

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания
Центрального
координационного учебно-
методического совета от
«05» ноября 2019 г. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ
«Клиническая фармакология»**

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «17» октября 2019 г. № 3

Заведующая кафедрой фармакологии
с клинической фармакологией
д.м.н., проф.  Л.З. Болиева

г. Владикавказ, 2019

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
 - вопросы к экзамену
 - задачи к экзамену
 - эталонные тестовых заданий

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

**Вопросы к экзамену по программе повышение квалификации «Клиническая
фармакология»**

1. Определение понятий: лекарственное вещество, лекарственное средство.
2. Особенности классификации в соответствии с задачами фармацевтической химии. Международные непатентованные наименования (МНН) лекарственных веществ.
3. Предмет и задачи фармакотерапии. Связь фармакотерапии с теоретическими и клиническими дисциплинам.
4. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: биологически активное вещество, фармакологическое средство, лекарственное средство, лекарственный препарат, лекарственная форма, действующее вещество.
5. Виды фармакотерапии.
6. Фармакокинетика. Определение.
7. Пути введения лекарственных средств.
8. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны.
9. Распределение лекарственных средств в органах и тканях.
10. Метаболизм лекарственных средств.
11. Выведение лекарственных средств.
12. Биологическая доступность. Относительная биодоступность. Практическое значение этих показателей.
13. Период полувыведения, объем распределения, клиренс, равновесная концентрация, минимальный терапевтический уровень, терапевтический диапазон, терапевтическая широта.
14. Понятие о биоэквивалентности лекарственных веществ. Пик концентрации лекарственных веществ в крови. Время достижения максимальной концентрации. Площадь под кривой изменения концентрации лекарства в крови.
15. Фармакокинетика ЛС при ожирении.
16. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств у беременных и плода.
17. Фармакодинамика. Определение. Роль и значение в развитии фармакотерапии. Виды действия лекарственных веществ.
18. Механизмы действия лекарственных средств.
19. Связь фармакодинамики и фармакокинетики.
20. Взаимодействие лекарственных средств, виды взаимодействия, клиническое значение. Принципы рационального комбинирования лекарственных средств.
21. Побочное действие лекарственных средств. Специфические побочные эффекты, связанные с фармакологическими свойствами лекарств. Токсическое действие лекарств. Синдром обкрадывания.
22. Побочное действие лекарственных средств. Аллергические реакции на лекарства. Лекарственная зависимость. Синдром отмены.
23. Фармакоэпидемиология.
24. Фармакоэкономика.

25. Контрольно-разрешительная система.
26. Государственный реестр лекарственных средств.
27. Формулярная система, ее составные элементы.
28. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».
29. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.
30. Критерии выбора лекарственных средств.
31. Мониторинг (контроль) за эффективностью и безопасностью проводимого лечения.
32. Классификация антигипертензивных средств (группы и препараты).
33. Ингибиторы АПФ и блокаторы АТ1 рецепторов: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению.
34. Блокаторы ангиотензиновых рецепторов: препараты, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению, сравнительная характеристика с ингибиторами АПФ.
35. Блокаторы альфа1-адренорецепторов и препараты центрального действия (центральные альфа2-симпатомиметики, агонисты П-имидазолиновых рецепторов): классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению при АГ.
36. Антигипертензивные средства миотропного действия: препараты, механизмы влияния на тонус сосудов.
37. Обоснование применения диуретиков при гипертонической болезни.
38. Тиазидные диуретики: классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место диуретиков в лечении артериальной гипертензии.
39. Петлевые диуретики (фуросемид, торасемид): ФД, ФК, показания к применению в сравнении с гипотиазидом.
40. Калийсберегающие диуретики (спиронолактон): особенности ФД, ФК, показания.
41. Принципы комбинированного использования антигипертензивных средств. Примеры комбинированных препаратов.
42. Препараты выбора для купирования гипертонического криза, механизм действия, пути введения.
43. Причины нарушения коронарного и мозгового кровотока.
44. Классификация антиангинальных средств (группы и препараты).
45. Препараты, применяемые для купирования приступов стенокардии: особенности применения, эффективность, быстрота и длительность действия.
46. Нитраты: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах ИБС.
47. Бета-адреноблокаторы: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Синдром отмены бета блокаторов. Применение при различных формах ИБС.
48. Антагонисты кальция: классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах ИБС.
49. Препараты, применяемые при инфаркте миокарда, их характеристика.
50. Препараты антиаритмиков I класса. Фармакологическая характеристика. Механизм мембраностабилизирующего действия. Фармакокинетические особенности. Показания к применению. Побочные эффекты. Противопоказания.

51. Препараты антиаритмиков II класса. Сравнительная фармакологическая характеристика. Механизм антиаритмического действия. Фармакокинетические особенности. Показания к применению. Побочные эффекты. Противопоказания.
52. Препараты антиаритмиков III класса. Фармакологическая характеристика. Механизм антиаритмического действия. Показания к применению. Побочные эффекты. Противопоказания.
53. Препараты антиаритмиков IV класса. Механизм антиаритмического действия. Фармакологическая характеристика. Показания к применению. Побочные эффекты. Противопоказания.
54. Другие ЛС, применяемые при тахиаритмиях: сердечные гликозиды, аденозин, АТФ, препараты калия.
55. ЛС, применяемые при брадиаритмии. Классификация, номенклатура. Механизмы действия. Особенности фармакокинетики и применения.
56. Фазы сердечного цикла и их регуляция.
57. Возможности фармакологической коррекции недостаточности сердечной деятельности. Кардиотонические средства, классификация.
58. Сердечные гликозиды (СГ). Источники их получения, химическое строение, классификация сердечных гликозидов по длительности действия, кардиальные эффекты СГ и их характеристика, механизм систолического действия СГ, механизмы развития хронотропного, дромотропного и батмотропного эффектов СГ, показатели ЭКГ при действии СГ, экстракардиальные эффекты СГ и механизмы их развития. Фармакокинетика СГ и условия, влияющие на нее. Возрастные особенности фармакокинетики. Показания и противопоказания к применению сердечных гликозидов, возможные осложнения. Признаки интоксикации СГ, профилактика и лечение.
59. Кардиотонические средства негликозидного строения: препараты, механизм кардиотонического действия. Сравнительная характеристика влияния на функции сердца сердечных гликозидов, дофаминомиметиков, адреномиметиков, ингибиторов ФДЭ, аналептиков, психостимуляторов: сходства и различия.
60. Тромбоцитарный гемостаз. Лекарственные средства, препятствующие образованию тромбоцитарного тромба: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к назначению.
61. Коагуляционный гемостаз. Нефракционированный и низкомолекулярные гепарины: классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению. Контроль гепаринотерапии.
62. Коагуляционный гемостаз. Антикоагулянты непрямого действия: классификация, механизм действия, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению. Контроль терапии.
63. Новые пероральные антикоагулянты: ФД, ФК, формы выпуска, показания и противопоказания к
64. применению, НПП, методы контроля эффективности и безопасности.
65. Система фибринолиза. Фибринолитики: классификация, механизм действия, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
66. Классификация гиполипидемических ЛС.
67. Статины: классификация, ФД, ФК, НПР, сравнительная характеристика препаратов, показания к применению. Плейотропные эффекты статинов, клиническое значение.
68. Фибраты (фенофибрат): ФД, ФК., показания к применению, НПР и лекарственные взаимодействия, место в терапии дислипидемий.
69. Принципы комбинированной гиполипидемической терапии
70. Селективные бета₂-агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол): особенности

- ФД и НЛР в сравнении с неселективными, разница в действии, показания к применению.
71. Бета2-агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол, индакатерол): особенности ФД, показания.
 72. Антихолинергические ЛС (ипратропиум, тиотропиум): ФД, ФК, НЛР, показания к применению.
 73. Ксантины (теофиллин, аминофиллин): ФД, ФК, зависимость действия от концентрации в крови, НЛР, отличительные особенности. Показания к назначению препаратов теофиллина внутрь и парентерально, правила дозирования, лекарственные взаимодействия.
 74. Стабилизаторы мембран тучных клеток (хромогликат, недокромил): особенности ФД,
 75. ФК, сроки развития эффека, показания, НЛР.
 76. Место ингаляционных глюкокортикоидов (беклометазон, будесонид, флутиказон, мометазон) в фармакотерапии бронхиальной астмы, механизм терапевтического действия. НЛР, меры профилактики.
 77. Показания к пероральному и парентеральному введению глюкокортикоидов при бронхиальной астме. Наиболее предпочтительные препараты, НЛР. Взаимодействие с бронхолитиками. Комбинированные ЛС, применяемые при нарушениях бронхиальной проходимости (беродуал, серетид, симбикорт): состав, показания.
 78. Антилейкотриеновые препараты (зафирлукаст, монтелукаст): ФД, ФК, НЛР, место в фармакотерапии бронхиальной астмы.
 79. Омализумаб: ФД, ФК, НЛР, место в терапии бронхиальной астмы.
 80. Средства доставки препаратов при ингаляционном введении (небулайзер, спейсер, спинхалер, дискхалер, ингалятор “легкое дыхание”), их особенности.
 81. Факторы, принимающие участие в регуляции функций органов пищеварения (ЦНС, ферменты, гормоны).
 82. Классификация средств, влияющих на функции органов пищеварения (группы и препараты).
 83. Локализация и механизм действия средств, влияющих на аппетит. Препараты, их сравнительная характеристика, нежелательные эффека.
 84. Стимуляторы желудочной секреции. Средства заместительной терапии при недостаточности секреторной активности желез желудка.
 85. Средства, понижающие секрецию желез желудка: классификация, принципы действия, применение. Фармакодинамика блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов, сравнительная характеристика препаратов. Фармакологическая характеристика блокаторов H⁺,K⁺-АТФ-азы.
 86. Антацидные средства: механизм действия, применение, побочные эффека. Фармакодинамика препаратов гастропротекторов и стимуляторов регенерации слизистой оболочки ЖКТ.
 87. Принципы фармакотерапии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Нежелательные эффека препаратов, способы их преодоления.
 88. Рвотные средства, механизм действия, применение. Фармакодинамика противорвотных средств. Характеристика и показания к применению препаратов разного механизма действия.
 89. Фармакологическая характеристика средств повышающих тонус и моторику кишечника.
 90. Фармакологическая характеристика средств, устраняющих спазм гладких мышц ЖКТ. Фармакодинамика средств, применяемых при нарушении экскреторной функции поджелудочной железы. Показания к применению препаратов.
 91. Гепатотропные средства: классификация, показания к применению препаратов разных групп.

92. Фармакологическая характеристика холеретиков (стимуляторов секреции желчи).
93. Фармакодинамика и фармакокинетика средств, способствующих отделению желчи в 12-перстную кишку (холекинетики).
94. Характеристика гепатопротекторов и холелитолитических средств: механизм действия, показания к применению.
95. Классификация слабительных средств (группы и препараты), принцип действия и показания к применению. Фармакодинамика и фармакокинетика слабительных средств, оказывающих механическое раздражение рецепторов слизистой кишечника, облегчающих продвижение каловых масс по кишечнику, оказывающих химическое раздражение рецепторов слизистой кишечника
96. Препараты эубиотиков. Характеристика пробиотиков и пребиотиков, применение.
97. Принципы диагностики и лечения ревматических заболеваний.
98. НПВС: классификация по противовоспалительной активности, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты. Показания к назначению.
99. НПВС: классификация по степени селективности к различным видам ЦОГ. Основные побочные эффекты, факторы риска развития осложнений, контроль безопасности длительной терапии НПВС.
100. Системные глюкокортикостероиды (сГКС): механизм действия, классификация, основные фармакодинамические эффекты, противопоказания к назначению.
101. сГКС: побочные эффекты. Вторичная надпочечниковая недостаточность: факторы риска, меры предупреждения. Виды фармакотерапии сГКС. Хронотерапия, альтернирующая терапия, пульс-терапия.
102. Урикозурические средства: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочные эффекты. Фармакологическая характеристика средств, применяемых при острых приступах подагры.
103. Принципы лечения и диагностики заболеваний почек (острого пиелонефрита, острого и хронического гломерулонефрита, нефротического и нефритического синдромов, острой и хронической почечной недостаточности. Принципы лечения и диагностики хронической болезни почек.
104. Принципы диагностики и лечения заболеваний системы крови (анемии, лимфолейкоза, миелолейкоза, лимфомы).
105. Определение наркоза. Основные теории наркоза. Виды наркоза. Стадии и уровни течения наркоза. Требования, предъявляемые к наркозным средствам. Классификация наркозных средств (группы и препараты).
106. Фармакодинамика и фармакокинетика ингаляционных наркозных средств – летучих жидкостей, газообразных средств Достоинства и недостатки ингаляционных наркозных средств. Сравнительная фармакологическая характеристика эфира для наркоза и галотана. Достоинства и недостатки неингаляционных наркозных средств. Сравнительная характеристика средств для неингаляционного наркоза (активность, скорость развития и длительность наркоза, последствие). Роль ГАМК-БД-БТ-рецепторного комплекса в механизме действия неингаляционных наркозных средств (барбитуратов, средств короткого, длительного действия). Показания и противопоказания к назначению наркозных средств разных групп. Возможные побочные эффекты и осложнения от применения наркозных средств и их предупреждение. Выбор наркозных средств в зависимости от возраста пациента и состояния жизненно важных органов. Комбинированное применение средств для наркоза.
107. Применение этилового спирта в медицинской и фармацевтической практике. Резорбтивное действие этилового алкоголя. Влияние этанола на плод и потомство.
22. Острое отравление спиртом этиловым и средства экстренной помощи. Препараты,

- применяемые для лечения хронического алкоголизма. Фармакодинамика препаратов, применяемых для снятия алкогольной абстиненции.
108. Классификация средств, регулирующих сокращения матки (группы и препараты). Осложнения при применении родостимулирующих средств, их профилактика и лечение. Влияние бета-адреномиметиков и ГАМК-позитивных веществ на сократительную активность матки.
 109. Эстрогенные препараты, фармакодинамика, показания и противопоказания к применению. Антиэстрогенные препараты, механизм действия, применение. Фармакологическая характеристика препаратов гестагенов, применение.
 110. Гормональные контрацептивы: классификация, механизм действия, особенности применения, побочные эффекты.
 111. Химиотерапия туберкулеза: принципы рациональной противотуберкулезной терапии.
 112. Основные противотуберкулезные препараты: классификация, механизм действия, противопоказания, НПР, сравнительная характеристика препаратов, принципы комбинирования. Оценка эффективности противотуберкулезной терапии.
 113. Классификация гормональных средств и источники их получения. Общие принципы гормонотерапии.
 114. Препараты гормонов гипоталамуса и гипофиза, фармакологические свойства, применение.
 115. Препараты гормонов щитовидной и паращитовидной желез: влияние на основной и минеральный обмен, ЦНС, применение. Антитиреоидные средства: механизм действия, применение, возможные осложнения.
 116. Препараты для лечения диабета, классификация. Препараты инсулина: источники получения, классификация, механизм действия, принципы дозирования, способы применения. Синтетические гипогликемические средства: классификация, механизм действия, показания к применению, побочные эффекты. Средства экстренной помощи при гипергликемической и гипогликемической комах.
 117. Минералокортикоиды: фармакологическая характеристика, применение, побочные эффекты и их профилактика.
 118. Препараты мужских половых гормонов, фармакологическая характеристика, применение. Антагонисты андрогенных гормонов, механизм действия, применение. Анаболические средства, влияние на обмен веществ, показания к применению, побочные эффекты.
 119. Местные анестетики: классификация, механизм действия, сравнительная характеристика препаратов, показания к применению в офтальмологии и выбор препарата, НПР, противопоказания. Комбинированные формы местной анестезии: состав, особенности применения, НПР.
 120. Топические глюкокортикоиды, применение в офтальмологии. Особенности применения ГКС в детском возрасте, у кормящих, во время беременности. Показания и противопоказания назначения глюкокортикоидов в офтальмологии. Пульс-терапия. Показания к применению офтальмологии.
 121. Классификация снотворных средств. Различия в механизме снотворного действия бензодиазепинов, барбитуратов и алифатических снотворных. Фармакологическая характеристика бензодиазепинов, применяемых в качестве снотворных. Фармакодинамика и фармакокинетика золпидема и зопиклона. Обоснование применения транквилизаторов и седативных средств в качестве снотворных. Побочные эффекты снотворных средств. Острые отравления барбитуратами и снотворными других групп, принципы фармакотерапии острых отравлений снотворными.

122. Классификация противосудорожных средств по нозологическому принципу. Классификация противоэпилептических препаратов. Возможные механизмы действия противоэпилептических средств. Средства, применяемые при больших эпилептических приступах, малых эпилептических приступах, при психомоторных эквивалентах эпилептических приступов. Средства для купирования эпилептического статуса. Сравнительная оценка эффективности отдельных препаратов при разных формах эпилепсии. Побочные эффекты противоэпилептических средств.
123. Классификация противопаркинсонических средств. Обоснование применения холиноблокаторов при паркинсонизме, препараты и их характеристика. Механизмы действия и сравнительная эффективность противопаркинсонических средств, стимулирующих дофаминергические процессы. Побочные эффекты и возможные осложнения при применении противопаркинсонических средств.
124. Препараты для лечения спастичности, механизм действия. Препараты для купирования симптоматических судорог, их характеристика.
125. Классификация психотропных средств. Антипсихотические средства (нейролептики): определение, классификация, механизм действия, фармакологические эффекты, НПР, показания и противопоказания к применению.
126. Транквилизаторы (анксиолитики): определение, классификация. Основные фармакологические эффекты транквилизаторов. Показания для назначения транквилизаторов. Побочные эффекты и осложнения, вызываемые транквилизаторами.
127. Седативные средства: определение, классификация, механизм действия.
128. Понятие об антидепрессивном эффекте. Классификация антидепрессантов. Селективные ингибиторы МАО-А, особенности фармакодинамики. Антидепрессанты - ингибиторы обратного нейронального захвата моноаминов, фармакологическая характеристика. Селективные ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина, особенности фармакодинамики. Показания и противопоказания к назначению антидепрессантов, НПР. Меры помощи и профилактика.
129. Понятие о нормотимическом эффекте. Фармакологическая характеристика нормотимиков.
130. Классификация психостимуляторов (группы и препараты). Механизм действия психомоторных стимуляторов. Фармакологические эффекты и механизм действия производных пурина.
131. Психостимуляторы: классификация, механизм действия, сравнительная характеристика препаратов, НПР, показания и противопоказания к назначению.
132. Ноотропы: классификация, механизм действия, сравнительная характеристика препаратов, НПР, показания и противопоказания к назначению.
133. Классификация противоопухолевых средств: группы и препараты, фармакологическая характеристика, НПР, возможности их предупреждения и коррекции.
134. Пенициллины: классификация, механизм действия, фармакологические свойства, сравнительная характеристика пенициллинов разных групп, НПР, показания к применению.
135. Цефалоспорины: классификация, общая характеристика, НПР, меры профилактики. Сравнительная характеристика цефалоспоринов I-V поколений. Показания к применению.
136. Понятие об ингибиторах в-лактамаз (сульбактам, клавуланат), их клиническое значение. Ингибиторозащищенные бета-лактамы (амоксциллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам): особенности а/м спектра, показания.
137. Карбапенемы и монобактамы: особенности а/м спектра, ФК и НПР; показания.

138. Аминогликозиды: а/м спектр, ФК, факторы, влияющие на выбор дозы (возраст, масса тела, возраст, функция почек, вид инфекции). НПР, факторы риска, меры профилактики и помощи, лекарственные взаимодействия.
139. Фторхинолоны: преимущества перед хинолонами I поколения по ФД (включая а/м спектр), ФК и переносимости. Понятие о «респираторных» фторхинолонах. Сравнительная характеристика фторхинолонов.
140. Макролиды: а/м спектр, ФК, показания, НЛР, лекарственные взаимодействия. Сравнительная характеристика макролидов.
141. Линкозамиды (линкомицин, клиндамицин): а/м спектр, ФК, НЛР, показания, отличительные особенности.
142. Тетрациклины (тетрацилин, доксицилин): а/м спектр, ФК, показания, противопоказания, лекарственные взаимодействия, отличительные особенности.
143. АМП препараты разных групп: глицилциклины (тигецилин), гликопептиды, даптомицин, линезолид, фосфомицин, полимиксины, рифамицины, хлорамфеникол, котримоксазол, метронидазол, нитрофураны. Фармакологические свойства, ФК, показания, противопоказания, НПР.
144. Понятие об эмпирической и этиотропной антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения АМП, выбор дозы и пути введения.
145. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности. Последствия нерационального применения АМП.
146. Выбор АМП при инфекциях, вызываемых грам(+) кокками, грам(-) бактериями, неспорообразующими анаэробами, при инфекциях, вызываемых хламидиями, хламидофилами, микоплазмами, инфекциях верхних дыхательных путей (тонзиллофарингит, отит, синусит), инфекциях нижних дыхательных путей (обострение ХОБЛ, внебольничная пневмония, нозокомиальная пневмония), инфекциях мочевыводящих путей (острый цистит, острый пиелонефрит, хроническая инфекция МВП), менингите, интраабдоминальных инфекциях.
147. Классификация противогрибковых препаратов. Противогрибковые антибиотики: препараты, механизм и спектр действия, показания к применению. Синтетические противогрибковые средства: препараты, механизм и спектр действия, показания к применению.
148. Классификация противовирусных средств (группы и препараты). Механизмы действия противовирусных средств, примеры.
149. Противогриппозные средства: препараты и их фармакологическая характеристика.
150. Противогерпетические и противцитомегаловирусные препараты. Особенности ФД, ФК, НЛР. Интерфероны: препараты, механизм действия, применение. Интерфероногены: препараты, их характеристика, применение.
151. Средства для лечения ВИЧ-инфекции: препараты, механизм действия.
152. Специфика профессиональной деятельности преподавателя вуза.
153. Содержание инновационной деятельности преподавателя высшей школы.
154. Профессионально-педагогическая культура преподавателя: сущность и структура.
155. Профессионально-педагогические компетенции преподавателя вуза.
156. Педагогические способности преподавателя вуза. Анализ собственных педагогических способностей.
157. Профессионально-педагогическое общение преподавателя: сущность, стили, модели (подтвердить конкретными примерами).
158. Социально-психологический портрет современного студента.

159. Типология взаимодействия субъектов образовательного процесса в вузе в контексте профессионально-личностного развития преподавателя и студента.
160. Лекция как ведущий метод обучения в вузе: сущность, структура, особенности проведения.
161. Нетрадиционные виды лекций, особенности их организации и проведения (рассмотреть один вид подробно применительно к своей специальности).
162. Общая характеристика образовательных технологий в вузе.
163. Характеристика конкретной образовательной технологии в вузе с анализом ее достоинств и ограничений применения (применительно к профилю подготовки аспиранта).
164. Семинарские и практические занятия в вузе.
165. Технология (методика) проведения семинарского (практического) занятия по профилю подготовки аспиранта.
166. Приемы активизации познавательной деятельности студентов на лекции и семинаре (применительно к профилю подготовки аспиранта).
167. Формы и методы педагогического контроля в вузе. Примеры различных видов контроля (по профилю подготовки аспиранта).
168. Методы и формы самостоятельной работы студентов. Примеры репродуктивных, частично-поисковых и творческих видов работ (по профилю подготовки аспиранта).
169. Организация исследовательской и проектной деятельности студентов (на примере своей специальности).
170. Использование мультимедийных средств в учебном процессе высшей школы (на примере своей специальности).
171. Приемы профилактики педагогического конфликта. Анализ способов разрешения конкретной конфликтной ситуации в вузе.
172. Профессиональное воспитание студентов: сущность и технологии. Проблемные аспекты профессионального воспитания студентов в вузе (на примере своей специальности).
173. Сравнительный анализ подготовки преподавателя высшей школы в России и за рубежом (на примере конкретной страны)

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

**Задачи к экзамену по программе повышение квалификации «Клиническая
фармакология»**

1. Рассчитайте нагрузочную дозу леветирацетама для пациента весом 80 кг. Терапевтический диапазон для леветирацетама 10-20 мкг/мл, V_d 0,7 л/кг.
2. Рассчитайте нагрузочную дозы рибавирина для пациента весом 70 кг, необходимую для создания концентрации 20 мкг/мл. Объем распределения рибавирина равен 10 л/кг.
3. Рассчитайте суточную дозу изосорбида динитрата для пациента с циррозом печени. При объективном обследовании у пациента признаки умеренной энцефалопатии, асцит, альбумин 30 г/л, билирубин 38 мкг/л, ПТИ 52%.
4. Определите режим дозирования цефотаксима для пациента с пневмонией и ХПН. Пациент мужского пола, 54 лет, вес 78 кг, креатинин 208 мкмоль/л.
5. К врачу-терапевту обратилась беременная (срок беременности 9-10 недель) с жалобами на продуктивный кашель с отхаркиванием мокроты слизисто-гнойного характера, субфебрильную температуру. После обследования врачом был установлен диагноз: Острый бронхит. Выберите наиболее безопасную терапию.
6. Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ГБ II, 2 степени, риск 4 (очень высокий). Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка при физической нагрузке и в покое. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола. Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию терапии.
7. Больной С., 62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течении 1 часа. ЧСС – 85 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст. (максимальное АД – 190\100 мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I, II, AVL, V5-V6 отведениях –

изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

8. Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи? Какова дальнейшая тактика ведения больного?

9. Больная Р., 76 лет, поступила с давящими, сжимающими болями за грудиной. Со слов больной боли появились около 12 часов назад, самостоятельно принимала дважды нитроглицерин под язык, – без эффекта. Доставлена в приемный покой больницы скорой помощи. На ЭКГ: очаговые повреждения передне-перегородочной области ЛЖ (з. Q и подъем ST – изоэлектрическая линия в I, AVL, V1-V3, депрессия ST в нижних отведениях), ЧСС – 90 в мин. АД 130\80 мм.рт.ст. Какие препараты необходимо назначить больной?

10. Больной И., 54 года страдает ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ПИКС. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ХСН IIБ ст. Больной постоянно принимает энап 5 мг x 2 раза, бисопролол 5 мг x 1 раз в сут., индапамид – ретард 1,5 мг \сут., фуросемид 40 мг. 1 раз в неделю. На фоне проводимой терапии появилась пастозность голеней, периодически стенокардитические боли, ЧСС – 90 в мин., PS- 86 в мин., АД – 160\90 мм.рт.ст. Предложите тактику ведения пациента.

11. Больной А., 60 лет лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ХСН II А ст. Артериальная гипертензия II ст, ОВР. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. В стационаре получал лечение: нитраты в\в однократно, затем таблетированно; гепарин п\к, иАПФ, б-адреноблокаторы. Выписывается с улучшением, со стабилизацией стенокардии во II ФК (ЧСС-72 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст., ХС – 4,2 ммоль\л).

Какие лекарственные препараты необходимо рекомендовать больному при выписке?

Какие антиагреганты возможно назначить больному?

Как правильно назначать нитраты?

12. Больной лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия со стабилизацией в III ФК. ХСН II А. При выписке ЧСС-70 в мин., АД-120\80 мм.рт. ст., ХС- 5,8 ммоль\л.

Какие группы препаратов необходимо рекомендовать больному? Какие показатели крови необходимо контролировать при приеме статинов? Как назначать нитраты при ФК III?

13. Больной с Дз: ИБС. Стабильная стенокардия ФК II. ПИКС. ХСН II Б ст. Получает пропранолол, аспирин, аккупро, нитраты ситуационно, гипотиазид, аторвастатин.

Какие бета-адреноблокаторы предпочтительнее у больного с ИБС и ХСН.

Какую группу мочегонных можно добавить в лечение ?

14. Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до 210-230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью, сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким поворотом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулаторно - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухоли щитовидной

железы. Об-но: состояние удовлетворительное, астенический тип телосложения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена, PS 98 в мин, АД 150/100. При пальпации живота женщина побледнела, покрылась холодным потом, расширились зрачки, в глазах - страх. PS 130, АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэпикардиальной ишемии. После в/в введения фентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэпикардиальной ишемии на ЭКГ купировалась. ОАК, БАК без особенностей. Ваш диагноз, дальнейшая тактика и лечение.

15. Больной 65 лет, страдает АГ много лет. Принимает клофелин. В последние 2-3 месяца появились головокружение, шум в ушах, снижение слуха. На РЭГ ГМ сосудов регистрируется спастический тип кривой, спазм артерий мелкого и среднего калибра. Причина? Дальнейшая тактика ведения больного?

16. Больная 28 лет, страдает гормонозависимой бронхиальной астмой (принимает 30 мг преднизолона в день). В последние несколько месяцев стала отмечать повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Причина повышения АД? Ваша тактика?

17. Больной 18 лет, страдает АГ в течение 3х лет. Ежедневно отмечает повышение САД до 170-160 мм рт. ст. При исследовании внутренних органов патологии не выявлено. Со стороны ССС - границы относительной сердечной тупости на 1 см расширены влево. ВТ пальпируется в V м/р на 0,5 см кнутри от I. medioclaviculares sinistral. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 68 в 1', АД 160/100 мм рт. ст. из анамнеза жизни известно, что больной занимался лёгкой атлетикой, из которой ушёл 3,5 года назад по семейным обстоятельствам. Причина гипертрофии левого желудочка ? Дальнейшая тактика ведения больного.

18. Больная 56 лет, при поступлении предъявляла жалобы на плаксивость, раздражительность, периодические повышения САД до 180-170 мм рт. ст., тахикардию, потливость тремор пальцев рук, ощущение «внутренней дрожи», тревоги, снижение массы тела на 6 кг за последние месяцы при повышенном аппетите, слабость. Считает себя больной около года, когда появились первые симптомы заболевания. При обследовании: больная беспокойна, что-то постоянно «перебирает» руками. Кожные покровы горячие, «бархатистые», тургор не снижен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 120 в мин, АД 170/100 мм рт. ст. Патологии со стороны органов ЖКТ и МВС нет. Щитовидная железа при пальпации увеличена до II степени, хорошо заметна при осмотре во время глотания, мягко-эластической консистенции, без узловых образований, свободно смещается при глотании. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Симптом Мари и Розенбаха положительные. Лабораторные исследования: св. Т4 - 36 (N 9-28), ТТГ - 0 (N 0,35-5,5). Ваш предположительный диагноз? Лечение гипертонии?

19. Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положении ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер

горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Сослов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингалировала сальбутамол - без эффекта. Диагноз: астматический статус. Назначить лечение.

20. Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет. Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие басовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1'. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с уч. клиники. ОАК: ЛЦ 9,2, ЭЦ 3,2, НБ 106, СОЭ 19, п/я 6, с/я 62, Э 1, М 3, ЛФ 28. Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, ЛЦ - в большом количестве, пл. эпителий 10-15 в п/зрения. ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%. Rh- графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёг/рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена. Ваш диагноз, тактика лечения.

21. Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1 -2 раза в неделю, купирует салбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес, госпитализирован на обследование от военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи. Об-но: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в Г. ЭОС не отклонена. ФВД: ЖЕЛ 3,13(108%) колебания ПСВв течение суток 25%,ФЖЕЛ-2,08 (71%),ОФВ, = 1,87 (78%),

Инд. Тиффо 59,7%. Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне ЖЕЛ. Общий анализ мокроты: вязкая, серая. ЛЦ 10-15, пл. эпителий 8-10. ОАК, ОАМ без патологии. Rn- графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента. Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о. Ваш диагноз. Тактика лечения

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

**Эталоны тестовых заданий по программе повышение квалификации
«Клиническая фармакология»**

1. Врач клинический фармаколог должен иметь высшее медицинское образование по специальности:
 - 1)стоматология
 - 2)педиатрия
 - 3)фармацевтика
 - 4)лечебное дело
 - 5)санитария и гигиена

2. В обязанности врача клинического фармаколога входит:
 - 1)контролировать проведение фармакотерапии в отделениях лечебно-профилактического учреждения
 - 2)обеспечивать своевременный сбор информации по выявлению побочных действий лекарственных препаратов
 - 3)участвовать в разработке лекарственного формуляра лечебно-профилактического учреждения
 - 4)производить закупки лекарственных препаратов непосредственно назначать терапию пациентам

3. Врач клинический фармаколог имеет следующие права:
 - 1)вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда
 - 2)в случае необходимости отменять терапию, назначенную лечащим врачом
 - 3)осуществлять закупку медикаментозных препаратов
 - 4)участвовать в совещаниях, конференциях по вопросам, связанным с фармакотерапией и лекарственным обеспечением
 - 5)проверять знания заведующих клиническими отделениями

4. Врач клинический фармаколог должен уметь:
 - 1)организовать исследования основных показателей по фармакодинамике и фармакокинетике лекарственные средства
 - 2)проводить лекарственный тест
 - 3)проводить поиск по вопросам клинической фармакологии с использованием информационных систем
 - 4)разработать протокол исследования
 - 5)определять и оценивать равновесную концентрацию
 - 6)все верно

5. При введении в штат должности врача - клинического фармаколога в лечебном учреждении должны быть следующие организационные документы:
 - 1)Приказ о введении в штатное расписание лечебного учреждения должности врача - клинического фармаколог
 - 2)Должностная инструкция врача - клинического фармаколога

- 3) «Положение о враче - клиническом фармакологе»
- 4) Приказ о введении в учреждении лекарственного формуляра
- 5) Приказ о размещении в лечебном учреждении аптечного киоска

6. Наиболее целесообразно включение врача - клинического фармаколога в состав постоянно действующих комиссий:

- 1) комиссия по клинико-экспертной работе
- 2) комиссия по рациональности назначения лекарственных средств
- 3) комиссия по контролю за учетом, хранением и рациональностью использования наркотических средств
- 4) комиссия по списанию оборудования
- 5) комиссия по питанию

7. Планирование работы врача - клинического фармаколога подразумевает утверждение следующих планов:

- 1) План работы клинического фармаколога на год
- 2) План работы клинического фармаколога на квартал
- 3) График работы врача - клинического фармаколога
- 4) План работы клинического фармаколога на месяц
- 5) План работы клинического фармаколога на полугодие

8. Какие нормативные документы регламентируют деятельность врача - клинического фармаколога:

- 1) ПРИКАЗ № 131 от 05.05.97 о введении специальности «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»
- 2) Приложение 1 к приказу Минздрава России от 05.05.97 №131 Дополнение номенклатуры врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»
- 3) Приложение 2 к приказу Минздрава России от 05.05.1997г. № 131 «Положение о враче - клиническом фармакологе»
- 4) Приложение 3 к приказу Минздрава России от 05.05.1997 4) № 131 «Квалификационная характеристика провизора»

9. Врач клинический фармаколог должен проходить переподготовку:

- 1) Один раз в 2 года
- 2) Один раз в 3 года
- 3) Один раз в 4 года
- 4) Один раз в 5 лет
- 5) Один раз в 10 лет

9. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям?

- 1) Освобождение от ответственности
- 2) Уголовную ответственность
- 3) Гражданско-правовую ответственность
- 4) Материальную ответственность
- 5) Не несет никакой ответственности

10. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан создаются в целях:

- 1) Защиты прав пациента и отдельных групп населения
- 2) Разработки норм медицинской этики

- 3)Разрешения вопросов, связанных с нарушением норм медицинской этики
- 4)Подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической медицинской деятельности
- 5)Подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям научно-исследовательской медицинской деятельности

11. Следующие права пациента являются новыми для российского законодательства?

- 1)Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
- 2)Допуск в стационар адвоката
- 3)Допуск в стационар священнослужителя
- 4)Выбор медицинского врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- 5)Выбор медицинского учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС

12. При выборе режима дозирования ЛС на основе $T_{1/2}$ определяют

- 1)суточную дозу
- 2)разовую дозу
- 3)кратность приема
- 4)частоту побочных эффектов
- 5)интенсивность печеночного кровотока

13. Величина биодоступности важна для определения:

- 1)скорости выведения
- 2)пути введения ЛС
- 3)кратности приема
- 4)величины нагрузочной дозы
- 5)эффективности препарата

14. Прием пищи увеличивает всасывание следующих ЛС:

- 1)пропранолола
- 2)метронидазола
- 3)эритромицина
- 4)ампициллина
- 5)спиронолактона
- 6)фуросемида

15. Прием пищи уменьшает всасывание следующих ЛС:

- 1)ампициллина
- 2)пропранолона
- 3)фуросемида
- 4)метронидазола
- 5)эритромицина
- 6)спиронолактона

16. При заболеваниях печени увеличивается период полувыведения:

- 1)лидокаина
- 2)пропранолола
- 3)теофиллина
- 4)гентамицина
- 5)преднизолона
- 6)дигоксина

17. Эффект первого прохождения через печень характерен для:

- 1) аминазина
- 2) лидокаина
- 3) пропранолола
- 4) дигоксина
- 5) амитриптилина

18. Какие основные факторы определяют почечный клиренс?

- 1) функциональное состояние организма
- 2) скорость клубочковой фильтрации
- 3) скорость кровотока
- 4) объем притока крови
- 5) объем распределения
- 6) биодоступность

19. Биодоступность это?

- 1) количество всасавшегося препарата в ЖКТ
- 2) количество препарата, поступающее в системную циркуляцию по отношению к введенной дозе
- 3) разрушение препарата в печени
- 4) количество препарата, поступившее к рецептору
- 5) количество препарата не связанное с белком
- 6) количество свободной фракции препарата

20. При каких состояниях характерно увеличение $T_{1/2}$?

- 1) шок
- 2) пожилой возраст
- 3) почечная недостаточность
- 4) прием барбитуратов
- 5) инфаркт миокарда
- 6) увеличение скорости клубочковой фильтрации

21. Препараты, обладающие высокой липофильностью:

- 1) хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- 2) метаболизируются в печени
- 3) хорошо проникают через гемато-энцефалический барьер
- 4) плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- 5) выводятся почками в неизменном виде

22. Побочные действия, зависящие от дозы препарата:

- 1) фармакодинамические
- 2) аллергические
- 3) токсические
- 4) фармакоэкономические
- 5) фармакокинетические

23. Факторы, влияющие на изменение фармакодинамики лекарств у лиц пожилого возраста:

- 1) уменьшение проницаемости капилляров
- 2) замедление опорожнения желудка
- 3) повышение связи лекарств с белками плазмы
- 4) снижение клубочковой фильтрации
- 5) нарушение мозгового кровообращения

24. Индометацин у беременных вызывает:

- 1) подавление преждевременных сокращений матки в связи с подавлением синтеза простагландинов
- 2) преждевременное закрытие Боталлова протока у плода
- 3) концентрация препарата в амниотической жидкости составляет 50-60% от таковой в плазме женщины
- 4) индометацин проникает в амниотическую жидкость
- 5) повышение ДЦ в сосудах малого круга кровообращения у плода при длительном приеме его беременными
- 6) все верно

25. Препараты, обладающие высокой липофильностью:

- 1) Хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- 2) Метаболизируются в печени
- 3) Хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер
- 4) Плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- 5) Выводятся почками в неизменном виде

26. Основные особенности фармакокинетики лекарственных средств у лиц пожилого возраста:

- 1) снижение скорости абсорбции
- 2) снижение скорости распределения
- 3) уменьшение связывания лекарственных средств с белками плазмы
- 4) замедление метаболизма
- 5) замедление выведения лекарственных средств
- 6) все верно

27. Более точно характеризует скорость выведения ЛС из организма:

- 1) $T_{1/2}$
- 2) общий клиренс
- 3) Биоэквивалентность
- 4) Биодоступность
- 5) Биотрансформация препарата в печени

28. Что характеризует параметр «кажущийся объем распределения»?

- 1) скорость всасывания препарата
- 2) скорость выведения препарата
- 3) скорость распада препарата
- 4) эффективность препарата
- 5) способность препарата проникать в органы и ткани

29. Равновесная концентрация это?

- 1) состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого препарата
- 2) максимальная концентрация после разового введения препарата
- 3) минимальная концентрация после введения препарата
- 4) концентрация перед очередным введением препарата
- 5) средняя концентрация после очередного введения препарата
- 6) остаточная концентрация через период времени равной $T_{1/2}$

30. Что такое $T_{1/2}$

- 1) время, за которое разрушается половина введенной дозы
- 2) время, за которое выводится 50% введенного количества препарата
- 3) время, за которое концентрация препарата в крови уменьшается на 50%
- 4) время, за которое содержание препарата в организме увеличивается на 50%
- 5) время необходимое для достижения S равновесной концентрации
- е) S времени необходимое для достижения максимальной концентрации)
- ж) S времени необходимое для достижения максимального эффекта препарата

31. Укажите, где в основном происходит всасывание большей части лекарств:

- 1) в ротовой полости
- 2) в пищеводе
- 3) в желудке
- 4) в тонком кишечнике
- 5) в толстом кишечнике
- е) в прямой кишке

32. Биодоступность лекарственных средств представляет собой:

- 1) количество препарата, всасавшегося в желудочно-кишечном тракте
- 2) количество препарата, не связанного с белками плазмы
- 3) количество препарата, поступающего в системный кровоток, по отношению к введенной дозе
- 4) количество препарата, способное оказать терапевтическое действие
- 5) количество препарата, подвергшееся метаболизму в печени

33. У препаратов, связывающихся с белками плазмы более чем 90%, при уменьшении связи их действие:

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) не изменяется
- 4) вначале увеличивается, а затем уменьшается
- 5) вначале уменьшается, а затем увеличивается

34. Метаболизм лекарственных средств при гипотиреозе:

- 1) повышается
- 2) снижается
- 3) не изменяется
- 4) вначале повышается, затем снижается
- 5) вначале снижается, затем повышается

35. Всасываемость лекарств у лиц пожилого возраста изменяется в результате

- 1) снижения активного транспорта
- 2) повышения активного транспорта
- 3) снижения пассивной диффузии
- 4) повышения пассивной диффузии
- 5) снижения активного транспорта и повышения пассивной диффузии

36. Гипохлоргидрия у лиц пожилого и старческого возраста:

- 1) приводит к ослаблению всасывания лекарств, обладающих кислыми свойствами
- 2) приводит к ослаблению всасывания лекарств, обладающих щелочными свойствами
- 3) не влияет на всасываемость лекарств

37. Уменьшения суточных доз у больных пожилого и старческого возраста требует применение

- 1) трициклических антидепрессантов
- 2) сердечных гликозидов
- 3) антикоагулянтов и антиагрегантов
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

38. Терапевтический индекс это:

- 1) терапевтическая доза лекарства
- 2) отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови
- 3) соотношение между минимальной терапевтической и токсической концентрациями лекарства в плазме
- 4) процент не связанного с белком лекарства
- 5) соотношение между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства

39. К рецепторным средствам конкурентного действия относятся:

- 1) нестероидные противовоспалительные средства
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) петлевые диуретики
- 4) нитраты
- 5) фторхинолоны

40. Функцию и печени и почек следует учитывать при назначении:

- 1) липофильных препаратов, образующих неактивные метаболиты
- 2) липофильных препаратов, образующих активные метаболиты
- 3) гидрофильных препаратов
- 4) гепатотоксичных препаратов
- 5) нефротоксичных препаратов

41. Селективность действия лекарственного вещества зависит от:

- 1) периода полувыведения
- 2) способа приема
- 3) связи с белком
- 4) объема распределения
- 5) дозы

42. При патологии почек возникают следующие изменения фармакокинетики лекарств, кроме:

- 1) нарушение почечной экскреции
- 2) увеличение концентрации лекарств в плазме крови
- 3) уменьшение связывания с белками плазмы
- 4) увеличение $T_{1/2}$
- 5) уменьшение биодоступности

43. Цирроз печени вызывает следующие изменения фармакокинетики лекарств, кроме:

- 1) снижение пресистемного метаболизма
- 2) уменьшение связывания с белками плазмы
- 3) увеличение $T_{1/2}$
- 4) увеличение биодоступности

5)уменьшение объема распределения

44. Алкоголь приводит к:

- 1)увеличению абсорбции лекарств
- 2)увеличению объема распределения лекарств
- 3)замедлению метаболизма в печени
- 4)снижение почечной экскреции
- 5)увеличение $T_{1/2}$

45. Никотин приводит к:

- 1)уменьшению абсорбции лекарств
- 2)увеличению объема распределения лекарств
- 3)увеличению связи с белками плазмы
- 4)ускорению метаболизма в печени
- 5)усилению почечной экскреции лекарств

46. Толерантность к препарату это:

- 1)повышение чувствительности к препарату после его повторного применения
- 2)низкая чувствительность к препарату при первом применении
- 3)высокая чувствительность к препарату при первом применении
- 4)снижение чувствительности к препарату после его повторного
- 5)снижение дозы препарата после его первого применения

47. При приеме препаратов железа внутрь возникают следующие побочные эффекты:

- 1)диспептические расстройства
- 2)дизурические расстройства
- 3)окрашивание мочи в красный цвет
- 4)головная боль
- 5)кашель

48. Характерные для аминогликозидов побочные эффекты:

- 1)ототоксичность
- 2)усиление моторики желудка
- 3)проявление нефротоксичности во время лечения и после него
- 4)наличие высокого риска развития реакций гиперчувствительности подобно пенициллинам
- 5)нарушение мозгового кровообращения

49. У кормящей матери противопоказано назначение:

- 1)метронидазола (трихопола)
- 2)эритромицина
- 3)хлорамфеникола (левомецетина)
- 4)линкомицина
- 5)ампициллина

50. Побочные эффекты витамина С включают:

- 1)образование оксалатных камней в почках
- 2)образование холестериновых камней в почках
- 3)повышение клиренса мочевой кислоты
- 4)лейкопению
- 5)эритроцитоз

51. Строго дозозависимыми являются следующие группы побочных эффектов:

- 1)фармацевтические
- 2)токсические
- 3)аллергические
- 4)мутагенные
- 5)синдром отмены

52. Перечислите группы препаратов с узким терапевтическим индексом:

- 1)бета-адреноблокаторы
- 2)сердечные гликозиды
- 3)пенициллины
- 4)метилксантины
- 5)мощные диуретики

53. Наиболее характерные побочные эффекты препаратов железа:

- 1)Тошнота
- 2)Диарея
- 3)Боли в эпигастрии
- 4)Брадикардия
- 5)Головные боли

54. Побочные эффекты, характерные для снотворных включают:

- 1)Зависимость
- 2)Аллергические реакции
- 3)Гепатотоксичность
- 4)Анемия
- 5)Тромбоцитопения

55. Для побочных эффектов неаллергической природы характерно:

- 1)Возникают при применении вещества в терапевтических дозах
- 2)Относятся к спектру фармакологического действия лекарственного вещества
- 3)Их выраженность возрастает с увеличением дозы
- 4)Их выраженность не зависит от дозы
- 5)Их выраженность возрастает с уменьшением дозы

56. Для уменьшения риска развития побочного действия следует учитывать:

- 1)принадлежность препарата к определенной фармакологической группе
- 2)возраст пациента
- 3)функциональное состояние органов и систем, участвующих в биотрансформации лекарственного средства
- 4)функциональное состояние органов выведения препарата
- 5)наличие сопутствующих заболеваний
- 6)все верно

57. К противопоказаниям для назначения бета-блокаторов у больных с хронической сердечной недостаточности относят:

- 1)наличие приступов сердечной астмы
- 2)снижение фракции изгнания менее 40%
- 3)наличие атрио-вентрикулярной блокады II степени
- 4)наличие атрио-вентрикулярной блокады I степени
- 5)снижение фракции изгнания менее 20%

58. При развитии пароксизмов желудочковой тахикардии на фоне удлиненного интервала QT следует отменить:

- 1) хинидин
- 2) бисопролол
- 3) дизопирамид
- 4) препараты калия
- 5) препараты магния

59. Наиболее токсичным из антибиотиков аминогликозидной группы является:

- 1) амикацин
- 2) тобрамицин
- 3) неомицин
- 4) гентамицин
- 5) стрептомицин

60. Фактором, в наименьшей степени способствующим развитию ототоксических осложнений приема аминогликозидов, является:

- 1) нарушение функции почек
- 2) пожилой возраст больного
- 3) нарушение функции печени
- 4) комбинированный прием аминогликозидов с фуросемидом
- 5) наличие церебно-васкулярного заболевания

61. Основным побочным эффектом тетрациклинов у лиц пожилого возраста:

- 1) нарушение функции печени
- 2) агранулоцитоз
- 3) псевдомембранозный колит
- 4) судорожный синдром
- 5) головокружение

62. Развитие гинекомастии и гирсутизма возникает при приеме:

- 1) гидрохлортиазида
- 2) спиронолактона
- 3) фуросемида
- 4) ацетазоламида
- 5) триамтерена

63. Агранулоцитоз чаще всего вызывает:

- 1) верапамил
- 2) аймалин
- 3) хинидин
- 4) лидокаин
- 5) соталол

64. Желудочковая тахикардия типа "пируэт" возникает на фоне приема:

- 1) верапамила
- 2) лидокаина
- 3) магния сульфата
- 4) хинидина
- 5) пропафенона

65. Гипотония и брадикардия возникает при передозировке:

- 1)нифедипина
- 2)клонидина
- 3)гидралазина
- 4)празозина
- 5)нитросорбида

66. К наиболее безопасному препарату у беременных относят:

- 1)ампициллин
- 2)гентамицин
- 3)левомицетин
- 4)тетрациклин
- 5)ванкомицин

67. Риск токсических эффектов увеличивается при комбинации гентамицина с:

- 1)фуросемидом
- 2)пенициллином
- 3)метилксантинами
- 4)макролидами
- 5)глюкокортикоидами

68. Неблагоприятное влияние на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью возникает при комбинации:

- 1)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и бета-блокаторами
- 2)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и спиро-нолактона
- 3)ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторов
- 4)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и нитратов
- 5)бета-адреноблокаторов с нитратами

69. Наиболее опасным осложнением терапии ингибиторами 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзима А редуктазы (статины) является:

- 1)повышение уровня печеночных ферментов
- 2)рабдомиолиз
- 3)миопатия
- 4)повышение уровня креатинфосфокиназы
- 5)головная боль

70. Наименьшим ulcerогенным эффектом обладает:

- 1)метилпреднизолон
- 2)аспирин
- 3)вольтарен
- 4)триамцинолон
- 5)индометацин

71. Наименьшее угнетающее действие на надпочечники оказывает:

- 1)гидрокортизон
- 2)бетаметазон
- 3)триамцинолон
- 4)кеналог
- 5)метипред

72. Угнетение надпочечников при ежедневном назначении средних доз глюкокортикоидов наступает через:

- 1) один день
- 2) через 2-3 дня
- 3) через 4-7 дней
- 4) через 30 дней
- 5) через 3 мес.

73. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:

- 1) аллергические
- 2) токсические
- 3) связанные с кумуляцией препарата
- 4) связанные с отменой препарата
- 5) связанные с развитием толерантности к препарату

74. Больной в течение 5 лет получает метотрексат в дозе 10 мг в неделю. При очередном обследовании выявлено стойкое повышение уровня печеночных ферментов. Тактика врача будет заключаться:

- 1) стойкой отмене метотрексата
- 2) отмене метотрексата на 3 мес с повторным определением уровня ферментов
- 3) в продолжении приема метотрексата без дополнительных обследований
- 4) для решения вопроса о возможности продолжения применения метотрексата необходимо выполнение биопсии печени с целью исключения фиброза печени
- 5) отмене метотрексата на 6 мес с повторным определением уровня ферментов

75. У больного с ревматоидным артритом после назначения метотрексата в дозе 7,5 мг 1 раз в неделю возникает тошнота. Какие мероприятия наиболее целесообразны для уменьшения побочного действия:

- 1) увеличение дозы метотрексата до 10 мг в неделю
- 2) уменьшение дозы метотрексата до 5 мг в неделю
- 3) назначение фолиевой кислоты
- 4) отмена метотрексата
- 5) назначение больших доз аскорбиновой кислоты

76. У пациента с сердечной недостаточностью на фоне терапии каптоприлом в дозе 150 мг в сутки развивается ангионевротический отек. Правильная тактика будет заключаться:

- 1) в уменьшении дозы каптоприла до 75 мг в сутки
- 2) в уменьшении дозы каптоприла до 50 мг в сутки
- 3) в замене каптоприла периндоприлом
- 4) в замене каптоприла фозиноприлом
- 5) в отмене каптоприла и полном отказе от применения любых ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

77. У больного с недостаточностью кровообращения на фоне лечения каптоприлом в дозе 150 мг в сутки появляется приступообразный сухой кашель. После отмены каптоприла кашель проходит, при возобновлении терапии появляется вновь. Оптимальная тактика будет заключаться:

- 1) в уменьшении дозы каптоприла до 75 мг в сутки
- 2) в замене каптоприла престариумом
- 3) в замене каптоприла фозиноприлом

- 4) в отмене каптоприла и назначении блокатора рецепторов ангиотензина II (козаар, диован1)
- 5) в продолжении терапии каптоприлом в прежней дозе

78. У больного с артериальной гипертонией после приема каптоприла в дозе 6,25 мг отмечалось коллаптоидное состояние. О каком диагнозе следует подумать в первую очередь:

- 1) о хронической сердечной недостаточности
- 2) о печеночной недостаточности
- 3) о двухстороннем стенозе почечных артерий
- 4) о стенозе брыжеечных артерий
- 5) об аортальной недостаточности

79. Повышение активности глюкокортикоидов не отмечается при назначении вместе с:

- 1) кетотифеном
- 2) эритромицином
- 3) препаратами калия
- 4) салицилатами
- 5) эстрогенами

80. Выведение теофиллинов пролонгированного действия из организма уменьшается при назначении их вместе с:

- 1) фторхинолонами
- 2) ванкомицином
- 3) циметидином
- 4) сердечными гликозидами
- 5) цефалоспоридами

81. Наиболее целесообразные комбинации антигипертензивных средств:

- 1) диуретики + бета-блокаторы
- 2) диуретики + ингибиторы АПФ
- 3) дигидропиридиновые антагонисты кальция + бета-блокаторы
- 4) антагонисты кальция + диуретики
- 5) бета-блокаторы + ингибиторы АПФ

82. Какие препараты повышают концентрацию статинов в плазме и повышают риск развития миопатии:

- 1) противогрибковые препараты
- 2) эритромицин
- 3) циклоспорин А
- 4) дигоксин
- 5) нифедипин

83. При назначении индометацина больным с сердечной недостаточностью:

- 1) увеличивается эффективность каптоприла
- 2) уменьшается эффективность каптоприла
- 3) улучшается функция почек
- 4) ухудшается функция почек
- 5) функция почек не изменяется

84. Коррекция дозы непрямых антикоагулянтов может проводиться при назначении:

- 1) Глюкокортикоидов

- 2)Аспирина
- 3)Антацидов
- 4)Лазикса
- 5)Дигоксина

85. В зависимости от способа введения и характера взаимодействия различают следующие виды лекарственного взаимодействия:

- 1)фармацевтическое взаимодействие
- 2)фармакокинетическое взаимодействие
- 3)фармакодинамическое взаимодействие
- 4)терапевтическое взаимодействие
- 5)лекарственное взаимодействие

86. Антабусный эффект при сочетании с алкоголем вызывают:

- 1)нестероидные противовоспалительные препараты
- 2)снотворные средства
- 3)гипогликемические средства
- 4)противотуберкулезные препараты
- 5)нитрофураны
- 6)все верно

87. Нестероидные противовоспалительные препараты влияют на эффективность «петлевых» диуретиков:

- 1)незначительно усиливая их действие
- 2)значительно усиливая их действие
- 3)ослабляя их действие
- 4)вначале усиливая их действие, а затем ослабляя
- 5)вначале ослабляя, а затем усиливая их действие

88. Для улучшения переносимости метотрексата назначают:

- 1)аскорбиновую кислоту
- 2)фолиевую кислоту
- 3)витамины группы В
- 4)никотиновую кислоту
- 5)грейпфрутовый сок

89. Соли алюминия и кальция ингибируют всасывание следующих препаратов:

- 1)изониазида
- 2)хлорамфеникола
- 3)феноксиметипенициллина
- 4)эритромицина
- 5)тетрациклина

90. Комбинация пропранолола и верапамила считается:

- 1)рациональной, так как потенцируется антианганальный эффект
- 2)нерациональной, так как потенцируется бронхоспастический эффект
- 3)рациональной при наличии признаков сердечной недостаточности
- 4)нерациональной из-за риска развития АВ-блокады
- 5)рациональной так как препараты имеют разнонаправленное действие на ритм сердца

91. Применение clavulanовой кислоты в сочетании с амоксициллином позволяет:

- 1) расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий, производящих бета-лактамазу
- 2) снизить токсичность амоксициллина
- 3) сократить частоту приема амоксициллина
- 4) увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань
- 5) уменьшить концентрацию амоксициллина в плазме

92. Комбинация гентамицина и амикацина считается:

- 1) рациональной, вследствие повышения антибактериальной активности обоих препаратов
- 2) нерациональной из-за риска высокой гепатотоксичности
- 3) нерациональной из-за снижения антибактериальной активности
- 4) нерациональной из-за риска высокой нейро- и нефротоксичности
- 5) рациональной вследствие уменьшения токсичности препаратов

93. Одновременное назначение цефалоспоринов с фуросемидом может вызвать осложнение в виде:

- 1) кровотечения
- 2) нефрита
- 3) альвеолита
- 4) агранулоцитоза
- 5) гепатита

94. При одновременном приеме фенобарбитала и доксициклина у больного следует ожидать:

- 1) развитие депрессивного состояния
- 2) снижение антибактериального действия доксициклина
- 3) усиление антибактериального действия доксициклина
- 4) нарушение сердечного ритма в виде наджелудочковой тахикардии
- 5) развитие нарушения мозгового кровообращения

95. К нарушению всасывания из кишечника фолиевой кислоты и развитию мегалобластной анемии может приводить назначение:

- 1) фенобарбитал
- 2) пенициллин
- 3) эритромицин
- 4) пропранолол
- 5) амоксициллин

96. Больному, получающему лечение пероральными препаратами железа, нецелесообразно назначение:

- 1) тетрациклина
- 2) оксациллина
- 3) эритромицина
- 4) левомицетина
- 5) пенициллина

97. При сочетании глюкокортикостероидных препаратов с сердечными гликозидами происходит:

- 1) усиление действия сердечных гликозидов
- 2) ослабление действия сердечных гликозидов
- 3) прекращение действия сердечных гликозидов
- 4) сердечные гликозиды оказывают отрицательное инотропное действие

5)улучшают проводимость через атриовентрикулярный узел

98. Выведение теофиллинов пролонгированного действия увеличивается при назначении:

- 1)глюкокортикостероидных препаратов
- 2)фенобарбитала
- 3)пенициллина
- 4)бета-адреноблокаторов
- 5)циметидина

99. Одновременный прием алкоголя и парацетамола сопровождается увеличением риска развития:

- 1)нефротоксичности
- 2)ототоксичности
- 3)гепатотоксичности
- 4)непереносимости алкоголя
- 5)аллергических реакций

100. При недостаточном гипотензивном эффекте монотерапии ингибиторов АПФ добавить больному с артериальной гипертензией целесообразно добавить:

- 1)фуросемид
- 2)триамтерен
- 3)спиронолактон
- 4)этакриновая кислота
- 5)гидрохлотиазид

101. При одновременном назначении варфарина и аспирина у больных:

- 1)увеличивается риск тромбоэмболических осложнений
- 2)уменьшается риск кровотечений
- 3)риск кровотечений не изменяется
- 4)уменьшается риск тромбоэмболических осложнений
- 5)возрастает риск развития пристеночного тромбоза в левом желудочке

102. Понижение активности глюкокортикоидов отмечается при сопутствующем назначении:

- 1)препаратов железа
- 2)фенобарбитала
- 3)дифенина
- 4)рифампицина
- 5)нифедипина

103. Димедрол усиливает действие:

- 1)промедола
- 2)прозерина
- 3)грандаксина
- 4)нифедипина
- 5)пенициллина

104. Неблагоприятное влияние на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью оказывает комбинация:

- 1)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и бета-блокаторами
- 2)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и спиро-нолактона

- 3)ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторов
- 4)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и нитратов
- 5)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и дигок-сина

105. Наилучший анальгезирующий эффект фентанила наблюдается в комбинации с:

- 1)дроперидолом
- 2)дифенгидраминол
- 3)хлоропирамином
- 4)метимизолом
- 5)аспирином

106. При назначении фенobarбитала на фоне приема преднизолона:

- 1)усилится действие преднизолона
- 2)уменьшится действие фенobarбитала
- 3)снизится действие преднизолона
- 4)увеличится действие фенobarбитала
- 5)преднизолон будет оказывать парадоксальное действие

107. Концентрацию теофиллина повышает:

- 1)фенobarбитал
- 2)пенициллин
- 3)эритромицин
- 4)нифедипин
- 5)амоксициллин

108. Под фармацевтическим взаимодействием лекарственных средств понимают:

- 1)любое взаимодействие лекарственных средств
- 2)взаимодействие лекарств после введения в организм
- 3)только фармакокинетическое взаимодействие лекарств
- 4)взаимодействие лекарственных средств до введения в организм
- 5)взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма

109. Под фармакодинамическим взаимодействием лекарственных средств понимают:

- 1)взаимодействие на различных этапах движения лекарственного средства в организме
- 2)взаимодействие на этапе взаимодействия лекарственного средства с рецепторами
- 3)любое взаимодействие лекарственных средств
- 4)взаимодействие лекарственных средств до введения в организм
- 5)взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма

110. При взаимодействии алкоголя с гипогликемическими средствами:

- 1)увеличится гипогликемический эффект
- 2)уменьшится гипогликемический эффект
- 3)гипогликемический эффект не изменится
- 4)эффект зависит от типа алкоголя
- 5)увеличится действие алкоголя

111. Действие седативных и снотворных препаратов при хроническом алкоголизме характеризуется:

- 1)снижением снотворного и седативного эффектов
- 2)увеличением снотворного и седативного эффектов
- 3)увеличением снотворного и снижением седативного эффекта

- 4) снижением снотворного и увеличением седативного эффекта
- 5) отсутствием изменения снотворного эффекта и повышением седативного эффекта

112. Действие нестероидных противовоспалительных препаратов при хроническом алкоголизме характеризуется:

- 1) уменьшением выраженности и продолжительности анальгезирующего, жаропонижающего и противовоспалительного действия
- 2) увеличением выраженности и продолжительности анальгезирующего, жаропонижающего и противовоспалительного действия
- 3) увеличением выраженности, но уменьшением продолжительности анальгезирующего, жаропонижающего и противовоспалительного действия
- 4) увеличением продолжительности, но уменьшением выраженности анальгезирующего, жаропонижающего и противовоспалительного действия
- 5) увеличением анальгезирующего и противовоспалительного действия, но уменьшением жаропонижающего

113. При употреблении алкоголя на фоне антикоагулянтов непрямого действия:

- 1) увеличивается метаболизм антикоагулянтов
- 2) уменьшается действие алкоголя
- 3) снижается метаболизм антикоагулянтов
- 4) усиливается действие алкоголя
- 5) метаболизм антикоагулянтов не изменяется

114. При одновременном употреблении алкоголя на фоне терапии изониазидом:

- 1) увеличивается гепатотоксичность
- 2) уменьшается гепатотоксичность
- 3) снижается клиническая эффективность изониазида
- 4) уменьшается действие алкоголя
- 5) возрастает кардиотоксическое действие алкоголя

115. Риск развития рабдомиолиза увеличивается при взаимодействии статинов:

- 1) с никотиновой кислотой
- 2) фибратами
- 3) аспирином
- 4) ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента
- 5) антагонистами кальция

116. Какие методы фармакоэкономического анализа считаются наиболее приемлемыми в деятельности клинического фармаколога:

- 1) Анализ минимизации стоимости
- 2) Анализ стоимость-эффективность
- 3) Анализ стоимость-утилитарность
- 4) Анализ стоимость-прибыль
- 5) Подсчет затрат на лечение

117. Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность подразумевает:

- 1) оценку продолжительности жизни, достигаемой за счет лечения
- 2) оценку качества жизни
- 3) оценку стоимости 1 года жизни с абсолютным качеством (1 QALY)
- 4) оценку получаемой за счет лечения прибыли
- 5) оценку простоты применения метода лечения

118. Лечение с большей стоимостью будет менее экономически эффективным, чем лечение с меньшей стоимостью:

- 1) когда лечение имеет одинаковую клиническую эффективность
- 2) когда лечение имеет большую клиническую эффективность
- 3) когда лечение имеет меньшую клиническую эффективность
- 4) во всех случаях
- 5) когда клиническую эффективность определить невозможно

119. В каких случаях лечение с меньшей стоимостью будет более экономически эффективным, чем лечение с большей стоимостью:

- 1) в тех случаях, когда оно имеет такую же клиническую эффективность
- 2) в тех случаях, когда оно имеет более высокую клиническую эффективность
- 3) в тех случаях, когда преимущества более дорогостоящего лечения не оправдывают большую стоимость
- 4) во всех случаях
- 5) когда трудно оценить клиническую эффективность

120. Разработка формулярного списка лекарственных средств включает:

- 1) анализ структуры заболеваемости и состояния лекарственного обеспечения
- 2) отбор лекарственных средств для формулярного списка
- 3) утверждение формулярного списка лекарственных средств
- 4) установление поставщиков лекарственных средств
- 5) штатное расписание фармацевтической службы

121. Прямые затраты на лечение включают:

- 1) затраты на приобретение лекарственных препаратов
- 2) затраты, связанные с использованием оборудования
- 3) затраты на оплату труда медицинских работников
- 4) затраты, связанные с потерей производительности
- 5) стоимость произведенной пациентом продукции

122. Фармакоэкономический анализ минимизации стоимости применяется в тех случаях:

- 1) когда сравниваемые методы лечения имеют различную стоимость
- 2) когда сравниваемые методы лечения имеют различную клиническую эффективность
- 3) когда сравниваемые методы лечения имеют одинаковую клиническую эффективность
- 4) когда трудно установить клиническую эффективность сравниваемых методов
- 5) когда сравниваемые методы лечения имеют одинаковую стоимость

123. Применение фармакоэкономического анализа стоимость-эффективность наиболее приемлемо:

- 1) когда сравниваемые методы имеют одинаковую эффективность
- 2) когда сравниваемые методы имеют одинаковую стоимость
- 3) когда один из методов является более дорогим, но более эффективным
- 4) когда трудно установить клиническую эффективность сравниваемых методов
- 5) когда трудно установить стоимость сравниваемых методов

124. Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность оценивает:

- 1) стоимость одного года спасенной жизни
- 2) стоимость одного года жизни, прожитого с абсолютным качеством жизни
- 3) стоимость предотвращения одного осложнения
- 4) стоимость предотвращения одного осложнения
- 5) общественную пользу эффективного лечения

125. С точки зрения анализа минимизации стоимости наиболее эффективным будет препарат:

- 1)обладающий наибольшей клинической эффективностью при меньшей стоимости
- 2)обладающий одинаковой клинической эффективностью, но меньшей стоимостью
- 3)обладающий меньшей клинической эффективностью и меньшей стоимостью

126. С помощью анализа стоимость эффективность обычно определяют:

- 1)какой препарат следует применить, чтобы сэкономить денежные средства
- 2)какой препарат следует применить, чтобы получить наибольшую клиническую эффективность
- 3)какую сумму денег надо дополнительно затратить, чтобы получить определенное клиническое преимущество
- 4)какой препарат дешевле
- 5)какой препарат дороже

127. Экономическая эффективность лечения определяется:

- 1)только общими затратами на его проведение
- 2)только клинической эффективностью
- 3)затратами на его проведение и клинической эффективностью
- 4)только непрямыми затратами на лечение
- 5)только непрямыми затратами на лечение

128. Фармакоэкономический показатель эффективности лечения может выражаться стоимостью одного спасенного года жизни:

- 1)при анализе стоимость-прибыль
- 2)при анализе стоимость-эффективность
- 3)при анализе минимизации стоимости
- 4)при анализе стоимость-утилитарность
- 5)при анализе прямых затрат на лечение

129. Формулярный список лекарственных средств является:

- 1)ограничительным
- 2)рекомендательным
- 3)законодательным
- 4)расширительным
- 5)определяющим

130. В формулярном списке обязательно используются наименования лекарственных средств:

- 1)торговые
- 2)химические
- 3)генерические
- 4)принятые в данном лечебном учреждении
- 5)определенные клиническим фармакологом данного учреждения

131. К экономически эффективному лечению можно отнести:

- 1)применение блокаторов рецепторов ангиотензина II у больных с мягкой артериальной гипертонией
- 2)применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента у больных с хронической застойной сердечной недостаточностью

- 3) применение мегадоз витаминов у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- 4) применение рибоксина у больных дисгормональной миокардиодистрофией
- 5) применение витамина Е у больных ишемической болезнью сердца

132. Непрямые затраты на лечение включают:

- 1) затраты на приобретение лекарственных препаратов
- 2) затраты, связанные с использованием оборудования
- 3) затраты на оплату труда медицинских работников
- 4) затраты, связанные с потерей производительности
- 5) затраты, связанные с лечением осложнений терапии

133. К характерному для нейролептиков эффекту можно отнести:

- 1) антипсихотический
- 2) седативный
- 3) противорвотный
- 4) жаропонижающий
- 5) антиаритмический

134. Нейролептики не применяют для:

- 1) лечения психозов
- 2) лечения паркинсонизма
- 3) купирования психомоторного возбуждения
- 4) лечения хронического гастрита
- 5) купирования рвоты центрального происхождения

135. Психостимулирующие средства не применяют:

- 1) при невротических расстройствах с явлениями астении
- 2) при психотических нарушениях, сопровождающихся бредом, галлюцинациями
- 3) при нарколепсии
- 4) для лечения артериальной гипертонии
- 5) при субдепрессиях

136. К побочным эффектам, характерным для транквилизаторов относят:

- 1) нарушение координации движений
- 2) сонливость
- 3) снижение тонуса скелетной мускулатуры
- 4) экстрапирамидные расстройства
- 5) повышение артериального давления

137. Барбитураты с лечебной целью могут быть использованы:

- 1) при больших судорожных припадках
- 2) при ювенильной перемежающейся желтухе Мейленграхта (синдром Жильбера)
- 3) при негемолитической ядерной желтухе II типа (синдром Клигера-Найяра II типа)
- 4) при остром гастрите
- 5) при анафилактическом шоке

138. Применение транквилизаторов противопоказано:

- 1) при миастении
- 2) в первые 3 месяца беременности
- 3) при аденоме предстательной железы
- 4) при неврозах

5)при хроническом колите

139. При выборе дозы снотворных учитывают:

- 1)возраст больного
- 2)состояние функции печени
- 3)состояние функции почек
- 4)наличие беременности
- 5)характеристики препарата

140. К наиболее характерным побочным эффектам снотворных относят:

- 1)зависимость
- 2)развитие гастрита
- 3)гепатотоксичность
- 4)развитие артериальной гипертонии
- 5)развитие почечной недостаточности

141. Противопоказанием к использованию кетамина в акушерстве является:

- 1)наличие гипертонии
- 2)психических заболеваний
- 3)гипоксии плода
- 4)угрозы разрыва матки
- 5)наличие первых родов

142. Пропофол (диприван) характеризуется:

- 1)быстрым наступлением сна (30-40 сек)
- 2)быстрым клиренсом и временем полувыведения (30-60 мин)
- 3)ультракоротким действием (3-5 мин)
- 4)отсутствием кумуляции
- 5)легкой управляемостью
- 6)все верно

143. Опиоиды с осторожностью и в меньших дозах назначаются при следующих состояниях:

- 1)бронхиальной астмы
- 2)гипотиреоза
- 3)артериальной гипотонии
- 4)отека легких и артериальной гипертонии
- 5)ангинозном статусе

144. К нейролептикам можно отнести:

- 1)аминазин
- 2)ниаламид
- 3)диазепам
- 4)амитриптилин
- 5)пустрыник

145. При длительном применении нейролептиков может наблюдаться:

- 1)физическая лекарственная зависимость
- 2)стойкая гипертензия
- 3)экстрапирамидные расстройства
- 4)усиление симптомов «перемежающейся хромоты»
- 5)гиперкалиемия

146. Транквилизаторы показаны при:

- 1)эндогенной депрессии
- 2)психотических нарушениях, сопровождающихся бредом
- 3)приступах маниакального возбуждения
- 4)невротических состояниях
- 5)психотических нарушениях, сопровождающихся галлюцинациями

147. Барбитал влияет на скорость реакций, катализируемых микросомальными ферментами печени:

- 1)повышая скорость реакций в 2-3 раза
- 2)уменьшая скорость реакций в 2-3 раза
- 3)повышая скорость реакций в 10-12 раз
- 4)уменьшая скорость реакций в 10-12 раз
- 5)повышая скорость реакций в 100-120 раз

148. При глаукоме и аденоме предстательной железы противопоказан транквилизатор:

- 1)мебикар
- 2)мепробамат
- 3)амизил
- 4)феназепам
- 5)тазепам

149. При совместном применении аминазина и пропранолола будет наблюдаться:

- 1)ослабление гипотензивной реакции и усиление седативного эффекта
- 2)усиление гипотензивной реакции и ослабление седативного эффекта
- 3)усиление гипотензивной реакции и усиление седативного эффекта
- 4)ослабление гипотензивной реакции и ослабление седативного эффекта
- 5)усиление седативного эффекта и прекращение гипотензивного эффекта

150. Проницаемость гематоэнцефалического барьера для других лекарственных веществ при применении аминазина:

- 1)увеличивается
- 2)незначительно снижается
- 3)значительно снижается
- 4)не изменяется
- 5)при небольших дозах уменьшается, при больших увеличивается

151. При совместном применении бензодиазепиновых транквилизаторов и антикоагулянтов непрямого действия:

- 1)снижение эффективности антикоагулянтов
- 2)повышение эффективности антикоагулянтов
- 3)снижение эффективности транквилизаторов
- 4)повышение эффективности транквилизаторов
- 5)повышение эффективности антикоагулянтов и снижение активности транквилизаторов

152. Среди снотворных препаратов индукцию микросомальных ферментов печени в наибольшей степени вызывает

- 1)нитразепам
- 2)фенобарбитал
- 3)хлоралгидрат
- 4)бромизовал

5)имован

153. Не требуется снижение дозы при нарушении функции почек при приеме:

- 1)для барбитала
- 2)для лоразепама
- 3)для хлоралгидрата
- 4)для имована
- 5)нитразепама

154. После начала ежедневного приема привыкание к барбитуратам развивается через:

- 1)2-3 дня
- 2)2 недели
- 3)4 недели
- 4)2 месяца
- 5)4 месяца

155. Антигистаминным препаратом, который противопоказан у больных с аллергическими реакциями после введения аминазина:

- 1)тавегил
- 2)пипольфен
- 3)кларитин
- 4)димедрол
- 5)кетотифен

156. Среди антигипертензивных препаратов свойствами нейрорептика обладает:

- 1)клофелин
- 2)резерпин
- 3)метилдофа
- 4)празозин
- 5)моксонидин

157. Биотрансформация лекарственных средств на фоне приема антидепрессантов - ингибиторов MAO:

- 1)не меняется
- 2)не меняется или усиливается
- 3)усиливается
- 4)уменьшается
- 5)вначале уменьшается, а затем усиливается

158. Плазменная концентрация и антикоагулянтное действие кумаринов под влиянием трициклических антидепрессантов:

- 1)не изменяется
- 2)не изменяется или уменьшается
- 3)уменьшается
- 4)увеличивается
- 5)вначале увеличивается, а затем уменьшается

159. Среди местных анестетиков наиболее быстрым началом действия характеризуется:

- 1)лидокаин
- 2)кокаин
- 3)новокаин
- 4)дикаин

5)ксикаин

160. Местный анестетик с наиболее продолжительным действием:

- 1)лидокаин
- 2)новокаин
- 3)кокаин
- 4)дикаин
- 5)тримекаин

161. Наибольшей анальгетической активностью обладает:

- 1)пропанидид (сомбревин)
- 2)гексенал
- 3)кетамин (калипсол)
- 4)тиопентал

162. Анестетиком выбора у экстренного больного с выраженной гиповолемией является:

- 1)фторотан
- 2)диприван
- 3)кетамин
- 4)барбитураты
- 5)закись азота

163. Тонус матки в родах увеличивается под влиянием:

- 1)энфлюрана
- 2)кетамин
- 3)фентанила
- 4)фторотана
- 5)сомбревина

164. Внутривенное введение барбитуратов противопоказано:

- 1)при судорожном синдроме, вызванном оксибутиратом натрия
- 2)при тонических судорогах
- 3)при сердечно-сосудистом коллапсе
- 4)при малых эпилептических припадках
- 5)при больших эпилептических припадках

165. Наименее токсичен для печени и почек:

- 1)ксенон
- 2)изофлюран
- 3)эндолюран
- 4)фторотан
- 5)барбитураты

166. Препарат выбора для быстрого достижения анксиолитического эффекта:

- 1)диазепам
- 2)хлордиазепоксид
- 3)оксазепам
- 4)валериана
- 5)пустырник

167. Транквилизатор с наименьшим анксиолитическим действием:

- 1)диазепам

- 2) лоразепам
- 3) мепробамат
- 4) феназепам

168. Транквилизатор с наибольшим снотворным действием:

- 1) клоназепам
- 2) мепробамат
- 3) нитразепам
- 4) оксалидин

169. Транквилизатор с наибольшим психостимулирующим действием:

- 1) триоксазин
- 2) феназепам
- 3) оксазепам
- 4) клоназепам

170. К антидепрессантам с выраженным седативным действием относят:

- 1) амитриптилин
- 2) доксепин
- 3) имипрамин
- 4) миансерин
- 5) коаксил

171. При использовании антидепрессантов-ингибиторов МАО на фоне диеты, изобилующей продуктами, содержащими тирамин (сыр Чеддер, маринады и т.д.) может возникать:

- 1) стимуляция симпато-адреналовой системы
- 2) угнетение симпато-адреналовой системы
- 3) антихолинергический эффект
- 4) ваготония
- 5) угнетение симпатоадреналовой системы и ваготония

172. К антагонистам опиатов относят:

- 1) налоксон
- 2) дроперидол
- 3) варфарин
- 4) напроксен
- 5) фенотарбитал

173. Максимальный анальгетический эффект после внутривенного введения фентанила отмечается на:

- 1) 2-3 мин
- 2) 10-15 мин
- 3) 20-30 мин
- 4) 30-40 мин
- 5) через 50 мин

174. В большей степени угнетающий эффект на дыхательный центр оказывает:

- 1) морфин
- 2) фентанил
- 3) кодеин
- 4) промедол

5)налоксон

175. К препаратам, влияющим на холинергические синапсы, относят:

- 1)антихолинэстеразные средства
- 2)средства, влияющие на м-холинорецепторы
- 3)средства, влияющие на н-холинорецепторы
- 4)бета-адреноблокаторы
- 5)альфа-адреноблокаторы

176. При раздражении холинергических нервов в сердце развивается:

- 1)Брадикардия
- 2)Замедление проведения импульсов по атриовентрикулярному узлу
- 3)Снижение скорости проведения возбуждения по проводящей системе сердца
- 4)Повышение сократительной способности желудочков сердца
- 5)Тахикардия

177. Атропин:

- 1)вызывает тахикардию
- 2)вызывает брадикардию
- 3)улучшает атрио-вентрикулярную проводимость
- 4)не влияет на атрио-вентрикулярную проводимость
- 5)ухудшает атрио-вентрикулярную проводимость

178. Метацин характеризуется:

- 1)более высокой проницаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
- 2)менее высокой проницаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
- 3)более сильным влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
- 4)менее влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
- 5)отсутствием влияния на функции глаз

179. При стимуляции бета-адренорецепторов:

- 1)расширяются сосуды скелетных мышц
- 2)повышается частота и сила сердечных сокращений
- 3)снижается моторика и тонус кишечника
- 4)повышается тонус бронхов
- 5)уменьшается частота сердечных сокращений

180. При стимуляции альфа-адренорецепторов:

- 1)сужаются сосуды кожи, почек, кишечника
- 2)снижается тонус гладких мышц шейки мочевого пузыря
- 3)снижается моторика и тонус кишечника
- 4)повышается моторика и тонус кишечника
- 5)расширяются сосуды кожи, почек, кишечника

181. К бета-адреноблокаторам, имеющим высокую селективность в отношении бета 1-адренорецепторов относят:

- 1)Небиволол
- 2)Соталол
- 3)Бисопролол
- 4)Пропранолол

5)Атенолол

182. К бета-адреноблокаторам с доказанной способностью снижать летальность больных с хронической сердечной недостаточностью относят:

- 1)Бисопролол
- 2)Карведилол
- 3)Метопролол
- 4)Соталол
- 5)Атенолол

183. К бета-блокаторам, обладающим селективностью в отношении бета-адренорецепторов относят:

- 1)Небиволол
- 2)Метопролол
- 3)Бетаксоллол
- 4)Пропранолол
- 5)Соталол

184. К побочным действиям лидокаина на сердечно-сосудистую систему можно отнести:

- 1)Гипотонию
- 2)Остановка сердца
- 3)Снижение сердечного выброса
- 4)Увеличение сердечного выброса
- 5)Мерцательную аритмию

185. К основным влияниям на железы, наблюдаемым при раздражении холинергических нервов относят:

- 1)снижение секреции желез бронхов, желудка, кишечника, слюнных
- 2)повышение секреции желез бронхов, желудка, кишечника, слюнных
- 3)повышение секреции желез бронхов и снижение секреции желез желудка, кишечника и слюнных
- 4)повышение секреции желез желудка, кишечника и слюнных желез, и снижение секреции желез бронхов
- 5)повышение секреции желез желудка, кишечника и слюнных желез, и отсутствие изменений секреции желез бронхов

186. Прозерин:

- 1)не изменяет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- 2)усиливает секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- 3)ослабляет секрецию бронхиальных и пищеварительных желез
- 4)усиливает секрецию бронхиальных, но ослабляет секрецию пищеварительных желез
- 5)ослабляет секрецию бронхиальных, но усиливает секрецию пищеварительных желез

187. Пилокарпин:

- 1)расширяет зрачок и снижает внутриглазное давление
- 2)суживает зрачок и снижает внутриглазное давление
- 3)суживает зрачок и повышает внутриглазное давление
- 4)расширяет зрачок и повышает внутриглазное давление

188. Платифиллин и атропин следующим образом соотносятся по М-холиноблокирующей способности:

- 1) платифиллин обладает более высокой М-холиноблокирующей способностью по сравнению с атропином
- 2) платифиллин обладает менее высокой М-холиноблокирующей способностью по сравнению с атропином
- 3) атропин и платифиллин обладают одинаковой М-холиноблокирующей способностью
- 4) при высоком холинергическом тоне платифиллин оказывает более выраженное М-холиноблокирующее действие по сравнению с атропином
- 5) при низком холинергическом тоне атропин оказывает более выраженное М-холиноблокирующее действие по сравнению с платифиллином

189. Кардиопротективное действие бета-адреноблокаторов определяется следующими свойствами:

- 1) селективностью в отношении бета-адренорецепторов
- 2) липофильностью
- 3) наличием внутренней симпатомиметической активности
- 4) гидрофильностью
- 5) длительностью действия

190. Препаратом, в наибольшей степени замедляющим ритм сердца, является:

- 1) атенолол
- 2) пропранолол
- 3) карведилол
- 4) целипролол
- 5) бисопролол

191. Для лечения артериальной гипертонии эксперты ВОЗ рекомендуют:

- 1) Диуретики
- 2) Бета-адреноблокаторы
- 3) Блокаторы кальциевых каналов
- 4) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 5) Блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 6) Препараты центрального действия

192. Применение фентоламина является препаратом выбора для купирования гипертонического криза:

- 1) При эклампсии и преэклампсии
- 2) При симптоадреналовом кризе
- 3) При кризе, проявившемся острой левожелудочковой недостаточностью
- 4) При кризе, развившемся у больного с феохромоцитомой
- 5) При любом неотложном кризе

193. Наиболее рациональные комбинации антигипертензивных препаратов:

- 1) Диуретики и бета-адреноблокаторы
- 2) Диуретики и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 3) Диуретики и блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 4) Диуретики и антагонисты кальция
- 5) Альфа-адреноблокаторы и антагонисты кальция

194. К препаратам первого выбора при лечении артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом являются:

- 1) Бета-адреноблокаторы
- 2) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

- 3) Антагонисты кальция
- 4) Блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 5) Диуретики

195. У больных, перенесших инфаркт миокарда, для лечения артериальной гипертензии в первую очередь следует назначать:

- 1) Бета-адреноблокаторы
- 2) Блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 3) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 4) Диуретики
- 5) Альфа-адреноблокаторы

196. Из препаратов, влияющих на нейрогуморальные системы, больным, перенесшим инфаркт миокарда в первую очередь следует назначать:

- 1) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 2) Блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 3) Бета-адреноблокаторы
- 4) Альфа-адреноблокаторы
- 5) Стимуляторы имидазолиновых рецепторов

197. Для купирования гипертонических кризов применяют:

- 1) нифедипин
- 2) клофелин
- 3) каптоприл
- 4) обзидан
- 5) но-шпа

198. Низким «терапевтическим диапазоном» действия характеризуются:

- 1) амлодипин
- 2) гидрохлортиазид
- 3) фелодипин
- 4) лозартан
- 5) доксазозина мезелат

199. В качестве антигипертензивных препаратов первого выбора у пожилых пациентов с артериальной гипертензией можно рекомендовать:

- 1) Бета-адреноблокаторы
- 2) Диуретики
- 3) Альфа-адреноблокаторы
- 4) Антагонисты кальция
- 5) Клофелин

200. В качестве антигипертензивных препаратов первого выбора у молодых пациентов с артериальной гипертензией можно рекомендовать:

- 1) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 2) Диуретики
- 3) Бета-адреноблокаторы
- 4) Антагонисты кальция
- 5) Препараты центрального действия

201. Ингибиторы ГМГКоАредуктазы (статинов) целесообразно назначать:

- 1) больным ишемической болезнью сердца и повышенным уровнем общего холестерина плазмы,
- 2) больным ишемической болезнью сердца и нормальным уровнем общего холестерина плазмы,
- 3) больным с высоким риском сердечно-сосудистых событий и повышенным уровнем общего холестерина плазмы,
- 4) больным с высоким риском сердечно-сосудистых событий и нормальным уровнем общего холестерина плазмы,
- 5) больным с признаками облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей и нормальным уровнем холестерина плазмы
- 6) все верно

202. Выживаемость больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью увеличивают:

- 1) бета-адреноблокаторы
- 2) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 2) антагонисты кальция
- 3) спиронолактон
- 4) диуретики
- 5) альфа-адреноблокаторы

203. Применение блокаторов рецепторов ангиотензина II у больных с хронической сердечной недостаточностью оправдано:

- 1) при непереносимости ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- 2) при непереносимости спиронолактона
- 3) при непереносимости бета-адреноблокаторов
- 4) всегда
- 5) при непереносимости диуретиков

204. Мониторирование следующих показателей особенно важно при начале лечения больных с хронической сердечной недостаточности ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента:

- 1) уровня калия
- 2) уровня мочевой кислоты
- 3) уровня креатинина
- 4) уровня билирубина
- 5) всех перечисленных показателей

205. Наиболее эффективными препаратами для профилактики пароксизмов мерцательной аритмии являются:

- 1) Верапамил
- 2) Амiodарон
- 3) Дилтиазем
- 4) Соталол
- 5) Рибоксин

206. Для следующих ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента наиболее доказана эффективность для лечения хронической сердечной недостаточности:

- 1) каптоприл
- 2) рамиприл
- 3) эналаприл
- 4) периндоприл

- 5)спираприл
- 6)все верно

207. В мероприятия вторичной профилактики у больных, перенесших инфаркт миокарда, входит:

- 1)назначение аспирина
- 2)назначение бета-адреноблокаторов
- 3)назначение гиполипидемических препаратов
- 4)назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- 5)рекомендация придерживаться средиземноморской диеты
- 6)все верно

208. При лечении ингибиторами ангиотензин-превращающего фермент у больных с хронической сердечной недостаточностью и нарушением функции почек следует придерживаться следующей тактики:

- 1)не снижать уровень артериального давления ниже 140/90 мм. рт.ст.
- 2)следить за уровнем креатинина плазмы
- 3)следить за уровнем кальция плазмы
- 4)следить за уровнем калия плазмы
- 5)выполнять все перечисленные мероприятия

209. К показаниям для назначения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента относят:

- 1)хроническую сердечную недостаточность
- 2)сахарный диабет
- 3)артериальную гипертонию
- 4)бессимптомную дисфункцию левого желудочка
- 5)наличие риска сердечно-сосудистых осложнений у больных без артериальной гипертонии и сердечной недостаточности
- 6)все верно

210. Обязательными показаниями для назначения непрямых антикоагулянтов (варфарина, синкумара, фенилина) являются:

- 1)наличие механических клапанных протезов в митральной позиции
- 2)наличие механических клапанных протезов в аортальной позиции
- 3)наличие тромбов в полости левого желудочка
- 4)наличие мерцательной аритмии у больного со структурным заболеванием сердца
- 5)при подготовке к восстановлению синусового ритма у больного с давностью мерцательной аритмии более 24 часов
- 6)все верно

211. Для уменьшения развития толерантности к нитратам целесообразно:

- 1)увеличить дозу нитратов
- 2)уменьшить кратность приема нитратов до 2 раз в сутки
- 3)увеличить кратность приема нитратов
- 4)добавить к терапии ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 5)добавить к терапии антагонисты кальция

212. Верными утверждениями о механизме действия антиаритмических средств являются следующие?

- 1)Препараты I класса блокируют быстрые натриевые каналы
- 2)Препараты II класса уменьшают активность симпатической нервной системы

- 3) Препараты IV класса являются антагонистами кальция
- 4) Препараты IC класса больше, чем препараты IA класса увеличивают продолжительность эффективного рефракторного периода
- 5) Препараты IB класса значительно замедляют проводимость

213. Следующие утверждения о фармакокинетике антиаритмических средств являются правильными:

- 1) Кордарон имеет самый большой период полувыведения
- 2) Дифенин имеет низкую связь с белками плазмы
- 3) 50-60% новокаинамида выводится почками в неизменном виде
- 4) Ритмилен имеет низкую биодоступность
- 5) Обзидан не обладает пресистемным метаболизмом в печени

214. Правильными утверждениями по тактике применения антиаритмических средств являются следующие:

- 1) Изоптин противопоказан для купирования мерцательной аритмии при синдроме WPW
- 2) Этакизин противопоказан у больных с желудочковой экстрасистолией в первый год после инфаркта миокарда
- 3) Дифенин можно применять для профилактики нарушений ритма у больных с врожденным удлинением Q-T
- 4) АТФ - препарат выбора для купирования желудочковой тахикардии
- 5) Аймалин эффективнее изоптина при купировании суправентрикулярной тахикардии

215. К учащению сердечных сокращений может привести прием следующих антиаритмических препаратов, используемых для купирования мерцательной аритмии:

- 1) Хинидин
- 2) Новокаинамид
- 3) Ритмилен
- 4) Пропафенон
- 5) Кордарон

216. Из перечисленных групп препаратов влияют на уровень холестерина в крови?

- 1) Статины
- 2) Пробукол
- 3) Энтеросорбенты
- 4) Фибраты
- 5) Никотиновая кислота

217. У больных с выраженной недостаточностью кровообращения отмечено увеличение продолжительности жизни на фоне приема:

- 1) Эналаприла
- 2) Нитросорбида в сочетании с апрессинном
- 3) Бета-адреноблокаторов
- 4) Сердечных гликозидов
- 5) Диуретиков

218. Основными препаратами применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:

- 1) Бета-блокаторы
- 2) Верапамил
- 3) Дипиридамол (большие дозы)
- 4) Сердечные гликозиды и диуретики

5) Периферические вазодилататоры

219. К факторам, повышающим риск развития интоксикации сердечными гликозидами, относят:

- 1) гипокалиемия
- 2) гипомагниемия
- 3) алкалоз
- 4) гиперкалиемия
- 5) гиперкальциемия

220. К состояниям и заболеваниям, повышающие риск развития интоксикации сердечными гликозидами:

- 1) гипотиреоз
- 2) пожилой возраст больных
- 3) почечная недостаточность (для гидрофильных препаратов)
- 4) печеночная недостаточность (для липофильных препаратов)
- 5) воспалительные заболевания миокарда
- 6) все верно

221. Лекарственные средства, повышающие риск развития интоксикации сердечными гликозидами:

- 1) бета-адреностимуляторы
- 2) соли кальция
- 3) хинидин
- 4) кортикостероиды
- 5) салуретики
- 6) все верно

222. Критерии насыщения сердечными гликозидами у больного с мерцательной тахикардией являются:

- 1) исчезновение дефицита пульса
- 2) урежение ЧСС до 60-75 уд. в мин
- 3) «корытообразная» депрессия сегмента ST
- 4) снижение амплитуды зубца T
- 5) удлинение интервала PQ

223. Критерии насыщения сердечными гликозидами у больного с синусовым ритмом:

- 1) увеличение диуреза (в среднем до 150% от исходного уровня)
- 2) урежение ЧСС до 60-75 уд. в мин
- 3) снижение амплитуды зубца T
- 4) «корытообразная» депрессия сегмента ST
- 5) появление желудочковой экстрасистолии типа бигеминии

224. Для дигоксина характерно:

- 1) насыщающая доза одинакова при оральном и в/в введении
- 2) дозу уменьшают при одновременном назначении верапамила
- 3) около 1/3 насыщающей дозы препарата является поддерживающей дозой
- 4) равновесная плазменная концентрация устанавливается через 3 дня при постоянном приеме ежедневной дозы
- 5) улучшение аппетита - признак передозировки дигоксина

225. Для сердечных гликозидов характерно, что они:

- 1)замедляют AV проводимость
- 2)могут вызывать предсердную тахикардию с AV-блокадой
- 3)улучшают диастолическое наполнение желудочков при тахисистолии предсердий
- 4)укорачивают интервал PQ на ЭКГ
- 5)увеличивают амплитуду зубца T на ЭКГ

226. Для проведения неотложных мероприятий при остро возникшей брадикардии наиболее эффективны:

- 1)атропин
- 2)нифедипин (коринфар)
- 3)изадрин
- 4)верапамил
- 5)пропранолол

227. При купировании пароксизмов наджелудочковой тахикардии применяются следующие препараты:

- 1)новокаинамид
- 2)изоптин
- 3)АТФ
- 4)лидокаин
- 5)Рибоксин

228. Целевым уровнем артериального давления для больных артериальной гипертонией считается давление:

- 1)менее 120/80 мм.рт.ст.
- 2)менее 135/85 мм .рт.ст.
- 3)менее 140/90 мм.рт.ст.
- 4)менее 150/90 мм.рт.ст.
- 5)менее 160/90 мм.рт.ст.

229. Целевым уровнем артериального давления при лечении артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом является давление:

- 1)менее 120/80 мм.рт.ст.
- 2)менее 130/80 мм.рт.ст.
- 3)менее 140/85 мм.рт.ст.
- 4)менее 140/90 мм.рт.ст.
- 5)менее 160/90 мм.рт.ст.

230. «Оптимальный уровень АД» определяется как уровень АД:

- 1)менее 140/90 мм.рт.ст.
- 2)менее 130/85 мм.рт.ст.
- 3)менее 125/80 мм.рт.ст.
- 4)менее 120/80 мм.рт.ст.
- 5)менее 110/80 мм.рт.ст.

231. При подагре не следует в качестве антигипертензивных средств назначать:

- 1)амлодипин
- 2)метопролол
- 3)гидрохлортиазид
- 4)козаар
- 5)моксонидин

232. Самое опасное осложнение терапии ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента:

- 1)кашель
- 2)гиперкалиемия
- 3)ангио-невротический отек
- 4)гипотония
- 5)ухудшение функции почек

233. Абсолютным противопоказанием для назначения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента является:

- 1)нарушение функции почек
- 2)митральный стеноз
- 3)двухсторонний стеноз почечных артерий
- 4)сухой кашель
- 5)сахарный диабет

234. Наибольшим нефропротективным действием у больных сахарным диабетом 2 типа обладают:

- 1)ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 2)антагонисты кальция
- 3)блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 4)бета-адреноблокаторы
- 5)стимуляторы имидазолиновых рецепторов

235. В наибольшей степени регресс гипертрофии миокарда левого желудочка вызывают:

- 1)диуретики
- 2)бета-адреноблокаторы
- 3)антагонисты кальция
- 4)блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 5)альфа-адреноблокаторы

236. В первую очередь целесообразно добавить к блокаторам рецепторов ангиотензина II для усиления их антигипертензивного действия:

- 1)амлодипин
- 2)атенолол
- 3)гидрохлортиазид
- 4)эналаприл
- 5)верапамил

237. Для лечения больных с аортальной регургитацией наиболее эффективны препараты:

- 1)уменьшающие преднагрузку на сердце
- 2)уменьшающие постнагрузку на сердце
- 3)диуретики
- 4)сердечные гликозиды
- 5)бета-адреноблокаторы

238. Неблагоприятное влияние на летальность больных с хронической сердечной недостаточностью может оказывать комбинация:

- 1)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и бета-блокаторами
- 2)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и спиро-нолактона
- 3)ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторов

4)ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и нитратов

239. Начальная доза бисопролола у больных с хронической сердечной недостаточностью:

- 1)10 мг
- 2)5 мг
- 3)6,25 мг
- 4)3 мг
- 5)1,25 мг

240. Целевая доза бисопролола у больных с хронической сердечной недостаточностью:

- 1)5 мг
- 2)7,5 мг
- 3)10 мг
- 4)15 мг
- 5)20 мг

241. Подбор дозы карведилола у больных хронической сердечной недостаточностью начинается с:

- 1)0,25 мг
- 2)1,25 мг
- 3)6,25 мг
- 4)12,5 мг
- 5)25 мг
- 6)50 мг

242. Целевая суточная доза карведилола у больных с хронической сердечной недостаточностью:

- 1)1,25 мг
- 2)3 мг
- 3)6,25 мг
- 4)12,5 мг
- 5)25 мг
- 6)50 мг

243. Обычная поддерживающая доза спиронолактона у больных хронической сердечной недостаточностью:

- 1)6,25 мг в сутки
- 2)12,5 мг в сутки
- 3)25-50 мг в сутки
- 4)75-100 мг в сутки
- 5)150-200 мг в сутки

244. Целевой дозой ингибитора ангиотензин-превращающего фермента для лечения больных сердечной недостаточностью:

- 1)максимально переносимая доза
- 2)доза, для которой в крупномасштабных рандомизированных исследованиях была доказана способность уменьшать летальность больных
- 3)доза, которая принята в данном лечебном учреждении
- 4)доза, которая подбирается индивидуально по достижении эффективности у конкретного больного
- 5)доза, которая приводит к увеличению фракции выброса левого желудочка

245. Наиболее целесообразной тактикой при возникновении труднопереносимого кашля на фоне ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента является:

- 1)назначение другого препарата из этой группы
- 2)уменьшение дозы препарата
- 3)отказ от использования препаратов, влияющих на ренинангиотензиновую систему
- 4)назначение блокатора рецепторов ангиотензина II
- 5)увеличение дозы диуретиков

246. При следующем пороке сердца (гемодинамически значимом) лучше воздержаться от применения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента:

- 1)при митральном стенозе
- 2)при митральной недостаточности
- 3)при аортальном стенозе
- 4)при аортальной недостаточности
- 5)при трикуспидальной недостаточности

247. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента противопоказаны при двухстороннем стенозе почечных артерий:

- 1)из-за опасности парадоксального повышения артериального давления
- 2)из-за опасности значительного ухудшения функции почек
- 3)из-за опасности развития гипокалиемии
- 4)из-за опасности развития ангионевротического отека
- 5)из-за опасности окклюзии почечных артерий

248. Среди осложнений терапии ингибиторами 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзима А редуктазы (статины) наиболее опасным является:

- 1)повышение уровня печеночных ферментов
- 2)рабдомиолиз
- 3)миопатия
- 4)повышение уровня креатинфосфокиназы
- 5)диспепсические явления

249. Наиболее эффективным мероприятием для вторичной профилактики внезапной смерти у больных с постинфарктным кардиосклерозом является:

- 1)антиаритмические препараты IA класса
- 2)бета-адреноблокаторы
- 3)амиодарон
- 4)имплантация кардиовертера/дефибриллятора
- 5)антиаритмические препараты I C класса

250. Блокатором рецепторов ангиотензина II с доказанным урикозурическим действием является:

- 1)валсартан
- 2)лозартан
- 3)эпросартан
- 4)ирбесартан
- 5)кандесартан

251. Лечение бета-блокаторами с целью снижения риска внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт, следует проводить в течение:

- 1)1 месяц
- 2)3-4 месяцев

- 3) 3-6 месяцев
- 4) 6-12 месяцев
- 5) не менее 1-2 лет

252. Отмену длительно применяемых бета-блокаторов проводится:

- 1) сразу
- 2) в течение 3-х дней
- 3) на 50% ежедневно
- 4) на 50% каждые 2-4 недели
- 5) на 50% каждые 2 месяца

253. Больным гипертонической болезнью при наличии признаков обострения хронического обструктивного бронхита противопоказан:

- 1) ариффон
- 2) эналаприл
- 3) обзидан
- 4) гипотиазид
- 5) козаар

254. Антигипертензивным препаратом, который уменьшает выработку инсулина, является:

- 1) ариффон
- 2) эналаприл
- 3) обзидан
- 4) моксонидин
- 5) гипотиазид

255. Активные метаболиты, обладающие собственным антиангинальным эффектом, образуются в печени при приеме:

- 1) нитроглицерина
- 2) тринитролонга
- 3) нитросорбида
- 4) коринфара
- 5) нифедипина-ретарда

256. По химическому строению не относятся к группе нитратов:

- 1) нитронг
- 2) корватон
- 3) тринитролонг
- 4) изосорбида мононитрат
- 5) изосорбида динитрат

257. Группой препаратов, обладающих наиболее сильным сосудорасширяющим действием и маловлияющим на проводящую систему и сократительную активность миокарда, является:

- 1) производные фениламинаминов
- 2) производные бензотиазепина
- 3) производные дигидропиридинов
- 4) препараты сульфаниламочевин
- 5) бета-адреномиметики

258. Применение верапамила является противопоказанным при следующем типе нарушения ритма?

- 1)предсердная экстрасистолия
- 2)трепетание предсердий
- 3)пароксизмы мерцательной аритмии при синдроме WPW
- 4)мерцательная аритмия
- 5)желудочковая тахикардия

259. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:

- 1)кордарон
- 2)новокаинамид
- 3)бета-блокаторы
- 4)лидокаин
- 5)хинидин

260. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- 1)обзидана
- 2)Нитроглицерина (в/в)
- 3)финоптина
- 4)дибазола
- 5)дигоксина

261. При инфекционном эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

- 1)ампициллина
- 2)тетрациклина
- 3)амфотерицина В
- 4)канамицина
- 5)карбенициллина

262. Длительность лечения антибиотиками при инфекционно эндокардите, как правило, составляет:

- 1)2 недели или меньше
- 2)4-6 недель
- 3)более 6 недель
- 4)более 2 месяцев
- 5)более 3 месяцев

263. Побочные эффекты никотиновой кислоты связаны в основном с:

- 1)вазоконстрикцией
- 2)вазодилатацией
- 3)аллергическими реакциями
- 4)гиповитаминозом
- 5)нарушениями ритма сердца

264. Верапамил при его назначении по 40 мг 3 раза день:

- 1)обычно обладает антиангинальным эффектом
- 2)обычно не обладает антиангинальным эффектом
- 3)обладает антиангинальным эффектом приблизительно у половины больных
- 4)обладает антиангинальным эффектом у больных с редкими приступами стенокардии
- 5)обладает антиангинальным эффектом у больных с частым приступами стенокардии

265. У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- 1) нитратов
- 2) корватона
- 3) бета-блокаторов и верапамила
- 4) коринфара
- 5) фуросемида

266. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся:

- 1) дипиридамол (курантил)
- 2) верапамил (финоптин)
- 3) бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (тразикор, вискен)
- 4) гидрофильные бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (пропранолол, метопролол, тимолол)
- 5) антиаритмические препараты I класса

267. Для лечения больных с бессимптомной дисфункцией левого желудочка (ФИ ЛЖ < 40%) препаратами выбора являются:

- 1) антагонисты кальция
- 2) блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 3) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 4) нитраты
- 5) спиронолактон

268. Диуретиком, которому следует отдать предпочтение при острой левожелудочковой недостаточности, является:

- 1) диакарб
- 2) маннитол
- 3) фуросемид
- 4) верошпирон
- 5) гигротон

269. Уменьшает выделение норадреналина из пресинаптических окончаний блокатор рецепторов ангиотензина II:

- 1) лозартан
- 2) ирбесартан
- 3) эпросартан
- 4) валсартан
- 5) кандесартан

270. Больным с острым инфарктом миокарда и стабильной гемодинамикой при внутривенном введении 1% раствора нитроглицерина систолическое артериальное давление можно снижать (от исходной величины)

- 1) на 30%
- 2) на 40%
- 3) на 50%
- 4) на 10-20%
- 5) на 5%

271. При сохранении островозникшей брадикардии и при развитии приступа Морганьи - Дцамса - Стокса необходимо выполнить

- 1)внутрисердечное введение адреналина
- 2)временную эндокардиальную стимуляцию сердца
- 3)внутривенное введение изадрина, алупента
- 4)введение новокаинамида
- 5)введение обзидана

272. К отхаркивающим средства прямого действия относят:

- 1)натрия йодид
- 2)калия йодид
- 3)бромгексин
- 4)термопсис
- 5)натрия бензоат

273. К отхаркивающим препаратам со способностью увеличивать содержание сурфактанта в легких относят:

- 1)Бромгексин
- 2)Трипсин
- 3)Амброксол
- 4)Химотрипсин
- 5)Калия йодид

274. Для купирования приступов удушья целесообразнее использовать:

- 1)Алупент
- 2)Сальбутамол
- 3)Формотерол
- 4)Беротек
- 5)Будесонид

275. Среди бета₂-адреномиметиков длительным действием обладают:

- 1)сальбутамол
- 2)сальметерол
- 3)беротек
- 4)формотерол
- 5)тербуталин

276. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят:

- 1)трипсин, химопсин,
- 2)производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др),
- 3)препараты бактериальных ферментов,
- 4)стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол),
- 5)натрия йодид

277. Возбудителями пневмонии у заболевшего вне стационара чаще являются:

- 1)пневмококки
- 2)микоплазмы
- 3)клебсиеллы
- 4)стафилококки
- 5)грибы

278. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии обычно являются все перечисленные микроорганизмы:

- 1) стафилококки
- 2) клебсиеллы
- 3) хламидии
- 4) пневмококки
- 5) грибы

279. Из перечисленных антибиотиков больным с аллергическими реакциями на бензилпенициллин не следует назначать:

- 1) цефалоспорины
- 2) макролиды
- 3) карбапенемы
- 4) аминогликозиды
- 5) ципрофлоксацин

280. Самыми частыми инфекционными агентами, вызывающими обострение хронического бронхита, являются:

- 1) пневмококк
- 2) стафилококк
- 3) гемофильная палочка
- 4) энтерококк
- 5) микоплазма

281. При передозировке симпатомиметиков возникает

- 1) блокады сердца
- 2) сужение сосудов кишечника
- 3) нарушения ритма сердца
- 4) синдром «рикошета»
- 5) снижение сердечного выброса

282. К физиологическим факторам, снижающим элиминацию теофиллина, относятся:

- 1) сердечную недостаточность
- 2) заболевания печени
- 3) гипотиреоз
- 4) заболеваний почек
- 5) гипертиреоз

283. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является:

- 1) внутривенный
- 2) пероральный
- 3) ингаляционный
- 4) интраназальный
- 5) подкожный

284. В момент распыления бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора больной должен:

- 1) сделать резкий вдох
- 2) сделать медленный вдох (не более 0,5 л в 1 с)
- 3) задержать дыхание

- 4) сделать резкий выдох
- 5) сделать медленный выдох

285. После ингаляции бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора следует:

- 1) резко выдохнуть
- 2) медленно выдохнуть
- 3) задержать дыхание на 10с
- 4) быстро вдохнуть
- 5) задержать дыхание на 30с

286. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении обычно вызывают побочные реакции:

- 1) аллергические
- 2) токсические
- 3) связанные с кумуляцией препарата
- 4) связанные с быстрым выведением препарата
- 5) связанные с ускорением метаболизма препарата

287. При непрерывном применении в амбулаторных условиях бронхорасширяющих препаратов пуринового ряда необходимо:

- 1) осуществление постоянного врачебного контроля
- 2) еженедельное посещение пациентом поликлиники
- 3) осуществление ежемесячного врачебного контроля
- 4) определение 1 раз в 6 месяцев концентрации препарата в крови (она не должна превышать 15 мкг/мл)
- 5) определение 1 раз в 12 месяцев концентрации препарата в крови (она не должна превышать 15 мкг/мл)

288. К средствам, разжижающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят:

- 1) трипсин, химопсин
- 2) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельвин и др.), мукодин
- 3) бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван)
- 4) калия йодид
- 5) аммония хлорид

289. Теофедрин противопоказан при следующей форме бронхиальной астмы:

- 1) атопической
- 2) инфекционно-зависимой
- 3) аспириновой
- 4) физического усилия
- 5) смешанной

290. Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:

- 1) пневмококк
- 2) микоплазма
- 3) клебсиелла
- 4) протей
- 5) хламидия

291. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных:

- 1) пневмококком
- 2) стрептококком
- 3) кишечной палочкой
- 4) клебсиеллой
- 5) стафилококком

292. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать:

- 1) пенициллины
- 2) эритромицин
- 3) левомицитин
- 4) стрептомицин
- 5) цефазолин

293. Вывод о неэффективности проводимой терапии при пневмонии делается через:

- 1) через 24 часа
- 2) через 48 (реже 72)
- 3) через 5 суток
- 4) через 7 суток
- 5) через 10 суток

294. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:

- 1) пенициллин
- 2) тетрациклин
- 3) ампициллин
- 4) цефалоридин
- 5) амоксициллин

295. Ориентировочная начальная доза глюкокортикоидов при 2-ой стадии астматического статуса составляет:

- 1) 30-60 мг
- 2) 80-120 мг
- 3) 150 мг
- 4) 180 мг
- 5) 360 мг

296. Ориентировочная частота введения глюкокортикоидов при 2-ой стадии астматического статуса:

- 1) 2-3 часа
- 2) 1-1,5 часа
- 3) 3-4 часа
- 4) каждые 30 мин
- 5) каждые 15 минут

297. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является

- 1) обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких
- 2) обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты
- 3) обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем
- 4) обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса

5)обострение заболевания, сопровождающегося признаками бронхоспазма

298. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются

- 1)путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем состояния больного
- 2)путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим клиническим контролем и определением показателей функции внешнего дыхания
- 3)путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ₁ (объемная скорость форсированного выдоха в 1 с) до и после введения препарата
- 4)на основании возбудителя бронхита
- 5)на основании учета применяемого антибиотика

299. При подборе перорального бронхоспазмолитического средства больному хроническим обструктивным бронхитом ОФВ₁ определяют до введения препарата и после его приема

- 1)через 1 час
- 2)через 15 мин
- 3)через 10 мин
- 4)через 15 мин
- 5)через 20 мин

300. При подборе ингаляционного бронхоспазмолитического средства больному хроническим обструктивным бронхитом исследуют ОФВ₁ до введения препарата и после его ингаляции

- 1)через 1 час
- 2)через 30 мин
- 3)через 15 мин
- 4)через 10 мин
- 5)через 5 мин

301. При ингаляционном введении бронхоспазмолитических средств баллончик-ингалятор должен располагаться

- 1)непосредственно у открытого рта больного
- 2)на расстоянии 3-4 см от рта больного
- 3)на расстоянии 10-12 см от рта больного
- 4)на расстоянии 15-20 см от рта больного
- 5)в полости рта

302. Терапевтический эффект кромогликата натрия при бронхиальной астме обусловлен:

- 1)бронходилатирующим действием
- 2)стабилизацией мембран тучных клеток
- 3)антигистаминным действием
- 4)стероидоподобным действием
- 5)холинолитическим действием

303. Антибиотики у больных с хроническим бронхитом следует назначать:

- 1)при наличии гнойной мокроты
- 2)при кровохаркании
- 3)в осенне-зимний период
- 4)у лиц пожилого возраста
- 5)при признаках бронхообструкции

304. Наиболее частым побочным эффектом при применении ингаляционных кортикостероидов является:

- 1) развитие ротоглоточного кандидоза
- 2) увеличение массы тела
- 3) развитие остеопороза
- 4) субкапсулярная катаракта
- 5) артериальная гипертония

305. К преимуществам препарата флутиказон перед ингаляционными кортикостероидами первого поколения (беклометазон) относится:

- 1) меньшая вероятность развития системных побочных эффектов
- 2) меньшая частота развития кандидоза полости рта
- 3) более высокая клиническая эффективность
- 4) возможность применения в период беременности
- 5) наличие отхаркивающих свойств

306. Одним из показаний назначения ингаляционных кортикостероидов больному с бронхиальной астмой является:

- 1) признаки инфекции дыхательных путей
- 2) раннее лечение тяжелого обострения бронхиальной астмы
- 3) наличие необратимого компонента бронхиальной обструкции
- 4) снижение ОФВ₂ до 60% от возрастной нормы
- 5) наличие рестриктивного типа дыхательной недостаточности

307. Безопасность применения ингаляционных кортикостероидов зависит от:

- 1) аффинности к кортикостероидным рецепторам
- 2) интенсивности пресистемного метаболизма
- 3) объема распределения препарата
- 4) кратности назначения
- 5) выраженности бронхообструкции

308. Клинический эффект от назначения ингаляционных кортикостероидов больным с бронхиальной астмой обычно отмечается через:

- 1) 1-2 часа
- 2) 1-2 дня
- 3) 3-4 недели
- 4) 4-6 месяцев
- 5) через 9-12 месяцев

309. Ипратропиум бромид (атровент) отличается от ингаляционных бета2-агонистов:

- 1) более длительным бронходилатирующим эффектом
- 2) более выраженным бронходилатирующим эффектом
- 3) более высокой скоростью наступления бронходилатирующего эффекта
- 4) большей эффективностью при купировании приступа бронхиальной астмы
- 5) менее длительным бронходилатирующим эффектом

310. Максимальный бронходилатирующий эффект после применения ипратропиума бромида (атровента) наступает через:

- 1) 5-20 минут
- 2) 20-60 минут
- 3) 1,5-2 часа

- 4)4-8 часов
- 5)12-14 часов

311. Противопоказания к назначению больному ипратропиума бромида (атровента)включают:

- 1)сухость во рту
- 2)кашель после ингаляции
- 3)дисфонию
- 4)гиперчувствительность к атропину и соевым бобам
- 5)наличие гипокалиемии

312. Препарат беродуал представляет собой комбинацию:

- 1)ипратропиума бромида и фенотерола
- 2)ипратропиума бромида и сальбутамола
- 3)кромогликата натрия и фенотерола
- 4)кромогликата натрия и сальбутамола
- 5)сальбутамола и кромогликата натрия

313. К побочным эффектам адреномиметиков, требующим прекращения их приема, относится:

- 1)тахикардия
- 2)тремор
- 3)нарушения сна
- 4)повышение АД с развитием гипертонического криза
- 5)ухудшение памяти

314. Какой адреномиметик обладает наибольшей селективностью в отношении бета2-адренорецепторов:

- 1)сальметерол
- 2)фенотерол
- 3)сальбутамол
- 4)изопреналин
- 5)орципреналин

315. Фактором, повышающим элиминацию теофиллина и требующим увеличения дозы препарата, является:

- 1)гипотиреоз
- 2)гипертиреоз
- 3)бронхолегочная дисплазия
- 4)лихорадка
- 5)сердечная недостаточность

316. Какой из ингаляционных глюкокортикоидов обладает наибольшей топической активностью и наибольшей аффинностью к кортикостероидным рецепторам:

- 1)будесонид
- 2)бекламетазон дипропионат
- 3)флутиказон
- 4)флунизолид
- 5)триамцинолона ацетонид

317. Мониторинг следующих показателей является обязательным при лечении метотрексатом:

- 1) уровня лейкоцитов периферической крови
- 2) уровня мочевой кислоты в плазме
- 3) уровня печеночных ферментов в плазме АСТ, АЛТ
- 4) уровня фолатов в крови
- 5) уровня общего белка плазмы

318. Для ацетилсалициловой кислоты характерно:

- 1) при оральном приеме всасывается в основном из верхнего отдела тонкого кишечника
- 2) при оральном приеме всасывается в основном из желудка
- 3) в организме метаболизируется в печени
- 4) в организме метаболизируется в стенке желудочно-кишечного тракта и печени
- 5) хорошо проникает в спинномозговую и перитонеальную жидкости

319. Желудочно-кишечные осложнения при применении ацетилсалициловой кислоты связаны с:

- 1) увеличением количества свободной соляной кислоты
- 2) уменьшением продукции мукополисахаридов слизистой ЖКТ
- 3) снижением репаративных процессов в слизистой оболочке
- 4) уменьшением образования защитного слизистого барьера
- 5) угнетением синтеза слизистой оболочкой ЖКТ простагландинов и простаглицина
- 6) все верно

320. Для диклофенака характерно, что он:

- 1) по противовоспалительной активности превосходит ибупрофен и фенилбутазон
- 2) побочные реакции бывают реже, чем при приеме индометацина (особенно со стороны ЦНС)
- 3) препарат вызывает равное с индометацином количество побочных эффектов со стороны ЖКТ и меньшее количество со стороны ЦНС
- 4) препарат обладает выраженным анальгетическим и слабым противовоспалительным свойствами
- 5) по анальгетической активности уступает индометацину

321. Одновременный прием ацетилсалициловой и аскорбиновой кислот приводит к:

- 1) ослаблению клинической эффективности ацетилсалициловой кислоты
- 2) усилению клинической эффективности ацетилсалициловой кислоты
- 3) повышению концентрации ацетилсалициловой кислоты за счет нарушения ее метаболизма в печени
- 4) повышению концентрации ацетилсалициловой кислоты в плазме крови за счет снижения скорости ее выделения почками
- 5) снижению концентрации ацетилсалициловой кислоты за счет нарушения абсорбции в ЖКТ

322. При взаимодействии индометацина с другими препаратами:

- 1) уменьшается диуретическая активность фуросемида
- 2) увеличивается диуретическая активность фуросемида
- 3) уменьшается гипотензивное действие пропранолола
- 4) увеличивается гипотензивное действие каптоприла
- 5) увеличивается гипотензивное действие козаара

323. Показания для назначения базисных препаратов больным ревматоидным артритом включают

- 1) течение РА, не контролируемое НПВС, активность процесса сохраняется в течение 6 месяцев
- 2) прогрессирование заболевания: вовлечение новых суставов, появление признаков костных эрозий при рентгенологическом исследовании
- 3) потребность в больших дозах глюкокортикостероидов
- 4) нарастание титров ревматоидного фактора
- 5) высокая лабораторная активность
- 6) все верно

324. НПВС, чаще других вызывающие цитопении:

- 1) сургам
- 2) индометацин
- 3) диклофенак
- 4) бутадион
- 5) метамизол

325. Препараты, селективно ингибирующие циклооксигеназу 2:

- 1) мелоксикам
- 2) диклофенак
- 3) целикоксиб
- 4) ибупрофен
- 5) индометацин

326. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия:

- 1) Назначения преднизолона 1 мг/кг в сутки
- 2) Пульс-терапия циклофосфаном — 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд
- 3) Назначения циклофосфамида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь
- 4) Назначение преднизолона в дозе до 15 мг в сутки
- 5) Назначение азатиоприна

327. К верным положениям, характеризующим терапию глюкокортикоидами у больных системной красной волчанкой, можно отнести:

- 1) Глюкокортикостероиды являются препаратами первого ряда
- 2) Глюкокортикостероиды показаны на ранних этапах развития болезни
- 3) Доза глюкокортикостероидов должна быть достаточной для подавления активности воспалительного процесса
- 4) Нередко длительность лечения глюкокортикостероидами не превышает 6-8 недель
- 5) Глюкокортикоидная терапия назначается только после курса цитостатиков

328. При назначении на длительный срок предпочтительнее использовать:

- 1) преднизолон
- 2) дексаметазон
- 3) метилпреднизолон (метилпред)
- 4) триамсинолон (кеналог)
- 5) бекламетазон

329. Пульс-терапия метилпреднизолоном у больных с системной красной волчанкой более эффективна:

- 1) в сочетании с экстракорпоральными методами лечения (плазмаферез)
- 2) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами
- 3) в сочетании с пульс-терапией циклофосфамидом

- 4)при достижении ремиссии
- 5)при отсутствии признаков люпус-нефрита

330. Показанием к пульс-терапии у больных с подострым течением системной красной волчанки является:

- 1)наличие выраженной активности процесса
- 2)наличие активного люпус нефрита
- 3)отсутствие достаточного эффекта от проведения терапии подавляющими дозами преднизолона при приеме внутрь
- 4)достижение ремиссии
- 5)отсутствие признаков люпус-нефрита

331. К препаратам для приема внутрь, которые рекомендуют использовать для профилактики ревматизма, относят:

- 1)азитромицин
- 2)эритромицин
- 2)поражение почек
- 3)угнетение кроветворения
- 4)диффузное поражение легких
- 5)нейропатия

332. Наиболее эффективным базисным препаратом для лечения ревматоидного артрита является:

- 1)препараты золота
- 2)аминохинолиновые производные
- 3)D-пеницилламин
- 4)метотрексат
- 5)сульфасалазин

333. Наиболее ранним признаком гематологической токсичности метотрексата является:

- 1)снижение уровня эритроцитов
- 2)снижение уровня тромбоцитов
- 3)снижение уровня лейкоцитов
- 4)увеличение уровня тромбоцитов
- 5)повышение уровня лейкоцитов

334. Доказана эффективность и безопасность следующих типов терапии глюкокортикоидами у больных ревматоидным артритом:

- 1)терапия средними дозами в течение нескольких месяцев
- 2)терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение нескольких месяцев
- 3)терапия малыми дозами (до 15 мг) в течение 1 недели
- 4)терапия высокими дозами (до 60 мг) в течение 1 недели
- 5)терапия высокими дозами в течение 1 месяца

335. В сравнении с индометацином у ацетилсалициловой кислоты более выражено:

- 1)анальгетическое действие
- 2)угнетение синтеза простагландинов
- 3)антиагрегантное действие на тромбоциты
- 4)жаропонижающее действие
- 5)активация фагоцитоза
- е)противовоспалительное действие

336. К препаратам, которые необходимо назначать в период острого подагрического приступа:

- 1) аллопуринол, алломарон
- 2) антуран, бенемид, этамид
- 3) индометацин, диклофенак натрия
- 4) бензбромарон, алломарон
- 5) метотрексат, инолтра

337. К характеристикам парацетамола - ацетаминофена (панадола, калпола, эффералгана, тайленола), которые выдвинули этот препарат на первое место в ряду анальгетиков-антипиретиков, относят:

- 1) малое число побочных реакций
- 2) сильная анальгетическая и противовоспалительная эффективность
- 3) более раннее наступление жаропонижающего эффекта
- 4) более продолжительный эффект
- 5) отсутствие "НПВС-гастропатии"

338. При осуществлении выбора наиболее эффективного НПВС при ревматоидном артрите ориентируются на:

- 1) сравнительное курсовое лечение НПВС различных классов по одной неделе
- 2) назначение полной дозы НПВС, смена его через 3 дня при малой эффективности
- 3) назначение небольшой дозы для выявления аллергической реакции, постепенное повышение дозы раз в 2 - 3 дня вплоть до полной к 1,5-2 неделям лечения, затем замена его при недостаточной эффективности
- 4) проведение острых лекарственных тестов с НПВС
- 5) результаты длительного лечения различными препаратами

339. Поводом для отказа от внутрисуставного введения глюкокортикоидов при остеоартрозе коленного сустава является:

- 1) отсутствие внешних признаков вторичного синовита
- 2) пожилой возраст больного
- 3) отсутствие эффекта от предшествующих введений глюкокортикоидов
- 4) наличие признаков остеоартроза других суставов
- 5) преимущественная локализация артроза в коленных суставах

340. Побочные эффекты на ЦНС в большей степени выражены при назначении:

- 1) индометацина
- 2) ибупрофена
- 3) диклофенака
- 4) пироксикама

341. Нефротоксичность в большей степени выражена при назначении:

- 1) напроксена
- 2) пироксикама
- 3) ибупрофена
- 4) аспирина
- 5) метамизола

342. К мероприятиям для улучшения переносимости метотрексата относят:

- 1) назначение препарата до приема пищи
- 2) назначение препарата в вечерние часы
- 3) назначение вместе с фолиевой кислотой

- 4) назначении препарата после прием пищи
- 5) ежедневное назначение малых доз метотрексата

343. В целях устранения выраженной нейтропении при синдроме Фелти наиболее целесообразно применять глюкокортикостероиды в нижеуказанных режимах:

- 1) малые дозы для приема внутрь
- 2) средние дозы для приема внутрь
- 3) большие дозы для приема внутрь
- 4) пульс терапию большими дозами метилпреднизолона
- 5) назначение глкжортикоидов с большими дозами циклофосфамида

344. Среди глюкокортикостероидных препаратов в наибольшей мере способствует развитию миопатии:

- 1) дексаметазон
- 2) триамцинолон
- 3) бетаметазон
- 4) метилпреднизолон
- 5) преднизолон

345. При лечении глюкокортикоидами следует учитывать, что они:

- 1) улучшают всасывание кальция в кишечнике
- 2) вызывают гипокальциемию и гиперкальциурию
- 3) способствуют накоплению кальция в костной ткани
- 4) нарушают почечную экскрецию кальция
- 5) приводят к стимуляции остеобластов

346. Альтернирующая терапия глюкокортикоидами используется у больных, которым планируется длительный курс глюкокортикоидов (внутрь). Заключается она в назначении:

- 1) невысоких доз стероидов с периодическим их увеличением
- 2) одного препарата через день в виде одной (удвоенной) дозы
- 3) двух препаратов попеременно (с уменьшением дозы вдвое)
- 4) высоких доз стероидов коротким курсом
- 5) одного препарата через два дня в виде одной (утроенной) дозы

347. Глюкокортикоидным препаратом для внутрисуставного введения, который оказывает наиболее продолжительное действие, является:

- 1) Гидрокортизон
- 2) Депо-медрол
- 3) Дипроспан
- 4) Кеналог
- 5) целестон

348. Препаратом для внутрисуставного введения, содержащим две соли – быстро- и медленно растворимую, является:

- 1) гидрокортизон
- 2) кеналог
- 3) дипроспан
- 4) депо-медрол
- 5) целестон

349. К свойствам дипроспана, которые обуславливают его длительное действие, относят:

- 1) наличие мелких кристаллов бетаметазона

- 2) наличие быстрорастворимой соли бетаметазона
- 3) наличие медленнорастворимой соли бетаметазона
- 4) быстрое наступление эффекта
- 5) наличие в составе бетаметазона ацетата

350. При первичной профилактики ревматизма бензатин пенициллин вводят:

- 1) 1 раз в 4 недели в течение года
- 2) 1 раз в 4 недели в течение 6 месяцев
- 3) 1 раз в 2 месяца
- 4) 1 раз в 4 месяца
- 5) 1 раз в 6 месяцев

351. Доза бензатин пенициллина G, применяемая для вторичной профилактики ревматизма у взрослых, составляет:

- 1) 300 000 Ед
- 2) 600 000 Ед
- 3) 1200 000 Ед
- 4) 2 400 000 Ед
- е) 4 800 000 Ед

352. К средствам, которые показаны при гипотонической дискинезии желчных путей, относят:

- 1) холензим
- 2) циквалон
- 3) мята перечная
- 4) ксилит
- 5) альмагель

353. К препаратам, применяемым для лечения желчнокаменной болезни, относят

- 1) Хенодезоксихолевая кислота
- 2) ксилит
- 3) Урсодезоксихолевая кислота
- 4) Циквалон
- 5) Холензим

354. При повышенном тоне желчевыводящих путей назначают:

- 1) атропин
- 2) платифиллин
- 3) метацин
- 4) экстракт белладонны
- 5) эуфиллин
- б) все верно

355. К противопоказаниям к проведению хенотерапии у больных желчекаменной болезнью относят

- 1) Наличие камней с содержанием кальция
- 2) Желтуха
- 3) Повышение печеночных трансаминаз
- 4) Наличие чисто холестериновых камней
- 5) Размеры камней диаметром до 2 см

356. Какие из перечисленных желчегонных средств обладают противовоспалительным действием?

- 1)Холензим
- 2)Никодин
- 3)Циквалон
- 4)Оксафенамид
- 5)Мята перечная

357. Антацидным препаратом, обладающим наиболее выраженной нейтрализующей соляную кислоту способностью, является:

- 1)Гидрокарбонат натрия
- 2)Трисиликат магния
- 3)Окись магния
- 4)Гидроокись алюминия
- 5)Трисиликат магния

358. К побочным эффектам, вызываемым алюминий содержащими препаратами, относят:

- 1)Нарушение абсорбции фосфатов (мышечная слабость)
- 2)Остеопороз
- 3)Остеомаляция
- 4)Нефропатии
- 5)Энцефалопатия
- 6)все верно

359. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах можно назначить:

- 1)де-нол
- 2)метронидазол
- 3)ампициллин
- 4)кларитромицин
- 5)тетрациклин
- 6)все верно

360. При демпинг-синдроме, протекающем по ваготоническому типу, целесообразно назначить

- 1)беллоид
- 2)супрастин
- 3)холинолитики
- 4)бета-адреноблокаторы
- 5)преднизолон

361. При функциональной диспепсии применяют:

- 1)Антацидные препараты
- 2)Де-нол
- 3)Блокаторы H₂—рецепторов гистамина
- 4)Метронидазол
- 5)Кларитромицин

362. К холеретикам относят:

- 1)холензим
- 2)аллохол
- 3)оксафенамид

- 4)олиметин
- 5)но-шпу

363. К холекинетикам относятся все перечисленные препараты, кроме:

- 1)холагола
- 2)ровахола
- 3)ксилита
- 4)аллохола
- 5)но-шпу

364. Растворение камней в желчном пузыре вызывают:

- 1)холестирамин
- 2)хенофальк
- 3)ионообменные смолы
- 4)урсофальк
- 5)симвастатин

365. В лечении постхолецистэктомического синдрома применяют:

- 1)но-шпу
- 2)левомицетин
- 3)тазепам
- 4)блокаторы протонной помпы
- 5)препараты калия

366. Препаратами ферментного действия являются:

- 1)холензим
- 2)фестал
- 3)мезим форте
- 4)хенодезоксихолевая кислота
- 5)липоевая кислота
- 6)все верно

367. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано:

- 1)с прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином
- 2)с беременностью
- 3)с нарушением диеты
- 4)с приемом преднизолона
- 5)с приемом сульфасалазина

368. Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются:

- 1)для лечения прогрессирующих форм заболевания
- 2)при угрожающих жизни состояниях
- 3)при тяжелых формах с целью подготовки больного к операции
- 4)для лечения всех форм заболевания, включая легкие
- 5)для профилактики обострения

369. Для нормализации состава кишечной флоры при дисбактериозе используются все перечисленные препараты, кроме:

- 1)эубиотики
- 2)производные нитрофурана
- 3)антибиотики широкого спектра
- 4)альмагель

5)прокинетики

370. Препараты нитрофурановой группы оказывают преимущественное действие на следующие микробы:

- 1)стафилококки
- 2)протей
- 3)синегнойную палочку
- 4)эшерихии (патологические штаммы)
- 5)энтерококки

371. Нарушению нормального состава микрофлоры кишечника способствуют:

- 1)сульфаниламиды
- 2)эубиотики
- 3)антибиотики
- 4)биологические препараты
- 5)антациды

372. Для терапии язвенной болезни используются следующие препараты:

- 1)Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
- 2)Антациды
- 3)Холинолитики
- 4)Нестероидные противовоспалительные препараты
- 5)Блокаторы протоновой помпы

373. К группе блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов относят:

- 1)Цитемидин
- 2)Атропин
- 3)Ранитидин
- 4)Денол
- 5)Омепразол

374. Антациды при дуоденальной язве следует принимать:

- 1)Через 1-2 часа после еды
- 2)За 30 минут до еды
- 3)Перед сном
- 4)Во время приема пищи
- 5)За 1 час до еды

375. Для лечения хеликобактериоза принимают:

- 1)Де-нол
- 2)Трихопол
- 3)Оксациллин
- 4)Атропин
- 5)Ранитидин

376. Ульцерогенное действие глюкокортикоидов обусловлено:

- 1)Увеличение продукции соляной кислоты
- 2)Увеличение продукции пепсина
- 3)Изменение качественного состава слизи
- 4)Увеличение продукции щелочного секрета
- 5)Усилением моторики желудка

377. К препаратам, обладающим закрепляющим действием, относят:

- 1)Имодиум
- 2)Жженая магнезия
- 3)Карбонат кальция
- 4)Викалин
- 5)Атропин

378. К препаратам, оказывающим слабительный эффект, относят:

- 1)Жженая магнезия
- 2)Карбонат кальция
- 3)Бисакодил
- 4)Имодиум
- 5)Глюконат кальция

379. К холеретикам относятся следующие препараты:

- 1)Ксилит
- 2)Аллохол
- 3)Сернокислая магнезия
- 4)Холензим
- 5)Но-шпа

380. К препаратам, которые окрашивают кал в черный цвет, относят:

- 1)викалин
- 2)атропин
- 3)препараты железа
- 4)метацин
- 5)альмагель

381. Микроорганизмы, в норме встречающиеся в фекалиях:

- 1)Протей
- 2)Бактероиды
- 3)Шигелла
- 4)Бифидумбактерии
- 5)Сальмонеллы

382. К условно-патогенной флоре кишечника относятся:

- 1)Энтерококки
- 2)Клостридии
- 3)Клебсиеллы
- 4)Бифидумбактерии
- 5)Лактобациллы

383. Препаратом, способным ликвидировать осмотическую диарею и вызывающий запоры:

- 1)Карбонат магния
- 2)Карбонат кальция
- 3)Гидрокарбонат натрия
- 4)Гидроокись алюминия
- 5)Гидроокись магния

384. Квадротерапия язвенной болезни 12-перстной кишки это:

- 1) комбинация ингибитора протонной помпы и исторически первой тройной терапии - «классической» - препарата висмута (Де-нол), метронидазола и тетрациклин1)
- 2) Комбинация четырех антибиотиков для эрадикации H) pylori
- 3) Комбинация ранитидина с метронидазолом
- 4) Комбинация ранитидина, метронидазола, амоксициллина и ингибитора протонной помпы
- 5) Комбинация альмагеля с ранитидином, блокатором ионной помпы и кларитромицином

385. Внутриклеточная регуляция нарушений секреции соляной кислоты возможна с помощью:

- 1) Циметидина
- 2) Ранитидина
- 3) Низатидина
- 4) Фамотидина
- 5) Омепразола

386. Прокинетиками называют:

- 1) средства, оказывающие стимулирующее действие на моторику ЖКТ
- 2) средства, способствующие фармакокинетическим процессам
- 3) средства, способствующие превращению препаратов в активные метаболиты
- 4) средства, влияющие на биотрансформацию лекарственных средств в печени
- 5) средства, ускоряющие выведение лекарственных препаратов через почки

387. При демпинг-синдроме, протекающем по симпатикоадреналовому типу, нельзя назначать:

- 1) симпатолитические средства
- 2) холинолитические средства
- 3) адренокортикотропный гормон
- 4) транквилизаторы
- 5) местно анестезирующие средства

388. Запором называют:

- 1) опорожнение кишечника менее 1 раза в 3 дня
- 2) опорожнение кишечника менее 2 раз в сутки
- 3) задержку опорожнения кишечника более 3 суток с затруднением дефекации
- 4) задержку опорожнения кишечника более 1 суток с затруднением дефекации
- 5) задержку опорожнения кишечника более 2 суток с затруднением дефекации

389. В качестве противовоспалительной терапии при холециститах чаще используют:

- 1) антибиотики широкого спектра действия
- 2) препараты фурадоинового ряда
- 3) препараты налидиксовой кислоты
- 4) сульфаниламидные препараты
- 5) метронидазол

390. Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью:

- 1) растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре
- 2) снижения уровня холестерина в сыворотке крови
- 3) улучшения утилизации жиров в кишечнике
- 4) улучшения утилизации углеводов в кишечнике
- 5) снижения уровня триглицеридов в сыворотке крови

391. В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет:

- 1)щадящая диета
- 2)прием сульфасалазина в дозе 1-2 г в сутки
- 3)ограничение физической нагрузки
- 4)прием седативных средств
- 5)ограничение поваренной соли

392. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы:

- 1)протей
- 2)клебсиеллу
- 3)эшерихии (патологические штаммы)
- 4)стрептококки
- 5)энтерококки

393. При дисбактериозе, вызванном клебсиеллой, следует назначить:

- 1)вибрамицин
- 2)амикацин
- 3)тетрациклин
- 4)клиндамици
- 5)пенициллин

394. Для заместительной терапии хронического панкреатита используют:

- 1)Пангексавит
- 2)Холензим
- 3)Пантоцид
- 4)Парацетамол
- 5)Панкреатин

395. К блокаторам протоновой помпы относят

- 1)Низатидин
- 2)Омепразол
- 3)Ранисан
- 4)Де-нол
- 5)Фамотидин

396. У больного развился гипохлоремический алкалоз вследствие пилоростеноза.

Введение физ. раствора не улучшило состояние. Что следует добавить?

- 1)Калия хлорид
- 2)Хлористый кальций
- 3)Хлорид аммония
- 4)Гипертонический раствор натрия хлорида
- 5)Альбумин

397. Микроорганизмом, вызывающим псевдомембранозный колит, является:

- 1)Бактериолы
- 2)Клебсиела
- 3)Клостридия
- 4)Амеба
- 5)Кампилобактер

398. К патогенетическим средствам лечения псевдомембранозного колита относят:

- 1)Тетрациклин
- 2)Левомецетин
- 3)Ванкомицин
- 4)Метронидазол
- 5)Фуразолидон

399. К препаратам выбора при инфекции мочевых путей, вызванной синегнойной палочкой, относят:

- 1)ципрофлоксацин
- 2)офлоксацин
- 3)цефтазидим
- 4)нитрофураны
- 5)налидиксовая кислота

400. Для лечения хламидийной инфекции мочеполового тракта используют:

- 1)азитромицин
- 2)доксциклин
- 3)офлоксацин
- 4)нитроксолин
- 5)цефалексин

401. Уроантисептики, наиболее эффективные при кислой реакции мочи:

- 1)доксциклин
- 2)норфлоксацин
- 3)нитрофураны
- 4)гентамицин
- 5)эритромицин

402. Наиболее эффективные уроантисептики при щелочной реакции мочи:

- 1)макролиды
- 2)ципрофлоксацин
- 3)линкомицин
- 4)ампициллин
- 5)доксциклин

403. К нерациональным комбинациям уроантисептиков можно отнести:

- 1)ампициллин + гентамицин
- 2)фурагин + левомецетин
- 3)гентамицин + карбенициллин
- 4)левомецетин + сульфаниламиды
- 5)ампициллин + сульфактам

404. При развитии почечной недостаточности следует отменить:

- 1)гентамицин
- 2)пенициллин
- 3)индометацин
- 4)амоксициллин
- 5)пропранолол

405. Образованию камней в мочевых путях способствуют:

- 1)Гиперурикемия

- 2)Инфекция мочевыводящих путей
- 3)Нарушение уродинамики
- 4)Гипопаратиреоз
- 5)Лечение антибиотиками

406. Для больного хроническим пиелонефритом полезно:

- 1)Ограничение поваренной соли
- 2)Чередование курсов уросептиков
- 3)Ограничение жидкости
- 4)Применение уросептических трав в течение года
- 5)Ограничение белка в диете

407. В лечении быстро прогрессирующего волчаночного нефрита эффективно использование:

- 1)кортикостероидов
- 2)цитостатиков
- 3)плазмафереза
- 4)нестероидных противовоспалительных средств
- 5)антибиотиков

408. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита используют:

- 1)глюкокортикоиды
- 2)нестероидные противовоспалительные средства
- 3)цитостатики
- 4)антибиотики
- 5)препараты калия

409. Длительное лечение цитостатиками в поддерживающих дозах требует

- 1)контролирования числа эритроцитов
- 2)контролирования функционального состояния печени 1 раз в 2-3 месяца
- 3)контролирования числа лейкоцитов 1 раз в месяц
- 4)контролирования уровня гемоглобина 1 раз в месяц
- 5)контролирования числа тромбоцитов 1 раз в месяц
- 6)все верно

410. У больного с хронической почечной недостаточностью и обильной рвотой в течение 2-х недель отмечается нарастание креатинина и мочевины плазмы крови) Ваши действия

- 1)коррекция диеты
- 2)введение 10% раствора хлористого натрия внутривенно
- 3)наложение артериовенозного шунта и лечение гемодиализом
- 4)назначение антибиотиков
- 5)назначение препаратов калия

411. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения

- 1)солей кальция
- 2)раствора гидрокарбоната натрия
- 3)концентрированного раствора глюкозы с инсулином
- 4)панангина
- 5)хлорида калия

412. При мочекаменной болезни, обусловленной уратными камнями, целесообразно:

- 1)назначение аллопуринола
- 2)назначение пробенецида
- 3)ощелачивание мочи
- 4)назначение комбинации аллопуринола и пробенецида
- 5)поддержание диуреза более 2 л/сут

413. Процент элиминации гентамицина с мочой составляет:

- 1)20%
- 2)30%
- 3)40%
- 4)80%
- 5)100%

414. Уроантисептик эффект которого не зависит от pH мочи:

- 1)гентамицин
- 2)левомицетин
- 3)невиграмон
- 4)доксциклин
- 5)макролиды

415. Уроантисептиком, не приводящим к дисбактериозу кишечника является:

- 1)гентамицин
- 2)оксациллин
- 3)фурагин
- 4)азитромицин
- 5)цефотаксим

416. Уроантисептик доза которого при ХПН не требует коррекции:

- 1)гентамицин
- 2)левомицетин
- 3)ампициллин
- 4)амоксициллин
- 5)амикацин

417. Препаратом выбора для лечения трихомонадной инфекции мочевыводящих путей является:

- 1)Олететрин
- 2)Норфлоксацин
- 3)Метронидазол
- 4)Нистатин
- 5)Цефотаксим

418. Для лечения подострого гломерулонефрита используют:

- 1)пульс-терапию стероидными препаратами с последующим назначением монотерапии массивными дозами преднизолона
- 2)плазмаферез, пульс-терапию с последующей четырехкомпонентной терапией (преднизолоном, цитостатиками, гепарином, курантилом)
- 3)плазмаферез, пульс-терапию с последующим назначением индометацина
- 4)небольшие дозы преднизолона (до 15 мг)
- 5)монотерапию цитостатиками

419. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

- 1) преднизолоном
- 2) цитостатиками
- 3) индометацином
- 4) курантилом
- 5) гепарином

420. Острую почечную недостаточность вызывают антибиотики группы:

- 1) пенициллинов
- 2) макролидов
- 3) тетрациклинов
- 4) аминогликозидов
- 5) цефалоспоринов

421. Для предупреждения развития острой почечной недостаточности при миеломной болезни целесообразно назначить

- 1) спиронолактон
- 2) обильное щелочное питье
- 3) обильное кислое питье
- 4) триамтерен
- 5) препараты калия

422. Лечение радиоактивным йодом тиреотоксической аденомы показано в случаях:

- 1) противопоказаний к хирургическому лечению
- 2) отказа больного от операции
- 3) стойкой лейкопении
- 4) возраста старше 40 лет
- 5) возраста старше 60 лет

423. Передозировка тиреоидных препаратов проявляется:

- 1) тахикардией, болями в области сердца
- 2) уменьшением массы тела
- 3) повышением артериального давления
- 4) сонливостью
- 5) сухостью кожных покровов

424. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении:

- 1) нейролептиков
- 2) антидепрессантов
- 3) оральных контрацептивов
- 4) спиронолактона
- 5) гидрохлортиазида

425. Механизм сахаропонижающего действия препаратов сульфаниламочевины обусловлен:

- 1) повышения секреции эндогенного инсулина
- 2) потенцирования действия инсулина
- 3) нейтрализации действия антагонистов инсулина
- 4) ухудшением утилизации глюкозы
- 5) повышения глюконеогенеза

426. Какие из приведенных препаратов могут увеличить гипогликемический эффект пероральных гипогликемизирующих препаратов?

- 1)салицилаты
- 2)фенилбутазон
- 3)хлорамфеникол
- 4)тетрациклины
- 5)кумарины
- 6)все верно

427. Продолжительность действия инсулина увеличивается при:

- 1)почечной недостаточности
- 2)увеличении дозы инсулина
- 3)использовании пролонгированных форм препаратов
- 4)на поздних стадиях заболевания
- 5)уменьшении дозы инсулина

428. Механизм действия атенолола при диффузном токсическом зобе заключается в:

- 1)блокирования повышенной активности катехоламинов
- 2)повышения эффективности антитиреоидных препаратов
- 3)снижения превращения тироксина в трийодтиронин
- 4)повышении содержания катехоламинов плазмы
- 5)снижения чувствительности бета-адренорецепторов

429. Инсулин вызывает снижение уровня сахара крови за счет:

- 1)уменьшения захвата глюкозы периферической тканью
- 2)снижения распада гликогена
- 3)уменьшения глюконеогенеза
- 4)снижения всасывания глюкозы из кишечника
- 5)увеличения глюконеогенеза

430. Метформин может вызвать:

- 1)кетонурию
- 2)алкалоз
- 3)гипогликемический шок
- 4)реакцию гиперчувствительности
- 5)повышение уровня мочевой кислоты плазмы

431. Значимыми гормональными антагонистами инсулина в организме являются?

- 1)глюкагон
- 2)эпинефрин
- 3)глюкокортикоиды
- 4)ангиотензин-превращающий фермент
- 5)альдостерон

432. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

- 1)Снять ЭКГ
- 2)Ввести 5%-ный раствор глюкозы
- 3)Ввести инсулин (10-20 ЕД)
- 4) Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови
- 5)Ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы

433. Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:

- 1)Аспирин
- 2)Дексаметазон
- 3)Каптоприл
- 4)Тиазидовые диуретики
- 5)Пероральные контрацептивы

434. Наиболее современным и активным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является:

- 1)тиреоидин
- 2)тиреотом
- 3)тирекомб
- 4)L-тироксин
- 5)трийодтиронин

435. Для выведения из гипогликемической комы назначают:

- 1)внутривенное вливание 40% раствора глюкозы
- 2)подкожное введение 5% раствора глюкозы
- 3)прием внутрь 2-3 кусочков сахара
- 4)внутривенное введение 60 мг преднизолона
- 5)внутривенное введение 90 мг преднизолона

436. Токсические реакции при приеме производных сульфонилмочевины проявляются в виде:

- 1)сыпи
- 2)нарушений вестибулярного аппарата
- 3)изменений состава крови
- 4)холестатической желтухи
- 5)судорог в мышцах

437. При в/в струйном введении простого инсулина пик действия наступает:

- 1)через 1-3 мин и длится 10-20 мин
- 2)через 5-10 мин и длится 40 - 50 мин
- 3)через 10-30 мин и длится 1-2 ч
- 4)через 50-60 мин и длится 3 - 4 ч
- 5)через 90-120 мин и длится 5-6 ч

438 При подкожном введении простого инсулина:

- 1)начало действия на 1-3 мин, пик через 1 ч и длится 1 - 2 ч
- 2)начало действия на 5-10 мин, пик через 1-2 ч и длится 2-4ч
- 3)начало действия на 15-60 мин, пик через 2-4 ч и длится 4-12 ч
- 4)начало действия на 30-60 мин, пик через 4-5 ч и длится 12-24 ч
- 5)начало действия на 80-90 мин, пик через 4-5 ч и длится 12-24 ч

439. Длительность терапии мерказолилом составляет не менее

- 1)2-3 мес
- 2)4-6 мес
- 3)7-11 мес
- 4)12-18 мес
- 5)19-24 мес

440. Резистентность к инсулину иногда может быть преодолена с помощью:

- 1)пенициллина

- 2) преднизолона
- 3) глюкозы
- 4) больших доз инсулина
- 5) тетрациклина

441. Наиболее часто при остром тиреоидите выявляют

- 1) стафило- и стрептококки
- 2) риккетсии
- 3) вирусы
- 4) грибы
- 5) простейшие

442. Для лечения гиперосмолярной диабетической комы применяют:

- 1) большие дозы инсулина и в/в введение глюкозы
- 2) большие дозы инсулина и сульфонилмочевины
- 3) гипотонические жидкости и малые дозы инсулина
- 4) гипертонические жидкости и малые дозы инсулина
- 5) метформин в сочетании с большим количеством жидкости

443. Наиболее типичные побочные эффекты пенициллинов:

- 1) Крапивница
- 2) Псевдомембранозный колит
- 3) Аллергический шок
- 4) Токсический гепатит
- 5) Нарушение толерантности к углеводам

444. Комбинация антибактериальных препаратов используется:

- 1) чтобы избежать развития устойчивости микроорганизмов
- 2) для получения синергизма
- 3) для расширения спектра действия комбинации препаратов при ассоциации бактериальных агентов
- 4) для сохранения функции почек
- 5) для сохранения функции печени

445. К хорошо всасываемым (более чем на 70%) антибиотикам относят:

- 1) левомицетин
- 2) ампициллин
- 3) метациклин
- 4) доксициклин
- 5) рифампицин
- 6) все верно

446. К умеренно всасываемым (на 30-50%) антибиотикам относятся:

- 1) оксациллин
- 2) феноксиметилпенициллин
- 3) эритромицин
- 4) олеандомицин
- 5) тетрациклин
- 6) все верно

447. К плохо всасываемым (менее чем на 30%) антибиотикам относят:

- 1) бензилпенициллин

- 2) леворин
- 3) стрептомицин
- 4) аминогликозиды
- 5) нистатин
- 6) все верно

448. К антибиотикам, режим дозирования которых корректируется при снижении клиренса креатинина ниже 50 мл/мин, относят:

- 1) аминогликозиды
- 2) карбенициллин
- 3) цефалоридин
- 4) ристомицин
- 5) полимиксин В
- 6) все верно

449. Отметьте антибиотики, режим дозирования которых корректируется при снижении клиренса креатинина ниже 30 мл/мин:

- 1) бензилпенициллин
- 2) ампициллин
- 3) метициллин
- 4) оксациллин
- 5) цефалоспорины (кроме цефалоридина)
- 6) все верно

450. Антибиотики группы цефалоспоринов:

- 1) активны в отношении грам (+) кокков
- 2) активны против кишечной палочки, клебсиелл, протей
- 3) могут быть нефротоксичны в высоких дозах в комбинации с аминогликозидами
- 4) могут быть свободно использованы при указаниях в анамнезе на аллергические реакции на пенициллин
- 5) являются препаратами выбора для лечения инфекционного эндокардита

451. Аминогликозидные антибиотики:

- 1) плазменный перенос генетической информации может привести к возникновению резистентных к аминогликозидам форм возбудителей
- 2) используют для лечения инфекционного эндокардита в комбинации с пенициллином или ванкомицином
- 3) обладают бактерицидным действием, т.к. они нарушают порядок присоединения аминокислот при вхождении пептидной цепочки на рибосоме
- 4) обычно метаболизируются в печени
- 5) грам (-) бактерии обычно нечувствительны к аминогликозидам

452. В отношении противогрибковых антибиотиков можно сказать, что:

- 1) амфотерицин В имеет длительный период полувыведения. Выведение препарата продолжается в течение нескольких недель после последнего приема
- 2) амфотерицин В может нарушать функцию почек
- 3) гризеофульвин предупреждает возникновение поверхностных микозов
- 4) при генерализованных грибковых инфекциях предпочтителен по выбору нистатин, а не амфотерицин В
- 5) гризеофульвин является препаратом второго ряда при кандидозе

453. Следующие утверждения о полусинтетических пенициллинах правильны:

- 1) оксациллин полностью всасывается из ЖКТ и создает более высокую концентрацию в плазме, чем при приеме внутрь клоксациллина
- 2) клоксациллин устойчив к пенициллиназе
- 3) ампициллин разрушается пенициллиназой (бета-лактамазой)
- 4) ампициллин используют для лечения инфекционного эндокардита
- 5) оксациллин может быть препаратом выбора для лечения стафилококкового инфекционного эндокардита
- 6) все верно

454. Основная антимикробная направленность фторхинолонов характеризуется:

- 1) очень широким спектром, в равной степени высокой активностью как против грам(+), так и против грам(-) флоры
- 2) очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(-) флоры
- 3) очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(+) флоры
- 4) позволяют успешно лечить большинство урогенитальных инфекций
- 5) тем, что они являются препаратами первого выбора для лечения инфекционного эндокардита

455. Фторхинолоны противопоказаны в фазе роста организма?

- 1) потому что они могут привести к искривлению длинных трубчатых костей
- 2) потому что у детей наблюдались повреждения суставов
- 3) потому что в опыте на животных высокие дозы повреждают суставной хрящ
- 4) потому что они могут привести к гигантизму
- 5) потому что они усиливают рост костей

456. Показаниями к применению ципрофлоксацина являются:

- 1) хроническое носительство сальмонелл
- 2) инфекции верхних и нижних дыхательных путей
- 3) сепсис и другие тяжелые инфекции
- 4) инфекции мочевыводящих путей и половых органов
- 5) инфекции уха, горла и носа

457. Бактерицидным действием обладают:

- 1) пенициллины
- 2) амоксициллин
- 3) ампициллин
- 4) тетрациклин
- 5) хлорамфеникол

458. Препаратами, которые вмешиваются в синтез бактериальной стенки, являются:

- 1) амоксициллин
- 2) пенициллин
- 3) цефалоспорины
- 4) хлорамфеникол
- 5) тетрациклины

459. Нитрофурантоин используется только для лечения инфекции мочевого тракта, так как:

- 1) он быстро выделяется

- 2) быстро метаболизируется в печени, в результате чего не достигается эффективная концентрация препарата в крови
- 3) его концентрация в почечной ткани выше, потому что он реабсорбируется в канальцах почки
- 4) он эффективен в отношении наиболее распространенных возбудителей инфекций мочевого тракта, в том числе против протей и кишечной палочки
- 5) он быстро концентрируется в моче

460. Амоксициллин, аминопенициллин - это полусинтетические пенициллины, их свойства сходны с таковыми ампициллина, за исключением:

- 1) частоты появления кожной сыпи
- 2) реакции гиперчувствительности
- 3) проникновение в ЦНС
- 4) спектра активности
- 5) раздражающего влияния на желудочно-кишечный тракт

461. Хлорамфеникол - препарат выбора для лечения:

- 1) брюшного тифа
- 2) инфекций, вызванных золотистым стафилококком
- 3) сибирской язвы
- 4) газовой гангрены
- 5) пневмококковой пневмонии

462. Назначение тетрациклинов предпочтительнее при следующих состояниях:

- 1) рикеттсиозе
- 2) хламидиозе
- 3) холере
- 4) стафилококковых инфекциях
- 5) пневмококковой пневмонии

463. Синергизм наблюдается при сочетании нитрофуранов со следующими препаратами:

- 1) макролиды
- 2) невидграмон
- 3) тетрациклины
- 4) сульфаниламиды
- 5) пенициллин

464. Для лечения пневмококковой инфекции препаратом выбора является:

- 1) хинолоны
- 2) пенициллины
- 3) аминогликозиды
- 4) цефалоспорины
- 5) метронидазол

465. Антибиотиками, которые в первую очередь применяют для эмпирической терапии у больных с инфекционным эндокардитом:

- 1) Фортум
- 2) Пенициллин
- 3) Тиенам
- 4) Ванкомицин
- 5) Линкомицин

466. Эмпирической терапией, рекомендуемой у больных с подозрением на стафилококковую этиологию инфекционного эндокардита, является:

- 1) Комбинация ампициллина с гентамицином
- 2) Комбинация ванкомицина с гентамицином
- 3) Комбинация бензилпенициллина с гентамицином
- 4) Комбинация ванкомицина с рифампицином
- 5) Комбинация ампициллина с рифампицином

467. Процент элиминации гентамицина с мочой составляет:

- 1) 30%
- 2) 50%
- 3) 75%
- 4) 80%
- 5) 100%

468. По сравнению с пенициллинами по спектру действия:

- 1) ципрофлоксацин активнее в отношении грам(-) флоры
- 2) ципрофлоксацин активнее в отношении грам(+) флоры
- 3) пенициллины активнее в отношении грам(+) флоры
- 4) пенициллины активнее в отношении грам(-) флоры
- 5) ципрофлоксацин шире по спектру действия

469. Обозначьте антибиотик, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- 1) ванкомицин
- 2) пиперациллин
- 3) клоксациллин
- 4) амоксициллин
- 5) ампициллин

470. Пенициллины неэффективны при инфекции, вызванной:

- 1) Грамположительными кокками
- 2) Грамотрицательными палочками
- 3) Грамположительными палочками
- 5) Вирусами
- 4) Грамотрицательными кокками

471. Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) чувствительна к:

- 1) стрептомицину
- 2) пенициллину
- 3) пиперациллину
- 4) тетрациклинам
- 5) ампициллину

472. Препаратом выбора для лечения инфекций, вызванных *Salmonella typhi*, является:

- 1) канамицин
- 2) тетрациклины
- 3) цефалоспорины
- 4) хлорамфеникол
- 5) пенициллин

473. Анафилактический шок развивается на введение пенициллина:

- 1) всегда после введения пенициллина
- 2) между 6 и 12 часами после введения
- 3) между 4 и 6 часами после введения
- 4) через 12 часов после введения пенициллина
- 5) спустя 12 часов после введения

474. К пенициллинам пролонгированного действия относят

- 1) феноксиметилпеницилли
- 2) бензатинпенициллин
- 3) бензилпенициллин
- 4) феноксациллин
- 5) ампициллин

475. Хлорамфеникол - препарат выбора для лечения:

- 1) стафилококковой инфекции
- 2) сальмонеллеза
- 3) вирусной инфекции
- 4) амёбной дизентерии
- 5) туберкулеза

476. Наиболее безопасным препаратом из группы тетрациклинов при почечной недостаточности является:

- 1) окситетрациклин
- 2) доксициклин
- 3) хлортетрациклин
- 4) деметилхлортетрациклин
- 5) морфоциклин

477. Повторное исследование общего количества лейкоцитов необходимо на фоне терапии:

- 1) противотуберкулезными средствами
- 2) котримоксазолом
- 3) хлорамфениколом
- 4) гентамицином
- 5) карбенициллином

478. Эритромицин:

- 1) оказывает бактериостатический эффект в малых дозах и бактерицидный эффект при высокой концентрации
- 2) оказывает бактериостатический и бактерицидный эффекты в малых дозах
- 3) оказывает бактериостатический и бактерицидный эффекты только в больших дозах
- 4) оказывает бактерицидный эффект в малых дозах и бактериостатический эффект при высокой концентрации

479. Пенициллин:

- 1) изначально бактериостатический препарат и бактерицидный эффект оказывает только в очень высоких дозах
- 2) изначально бактерицидный препарат и бактериостатический эффект оказывает только в очень высоких дозах
- 3) оказывает бактерицидный и бактериостатический эффекты только в очень высоких дозах
- 4) оказывает бактерицидный и бактериостатический эффекты только в очень малых дозах

5) является только бактерицидным препаратом

480. Между пенициллином и эритромицином:

- 1) существует перекрестная резистентность
- 2) не существует перекрестной резистентности
- 3) перекрестная резистентность проявляется только при использовании очень больших доз
- 4) перекрестная резистентность проявляется только при использовании очень маленьких доз
- 5) перекрестная резистентность проявляется только при использовании средних доз

481. Больным с нарушением функции почек можно назначать:

- 1) окситетрацикли
- 2) тетрациклин
- 3) миноциклин
- 4) доксициклин
- 5) метациклин

482. Препаратом выбора для лечения неосложненной гонококковой инфекции взрослых является:

- 1) растворимый кристаллический пенициллин G (бензилпенициллин)
- 2) бензатинпенициллин G
- 3) пенициллин G
- 4) эритромицин
- 5) пенициллин VK

483. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:

- 1) левомицетин
- 2) фуразолидон
- 3) канамицин
- 4) невигамон
- 5) энтеросептол

484. Препаратом из группы аминогликозидов, который можно использовать даже при наличии резистентности к гентамицину, является:

- 1) стрептомицин
- 2) амикацин
- 3) неомицин
- 4) тобрамицин
- 5) канамицин

485. Для лечения легинеллезной пневмонии препаратом выбора может быть:

- 1) пенициллин G
- 2) хлорамфеникол
- 3) эритромицин
- 4) стрептомицин
- 5) линкомицин

486. Препаратом для лечения микоплазменной пневмонии является:

- 1) пенициллин G
- 2) эритромицин
- 3) ванкомицин
- 4) гентамицин

5)бацитрацин

487. Минимальной способностью концентрироваться в моче обладает:

- 1)эритромицин
- 2)левомицетин
- 3)ампициллин
- 4)гентамицин
- 5)фторхинолоны

488. Из перечисленных антибиотиков для лечения остеомиелита препаратом выбора будет:

- 1)линкомицин
- 2)полимиксин В
- 3)фузидин натрия
- 4)пенициллин
- 5)гентамицин

489. При нарушении функции почек следует отдать предпочтение:

- 1)гентамицину
- 2)неомицину
- 3)эритромицину
- 4)стрептомицину
- 5)фторхинолонам

490. Уроантисептиком, не приводящим к дисбактериозу кишечника является:

- 1)гентамицин
- 2)оксациллин
- 3)фурагин
- 4)азитромицин
- 5)клафоран

491. Антибактериальным препаратом, обладающим наибольшей антианаэробной активностью является:

- 1)ампициллин
- 2)гентамицин
- 3)тетрациклин
- 4)метронидазол
- 5)амоксициллин

492. Наилучшим препаратом для лечения кишечного аскаридоза является

- 1)пиперазин в таблетках
- 2)пиперазин в сиропе
- 3)нафтамон
- 4)декарис
- 5)вермокс

493. Если одним из возбудителей инфекционного эндокардита являются псевдомонады, к терапии добавляют:

- 1)Пенициллин
- 2)Ампициллин
- 3)Гентамицин

- 4)Пиперациллин
- 5)Эритромицин
- 6)Рифампицин

494. При комбинации бензилпенициллина с гентамицином у больных с инфекционным эндокардитом последний следует вводить:

- 1)одновременно с бензилпенициллином
- 2)через 2 часа после бензилпенициллина
- 3)за 2 часа до бензилпенициллина
- 4)время введения не имеет значения

495. Для профилактики инфекционного эндокардита при стоматологических процедурах антибиотики следует назначать:

- 1)накануне процедур
- 2)после проведения процедур
- 3)не ранее, чем за 1 час до процедуры с последующим одно или двухкратным введением в половинных дозах
- 4)однократно не ранее, чем за час до проведения процедуры
- 5)за 3 часа до процедуры

496. Антибактериальная профилактика инфекционного эндокардита должна проводиться при стоматологических вмешательствах:

- 1)у всех пациентов
- 2)только у пациентов с высоким риском инфекционного эндокардита
- 3)только у пациентов с инфекционным эндокардитом в анамнезе
- 4)только у пациентов с механическими протезами клапанов сердца
- 5)только у больных старше 40 лет

497. Эмпирической терапией, рекомендуемой у больных с подозрением на стафилококковую этиологию инфекционного эндокардита, является:

- 1)Комбинация ампициллина с гентамицином
- 2)Комбинация ванкомицина с гентамицином
- 3)Комбинация бензилпенициллина с гентамицином
- 4)Комбинация ванкомицина с рифампицином
- 5)Комбинация ампициллина с рифампицином

498. В отношении противогрибковых антибиотиков можно сказать, что:

- 1)амфотерицин В имеет длительный период полувыведения. Выведение препарата продолжается в течение нескольких недель после последнего приема
- 2)амфотерицин В может нарушать функцию почек
- 3)гризеофульвин предупреждает возникновение поверхностных микозов
- 4)при генерализованных грибковых инфекциях предпочтителен по выбору нистатин, а не амфотерицин В
- 5)гризеофульвин является препаратом второго ряда при кандидозе

499. Комбинация антибактериальных препаратов используется:

- 1)чтобы избежать развития устойчивости микроорганизмов
- 2)для получения синергизма
- 3)для расширения спектра действия комбинации препаратов при ассоциации бактериальных агентов
- 4)для сохранения функции почек
- 5)для сохранения функции печени

500. Отметьте антибиотики, режим дозирования которых корректируется при снижении клиренса креатинина ниже 30 мл/мин:

1)бензилпенициллин

2)амипициллин

3)метициллин

4)оксациллин

5)цефалоспорины (кроме цефалоридина)

б)все верно