми при основних захворюваннях печінки (синдроми жовтяниці, портальної гіпертензії, гепатолієнальний, печінкової недостатності), жовчовивідних шляхів, під-шлункової залози. Механізм їх виникнення.
7. Основні захворювання печінки і жовчовивідних шляхів (етіологія, патогенез, діагностичні критерії): хронічний гепатит; цироз печінки, хронічний холецистит; жовчокам'яна хвороба.
8. Хронічний панкреатит: етіологія, патогенез, діагностика, напрямки лікарської терапії.

Основними проявами захворювань травного каналу є біль у животі, диспепсичні розлади, шлунково-кишкові кровотечі.

*Печія* - відчуття печіння (що виникає поблизу мечоподібного відростка та поширюється вгору), виникає внаслідок подразнюючої дії рефлюктату на слизову оболонку стравоходу. Іноді печія сприймається як загродинний біль або напад стенокардії. Внаслідок порушення скоротливої функції стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, закидання шлункового вмісту в стравохід може виникати печія. Найчастіше печія відзначається у хворих з підвищеною кислотністю шлункового соку. У здорових осіб печія виникає як наслідок підвищеної чутливості організму до певних харчових продуктів.

*Біль у животі.* Причини та характер болю в животі можуть бути різними. Біль у епігастральній ділянці є однією з ознак захворювань шлунка. Для захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки (виразкова хвороба, гастрит) характерні біль, що пов'язаний із прийомом їжі, нічний біль. Біль, що є наслідком захворювання кишківнику, не пов'язаний із прийомом їжі. Біль у животі може також виникнути внаслідок захворювань печінки, підшлункової залози.

Відзначаються диспепсичні розлади, що характеризуються втратою апетиту, відрижкою, відчуттям печії, нудоти, іноді блюванням.

*Відрижка* — раптове мимовільне виділення зі шлунку в порожнину рота газів або невеликої кількості їжі.

ликої кількості шлункового вмісту. Вона може бути наслідком заковтування певної кількості повітря (аерофагія) під час швидкого вживання їжі, а також бури наслідком неврозу. Часто у разі опущення шлунка, слабкості його рухової функції, а також стенозу воротаря на тлі виразкової хвороби виникає неприємна відрижка, що має запах тухлих яєць. Наявність відрижки свідчить про застій і гниття білкової частини їжі. Відрижка може бути кислою (у разі підвищеної секреції шлункового соку) та гіркою (у разі потрапляння жовчі в шлунок із дванадцятипалої кишки).

*Нудота* є рефлекторним актом і виникає внаслідок подразнення блукаючого нерва. Під час нудоти хворі відчують тяжкість в епігастральній ділянці. У них спостерігаються запаморочення, слиновиділення, блідість шкірних покривів. Часто нудота передує блюванню. У виникненні нудоти провідну роль відіграють нервова система, а також патологія з боку шлунка та кишківника. У разі захворювань органів травлення нудота виникає після прийому їжі, особливо жирної.

*Блювання* — складний рефлекторний акт, обумовлений збудженням блювотного центру, під час якого відбувається мимовільне викидання шлункового вмісту. Блювання може мати нервово походження або виникати у разі захворювань внутрішніх органів та інтоксикацій. Важливе діагностичне значення має наявність у блювотних масах крові, слизу, жовчі, калових мас.

*Пронос* виникає у разі кишкових інфекцій, отруєнь, ендогенних інтоксикацій (діабет, уремія), харчових алергій. До виникнення проносу призводять посилена перистальтика кишок, порушення всмоктування їжі в ньому, виділення великої кількості секрету, який подразнює рецептори кишок.

*Запори* — тривала (понад 2 доби) затримка калу в кишківнику. Запори поділяються на органічні та функціональні. Органічні виникають на тлі механічної перешкоди (пухлина, рубці, спайковий процес). Функціональні — розвиваються внаслідок неврогенних розладів (гіпотиреоз, цукровий та нецукровий діабет, феохромоцитома), інтоксикацій, нераціонального харчування тощо.

*Кровотечі* можуть бути шлункові та кишкові. *Шлункова кровотеча* характеризується виникненням кривавої блювоти або дьогтеподібних випорожнень. *Кишкові кровотечі* виникають за наявності виразкових уражень кишкової стінки, але можуть спостерігатися й у разі тромбозу брижових судин, пухлин, гельмінтозів тощо. За наявності тріщин заднього проходу і пухлин може відзначатись виділення крові із прямої кишки.

## **КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКТ**

### **Захворювання стравоходу:**

- гастроезофагеальна рефлюксна хвороба;

### **Захворювання шлунку:**

- функціональна невиразкова диспепсія;
- гострий гастрит;
- хронічний гастрит;
- виразкова хвороба.

### **Захворювання кишківнику:**

- виразкова хвороба дванадцятипалої кишки;
- хронічний ентерит;
- хронічний коліт.

На цей час прийнятий термін «*функціональна диспепсія*» - комплекс функціональних розладів, який є в наявності у хворого протягом трьох місяців та більше, а в процесі обстеження не вдається виявити органічних причин. Цей комплекс включає:

- болі або дискомфорт в епігастрію;
- відчуття переповнювання в епігастрію після їжі;
- раннє насичення;
- нудоту.

**Органічні диспепсії** спостерігаються при:

- пептичних виразках;
- пухлинах шлунку;
- рефлюкс-езофагіті;
- панкреатиті;
- діафрагмальній грижі;
- патології жовчовивідних шляхів;
- при прийомі ліків.

**Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)** – хронічне захворювання, в основі якого лежить порушення моторної функції верхніх відділів дигестивного тракту у вигляді ретроградного поступлення шлункового вмісту до стравоходу, з наступним пошкодженням його слизової. Найбільш поширеною клінічною ознакою рефлюкс-езофагіту є печія, ендоскопічною – запалення або звизракування слизової стравоходу.

Характерні клінічні симптоми захворювання виявляються у 20-40% дорослих (у 50-70% вагітних та пацієнтів з ожирінням), в основному, в репродуктивному віці, тоді як ендоскопічні ознаки – лише у кожного десятого.

**Пептична виразка шлунку і дванадцятипалої кишки** - є одним з найбільш поширених захворювань, яким страждають 5-10% дорослого населення. Хворіють переважно чоловіки у віці до 50 років

Етіологія: основну роль в розвитку виразки грає Н. рулогі (до 95%). Серед інших причин відзначають: медикаменти (зокрема, нестероїдні та стероїдні протизапальні лікарські засоби), тривале вживання грубої їжі, їжа всухом'ятку, тривалі перерви між їдою, стресовий фактор, шкідливі звички, спадковість і ін.

Патогенез: порушення динамічної рівноваги між чинниками агресії і захисту слизової оболонки.

Основні напрями фармакотерапії виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки:

- Ерадикація Н. Рулогі;
- Усунення больового синдрому;
- Усунення диспепсичного синдрому (печія, відрижка кислим, нудота, блювота);
- Рубцювання виразкового дефекту слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки.

**Хронічний ентерит** – захворювання, яке характеризується порушенням кишкового травлення і всмоктування та обумовлене запальними та дистрофічними змінами слизової оболонки тонкої кишки.

Етіологія: інфекції (дизентерія, сальмонельоз, вірусні інфекції і ін.), глистові інвазії, лямбліоз, аліментарні фактори (незбалансоване живлення), фізичні і хімічні пошкодження (антибіотики і ін. ЛЗ, алкоголь), хвороби шлунку, печінки, жовчовивідних шляхів і підшлункової залози.

Патогенез пов'язаний з порушенням функції стінки кишки, що призводить до зниження

активності ферментів клітинних мембран, порушення функції транспортних каналів, через які всмоктуються продукти гідролізу, іони та вода.

Вказані зміни визначають клінічну картину – синдром порушеного всмоктування і рецидивуюча діарея.

**Хронічний коліт** – захворювання, яке характеризується запально-дистрофічними змінами слизової оболонки товстої кишки та порушенням її функцій.

Етіологія: найчастіше хронічний коліт розвивається після перенесених гострих кишкових інфекцій (дизентерія, сальмонельоз і ін.), а також паразитарної і глистової інвазій. Причиною також можуть бути порушення харчування (великий вміст білків і вуглеводів), зловживання алкоголем. Можуть мати місце вроджена недостатність ферментів, дисбактеріоз, екзо- і ендогенні інтоксикації, радіація та ін.

Патогенез: тривала дія етіологічних факторів ушкоджує слизову оболонку товстої кишки, що призводить до порушення її секреторної і всмоктувальної функцій. Одночасна поразка нервового апарату кишківнику призводить до порушення моторики товстої кишки і посилює трофічні розлади в кишкової стінці.

**Хронічний панкреатит** – прогресуюче запально-склеротичне захворювання підшлункової залози, яке характеризується поступовим заміщенням паренхіми органу сполучною тканиною та розвитком недостатності екзокринної і ендокринної функцій залози.

Частота хронічного панкреатиту коливається від 0,2 до 0,6% в популяції. На 100 тисяч населення за рік реєструється 7-10 нових випадків захворювання. Захворюваність хронічним панкреатитом продовжує збільшуватися, що пов'язують із зростанням алкоголізму та захворювань ШКТ.

Етіологія: алкоголь є основним етіологічним чинником, особливо у чоловіків. Алкогольний панкреатит діагностують у 25-50% всіх хворих. Доведено, що добове вживання алкоголю в дозі 80-120 мл чистого етанолу впродовж 3-10 років призводить до розвитку хронічного панкреатиту. Також велике значення мають, недоїдання, захворювання жовчовивідної системи, токсична дія (в т.ч. ЛЗ), травма залози.

Патогенез: основним патогенетичним механізмом розвитку хронічного панкреатиту вважають активацію власних ферментів (трипсиногену, хімотрипсину і ін.) з подальшим ураженням тканини залози. Це викликає розвиток набряку, некрозу й у результаті – фіброз тканини підшлункової залози.

Одним з провідних механізмів стимуляції панкреатичної секреції є підвищене виділення соляної кислоти. В зв'язку з цим використовують засоби, що знижують шлункову секрецію: селективні М-холіноблокатори (пірензепін); блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну (ранітидин, фамотидин і ін.); антациди (кальцію і магнію карбонат, гідроокис алюмінію і ін.)

Больовий синдром є одним з ведучих при загостренні хронічного панкреатиту. Якщо він пов'язаний з ураженням паренхіми та капсули без залучення головного протоку, то зменшення болю наголошується вже при проведенні заходів, направлених на зменшення секреції (антациди і ін.). Больовий синдром зменшують і ферментні ЛЗ.

Якщо больовий синдром зберігається, призначають ненаркотичні анальгетики (анальгін, баралгін).

При наполегливому і вираженому больовому синдромі можна призначити наркотичні анальгетики (промедол). Морфін протипоказаний, так як може викликати спазм сфінктера Одді.



## II. САМОСТІЙНА РОБОТА.

1. Заповнити таблицю «Клінічні ознаки гастроезофагеальної рефлюксної хвороби та синдрому функціональної (невиразкової) диспепсії» + / -:

Симптоми	Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба	Синдром функціональної диспепсії
нудота		
печія		
відрижка		
тяжкість в епігастрії після їжі		
гоłodні болі		
дисфагія		
Хворобливість за грудиною при ковтанні		
Регургітація		

2. Заповнити таблицю «Основні методи дослідження печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози»:

Метод дослідження	Характеристика методу	Клінічне значення
«Печінкові» проби		
копрограма		
Дуоденальне зондування		
холецистографія		
лапароскопія		
Пункційна біопсія		
УЗД		

3. Заповніть таблицю «Основні клінічні синдроми, характерні для патології гепато-біліарної системи»:

Синдром	Характеристика	Клінічне значення
Жовтяниця		
Портальна гіпертензія		

Гепатолієнальний синдром		
Печінкоклітинна недостатність		

Вирішіть завдання:

**Завдання №1.** У хворого після їжі та паління виникає печія, болі у верхній частині живота (“під ложечкою”), печія, біль та печія зменшується після прийняття соди. Який імовірний діагноз у цього хворого?

А. ГЕРХ. В. Панкреатит. С. Гепатит. D. Жовчнокам’яна хвороба. Е. Холецистит.

**Завдання №2.** У чоловіка 32 років, який нерегулярно приймає їжу внаслідок характеру праці з’явилися болі в верхній ділянці живота, які з’являються натщесерце, вночі, турбує нудота, біль минає після прийому їжі. Яка найбільш імовірна причини виникнення скарг у хворого?

А. Виразкова хвороба 12-палої кишки. В. Гострий холецистит. С. Гострий панкреатит. D. Хронічний гепатит. Е. Жовчнокам’яна хвороба.

### ***III. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.***

1. Знайомство з тематичними хворими, аналіз листів призначень.
2. Знайомство з історіями хвороб.
3. Вирішити ситуаційні задачі:

**Задача №1.** Хворий А., 34 роки, надійшов у клініку із скаргами на напади болю в лівому підребер’ї, які з’являються після порушень дієти. Біль зменшується після застосування холоду на ділянку підшлункової залози, супроводжується нудотою, блювотою, проноси змінюються запорами, спостерігається загальна слабкість. При пальпації визначається болісність у лівому підребер’ї. Напади супроводжуються підвищенням амілази сечі, лейкоцитозом і збільшенням ШОЕ. Якому захворюванню найбільш відповідає клінічна картина?

- А. Загостренню сечокам’яної хвороби.
- В. Загостренню жовчнокам’яної хвороби.
- С. Загостренню хронічного панкреатиту.
- D. Загостренню хронічного холециститу.
- Е. Загостренню хронічного гепатиту.

**Задача №2.** Хворий Д., 56 років, відзначає біль в правому підребер’ї, тупі, ниючі болі по всьому животу, що підсилюються особливо після жирної їжі, фізичної роботи. Апетит знижений, відзначається нудота, іноді блювота, метеоризм. Працездатність знижена. Турбує слабкість, швидка стомлюваність, безсоння. Об’єктивно: субіктеричність шкіри і слизових, живіт збільшений у розмірах, з розширеними венами на передній черевній стінці. На шкірі передньої грудної стінки і на спині судинні «зірочки», еритема долонь. Набряки гомілок, асцит. Для якого захворювання характерні скарги й об’єктивні дані?

- А. Хронічний холецистит.

- В. Хронічний панкреатит.
- С. Хронічний гепатит.
- Д. Хронічний гастроентероколіт.
- Е. Хронічний лейкоз.

**Завдання № 3.** До Вас в аптеку звернувся хворий 30 років з печією, яка турбує його близько 1 місяця. Ваші рекомендації щодо діагностики і терапії в даному випадку? \_\_\_\_\_

---

---

**Завдання № 4 .** З трьох нижченаведених схем лікування виберіть найбільш прийнятну для проведення ерадикаційної терапії інфекції *Helicobacter pylori* ( правильну відповідь підкресліть ) ?

- Омепразол по 20 мг 2 рази на день , метронідазол по 125 мг 4 рази на день , кларитроміцин по 1000 мг 2 рази на день.

- Омепразол по 20 мг 2 рази на день , метронідазол по 500 мг 2 рази на день , кларитроміцин по 500 мг 2 рази на день.

- Омепразол по 20 мг 2 рази на день , метронідазол по 500 мг 2 рази на день , амоксицилін 1000 мг 2 рази на день.

Відповідь обґрунтуйте \_\_\_\_\_

---

---

**Завдання № 5.** У аптеку звернувся хворий із загостренням виразкової хвороби 12- палої кишки ( «голодні » і нічні болі , печія ) . З анамнезу Ви встановили , що він приймає індометацин з приводу захворювань суглобів. Ваші рекомендації щодо тактики терапії? \_\_\_\_\_

---

---

**Завдання № 5.** До провізора звернулася годувати мати з проханням відпустити їй омепразол і метронідазол для комплексного лікування загострення виразкової хвороби 12- палої кишки. Яка тактика провізора ? Ваші рекомендації? \_\_\_\_\_

---

---

**Завдання № 6 .** Провізор від хворого отримав рецепти на тетрацикліну гідрохлорид та альма - гель А. Ваші рекомендації щодо сумісного застосування даних лікарських препаратів ? \_\_\_\_\_

---

---

**Завдання № 7 .** До провізора звернулася вагітна жінка з проханням відпустити де- нол і тет - рациклин для лікування виразкового гастриту , асоційованого з інфекцією *Helicobacter pylori* .. Тактика провізора ? \_\_\_\_\_

---

---

2.Проведіть корекцію листів лікарських призначень у хворих , що знаходяться на стаціонарної

лікуванні , вибравши найбільш раціональну терапію.

А). Діагноз: Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба , 2 стадія .

1. Sol. Platyphyllini hydrotartratis 0,2% - 1 ml

По 1 мл в/м 2 рази в день

2. Tab. Oхacillini 0,25

По 2 таб. 4 рази в день

3. Tab. Ranitidini 0,15

По 1 таб. 2 рази в день

4. Tab. Gastrozepini 0,025

По 1 таб. 2 рази в день

5. Almagel A 200,0

По 1 стол. ложке 3 рази в день

6. Tab. Omeprazoli 0,02

По 1 таб. 2 рази в день

7. Tab. "Pansinorm"

По 1 таб. 3 рази в день

8. Tab. "Vicalinum"

По 1 таб. 3 рази в день после еды

9. Plantaglucidi 50,0

По 1 чайной ложке 3 рази в день перед едой.

10. Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml

По 2,0 мл в/м 3 рази в день

Б). Діагноз: Виразкова хвороба 12-палої кишки, виразковий дефект задньої стінки цибулини, активна фаза, середньої важкості. ІХС: стенокардія напруги, II функціональний клас .

1. Claritromycini 0,25

По 2 таб. 2 рази в день

2. Tab. Omeprazoli 0,02

По 1 таб. 2 рази в день

3. Tab. Metronidazoli 0,25

По 1 таб. 3 рази в сутки

4. Tab. Gastrozepini 0,025

По 1 таб. 2 рази в день

5. Tab. Ranitidini 0,15

По 1 таб. 2 рази в день

6. Tab. Corinfari 0,01

По 1 таб. 4 рази в день

7. Tab. Nitrosorbidi 0,01

По 1 таб. 4 рази в день

8. Almagel A 200,0

По 1 стол. ложке 3 рази в день

9. Sol. No-spani 2,0 ml

Вводить по 2,0 мл в/м 2 рази в день

10. Tab. Analgini 0,5

По 1 таб. 2 рази в день

## **КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ ЛЗ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИСЛОТНО-ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ ТА ЗОВНІШНЬОЇ СЕКРЕТОРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

### **I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ**

#### **ТА ПОЧАТКОВОГО КОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗНАНЬ.**

1. Клінічна фармакологія лікарських препаратів, що застосовуються при захворюваннях шлунка і кишечника ( клінічні аспекти фармакодинаміки , поєднане застосування ліків та їх взаємодія при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, побічні дії , методи їх прогнозування та профілактики) : антациди , селективні М- холінолітики , бнгібітори Н + - , К + - АТФази , Н2- гістаміноблокатори , антигелікобактерні засоби, засоби , що впливають на моторну функцію стравоходу , шлунка і 12 -палої кишки , симптоматичні антидиарейні засоби, засоби для лікування закрепів.

2. Вплив функціонального стану шлунка і кишечника на клінічну ефективність лікарських препаратів.

3. Безрецептурні ліки , що застосовуються при захворюваннях шлунково - кишкового тракту.

4. Клінічна фармакологія лікарських препаратів, що застосовуються при захворюваннях печінки , жовчовивідних шляхів , підшлункової залози ( клінічні аспекти фармакодинаміки , поєднане застосування ліків та їх взаємодія при цій патології , можливі побічні дії , методи їх прогнозування та профілактики) : глюкокортикоїди ; гепатопротектори , вітаміни ;

жовчогінні препарати ( холеретики , холекинетики ) ; антибіотики ; ферментні препарати; симптоматичні засоби ( спазмолітики, діуретики) .

5. Вплив функціонального стану печінки на клінічну ефективність лікарських препаратів.

6. Симптоми і синдроми в гепатології , при захворюваннях жовчовивідних шляхів , підшлункової залози , які можуть лікуватися хворими самостійно за допомогою безрецептурних препаратів за консультативної допомоги провізора .

7. Безрецептурні ліки , що застосовуються при захворюваннях печінки , жовчовивідних шляхів і підшлункової залози.

8. Виписати в рецептах , написати показання до застосування для таких препаратів: преднізолон , легалон , ессенціале , ліобіл , аллохол , сорбіт , хофитол , холосас , вітамін В6 , вітамін В12 , фестал , креон , панзинорм , но- шпа , Дуспаталін .

### **Основні напрями фармакотерапії ГЕРХ:**

- зменшення кількості рефлюксату та його агресивності (кислотності),
- скорочення кислотної експозиції,
- збільшення тону м'язів нижнестравохідного сфінктера.

Використовуються як нейтралізатори кислоти (антациди), так і супресори кислототворення (блокатори H<sub>2</sub>-гістамінорецепторів, блокатори протонної помпи). Допускається призначення антацидів та блокаторів H<sub>2</sub>-гістамінорецепторів прогената (на вимогу), перед відходом до сну, в проміжках між прийомами супресорів кислототворення. Використовують антациди, що не всмоктуються, I (фосфалюгель), II (маалокс, мегалак) та III (гавіскон, топал) поколінь. Перевага надається антацидам III покоління (алюмінієво-магнієві з алгіновою кислотою). За рахунок піноутворення збільшується часова експозиція препарату та забезпечується флотація антациду над шлунковим вмістом. Під час рефлюксу легка фаза препарату, потрапляючи першою в стравохід, створює потрібне рН. Застосовують антациди по прийому їжі та "на вимогу".

Використання супресорів кислототворення є виправданим у випадках гіперацидності шлункового вмісту. Застосовують традиційні дози H<sub>2</sub>-блокаторів рецепторів гістаміну II або III покоління (ранітидин 150 мг або фамотидин 20 мг, 40 мг) двічі на добу або подвійну дозу на ніч.

Доцільне призначення блокаторів протонної помпи (омепразол в добовій дозі 20-40 мг за один або два прийоми), як правило, в комбінації з гелевими антацидами. Препаратами вибору для корекції гастро-езофагеального рефлюксу є так звані «справжні» прокінетики, що не тільки стимулюють, а і координують моторику дигестивного тракту. Селективний блокатор рецепторів допаміну домперидон (мотиліум) не впливає на секрецію соляної кислоти, показники рН шлункового вмісту. Мотиліум (домперидон) призначають в дозі 10-30 мг 4 рази на добу за 15-30 хв. до їжі та на ніч. Протягом 30 хв. після прийому мотиліуму не бажано застосовувати препарати антацидної дії.

### **Напрямки у лікуванні ГЕРХ**

<b>Напрями фармакотерапії</b>	<b>Фармакологічні групи</b>	<b>ЛЗ</b>
Зменшення дії пошкоджуючого фактора на слизову оболонку стравоходу	Антациди	Маалокс, фосфалюгель, гавіскон
Зниження кислотоутворюючої функції шлунка	H <sub>2</sub> -блокатори гістамінових рецепторів	Фамотидин,ранітидин

Напрями фармакотерапії	Фармакологічні групи	ЛЗ
	Інгібітори протонної помпи	Омепразол, лансо-разол, пантопразол, рабепразол
Збільшення тонузу нижнестравохідного сфінктера	Прокінетики	Домперідон

### Основні напрями фармакотерапії виразкової хвороби:

#### *Ерадикація H. pylori:*

- інгібітори H<sup>+</sup>,K<sup>+</sup>-АТФази (Омепразол або Нексіум, або Контролок, або Ланзап) в стандартній дозі 2 рази на добу + Кларитроміцин - по 500 мг 2 рази на добу + Амоксицилін по 1000 мг 2 рази на добу або метронідазол по 500 мг 2 рази на добу - 7 діб.

#### *Чотирьохкомпонентна схема:*

- інгібітори H<sup>+</sup>,K<sup>+</sup>-АТФази (Омепразол або Нексіум, або Контролок, або Ланзап) в стандартній дозі 2 рази на добу + Тетрациклін 500 мг 4 рази на добу + Колоїдний субцитрат вісмуту (Де-нол) 120 мг 4 рази на добу + Метронідазол 500 мг 3 рази на добу (все на протязі 7-10 діб).

#### *Антисекреторна терапія:*

- неселективні М-холіноблокатори (атропін, платифілін, метацін);
- селективні М-холіноблокатори (пірензепін);
- блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну (ранітидин, фамотидин і ін.);
- інгібітори H<sup>+</sup>,K<sup>+</sup>-АТФази (омепразол);
- антациди (кальцію і магнію карбонат, гідроокис алюмінію і ін.)

ЛЗ, що захищають («обволікають») слиzystу оболонку: сукральфат зв'язує ізолецитін, пепсин і жовчні кислоти, підвищує вміст ПГ в стінці шлунку і збільшує вироблення слизу (цитопротективну дія).

**Хронічний ентерит.** Лікування передбачає корекцію білкового, жирового, електролітного й інших видів обміну:

- при вираженій втраті маси тіла вводять білкові ЛЗ: плазму (100-200 мл 1-2 рази на тиждень); суміш амінокислот (200-250 мл щодня протягом 10-15 днів);

- порушення водно-електролітного обміну усувають внутрішньовенним введенням 20-30 мл панангіну і 10-20 мл 10% р-ну кальцію глюконату в 250 мл 5% глюкози щодня протягом 3-4 тижнів;

- при появі метаболічного ацидозу додатково вводять 200 мл 4% р-ну натрію бікарбонату, а при метаболічному алкалозі – калію хлорид (2,0-4,0), кальцію хлорид (3,0) і магнію сульфат (1,0-2,0) в 500 мл ізотонічного р-ну натрію хлориду. Одночасно призначають комплекс вітамінів групи В, вітаміни А, D, Е, К, С

- однією з причин загострення або прогресування захворювання можуть бути кишкові інфекції, паразитарна або глистова інвазії, тому антибактеріальна терапія – обов'язковий компонент комплексного лікування

- протидіарейні ЛЗ призначають аж до нормалізації стільця

### НАПРЯМКИ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЕНТЕРИТУ

Напрями фармакотерапії	Фармакологічні групи	ЛЗ
Антибактеріальна терапія	Фторовані хінолони	Ципрофлоксацин, Норфлоксацин
	Пеніциліни	Амоксицилін
	Сульфаніламід	Фталазол
Нормалізація кишкової мікрофлори	Еубіотики	Ентерол, біфідум-бактерин, біфіформ, лінекс, симбітер
Зниження перистальтики кишківнику	В'язучі	Де-нол, бісмофальк
При недостатності всмоктування в кишківнику	Ферменти	Мезим, панзинорм, фестал
Стимуляція метаболічних процесів	Анаболічні стероїди	Ретаболіл

#### Хронічний коліт.

Протизапальна терапія: похідні 5-аміносаліцілової кислоти.

Вибір антибактеріального ЛЗ залежить від бактеріологічного дослідження калу, яке дозволяє виявити різні види дисбактеріозу

- антидіарейні ЛЗ (лоперамід) призначають при хронічному коліті з переважанням проносів;
- прокінетики (метоклопрамід) призначають при гіпо- і атонічному варіантах порушення моторної функції кишечника

### НАПРЯМКИ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КОЛІТУ

Напрями фармакотерапії	Фармакологічні групи	ЛЗ
Антибактеріальна терапія	Левоміцетини	Левоміцетин
	Сульфаніламід	Фталазол
Нормалізація кишкової мікрофлори	Еубіотики	Ентерол, біфідум-бактерин, біфіформ, лінекс
Захист слизової оболонки товстої кишки	В'язучі	Танальбін
При спастичних колітах	М-ХБ	Спазмолітин, спазмобрю
Покращання репаративних процесів	Біостимулятори	Екстракт алое

### НАПРЯМКИ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Напрями фармакотерапії	Фармакологічні групи	ЛЗ
Промивання шлунка	Антиацидотичні	Натрію гідрокарбонат
Купірування болю	ННА	Анальгін, трамадол

Напрями фармакоterapiї	Фармакологічні групи	ЛЗ
Евакуація ферментів	Спазмолітики	Но-шпа
	М-ХБ	Спазмобрю, атропіну сульфат
Купірування блювоти	Протиблювотні	Метоклопрамід, новобан, зопран
Форсований діурез	Плазмозамінники й дезинтоксикаційні розчини	Реополіглюкін, неогемодез, розчин глюкози
	Петльові діуретики	Фуросемід
Інактивація ферментів	Інгібітори протеолізу	Контрикал, гордокс
Вплив на запальний процес	Глюкокортикоїди	Преднізолон
Пригнічення аутоімунних процесів	Цитостатики	Циклофосфан
Вплив на процеси гемокоагуляції	Антикоагулянти	Гепарин
	Антиагреганти	Курантил, пенток-сифілін
Нормалізація функції цитомембран	Антиоксиданти	Токоферолу ацетат

## II. САМОСТІЙНА РОБОТА

Заповніть таблиці.

1. Напрямки фармакоterapiї ГЕРХ:

Напрямки фармакоterapiї	Групи лікарських засобів
Вплив на слизову оболонку стравоходу:	
Корекція порушень шлункової секреції.	
Корекція порушень моторної функції шлунку.	

2. «Фармакоterapiя виразкової хвороби шлунка і 12 -палої кишки»:

Групи лікарських засобів	ЛЗ
<b>А. БАЗОВІ ЛЗ</b>	
<i>I. Антисекреторні засоби:</i>	
Антихолінергічні засоби	



Групи лікарських засобів	ЛЗ
Блокатори H <sub>2</sub> -гістамінових рецепторів	
Блокатори протонного “наосу”	
Антациди	
<i>II. Гастроцитопротектори:</i>	
Стимулятори слизоутворення	
Утворюючі захисну плівку	
Обволікаючі і в'язкі засоби	
<i>III. Антихелікобактерні засоби:</i>	
Антибіотики	
Антипротозойні засоби	
<b>Б. ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ</b>	
<i>IV. Засоби, що стимулюють репаративні процеси – репаранти</i>	
<i>V. Засоби, які впливають на моторну функцію шлунка і 12-палої кишки:</i>	
Гастрокінетики	
Спазмолітики	

### 3. «Напрямки фармакотерапії хронічного панкреатиту»:

Напрямки фармакотерапії	Групи лікарських засобів
Корекція екзокринної недостатності	
Корекція ендокринної недостатності	
Купірування болю	
Зниження секреторної функції	

Виберіть лікарські препарати для знищення (ерадикації) *Helicobacter pylori*. Відповіді представити у вигляді таблиці + / -:

Лікарські препарати	Ерадикація Нр	Лікарські препарати	Ерадикація Нр
ранітидин		Гастростат	
фамотидин		Хелікоцін	
циметидин		платифілін	
Гастроцепін		Но-шпа	
омепразол		Церукал	
альмагель		Пеніцилін	
фосфалюгель		Тетрациклін	

### III. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими, аналіз листів призначень.
2. Знайомство з історіями хвороб
3. Вирішити ситуаційні задачі:

**Задача №1.** До Вас в аптеку звернувся хворий із приводу появи перших ознак загострення виразкової хвороби 12-палої кишки (“голодні” болі в епігастрії, печія). Ваші рекомендації в даному випадку?

- A. Розпочати прийом H<sub>2</sub>-блокаторів.
- B. Розпочати прийом блокаторів протонного “насосу”.
- C. Розпочати прийом засобів вісмуту.
- D. Розпочати прийом антибіотиків або антипротозойних засобів.
- E. Розпочати прийом спазмолітиків та гастрокінетиків.

**Задача №2.** До Вас в аптеку звернувся хворий на виразкову хворобу 12-палої кишки з рецептами на фамотидин і альмагель. З анамнезу Ви з'ясували, що в нього при фіброгастроскопії виявлений *Helicobacter pylori*. Ваша думка щодо тактики терапії?

- A. Не повна терапія, треба додати блокатори протонного “насосу”.
- B. Не повна терапія, треба додати ЛЗ вісмуту.
- C. Не повна терапія, треба додати спазмолітики.
- D. Не повна, треба додати антибіотики або антипротозойні ЛЗ.
- E. Терапія повна, треба повторити аналіз на *H. pylori* після 2 тижнів лікування.

**Задача №3.** До аптеки звернувся хворий, який раніше страждав на виразкову хворобу 12-палої кишки, хронічний холецисто-панкреатит. Протягом дня після вживання жирних та жарених страв відчув нудоту, тяжкість в правому боці, сухість в роті, гіркий смак у роті, підвищення температури тіла до 37,3 С. Всі, хто їв ці страви разом з хворим здорові. Які рекомендації слід дати хворому?

- A. Дієта, спазмолітики.
- B. негайно звернутися до хірургічного відділення.
- C. негайно звернутися до інфекційного відділення.
- D. негайно звернутися до гастроентерологічного відділення.
- E. Прийом жовчогінних та гастропротекторів.

**Завдання № 4 .** Хворий з маніакально- депресивним психозом отримує у складі комплексної тера -ПІІІ галоперидол ( 0,0015 x 2 рази на день ) , аміназин ( 0,025 x 3 рази на день ) , азафен ( 0,025 1 раз на день). Через 2 тижні від початку лікування у нього з'явилися болі в животі , температура 370С , жел - Тушнов забарвлення шкіри . Ваша думка щодо даного стану ? Ваші рекомендації?

---

---

**Завдання № 5** . Виберіть оптимальний антибактеріальний препарат для лікування інфекції желчеви - водящих ( наводяться антибіотики , до яких чутливий збудник ) . Відповідь обґрунтуйте. Цефазолін, кефзол, ампіцилін, гентаміцин, тетрациклін, канаміцин, цефотаксим. \_\_\_\_\_

---

---

**Завдання № 6** . Виберіть оптимальний антибактеріальний препарат для лікування пневмонії у біль -ного цирозом печінки ( наводяться антибіотики , до яких чутливий збудник пневмонії). 1.Гентаміцин . 2.Тобраміцин . 3.Цефалорідін . 4.Ампіцилін . 5.Канаміцин . 6.Ріфампіцин . 7.Оксацілін . 8.Тетрациклін. Свій вибір обґрунтуйте. \_\_\_\_\_

---

---

**Завдання № 7** . В аптеку звернулася жінка з проханням порекомендувати жовчогінний лікарський засіб для «сліпого» зондування . Ваш вибір? Як проводиться процедура «сліпого» зондування? Які показання та протипоказання? \_\_\_\_\_

---

---

2 . Проведіть корекцію листів лікарських призначень у хворих , що знаходяться на стаціонарному лікуванні , вибравши найбільш раціональну терапію

А). Діагноз: Хронічний холецистит з гипомоторной дискінезією жовчного міхура , фаза загострення.

1. Tab. "Allocholium" obductae

По 1 таб. 3 рази в день после еды

2. Tab. "Cholenzymum" obductae

По 1 таб. 3 рази в день после еды

3. Tab. Flamini 0,05

По 1 таб. 3 рази на день за 30 хв. до їжі

4. Tab. Liobili 0,2

По 2 таб. 3 рази в день после еды

5. Tab. No-spani 0,04

По 2 таб. 3 рази в день

6. Ampicillini 0,5

По 0,5 в/м 4 рази в сутки

7. Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml

По 1 мл в/м 2 рази в сутки

8. Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1,0 ml

Вводить по 1,0 мл в/м 2 рази в день

9. Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 1,0 ml

Вводить по 0,5 мл п/к 1 раз в день

10. Sol. Platyphyl. hydrotartratis 0,2% - 1 ml

По 1 мл в/м 2 рази в день

Б). Діагноз: Цироз печінки, алогольной етіології, активна фаза, прогресуючий перебіг, стадія компенсації.

1. Tab. Triamsinoloni 0,004

По 2 таб. 2 рази в день

2. Sol. Thiamini bromidi 3% - 1 ml

По 1 в/м 1 раз в день

3. Syrepari 10 ml

По 3 мл в/м 1 раз в день

4. Cap. "Essentiale"

По 2 капс. 3 рази в день

5. Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml

По 1 мл в/м 2 рази в день

6. Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1,0 ml

Вводить по 1,0 мл в/м 2 рази в день

7. Tab. «Ursosan» 0,1

По 1 таб. 4 рази в день после еды

8. Sol. Kalii chloridi 4% - 50 ml

Вводить в/в крап. на 40% розч. глюкози

9. Sol. Glucosi 5% - 50 ml

Вводить в/в капельно 2 раза в день

В). Диагноз: Хронічний алкогольний панкреатит. фаза загострення з порушенням екскреторної функції підшлункової залози.

1. Sol. Promedoli 2% - 1 ml

По 1 мл 2 раза в день 2 дня (при болях)

2. Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml

В/в капельно 1 раз в сутки

3. Sol. Glucosi 5% - 200 ml

Вводить в/в капельно 2 раза в сутки

4. Contrycal 10000 ED

Вводить по 25000 ЕД в/в медленно

5. Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 1,0 ml

Вводить по 0,5 мл п/к 1 раз в день

6. Tab. No-spani 0,04

10. Sol. Furosemidi 1% - 2 ml

По 2 мл 1 раз в день

По 2 таб. 3 раза в сутки

7. Tab. Tetracyclini 0,25 obductae

По 1 таб. 3-4 раза в день

8. Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2 ml

По 1 –2 мл п/к

9. Sol. Platyphyllini hydrotartratis 0,2% - 1 ml

По 1 мл в/м 2 раза в день

10. Tab. “Mezim forte”

По 1 таб. 3 раза в день во время еды

#### IV. ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ.

1. Принципи вибору напрямків фармакотерапії захворювань органів ШКТ.

2. Роль провізора в профілактиці ускладнень фармакотерапії захворювань органів

ШКТ.

Зауваження викладача \_\_\_\_\_

---

## ТЕМА 2

### КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В ГЕПАТОЛОГІЇ. СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ.

#### I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ ТА ПОЧАТКОВОГО КОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗНАНЬ.

1. Симптоми і синдроми при основних захворюваннях гепатобіліарної системи: свербіж шкіри, лихоманка, асцит; больовий синдром, синдром жовтяниці, холестаза, портальної гіпертензії, печінкової недостатності, кишкової диспепсії, гепатолієнальний синдром, геморагічний синдром, лабораторні синдроми (цитолізу, холестаза, печінково-клітинної недостатності).

2. Захворювання гепатобіліарної системи, які вимагають обов'язкового втручання лікаря (хронічний гепатит, цироз печінки, жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит).

3. Порушення функціонального стану гепатобіліарної системи, які пацієнт може лікувати безрецептурними ЛЗ в межах відповідального самолікування при консультативній допомозі провізора.

4. Підходи до медикаментозного лікування захворювань печінки та жовчного міхура.

5. Клінічна фармакологія гепатопротекторів, холеретиків, холекінетиків, холелітотиків, вітамінів.

6. Клінічна фармакологія імунодепресивних (глюкокортикостероїдів) і гіпоамонійємічних ЛЗ.

#### **Основні клінічні симптоми і синдроми.**

Під час захворювання печінки і жовчних шляхів відзначаються біль у животі, диспепсичні розлади, свербіння шкіри, жовтяниця, збільшення розмірів, живота, гарячка.

Біль локалізується у ділянці правого підребер'я, іноді в епігастральній ділянці. В одних випадках це довготривалий тупий біль, в інших — дуже сильний приступоподібний. Він може іррадіювати у праве плече, лопатку, міжлопатковий простір (у разі хронічного холециститу, перигепатиту, тобто у разі поширення запального процесу на очеревину, а також швидкого і значного збільшення печінки, яке призводить до розтягнення гліссонової капсули). Приступоподібний біль (жовчна або печінкова кольки) виникає раптово і стає різким, нестерпним. Спочатку він обмежений ділянкою правого підребер'я, але поступово поширюється по всьому животу, іррадіюючи догори, вправо і позаду. Приступ триває від декількох годин до декількох днів, протягом яких біль то вщухає, то посилюється. Найчастіше приступоподібний біль спостерігається у хворих на жовчнокам'яну хворобу, а також під час гіпермоторної дискінезії жовчного міхура і жовчних шляхів.

Спостерігаються диспепсичні явища: зниження апетиту, поганий, часто гіркий присмак у роті, відрижка, нудота, блювання, здуття і бурчання у животі, запори і проноси. Виникнення цих явищ зумовлене розладами секреції жовчі й порушенням анти-токсичної функції печінки.

**Жовтяниця (icterus)** — жовтяничне забарвлення шкіри та слизових оболонок, зумовлене підвищенням вмісту у тканинах і крові білірубіну. Шкіра під час жовтяниці може набувати всіх відтінків жовтого кольору — від лимонного до зелено-жовтого. У разі легкої форми жовтяниці жовтіють тільки склери (субіктеричність). Розрізняють 3 типи жовтяниці: підпечінкову (механічну); печінкову (паренхіматозну); надпечінкову (гемолітичну).

**Підпечінкова (механічна)** жовтяниця виникає внаслідок стискання загальної жовчної протоки пухлиною, перекриття її каменем або збільшеними лімфатичними вузлами тощо. Жовч продовжує вироблятися, але не може нормально виділятися у дванадцятипалу кишку. Вона накопичується у печінкових протоках. У цьому разі порушується цілість жовчних капілярів, що призводить до її потрапляння у кров і лімфу. Вміст білірубину в крові швидко підвищується, з'являється жовтяничність склер, м'якого піднебіння і шкіри. Сеча набуває кольору темного пива. Оскільки жовч не надходить у кишківник, кал набуває кольору глини. Хворого турбує свербіння шкіри. У разі надлишкового накопичення в крові жовчних кислот спостерігають сповільнення пульсу, зниження АТ, екстрасистолію. За наявності довготривалої холемії хворі втрачають масу тіла, що зумовлено припиненням надходження жовчі в кишківник. Це призводить до порушення ферментативної діяльності кишківнику, підшлункової залози і всмоктування їжі. У разі довготривалої механічної жовтяниці розвивається органічне ураження печінки (біліарний цироз).

**Печінкова (паренхіматозна)** жовтяниця виникає внаслідок того, що пошкоджені печінкові клітини, а разом з ними й жовчні капіляри виділяють білірубін не в жовчні шляхи, а безпосередньо у кров. Ця патологія спостерігається за наявності інфекційного та хронічного активного гепатиту і цирозу печінки. Кількість вільного білірубину в крові підвищується. Кал втрачає колір тільки в розпалі захворювання. Після того як відновлюється функція печінки, жовч починає надходити в дванадцятипалу кишку і кал забарвлюється. Печінкова жовтяниця супроводиться порушенням обмінних функцій печінки (вуглеводної, жирової, білкової), а також антитоксичної.

**Надпечінкова (гемолітична)** жовтяниця виникає внаслідок розпаду еритроцитів і утворення великої кількості вільного білірубину. Незважаючи на значне утворення білірубину, його кількість у крові не така вже й велика. Це відбувається тому, що практично весь білірубін надходить у кишківник (печінка та жовчні шляхи не ушкоджені). Міхурова жовч має чорний колір, кал — темний, у сечі білірубину немає. Отже, у разі гемолітичної жовтяниці не відзначається затримка жовчних кислот, свербіння шкіри і брадикардії, у сечі не збільшується вміст білірубину, дуоденальний вміст і кал не втрачають кольору, а пожовтіння, шкіри не виражене.

**Портальна гіпертонія** характеризується стійким підвищенням кров'яного тиску у ворітній вені. Портальна гіпертонія виникає у разі порушення відтоку крові з ворітної вени, до чого призводять її стискання ззовні (пухлиною, збільшеними лімфатичними вузлами печінки тощо), або облітерація частини її внутрішньопечінкових розгалужень (хронічне ушкодження паренхіми печінки), або тромбозу. Тиск крові у ворітній вені підвищується настільки, що це призводить до розвитку венозних колатералей і асцити. Колатералі виникають між системою ворітної вени і гілками верхньої або нижньої порожнистої вени. Портальна гіпертонія призводить до застою крові в органах черевної порожнини, внаслідок чого збільшується селезінка. Застій крові в шлунку та кишківнику спричинює порушення секреторної і всмоктувальної функцій цих органів.

**Гепатолієнальний (печінково-селезінковий)** синдром характеризується збільшенням печінки та селезінки, яке у хворих на рак і цироз печінки може досягти значних розмірів (гепатомегалія).

**Синдром печінкової недостатності** характеризується змінами з боку ЦНС (безсоння, мінливість настрою, порушення деяких функцій), а також розвитком геморагічного діатезу.

**Хронічний безкам'яний холецистит** — запальне захворювання стінки жовчного міхура, яке поєднується з моторно-тонічними порушеннями жовчовивідної системи

Етіологія: хронічний холецистит звичайно обумовлений мікрофлорою (ешеріхії, стрепто-стафілокок і ін.). Мікроби проникають в жовчний міхур гемато-, лімфогенним або контактним (з кишківнику) шляхом. Сприяючим чинником вважають порушення відтоку жовчі її застій. Велике значення має аліментарний фактор (нерегулярне харчування з великими інтервалами між їдою, рясна їжа на ніч)

Патогенез: захворювання розвивається поступово. Функціональне порушення нерво-м'язового апарату призводить до його гіпо- і атоній. Впровадження мікробної флори сприяє розвитку і прогресуванню запалення слизової оболонки жовчного міхура з подальшим розповсюдженням на підслизовий і м'язовий шари.

Крім катарального запалення може виникнути флегмонозний або гангренозний процес.

**Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ)** - рецидивуюче захворювання жовчного міхура, в основі якого лежать порушення метаболізму жовчних кислот, що супроводжуються утворенням в ньому каміння. Захворювання може протікати із загостреннями або в латентній формі, коли каміння не викликає запальних реакцій і порушень циркуляції жовчі. Жовчнокам'яною хворобою страждають до 10% населення розвинених країн.

Жовчнокам'яна хвороба є поліетіологічним захворюванням. Її розвитку сприяють:

- порушення ліпідного обміну (частіше виникають при надмірному споживанні їжі, ожирінні, гіподинамії, надмірному споживанні м'яса та тваринних жирів);
- застій жовчі, зміни її складу, підвищення літогенності;
- інфекційний процес в жовчному міхурі та протоках (нерідко спочатку виникає хронічний холецистит). Мікробний чинник запалення при ЖКХ аналогічний етіологічним чинникам інфекційного запалення при безкам'яному холециститі.

Клініка. Найхарактернішим клінічним проявом захворювання є напад печінкової коліки, коли без яких-небудь попередніх симптомів виникає напад дуже різкого болю в правому підребер'ї та епігастральній області колючого або ріжучого характеру. При цьому хворі не можуть знайти положення, що полегшує стан; відзначається іррадіація болю в плече або область шиї, рідше- в область серця. Виникненню нападу може передувати прийом жирної або смаженої їжі, фізична напруга, негативні емоції, у жінок - менструація або вагітність. Виникнення болю обумовлено спазмом мускулатури міхура, підвищенням тиску в жовчних протоках при знаходженні каменя в області Фатерова соска. Одночасно спостерігається нудота і блювота, що не приносить полегшення. Жовтушність шкіри та склер (ознака механічної жовтяниці) спостерігається у 1/3 хворих.

### **Гепатити.**

**Гострий вірусний гепатит** – гостре запальне захворювання печінки з поразкою печінкової дольки та порталних трактів. У більшості випадків процес закінчується сприятливо, але можливий розвиток хронічного гепатиту, цирозу печінки або гепатоцелюлярної карциноми.

**Хронічний гепатит** - дифузне запально-дистрофічне хронічне ураження печінки різної етіології, що характеризується (морфологічно) дистрофією печінкових клітин, гістіо-лімфо-плазмоцитарною інфільтрацією та помірним фіброзом порталних трактів, гіперплазією купферовських клітин при збереженні долькової структури печінки.

Хронічний гепатит може бути самостійним захворюванням, а також бути частиною якого-небудь іншого захворювання, наприклад системного червоного вовчаку (в цьому випадку його розглядають як синдром). Хронічний гепатит є поширеним захворюванням, на яке страждають люди обох статей та різного віку, проте відзначають велику його частоту у

осіб літнього і старечого віку (це пов'язують з віковим ослабленням імунних реакцій, що має відношення до механізмів розвитку патологічного процесу в печінці).

Етіологія гепатиту. Існує надзвичайна різноманітність етіологічних чинників, що приводять до розвитку гепатиту. Основними етіологічними чинниками гострого гепатиту є віруси (A, B, C, D, E, G, TT); виділяють також гепатити токсичний, токсико-алергічний, алкогольний.

Найголовнішою причиною хронічного гепатиту (у 60 - 85% випадків) є гострий вірусний гепатит (ВГ). Після перенесеного вірусного гепатиту А і Е хронічний гепатит практично не формується. Існують дані, що вірусний гепатит С (ВГС) протікає хронічно значно частіше, ніж гепатит, викликаний іншими вірусами: на хронічний ВГС доводиться близько 70-80% всіх хронічних ВГ.

Серед інших причин хронічного гепатиту виділяють:

1. Хронічні виробничі інтоксикації (хлорованими вуглеводнями, бензолом, металами і металоїдами (свинець, ртуть, та ін.).

2. Лікарські ураження печінки: (антибіотики, антиметаболіти, фторотан, психотропні засоби, протитуберкульозні препарати, протизапальні засоби, гормональні препарати та ін.).

Найчастіше хронічний гепатит розвивається після лікування декількома препаратами або при повторному курсі та не завжди залежить від тривалості прийому лікарських засобів.

3. Алкоголь (крім жирової дистрофії печінки, викликає алкогольний гепатит - гострий і хронічний).

4. Наркотики

5. Спадкові захворювання (хвороба Вільсона-Коновалова, дефіцит альфа-1-трипсина)

Клініка гепатиту. При тривалості гепатиту до 3-х місяців говорять про гостру течію, від 3-х до 6-ти місяців - про затяжну течію і понад 6-ти місяців - про хронічний процес.

**Вірусний гепатит А** (ВГА, НАV) має грипоподібний початок, супроводжується підвищенням температури, нудотою, іноді блювотою протягом 5-7 днів, потім з'являється жовтяниця: склери і шкіра жовтіють, іноді темніє сеча (як пиво) та збільшується печінка. Досить часто, особливо у дітей, бувають безсимптомні та безжелтушні форми. Захворювання протікає частіше доброякісно, хронічні форми відсутні, фульмінантний (блискавичний) перебіг ВГА спостерігається у край рідко (менше 1%).

В організм вірус потрапляє з водою або з інфікованою вірусом їжею.

**Вірусний гепатит В** (ВГВ, HBV) - одна з найбільш важливих медико-соціальних проблем. По даним ВОЗ, більше 1/3 населення планети було інфіковано вірусом гепатиту В. 5% з них, 350 млн. чоловік, є хронічними носіями цієї інфекції. Вірусний гепатит В, на відміну від гепатиту А, починається поступово. З'являються артралгії, диспепсичні прояви (знижає апетит, з'являються нудота, блювота), потім через 1-2-3 тижні поступово наростає жовтяниця, інтоксикація, збільшується печінка, частіше, ніж при ВГА, пальпірується селезінка. Жовтяничний період триваліший. У 10-15% хворих формується хронічний гепатит з подальшим формуванням цирозу. Хронічна форма характеризується полісистемністю: уражаються суглоби, нирки, серце, легені, шкіра, судини та інші органи. Може бути вірусоносійство.

Для гепатиту В характерний переважно парентеральний шлях зараження, але може бути і контактний (включаючи статевий), вертикальний (мати – плід).

**Вірусний гепатит С** (ВГС, HCV). Згідно з розрахунковими даними, в світі інфіковано HCV 800млн. людей, що складає 10% всієї популяції. Припускають, що в недалекому майбутньому розповсюдження ВГС виросте в десятки разів, а мільйони носіїв HCV в найближчі 20 - 30 років стануть важкими хворими, що приведе до різкого збільшення смертності



від ВГС, цирозу печінки, гепатоцелюлярної карциноми в 3-4 рази.

Гостра форма, як правило, протікає безсимптомно, прогресивна течія формує у 75-85% хронічний гепатит. Клінічні ознаки хронічного гепатиту — зниження маси тіла, лихоманка, жовтяниця, геморагічний діатез, печінковий запах, позапечінкові знаки («печінкова» мова, «печінкові долоні», або пальмарна еритема, судинні зірочки, зміна нігтів, оволосіння, гінекомастія та ін.). Через 15-20 років у цих хворих формується цироз (від 2,4 до 24%, а за даними деяких авторів до 60%); через 20-30 років у 5% хворих виявляється первинний рак печінки - гепатоцелюлярна карцинома (ГКЦ). Гепатит С може протікати у вигляді вірусносійства.

Основний шлях зараження - парентеральний: 30-40% припадає на введення наркотиків у підлітків. Крім того, татування, пірсинг, манікюр також є шляхами передачі вірусу. Групою ризику є реципієнти крові та її продуктів, а також медичні працівники, що мають прямий контакт з кров'ю пацієнтів (стоматологи, хірурги всіх спеціальностей, акушери-гінекологи, лабораторні співробітники, патологоанатоми). Статевим шляхом заражаються частіше за все особи, ведучі безладне статеве життя (повії, гомосексуалісти), частота зараження у даної групи складає 0,8-22%. Перинатальні зараження складають 5-7%. У 40-50% хворих причину зараження встановити не вдається.

Методи обстеження при гепатиті. До методів специфічної діагностики гепатиту А відносять виявлення антитіл до вірусу гепатиту А (анти-HAV-IgM).

Вірусологічні ознаки гепатиту В - виявлення в сироватці крові антигенів HBsAg (включаючи HBsAg IGM), HBeAg і антитіл до HBeAg (HbeAb). Інформативним є дослідження ПЛР (полімеразної ланцюгової реакції) на ДНК вірусу в крові. Для визначення вірусного гепатиту С (ВГС) інформативними є визначення антитіл до ВГС (методами ІФА), РНК вірусу (методом ПЛР), генотипування РНК вірусу (методом ПЛР). Для визначення вірусного гепатиту D (ВГD) інформативними є визначення антитіл до ВГС (методами ІФА), генотипування РНК вірусу (методом ПЛР).

Генотипування вірусу важливе в оцінці прогнозу терапії (вибір препарату, тривалість лікування, дозування).

У біохімічному аналізі крові характерною ознакою є гіперферментемія (підвищення активності АСТ і АЛТ), підвищення білірубину і його фракцій; вивчаються протромбіновий час, фібриноген, протеїнограма, зміни стану імунного статусу (рівня Т- і В-лімфоцитів, НК-клітин, Т-лімфоцитів та ін.). При хронічному гепатиті можливі багаторічні періоди клініко-біохімічної ремісії, що чергуються з ферментативними ознаками загострення, яке не супроводжується погіршенням самопочуття.

У загальному аналізі крові може реєструватися тромбоцитопенія без лейкопенії та змін формули крові. Тромбоцитопенія спостерігається у відсутності цирозу печінки і не є проявом гіперспленізму, механізм її розвитку носить аутоімунний характер.

**Цироз печінки.**Цироз печінки - хронічне прогресуюче захворювання, що характеризується значним зменшенням маси функціонуючих гепатоцитів, формуванням вузлів регенерації паренхіми, різко вираженою фібротичною реакцією, перебудовою структури паренхіми печінки та її судинної системи.

Цироз є поліетіологічним захворюванням, до основних причин якого відносяться:

- вірусний або аутоімунний гепатит – запальний процес в печінці різного походження;
- довгострокове зловживання алкоголем - цироз печінки розвивається в 7 разів частіше у людей, що зловживають алкоголем;
- застійні явища в печінці при хронічній серцевій недостатності;

- вплив гепатотоксичних хімічних речовин та лікарських препаратів;
- генетично обумовлені порушення обміну речовин;
- захворювання, що супроводжуються порушеннями прохідності внутрішньо- та позапечінкових шляхів (розвивається вторинний біліарний цироз печінки);
- неповноцінне живлення із білковою недостатністю.

Формування цирозу відбувається протягом багатьох місяців або років. Під впливом несприятливих чинників спостерігається некроз гепатоцитів, розвивається персистуюче запалення. Змінюючись, гепатоцити отримують антигенні властивості, що підтримує аутозапальну реакцію. Тривало існуюче запалення супроводжується розростанням сполучної тканини печінки, порушенням структури органу та його функції. При цьому спостерігаються порушення синтезу білків, здатності крові згущуватися, дезінтоксикаційної функції печінки, порушується відтік жовчі, що може супроводжуватися підвищенням білірубіну сироватки.

Клінічна картина визначається ступенем вираженості порушень печінки. Основні синдроми при цирозі:

- холестатичний - на початку захворювання симптоматика пов'язана із підвищенням рівня білірубіну в сироватці: з'являється шкірне свербіння, може бути жовтяниця різного ступеня вираженості;
- астено-невротичний – підвищена збудливість, дратівливість, емоціональна лабільність внаслідок інтоксикації;
- синдром портальної гіпертензії – збільшення розмірів печінки і селезінки, розширення вен черевної стінки («голова медузи»), накопичення рідини в черевній порожнині;
- анемічний синдром - в результаті шлунково-кишкових кровотеч, кровотеч із вен стравоходу, порушення обміну вітамінів В12 та фолієвої кислоти, порушення синтезу білку; може бути гемолітична анемія;
- гепатопанкреатичний синдром – цироз нерідко супроводжує хронічний панкреатит;
- синдром метаболічних порушень – сухість шкіри, порушення кальцієвого обміну, що приводить до остеопорозу і компресійних переломів.

Методи обстеження при цирозі печінки

1. Об'єктивні симптоми. У хворих є шкірні знаки (телеангіоектазії - розширення судин обличчя, плечового пояса), почервоніння долонь, підвищена кровоточивість ясен; хворих турбує шкірне свербіння, іноді дуже виражене, печінка звичайно збільшена, але в останніх стадіях може бути зменшена. Ці знаки – телеангіоектазії, виразне ущільнення та фестончатість краю печінки, збільшення селезінки є дуже характерними для цирозу печінки.

2. Лабораторні дослідження. Основні дослідження - загальний аналіз крові, активність трансаміназ сироватки, рівень білірубіну сироватки крові, протромбіновий індекс, білкові фракції, тімолова проба, маркери гепатиту тощо

3. Інструментальні дослідження. УЗІ печінки, ангіографічне дослідження, пункційна біопсія.

## II. САМОСТІЙНА РОБОТА.

1. Заповнити таблицю «Основні методи дослідження печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози»:

Метод дослідження	Характеристика методу	Клінічне значення
1. «Печінкові» проби		

2. Копрограмма		
3. Дуоденальне зондування		
4. Холецистографія		
5. Лапароскопія		
6. Біопсія пункції		
7. УЗД		
8. Комп'ютерна томографія		

2. Заповніть таблицю «Основні клінічні синдроми, характерні для патології гепато-біліарної системи»:

Синдром	Характеристика	Клінічне значення
1. Жовтяниця		
2. Портальна гіпертензія		
3. Гепатолієнальний синдром		
4. Печінковокліточна недостатність		

### III. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими, аналіз листів призначень.
2. Курація хворих.
3. Вирішити ситуаційні задачі:

**Завдання №1.** Хвора 34 років скаржиться на тягучі, нудні болі в правому підребер'ї, тяжкість у правому боці після жирних страв, турбують закріпи. Яке найбільш імовірно захворювання у хворі?

- A. Гастрит.
- B. Виразкова хвороба шлунку.
- C. Виразкова хвороба 12-палої кишки.
- D. Панкреатит.
- E. Холецистит.

**Завдання №2.** Хвора скаржиться на біль у правому підребер'ї інтенсивного характеру, нудоту, підвищення температури тіла до 37,6 С, жовтяницю, світлий кал та темну сечу, заболіла гостро. З її слів також захворіли її подруги з якими вона разом відпочивала три тижні тому. Який найбільш імовірне захворювання у хворої?

- A. Гострий панкреатит.
- B. Гострий холецистит.
- C. Гострий гепатит.
- D. Виразкова хвороба 12-палої кишки.
- E. Виразкова хвороба шлунку.

**Завдання №3.** У хворого, який тривалий час хворіє на хронічний гепатит, з'явилися жовтяничне докращування склер та слизових, маленькі "зірочки" на шкірі, асцит, набряки гомілок і стоп, нудота, блювота. Що стало причиною виникнення цього стану?

- A. Загострення гепатиту.
- B. Розвинення серцевої недостатності.
- C. Формування цирозу печінки.
- D. Гострий панкреатит.
- E. Розвинення виразкової хвороби шлунку.

## **КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ ЛЗ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ.**

### **I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ ТА ПОЧАТКОВОГО КОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗНАНЬ.**

1. Клінічна фармакологія ЛЗ для лікування вірусних і бактеріальних інфекцій гепатобіліарної системи ( $\alpha$ -інтерферонів, аналогів нуклеотидів; пеніцилінів, тетрациклінів, цефалоспоринів, фторхінолонів).
2. Клінічна фармакологія засобів дезінтоксикаційної терапії (ентеросорбентів, комбінованих інфузійних розчинів).
3. Клінічна фармакологія ЛЗ для усунення больового синдрому (міотропних спазмолітиків, М-холінолітиків).
4. Підходи до раціонального вибору ЛЗ при захворюваннях гепатобіліарної системи. Спільне застосування ЛЗ, які впливають на функцію гепатобіліарної системи; взаємодія з ЛЗ

інших фармакологічних груп; особливості використання ЛЗ при наявності супутньої патології. ЛЗ, які чинять токсичну дію на стан печінки. Вплив функціонального стану печінки на біодоступність і клінічну ефективність ЛЗ.

5. Побічна дія ЛЗ, які застосовуються в гепатології. Прогнозування, клінічні прояви, профілактика та шляхи усунення.

6. Сучасні спеціальні лікарські форми, які використовуються при захворюваннях гепатобіліарної системи, їх клініко-біофармацевтичні особливості (комбіновані інфузійні розчини), правила та умови раціонального застосування.

7. Критерії ефективності та безпеки лікарської терапії в гепатології.

8. Принципи фармацевтичної опіки хворих з патологією гепатобіліарної системи. Безрецептурні ЛЗ, які використовуються при захворюваннях гепатобіліарної системи.

**Хронічний безкам'яний холецистит.** Антибактеріальна терапія: вибір антибіотика залежить від збудника, його чутливості до ЛЗ, а також від здатності Л проникати в жовч і накопичуватися в ній.

Тривалість антибактеріальної терапії 7-10 днів. Прийом антибіотиків бажано поєднувати з призначенням жовчогінних засобів.

По ступеню проникнення в жовч антибіотики можна розділити на три групи:

- проникаючі в дуже високих концентраціях (еритроміцин по 0,25 чотири рази на добу; рифампіцин по 0,15 три рази на добу; ампіцилін по 0,5 чотири-шість раз на добу);
- проникаючі в достатньо високих концентраціях (бензилЗеніцилін по 500000 ОД внутрішньом'язовий шість разів на добу; тетрациклін по 0,25 чотири рази на добу);
- слабо проникаючі в жовч (стрептоміцин, рістоміцин, левоміцетин).

**Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ).** Лікування. Радикальним методом лікування ЖКХ є хірургічний. При неускладненій ЖКХ або за наявності протипоказань до хірургічного лікування використовують консервативне лікування.

Лікування при ЖКХ проводиться по 2 напрямам:

1. Усунення печінкової коліки.
2. Медикаментозна терапія у період між нападами.

Для зняття нападів печінкової коліки застосовують спазмолітики, анальгетики, після нападу хворого потрібно госпіталізувати в хірургічний стаціонар. Якщо коліка супроводжується підвищенням температури, призначаються антибактеріальні препарати.

**Лікування вірусних гепатитів.** Лікування гострого гепатиту проводиться в умовах стаціонару, хронічних вірусних гепатитів в більшості випадків проводиться амбулаторно, хворі можуть бути госпіталізовані у випадках загострення ХВГ або при необхідності поглибленого обстеження при підозрі на наявність ускладнень захворювання (системні прояви, гепатоцелюлярна карцинома і т.д.).

Неодмінною умовою успіху лікування є повна відмова пацієнта від вживання алкоголю, наркотиків, виключення контакту з іншими гепатотропними отрутами, зокрема розумне обмеження вживання інших лікарських препаратів. Застосування кортикостероїдів при хронічних вірусних гепатитах (ХВГ) не показане за винятком випадків ХВГ з аутоімунними порушеннями, підтвердженими лабораторно.

Виділяють 3 основних напрями терапії гепатитів:

1. Етіотропна терапія
2. Патогенетична (базисна) терапія.
3. Симптоматична терапія

При терапії гострих гепатитів етіотропне лікування, як правило, не застосовується, при хронічних вірусних гепатитах застосовуються противірусні засоби різних груп: власне противірусні засоби (що безпосередньо впливають на процеси обміну вірусу), препарати інтерферонів і індуктори інтерферону. При призначенні цих препаратів, окрім показань до цього виду терапії, дуже важливо враховувати і чинники, здатні допомогти передбачити відповідь на терапію: це стадія фіброзу печінки, наявність гістологічних ознак аутоімунного ураження печінки, ступінь жирової дистрофії печінки.

Як засоби базисної терапії, застосовують гепатопротектори, вітаміни, засоби, що нормалізують діяльність шлунково-кишкового тракту (панкреатичні ферментні препарати, еубіотики, адсорбенти) та деякі інші групи препаратів.

*Лікування вірусного гепатиту А.* Клініко-епідемічні особливості вірусного гепатиту А (ВГА) визначають характер лікувальних методів. При легких формах медикаментозне лікування повинне бути мінімальним: при легкому перебігу гепатиту А противірусні препарати не застосовуються, в гострому періоді достатньо базисної терапії, яка включає аскорбінову кислоту або аскорутин. Призначається повноцінна калорійна дієта, збагачена вітамінами.

При зтяжних або важких формах гепатиту як противірусний засіб може бути застосований індуктор інтерферону циклоферон. Під його дією швидше настає клінічне поліпшення, нормалізується пігментний обмін, активність АЛТ, швидше настає зменшення розмірів печінки.

При інтоксикації рекомендується парентеральне застосування дезінтоксикаційних засобів, які забезпечують виведення метаболітів із крові, корекцію водно-електролітного та кислотно-лужного балансу. Внутрішньовенно повільно вводять 5% розчин глюкози, розчин Рінгера з аскорбіною кислотою. Розчин глюкози рекомендується комбінувати з препаратами калія та інсуліну (поляризуюча суміш: 3,7г калія хлориду та 12 ОД інсуліну на 1л 5% розчину глюкози).

Терапія гострих форм вірусних гепатитів різної етіології в основному відповідає терапії ВГА.

*Лікування хронічного гепатиту В.* Лікувальні заходи включають противірусну і базисну терапію. При лікуванні у фазі інтеграції призначається тільки базисна терапія, у фазі реплікації призначається противірусне лікування.

Мета противірусної терапії гепатиту В – ерадикація вірусу і запобігання прогресуванню захворювання до цирозу печінки, печінкової недостатності та гепатоцелюлярної карциноми. Лікуванню підлягають ті хворі, у яких визначаються підвищені рівні АЛТ, ДНК ВГВ і некрозо-запальні зміни при гістологічному дослідженні печінки. Застосовуються наступні противірусні засоби:

1. Синтетичні нуклеозіди (інгібітори зворотної транскриптази): ламівудин (зеффікс).
2. Інтерферони: рекомбінантні альфа-2-інтерферони (лаферон, інтрон А, реаферон), пегінтерферон альфа-2а (пегасис), пегінтерферон альфа-2b (пегінтрон)

Пегінтерферон альфа-2а (пегасис), пегінтерферон альфа-2b (пегінтрон) або ламівудин (зеффікс) рекомендовані як препарати вибору в лікуванні гепатиту В у режимі монотерапії

або в поєднанні препаратів. Курс інтерферонотерапії, його корекція та моніторинг ефективності необхідно здійснювати під контролем фахівців (лікарів-інфекціоністів).

3. Індуктори інтерферону: циклоферон. Відповідно з даними клінічних досліджень, проведених в Росії та Україні, препарат доцільно застосовувати при схильності гепатиту В до затяжної течії, що приводить до скорочення періоду зворотного розвитку цитолітичного, холестатичного і мезенхімально-запального синдромів, зменшенню відсотка хворих, у яких спостерігалася персистенція вірусу після лікування.

Базисна терапія гепатиту В включає дієту, засоби, що нормалізують діяльність шлунково-кишкового тракту (панкреатичні ферментні препарати, лактулоза і пробіотики, адсорбенти), препарати, що впливають на функціональну активність гепатоцитів (полівітаміни, антиоксиданти та інші гепатопротектори), лікування супутніх соматичних захворювань, симптоматичні засоби.

*Лікування гепатиту С.* Основними напрямками терапії є етіотропне (ІФН-терапія) і базисне лікування.

Фаза реплікації служить показанням для ІФН-терапії (на фоні базисної терапії). В даний час міжнародним стандартом лікування вірусного гепатиту С є тільки комбінована терапія: застосування пегінтерферона альфа-2а (пегасис) або пегінтерферона альфа-2b (пегінтрон) у поєднанні з рибавірином. Розроблені дозування і схеми лікування, ефективність яких підтверджена в багатоцентрових дослідженнях. Пацієнтам з вірусним гепатитом С може бути рекомендований також 10-20 - денний курс циклоферона.

За відсутності фази реплікації призначається тільки базисна терапія. Провідною групою при її проведенні є гепатопротектори ( не тільки при гепатиті С, але й при вірусних гепатитах іншої етіології і різного ступеню важкості).

Хворим із гострим гепатитом вірусного походження на початку захворювання не показано застосування більшості гепатотропних препаратів - метіоніну, препаратів розторопші, амінокислот, есенціальних фосфоліпідів і ін. за виключенням глутаргіну. На відміну від інших гепатопротекторів, глутаргін має дезінтоксикаційні властивості, що дозволяє застосовувати його як в гострому періоді гепатиту (як детоксикант і донатор оксиду азоту), так і в період реконвалесценції (як гепатопротектор). При вірусному гепатиті А в період спалаху захворюваності застосування глутаргіну сприяло зменшенню середньої тривалості жовтяничного періоду, швидшій нормалізації проб, що характеризують функціональний стан печінки (АСТ, АЛТ, тимолова проба). Завдяки застосуванню глутаргіну скорочувалася тривалість періоду інфекційного токсикозу (на 5-6 днів), тривалість гепатомегалії (на 6 днів), істотно ослаблялися прояви астеновегетативного синдрому.

Одним із препаратів, що має антиоксидантну, мембраностабілізуючу та протизапальну активність, є тіотриазолін. На фоні застосування препарату у хворих з гепатитами різної етіології відзначали зменшення болю та важкості в правому підребер'ї, гіркоти, свербіння. Зменшувалася активність цитолітичного синдрому (зниження рівня АсАТ і АлАТ), інтенсивність процесів перекисного окислення ліпідів.

#### **Основні напрямки в лікуванні цирозу печінки:**

1. Етіо-патогенетичне лікування:

- лікування вірусного гепатиту при цирозі вірусної етіології (ефективність помірною);
- лікування серцевої недостатності при застійному цирозі;
- усунення токсичної дії на печінку (алкоголь, лікарські засоби)

- корекція обмінних порушень печінкових кліток та нормалізація їх функції.
- нормалізація імунних реакцій;

## 2. Симптоматичне лікування проявів і ускладнень цирозу печінки:

- зменшення холестазу та шкірного свербіння;
- зменшення затримки рідини, лікування асцити;
- зменшення симптомів енцефалопатії;
- замісна терапія при панкреатичній недостатності.

Лікування вірусного гепатиту як причини цирозу печінки проводиться по загальноприйнятих методиках. З урахуванням високої вартості препаратів, що рекомендуються, воно не набуло бажаного поширення.

Лікування застійної серцевої недостатності проводиться по загальноприйнятих методиках. При виборі препаратів враховуються особливості метаболізму та виведення серцево-судинних препаратів для профілактики можливої їх кумуляції.

Для корекції обмінних порушень в гепатоцитах і нормалізації їх функції застосовуються гепатопротектори (див. Фармакотерапія вірусного гепатиту).

Для нормалізації імунних реакцій із урахуванням активності процесу з обережністю (у зв'язку з посиленням ризику остеопорозу та іншими побічними ефектами) застосовують глюкокортикостероїди (ГКС) та стероїдні імунодепресанти (делагіл, азатіоприн).

Для зменшення холестазу застосовуються препарати, що зменшують всмоктування, синтез та посилюють кон'югацію білірубіну.

Провідним препаратом для лікування холестазу є урсодезоксіхолева кислота (УДКХ, або урсофальк, урсосан, урсохол). Зменшуючи всмоктування жовчних кислот, препарат зменшує утворення білірубіну, знижує його концентрацію в сироватці крові. Одночасно з цим УДКХ має гепатопротекторну дію. Антихолестатичний ефект має адеметіонін (гептрал): нормалізуючи стан мембран гепатоцитів, він покращує вихід білірубіну в жовчні протоки, зменшуючи тим самим внутрішньопечінковий холестаз.

Для зменшення всмоктування жовчних кислот із кишківнику застосовуються сорбенти (холестирамін, активоване вугілля).

Для симптоматичного зменшення шкірного свербіння застосовують антигістамінні препарати, ГКС (з обережністю).

Для усунення асцити застосовують діуретики – антагоністи альдостерону (спіронолактон, або верошпірон) в достатньо великих дозах. Це обумовлено вторинним альдостеронізмом, виникаючим при цирозі печінки. За відсутності ефекту від терапії антагоністами альдостерону додають петлеві і тіазидові діуретики (фуросемід, гіпотіазид), комбінують діуретики різних груп. Потрібно відзначити, що дуже активна діуретична терапія (додаткова втрата більше ніж 600 мл рідини на добу) може супроводжуватися посиленням явищ енцефалопатії.

Усунення симптомів енцефалопатії можна досягти, застосовуючи лактулозу (дуфалак, нормазе, лактувіт та ін.), яка зменшує всмоктування аміаку в кишківнику, гепатопротектори – похідні амінокислот (адеметіонін, або гептрал, комплексний препарат гепасол А), прискорюючи метаболізм сечовини. Доцільна корекція мікрофлори кишківнику, при необхідності застосування антибактеріальних препаратів, оскільки при дисбактеріозі інтоксикація посилюється.

Замісна терапія при панкреатичній недостатності проводиться препаратами панкреатину (мезим форте, креон, креазим, пангрол). При використанні ферментів із жовчю (фестал



та його аналоги) не слід забувати їхньої виснажуючої дії на гепатоцити, тому при вираженому цирозі їх застосовувати небажано.

## II. САМОСТІЙНА РОБОТА.

1. Заповнити таблицю «Групи лікарських засобів для лікування хронічного холециститу»:

<b>Фармакологічні групи</b>	<b>ЛЗ</b>
1. Антибіотики	
2. Жовчогінні ЛЗ: 1) Холеретики: ЛЗ, що містять жовчні кислоти	
- рослинного походження	
- синтетичні	
- гідрохолеретики	
2) Холекінетики	
3. Спазмолітики	

2. Виберіть із нижчеприведених препаратів гепатопротектори (1), жовчогінні (2) і ферментні (3) лікарські засоби.

Препарат				Препарат			
	1	2	3		1	2	3
Сульфат магнію				Сорбіт			
Холосас				Фламін			
Сирепар				Ліобіл			
Фестал				Ксиліт			
Алохол				Креон			
Вітогепат				Мезим-форте			
Карсил				Дигестал			
Панзінорм				Оксафенамід			
Холензим				Дехолін			
Нікодин				Оразу			
Вітогепат				Солізім			
Гептрал				Циквалон			
Панцитрат				Глутамінова к-та			
Лів-52				Трифермент			
Ліпостабіл				Панкурмен			

**Примітка:** відповіді представити у вигляді знаків «+» або «-»

3. Вибрати з нижчеприведених груп лікарських препаратів засоби, які застосовуються при хронічному гепатиті, цирозі печінки, хронічному холециститі, хронічному панкреатиті.

Групи лікарських засобів	Хронічний гепатит	Цироз печінки	Хронічний холецистит	Хронічний панкреатит
1. Антибактеріальні				
2. Стероїдні гормони анаболізму				
3. Дезінтоксикаційні засоби				
4. Вітаміни				
5. Глюкокортикоїди				
6. Гепатопротектори				
7. Жовчогінні препарати				
8. Ферментні препарати				
9. Діуретики				

**Примітка:** відповіді представити у вигляді знаків «+» або «-»

4. Заповнити таблицю «Критерії ефективності терапії хронічного гепатиту, жовчнока-

м'яної хвороби, хронічного панкреатиту»:

Методи дослідження	Критерії ефективності		
	Хронічний гепатит	Хронічний холецистит	Хронічний панкреатит
Скарги			
Фізичні методи дослідження:			
огляд			
пальпація			
перкусія			
Лабораторні: дослідження сечі			
дослідження крові: загальний аналіз крові			
«печінкові» проби			
амілаза			
копрограма			
Інструментальні: Рентгенологічні			
УЗД			

### III. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими, аналіз листів призначень.
2. Курація хворих.
3. Вирішити ситуаційні задачі:

**Задача №1.** Хворий Д., 56 років, відзначає біль в правому підребер'ї, тупі, ниючі болі по всьому животу, що підсилюються особливо після жирної їжі, фізичної роботи. Апетит знижений, відзначається нудота, іноді блювота, метеоризм. Працездатність знижена. Турбує слабкість, швидка стомлюваність, безсоння. Об'єктивно: субіктеричність шкіри і слизових, живіт збільшений у розмірах, з розширеними венами на передній черевній стінці. На шкірі передньої грудної стінки і на спині судинні «зірочки», еритема долонь. Набряки гомілок, асцит. Для якого захворювання характерні скарги й об'єктивні дані?

- A. Хронічний холецистит.
- B. Хронічний панкреатит.
- C. Хронічний гепатит.
- D. Хронічний гастроентероколіт.
- E. Хронічний лейкоз.

**Завдання №2.** Хворий Д., 53 років скаржиться на біль в області правого підребер'я, тупі, ниючі болі по всьому животу, що посилюються після їжі, особливо жирної та після фізичного навантаження. Апетит знижений. Наголошується нудота, іноді блювота, метеоризм, слабкість, швидка стомлюваність. Хворий вказує на домішок крові в блювотних масах і темний стул. При огляді: обличчя сіре, з субіктеричним кольором шкіри, губи і язик яскраві, живіт збільшений в розмірі, з розширеними венами на передній черевній стінці. На шкірі передньої грудної стінки і на спині судинні «зірочки», еритема долонь. Набряки гомілок. Печінка збільшена, при пальпації щільна, нижній край її гострий. Пальпується збільшена селезінка. Ваш попередній діагноз? Які додаткові методи дослідження Ви рекомендуєте провести для уточнення діагнозу? Тактика терапії? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Завдання №3.** Хворий А., 34 року, поступив в клініку з скаргами на нападоподібні болі в лівому підребер'ї, які з'являються після порушення дієти. Біль носить оперізувальний характер, зменшується після застосування холоду на область підшлункової залози, супроводжується нудотою, блювотою, проносами або запорами, спостерігається загальна слабкість. Напади супроводжуються підвищенням амілази сечі, лейкоцитозом і збільшенням ШОЕ. При пальпації визначається хворобливість в області лівого підребер'я. Якому захворюванню відповідає приведений клінічний випадок? Які додаткові методи дослідження Ви рекомендуєте провести для уточнення діагнозу? Тактика терапії? Ваші рекомендації щодо тактики медикаментозного лікування? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

2 . Проведіть корекцію листів лікарських призначень у хворих , що знаходяться на

стаціонарному лікуванні , вибравши найбільш раціональну терапію

А). **Діагноз:** Хронічний холецистит з гіпомоторної дискінезією жовчного міхура, фаза загострення.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Tab. "Allocholum" obductae<br>По 1 таб. 3 рази на день після їжі   | 6. Ampicillini 0,5<br>По 0,5 в / м 4 рази на добу                                 |
| 2. Tab. "Cholenzymum" obductae<br>По 1 таб. 3 рази на день після їжі  | 7. Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml<br>По 1 мл в / м 2 рази на добу        |
| 3. Tab. Flamini 0,05<br>По 1 таб. 3 рази на день за 30 хв. перед їжею | 8. Sol. Суанобаламіні 0,01% - 1,0 ml<br>Вводити по 1,0 мл в / м 2 рази на день    |
| 4. Tab. Liobili 0,2<br>По 2 таб. 3 рази на день після їжі             | 9. Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 1,0 ml<br>Вводити по 0,5 мл п / к 1 раз на день  |
| 5. Tab. No-spani 0,04<br>По 2 таб. 3 рази на день                     | 10. Sol. Platyphyllini hydrotartratis 0,2% - 1 ml<br>По 1 мл в / м 2 рази на день |

**Б). Діагноз:** Цироз печінки , алогольної етіології , активна фаза , прогресуючий перебіг , стадія компенсації.

- |  |  |
|--|--|
| 1 . Tab. Triamsinoloni 0,004<br>По 2 таб . 2 рази на день                    | 6 . Sol. Суанобаламіні 0,01 % - 1,0 ml<br>Вводити по 1,0 мл в / м 2 рази на день |
| 2 . Sol. Thiamini bromidi 3% - 1 ml<br>По 1 в / м 1 раз на день              | 7 . Tab. « Ursosan » 0,1<br>По 1 таб. 4 рази на день після їжі                   |
| 3 . Syrepari 10 ml<br>По 3 мл в / м 1 раз на день                            | 8 . Sol. Kalii chloridi 4 % - 50 ml<br>В / в крапельно в 40 % розчину глюкози    |
| 4 . Cap . " Essentiale "   | 9 . Sol. Glucosi 5 % - 50 ml<br>Вводити в / в крапельно 2 рази на день           |
| 5 . Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5 % - 1 ml<br>По 1 мл в / м 2 рази на день | 10 . Sol. Furosemidi 1 % - 2 ml<br>По 2 мл 1 раз на день                         |

**В). Діагноз:** Хронічний вірусний гепатит С , середнього ступеня тяжкості.

- |  |  |
|--|--|
| 1 . Sol. Thiamini bromidi 3% - 1 ml<br>По 1 в / м 1 раз на день                  | 6 . Tab. Ac . Nicotinicі 0,05<br>По 1 таб. 2 рази на добу                |
| 2 . Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5 % - 1 ml<br>По 1 мл в / м 2 рази на день     | 7 . " Intron - A" 3000000 IU<br>За 3 млн МО 3 р в нед 6-12 міс.          |
| 3 . Sol. Суанобаламіні 0,01 % - 1,0 ml<br>Вводити по 1,0 мл в / м 2 рази на день | 8 . Tab. Methandrostenoloni 0,005<br>По 2 таб . 2 рази на день           |
| 4 . Tab. Ribavirini 0,2<br>По 2 таб . 2 рази на добу 6-12 міс.                   | 9 . Sol. Retabolili oleosae 5 % - 1 ml<br>По 1 мл 1 раз на 2 тижні       |
| 5 . Tab. Ac . Folicі 0,001<br>По 2 таб . 3 рази на день протягом 20 днів         | 10 . Sol. Glucosi 5 % - 200 ml<br>Вводити в / в крапельно 2 рази на день |

Г). **Діагноз:** Жовчнокам'яна хвороба.

- |  |  |
|--|--|
| 1 . Tab. " Allocholum " obductae<br>По 1 таб. 3 рази на день після їжі           | 6 . Tab. " Cholestyraminum "   |
| 2 . Tab. " Cholenzymum " obductae<br>По 1 таб. 3 рази на день після їжі          | За 12-16 мг на добу  |
| 3 . Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5 % - 1 ml<br>По 1 мл в / м 2 рази на день     | 7 . Stigmatis Maydis 10,0<br>Настояти 30 хв у склянці окропу                             |
| 4 . Sol. Суанобаламіні 0,01 % - 1,0 ml<br>Вводити по 1,0 мл в / м 2 рази на день | 8 . Tincturae flori Helichrysi arenarii<br>По ½ ст. ложки 2 рази на добу за 30 хв до їди |
| 5 . Ampicillini 0,5<br>По 0,5 в / м 4 рази на добу                               | 9 . Tab. No- spani 0,04<br>По 2 таб . 3 рази на добу                                     |
|  | 10 . Tab. " Nicodinum " 0,5<br>По 1 таб. 3 рази на день                                  |

Д). **Діагноз:** Хронічний алкогольний панкреатит . фаза загострення з порушенням екс-

креторної функції підшлункової залози.

1 . Sol. Promedoli 2% - 1 ml

По 1 мл 2 рази на день 2 дні ( при болях )

2 . Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 400 ml

В / в крапельно 1 раз на добу

3 . Sol. Glucosi 5 % - 200 ml

Вводити в / в крапельно 2 рази на добу

4 . Contrycal 10000 ED

Вводити по 25000 ОД в / в повільно

5 . Sol. Atropini sulfatis 0,1 % - 1,0 ml

Вводити по 0,5 мл п / к 1 раз на день

6 . Tab. No- spani 0,04

По 2 таб . 3 рази на добу

7 . Tab. Tetracyclini 0,25 obductae

По 1 таб. 3-4 рази на день

8 . Sol. Papaverini hydrochloridi 2 % - 2 ml

По 1 -2 мл п / к

9 . Sol. Platyphyllini hydrotartratis 0,2 % - 1 ml

По 1 мл в / м 2 рази на день

10 . Tab. " Mezim forte "

По 1 таб. 3 рази на день під час їжі

#### **IV. ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ.**

1. Принципи вибору напрямків фармакотерапії захворювань органів гепато-біліарної системи.

2. Роль провізора в профілактиці ускладнень фармакотерапії захворювань органів гепато-біліарної системи.

**Зауваження викладача** \_\_\_\_\_

### **ТЕМА №. 3**

#### **КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В ЕНДОКРИНОЛОГІЇ. СИМПТОМИ І СИНДРОМИ ПРИ ОСНОВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ.**

##### **I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.**

1. Симптоми та синдроми при основних захворюваннях ендокринної системи: полідипсія, поліфагія, поліурія, екзофтальм, зоб; синдром гіперглікемії, синдром гіпоглікемії, синдром гіпертиреозу, синдром гіпотиреозу, синдром йододефіциту.

2. Методи обстеження хворих в ендокринології (опитування, фізичні та інструментальні методи дослідження).

3. Епідеміологія, етіологія, патогенез і клінічна картина цукрового діабету.

4. Поняття про гіпо– та гіперглікемічну кому: причини, клінічна картина,

5. Причини, механізми розвитку, діагностичні критерії дифузного токсичного зоба

6. Етіологія, патогенез, клінічні прояви гіпотиреозу.

7. Причини виникнення, механізми розвитку, клініка патологічного ожиріння.

**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 обмінів. 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  $\beta$ -клітин різко зменшено. Патогенез ЦД 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) трігірування або ініціація імунних процесів, 3) стадія активних імунологічних процесів; 4) прогресивне зниження першої фази секреції інсуліну, стимульованої внутрішньовенним введенням глюкози, 5) клінічно значущий або маніфестний діабет; 6) повна деструкція  $\beta$ -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. Острівці менш компактні, виявляється лобулярність залози внаслідок розвитку фіброзної тканини, може бути незначне зниження кількості  $\beta$ -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  $\beta$  -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 грибокве ураження шкіри. Для ЦД1 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 кетоацидоз. Окрім того, слід пам'ятати, що ЦД1 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 ЦД2, 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 ЦД2 зростає як для матері, так і для дитини. До скарг, пов'язаних із повільним прогресуванням ЦД2, 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 кетоацидозу. 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 порушення 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.

А також за визначення рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c).

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

**Етіологія та 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 шії пальпується утворення, що відповідає збільшеній щитовидній залозі, що зміщується при ковтанні, але не видима при нормальному положенні шії. II ступінь - щитовидна залоза пальпується і чітко видима 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 тиреоїдних 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 сухожильні 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 тироліберіном, яку можна проводити вагітним.

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

За виникненням 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, радіа-

ційному 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,  $\beta$ -адреноблокатори, передозування вітаміну А, при виникненні пухлинних захворювань щитовидної залози. Сюди ж відносяться ендемічні форми зоба, що супроводжуються зниженням функції щитовидної залози. Вторинні тироїдити 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 набрякними "подушечками" навколо очей, припухлими столітьями, великими губами і мовою, набрякними 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. Сухожильні рефлекси 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 шлунково-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.

**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

ріння 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, гіпогонадизму 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 циклом і маткових кровотеч. З боку шкіри: акантоз шкіри, проявляється потемнінням шкірних складок на шиї, 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 легенів. 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.

## II. САМОСТІЙНА РОБОТА.

### 1. Заповніть таблиці

#### 1.1. Оберіть фактори патогенезу цукрового діабету I та II типів +/-:

Фактори патогенезу	Цукровий діабет I типу	Цукровий діабет II типу
Зловживання вуглеводною їжею		
Зменшення маси підшлункової залози		
Зменшення кількості рецепторів до інсуліну		
Зменшення кількості остр. Лангерганса		
Порушення вивільнення інсуліну бета-клітинами		
Генетична схильність		
Збільшення секреції інсуліну у відповідь на дію гормонів ШКТ		
Вироблення антитіл до клітин остр. Лангерганса		
Вірусна інфекція		

Деструкція бета-клітин		
Недостатня утилізація глюкози тканинами		
Порушення обміну глюкози усередені клітин		

1.2. Диференційна діагностика гіпо- та гіперглікемічного стану:

Ознака	Гіперглікемія	Гіпоглікемія
1. Причина розвитку		
2. Тонус м'язів		
3. Апетит		
4. Шкіра		
5. Запах ацетону з рота		

2. Вирішіть завдання.

**Завдання №1.** Які основні симптоми при діабетичній комі?

- A. Запах ацетону з рота.
- B. Підвищений тонус м'язів.
- C. Шумне дихання.
- D. Шкіра волога.
- E. Пульс повільний.

**Завдання №2.** Які основні симптоми гіпоглікемічної коми?

- A. До розвитку коми – почуття голоду.
- B. Дихання шумне.
- C. Тонус м'язів знижений.
- D. Шкіра суха, гаряча.
- E. Пульс слабкого наповнення.

### III. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими.
2. Знайомство з історіями хвороби.
3. Вирішити ситуаційні задачі:

**Задача № 1.** 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 № 2.** 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. Щитовидна залоза м'яка, збільшена, особливо права частка. Пульс 120 у 1 хв., ритм правильний. АТ 170/70 мм рт.ст. Яке можливе захворювання?

- A. Тіреотоксикоз.
- B. Гіпотіреоз.
- C. Адісонова хвороба.
- D. Цукровий діабет.
- E. Гіперпаратіреоз.

**Задача № 3.** 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.

## **КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ ЛП, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРГЛІКЕМІЧНИХ ТА ТІРЕОІДОЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ..**

### **I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.**

1. Основні напрямки фармакотерапії цукрового діабету. ЛЗ інсуліну і пероральні протидіабетичні засоби.

2. Клінічна фармакологія препаратів інсуліну. Підходи до раціонального вибору препаратів інсуліну. Можливі ускладнення інсулінотерапії.

3. Клінічна фармакологія пероральних гіпоглікемізуючих ЛП (похідні сульфонілсечовини, бігуаніди, тіазолідіндіони, метглітініди, інгібітори  $\alpha$ -глюкозидази). Підходи до раціонального вибору. Взаємодія пероральних гіпоглікемізуючих ЛП з ЛП інших фармакологічних груп. Особливості використання пероральних гіпоглікемізуючих засобів при наявності супутньої патології. ЛП, які впливають на рівень глікемії.

4. Основні напрямки фармакотерапії коматозних станів при порушенні толерантності до глюкози.

5. Принципи лікування ускладнень цукрового діабету: застосування антагоністів інсуліну, антигіпертензивних, гіполіпідемічних ЛП, ангіопротекторів, антиагрегантів, периферичних вазодилататорів, вітамінів.

6. Основні напрямки фармакотерапії дифузного токсичного зоба.
7. Напрямки фармакотерапії гіпотиреоза
8. Причини виникнення, механізми розвитку, клініка патологічного ожиріння й основні напрямки фармакотерапії
9. Клінічна фармакологія препаратів гормонів щитовидної залози, антитиреоїдних ЛП, препаратів йоду.
10. Побічна дія ЛП, які застосовуються в ендокринології. Прогнозування, клінічні прояви, профілактика та шляхи усунення.
11. Сучасні лікарські форми, які використовуються при захворюваннях ендокринної системи, їх клініко-біофармацевтичні особливості, правила та умови раціонального застосування.

### **Цукровий діабет.**

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 над короткої дії (початок дії 10-15 хвилин, тривалість дії -4 години) інсулін ліспро (хумалог), інсулін аспарт (новомікс пенфіл, новорапід флекспен), інсуліни короткої дії - початок дії через 30 хвилин після введення; максимум між 2-3 год. після введення і тривалість - 6-8 год., відносяться: інсулін людський (хумулін-регуляр, актрапід НМ, фармасулін Н). До препаратів середньої тривалості дії - початок дії препаратів через 2 години після введення; максимум через 8-10 год. і тривалість 14-18 год., відносяться: інсулін людський (хумулін-Л, монотард НМ, протазан НМ, фармасулін НNP); До препаратів тривалої дії - початок дії препарату через 4-5 години після введення, максимум через 8-14 год і тривалість 24-36 г., відносяться: інсулін гларгін (лантус), інсулін детемір (левемір пенфіл, левемір флекспен). Крім того є комбіновані препарати, які містять інсулін короткої дії та інсулін середньої тривалості дії (мікстард 30 НМ, фармасулін Н 30/70).

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 діляться 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 глібенкламїду, швидко і повністю абсорбується з шлунково-кишкового тракту, гіпоглікемічну дію триває 6-12 год. Гліклазид (діабетон, діамікрон, предиан) 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 г. 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  $\alpha$ -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**

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 антитироїдних 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**

Основна мета лікування гіпотиреозу - досягнення еутироїдного стану і його підтримку адекватною терапією, яка не повинна перериватися, проведення замісної терапії швидко лік-

відує 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**

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, звичок, 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 минапсів (фендіметразін, фентермін, мазіндол і діетілпропіон), що блокують нейрональний 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.

## **II. САМОСТІЙНА РОБОТА.**

1. Заповніть таблицю «Основні напрямки фармакотерапії цукрового діабету».

<b>Патологічні стани</b>	<b>Фармакотерапевтична група</b>	<b>ЛЗ</b>
1. Цукровий діабет I типу		

2. Цукровий діабет II типу		

2. Заповніть таблицю «Напрямки фармакоterapiї тиреотоксикозу».

Напрямки фармакоterapiї	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ
Пригнічення функції щитовидної залози.		

Усунення нервово-вегетативних розладів.		
Зниження надходження в кров тиреоїдних гормонів.		
Усунення підвищеної дратівливості.		

3. Заповніть таблицю «Основні напрямки фармакоterapiї гіпотиреозу».

Напрямки фармакоterapiї	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ
1. Постійна замісна терапія.		
2. Вітамінотерапія		

4. Заповніть таблицю «Основні напрямки фармакоterapiї гіпо- та гіперглікемічної коми».

Напрямки фармакоterapiї	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ
1. Гіпоглікемічна кома.		
2. Гіперглікемічна кома		

### III. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими, аналіз листів призначень.
2. Знайомство з історією хвороби.
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.** 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 фармакоterapiї в даному випадку?

- A. Усунення вегетативних реакцій.
- B. Пригнічення функції щитовидної залози.
- C. Усунення дратівливості.

Д. Постійна замісна терапія.

Е. Протизапальна терапія.

**Задача № 3.** 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 № 4.** 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 № 5.** 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 № 6.** 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?

Ф. Призначення антибіотиків.

Г. Призначення антигістамінних.

Н. Дієтотерапія.

І. Призначення засобів сульфонілсечовини.

Ж. Призначення бігуанідів.

**Задача № 7.** Хвора, 52 років, пред'являє скарги на загальну слабкість, сонливість, зниження працездатності, закріпи. При огляді: обличчя округле, жовтувато-блїде, амїмічне. Відзначається набряклість на тильній поверхні кистей і стїп, при натисненні ямка не утворюється. Шкіра холодна на дотик, суха, нїгті ламкі. Пульс 60 у 1 хвилину. АТ 100/80 мм. рт.ст. На ЕКГ: синусова брадикардїя. Які основні напрямки фармакотерапїї?

А. Замїсна.

В. Протизапальна.

С. Вітамїнотерапїя.

Д. Антибіотикотерапїя.

Е. Імуномоделююча.

*Проведіть корекцію листів лікарських призначень у хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні обравши найбільш раціональну.*

А). Діагноз: Цукровий діабет (І тип), інсулінозалежний, важка форма. Гіпоглікемічна кома.

1. Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% - 1,0 ml  
По 1 мл п/ш
2. Sol. Glucosi 40% - 80,0 ml  
В/в крапельно
3. Insulini 12 ED  
В/в, крапельно
4. Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400,0  
В/в, крапельно
5. Haemodesi 250,0  
В/в, крапельно
6. Tab. Carbonis activati 40,0  
1 ст. ложку розмішати в 5 л води, ввести через зонд для промивання шлунку
7. Sol. Natrii hydrocarbonati 2,7% - 200 ml  
В/в, крапельно
8. Susp. Hydrocortisoni acetatis 2,5 – 5,0  
По 5 мл в/м
9. Sol. Mesatoni 1% - 1 ml  
По 1 мл в/м
10. Tab. Digitoxini 0,0001  
По 1 таб. 1 раз в день

Б). Діагноз: Гіпертонічна хвороба, ІІ стадія. Цукровий діабет (І тип), період декомпенсації.

1. Tab. Seduxeni 0,005  
По 1 таб. 2 рази на день
2. Tab. Lysinoprili a 0,01  
По 1 табл. 1 раз на день
3. Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400,0  
В/в, крапельно
4. Tab. Hypothiazidi 0,025  
По 1 таб. через день
5. Sol. Droperidoli 0,25% - 5,0  
По 5 мл 2 рази на день в/в
6. Sol. Furosemidi 1% - 2,0  
По 2 мл 2 рази в день в/м
7. Tab. "Asparcam"  
По 1 таб. через день
8. Sol. Relanii 0,5% - 1,0  
По 1 мл в/м 2 рази в день
9. Insulini pro injectionibus 20 ED  
По 10 ЕД 3 рази на день п/ш за 20 хв до їжі.
10. Tab. Verapamili a 0,04  
По 1 табл. 3-4 рази на день

В). Діагноз: Гострий бронхіт. Цукровий діабет (ІІ тип), ср.степені тяжкості, період компенсації

1. Tab. Acidi acetylsalicylici 0,5  
По 1,0 2 рази на добу
2. Tab. Acidi ascorbinici 0,05  
По 2 таб. 3 рази на день
3. Tab. Bisepoli – 480  
По 1 таб. 2 рази на день
4. Ampicillini 0,5  
По 0,5 в/м 4 рази на добу
5. Tab. Butadioni 0,5  
По 1 таб. 2 рази на день
6. Tab. Tetracyclini 0,5  
По 1 таб. 2 рази на день
7. Tab. Bromhexini 0,008  
По 1 таб. 3 рази на день
8. Tab. Metformini 0,5  
По 1 таб. 2 рази на день
9. Tab. Maninili 0,005  
По 1 таб. 2 рази на день
10. Insulini pro injectionibus 20 ED  
По 10 ОД 3 рази на день п/ш за 20 хв до їжі

Г). Діагноз: Дифузний токсичний зоб ІІІ ст., Середньої тяжкості.

1. Tab. Mercazolili 0,005  
По 1 таб 2 рази на день
2. Tab. Extr. Valerianae obd. 0,02  
По 2 таб. 3 рази на день
3. Tab. Propranololi 0,04  
По 1 таб. 4 рази на день
4. Sol. Coffeini-natrii benzoatis 10% - 1,0  
По 1 мл 1 раз на день
5. Tab. Nitrosorbidi 0,01  
По 1 таб. 3 рази на день
6. Almageli 170 ml  
Внутрь по 1-2 чайн. ложці за 30 хв. до їжі 4 р/д
7. Sol. Riboxini 2% - 10,0  
По 10,0 в/в 1 раз на день
8. Cocarboxylasi 0,05  
Вводить в/м 1 раз на день
9. Tab. Furosemidi a 0,04  
По 1-2 табл. вранці
10. Tab. Triiodthyronini hydrochloridi 20 mkg  
По 1 таб. 1 раз на день

Д). Діагноз: Ожиріння IV ступеня аліментарно-конституціонального генезу. ІХС: стенокардія напруги, III функціональний клас.

1. Tab. Desopimoni 0,025

По 1 таб. 2 рази на день

Tab. Phepranoni 0,025

По 1 таб. 1 раз на день

3. Tab. Triiodthyronini hydrochloridi 20 mkg

По 1 таб. 1 раз на день

4. Tab. Nitrong-forte 0,0065

По 1 таб. 3 рази на день

5. Tab. Nifedipini 0,01

По 1 таб. 3 рази на день

6. Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2,0

По 2 мл в/м 1 раз на день

7. Tab. Hypothiazidi 0,025

По 1 таб. 1 раз на день

8. Tab. Kalii orotatis 0,5

По 1 таб. 3 рази на день

9. Tab. Furosemidi 0,04

По 1 таб. 1 раз вранці

10. Tab. Nitrosorbidi 0,01

По 1 таб. 3 рази на день

#### IV. ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ.

1. Критерії ефективності та безпеки лікарської терапії в ендокринології.
2. Принципи фармацевтичної опіки хворих ендокринологічного профілю. Алгоритм дій провізора та фармацевтична опіка при відпуску ЛП для лікування йододефіциту.

Зауваження викладача \_\_\_\_\_

---

### ТЕМА 4. КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В АЛЕРГОЛОГІЇ. СИМПТОМИ І СИНДРОМИ ПРИ ГОСТРИХ АЛЕРГОЗАХ. КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ З, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПРИ АЛЕРГОЗАХ.

#### I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Поняття про алергію, атопії.
2. Причини, фактори, які викликають схильність до алергії, механізми розвитку алергійних реакцій.
3. Симптоми і синдроми при алергозах: свербіж, гіперемія, набряк шкіри та слизових оболонок, шкірні висипання, задишка, чихання, ринорея, сльозотеча, бронхоспазм, зниження артеріального тиску, тахікардія, гіпертермія; шкірний синдром, набряковий, респіраторний синдром, синдром гострої серцево-судинної недостатності, астеноневротичний синдром.
4. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії кропивниці.
5. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії набряку Квінке.
6. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії анафілактичного шоку.
7. Клінічна фармакологія ЛП, які застосовуються для лікування алергозів (глюкокортикостероїдів, антигістамінних ЛП, бронходилататорів, препаратів кальцію, стабілізаторів мембран тучних клітин, агоністів  $\alpha$  і  $\beta$ - адренорецепторів). Детоксикуюча терапія.
8. Підходи до раціонального вибору ЛП при захворюваннях алергічної природи. Спільне застосування протиалергічних ЛП; взаємодія з ЛП інших фармакологічних груп; особливості використання протиалергічних ЛП при наявності супутньої патології.
9. Побічна дія ЛП, які застосовуються в алергології. Прогнозування, клінічні



прояви, профілактика та шляхи усунення.

Виписати в рецептах: адреналін, лоратадин, преднізолон, гідрокортизон, дипроспан, метотрексат, метилпреднізолон, димедрол, астемізол, семпрекс, азатиоприн, вугілля активоване, ентеросгель, кетотифен, телфаст, кестин, полісорб.

### **Поняття про алергію і механізми розвитку алергічних реакцій**

Алерген - антиген, що викликає алергію.

Алергія - підвищена чутливість організму до алергену у відповідь на повторні контакти з ним.

Антигени - різні за структурою і походженням речовини, що викликають імунні реакції.

Гаптени - речовини з низькою молекулярною масою, які не володіють алергенними властивостями, але при зв'язуванні з білками можуть викликати алергію.

Реактивність - здатність організму чинити опір діям навколишнього середовища.

Резистентність - стійкість організму до дії патогенних чинників.

Сенсибілізація - підвищення чутливості і придбання здатності бурхливо реагувати на повторне введення антигена.

Тригери - речовини, які самі по собі не викликають алергічної реакції, але можуть спровокувати напад сенсибілізації.

Алергія - форма імунної відповіді, яка виявляється розвитком специфічної підвищеної чутливості організму до чужорідних речовин різного складу і походження в результаті попереднього контакту з цією речовиною. Алергічні захворювання виникають в наслідок підвищеної чутливості (сенсибілізації) 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 основу класифікації встановлений 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 та 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 та інші інфекції. Проте поняття про алергічні реакції негайного і сповільненого типу, виникле в клініці, 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 - реакційний, пов'язаний з виробленням антитіл IgE-класу, він лежить в основі atopічних захворювань; 2 - анафілактичний, обумовлений в основному IgG 4 антитілами і спостерігається при анафілактичному шоці. Реакції негайного типу є основними в патогенезі розвитку atopічної бронхіальної астми, полінозу, анафілактичного шоку, алергічної кропив'янки та ін.

II тип – цитотоксичний, пов'язаний з утворенням IgG (окрім IgG 4) і IgM-антитіл до детермінантів, що є на власних клітинах. За цим типом перебігають деякі гематологічні захворювання, наприклад, аутоімунна гемолітична анемія, міастенія, алергічний лікарський

агранулоцитоз, тромбоцитопенія і деякі інші.

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

V тип – анти рецепторний, пов'язаний з наявністю антитіл до фізіологічно важливих детермінантів клітинної мембрани.

Традиційно склалося 4 основні принципи лікування алергічних захворювань:

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

Кропив'янка. Це алергічна реакція, що виявляється висипаннями на шкірі сверблячих пухирів, 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 реагінний механізм пошкодження. 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 базофілах. Ці аутоантитіла володіють здатністю безпосередньо викликати дегрануляцію базофілів.

**Клінічна картина.** Гостра кропив'янка характеризується шкірними уртикарними висипаннями, 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 (хлорапірамін, клемастин) з подальшим переходом на антигістамінні препарати 2 покоління (лоратадин) і 3 покоління (дезлоратадин), елімінація алергену з організму - сорбенти (пероральний - ентеросгель, поліфіпан і ін.; парентеральний - сорбілакт, реосорбілакт); при холінергічній кропив'я-

нці показані М-холіноблокатори (атропіну сульфат). У важких випадках ефективні короткі курси глюкокортикоїдів (преднізолон, дексаметозон і ін.), гемосорбція й плазмаферез. У комплексну терапію обов'язкове включення гіпоалергенної дієти.

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

**Етіологія та 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, блілого, щільного, не сверблячого інфільтрата, 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 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. Затруднені 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 розвинутиися кома і судомний синдром. Діагноз не викликає затруднень за наявності алергічних висипань на шкірних покривах, слизовій оболонці рота, набряку повік і губ. Смерть може наступити від асфіксії.

Набряки можуть локалізуватися на слизистій 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 (піпольфен, хлорапірамін, 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 (АШ)** - 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 та ін.).

**Патогенез.** При АШ комплекс антиген-антитіло у присутності комплементу фіксується на мембранах базофілів, 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 (тошнота, 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 пригніблення 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, можливо, 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 роздратування очеревини.

Варіанти перебігу анафілактичного шоку:

1. Гострий доброякісний (блискавичний) - стрімке наростання клінічної симптоматики, шок повністю знімається під впливом відповідної інтенсивної терапії.

2. Гострий злоякісний - стрімке наростання, може швидко наступити смертельний результат навіть при своєчасній кваліфікованій допомозі.

3. Затяжний перебіг - початкові ознаки розвиваються стрімко з типовими клінічними симптомами, активна протишокова терапія дає тимчасовий і частковий ефект. У подальшому клінічна симптоматика не така гостра, але відрізняється резистентністю до терапевтичних заходів.

4. Рецидивуючий перебіг - характерне виникнення повторного стану після первинного зняття його симптомів, нерідко виникають вторинні соматичні порушення.

5. Абортивний перебіг - шок швидко проходить і легко знімається без застосування яких-небудь ліків.

**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 цієї метою необхідно укласти хворого і зафіксувати язик для попередження асфіксії.

3. Ввести 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду (а+b-адреноміметик) підшкірно в місці введення алергену (або в місці укусу) 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: піпільфен, хлорапірамін, димедрол парентерально.

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

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

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

9. Введення гідрокарбонату натрію 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.

## I. САМОСТІЙНА РОБОТА.

1. Заповніть таблицю «Основні напрямки лікування алергійних захворювань».

Напрямки фармакотерапії	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ
Усунення причини сенсibiliзації		
Специфічна гіпосенсибілізація		
Неспецифічна гіпосенсибілізація		
Протизапальна терапія		
Симптоматична терапія		

2. Скласти схему невідкладної допомоги при анафілактичному шоку.

Напрямки фармакотерапії	Фармакотерапевтичні групи	ЛЗ, доза, шлях введення
Синдромальна невідкла-		

дна 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		

3. Заповніть таблицю «Напрямки фармакотерапії набряку Квінке».

<b>Напрямки фармакотерапії</b>	<b>Фармакотерапевтичні групи</b>	<b>ЛЗ, доза, шлях введення</b>
Усунення бронхоспазма		
Усунення набряку гортані		
Гіпосенсибілізація		

Дегідратація.		

4. Заповніть таблицю «Напрямки фармакотерапії кропивниці».

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

Які з перелічених фармакологічних груп патогенетично обґрунтовані при лікуванні алергічних захворювань (правильну відповідь підкресліть, відповіді пояснити):

Гістамін  
 Імунодепресанти  
 H1-гістаміноблокатори  
 Вакцини  
 Бета-адреностимулятори

Імуностимулятори  
 Глюкокортикоїди  
 Бета-адреноблокатори  
 H2-гістаміноблокатори  
 Стабілізатори мембран гладких клітин

---



---



---



### III. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими.
2. Рішення ситуаційних задач.
3. Корекція листів лікарських призначень у хворих.

**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** 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. \_\_\_\_\_

*Проведіть корекцію листів лікарських призначень у хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні обравши найбільш раціональну*

**Діагноз:** Позалікарняна пневмонія правої легені. Анафілактичний шок на введення пеніциліну.

- |  |  |
|--|--|
| 1. Polyglucini 400 ml<br>В/в крапельно   | 6. Sol. Euphyllini 2,4%-10 ml<br>Вводить по 10 мл в/в струйно                        |
| 2. Sol. Noradrenalini hydrotartratis 0,2%-2 ml<br>В/в болюсно, на фіз. розчині | 7. Tab. Dexametazoni 0,0005<br>По 1 таб. 3 рази на день                              |
| 3. Sol. Lasix 1%-2 ml<br>Вводить в/в струйно                                   | 8. Penicillinazi 1000000 ED<br>Вводить в/м струйно розвести в 2 мл води для ін'єкцій |
| 4. Переливання однокрупної крові 500 ml<br>В/в крапельно                       | 9. Tab. Kalii orotatis 0,5<br>По 1 таб. 2 рази на день                               |
| 5. Sol. Prednisoloni 3%-2 ml<br>Вводить по 4 мл в/в струйно                    | 10. "Budesonid"<br>Ингаляції по 2 дози 4 рази на добу                                |

**Б) Діагноз:** Хронічний піелонефрит, загострення, гіпертонічна форма. ХНН І ст. Мультиформна ексудативна еритема у відповідь на призначення фурадоніна.

- |  |   |
|--|---|
| 1. Tab. Ampicillini 0,25<br>По 2 таб. 4 рази на день   | 6. Dragee "Pananginum"<br>По 1 драже 2 рази на день       |
| 2. Tab. Furadonini 0,05<br>По 2 таб. 4 рази на день    | 7. Sol. Curantili 0,5%-2 ml<br>По 2 мл 2 рази на день в/м |
| 3. Tab. Zaditeni 0,001<br>По 1 таб. 2 рази на день     | 8. Tab. Verospironi 0,025<br>По 1 таб. рази на день       |
| 4. Dragee Nitroxolini 0,1<br>По 1 драже 4 рази на день | 9. Tab. Prednisoloni 0,005<br>По 4 таб. 2 рази на день    |
| 5. Tab. Dimedroli 0,05<br>По 1 табю 2 рази на день     | 10. Sol. Dibazoli 0,5%-2 ml<br>По 1 мл 2 рази на день в/м |

**В) Діагноз:** Ревматоїдний артрит. Алергічна реакція на німесулід у вигляді анафілактичного шоку.

1. Sol. Euphyllini 2,4% - 10 ml

По 10 мл в/в на 20 мл 20% р-ну глюкози 1 р/д

2. Sol. Kalii iodidi 3%

По 1 ст. ложке 6 разів на день

3. "Budesonid"

Інгаляції по 2 дози 4 рази на день

4. Tab. Methylprednisoloni 0,004

По 2 таб. 2 рази на день в першій половині

5. Sol. Mesatoni 1%-1 ml

По 1,0 мл п/ш

6. Sol. Strophanthini 0,05%-1 ml

По 0,5 мл в/в струйно на 10 мл фіз. р-ну

7. Sol. Calcii chloridi 5%-200 ml

По 1 стол. ложці 4 рази на день після їжі

Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1%-1 ml

По 0,5 мл в/в струйно в 20 мл фіз. р-ну

9. Sol. Prednisoloni 3%-1 ml

По 4 мл 2 рази на день в/в струйно

10. Sol. Droperidoli 0,25%-10 ml

По 3 мл в/в в 20 мл 5% р-ну глюкози

## ЛІКАРСЬКА ХВОРОБА.

### I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Відмінності від інших станів, які викликаються прийомом ЛП (передозування, інтоксикація, дисбактеріоз і ін.).

2. Поняття про лікарську хворобу.

3. Причини виникнення, основні клінічні варіанти прояву лікарської хвороби.

4. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії лікарської алергії. Критерії ефективності та безпеки лікарської терапії.

5. Етіологія, патогенез, клініка, напрямки фармакотерапії синдрому Лайєлла і Стівенса-Джонсона.

6. Поліпрагмазія як причина ускладнень лікарської терапії.

7. Фармакологічна характеристика ЛП, які найчастіше викликають лікарську хворобу.

8. Профілактика та медикаментозні підходи до усунення проявів лікарської хвороби.

9.

**ЛІКАРСЬКА ХВОРОБА**— різноманітні прояви побічної дії ЛП, які є результатом взаємодії між ліками та організмом через його особливу реактивність і попередній стан. Термін «Л.х.» вперше запропонований російським вченим Ю.А. Аркіним у 1901р., який звернув увагу на те, що при втиранні сірчисто-ртутної мазі у хворого одночасно з висипом з'явилися симптоми загального ураження організму (анорексія, астенія, гарячка, диспептичні розлади та ін.). Спостерігаючи за симптоматикою, вчений висловив думку, що цей комплекс симптомів викликаний дією ЛП, а висип — лише зовнішній прояв основного захворювання. Для позначення ускладнень фармакотерапії застосовують різні терміни: «побічна дія ліків», «Л.х.», «медикаментозна алергія», «захворювання від ліків», «медикаментозна патологія» та ін.

Велике різноманіття ускладнень лікарської терапії не дозволило звести їх до єдиної нозологічної форми, але було очевидно, що вплив ліків на організм — це складне біологічне явище, яке зумовлене багатьма механізмами, тобто виникло поняття про побічну дію ліків. Побічні ефекти, які можуть викликати ЛП, об'єднують під загальним поняттям «ускладнення фармакотерапії» або «побічна дія/реакція ЛП». Побічна дія — це можлива фармакологічна дія препарату, яка небажана в певній клінічній ситуації.

## Етіологія, патогенез, класифікація.

Види реакцій	Приклади
<b>1. Прогнозовані зустрічаються в 75% випадків.</b>	
ПДЛЗ, пов'язана із фармакологічними властивостями лікарського засобу.	Седативний ефект та сонливість від вживання антигістамінних засобів.
Токсичне ускладнення, що виникло в результаті абсолютного чи відносного передозування	Ототоксична та нефротоксична дія аміноглікозидів
Вторинні ефекти, що обумовлені порушенням імунобіологічних властивостей організму	Розвиток дисбактеріозу та кандидозу при вживанні сильнодіючих антибіотиків
Синдром відміни	Виникнення загострення захворювання після відміни глюкокортикостероїдів
<b>2. Непрогнозовані зустрічаються в 25% випадків</b>	
Алергічні (імунологічні) реакції негайного та уповільненого типів	ПРЛЗ, пов'язані з розвитком реакцій гіперчутливості всіх типів: анафілактичний шок, тощо
Ідіосінкразія (незвичайна реакція організму на вживання ЛЗ)	Гемолітична анемія при лікуванні сульфаніламидами хворих з дефіцитом глюкозо-6-фосфат дегідрогенази.

## II. За тяжкістю:

Типи ПРЛЗ	Характеристика
Слабкі	Не потребують вживання антидотів, спеціальної терапії
Помірні	Необхідна зміна режиму терапії, хоча сам препарат відмінити не обов'язково
Тяжкі	Загроза життю хворого, що потребує відміни препарату та призначення спеціальних дій з усунення наслідків ПДЛЗ
Летальні	Є безпосередньою причиною смерті хворого

**Найбільш часті причини тяжких проявів лікарської хвороби та препарати, котрі можуть призвести до цих ПРЛЗ.**

ПРЛЗ	Препарати
Кровотеча з ШКТ та утворення пептичної виразки шлунку	Кортикостероїди, нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), антикоагулянти
Кровотеча	Антикоагулянти, цитотоксичні препарати
Апластична анемія	Хлорамфенікол, фенілбутазон, солі золота, цитотоксичні препарати
Лікарське ураження печінки	Хлорпромазин, ізоніазид
Ниркова недостатність	Анальгетики
Інфекційні ускладнення	Кортикостероїди, імунодепресанти
Анафілактичні реакції	Пеніциліни і др.

## **Токсичний епідермальний некроліз (синдром Лаєлла) та злюкисна ексудативна еритема (синдром Стівенса-Джонсона)**

Синдром Лаєлла та синдром Стівенса-Джонсона — це гострі дерматологічні реакції гіперчутливості з ураженням шкіри та слизових, зумовлені імунними комплексами, які потребують невідкладної допомоги. Вважають, що це тяжка форма багатформної еритеми. При синдромі Стівенса-Джонсона уражено менш як 10% площі тіла, при синдромі Лаєлла — більш як 30%, а при синдромі Стівенса-Джонсона / синдромі Лаєлла — від 15 до 30%

### **Епідеміологія**

У США синдром Лаєлла та синдром Стівенса-Джонсона найчастіше трапляються ранньою весною та взимку. Більшість пацієнтів віком 20–40 років, співвідношення чоловіків до жінок становить 2 : 1. Смертність при синдромі Стівенса-Джонсона досягає 5%, а при синдромі Лаєлла — 30%.

### **Етіологія**

Приблизно 50% випадків синдрому Стівенса-Джонсона і 80–90% випадків синдрому Лаєлла викликані побічною дією медикаментів, найчастіше — сульфаніламідів, протипілетичних засобів, антибіотиків та НСПЗП. У дорослих ця патологія найчастіше викликана побічною дією медикаментів і злюкисними пухлинами, тоді як у дітей — інфекційною етіологією. Патогенез цієї патології достеменно невідомий.

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

**Синдром Стівенса-Джонсона** - найбільш важка форма бульозної багатформної ексудативної еритеми, при якій відзначають поряд з ураженням шкіри залучення в процес слизових оболонок та як мінімум двох органів. Синдром може виникати при використанні антибіотиків пеніциліну того ряду, сульфаніламідів, НПЗЗ, протівосудодимних препаратів, рідше при використанні вакцин і препаратів крові.

**Патогенез.** Основні механізми розвитку синдромів - 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**

Синдрома Лайєлла. 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

Синдрома Стівенса-Джонсона:

- гострий початок , висока лихоманка , артралгії ;
- іноді відзначають продромальний грипоподібний синдром протягом декількох днів до розгорнутої клінічної картини захворювання:
  - ураження слизової оболонки порожнини рота у вигляді утворення міхурів , ерзій з білястим нальотом або покритих геморагічними кірками ;
  - ураження очей у вигляді катарального або гнійного кератокон'юктивіт , ерозивні або виразковим ураженням кон'юнктиви і / або роговиці ;
  - в половині випадків відзначають ерозивне пошкодження слизової оболонки сечостаєвої системи , що може призводити до стриктури уретри у чоловіків , вагінітам у жінок , кроїотеченням з сечового міхура ;
  - бронхіоліти коліти , проктіти (рідко).

### **Терапія**

1. Парентеральне призначення глюкокортикоїдів (преднізолон, гідрокортизон).
2. Антиферментні препарати (контрикал, пантрипін) в/в у перші 3-4 дні хвороби для придушення активності циркулюючих протеолітичних лізосомальних ферментів.
3. Парентерально 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 (піоктанін, метиленовий синій), застосовують примочки з дезинфікуючих розчинів. Порожнину рота і інші уражені слизові промивають настоєм ромашки, розчинами борної кислоти, бури, фурациліну, перманганату калію, змащують олією шипшини. Зовнішньо застосовують також епітелізуючі (солкосерил, актовегін), кортикостероїдні й антибактеріальні (для профілактики інфікування) мазі.

## **II. САМОСТІЙНА РОБОТА.**

1. Заповніть таблицю «Препарати для лікування синдрому Лайєлла і Стівенса-Джонсона».

<b>Напрямки фармакотерапії</b>	<b>Фармакотерапевтичні групи</b>	<b>ЛЗ, доза, шлях введення</b>
Обробка уражених слизових оболонок		
Ліквідація геморагічних явищ		

Дезінтоксикація		
Гіпосенсибілізуюча терапія		
Боротьба зі зневодненням організму		
Антибактеріальна терапія.		

### ІІІ. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

1. Знайомство з тематичними хворими.
2. Рішення ситуаційних задач.

**Задача №1.** В аптеку звернулася жінка 53 років зі скаргами на набряк губ, повік, кистей рук, захриплість 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 №2** Пацієнту 62 років з алергічною реакцією на гентаміцин в анамнезі зроблене щеплення від грипу вакциною, у технології виробництва якої використовуються аміноглікозициди. 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 №3** Пацієнту 12 років із приводу пневмонії призначений цефтриаксон. В анамнезі алергічна реакція на пеніцилін. Цефалоспорицини раніше не приймав. На 2 добу терапії з'явився сверблячий еритематозний сип на тулубі. Батьки звернулися в аптеку за порадою. Ваша тактика. \_\_\_\_\_

---

---

#### **IV. ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ.**

1. Роль провізора в профілактиці лікарської хвороби.
2. Роль провізора у своєчасному виявленні і лікуванні лікарської алергії.

**Зауваження викладача** \_\_\_\_\_

---

---

Тестові завдання

№	Приклад завдання	Обґрунтування відповіді
1.	<p>Мікроорганізм <i>Helicobacter Pylori</i> є головним етіологічним чинником:                      Хронічного гастриту типу А                      Неспецифічного виразкового коліту                      ♦Хронічного гастриту типу В                      Хронічного пієлонефриту                      Бронхіальної астми</p>	
2.	<p>Анафілактичний шок може розвинутися 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</p>	
3.	<p>Набряк Квінке може загрожувати життю через:                      ♦Набряк гортані                      Набряк серцевого м'яза                      Ниркову недостатність                      Печінкову недостатність                      Бронхоспазм</p>	
4.	<p>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</p>	
5.	<p>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</p>	
6.	<p>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                      Не потрібно жодної корекції схеми лікування</p>	
7.	<p>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</p>	



	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 нітрогліцерину виникає нестерпний біль	

	<p>голови</p> <p>◆Корватон (молсидомін)</p> <p>Ізосорбід 5-мононітрат</p> <p>Анаприлін</p> <p>Апресин</p>	
15.	<p>У хворої 57 років, що хворіє на гіпертонічну хворобу II ст, діагностовано ІХС, стабільну стенокардію спокою. Які гіпотензивні засоби не бажано призначати в цьому випадку</p> <p>◆Резерпін</p> <p>Ізосорбїду динїтрат</p> <p>Верапамїлу гїдрохлорид</p> <p>Верошпїрон</p> <p>Атенолол</p>	
16.	<p>Які Ви знаєте основні фармакологічні ефекти серцевих глікозидів?</p> <p>◆Все перелічене</p> <p>Позитивна інотропна дія</p> <p>Від'ємна дромотропна дія</p> <p>Від'ємна хронотропна дія</p> <p>Позитивна батмотропна дія</p>	
17.	<p>У чому полягає механізм дії серцевих глікозидів?</p> <p>◆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</p> <p>Активация гуанілатциклази</p> <p>Стабілізація мембранного потенціалу</p> <p>Підвищення тонуусу артерїол</p> <p>Стимуляція альфа-адренорецепторів</p>	
18.	<p>Які з наведених засобів можуть ослаблювати терапевтичну дію препаратів заліза?</p> <p>◆Левоміцетин</p> <p>Алкоголь</p> <p>Аскорбінова кислота</p> <p>Глюкоза</p> <p>Метїонін</p>	
19.	<p>Які з наведених анемії викликані зниженою продукцією еритроцитів?</p> <p>◆Залізодефіцитна анемія</p> <p>Постгеморагічна анемія</p> <p>Спадкові гемолітичні анемії</p> <p>Набуті гемолітичні анемії</p> <p>Мікроангіопатична гемолітична анемія</p>	
20.	<p>Якими чинниками зумовлені мегалобластні анемії?</p> <p>◆Недостатністю фолієвої кислоти і вітаміну В12</p> <p>Інфільтрацією кісткового мозку (мієлофтізом)</p> <p>Хронічною нирковою недостатністю</p> <p>Алкоголізмом</p> <p>Гіпотиреозом</p>	
21.	<p>При яких захворюваннях протипоказані блокатори гістамінових H1-рецепторів із холїнолітичним ефектом?</p> <p>◆Аденомі передміхурової залози, глаукомі</p> <p>Муковісцидозі</p> <p>Пієлонефриті</p> <p>Пневмонії</p> <p>Цукровому діабеті</p>	
22.	<p>Які препарати слід застосовувати для попередження рідких прис-</p>	

	<p>тупів бронхоспазму будь-якого генезу:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Інгаляції бета-адреностимуляторів короткої дії</li> <li>Антигістамінні препарати</li> <li>Глюкокортикоїди</li> <li>Стабілізатори мембран тучних клітин</li> <li>Гангліоблокатори</li> </ul>	
23.	<p>У хворої Д., 24 роки на фоні ангіни розвинувся гострий отит. Який з наведених препаратів протипоказаний?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Гентаміцин</li> <li>Еритроміцин</li> <li>Ампіцилін</li> <li>Цефалексин</li> <li>Левоміцетин</li> </ul>	
24.	<p>У хворого Н., 52 роки, розвинувся набряковий синдром на фоні гострої ниркоедостатності. Який з наведених діуретиків слід застосувати в даному випадку?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Фуросемід</li> <li>Гіпотіазид</li> <li>Новуріт</li> <li>Тріамтерен</li> <li>Спіронолактон</li> </ul>	
25.	<p>Хвора Н., 18 років, хворіє на цукровий діабет протягом 7 років. Яка цукрознижувальна терапія показана цій хворій?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Інсулінотерапія</li> <li>Манініл (глібенкламід)</li> <li>Сіофор (метформін)</li> <li>Глюренорм (гліквідон)</li> <li>Діабетон (гліклазид)</li> </ul>	
26.	<p>Хвора К., 17 років, хворіє на ендемічний зоб, функція щитовидної залози не порушена. Яка терапія показана в даному випадку?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Антиструмін</li> <li>Тиреоїдин</li> <li>L-тироксин</li> <li>Тиреокмб</li> <li>Мерказоліл</li> </ul>	
27.	<p>У хворої Г., 54 років на фоні ревматоїдного артриту розвинулась виразка 12-палої кишки. Який нестероїдний протизапальний препарат рекомендовано призначити для лікування основного захворювання?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Німесулід</li> <li>Диклофенак натрію</li> <li>Аспірин</li> <li>Сургам</li> <li>Індометацин</li> </ul>	
28.	<p>Хворий Р., 65 років, хворіє на інсулінонезалежний цукровий діабет, звернувся з приводу подагри. Який з наведених препаратів протипоказаний даному хворому?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Полькортолон</li> <li>Аспірин</li> <li>Напроксен</li> <li>Ібупрофен</li> <li>Бутадіон</li> </ul>	
29.	<p>Назвіть основну причину розвитку ендемічного зоба?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Йодна недостатність</li> <li>Інфекція</li> <li>Радіаційне опромінення</li> </ul>	

	Стресовий фактор Спадковість	
30.	Яке з перерахованих захворювань не відноситься до колагенозів? ◆Бронхіальна астма Ревматоїдний поліартрит Системний червоний вовчак Системна склеродермія Дерматомиозит	
31.	При приеме отхаркивающих препаратов 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 аминокликозидов 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆печени</li> <li>почках</li> <li>стенке кишечника</li> <li>легких</li> <li>стенке желудка</li> </ul>	
39.	Самым частым осложнением при приеме нестероидных противовоспалительных средств является <ul style="list-style-type: none"> <li>◆повреждение слизистой ЖКТ</li> <li>повреждение печени</li> <li>нарушение кроветворения</li> <li>повышение АД</li> <li>угнетение ЦНС</li> </ul>	
40.	Ингаляционные препараты глюкокортикоидов для лечения бронхиальной астмы должны <ul style="list-style-type: none"> <li>◆минимально всасываться в системный кровоток</li> <li>хорошо всасываться в системный кровоток</li> <li>всасываться в системный кровоток через 1 час</li> <li>всасываться в системный кровоток через 10 мин</li> <li>всасываться в системный кровоток в любом количестве</li> </ul>	
41.	Ринит у маленьких детей, сопровождающийся односторонними слизисто-гнойными выделениями из носа, позволяет заподозрить <ul style="list-style-type: none"> <li>◆инородное тело в носовом ходе</li> <li>вирусный ринит</li> <li>аллергический ринит</li> <li>синусит (воспаление придаточных пазух носа)</li> <li>аденоиды (разрастание носоглоточной миндалины)</li> </ul>	
42.	При повышении температуры у ребенка 2-х лет препаратом выбора является <ul style="list-style-type: none"> <li>◆"Панадол" (парацетамол)</li> <li>Новандол"(аспирин)</li> <li>"Метиндол" (индометацин)</li> <li>"Анальгин" (метамизол)</li> <li>"Солпафлекс" (ибупрофен)</li> </ul>	
43.	Диуретический эффект "петлевых" диуретиков снижается при их совместном назначении с <ul style="list-style-type: none"> <li>◆нестероидными противовоспалительными средствами</li> <li>нитратами</li> <li>миотропными спазмолитиками</li> <li>ингибиторами АПФ</li> <li>сердечными гликозидами</li> </ul>	
44.	У больного язвенной болезнью после месяца комплексного медикаментозного лечения развились признаки гинекомастии. Данное явление может быть вызвано приемом <ul style="list-style-type: none"> <li>◆циметидина</li> <li>маалокса</li> <li>омепразола</li> <li>де-нола</li> <li>гастроцепина</li> </ul>	
45.	Из группы нестероидных препаратов противовоспалительного действия при беременности разрешено применение <ul style="list-style-type: none"> <li>◆парацетамола</li> <li>аспирина</li> <li>индометацина</li> <li>анальгина</li> </ul>	

	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, глаксена) 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 ♦ульцерогенного 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.	Тошнота, рвота, горечь во рту, нарушение аппетита характерные признаки синдрома: ♦диспепсии холестаза портальной гипертензии нарушения внешней секреции поджелудочной железы цитолита	
52.	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	
53.	Головная боль в затылочной области, сопровождающаяся головокружением, мельканием "мушек" перед глазами позволяет заподозрить, что причина боли ♦повышение АД	

	<p>вирусная инфекция  воспалительный процесс головного мозга  мигрень  опухоль мозга</p>	
54.	<p>Больного, страдающего в течение 20 лет гипертонической болезнью при клиническом обследовании выявлены одышка, сердцебиения, цианоз, хрипы в легких. Эти симптомы свидетельствуют</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ о развитии сердечной недостаточности</li> <li>о развитии гипертонического криза</li> <li>о развитии инфаркта миокарда</li> <li>о развитии сопутствующей пневмонии</li> <li>о развитии нарушений ритма сердца</li> </ul>	
55.	<p>Какое лекарственное средство с нитратоподобным эффектом необходимо рекомендовать больному ИБС при развитии толерантности к пролонгированным нитратам?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Сиднофарм</li> <li>Нифедипин</li> <li>Верапамил</li> <li>Метапролол</li> <li>Празозин</li> </ul>	
56.	<p>Больной страдает ИБС и артериальной гипертензией. Какая из нижеприведенных групп лекарств является наиболее оптимальной в данной ситуации?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Бета-адреноблокаторы</li> <li>Альфа-адреноблокаторы</li> <li>Нитраты</li> <li>Диуретики</li> <li>Миотропные спазмолитики</li> </ul>	
57.	<p>Согласно данным хронофармакологии можно достичь повышения гиполипидемического эффекта статинов назначением их в следующее время суток:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Вечер</li> <li>Рассвет</li> <li>Утро</li> <li>Обед</li> <li>Ночь</li> </ul>	
58.	<p>Какие из нижеприведенных групп лекарственных средств вызывают «синдром обкрадывания»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Миотропные спазмолитики</li> <li>Нитраты</li> <li>Антикоагулянты</li> <li>Бета-адреноблокаторы</li> <li>Диуретики</li> </ul>	
59.	<p>При каких состояниях противопоказаны дигидропиридиновые антагонисты кальция?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Тахикардия</li> <li>Артериальная гипертензия</li> <li>Брадикардия</li> <li>Бронхоспазм</li> <li>Гипергликемия</li> </ul>	
60.	<p>Какой из перечисленных антигипертензивных препаратов не следует рекомендовать для лечения больного артериальной гипертензией, страдающего подагрическим артритом.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Дихлотиазид</li> <li>Пропранолол</li> <li>Триампур</li> </ul>	

	Верапамил Амлодипин	
61.	При лечении эналаприлом возможны следующие побочные эффекты: ♦Кашель Слюнотечение Гипокалиемия Запоры Отеки голеней	
62.	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	
63.	При артериальной гипертензии прием лозартана противопоказан при следующих состояниях: ♦Беременность Гипергликемия Мочекислый диатез Гиперлипидемия Гипокалиемия	
64.	Из нижеприведенных выберите препарат, обладающий наиболее выраженным антисекреторным эффектом: ♦Омепразол Гастроцепин Маалокс Сукральфат Фамотидин	
65.	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	
66.	При длительном применении не развивается привыкание к следующим слабительным: ♦Гутталакс Лактулоза Фенолфталеин Сенаде Крушина	
67.	Какие из указанных групп антибиотиков являются гепатотоксичными: ♦Тетрациклины Пенициллины Цефалоспорины Хинолоны Макролиды	
68.	При лечении ревматизма у беременных препаратом выбора является: ♦Ибупрофен Индометацин	



	Аспирин Вольтарен Напроксен	
69.	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	
70.	Какой из антибактериальных препаратов может вызвать гемолитическую анемию: ♦Налидиксовая кислота (невиграмон) Норфлоксацин Азитромицин Бисептол Канамицин 2	
71.	Какой из перечисленных препаратов способен вызвать апластическую анемию: ♦Левомецетин Раствор хлорида кальция Физиологический раствор Гипертонический раствор глюкозы Преднизолон	
72.	Какие препараты можете рекомендовать для лечения гиперхромных анемий: ♦Цианокобаламин Пиридоксина гидрохлорид Метилурацил Аскорбиновую кислоту Тиамин бромид	
73.	Наиболее частым осложнением при внутримышечном применении препаратов железа является: ♦Инфильтраты Гипергликемия Тахикардия Брадикардия Аллергические реакции	
74.	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	
75.	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	
76.	Какой из признаков диабетического кетоацидоза указан ошибочно?	

	<p>♦Олигурия          Большое шумное дыхание          Артериальная гипотония          Сухость кожи          Тошнота, рвота</p>	
77.	<p>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</p>	
78.	<p>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</p>	
79.	<p>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</p>	
80.	<p>Какова наиболее рациональная схема приема альмагеля при обострении язвенной болезни 12-перстной кишки? Препарат следует принимать:          ♦Через 1 и 3 часа после каждого приема пищи и перед сном          Непосредственно перед каждым приемом пищи и перед сном          Непосредственно после каждого приема пищи и перед сном          Во время приема пищи и перед сном          В течение дня при болях и перед сном</p>	
81.	<p>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 тромболитис          Введение лидокаина при желудочковых экстрасистолах уменьшает риск мерцания желудочков</p>	
82.	<p>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</p>	
83.	<p>Больная аутоиммунным гепатитом, СОЭ 60 мм/ч. Какое из имеющихся ЛС подходит</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆Преднизолон</li> <li>Гептрал</li> <li>Альфа-интерферон</li> <li>Урсодезоксихолевая кислота</li> <li>Ничего из перечисленного</li> </ul>	
84.	<p>Больной вирусным гепатитом, в крови HbsAg (Поверхностный антиген вируса гепатита В). Какое из имеющихся ЛС подходит для лечения в данной ситуации?.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Альфа-интерферон</li> <li>Гептрал</li> <li>Преднизолон</li> <li>Урсодезоксихолевая кислота</li> <li>Ничего из перечисленного</li> </ul>	
85.	<p>У 25-летней женщины: лихорадка, артралгии, шум трения перикарда, протеинурия; СОЭ 55 мм/ч. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Системная красная волчанка</li> <li>Ревматоидный артрит</li> <li>Системная склеродермия</li> <li>Дерматомиозит</li> <li>Хронический активный гепатит</li> </ul>	
86.	<p>У 50-летней женщины: боли в суставах кистей рук, значительная скованность по утрам; СОЭ 24 мм/ч. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Ревматоидный артрит</li> <li>Системная красная волчанка</li> <li>Системная склеродермия</li> <li>Дерматомиозит</li> <li>Хронический активный гепатит</li> </ul>	
87.	<p>У 30-летней женщины: симметричный полиартрит, синдром Рейно, затруднения при глотании твердой пищи; СОЭ 15 мм/ч. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Системная склеродермия</li> <li>Системная красная волчанка</li> <li>Ревматоидный артрит</li> <li>Дерматомиозит</li> <li>Хронический активный гепатит</li> </ul>	
88.	<p>Назначение какого препарата нежелательно ввиду возможности прогрессирования эмфиземы и дыхательной недостаточности у больного с обострением ХОБ, эмфиземой легких, дыхательной недостаточностью?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Ингаляции трипсина</li> <li>Антибиотики цефалоспоринового ряда</li> <li>Ацетилцистеин внутрь</li> <li>Бромгексин</li> <li>Ингаляции атровента</li> </ul>	
89.	<p>Какое лекарственное средство не обладает ulcerогенным действием?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Пропранолол</li> <li>Индометацин</li> <li>Резерпин</li> <li>Преднизолон</li> <li>Ацетилсалициловая кислота</li> </ul>	
90.	<p>У больного ИБС через 6 месяцев лечения развилась толерантность к нитратам пролонгированного действия. Какое ЛС с нитратоподобным эффектом необходимо рекомендовать в этом случае?</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆Сиднофарм</li> <li>Нифедипин</li> <li>Празозин</li> <li>Верапамил</li> <li>Метопролол</li> </ul>	
91.	<p>Больной страдает ИБС и артериальной гипертензией. Какая из нижеприведенных групп ЛС является наиболее оптимальной в данной ситуации?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Бета-адреноблокаторы</li> <li>Альфа-адреноблокаторы</li> <li>Нитраты</li> <li>Диуретики</li> <li>Миотропные спазмолитики</li> </ul>	
92.	<p>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 эффекты?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Верапамил</li> <li>Дроперидол с фентанилом</li> <li>Промедол</li> <li>Анальгин с димедролом</li> <li>Нитроглицерин</li> </ul>	
93.	<p>При артериальной гипертензии прием ирбесартана противопоказан при следующих состояниях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Беременность</li> <li>Гипергликемия</li> <li>Мочекислый диатез</li> <li>Гиперлипидемия</li> <li>Гипокалиемия</li> </ul>	
94.	<p>Согласно данным хронофармакологии можно достичь повышения гипохолестеринемического эффекта статинов назначением их в следующее время суток:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Вечер</li> <li>Рассвет</li> <li>Утро</li> <li>Обед</li> <li>Ночь</li> </ul>	
95.	<p>Больному поставлен предварительный диагноз: инфаркт миокарда. Характерным признаком данного заболевания является повышение в крови активности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Креатинфосфокиназы</li> <li>Альфа-амилазы</li> <li>Аргиназы</li> <li>Каталазы</li> <li>Глюкозы</li> </ul>	
96.	<p>Мужчина 60 лет страдает атеросклерозом сосудов. Какое из приведенных ниже соединений играет ведущую роль в патогенезе данного заболевания?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ЛПНП</li> <li>Хиломикроны</li> <li>Тканевой фермент липопротеинкиназа</li> <li>ЛПВП</li> <li>Комплекс жирных кислот с альбуминами</li> </ul>	
97.	<p>Женщина 48 лет поступила в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС: стенокардия. Приступы возникают 1-2 раза в день.</p>	

	<p>Какой препарат наиболее целесообразно рекомендовать для лечения?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Кардикет</li> <li>Эуфиллин</li> <li>Но-шпа</li> <li>Папаверин</li> <li>Дипиридамол</li> </ul>	
98.	<p>Какие из нижеприведенных групп ЛС вызывают “синдром обкрадывания”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Миотропные спазмолитики</li> <li>Нитраты</li> <li>Антикоагулянты</li> <li>бета-адреноблокаторы</li> <li>Диуретики</li> </ul>	
99.	<p>При каких состояниях противопоказан нифедипин?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Тахикардия</li> <li>Артериальная гипертензия</li> <li>Брадикардия</li> <li>Бронхиальная астма</li> <li>Гипергликемия</li> </ul>	
100.	<p>Больному ИБС, хроническим обструктивным бронхитом и сахарным диабетом показаны следующие ЛС, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Окспренолол</li> <li>Нитросорбид</li> <li>Бромгексин</li> <li>Коринфар</li> <li>Тиклид</li> </ul>	
101.	<p>Наиболее эффективно снижают уровень триглицеридов в плазме крови следующие ЛС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Фенофибрат</li> <li>Пробукол</li> <li>Липостабил</li> <li>Эндурацин</li> <li>Гуарем</li> </ul>	
102.	<p>Какие из нижеприведенных ЛС применяются при инфаркте миокарда для проведения тромболитической терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Урокиназа</li> <li>Гепарин</li> <li>Фенилин</li> <li>Тиклид</li> </ul>	
103.	<p>Атерогенными свойствами обладают следующие вещества, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ЛПВП</li> <li>ЛПОНП</li> <li>ЛПНП</li> <li>Триглицериды</li> <li>Хиломикроны</li> </ul>	
104.	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Повышение содержания мочевой кислоты</li> <li>Гемолитическая анемия</li> <li>Повышение щелочной фосфатазы</li> <li>Наличие ревматоидного фактора</li> <li>Повышение уровня калия</li> </ul>	

105.	<p>Назначение пропранолола больному с нестабильной стенокардией противопоказано, если у него имеется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Все вышеперечисленное</li> </ul> <p>Выраженная сердечная недостаточность Сахарный диабет Хронический обструктивный бронхит Перемежающая хромота</p>	
106.	<p>При отсутствии в аптеке фепранона можно рекомендовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Дезопимон</li> </ul> <p>Букарбан Мерказолил Унитиол Бутамид</p>	
107.	<p>Какой из имеющихся антигипертензивных препаратов не следует рекомендовать для начального лечения больного артериальной гипертонией, страдающего подагрическим артритом.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Дихлотиазид</li> </ul> <p>Пропранолол Триампур Верапамил Амлодипин</p>	
108.	<p>При лечении эналаприлом возможны следующие побочные эффекты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Кашель</li> </ul> <p>Слюнотечение Гипокалиемия Запоры Отеки голеней</p>	
109.	<p>Учитывая ведущую роль в патогенезе эссенциальной гипертензии повышение активности системы ренин-ангиотензин, наиболее адекватным комбинированным препаратом является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Ко-ренитек</li> </ul> <p>Адельфан Адельфан-эзидрекс Кристепин Трирезид К</p>	
110.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Как побочное действие препарата, связанное с его фармакодинамикой и не требующее коррекции</li> </ul> <p>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</p>	
111.	<p>Какой из представленных антигипертензивных препаратов при длительном применении может вызвать явления гипокалиемии?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Урегит</li> </ul> <p>Празозин Триамтерен Метопролол Каптоприл</p>	
112.	<p>При лечении гипертонической болезни медикаментозную терапию</p>	

	<p>при стабилизации АД можно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Продолжать постоянно</li> <li>Отменить через 1 неделю</li> <li>Отменить через 1 месяц</li> <li>Отменить через 6 месяцев</li> <li>Отменить через 1 год</li> </ul>	
113.	<p>Під час епідемії грипу з метою профілактики захворювання практично здоровій людині доцільно рекомендувати для застосування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Інтерферон лейкоцитарний людський сухий</li> <li>Метилурацил</li> <li>Тималін</li> <li>Левамізол</li> <li>Гістаглобулін сухий</li> </ul>	
114.	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Строфантин</li> <li>Преднізолон</li> <li>Фуросемід</li> <li>Сульфокамфокаїн</li> <li>Допамін</li> </ul>	
115.	<p>Комбіноване застосування β-2-агоністів (фенотерол) та холінолітиків (іпратропій бромід) у хворих на бронхіальну астму доцільно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Для посилення бронхолітичного ефекту та подовження його</li> <li>Для профілактики тахіфілаксії</li> <li>Для зниження кардіотоксичності β2-агоністів</li> <li>Для зменшення біодоступності холінолітиків</li> <li>Для підсилення протиалергічної дії</li> </ul>	
116.	<p>Пацієнт віком 40 років хворіє на бронхіт, гострий перебіг, середнього ступеня тяжкості. Які з нижченазваних препаратів недоцільно застосовувати в лікуванні:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Сульгін</li> <li>Офлоксацин</li> <li>Гентаміцину сульфат</li> <li>Цефотаксим</li> <li>Еритроміцин</li> </ul>	
117.	<p>Вагітна жінка захворіла на пневмонію тяжкого перебігу. Який з нижченазваних антибактеріальних препаратів доцільно їй призначити:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Цефотаксим</li> <li>Тетрацикліну гідрохлорид</li> <li>Офлоксацин</li> <li>Бісептол</li> <li>Гентаміцину сульфат</li> </ul>	
118.	<p>Хворому з нефротичним синдромом, внаслідок перенесеного гломерулонефриту призначено діазепам в звичайній терапевтичній дозі. Чим можна пояснити симптоми передозування діазепамом, що виникли?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Низьким вмістом білків у плазмі крові</li> <li>Підвищеною чутливістю тканин ЦНС до діазепаму</li> <li>Зменшенням інтенсивності метаболізму у печенці</li> <li>Дисбактеріозом, внаслідок лікування антибіотиками</li> <li>Підвищеною проникненістю гемато-енцефалічного бар'єру.</li> </ul>	
119.	<p>Хворий, що страждає на гіперацидний гастрит і для профілактики загострення приймає H<sub>2</sub> – гістаміноблокатор ранітидин захворів</p>	

	<p>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?</p> <p>◆Зниження рН шлункового соку і підсилення всмоктування ампіциліну</p> <p>Підвищення рН шлункового соку і підсилене всмоктування ампіциліну.</p> <p>Зменшення руйнування ампіциліну у печінці.</p> <p>Зменшення виведення ампіциліну нирками.</p> <p>Зменшення надходження ампіциліну до легенів.</p>	
120.	<p>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?</p> <p>◆Підсилене руйнування непрямих антикоагулянтів у печінці внаслідок індукції ферментів.</p> <p>Антагонізм з чинниками антизгортаючої систем крові</p> <p>Синергізм з чинниками згортаної системи крові.</p> <p>Підсилене вивільнення іонів кальцію з тканин і надходження у кров.</p> <p>Активация синтезу протромбіну у печінці.</p>	
121.	<p>Хворий з хронічним бронхітом самолікуючись 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?</p> <p>◆Одним з проявів дисбактеріозу</p> <p>Антагонізмом білептолу з вітаміном А.</p> <p>Токсичною дією бісептолу.</p> <p>Одним з проявів алергічної реакції на бісептол.</p> <p>Прискороною елімінацію вітаміну А.</p>	
122.	<p>Рішення про доцільність клінічних випробовувань нових ліків виноситься на підставі:</p> <p>◆Ретельного аналізу доклінічних даних</p> <p>Заяви авторів лікарського засобу</p> <p>Даних про токсичність лікарського засобу</p> <p>Визначення параметрів фармакокінетики</p> <p>Наказу міністра охорони здоров'я України</p>	
123.	<p>Глоссит, атрофический гастрит, извращение вкуса, ломкость волос и ногтей характерны для</p> <p>мегалобластной анемии</p> <p>гемолитической анемии</p> <p>◆железодефицитной анемии</p> <p>гипопластической анемии</p> <p>всех видов анемии</p>	
124.	<p>Які антигіпертензивні лікарські засоби мають протипокази до призначення: порушення атріовентрикулярної провідності, синусова брадикардія, виразкова хвороба шлунку, бронхоспазм?</p> <p>◆Блокатори адренергічних бета-рецепторів</p> <p>Антагоністи кальцію</p> <p>Інгібітори ангіотензин – перетворюючого ферменту (АПФ)</p> <p>Діуретичні</p> <p>Блокатори альфа-рецепторів</p>	



125.	Який з вказаних нижче лікарських засобів доцільно застосовувати хворим при колапсі і шоку з метою підвищення артеріального тиску? ◆Мезатон Коргліконт Пропранолол Добутамін Еуфілін	
126.	Які з вказаних нижче антигіпертензивних препаратів мають калій-зберігаючу 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 Сорбін 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 етацизину?	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆AV-блокада</li> <li>Гіпоглікемія</li> <li>Бронхоспазм</li> <li>Гостра затримка сечі</li> </ul>	
134.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Креон</li> <li>Карсил</li> <li>Контрикал</li> <li>Холосас</li> <li>Ацидин-пепсин</li> </ul>	
135.	<p>До лікаря звернулася вагітна (термін 10 тижнів) із гіпертонічною хворобою. Який засіб найбільш безпечний в даній ситуації?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Метил допа</li> <li>Пропранолол</li> <li>Каптоприл</li> <li>Лозартан</li> <li>Гідралазин</li> </ul>	
136.	<p>Характер ціанозу у хворих з серцево-судинною недостатністю:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Акроціаноз</li> <li>На обличчі</li> <li>Дифузний</li> <li>На нижніх кінцівках</li> <li>На окремих частинах тіла</li> </ul>	
137.	<p>Виберіть не характерний симптом для гіпертензивного кризу.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Болюче сечовиділення</li> <li>Нудота</li> <li>Блювання</li> <li>Миготіння мушок перед очима</li> <li>Біль голови</li> </ul>	
138.	<p>В аптеку з метою придбання жарознижувального засобу звернулася молода жінка. Провізор побачив на обличчі почервоніння у вигляді метелика. Про яке захворювання можна думати?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Системний червоний вовчак</li> <li>Ревматизм</li> <li>Подагру</li> <li>Ревматоїдний артрит</li> <li>Остеопороз</li> </ul>	
139.	<p>Про яке захворювання можна думати, якщо у хворого сеча нагадує колір "м'ясних" помийв?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Гострий гломерулонефрит</li> <li>Гострий пієлонефрит</li> <li>Уретрит</li> <li>Гепатит</li> <li>Цистит</li> </ul>	
140.	<p>Про яке захворювання можна думати, якщо хворий скаржиться на спрагу та поліурію?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Цукровий діабет</li> <li>Тиреотоксикоз</li> <li>Мікседему</li> <li>Виразкову хворобу</li> <li>Панкреатит</li> </ul>	
141.	<p>В аптеку звернулася вагітна жінка з лихоманкою. Порекомендуйте</p>	

	<p>найбільш безпечний препарат.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Парацетамол</li> <li>Диклофенак</li> <li>Ацетилсаліцилова кислота</li> <li>Ібупрофен</li> <li>Індометацин</li> </ul>	
142.	<p>В аптеку звернулася молода жінка з приводу мігрені. Який препарат Ви порекомендуєте для переривання приступу?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Суматриптан</li> <li>Пірацетам</li> <li>Амітриптілін</li> <li>Фуросемід</li> <li>Феназепам</li> </ul>	
143.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Бронходилатуючим</li> <li>Метаболічним</li> <li>Судинорозширюючим</li> <li>Бронхоспастичним</li> <li>Седативним</li> </ul>	
144.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Зібрати лікарський (алергологічний) анамнез</li> <li>Провести огляд хворого</li> <li>Розпитати про супутні захворювання</li> <li>Конкретизувати скарги хворого</li> <li>Виміряти артеріальний тиск</li> </ul>	
145.	<p>Вагітна жінка (III триместр), яка захворіла грипом протягом 3 днів з метою зменшення температури приймала ацетилсаліцилову кислоту по 0,5 двічі на день. Яку побічну дію може спричинити ацетилсаліцилова кислота на плід?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Тератогенну</li> <li>Порушення білкового обміну</li> <li>Ембріотоксичну</li> <li>Порушення вуглеводного обміну</li> <li>Порушення жирового обміну</li> </ul>	
146.	<p>У хворого з серцевою недостатністю після тривалого прийому дигоксину виникло порушення серцевого ритму. Який препарат доцільно призначити як антидот?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Унітіол</li> <li>Анаприлін</li> <li>Гідрокарбонат натрію</li> <li>Активоване вугілля</li> <li>Преднізолон</li> </ul>	
147.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Дисбактеріоз</li> <li>Кишкова кровотеча</li> <li>Зниження артеріального тиску</li> <li>Бронхоспазм</li> </ul>	

	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 гастроцитопротекторними 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 фенобарбітал 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	

	<p>За годину до прийому їжі Під час прийому їжі Після прийому їжі Запиваючи водою</p>	
154.	<p>Хворий з хронічними гастроентероколітом та гепатохолециститом звернувся до провізора з проханням порекомендувати йому препарат для покращання процесів травлення. Який з названих засобів найбільш ефективний?</p> <p>◆Фестал Пепсин Панкреатин Сік шлунковий натуральний Кислота хлористоводнева</p>	
155.	<p>Хворому з ознаками атеросклерозу судин було призначено один з гіполіпідемічних засобів, який знижує синтез холестерину за рахунок блокування ферменту 3-гідрокси-3-метилглютарил-КоА редуктази. Вкажіть цей засіб.</p> <p>◆Холестирамін Нікотинова кислота Ловастатин Клофібрат Пробукол</p>	
156.	<p>Хворому на шизофренію було призначено аміназин. Який з перерахованих фармакодинамічних ефектів є підставою для його призначення даному хворому?</p> <p>◆Антипсихотичний Протиблювотний Гіпотермічний Міорелаксуючий Гіпотензивний</p>	
157.	<p>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?</p> <p>◆Потенціювання Сумація Кумуляція Лікарська залежність Толерантність</p>	
158.	<p>В аптеку звернувся хворий, якому з приводу виразкової хвороби лікар призначив омепразол. Який механізм лежить в основі дії даного препарату?</p> <p>◆Пригнічення активності H<sup>+</sup>,K<sup>+</sup>-АТФ-ази Блокада H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів Блокада M<sub>1</sub>-холінорецепторів Блокада H<sub>1</sub>-гістамінових рецепторів Блокада H-холінорецепторів симпатичних гангліїв</p>	
159.	<p>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?</p> <p>◆Гризеофульвін Леворин</p>	

	Амфотерицин В Міконазол Ністатин	
160.	У хворої 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 судів 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 микро-организм 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 примене-	

	<p>нии ганглиоблокаторов:          ◆Ортостатический коллапс          Лекарственная зависимость          Кумуляция          Судороги          Бронхоспазм</p>	
167.	<p>Для гастрита типа В характерно все, кроме:          ◆понижения секреторной функции желудка          инфицирования <i>Helicobacter pylori</i>          повышения секреторной функции желудка          голодных болей в эпигастрии          повышенной раздражительности, утомляемости</p>	
168.	<p>Для эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> в комбинированную терапию хронического гастрита целесообразно включить:          ◆кларитромицин          гастроцепин          альмагель          цефтриаксон          фуросемид</p>	
169.	<p>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</p>	
170.	<p>К клиническим проявлениям сахарного диабета не относится:          ◆снижение объема выделяемой мочи (олигурии)          повышение объема выделяемой мочи (полиурии)          зуд кожи          повышение аппетита          фурункулез</p>	
171.	<p>К клиническим проявлениям тиреотоксикоза не относится:          ◆увеличение массы тела          снижение массы тела          повышенная раздражительность          экзофтальм (пучеглазие)          тахикардия</p>	
172.	<p>Для ангионевротического отека Квинке не характерен следующий симптом:          ◆полиурия          отек губ          отек гортани          кожный зуд          эозинофилия</p>	
173.	<p>Проконсультируйте врача-терапевта, какой механизм бронхолитического действия характерен для сальбутамола?          ◆Возбуждение <math>\beta_2</math>-адренорецепторов          Угнетение липоксигеназы          Блокада лейкотриеновых рецепторов          Угнетение фосфодиэстеразы          Блокада М-холинорецепторов</p>	
174.	<p>Дайте коллеге совет по выбору рациональной комбинации лекарственных препаратов при артериальной гипертензии:          ◆Дихлотиазид + калия хлорид          Фуросемид + калия оротат</p>	

	<p>Дигоксин + кальція хлорид Верошпирон + аспаркам Панангин + калия хлорид</p>	
175.	<p>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?</p> <p>◆Унітіол Адреналін Атропін Морфін Дроперидол</p>	
176.	<p>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?</p> <p>◆Прозерин Адреналін Атропін Морфін Дроперидол</p>	
177.	<p>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?</p> <p>◆Адреналін Атропін Димедрол Унітіол Дротаверин</p>	
178.	<p>У хворої після прийому 6 таблеток фенобарбіталу з'явилася виражена сонливість, знижений м'язовий тонус, гіперсалівація, гіпотензія та гіпотермія, зіниці помірно звужені. Який препарат слід застосувати в рамках невідкладної допомоги?</p> <p>◆Бемегрид Тіамін Адреналін Кальцію хлорид Еуфілін</p>	
179.	<p>У хворого хронічний гастрит типу А зі зниженою секреторною функцією, перніціозна анемія. Який з препаратів показаний хворому?</p> <p>◆Ціанокобаламін Адреналін Дифенгідрамін (димедрол) Вікалін Дротаверин (но-шпа)</p>	
180.	<p>Хвору 53 років після фізичного навантаження почав турбувати біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку. Який препарат слід призначити для переривання больового приступу?</p> <p>◆Нітрогліцерин Ізосорбиду 5-мононітрат Ніфедипін Метопролол Дилтіазем</p>	



181.	<p>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?</p> <p>◆Клонідин Фуросемід Спіронолактон Окспренолол Усі вказані засоби</p>	
182.	<p>У хворої Т. 42 років після гіпертонічного кризу розвинулася лівошлуночкова недостатність у вигляді набряку легень. Який препарат і яким чином слід призначити негайно?</p> <p>◆Фуросемід внутрішньовенно Пропранолол внутрішньовенно Фуросемід внутрішньом'язово Верапаміл внутрішньовенно Манітол внутрішньовенно</p>	
183.	<p>У хворої з гіпертонічною хворобою II ст. після тривалого приймання пропранололу, ніфедипіну та дихлотіазиду з'явилися судоми в м'язах нижніх кінцівок, порушення серцевого ритму. Яким препаратом міг бути спричинений цей стан?</p> <p>◆Дихлотіазидом Пропранололом Дихлотіазидом і пропранололом Пропранололом і ніфедипіном Не пов'язаний з прийманням цих ліків</p>	
184.	<p>До Вас в аптеку звернувся хворий на виразкову хворобу шлунку з помірними клінічними проявами. З анамнезу відомо, що в нього виявлено <i>Helicobacter pylori</i>. Яка група ЛЗ має бути основою лікування?</p> <p>◆Антимікробні ЛЗ Антациди Антисекреторні ЛЗ Коректори моторної функції Седативні ЛЗ</p>	
185.	<p>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?</p> <p>◆Шлунково-кишкова кровотеча Гострий інфаркт міокарда Гострий пієлонефрит Гострий холецистит Пневмонія</p>	
186.	<p>В аптеку звернувся хворий з рецептами на омепразол 20 мг x 1 раз/д, кларитроміцин 0,5 x 2 рази/д. Така схема терапії, найімовірніше, була призначена з приводу:</p> <p>◆Хронічного гепатиту Хронічного гастриту типу А Хронічного гастриту типу В Хронічного панкреатиту Хронічного холециститу</p>	
187.	<p>До Вас звернулася хвора на хронічний панкреатит з вираженими</p>	

	<p>проявами недостатності зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози. Який з наведених ЛЗ найдоцільніше призначати в даному випадку?</p> <p>◆Панкреатин Дротаверин (но-шпа) Де-нол Омепразол Ацидин-пепсин</p>	
188.	<p>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?</p> <p>◆Недостатньою селективністю препарату на фоні передозування Недостатньою селективністю ЛЗ Передозуванням Психогенними чинниками Бронхоспазмом</p>	
189.	<p>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?</p> <p>◆Алергічна реакція негайного типу Алергічна реакція сповільненого типу Місцевоподразнююча дія Тахіфілаксія Синдром відміни</p>	
190.	<p>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 ?</p> <p>◆Кларисин Атропін Парацетамол Амоксицилін Фуросемід</p>	
191.	<p>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.</p> <p>◆Алергічна реакція негайного типу Знизити дози хіміопрепаратів Відмінити один із хіміопрепаратів Додати ефективний протиблювотний засіб Тимчасово припинити хіміотерапію Обмежитись роз’ясненням</p>	
192.	<p>У хворого 52 років внаслідок загострення хронічного гломеруло-нефриту розвинулась гостра ниркова недостатність. Якому з наведених діуретиків треба віддати перевагу:</p> <p>◆Фуросемід Тріамтерен Дихлотиазид Спіронолактон Амілорид</p>	
193.	<p>Хворий Г., 24 років, страждає на цукровий діабет 1 типу протягом</p>	

	<p>8 років. На ґрунті діабетичної нефропатії розвинулася симптоматична артеріальна гіпертензія. Який з наведених препаратів показаний для тривалої терапії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Еналаприл</li> <li>Пропранолол</li> <li>Клофелін</li> <li>Дібазол</li> <li>Дихлотиазид</li> </ul>	
194.	<p>Хвора М., 33 роки, хворіє на ревматоїдний поліартрит, в анамнезі виразкова хвороба 12-палої кишки. Який нестероїдний протизапальний препарат можна порекомендувати хворій ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Німесулід</li> <li>Диклофенак натрію</li> <li>Піроксикам</li> <li>Напроксен</li> <li>Індометацин</li> </ul>	
195.	<p>У хворої 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Відмінити диклофенак натрію та призначити антигістамінні засоби</li> <li>Підвищити дозу диклофенаку натрію</li> <li>Відмінити диклофенак натрію та застосувати місцевоанестезуючі засоби</li> <li>Знизити дозу диклофенаку натрія</li> <li>Призначити глюкокортикоїди</li> </ul>	
196.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Ацетилсаліцилова кислота</li> <li>Флунісолід</li> <li>Амброксол</li> <li>Кетотифен</li> <li>Теофілін</li> </ul>	
197.	<p>Хворий скаржиться на продуктивний кашель упродовж багатьох років, задишку при фізичному навантаженні. Спостерігається тахіпное, при перкусії коробковий звук, аускультативно – ослаблене дихання, рентгенологічно – “легеневе серце”. Якому препарату слід надати перевагу для лікування хронічного обструктивного захворювання легень поза загостреннями?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Іпратропіум бромід (атровент)</li> <li>Дротаверин (но-шпа)</li> <li>Амоксицилін</li> <li>Лоратадин</li> <li>Сульфадиметоксин</li> </ul>	
198.	<p>Хворому з гастритом в анамнезі при ревматоїдному артриті був призначений препарат із групи селективних інгібіторів циклооксигенази-2. Вкажіть препарат:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Німесулід</li> <li>Індометацин</li> <li>Диклофенак-натрій</li> <li>Напроксен</li> <li>Ібупрофен</li> </ul>	
199.	<p>У больных с гипертензией и сахарным диабетом I типа препара-</p>	

	<p>том выбора являются представители:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Ингибиторов АПФ</li> <li>Тиазидных диуретиков</li> <li>Бета-адреноблокаторов</li> <li>Петлевых диуретиков</li> <li>Альфа-адреноблокаторов</li> </ul>	
200.	<p>Какой препарат может быть использован с целью купирования гипертензивного криза, осложненного приступом стенокардии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Нифедипин</li> <li>Каптоприл</li> <li>Дибазол</li> <li>Ирбесартан</li> <li>Празозин</li> </ul>	
201.	<p>Укажите наиболее рациональную комбинацию антигипертензивных препаратов у больных с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Эналаприл + фуросемид</li> <li>Гипотиазид + верошпирон</li> <li>Пропранолол + этакриновая кислота</li> <li>Пропранолол + верапамил</li> <li>Доксазозин + амилорид</li> </ul>	
202.	<p>Через несколько месяцев после начала терапии у больного вновь участились приступы стенокардии. Какие возможные причины ухудшения состояния.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Развитие толерантности к нитратам</li> <li>Естественное течение заболевания</li> <li>Синдром „обкрадывания”</li> <li>Возникновение синдрома „рикошета”</li> <li>Тахифилаксия</li> </ul>	
203.	<p>Пациент К., страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки, обратился к провизору с вопросом о наиболее оптимальном времени приема маалокса.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆В межпищеварительный период</li> <li>Перед едой</li> <li>Во время еды</li> <li>После еды</li> <li>Вне зависимости от приема пищи</li> </ul>	
204.	<p>Наиболее эффективным препаратом в профилактике эрозивного гастродуоденита, провоцируемого НПВС, является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Мизопростол</li> <li>Коллоидный субцитрат висмута</li> <li>Фосфалогель</li> <li>Метронидазол</li> <li>Ранитидин</li> </ul>	
205.	<p>При длительном приеме антацидов, содержащих алюминий, отмечается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Снижение слуха</li> <li>Полиурия</li> <li>◆Слюнотечение</li> <li>Гиперхолестеринемия</li> <li>Поражение костной ткани</li> </ul>	
206.	<p>У беременной М., 23 лет с артериальной гипертензией для комбинированной терапии назначение допегита целесообразно сочетать с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Коринфаром</li> </ul>	

	Пропранололом Гипотиазидом Эналаприлом 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 новокаиномид Не отменять дигоксин, назначить лидокаин	
208.	Какие антигипертензивные средства противопоказаны больному при сопутствующем сахарном диабете с периодами гипогликемии? ♦Пропранолол Гипотиазид Коринфар Каптоприл Дилтиазем	
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 гиполипидемическую терапию. Какой из перечисленных препаратов вызывает снижение концентрации в плазме уровня триглицеридов, увеличивая активность липопротеинлипазы? ♦Ципрофибрат Никотиновая кислота Симвастатин Ловастатин Пробукол	
212.	Больная 62 лет, страдает феохромоцитомой. Какой антигипертензивный препарат целесообразно назначить? ♦Фентоламин Пропранолол Галинолол Фуросемид Дихлотиазид	
213.	В аптеку звернулся хворий 28 років, який страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки; секреторна функція шлунку різко підвищена. Який з наведених препаратів бажано призначати 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 артрити, 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 Імпінем 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?	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆Альтеплаза</li> <li>Ацетилсаліцилова кислота</li> <li>Гепарин</li> <li>Пентоксифілін</li> <li>Фраксипарин</li> </ul>	
221.	<p>Хворий Б., 28 років на бронхіальну астму поступив до терапевтичного відділення з тяжким нападом ядухи. З якого препарату слід почати лікування?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Преднізолон</li> <li>Окситропія бромід</li> <li>Еуфілін</li> <li>Сальбутамол</li> <li>Іпратропія бромід</li> </ul>	
222.	<p>У хворого К, 53 років бронхіальна астма та стенокардія напруги III ф.к. Який препарат із перелічених нижче протипоказаний в даному випадку?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Орципреналин</li> <li>Преднізолон</li> <li>Сальбутамол</li> <li>Беклометазон</li> <li>Амлодипін</li> </ul>	
223.	<p>Хворому К, 34 років з метою профілактики нападів бронхіальної астми лікар вважає доречним призначення інгаляційного глюкокортикоїдного препарату. Який з нижченаведених не належить до цієї групи?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Сальметерол</li> <li>Флунісолід</li> <li>Флутіказон</li> <li>Будесонід</li> <li>Беклометазон</li> </ul>	
224.	<p>Хворий В., потрапив у кардіологічне відділення з приступом надшлуночкової паросизмальної тахікардії. Який препарат з нижче перелічених є препаратом вибору у цьому випадку?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Верапамил</li> <li>Лідокаїн</li> <li>налапріл</li> <li>Ніфедипін</li> <li>Лізиноприл</li> </ul>	
225.	<p>Хворий К., страждає на ішемічну хворобу серця з серцевою недостатністю другої стадії. З якої комбінації препаратів слід починати лікування цього хворого?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Інгібітори АПФ + діуретики</li> <li>Інгібітори АПФ + блокатори кальцієвих каналів</li> <li>Інгібітори АПФ + нітрати</li> <li>Нітрати + діуретики</li> <li>Альфа-адреноблокатори + діуретики</li> </ul>	
226.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Накопиченням в крові залишку брадикініну</li> <li>Підвищенням тонусу кашльового центру</li> <li>Загостренням супутньої патології</li> <li>Пригніченням синтезу альдостерону</li> <li>Зменшення вмісту в крові адреналіну</li> </ul>	
227.	<p>Хворому К, 54 років, який кілька років страждає хронічним гіперацидним гастритом, призначений альмагель. Які ускладнення</p>	

	<p>фармакотерапії з боку органів травлення можуть виникнути перш за все?</p> <p>◆Закреп Нудота Анорексія Блювота Діарея</p>	
228.	<p>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?</p> <p>◆Ловастатин Гепарин Аспірин Атенолол Лізиноприл</p>	
229.	<p>При отпуске безрецептурного препарата для симптоматического лечения боли в горле в лекарственной форме аэрозоля, провизор обязан обратить внимание пациента, что данный препарат:</p> <p>◆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</p>	
230.	<p>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:</p> <p>◆мазь капли аэрозоль таблетки гель</p>	
231.	<p>При выделениях из одной половинки носа у ребенка дошкольного возраста следует рекомендовать обратиться к врачу, так как данный симптом является “угрожающим” и требует исключить:</p> <p>◆инородное тело в носовом ходу острый аллергический ринит острое респираторное заболевание синусит аденоиды</p>	
232.	<p>У больного с повышенной бронхиальной секрецией и обильным отделением мокроты противокашлевые препараты:</p> <p>◆не назначаются являются обязательным компонентом лечения назначаются только на ночь не назначаются лицам с сопутствующей патологией печени не назначаются детям до 3 лет</p>	
233.	<p>При назначении антигистаминного препарата дипразина с целью симптоматического лечения аллергии провизор должен предупредить пациента, что данный препарат нельзя сочетать с алкоголем, так как:</p>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆возможно резкое повышение АД</li> <li>потенцируется угнетающее действие на ЦНС</li> <li>потенцируется раздражающее действие препарата на слизистую желудка</li> <li>возможно развитие гепатотоксического эффекта</li> <li>возможно усиление симптомов аллергии</li> </ul>	
234.	<p>При назначении препарата “Антимигрен” (суматриптан) для лечения мигренозного приступа провизор должен предупредить пациента, что в случае отсутствия должного эффекта повторный прием препарата возможен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆не ранее, чем через 30 мин</li> <li>не ранее, чем через 3 часа</li> <li>не ранее, чем через 12 часов</li> <li>не ранее, чем через 24 часа</li> <li>не ранее, чем через 48 часов</li> </ul>	
235.	<p>Нежелательная реакция, которая обусловлена фармакологически-ми свойствами лекарственного средства и наблюдается исключительно при применении в дозах, рекомендованных для медицинского применения лекарственного средства, называется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆побочное действие</li> <li>токсическое действие</li> <li>аллергическая реакция</li> <li>идиосинкразия</li> <li>синдром отмены</li> </ul>	
236.	<p>Запоры - побочное действие, развитие которого нередко наблюдается при курсовом лечении антигипертензивными препаратами из группы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆блокаторов кальциевых каналов</li> <li>диуретиков</li> <li>ингибиторов АПФ</li> <li>альфа-адреноблокаторов</li> <li>блокаторов ангиотензиновых рецепторов</li> </ul>	
237.	<p>Больному И., 56 лет для лечения гипертонической болезни назначены ингибитор АПФ и калийсберегающий диуретик. Такая комбинация:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆нерациональна, так как увеличивается риск развития гиперкалиемии</li> <li>рациональна, так как уменьшается риск развития гипокалиемии</li> <li>рациональна, так как потенцируется гипотензивное действие ИАПФ</li> <li>нерациональна, так как снижается гипотензивное действие ИАПФ</li> <li>нерациональна, так как увеличивается риск развития ортостатического коллапса</li> </ul>	
238.	<p>“Серый синдром” новорожденных (падение температуры ниже нормы, ацидоз, дыхательные расстройства, серая окраска кожи, коллапс) развивается при применении:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆левомицетина</li> <li>тетрациклина</li> <li>гентамицина</li> <li>ципрофлоксацина</li> <li>эритромицина</li> </ul>	
239.	<p>Для профилактики остеопороза женщинам в возрасте после 40 лет следует рекомендовать поливитаминные препараты с повышенным содержанием:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>калия</li> <li>железа</li> </ul>	

	магнія ◆кальція цинка	
240.	При леченні гіпертонічної хвороби діуретиками препарати калія не назначають в сочетанні с: ◆триамтереном клопамидом дихлотиазидом фуросемидом етакринової кислотою	
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 Мукалтин Сальбутамол	
245.	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	
246.	Хвора 56 років із хронічним панкреатитом та зниженою секреторною функцією підшлункової залози тривалий час приймає мезим.	

	<p>Яку заміну можливо запропонувати хворій в аптеці при відсутності препарату?</p> <p>◆Панцитрат Контрикал Холосас Карсил Ацидин-пепсин</p>	
247.	<p>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:</p> <p>◆Амікацин Лінекс Тавегіл Ністатин Розчин йодистого калію</p>	
248.	<p>У хворого 60 років з ішемічною хворобою серця, хронічною серцевою недостатністю, тахісистолічною 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:</p> <p>◆Строфантин Дігоксин Дігітоксин Целанід Адонізид</p>	
249.	<p>Для покращення відходження мокроти, дренажної функції бронхів, хворій 52 років з бронхіальною астмою призначено лікарський засіб. Через деякий час у хворої з'явилися сльозотеча, рінорея, лоскіт в горлі. Який засіб отримувала хвора?</p> <p>◆Йодид калію Мукалтин Бронхолітін Амброксол Бромгексін</p>	
250.	<p>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?</p> <p>◆Доксазозин Еналаприл Пропранолол Дилтіазем Лозартан</p>	
251.	<p>Дитину 6 років вжалило декілька бджіл у різні ділянки тіла. Який з нижченаведених засобів має бути застосовано на етапі першої допомоги?</p> <p>◆Тавегіл Ацетилсаліцилова кислота Бензилпеніцилін Кетотифен Папаверін</p>	
252.	<p>Хворого турбують періодичні напади болю за грудиною, з приводу чого він звернувся в аптеку з проханням порекомендувати йому</p>	

	лікарський засіб. Після бесіди з хворим провізор зробив висновок, що у нього стенокардія. Яка тривалість больового 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-вогнищезового 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 болю 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 призначене лікування. Після прийому ліків хворий відмітив сильний головний біль та нудоту. Для	

	якого антиангінального засобу характерний такий побічний ефект? ◆Нітросорбід Метопролол Амлодипін Ніфедипін Атемоллол	
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 Ацетицистеин	

	Натрия гидрокарбонат	
265.	<p>Больному бронхиальной астмой врач назначил приём бета-адреностимуляторов. Какое из приведенных средств Вы порекомендовали бы приобрести исходя из его влияний на частоту сердечных сокращений?</p> <p>◆Сальбутамол Эфедрин Изадрин Алупент Адреналин</p>	
266.	<p>К провизору обратился пациент, которому рекомендовали приём ацетилсалициловой кислоты в качестве антиагреганта. Какую суточную дозу следует рекомендовать для постоянного приёма?</p> <p>◆0,1 – 0,3 0,5 – 1,0 1,0 – 2,0 2,0 – 3,0 Больше 4,</p>	
267.	<p>У больной 36 лет выявлена атипичная внегоспитальная пневмония, которая вызвана хламидийной инфекцией. Какой антибактериальный препарат целесообразно рекомендовать в этом случае?</p> <p>◆Рокситромицин Ванкомицин Ампициллин Пенициллин Цефуроксим</p>	
268.	<p>У больного пожилого возраста диагностирована госпитальная пневмония. Лечится гентамицином. Какое побочное действие наиболее часто встречается при использовании антибиотиков этой группы?</p> <p>◆Ототоксическое действие Псевдомембранозный колит Гематотоксическое Поражение печени Тромбофлебит</p>	
269.	<p>Выберите из перечисленных заболеваний те, которые могут лечиться при помощи ОТС-препаратов при консультативной помощи провизора.</p> <p>◆ОРЗ Рак лёгких Эксудативный плеврит Бронхиальная астма Острая пневмония</p>	
270.	<p>Понятие «комплаенс» означает:</p> <p>◆Готовность пациента выполнять все рекомендации врача, фармацевта, провизора Самолечение Заниматься самопрофилактикой Самопомощь Все ответы правильные</p>	
271.	<p>В аптеку обратилась беременная женщина с лихорадкой. Порекмендуйте наиболее безопасный препарат.</p> <p>◆Парацетамол Ибупрофен Диклофенак Ацетилсалициловая кислота</p>	

	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 токсоинфекции системы пищеварения назначен левомецетин. 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? ♦Лансопризол 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 противовоспалите-	

	<p>льных средств происходит по всем нижеприведенным критериям, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Возникновение агранулоцитоза</li> </ul> <p>Лабораторные тесты Индекс отёчности участка сустава Сила сжатия ладони Функциональные тесты, которые оценивают объём движений в суставе</p>	
279.	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Отсутствие гематурии</li> </ul> <p>Уменьшение артериального давления Уменьшение боли Угнетение сознания Возникновение рвоты</p>	
280.	<p>В аптеку обратился больной с гипертонической болезнью, которому врач назначил каптоприл. Какой механизм действия данного препарата?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Угнетение активности ангиотензинпревращающего фермента</li> </ul> <p>Блокада рецепторов ангиотензина II Блокада бета-адренорецепторов Блокада альфа-адренорецепторов Диуретическое действие</p>	
281.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Язвенная болезнь</li> </ul> <p>Сахарный диабет Ишемическая болезнь сердца Гипертоническая болезнь Бронхиальная астма</p>	
282.	<p>Больному шизофренией был назначен аминазин. Какой из перечисленных фармакодинамических эффектов явился основанием для его назначения данному больному?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Антипсихотический</li> </ul> <p>Гипотензивный Противорвотный Гипотермический Миорелаксирующий</p>	
283.	<p>У больной гипертонической болезнью II ст. после длительного применения пропранолола, нифедипина и дихлотиазиды появились судороги в мышцах нижних конечностей, нарушения сердечного ритма. Каким препаратом могло быть причинено это состояние?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Дихлотиазидом</li> </ul> <p>Пропранололом Дихлотиазидом и пропранололом Пропранололом и нифедипином Не связано с приёмом этих препаратов</p>	
284.	<p>Больной гипертонической болезнью длительное время принимал антигипертензивный препарат, который внезапно прекратил применять. После этого состояние больного ухудшилось, развился</p>	



	<p>гипертензивный криз. К какой категории относится это побочное действие?</p> <p>◆Синдром отмены Зависимость Кумуляция Толерантность Сенсибилизация</p>	
285.	<p>У больного после купирования приступа бронхиальной астмы изадрином развилась тахикардия, аритмия. Проконсультируйте врача-интерна какой механизм лежит в основе развития данного побочного эффекта?</p> <p>◆Стимуляция бета-1-адренорецепторов Стимуляция бета-2-адренорецепторов Блокада М-холинорецепторов Стимуляция альфа-1-адренорецепторов Блокада Н-холинорецепторов</p>	
286.	<p>Больному, страдающему атеросклерозом сосудов головного мозга, был назначен препарат, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов. Назовите этот препарат.</p> <p>◆Циннаризин Пирацетам Кавинтон Пентоксифиллин Ксантинола никотинат</p>	
287.	<p>Беременной женщине с железодефицитной анемией следует рекомендовать:</p> <p>◆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</p>	
288.	<p>Всасываемость лекарственных веществ при нанесении на кожные покровы у ребёнка первого года жизни:</p> <p>◆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</p>	
289.	<p>Больной с обострением хронического бронхита принимает лазолван (амброксола гидрохлорид), калия йодид, аскорутин, теофиллин, бисептол. Через 8 дней у него появилась угреподобная кожная сыпь, острый ринит и болезненное опухание слюнных желез. Проконсультируйте врача, какой из препаратов мог вызвать указанные явления:</p> <p>◆Калия йодид Теофиллин Амброксола гидрохлорид Бисептол Аскорутин</p>	
290.	<p>Вы – провизор аптеки, расположенной в женской консультации. Дайте ответ на вопрос врача-интерна, какой из имеющихся препаратов антимикробного действия можно назначать беременной?</p> <p>◆Ампициллин Окситетрациклин</p>	

	Ко-тримоксазол Доксициклин Гентамицин	
291.	У больного Н., 30 лет, развился острый пиелонефрит. Какой из приведенных препаратов имеет нефротоксическое действие? ◆Гентамицин Ровамицин Эритромицин Ампициллин Пенициллин	
292.	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	
293.	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	
294.	У больных с гипертензией и сахарным диабетом I типа препаратом выбора являются представители: ◆Ингибиторов АПФ Тиазидных диуретиков Бета-адреноблокаторов Петлевых диуретиков Альфа-адреноблокаторов	
295.	Какой препарат может быть использован с целью купирования гипертензивного криза, осложнённого приступом стенокардии? ◆Нифедипин Дибазол Каптоприл Ирбесартан Празозин	
296.	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	
297.	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	
298.	<p>Наиболее эффективным препаратом в профилактике эрозивного гастродуоденита, провоцируемого НПВС, является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Мизопростол</li> <li>Коллоидный субцитрат висмута</li> <li>Фосфалогель</li> <li>Метронидазол</li> <li>Ранитидин</li> </ul>	
299.	<p>При длительном приёме антацидов, содержащих алюминий, отмечается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Поражение костной ткани</li> <li>Полиурия</li> <li>Снижение слуха</li> <li>Слюнотечение</li> <li>Гиперхолестеринемия</li> </ul>	
300.	<p>У больного Р., принимающего дигоксин в суточной дозе 0,25 мг, развилась экстрасистолия. Что необходимо предпринять?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Прекратить приём дигоксина</li> <li>Уменьшить дозу дигоксина</li> <li>Увеличить дозу дигоксина</li> <li>Не отменять дигоксин, назначить новокаиномид</li> <li>Не отменять дигоксин, назначить лидокаин</li> </ul>	
301.	<p>Провизор при отпуске больному нитроглицерина предупредил о наиболее часто встречающемся побочном эффекте данного препарата:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Головная боль</li> <li>Сухость во рту</li> <li>Гипертензия</li> <li>Дизурия</li> <li>Гипергликемия</li> </ul>	
302.	<p>При отпуске безрецептурного препарата для симптоматического лечения боли в горле в лекарственной форме аэрозоля, провизор обязан обратить внимание пациента, что данный препарат:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Следует распылять в полости рта синхронно с глубоким вдохом</li> <li>Следует распылять на расстоянии 10-15 см от полости рта</li> <li>Следует распылять в полости рта синхронно с глубоким выдохом</li> <li>Следует распылять в полости рта при задержке дыхания</li> <li>Следует распылять в полости рта непосредственно перед едой или питьём</li> </ul>	
303.	<p>При выделениях из одной половинки носа у ребёнка дошкольного возраста следует рекомендовать обратиться к врачу, так как данный симптом является «угрожающим» и требует исключить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Инородное тело в носовом ходу</li> <li>Синусит</li> <li>Острый аллергический ринит</li> <li>Острое респираторное заболевание</li> <li>Аденоиды</li> </ul>	
304.	<p>У больного с повышенной бронхиальной секрецией и обильным отделением мокроты противокашлевые препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Не назначаются</li> <li>Являются обязательным компонентом лечения</li> <li>Назначаются только на ночь</li> <li>Не назначаются лицам с сопутствующей патологией печени</li> <li>Не назначаются детям до 3 лет</li> </ul>	
305.	<p>При назначении антигистаминного препарата дипразина с целью симптоматического лечения аллергии провизор должен предупре-</p>	

	<p>дить пациента, что данный препарат нельзя сочетать с алкоголем, так как:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Потенцируется угнетающее действие на ЦНС</li> </ul> <p>Потенцируется раздражающее действие препарата на слизистую желудка</p> <p>Возможно резкое повышение АД</p> <p>Возможно развитие гепатотоксического эффекта</p> <p>Возможно усиление симптомов аллергии</p>	
306.	<p>При назначении препарата «Антимигрен» (суматриптан) для лечения мигренозного приступа провизор должен предупредить пациента, что в случае отсутствия должного эффекта повторный приём препарата возможен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Не ранее, чем через 12 часов</li> <li>Не ранее, чем через 3 часа</li> <li>Не ранее, чем через 24 часа</li> <li>◆Не ранее, чем через 30 мин.</li> <li>Не ранее, чем через 48 часов</li> </ul>	
307.	<p>Нежелательная реакция, которая обусловлена фармакологически свойствами лекарственного средства и наблюдается исключительно при применении в дозах, рекомендованных для медицинского применения лекарственного средства, называется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Побочное действие</li> </ul> <p>Идиосинкразия</p> <p>Токсическое действие</p> <p>Аллергическая реакция</p> <p>Синдром отмены</p>	
308.	<p>Запоры – побочное действие, развитие которого нередко наблюдается при курсовом лечении антигипертензивными препаратами из группы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Блокаторов кальциевых каналов</li> </ul> <p>Блокаторов ангиотензивных рецепторов</p> <p>Диуретиков</p> <p>Ингибиторов АПФ</p> <p>Альфа-адреноблокаторов</p>	
309.	<p>Больному И., 56 лет, для лечения гипертонической болезни назначены ингибитор АПФ и калийсберегающий диуретик. Такая комбинация:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Нерациональна, так как увеличивается риск развития гиперкалиемии</li> </ul> <p>Рациональна, так как потенцируется гипотензивное действие ИАПФ</p> <p>Рациональна, так как уменьшается риск развития гипокалиемии</p> <p>Нерациональна, так как снижается гипотензивное действие ИАПФ</p> <p>Нерациональна, так как увеличивается риск развития ортостатического коллапса</p>	
310.	<p>«Серый синдром» новорожденных (падение температуры ниже нормы, ацидоз, дыхательные расстройства, серая окраска кожи, коллапс) развивается при применении:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Левомецетина</li> </ul> <p>Тетрациклина</p> <p>Гентамицина</p> <p>Ципрофлоксацина</p> <p>Эритромицина</p>	
311.	<p>Для профилактики остеопороза женщинам в возрасте после 40 лет следует рекомендовать поливитаминные препараты с повышенным содержанием:</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆Кальция</li> <li>Железа</li> <li>Калия</li> <li>Магния</li> <li>Цинка</li> </ul>	
312.	<p>При лечении гипертонической болезни диуретиками препараты калия не назначают в сочетании с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Триамтереном</li> <li>Этакриновой кислотой</li> <li>Клопамидом</li> <li>Дихлотиазидом</li> <li>Фуросемидом</li> </ul>	
313.	<p>Назовите коллеге-провизору препарат, относящийся к группе низкомолекулярных гепаринов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Фраксипарин</li> <li>Синкумар</li> <li>Фенилин</li> <li>Гепарин</li> <li>Аминокапроновая кислота</li> </ul>	
314.	<p>Каким ингаляционным препаратом из группы бета2-адреномиметиков можно заменить отсутствующий в аптеке Фенотерол (беротек) в ингаляциях?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Сальбутамолом</li> <li>Эфедрином</li> <li>Изадрином</li> <li>Эуфиллином</li> <li>Метацином</li> </ul>	
315.	<p>Какой из названных антибиотиков чаще всего вызывает поражение печени?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Тетрациклин</li> <li>Ровамицин</li> <li>Цефазолин</li> <li>Эритромицин</li> <li>Феноксиметилпенициллин</li> </ul>	
316.	<p>Больному, который страдает хронической постгеморрагической анемией вследствие обострения язвенной болезни, назначено комплексное лечение: реланиум, но-шпа, гастроцепин, тардиферон. Через несколько дней появились определенные жалобы. Какая из них могла быть связана с тардифероном?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Темный кал</li> <li>Сухость ротовой полости</li> <li>Нарушения аккомодации</li> <li>Мышечная слабость</li> </ul>	
317.	<p>Проконсультируйте врача-психиатра, какой побочный эффект не характерен для аминазина?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Повышение АД</li> <li>Экстрапирамидные расстройства</li> <li>Понижение АД</li> <li>Контактный дерматит</li> <li>Нарушение функции печени, холестаза</li> </ul>	
318.	<p>Больному был поставлен диагноз туберкулез. Какой препарат является эффективным средством для лечения этого заболевания?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Рифампицин</li> <li>Ампициллин</li> <li>Тетрациклин</li> <li>Гентамицин</li> </ul>	

	Левомецетин	
319.	<p>Больному, страдающему гиперацидным гастритом, терапевт назначил препарат висмута. Назовите препарат.</p> <p>◆Де-нол Цианокобаламин Альмагель Апоморфина гидрохлорид Дихлотиазид</p>	
320.	<p>Больная, страдающая гипертонической болезнью, обратилась к врачу с жалобой на сухой кашель, появившийся на фоне лечения гипотензивным средством. Какой гипотензивный препарат она принимала?</p> <p>◆Эналаприл Дихлотиазид Атенолол Фуросемид Нифедипин</p>	
321.	<p>Для эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> в комбинированную терапию хронического гастрита целесообразно включить:</p> <p>◆Кларитромицин Альмагель Фуросемид Цефтриаксон Гастроцепин</p>	
322.	<p>Какой из противогрибковых антибиотиков является эффективным при лечении генерализованных микозов?</p> <p>◆Амфотерицин В Леворин Нистатин Гризеофуль-вин Пимафуцин</p>	
323.	<p>Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, был назначен противоязвенный препарат, обладающий способностью одновременно понижать секрецию соляной кислоты и угнетать микро-организм <i>Helicobacter pylori</i>. Назовите этот препарат:</p> <p>◆Омепразол Фамотидин Гастроцепин Маалокс Альмагель</p>	
324.	<p>Больному, страдающему заболеванием кроветворной системы, назначен препарат, содержащий железо (ферроплекс). Назовите показание к применению этого лекарственного средства.</p> <p>◆Гипохромная анемия Гранулоцитоз Гиперхромная анемия Лейкоз Лейкопения</p>	
325.	<p>Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки?</p> <p>◆Касторовое масло Глицерин Подсолнечное масло Оливковое масло Вазелиновое масло</p>	
326.	В аптеку обратился больной с язвенной болезнью желудка, кото-	

	<p>рому врач назначил ранитидин. Укажите механизм действия данного препарата?</p> <p>◆Блокада H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов  Блокада М-холинорецепторов  Угнетение активности Н+К+АТФ-азы  Блокада H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов  Блокада Н-холинорецепторов симпатических ганглиев</p>	
327.	<p>Какой из приведенных антисептиков необходимо выдать из аптеки медицинской сестре, работающей в акушерском отделении, для профилактики бленнореи новорожденных?</p> <p>◆Серебра нитрат  Перекись водорода  Хлорамин Б  Фурацилин  Калия перманганат</p>	
328.	<p>У больного после операции возникла атония кишечника. Проконсультируйте врача, какой препарат необходимо назначить.</p> <p>◆Прозерин  Лобелии  Атропин  Армин  Платифиллин</p>	
329.	<p>Больному, страдающему депрессией, врач назначил препарат из группы трициклических антидепрессантов. Назовите препарат.</p> <p>◆Аминалон  Дроперидол  Феназепам  Кофеин</p>	
330.	<p>Вы провизор-информатор. Из препаратов, которые получила центральная районная аптека, выберите противовирусное средство для профилактики и лечения гриппа.</p> <p>◆Ремантадин  Ацикловир  Идоксуридин  Азидотимедин  Сульфален</p>	
331.	<p>Больному, 43 года, в острой фазе инфаркта миокарда было назначено в комплексной терапии гепарин внутривенно по 10000ЕД каждые 4 часа. Выберите среди нижеперечисленных критериев безопасности его использования.</p> <p>◆Отсутствие гематурии  Уменьшение артериального давления  Возникновение рвоты  Угнетение сознания  Уменьшение боли</p>	
332.	<p>Подготовьте аптечку противоядий для приемного отделения больницы. Какое средство необходимо включить для повышения артериального давления?</p> <p>◆Мезатон  Нашатырный спирт  Активированный уголь  Унитиол  Фуросемид</p>	
333.	<p>После длительного приема дигитоксина у больного развилась аритмия, появились расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и нервно-психические нарушения. Что явилось причиной</p>	

	ухудшения состояния больного? ◆Кумуляция Идиосинкразия Привыкание Тахифилаксия Сенсибилизация	
334.	У больного, 30 лет, развился острый пиелонефрит. Какой из приведенных препаратов имеет нефротоксическое действие? ◆Гентамицин Пенициллин Ровамицин Ампициллин Эритромицин	
335.	Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, назначили омепразол. Какой механизм действия этого препарата? ◆Угнетение H <sup>+</sup> K <sup>+</sup> -АТФ-азы Блокада гистаминовых H <sub>2</sub> -рецепторов Стимуляция образования слизи Нейтрализация HCl Блокада M-холинорецепторов	
336.	Больному, страдающему атеросклерозом сосудов головного мозга, был назначен препарат, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов. Назовите этот препарат. ◆Циннаризин Кавинтон Пирацетам Пентоксифиллин Ксантинола никотинат	
337.	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	
338.	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	
339.	Объясните 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	
340.	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	
341.	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	
342.	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 ибупрофен Мелоксикам Целекоксиб Диклофенак натрію	
343.	До лікаря звернулася вагітна (термін 10 тижнів) із гіпертонічною хворобою. Який засіб найбільш безпечний в даній ситуації? ♦Метилдопа Пропранолол Каптоприл Лозартан Гідралазин	
344.	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 Збільшення утворення Na-уретичного пептиду	
345.	При приступі бронхіальної астми можуть бути ефективними всі препарати, за винятком: ♦Кетотіфену Адреналіну гідрохлориду Ізадрину Беротеку Еуфілліну	
346.	Виберіть не характерний симптом для гіпертензивного кризу. ♦Болюче сечовиділення Нудота Блювання Миготіння мушок перед очима Біль голови	
347.	В аптеку з метою придбання жарознижувального засобу звернулася молода жінка. Провізор побачив на обличчі почервоніння у	

	<p>вигляді метелика. Про яке захворювання можна думати?</p> <p>◆Системний червоний вовчак</p> <p>Ревматизм</p> <p>Подагру</p> <p>Ревматоїдний артрит</p> <p>Остеопороз</p>	
348.	<p>Про яке захворювання можна думати, якщо у хворого сеча нагадує колір “м’ясних” помиїв?</p> <p>◆Гострий гломерулонефрит</p> <p>Гострий пієлонефрит</p> <p>Уретрит</p> <p>Гепатит</p> <p>Цистит</p>	
349.	<p>В аптеку звернулася молода жінка з приводу мігрені. Який препарат Ви порекомендуєте для переривання приступу?</p> <p>◆Суматриптан</p> <p>Пірацетам</p> <p>Амітриптілін</p> <p>Фуросемід</p> <p>Феназепам</p>	
350.	<p>Хворий В., страждає ішемічною хворобою серця, хронічною серцевою недостатністю, періодично отримує сечогінні засоби та серцеві глікозиди. При черговому зверненні до лікаря скаржиться на м’язеву слабкість, сонливість, на ЕКГ – високі рівностегневі зубці Т. Яка побічна дія могла викликати така комбінація препаратів?</p> <p>◆Гіпокаліємія</p> <p>Гіперкаліємія</p> <p>Гіпонатріємія</p> <p>Гіпернатріємія</p> <p>Гіпокальціємія</p>	
351.	<p>Вагітна жінка (III триместр), яка захворіла грипом протягом 3 днів з метою зменшення температури приймала ацетилсаліцилову кислоту по 0,5 двічі на день. Яку побічну дію може спричинити ацетилсаліцилова кислота на плід?</p> <p>◆Тератогенну</p> <p>Порушення білкового обміну</p> <p>Ембріотоксичну</p> <p>Порушення вуглеводного обміну</p> <p>Порушення жирового обміну</p>	
352.	<p>Об’ясните врачу скорой помощи почему снижается антикоагулянтный эффект синкумара при одновременном его применении с фенобарбиталом?</p> <p>◆Фенобарбитал активирует микросомальные ферменты печени</p> <p>Фенобарбитал ингибирует микросомальные ферменты печени</p> <p>Развивается аллергия к синкумару</p> <p>Проявляется антагонизм этих препаратов</p> <p>Происходит взаимная инактивация</p>	
353.	<p>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?</p> <p>◆Атропін</p> <p>Адреналін</p> <p>Мезатон</p> <p>Пілокарпін</p>	

	Новокаїн	
354.	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 Окспренолол Усі вказані засоби	
355.	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	
356.	До Вас в аптеку звернувся хворий на виразкову хворобу шлунку з помірними клінічними проявами. З анамнезу відомо, що в нього виявлено <i>Helicobacter pylori</i> . Яка група ЛЗ має бути основою лікування? ◆Антимікробні ЛЗ Антациди Антисекреторні ЛЗ Коректори моторної функції Седативні ЛЗ	
357.	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	
358.	У хворого Н., 15 років, вперше виявлено цукровий діабет I типу. Який цукрознижуючий засіб необхідно призначити: ◆Інсулін Метформін Діабетон Глюренорм Глібенкламід	
359.	Препаратом вибора для терапії гострого пієлонефриту у беременній жінки в I триместре являється: ◆амоксцилін норфлоксацин бисептол гентамицин хлорамфеникол	
360.	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	
361.	У беременной женщины Р., 38 лет с сахарным диабетом II типа (инсулиннезависимым) препаратом выбора является: ◆инсулин глибенкламид метформин толбутамид буформин	
362.	Какой слабительный препарат из перечисленных противопоказан больному со спастическими запорами? ◆сенаде гутталакс лактолоза форлакс 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 доксциклин	
366.	Для лечения внебольничной пневмонии больному К., 59 лет с хроническим гепатитом противопоказаны все препараты, кроме: ◆амоксциллин доксциклин 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	

	гіпертензії: ◆верапаміл фуросемід триметазидин панангін ацетилсалицилова кислота в малих дозах	
369.	Какой препарат можно порекомендовать для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет? ◆парацетамол ацетилсалицилова 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 Ацетилсалицилова кислота Індометацин Піроксикам	
372.	Проконсультуйте лікаря-інтерна, які антигіпертензивні препарати слід з обережністю застосовувати при поєднанні бронхіальної астми і артеріальної гіпертензії? ◆Пропранолол Каптоприл Амлодипин Фуросемід 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 призначати для зниження АТ даному хворому? ◆Метопролол Еналаприл Лозартан Ніфедипин 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 II ФК, надшлуночкова екстрасистолія.	

	<p>Виберіть найбільш оптимальний засіб для лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Метопролол</li> <li>Ніфедипін</li> <li>Нітросорбід</li> <li>Еналаприл</li> <li>Фуросемід</li> </ul>	
376.	<p>Хворий, 56 років з артеріальною гіпертензією та подагрою. Яких груп лікарських засобів слід уникати при проведенні корекції артеріальної гіпертензії?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Тіазидних діуретиків</li> <li>Блокаторів кальцієвих каналів</li> <li>Інгібіторів АПФ</li> <li>Блокаторів ангіотензинових рецепторів</li> <li>Бета-адреноблокаторів</li> </ul>	
377.	<p>Жінка 50 років, із симптоматичною гіпертензією та супутнім хронічним обструктивним захворюванням легенів. Приймання якої групи лікарських засобів у хворої буде обмежено?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Бета-адреноблокаторів</li> <li>Блокаторів кальцієвих каналів</li> <li>Інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту</li> <li>Блокаторів ангіотензинових рецепторів</li> <li>Діуретиків</li> </ul>	
378.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Лінекс</li> <li>Церукал</li> <li>Лоперамід</li> <li>Гуталакс</li> <li>Де-нол</li> </ul>	
379.	<p>Больному К., с диагнозом: желчекаменная болезнь, для растворения холестериновых желчных камней показано применение препарата:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ацетисалициловая кислота</li> <li>гамма-аминомасляная кислота</li> <li>лимонная кислота</li> <li>урсодезоксихолиевая кислота</li> <li>мефенамовая кислота</li> </ul>	
380.	<p>При фармакотерапии аллергических заболеваний не применяется следующая группа лекарственных препаратов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Бета-адреноблокаторы</li> <li>Антигистаминные препараты</li> <li>Стабилизаторы мембран тучных клеток</li> <li>Глюкокортикостероиды</li> <li>Адреномиметики</li> </ul>	
381.	<p>Какой средний срок проведения эрадикационной терапии инфекции <i>Helicobacter pylori</i> при пептической язве желудка и двенадцатиперстной кишки?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆7-10 дней</li> <li>1-2 дня</li> <li>3-5 дней</li> <li>11- 14 дней</li> <li>15-20 дней</li> </ul>	
382.	<p>С чего наиболее целесообразно начинать лечение больного, у ко-</p>	

	<p>торого впервые развился приступ бронхиальной астмы?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Ингаляции бета2-адреномиметика</li> <li>Ингаляции глюкокортикостероида</li> <li>Адреномиметики парентерально</li> <li>М-холинолитики</li> <li>H2-гистаминоблокаторы</li> </ul>	
383.	<p>С какой целью больному, страдающему бронхиальной астмой, назначается интал (кромолин-натрий):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Для предупреждения развития приступа бронхиальной астмы</li> <li>Для купирования астматического статуса</li> <li>Для купирования приступа бронхиальной астмы</li> <li>Для улучшения отхождения мокроты</li> <li>Для подавления кашля</li> </ul>	
384.	<p>Какой сустав наиболее часто поражается при подагре?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Первый плюснефаланговый сустав</li> <li>Плечевой сустав</li> <li>Локтевой сустав</li> <li>Дистальные межфаланговые суставы</li> <li>Тазобедренный и коленный</li> </ul>	
385.	<p>Косвенным признаком аллергического характера заболевания является следующий показатель общего анализа крови:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Эозинофилия</li> <li>Лейкоцитоз</li> <li>Анемия</li> <li>Тромбоцитопения</li> <li>Моноцитоз</li> </ul>	
386.	<p>Из нижеприведенных противоязвенных средств выберите препараты, которые входят в схемы эрадикации <i>Helicobacter pylori</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Кларитромицин</li> <li>Сукральфат</li> <li>Мизопростол</li> <li>Гастроцепин</li> <li>Альмагель</li> </ul>	
387.	<p>Для лечения пациента с пептической язвой желудка показано применение препарата с гастроцитопротекторной активностью. Выберите этот препарат:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Сукральфат</li> <li>Альмагель</li> <li>Ранитидин</li> <li>Метоклопрамид</li> <li>Дротаверина гидрохлорид</li> </ul>	
388.	<p>Больному с гипертоническим кризом был введен ганглиоблокатор - бензогексоний. Проявления какого побочного эффекта следует опасаться после введения препарата?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Ортостатической гипотензии</li> <li>Синдрома отмены</li> <li>Угнетающего действия на центральную нервную систему</li> <li>Нарушения вкусовых ощущений</li> <li>Диареи</li> </ul>	
389.	<p>Больному П., 56 лет с диагнозом хронический гастрит типа А показана патогенетическая терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆Полная заместительная терапия (витамины, соляная кислота, ферменты)</li> <li>Антибактериальная терапия, направленная против хеликобактер пилори и купирование воспаления</li> <li>Применение средств, снижающих кислотность, ингибиторов фер-</li> </ul>	

	ментов 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 III 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. Зазначте лікарський засіб для профілактики гіпокаліємії при прийомі фуросеміда: ♦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 лікар-	



	ський засіб: ◆Урсодеоксихолієва кислота Хофітол Алохол Ліобіл 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 ультрагенте 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.	<p>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?</p> <p>◆Наслідок прийому рифампіцину Наслідок прийому ізоніазида Ускладнення туберкульозу Передозування ізоніазида Передозування рифампіцину</p>	
404.	<p>Хворому з гострою кишковою непрохідністю перед оперативним втручанням необхідно очистити кишківник. З цією метою призначено:</p> <p>◆Форлак Бісакодил Касторове масло Гуталакс Регулак</p>	
405.	<p>У хворой П., 67 р., яка лікується з приводу бронхіальної астми, виникли тремор кінцівок, біль голови, безсоння, екстрасистоля. Що могло стати причиною виникнення таких симптомів?</p> <p>◆Теофілін Преднізолон Тавегіл Інтал Ацетилцистеїн</p>	
406.	<p>Вагітна жінка ( III триместр) захворіла ГРВЗ з підвищенням температури тіла до 39 С. Який ЛЗ Ви зможете їй запропонувати?</p> <p>◆Парацетамол Целекоксиб Індометацин Ацетилсаліцилова кислота Диклофенак</p>	
407.	<p>Хворий з гострим пієлонефритом скаржить на інтенсивний біль в попереку; температура тіла 39 С, біль при сечовиділенні. Який ЛЗ необхідно призначити з метою етіотропного лікування?</p> <p>◆Цефалексин Диклофенак Фуросемід Реополіглокін Парацетамол</p>	
408.	<p>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.</p> <p>◆Флутиказон Еуфілін Оксацилін Іпратропію бромід Бромгексин</p>	

## ЛІТЕРАТУРА.

### А. ОСНОВНА

1. Безопасность лекарств. Руководство по фармаконадзору / Под ред. А.П. Вікторова, В.И. Мальцева, Ю.Б. Белоусова. – К.: МОРИОН, 2007. – 240 с.
2. Гипертензивные кризы: диагностика и лечение. Консенсус Ассоциации кардиологов Украины и Украинской ассоциации по борьбе с инсультом. УКЖ 2012. № 1.
3. Зозуляк В.І. Фтизіатрія: Навч. посібник.- Івано-Франківськ, 2006 – 100с.
4. Ківера О. Клінічна оториноларингологія.- Львів, 2006.- 531 с.
5. Клінічна фармакологія: підручник / Кол. авторів; за ред.. О.Я. Бібка, О.М. Біловола, І.С. Чекмана. – К.: Медицина, 2008. – 768 с.
6. Клиническая фармакология: Учеб. для студ. высш. учеб. завед.: В 2 т. Т. 1 /С.В. Налетов, И.А. Зупанец, Т.Д. Бахтеева и др.; Под ред. И.А. Зупанца, С.В. Налетова, А.П. Викторова. – Харьков: Узд-во НФаУ: Золотые страницы, 2005. – 448 с.
7. Клиническая фармакология: Учеб. для студ. высш. учеб. завед.: В 2 т. Т. 2 /С.В. Налетов, И.А. Зупанец, Т.Д. Бахтеева и др.; Под ред. И.А. Зупанца, С.В. Налетова, А.П. Викторова. – Харьков: Узд-во НФаУ: Золотые страницы, 2005. – 400 с.
8. Клиническая фармакология в кардиологии. Руководство для врачей, провизоров, студентов медицинских вузов – под общ. ред. Крайдашенко О.В., Налетова С.В., Свинтозельского А.А. - Запорожье, ООО «Издательско-полиграфическое объединение «Запоріжжя», 2008 г. – 216 с.
9. Клиническая фармакология. Национальное руководство / под. ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепахина, В.И. Петрова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 976 с.
10. Компендиум 2011 - лекарственные препараты / Под ред. Коваленко В.Н, Викторова А.П.. - К.: Морион, 2011. - 2320 с.
11. Невідкладна медична допомога / за ред.. Ф.С.Глумчера, В.Ф.Москаленка – К.: Медицина, 2006.- 632 с.
12. Невідкладні стани : Підручник/ за ред.. М.С.Регеди,- Львів, 2008.-844с.
13. Нейко Є.М. Лікування основних захворювань внутрішніх органів.- Івано-Франківськ.- 2001.- 318 с.
14. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: В 4х томах. – Минск: Высшая школа, 1997. – Т.1 – 552с., Т.2 – 596с., Т.3 – 464с., Т.4 – 480с.
15. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: Рук. для практикующих врачей /Под общ. ред. Ю.Б. Белоусова, М.В. Леоновой. – М.: Бионика, 2002. – 368 с.
16. Пропедевтика внутрішніх хвороб/ За ред. Децика Ю.І.- К.: Здоров'я, 2000.-504 с.
17. Ревматология. Национальное руководство/ под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-720 с
18. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. Монография, Москва, 2011. - 477 с
19. Середюк Н.М. Внутрішня медицина.- К: Медицина.-2009.-1102 с.
20. Фармакотерапия: ученик для студентов фарм. факультетов / Под ред. О.В. Крайдашенко, И.Г. Купновицькой, И.М. Клища, В.Г. Лизогуба. – Винница: Новая книга, 2013. – 536 с.
21. Фармацевтична опіка: вибрані питання : Навчальний посібник / О. С. Хухліна, Є. П. Ткач, Т. Я. Чурсіна та ін. – Вінниця : Нова Книга, 2011. – 424 с.

## **Б ДОДАТКОВА**

1. Клинические рекомендации + фармакологический справочник/ под ред. Денисова И.Н., Шевченко Ю.Л. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012.- 1352 с.
2. Клиническая фармакология: учебник. / под ред. В.Г. Кукеса. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. —1056 с.
3. Купновицкая И.Г. Клиническая фармация / учебник.- Ивано-Франковск, б.и., 2007.- 232 с.
4. Михайлов И.Б., Маркова И.В. Лекарственные средства в педиатрии.- С.-Петербург. мед.изд., 2002.- 313 с.
5. Нейко Є.М. Виразкова хвороба: клініко-патогенетичні аспекти діагностики і лікування / Нейко Є.М., Бабенко О.І., Матковська Н.Р. й інші.- Івано-Франківськ, 2008 – 158 с.
6. Нейко Є.М., Соломчак Д.Б., Шевчук А.Г. Хронічний пієлонефрит: клініко-патогенетичні аспекти діагностики і лікування. – Івано-Франківськ, 2004 – 143 с.
7. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 4. Диагностика болезней системы крови: - М.: Мед. лит., 2003. - 512 с.
8. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 5. Диагностика болезней системы крови. Диагностика болезней почек: - М.: Мед. лит., 2002.-512 с.
9. Регеда М.С. Запальні захворювання легенів та бронхів.- Львів, 2009.- 206с.
10. Сімейна медицина/ за ред.. В.Б.Гощинського, Є.М.Стародуба,- Тернопіль, ТДМУ «Укрмедкнига», 2005.-808 с.
11. Середюк Н.М. Внутрішня медицина і терапія.- К: Медицина, 2007 – 686 с.