

ПЕД-21

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

Кафедра Фармакологии с клинической фармакологией

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного
учебно-методического совета
«23»мая 2023 г. № 5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине « Клиническая фармакология »

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов

6 курса

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры

От 22 «мая» 2023 г. (протокол №12)

Зав кафедрой фармакологии
с клинической фармакологией
д.м.н., проф



Л.З. Болиева

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - вопросы к зачету
 - банк ситуационных задач
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - билеты к зачету

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине Клиническая фармакология
для студентов 6 курса
по специальности 31.05.02 Педиатрия (специалитет)**

Оценочные материалы составлены на кафедре фармакологии с клинической фармакологией на основании рабочей программы дисциплины и соответствует требованиям «Клиническая фармакология» утвержденной ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 24 мая, 2023 г., протокол №12 и соответствуют требованиям ФГОС ВО 3⁺⁺ по специальности 31.05.02 Педиатрия,

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к зачету
- банк ситуационных задач,
- банк тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- билеты к зачету

Банк ситуационных задач включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Клиническая фармакология» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам.

Эталоны тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Клиническая фармакология» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет - 130. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталоны содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к зачету составляет 40, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета в течение одного дня. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач.

Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине «Клиническая фармакология» способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными, общепрофессиональными, профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине «Клиническая фармакология» могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у обучающихся 6 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК по естественнонаучным
и математических дисциплин с подкомиссией
по экспертизе оценочных материалов,
доцент кафедры химии и физики



Н.И. Боцьева

**Паспорт оценочных материалов по дисциплине
Клиническая Фармакология**

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/модуля	Индекс компетенции	Наименование оценочного материала
1	2	3	4
Вид контроля - текущий /промежуточный			
1.	Входной контроль		<ul style="list-style-type: none"> • тестовый контроль
2.	Общие вопросы клинической фармакологии	ОПК-7 ПК-3	<ul style="list-style-type: none"> • тестовый контроль, • вопросы к зачету, • банк ситуационных задач, • билеты к зачету
3	Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств при заболеваниях внутренних органов	ОПК-7 ПК-3	<ul style="list-style-type: none"> • тестовый контроль, • вопросы к зачету, • банк ситуационных задач, • билеты к зачету
4	Доказательная медицина. Требования к фармакотерапии и лекарственному обеспечению согласно Приоритетному национальному проекта «Здоровье»	ОПК-7 ПК-3	<ul style="list-style-type: none"> • тестовый контроль, • вопросы к зачету, • банк ситуационных задач, • билеты к зачету

Входной контроль Клиническая фармакология

1. К процессам метаболической трансформации относятся:

1) окисление; 2) восстановление; 3) ацетилирование; 4) гидролиз; 5) образование глюкуронидов; 6) метилирование.

2. К процессам конъюгации ЛВ относятся:

1) окисление; 2) ацетилирование; 3) восстановление; 4) метилирование; 5) гидролиз; 6) глюкуронирование.

3. Период полужизни (полуэлиминации):

1) время, за которое 50% ЛВ подвергается биотрансформации. 2) время, за которое концентрация ЛВ в плазме крови снижается наполовину. 3) время, за которое половина ЛВ выделяется из организма.

4. Какие из энтеральных путей введения обеспечивают попадание ЛВ в системный кровоток, минуя печень? 1) пероральный; 2) сублингвальный; 3) ректальный; 4) в двенадцатиперстную кишку; 5) трансбуккальный.

5. Укажите показания к применению ганглиоблокаторов:

1) гипертензивный криз; 2) сосудистый коллапс; 3) управляемая гипотензия; 4) облитерирующий эндартериит; 5) атеросклероз; 6) глаукома; 7) артериальная эмболия.

6. Отметьте побочные эффекты атропина:

1) запор и нарушение мочеиспускания; 2) диарея; 3) повышение внутриглазного давления; 4) спазмы гладкомышечных органов; 5) брадикардия; 6) тахикардия; 7) сухость во рту.

7. Укажите показания к применению адреналина: 1) анафилактический шок; 2) гипертония; 3) тиреотоксикоз; 4) гипогликемическая кома; 5) гипергликемическая кома; 6) остановка сердца 7) открытоугольная глаукома.

8. Укажите неселективные α -адреноблокаторы: 1) атенолол; 2) пропранолол; 3) празозин; 4) доксазозин; 5) тропafen; 6) пирроксан; 7) фентоламин 8) ницерголин.

9. Укажите α_1 -адреноблокаторы: 1) празозин; 2) доксазозин; 3) теразозин; 4) ницерголин; 5) феноксифензамин; 6) тамсулозин; 7) фентоламин; 8) тропafen.

10. Укажите показания к применению β_1 -блокаторов:

1) стенокардия напряжения; 2) сердечные аритмии; 3) артериальная гипертония; 4) бронхиальная астма; 5) облитерирующий эндартериит; 6) сахарный диабет.

11. Укажите показания к применению β_2 -адреномиметиков: 1) гипотензия; 2) бронхиальная астма; 3) преждевременные роды; 4) угроза выкидыша; 5) острая сердечная недостаточность; 6) АВ-блокада.

12. Укажите средство для рефлекторной стимуляции дыхания:

1) рокуроний; 2) лобелина гидрохлорид; 3) галантамина гидробромид; 4) тубокурарина хлорид; 5) арфонад.

13. Определите препарат, обладающий следующими свойствами: 1) понижает потребность миокарда в кислороде; 2) увеличивает коронарный кровоток и доставку кислорода к миокарду; 3) замедляет ЧСС; 4) уменьшает проводимость; 5) оказывает противоаритмическое действие.

14. Укажите показания к применению фентоламина: 1) сосудистый коллапс; 2) спазмы периферических сосудов; 3) гипертоническая болезнь; 4) феохромоцитома; 5) облитерирующий эндартериит; 6) доброкачественная гиперплазия предстательной железы; 7) глаукома.

15. Определите препарат.

Препарат обладает антидепрессивным и седативным действием, неизбирательно угнетает нейрональный захват моноаминов, может применяться в качестве анальгетика: 1) мапротилин; 2) флуоксетин; 3) амитриптилин; 4) имизин; 5) моклобемид.

16. Выберите правильные утверждения: Морфин оказывает следующие фармакологические эффекты: 1) возбуждает центры блуждающих нервов; 2) угнетает центры глазодвигательных нервов; 3) угнетает кашлевой центр; 4) возбуждает дыхательный центр; 5) повышает тонус сфинктеров ЖКТ; 6) возбуждает сосудодвигательный центр.

17. Укажите ноотропы:

1) пирацетам; 2) имизин; 3) аминалон; 4) кофеин; 5) буспирон.

18. Укажите средства для ингаляционного наркоза: 1) энфлуран; 2) азота закись; 3) пропанидид; 4) фторотан; 5) кетамин; 6) изофлуран.

19. Укажите наркотические анальгетики – агонисты опиоидных рецепторов: 1) морфин; 2) налоксон; 3) пентазоцин; 4) фентанил; 5) буторфанол.

20. Выберите правильное утверждение:

Клозапин: 1) селективно блокирует D2-рецепторы; 2) преимущественно блокирует D4-рецепторы; 3) блокирует 5-HT_{2A}-рецепторы; 4) стимулирует M-холинорецепторы и α-адренорецепторы; 5) обладает выраженной психостимулирующей активностью.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ

1. Предмет и задачи фармакотерапии. Связь фармакотерапии с теоретическими и клиническими дисциплинами. Клиническая фармакология: предмет, структура, задачи, роль в медицине.
2. Виды фармакотерапии.
3. Связь фармакодинамики и фармакокинетики. Определение величины фармакологического эффекта. Терапевтический эффект, терапевтический диапазон и терапевтическая широта лекарственного средства. Поддерживающая доза.
4. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: биологически активное вещество, фармакологическое средство, лекарственное средство, лекарственный препарат, лекарственная форма, действующее вещество.
5. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: клиническая фармакология, фармакотерапия, элиминация вещества, квота элиминации, константа элиминации.
6. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: период полувыведения, объем распределения, клиренс, равновесная концентрация, минимальный терапевтический уровень, терапевтический диапазон, терапевтическая широта.
7. Фармакокинетика. Определение. Роль в развитии фармакотерапии, задачи, возможности.
8. Пути введения лекарственных средств.
9. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны.
10. Распределение лекарственных средств в органах и тканях.
11. Связывание лекарственных средств с белками.
12. Метаболизм лекарственных средств.
13. Выведение лекарственных средств.
14. Моделирование фармакокинетических процессов. Двухкамерная фармакокинетическая модель. Определение клиренса.
15. Биологическая доступность. Относительная биодоступность и фактическое значение этих показателей.
16. Понятие о биоэквивалентности лекарственных веществ. Пик концентрации лекарственных веществ в крови. Время достижения максимальной концентрации. Площадь под кривой изменения концентрации лекарства в крови.
17. Фармакодинамика. Определение. Роль и значение в развитии фармакотерапии. Виды действия лекарственных веществ.
18. Механизмы действия лекарственных средств.
19. Дозирование лекарственных средств.
20. Повторное применение лекарственных средств.
21. Взаимодействие лекарственных средств. Виды. Фармацевтическое взаимодействие.
22. Фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств.
23. Фармакодинамическое взаимодействие лекарственных средств.
24. Влияние возраста человека на действие лекарственных средств. Особенности фармакотерапии у новорожденных.
25. Особенности фармакотерапии при беременности.
26. Особенности фармакотерапии у лактирующих женщин.
27. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте.
28. Взаимозаменяемость лекарственных средств. Препараты выбора.
29. Влияние факторов внешней среды на действие лекарственных средств.

30. Роль наследственных факторов в фармакотерапии, фармакогенетика.
31. Побочное действие лекарственных средств. Специфические побочные эффекты, связанные с фармакологическими свойствами лекарств. Токсическое действие лекарств. Синдром обкрадывания. Парамедиamentosозные побочные явления.
32. Побочное действие лекарственных средств. Аллергические реакции на лекарства. Лекарственная зависимость. Синдром отмены.
33. Фармакоэкономика. Определение, задачи, основные методы исследования и понятия.
34. Фармакоэпидемиология. Определение, задачи, основные методы исследования и понятия.
35. Лекарственная токсикология. Основные клинические синдромы острых отравлений лекарствами. Специфические антидоты.
36. Нитраты: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах ИБС.
37. Бета-адреноблокаторы: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Синдром отмены бета-блокаторов. Применение при различных формах ИБС.
38. Антагонисты кальция: классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах ИБС.
39. Тиазидные диуретики: классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место диуретиков в лечении артериальной гипертензии.
40. Ингибиторы АИФ и блокаторы АТ1 рецепторов: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место ИАПФ и блокаторов АТ1 рецепторов в лечении артериальной гипертензии.
41. Блокаторы альфа1-адренорецепторов и препараты центрального действия (центральные альфа2-симпатомиметики, агонисты II-имидазолиновых рецепторов): классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению при АГ.
42. Антиаритмические препараты Ia класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приема препаратов Ia класса.
43. Антиаритмические препараты Ib класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приема препаратов Ib класса.
44. Антиаритмические препараты Ic класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приема препаратов Ic класса.
45. Антиаритмические препараты II класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приема препаратов II класса.
46. Антиаритмические препараты III класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приема препаратов III класса.
47. Антиаритмические препараты IV класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приема препаратов IV класса.
48. Петлевые, тиазидные, калийсберегающие диуретики и ингибиторы карбоангдразы (классификация, фармакодинамические особенности). Тактика назначения при ХСН. Спиринолактон как нейрогуморальный модулятор.

49. Ингибиторы АПФ и блокаторы АТ1-рецепторов: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место ИАПФ и блокаторов АТ1-рецепторов в лечении ХСН.
50. Бета-адреноблокаторы: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место бета-блокаторов в лечении ХСН.
51. Тромбоцитарный гемостаз. Лекарственные средства, препятствующие образованию тромбоцитарного тромба: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к назначению.
52. Коагуляционный гемостаз. Нефракционированные и низкомолекулярные гепарины: классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению. Контроль гепаринотерапии.
53. Коагуляционный гемостаз. Антикоагулянты непрямого действия: классификация, механизм действия, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению. Контроль терапии.
54. Система фибринолиза. Фибринолитики: классификация, механизм действия, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
55. НПВС: классификация по противовоспалительной активности, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты. Показания к назначению.
56. НПВС: классификация по степени селективности к различным видам ЦОГ. Основные побочные эффекты, факторы риска развития осложнений, контроль безопасности длительной терапии НПВС.
57. Системные глюкокортикостероиды (СКС): механизм действия, классификация, основные фармакодинамические эффекты, противопоказания к назначению.
58. СКС: побочные эффекты. Вторичная надпочечниковая недостаточность: факторы риска, меры предупреждения. Виды фармакотерапии СКС. Хронотерапия, альтернирующая терапия, пульс-терапия.
59. Антацидные препараты: классификация, механизм действия, основные побочные эффекты, показания к назначению.
60. H2-гистаминоблокаторы: классификация, механизм действия, основные побочные эффекты, показания к назначению.
61. Блокаторы протонного насоса: классификация, механизм действия, основные побочные эффекты, показания к назначению.
62. Лечение хеликобактер-ассоциированных заболеваний: общие принципы и схемы эрадикационной терапии.
63. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика пенициллинов. Показания к применению.
64. Классификация цефалоспоринов. Клинико-фармакологическая характеристика цефалоспоринов. Показания к применению.
65. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика аминогликозидов. Показания к применению.
66. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика фторхинолонов. Показания к применению.
67. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика макролидов. Показания к применению.
68. Классификация метилксантинов. Особенности фармакокинетики препаратов. Показания к назначению. Побочные и токсические эффекты. Основные нежелательные лекарственные взаимодействия.
69. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии: цели, выбор препарата, оценка

эффективности, длительность антибиотикотерапии. Понятие о «ступенчатой» антибиотикотерапии. Подходы к лечению внебольничной пневмонии.

70. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Клинико-фармакологическая характеристика ИГК, показания к применению, длительность назначения, оценка эффективности.

71. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Мембраностабилизирующие средства в лечении бронхиальной астмы: клинико-фармакологическая характеристика основных групп препаратов, показания к применению.

72. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Ангилейкотриеновые препараты в лечении бронхиальной астмы: клинико-фармакологическая характеристика основных групп препаратов, показания к применению.

73. Бета 2-адреномиметики короткого действия и антихолинергические средства в лечении бронхиальной астмы. Показания и противопоказания к назначению, препараты выбора, принципы назначения, побочные эффекты.

74. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Бета 2-адреномиметики длительного действия в лечении бронхиальной астмы. Показания и противопоказания к назначению, препараты выбора, принципы назначения, побочные эффекты.

ЗАДАЧИ К ЗАЧЕТУ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ

1. Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Заболела впервые. Правильного телосложения. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия. Беременность 18 недель, без патологии. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.
2. Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37.9°C, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/105 мм рт.ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Пульс 88 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабopоложителен справа. Дизурии нет. Лейкоцитурия. После физической нагрузки АД 195/120 мм рт.ст. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не отмечено. Контуры почек определяются нечетко. Обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике левой почки не выявлено. Справа почка размером 10x8 см бобовидной формы с неровной поверхностью. Чашечки деформированы, местами колбовидной формы. По данным УЗИ почек отмечено уменьшение в размерах правой почки, паренхима неоднородной плотности толщиной 6-7 мм. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.
3. Больной Д., 32 года, обратился с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»). Больной перенес ангину и через две недели после нее стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение 2 дней. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ, пневмония. Больной работает контролером, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери гипертоническая болезнь, у отца язвенная болезнь желудка, дочь - здорова. Аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 20 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный, 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон. Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,1x10⁹/л. Цветной показатель - 0,9, лейкоциты - 6,8x10⁹/л, сегментоядерные - 76 %, палочкоядерные - 1 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 2 %, лимфоциты - 15 %. СОЭ - 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 6000 в 1 мл, лейкоциты - 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 1,8 г. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумин - 33 г/л, мочевины - 7,9 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 4 ммоль/л. Бактериологическое исследование мазка из зева: Strept. Pyogenes, чувствительный к цефотаксиму, цефтриаксону, левофлоксацину, устойчивый к амоксициллину. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина -

заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом эффект достигался. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч. В анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ1 - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

5. Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын больного страдает экссудативным диатезом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. В анализе мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спираль Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ1 - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 82%. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

6. Больной В. 50 лет, во время бритья получил маленькую поверхностную рану в области угла нижней челюсти. Обработал ее раствором йода, в течение 4-х дней больного ничего не беспокоило. Затем, отметил в этой зоне небольшую болезненную припухлость, без гиперемии и гипертермии, которая постепенно увеличивалась. К врачу не обращался. Местно прикладывал ежедневно теплую грелку. Боль не проходила.

Инфильтрат стал размером - 4x5 см, плотным, появилась незначительная гиперемия над ним, температура тела субфебрильная. На 8-е сутки температура повысилась вечером до 39 градусов, утром - 37,2. В области инфильтрата появилась флюктуация, затруднение открывания рта. После чего был вынужден обратиться к врачу.

Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

7. Больная Ф., 70 лет, поступила через 7 суток сначала заболевания с жалобами на припухлость и боли в правой ягодичной области, повышение температуры тела до 38,2 градусов. Со слов больной, в связи с повышением АД до 190 и 120 мм рт. ст. «скорая» сделала ей неделю назад в/м инъекцию сернокислой магнезии. Через 2 дня появилось болезненное уплотнение в правой ягодице. Делала «йодную сетку» по совету соседней, прикладывала горячую грелку. Боль усилилась, температура тела поднялась до 38,2 градусов Цельсия, в связи с чем обратилась в больницу. Состояние средней тяжести. PS - 100 ударов в мин. АД 160 и 100 мм. рт. ст. В области верхненаружного квадранта правой ягодицы плотный, резко болезненный инфильтрат 10x14 см, гиперемия кожи, местная гипертермия. Флюктуация в центре. В правой паховой области умеренно болезненные 2 образования 1,0x 1,5 см, подвижные, без гиперемии. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

8. У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2x15 см, спаянные с кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

9. Больной А. 35 лет, из-за тесной обуви появилась инфицированная потертость на 1 пальце правой стопы. Место прикладывала бактерицидный пластырь. Через 3 дня в правой паховой области появились болезненные образования, 2-3 шт., размером 1,0x1,5 см., умеренно подвижные, кожа над ними не изменена, К врачу не обращалась, не лечилась. Еще через неделю в правой паховой области появился

плотный болезненный инфильтрат без четких границ, гиперемия кожи над ним. Флюктуации нет. Температура тела - 38,5 градусов Цельсия. Ваш диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

10. У больной С, 26 лет за день до обращения к врачу появились сухой кашель, заложенность носа, водянистые выделения из носа, слезотечение, першение в носоглотке, повышение температуры тела до 38,5 С. Принимала парацетамол с кратковременным эффектом. При осмотре - состояние средней тяжести. Температура тела 38,2 С. Слизистая зева гиперемирована. Носовое дыхание затруднено. ЧДД 17 в мин, аускультативно жесткое дыхание. PS - 98 уд. в мин. АД 115/80 мм рт ст. По другим органам без особенностей. Предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение.

11. Больная 65 лет выдавила фурункул подбородочной области. Через 3 дня отметила усиление болей в этой области, появилась гиперемия, напряженный отек, местная гипертермия. Лечилась самостоятельно, применяла повязки с мазью Вишневского. Через 3 дня повысилась температура до 38 градусов Цельсия, увеличилась гиперемия, боли, отек в подбородочной области. В центре на месте бывшего фурункула, участок грязно-серого цвета 2x2 см. Отмечается флюктуация. Через 6 суток обратилась к врачу, было выполнено хирургическое вмешательство с дренированием раны резиновыми выпускниками. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

12. Больной К. находясь на даче, получил укус насекомого в область левой щеки. Ночью был сильный зуд в области укуса, что привело к расчесу в этом месте. Через два дня приехал домой с дачи, обнаружил на месте укуса припухлость, болезненность без явной гиперемии. Обработал эту область спиртом, принял таблетку димедрола. К врачу не обращался, ходил на работу. Через 3 дня стал отмечать недомогание, слабость, повысилась температура до 38,2 градусов Цельсия, припухлость в области левой щеки

увеличилась, усилилась боль, появилась гиперемия, отек перешел на параорбитальную клетчатку с обеих сторон, отмечается флюктуация в центре инфильтрата. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

13. Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0x1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через 2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах, появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

14. Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение.

15. В приёмный покой доставлен больной З. 65 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°C, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими

укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты - 21×10⁹/л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: РН - 7,5; Р СО₂ - 20; Р О₂ - 50; ВЕ - 10.. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте план обследования и лечения.

16. Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии.

Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной, не купируемой Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на лёгочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Печень у края рёберной дуги, периферических отёков нет.

Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации. На ЭКГ: ритм

синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, одиночная политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой. Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

17. Больной А. 64 лет, жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадируют, уменьшаются после молочной пищи. Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приёмом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение 3 месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает). Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственно эпигастрии. При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отёка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звёздчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение и обоснуйте его.

18. Больной П. 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение

выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты.

Курит. Индекс курения - 120 пачек-лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°C. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отёки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем лёгочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на лёгочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - $10,6 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты - 20%; моноциты - 5%. СОЭ - 22 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Лёгочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол лёгочной артерии. Спирограмма: индекс Тиффно – 65; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЩС - рО₂, 46 мм рт. ст., SaO₂ - 78%. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

19. Мужчина 40 лет, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отеки век по утрам, повышение

АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В анализах.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевины - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, К⁺ - 6,2 ммоль/л, Na⁺ - 138 ммоль/л, Р - 1,9 ммоль/л, Са - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008.

УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей. Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

20. Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и

поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки. При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение

суставных щелей, остеосклероз. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение и обоснуйте его.

21. Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С. Больна в течение 3 дней. Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налётом беловатого цвета, легко снимающимся, налёт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение.

22. Больная А., 49 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. 5 лет назад перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после огрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Сформулируйте предварительный диагноз. Определите тактику лечения больной.

23. Больной 45 лет обратился к терапевту с жалобами на появление одышки при физической нагрузке, тяжести в груди, эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашля с трудно отделяемой мокротой, преимущественно по утрам ежедневно. Считает себя больным около года. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1 пачке в день около 20 лет. У отца гипертоническая болезнь, ХСН. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 180 см, вес 85 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы

относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x9x7 см. Дизурических явлений нет. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

24. Больная К. 55 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через час после еды, тошноту. В течение 15 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение недели на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала антациды по потребности. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов

нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Взят биоптат из антрального отдела желудка: тест на Нр положительный. При гистологическом исследовании биоптата: атрофия и хроническая полиморфноклеточная инфильтрация слизистой желудка.

25. Мужчина 52 лет обратился к терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза: накануне вечером употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Семейный анамнез: у отца подагра, подагрический полиартрит. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 178 см, вес 108 кг, ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 116 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом правой стопы гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава, пальпация сустава резко болезненна, движение резко ограничено. В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 4,9*10¹²/л, лейкоциты – 12,8*10⁹/л, тромбоциты – 240*10⁹/л, СОЭ – 35 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л; мочевая кислота – 612 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, креатинин – 82 мкмоль/л. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

26. Больная Н. 30 лет обратилась к терапевту с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании. Анамнез: заболела остро, около недели назад – повысилась температура до 38°C, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до 37°C, однако боль в горле продолжала беспокоить. Сопутствующие заболевания: хронический некалькулезный холецистит. При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отёков нет, При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отёчность глоточных миндалин, множественные гнойные фолликулы. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5-2 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все отделы, ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=90 ударов в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

27. Больной К. 47 лет обратился к терапевту с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, озноб, кашель со слизистой мокротой. Анамнез: заболел остро, 2 дня назад повысилась температура до 38°C, слабость, озноб. Принимал парацетамол. Накануне обращения к врачу появился сухой кашель. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

28. Пациент К. 62 лет. Жалобы на одышку экспираторного характера при незначительной физической нагрузке, приступообразный кашель с большим количеством мокроты, повышение температуры до 37,5°C. Анамнез заболевания: кашель в течение последних 10-15 лет. Последние 10 лет стал отмечать одышку при физической нагрузке, которая прогрессирует и стала беспокоить при обычной нагрузке. За медицинской помощью не обращался. Настоящее ухудшение в течение 2 недель: усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка, два дня назад стала повышаться температура до 37,5°C. Принимал амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха до 6-7 раз в день без улучшения. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1-1,5 пачки в сутки. В анамнезе ангионевротический отек при применении пенициллина, цефтриаксона. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 170 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над и подключичных ямок. Перкуторный звук – коробочный. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 102 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×8 см. Отёков нет. Общий анализ крови: лейкоциты - 8,2×10⁹/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 89%. ФВД-ОФВ1 – 36%, ЖЕЛ – 52%, тест с бронхолитиком отрицательный. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

29. Больной 55 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 56 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма- глобулины – 28,5%. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

30. Мужчина 40 лет. При госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,4°C, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - 9,9×10⁹/л; эритроциты - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки. Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом

микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет. Общий анализ мочи: норма. На рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

ПЕД-21

Федеральное государственного бюджетного образовательного учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Фармакологии с клинической фармакологией

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине «Клиническая фармакология»

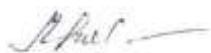
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 6 курса

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «22» мая 2023 г. (протокол № 12)

Зав кафедрой фармакологии
с клинической фармакологией
д.м.н., проф



Л.З. Болиева

г. Владикавказ 2023 г.

Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Клиническая фармакология»

1. При выборе режима дозирования ЛС на основе $T_{1/2}$ определяют:
 - а. суточную дозу
 - б. разовую дозу
 - в. кратность приема
 - г. частоту побочных эффектов
 - д. интенсивность печеночного кровотока
2. Величина биодоступности важна для определения:
 - а. скорости выведения
 - б. пути введения ЛС
 - в. кратности приема
 - г. величины нагрузочной дозы
 - д. эффективности препарата
3. Прием пищи увеличивает всасывание следующих ЛС:
 - а. пропранолола
 - б. метронидазола
 - в. эритромицина
 - г. ампициллина
 - д. спиронолактона
 - е. фуросемида
4. Прием пищи уменьшает всасывание следующих ЛС:
 - а. ампициллина
 - б. пропранолола
 - в. фуросемида
 - г. метронидазола
 - д. эритромицина
 - е. спиронолактона
5. При заболеваниях печени увеличивается период полувыведения:
 - а. лидокаина
 - б. пропранолола
 - в. теофиллина
 - г. гентамицина
 - д. преднизолона
 - е. дигоксина
6. Эффект первого прохождения через печень характерен для:
 - а. аминазина
 - б. лидокаина
 - в. пропранолола
 - г. дигоксина
 - д. амитриптилина
7. Какие основные факторы определяют почечный клиренс?
 - а. функциональное состояние организма
 - б. скорость клубочковой фильтрации
 - в. скорость кровотока
 - г. объем притока крови
 - д. объем распределения
 - е. биодоступность
8. Биодоступность это?
 - а. количество всасавшегося препарата в ЖКТ
 - б. количество препарата, поступающее в системную циркуляцию по отношению к введенной дозе
 - в. разрушение препарата в печени
 - г. количество препарата, поступившее к рецептору
 - д. количество препарата не связанное с белком
 - е. количество свободной фракции препарата
9. При каких состояниях характерно увеличение $T_{1/2}$?
 - а. шок
 - б. пожилой возраст
 - в. почечная недостаточность
 - г. прием барбитуратов

- д. инфаркт миокарда
 - е. увеличение скорости клубочковой фильтрации
10. Препараты, обладающие высокой липофильностью:
- а. хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
 - б. метаболизируются в печени
 - в. хорошо проникают через гемато-энцефалический барьер
 - г. плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте
 - д. выводятся почками в неизменном виде
11. Побочные действия, зависящие от дозы препарата:
- а. фармакодинамические
 - б. аллергические
 - в. токсические
 - г. фармакоэкономические
 - д. фармакокинетические
12. Факторы, влияющие на изменение фармакодинамики лекарств у лиц пожилого возраста:
- а. уменьшение проницаемости капилляров
 - б. замедление опорожнения желудка
 - в. повышение связи лекарств с белками плазмы
 - г. снижение клубочковой фильтрации
 - д. нарушение мозгового кровообращения
13. Индометацин у беременных вызывает:
- а. подавление преждевременных сокращений матки в связи с подавлением синтеза простагландинов
 - б. преждевременное закрытие Боталлова протока у плода
 - в. концентрация препарата в амниотической жидкости составляет 50-60% от таковой в плазме женщины
 - г. индометацин проникает в амниотическую жидкость
 - д. повышение ДЦ в сосудах малого круга кровообращения у плода при длительном приеме его беременными
 - е. все верно
14. Препараты, обладающие высокой липофильностью:
- а. Хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
 - б. Метаболизируются в печени
 - в. Хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер
 - г. Плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте
 - д. Выводятся почками в неизменном виде
15. Основные особенности фармакокинетики лекарственных средств у лиц пожилого возраста:
- а. снижение скорости абсорбции
 - б. снижение скорости распределения
 - в. уменьшение связывания лекарственных средств с белками плазмы
 - г. замедление метаболизма
 - д. замедление выведения лекарственных средств
 - е. все верно
16. Более точно характеризует скорость выведения ЛС из организма:
- а. $T_{1/2}$
 - б. общий клиренс
 - в. Биэквивалентность
 - г. Биодоступность
 - д. Биотрансформация препарата в печени
17. Что характеризует параметр «кажущийся объем распределения»?
- а. скорость всасывания препарата
 - б. скорость выведения препарата
 - в. скорость распада препарата
 - г. эффективность препарата
 - д. способность препарата проникать в органы и ткани
18. Равновесная концентрация это?
- а. состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого препарата
 - б. максимальная концентрация после разового введения препарата
 - в. минимальная концентрация после введения препарата
 - г. концентрация перед очередным введением препарата
 - д. средняя концентрация после очередного введения препарата
 - е. остаточная концентрация через период времени равной $T_{1/2}$

19. Что такое $T_{1/2}$

- а. время, за которое разрушается половина введенной дозы
- б. время, за которое выводится 50% введенного количества препарата
- в. время, за которое концентрация препарата в крови уменьшается на 50%
- г. время, за которое содержание препарата в организме увеличивается на 50%
- д. время необходимое для достижения S равновесной концентрации
- е. S времени необходимое для достижения максимальной концентрации)
- ж. S времени необходимое для достижения максимального эффекта препарата

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

- а. в ротовой полости
- б. в пищеводе
- в. в желудке
- г. в тонком кишечнике
- д. в толстом кишечнике
- е. в прямой кишке

21. Биодоступность лекарственных средств представляет собой:

- а. количество препарата, всасавшегося в желудочно-кишечном тракте
- б. количество препарата, не связанного с белками плазмы
- в. количество препарата, поступающего в системный кровоток, по отношению к введенной дозе
- г. Количество препарата, способное оказать терапевтическое действие
- д. Количество препарата, подвергнутое метаболизму в печени

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

- а. увеличивается
- б. уменьшается
- в. не изменяется
- г. вначале увеличивается, а затем уменьшается
- д. вначале уменьшается, а затем увеличивается

23. Метаболизм лекарственных средств при гипотиреозе:

- а. повышается
- б. снижается
- в. не изменяется
- г. вначале повышается, затем снижается
- д. вначале снижается, затем повышается

24. Всасываемость лекарств у лиц пожилого возраста изменяется в результате

- а. снижения активного транспорта
- б. повышения активного транспорта
- в. снижения пассивной диффузии
- г. повышения пассивной диффузии
- д. снижения активного транспорта и повышения пассивной диффузии

25. Гипохлоридрия у лиц пожилого и старческого возраста:

- а. приводит к ослаблению всасывания лекарств, обладающих кислыми свойствами
- б. приводит к ослаблению всасывания лекарств, обладающих щелочными свойствами
- в. не влияет на всасываемость лекарств

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

- а. трициклических антидепрессантов
- б. сердечных гликозидов
- в. антикоагулянтов и антиагрегантов
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного

27. Терапевтический индекс это:

- а. терапевтическая доза лекарства
- б. отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови
- в. соотношение между минимальной терапевтической и токсической концентрациями лекарства в плазме
- г. процент не связанного с белком лекарства
- д. соотношение между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства

28. К рецепторным средствам конкурентного действия относятся:

- а. нестероидные противовоспалительные средства
- б. бета-адреноблокаторы

- в. петлевые диуретики
- г. нитраты
- д. фторхинолоны

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

- а. липофильных препаратов, образующих неактивные метаболиты
- б. липофильных препаратов, образующих активные метаболиты
- в. гидрофильных препаратов
- г. гепатотоксичных препаратов
- д. нефротоксичных препаратов

30. Селективность действия лекарственного вещества зависит от:

- а. периода полувыведения
- б. способа приема
- в. связи с белком
- г. объема распределения
- д. дозы

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

- а. нарушение почечной экскреции
- б. увеличение концентрации лекарств в плазме крови
- в. уменьшение связывания с белками плазмы
- г. увеличение $T_{1/2}$
- д. уменьшение биодоступности

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

- а. снижение пресистемного метаболизма
- б. уменьшение связывания с белками плазмы
- в. увеличение $T_{1/2}$
- г. увеличение биодоступности
- д. уменьшение объема распределения

33. Алкоголь приводит к:

- а. увеличению абсорбции лекарств
- б. увеличению объема распределения лекарств
- в. замедлению метаболизма в печени
- г. снижению почечной экскреции
- д. увеличение $T_{1/2}$

34. Никотин приводит к:

- а. уменьшению абсорбции лекарств
- б. увеличению объема распределения лекарств
- в. увеличению связи с белками плазмы
- г. ускорению метаболизма в печени
- д. усилению почечной экскреции лекарств

35. Толерантность к препарату это:

- а. повышение чувствительности к препарату после его повторного применения
- б. низкая чувствительность к препарату при первом применении
- в. высокая чувствительность к препарату при первом применении
- г. снижение чувствительности к препарату после его повторного
- д. снижение дозы препарата после его первого применения

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

- а. диспептические расстройства
- б. дизурические расстройства
- в. окрашивание мочи в красный цвет
- г. головная боль
- д. кашель

37. Характерные для аминогликозидов побочные эффекты:

- а. ототоксичность
- б. усиление моторики желудка
- в. проявление нефротоксичности во время лечения и после него
- г. наличие высокого риска развития реакций гиперчувствительности подобно пенициллинам
- д. нарушение мозгового кровообращения

38. У кормящей матери противопоказано назначение:

- а. метронидазола (трихопола)
- б. эритромицина
- в. хлорамфеникола (левомицетина)

- г. линкомицина
- д. ампициллина

39. Побочные эффекты витамина С включают:

- а. образование оксалатных камней в почках
- б. образование холестериновых камней в почках
- в. повышение клиренса мочевой кислоты
- г. лейкопению
- д. эритроцитоз

40. Строго дозозависимыми являются следующие группы побочных эффектов:

- а. фармацевтические
- б. токсические
- в. аллергические
- г. мутагенные
- д. синдром отмены

41. Перечислите группы препаратов с узким терапевтическим индексом:

- а. бета-адреноблокаторы
- б. сердечные гликозиды
- в. пенициллины
- г. метилксантины
- д. мощные диуретики

42. Наиболее характерные побочные эффекты препаратов железа:

- а. Тошнота
- б. Диарея
- в. Боли в эпигастрии
- г. Брадикардия
- д. Головные боли

43. Побочные эффекты, характерные для снотворных включают:

- а. Зависимость
- б. Аллергические реакции
- в. Гепатотоксичность
- г. Анемия
- д. Тромбоцитопения

44. Для побочных эффектов неаллергической природы характерно:

- а. Возникают при применении вещества в терапевтических дозах
- б. Относятся к спектру фармакологического действия лекарственного вещества
- в. Их выраженность возрастает с увеличением дозы
- г. Их выраженность не зависит от дозы
- д. Их выраженность возрастает с уменьшением дозы

45. Для уменьшения риска развития побочного действия следует учитывать:

- а. принадлежность препарата к определенной фармакологической группе
- б. возраст пациента
- в. функциональное состояние органов и систем, участвующих в биотрансформации лекарственного средства
- г. функциональное состояние органов выведения препарата
- д. наличие сопутствующих заболеваний
- е. все верно

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

- а. кетотифеном
- б. эритромицином
- в. препаратами калия
- г. салицилатами
- д. эстрогенами

47. Выведение теofilлинов пролонгированного действия из организма уменьшается при назначении их вместе с:

- а. фторхинолонами
- б. ванкомицином
- в. циметидином
- г. сердечные гликозидами
- д. цефалоспоридами

48. Наиболее целесообразные комбинации антигипертензивных средств:

- а. диуретики + бета-блокаторы

- б. диуретики + ингибиторы АПФ
 - в. дигидропиридиновые антагонисты кальция + бета-блокаторы
 - г. антагонисты кальция + диуретики
 - д. бета-блокаторы + ингибиторы АПФ
49. Коррекция доза непрямых антикоагулянтов может потребоваться при назначении:
- а. Глюкокортикоидов
 - б. Аспирина
 - в. Антацидов
 - г. Лазикса
 - д. Дигоксина
50. В зависимости от способа введения и характера взаимодействия различают следующие виды лекарственного взаимодействия:
- а. фармацевтическое взаимодействие
 - б. фармакокинетическое взаимодействие
 - в. фармакодинамическое взаимодействие
 - г. терапевтическое взаимодействие
 - д. лекарственное взаимодействие
51. Антабусный эффект при сочетании с алкоголем вызывают:
- а. нестероидные противовоспалительные препараты
 - б. снотворные средства
 - в. гипогликемические средства
 - г. противотуберкулезные препараты
 - д. нитрофураны
 - е. все верно
52. Под фармацевтическим взаимодействием лекарственных средств понимают:
- а. любое взаимодействие лекарственных средств
 - б. взаимодействие лекарств после введения в организм
 - в. только фармакокинетическое взаимодействие лекарств
 - г. взаимодействие лекарственных средств до введения в организм
 - д. взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма
53. Под фармакодинамическим взаимодействием лекарственных средств понимают:
- а. взаимодействие на различных этапах движения лекарственного средства в организме
 - б. взаимодействие на этапе взаимодействия лекарственного средства с рецепторами
 - в. любое взаимодействие лекарственных средств
 - г. взаимодействие лекарственных средств до введения в организм
 - д. взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма
54. Какие методы фармакоэкономического анализа считаются наиболее приемлемыми в деятельности клинического фармаколога:
- а. Анализ минимизации стоимости
 - б. Анализ стоимость-эффективность
 - в. Анализ стоимость-утилитарность
 - г. Анализ стоимость-прибыль
 - д. Подсчет затрат на лечение
55. Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность подразумевает:
- а. оценку продолжительности жизни, достигаемой за счет лечения
 - б. оценку качества жизни
 - в. оценку стоимости 1 года жизни с абсолютным качеством (1 QALY)
 - г. оценку получаемой за счет лечения прибыли
 - д. оценку простоты применения метода лечения
56. Лечение с большей стоимостью будет менее экономически эффективным, чем лечение с меньшей стоимостью:
- а. когда лечение имеет одинаковую клиническую эффективность
 - б. когда лечение имеет большую клиническую эффективность
 - в. когда лечение имеет меньшую клиническую эффективность
 - г. во всех случаях
 - д. когда клиническую эффективность определить невозможно
57. В каких случаях лечение с меньшей стоимостью будет более экономически эффективным, чем лечение с большей стоимостью:
- а. в тех случаях, когда оно имеет такую же клиническую эффективность
 - б. в тех случаях, когда оно имеет более высокую клиническую эффективность
 - в. в тех случаях, когда преимущества более дорогостоящего лечения не оправдывают большую

СТОИМОСТЬ

- г. во всех случаях
- д. когда трудно оценить клиническую эффективность
 - 58. Разработка формулярного списка лекарственных средств включает:
 - а. анализ структуры заболеваемости и состояния лекарственного обеспечения
 - б. отбор лекарственных средств для формулярного списка
 - в. утверждение формулярного списка лекарственных средств
 - г. установление поставщиков лекарственных средств
 - д. штатное расписание фармацевтической службы
 - 59. Прямые затраты на лечение включают:
 - а. затраты на приобретение лекарственных препаратов
 - б. затраты, связанные с использованием оборудования
 - в. затраты на оплату труда медицинских работников
 - г. затраты, связанные с потерей производительности
 - д. стоимость произведенной пациентом продукции
 - 60. Фармакоэкономический анализ минимизации стоимости применяется в тех случаях:
 - а. когда сравниваемые методы лечения имеют различную стоимость
 - б. когда сравниваемые методы лечения имеют различную клиническую эффективность
 - в. когда сравниваемые методы лечения имеют одинаковую клиническую эффективность
 - г. когда трудно установить клиническую эффективность сравниваемых методов
 - д. когда сравниваемые методы лечения имеют одинаковую стоимость
 - 61. Применение фармакоэкономического анализа стоимость-эффективность наиболее приемлемо:
 - а. когда сравниваемые методы имеют одинаковую эффективность
 - б. когда сравниваемые методы имеют одинаковую стоимость
 - в. когда один из методов является более дорогим, но более эффективным
 - г. когда трудно установить клиническую эффективность сравниваемых методов
 - д. когда трудно установить стоимость сравниваемых методов
 - 62. Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность оценивает:
 - а. стоимость одного года спасенной жизни
 - б. стоимость одного года жизни, прожитого с абсолютным качеством жизни
 - в. стоимость предотвращения одного осложнения
 - г. стоимость предотвращения одного осложнения
 - д. общественную пользу эффективного лечения
 - 63. С точки зрения анализа минимизации стоимости наиболее эффективным будет препарат:
 - а. обладающий наибольшей клинической эффективностью при меньшей стоимости
 - б. обладающий одинаковой клинической эффективностью, но меньшей стоимостью
 - в. обладающий меньшей клинической эффективностью и меньшей стоимостью
 - 64. С помощью анализа стоимость-эффективность обычно определяют:
 - а. какой препарат следует применить, чтобы сэкономить денежные средства
 - б. какой препарат следует применить, чтобы получить наибольшую клиническую эффективность
 - в. какую сумму денег надо дополнительно затратить, чтобы получить определенное клиническое преимущество
 - г. какой препарат дешевле
 - д. какой препарат дороже
 - 65. Экономическая эффективность лечения определяется:
 - а. только общими затратами на его проведение
 - б. только клинической эффективностью
 - в. затратами на его проведение и клинической эффективностью
 - г. только непрямыми затратами на лечение
 - д. только непрямыми затратами на лечение
 - 66. Фармакоэкономический показатель эффективности лечения может выражаться стоимостью одного спасенного года жизни:
 - а. при анализе стоимость-прибыль
 - б. при анализе стоимость-эффективность
 - в. при анализе минимизации стоимости
 - г. при анализе стоимость-утилитарность
 - д. при анализе прямых затрат на лечение
 - 67. Формулярный список лекарственных средств является:
 - а. ограничительным

- б. рекомендательным
- в. законодательным
- г. расширительным
- д. определительным

68. В формулярном списке обязательно используются наименования лекарственных средств:

- а. торговые
- б. химические
- в. генерические
- г. принятые в данном лечебном учреждении
- д. определенные клиническим фармакологом данного учреждения

69. К экономически эффективному лечению можно отнести:

- а. применение блокаторов рецепторов ангиотензина II у больных с мягкой артериальной гипертонией
- б. применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента у больных с хронической застойной сердечной недостаточностью
- в. применение мегадоз витаминов у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- г. применение рибоксина у больных дисгормональной миокардиодистрофией
- д. применение витамина Е у больных ишемической болезнью сердца

70. Непрямые затраты на лечение включают:

- а. затраты на приобретение лекарственных препаратов
- б. затраты, связанные с использованием оборудования
- в. затраты на оплату труда медицинских работников
- г. затраты, связанные с потерей производительности
- д. затраты, связанные с лечением осложнений терапии

71. Что входит в предмет изучения КФ?

- а. Фармакодинамика
- б. Общая рецептура
- в. Нежелательное действие лекарственных средств (ЛС)
- г. Лекарственные взаимодействия
- д. Фармакоэкономика

72. Что входит в предмет изучения КФ?

- а. Клинические испытания ЛС
- б. Фармакокинетика
- в. Влияние ЛС на качество жизни
- г. Фармакоэпидемиология
- д. Фармакогнозия

73. Что изучает фармакодинамика?

- а. а. Всасывание ЛС
- б. б. Механизм действия ЛС
- в. в. Эффекты ЛС в организме
- г. г. Действие ЛС на рецепторы
- д. д. Метаболизм ЛС

74. Что изучает фармакокинетика?

- а. Всасывание ЛС
- б. Комплаентность
- в. Распределение ЛС в организме
- г. Экскрецию ЛС
- д. Механизм действия ЛС

75. Что не изучает фармакокинетика?

- а. Метаболизм ЛС
- б. Действие ЛС на органы-мишени
- в. Связывание ЛС с белками
- г. Механизм действия ЛС
- д. Элиминацию ЛС

76. Какие существуют типы названий ЛС?

- а. Химическое
- б. Торговое
- в. Международное непатентованное
- г. Международное патентованное

77. Что такое международное непатентованное название ЛС?

- а. Название, определяющее принадлежность ЛС к фармакологической группе
- б. Название, отражающее химическую структуру ЛС

- в. Название, которое присваивается фармацевтической компанией, производящей ЛС
78. Что такое торговое название ЛС?
- а. Название, которое присваивается ЛС национальным Фармакологическим комитетом
- б. Международное название ЛС
- в. Название, которое присваивается фармацевтической компанией, производящей ЛС
79. Что такое комплаентность?
- а. Приверженность пациента лечению
- б. Разновидность нежелательных лекарственных реакций
- в. Выполняемость пациентом врачебных рекомендаций
- г. Правильное назначение ЛС
80. Какие факторы могут снижать комплаентность?
- а. Простая схема приема ЛС
- б. Сложная схема приема ЛС
- в. Пожилой возраст пациента
- г. Монотерапия
- д. Одновременное назначение нескольких ЛС
81. Какие факторы могут повышать комплаентность?
- а. Уверенность пациента в эффективности ЛС
- б. Отсутствие выраженных симптомов заболевания
- в. Неуверенность пациента в эффективности ЛС
- г. Наличие выраженных симптомов заболевания
- д. Высокая стоимость ЛС
82. Какие факторы влияют на всасывание ЛС при приеме внутрь?
- а. Наличие пищи в желудке и кишечнике
- б. Биодоступность ЛС
- в. Характер лекарственной формы
- г. Сопутствующий прием других ЛС
- д. Состояние моторики ЖКТ
83. Какие факторы влияют на биодоступность ЛС?
- а. Путь введения
- б. Концентрация ЛС в крови
- в. Пресистемный метаболизм
84. Внутримышечное введение в какую часть тела обеспечивает более быстрый эффект?
- а. Бедро
- б. Плечо
- в. Ягодица
85. Какой (ие) показатель (ли) позволяет (ют) наиболее объективно оценивать функцию почек?
- а. Уровень креатинина в сыворотке крови
- б. Скорость клубочковой фильтрации
- в. Уровень мочевины в сыворотке крови
- г. Клиренс эндогенного креатинина
- д. Интенсивность канальцевой реабсорбции
86. Факторы, способствующие усилению метаболизма ЛС
- а. Генетические факторы
- б. Возраст старше 60 лет
- в. Одновременный прием фенобарбитала
- г. Заболевания печени
- д. Курение
87. Факторы, способствующие ослаблению метаболизма ЛС
- а. Курение
- б. Одновременный прием эритромицина
- в. Насыщение метаболизирующих ферментов
- г. Период новорожденности
- д. Возраст старше 60 лет
88. Какие из указанных ниже препаратов являются пролекарствами?
- а. Преднизон
- б. Преднизолон
- в. Эналаприл
- г. Диклофенак
- д. Ампициллин
89. Что такое эффект "первого прохождения"?

- а. Пресистемный метаболизм ЛС
 - б. Действие ЛС в процессе всасывания в ЖКТ
 - в. Действие ЛС при прохождении через тканевой барьер
 - г. Метаболизм ЛС в стенке тонкого кишечника и печени до попадания в системный кровоток
90. Что характерно для лекарственной формы с контролируемым высвобождением?
- а. Большая кратность введения
 - б. Меньшая кратность введения
 - в. Более высокая комплаентность
 - г. Стабильные концентрации ЛС в крови
 - д. Кратковременный эффект
91. Какие ЛС могут вытеснять другие препараты из связи с белками плазмы?
- а. Ампициллин
 - б. Индометацин
 - в. Дигоксин
 - г. Фенилбутазон
 - д. Сульфадимезин
92. Какие ЛС следует принимать во время еды?
- а. Ампициллин
 - б. Гипотиазид
 - в. Гризеофульвин
 - г. Каптоприл
 - д. Цефуроксим аксетил
93. Какие ЛС следует принимать за 1 час до еды?
- а. Калия хлорид
 - б. Тетрациклин
 - в. Каптоприл
 - г. Индометацин
 - д. Эритромицин
94. Цели проведения терапевтического лекарственного мониторинга?
- а. Выработка рекомендаций по коррекции дозы ЛС
 - б. Установление соответствия концентрации ЛС в крови терапевтическому диапазону
 - в. Установление закономерностей между вводимой дозой ЛС и его концентрацией в крови
 - г. Выявление нежелательного действия ЛС
95. Внутримышечное введение в какую часть тела является более безопасным?
- а. Ягодица
 - б. Плечо
 - в. Бедро
96. Факторы, увеличивающие распределение ЛС в организме:
- а. Липофильность ЛС
 - б. Эффект "первого прохождения"
 - в. Повышение дозы ЛС
 - г. Гидрофильность ЛС
97. Что характерно для фракции ЛС, не связанной с белками плазмы?
- а. Фармакологически активна
 - б. Фармакологически неактивна
 - в. Ее концентрация выше при гипопротеемии
 - г. Ее концентрация ниже при гипопротеемии
 - д. Ее концентрация может измениться при одновременном применении других ЛС
98. Какие ЛС метаболизируются в печени?
- а. Только водорастворимые
 - б. Только жирорастворимые
 - в. Растворимые в жирах и в воде
99. Укажите основные фармакокинетические параметры ЛС?
- а. Скорость всасывания
 - б. Объем распределения
 - в. Период полувыведения
 - г. Биодоступность
 - д. Клиренс
100. Какие параметры используются при расчете скорости клубочковой фильтрации у взрослых?
- а. Масса тела
 - б. Уровень креатинина в сыворотке крови

- в. Уровень мочевины в сыворотке крови
 - г. Возраст
 - д. Содержание белка в моче
101. Какая формула используется для расчета скорости клубочковой фильтрации у взрослых?
- а. Шварца
 - б. Амбурже
 - в. Кокрофта и Голта
102. Что такое период полувыведения ЛС?
- а. Время, необходимое для метаболизма 50% введенного ЛС
 - б. Время, в течение которого концентрация ЛС в организме снижается в 2 раза
 - в. Время, необходимое для достижения равновесной концентрации ЛС в крови
103. Что такое биодоступность ЛС?
- а. Скорость и степень, с которой ЛС всасывается из лекарственной формы и доставляется в место действия
 - б. Концентрация не связанного с белками ЛС в крови
 - в. Степень всасывания ЛС в ЖКТ
104. Что такое равновесная концентрация ЛС?
- а. Концентрация, отражающая соотношение связанной и не связанной с белками фракций ЛС в крови
 - б. Постоянный уровень ЛС в крови при одинаковой скорости введения и выведения
 - в. Концентрация ЛС, развивающаяся через сутки от начала введения ЛС
105. Что такое объем распределения ЛС?
- а. Гипотетический объем жидкостей организма, необходимый для равномерного распределения ЛС в концентрации, равной его терапевтической концентрации
 - б. Гипотетический объем жидкостей организма, необходимый для равномерного распределения ЛС в концентрации, равной его концентрации в крови
 - в. Гипотетический объем жидкостей организма, необходимый для создания равновесной концентрации ЛС
106. Что такое клиренс ЛС?
- а. Количество ЛС. метаболизирующегося за единицу времени
 - б. Количество ЛС. выводимого через почки за единицу времени
 - в. Объем крови или плазмы, из которого ЛС выводится за единицу времени
107. Что такое терапевтический лекарственный мониторинг?
- а. Наблюдение на концентрацией ЛС в сыворотке крови
 - б. Наблюдение на эффектами ЛС в организме
 - в. Определение максимальной концентрации ЛС в сыворотке крови
108. Отметьте типы лекарственного взаимодействия
- а. Фармацевтическое
 - б. Фармакокинетическое
 - в. Фармакоэпидемиологическое
 - г. Фармакодинамическое
109. Что такое фармацевтическое взаимодействие?
- а. Взаимодействие между ЛС при смешивании в одном шприце
 - б. Взаимодействие между назначенными ЛС при приеме внутрь
 - в. Взаимодействие между ЛС после всасывания в кровь
110. Когда наиболее вероятно изменение действия ЛС, обусловленное вытеснением их из связи с белками плазмы?
- а. При исходном связывании ЛС с белками на 30-50%
 - б. При исходном связывании ЛС с белками на 50-80%
 - в. При исходном связывании ЛС с белками более чем на 85%
111. Отметьте ингибиторы микросомальных ферментов печени
- а. Эритромицин
 - б. Рифампицин
 - в. Флуконазол
 - г. Фенобарбитал
 - д. Циметидин
112. Отметьте индукторы микросомальных ферментов печени
- а. Гризеофульвин
 - б. Рифампицин
 - в. Циметидин
 - г. Кларитромицин
 - д. Фенобарбитал

113. Усиление эффекта ЛС может отмечаться при сочетании с:
- а. Препаратом, замедляющим его экскрецию
 - б. Индуктором микросомальных ферментов печени
 - в. Ингибитором микросомальных ферментов печени
 - г. Препаратом, вытесняющим его из связи с белками плазмы
 - д. Препаратом, усиливающим его экскрецию
114. Что можно отнести к фармакодинамическому взаимодействию?
- а. Усиление нежелательных реакций при одновременном назначении аминогликозидов и полимиксинов
 - б. Синергизм пенициллинов с аминогликозидами
 - в. Усиление метаболизма теофиллина под влиянием фенобарбитала
 - г. Ослабление эффекта диуретиков под влиянием НПВС
115. Что можно отнести к фармакокинетическому взаимодействию?
- а. Усиление выведения из организма ацетилсалициловой кислоты при одновременном применении натрия бикарбоната
 - б. Синергизм пенициллинов с аминогликозидами
 - в. Усиление метаболизма теофиллина под влиянием фенобарбитала
 - г. Усиление эффекта непрямых антикоагулянтов в результате вытеснения их из связи с белками плазмы салицилатами
116. Какие ЛС обладают дисульфирамоподобным эффектом?
- а. Оксациллин
 - б. Метронидазол
 - в. Цефоперазон
 - г. Преднизолон
 - д. Фуразолидон
117. Ослабление эффекта ЛС может отмечаться при сочетании с:
- а. Препаратом, вытесняющим его из связи с белками плазмы
 - б. Препаратом, ускоряющим его элиминацию
 - в. Индуктором микросомальных ферментов печени
 - г. Ингибитором микросомальных ферментов печени
118. При назначении каких ЛС наиболее вероятно изменение их эффекта, обусловленное взаимодействием с другими препаратами?
- а. Теофиллин
 - б. Дигоксин
 - в. Непрямые антикоагулянты
 - г. Пенициллины
119. Что характерно для нежелательного явления?
- а. Обязательно обусловлено приемом ЛС
 - б. Не обязательно обусловлено приемом ЛС
 - в. Возникает при введении ЛС в любой дозе
 - г. Возникает только при введении ЛС в высокой дозе
 - д. Непредсказуемость
120. Что характерно для нежелательной лекарственной реакции (НЛР)?
- а. Обязательно обусловлена приемом ЛС
 - б. Не обязательно обусловлена приемом ЛС
 - в. Возникает при введении ЛС в любой дозе
 - г. Возникает только при введении ЛС в высокой дозе
121. Что характерно для побочного эффекта ЛС?
- а. Предсказуемость
 - б. Возникает при передозировке ЛС
 - в. Непредсказуемость
 - г. Нежелателен в данной ситуации
 - д. Нежелателен в любой ситуации
122. Укажите примеры псевдоаллергических реакций
- а. Пневмонит при приеме нитрофурантоина
 - б. Ампициллиновая сыпь
 - в. Анафилактоидная реакция при введении декстранов
 - г. Крапивница при введении пенициллина
123. Укажите особые виды токсического воздействия ЛС
- а. Атерогенность
 - б. Мутагенность

- в. Канцерогенность
 - г. Тератогенность
 - д. Аллергогенность
124. Что характерно для идиосинкразии?
- а. Обусловлена генетическими нарушениями
 - б. Обусловлена возрастными факторами
 - в. Представляет собой врожденную патологическую реакцию на ЛС
 - г. Представляет собой усиленную качественно обычную реакцию на ЛС
125. Что относится к серьезным нежелательным явлениям?
- а. Анафилактический шок
 - б. Утрата слуха
 - в. Ампициллиновая сыпь
 - г. Смерть
126. Что характерно для достоверной связи приема ЛС с возникшим нежелательным явлением (НЯ)?
- а. НЯ возникает в период приема ЛС
 - б. НЯ уменьшается после отмены ЛС
 - в. Ответная реакция на повторное введение ЛС неизвестна
 - г. НЯ не может быть объяснено наличием существующих заболеваний и влиянием других факторов
127. Что относится к аллергическим реакциям немедленного типа?
- а. Анафилактический шок на введение пенициллина
 - б. Ампициллиновая сыпь
 - в. Бронхоспазм при приеме ацетилсалициловой кислоты
 - г. Анафилактоидная реакция на введение декстранов
128. Укажите факторы, предрасполагающие к развитию НЛР?
- а. Возраст < 1 месяца
 - б. Женщины
 - в. Мужчины
 - г. 1-10-й день лечения
 - д. Возраст > 60 лет
129. Какие органы, ткани и системы наиболее подвержены развитию НЛР?
- а. Кожа
 - б. ЖКТ
 - в. Почки
 - г. ЦНС
 - д. КРОВЬ
130. Когда наиболее вероятно изменение действия ЛС, обусловленное вытеснением их из связи с белками плазмы?
- г. При исходном связывании ЛС с белками на 30-50%
 - д. При исходном связывании ЛС с белками на 50-80%
 - е. При исходном связывании ЛС с белками более чем на 85%

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	индекс компетенции	Количество тестов (всего)	стр. с 5 по 67
1	2	3	4	5
Вид контроля-текущий /промежуточный				
1.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся		20	5-6
2.	- вопросы к зачету	ОПК-7 ПК-3	74	7-10
3.	- банк ситуационных задач	ОПК-7 ПК-3	30	11-19
4.	- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)	ОПК-7 ПК-3	130	21-33
5.	- экзаменационные билеты	ОПК-7 ПК-3	40	35-56

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 1

1. Связь фармакодинамики и фармакокинетики. Определение величины фармакологического эффекта. Терапевтический эффект, терапевтический диапазон и терапевтическая широта лекарственного средства. Поддерживающая доза.
2. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Бета 2-адреномиметики длительного действия в лечении бронхиальной астмы. Показания и противопоказания к назначению, препараты выбора, принципы назначения, побочные эффекты.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«_____» _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 2

1. Фармакоэкономика. Определение, задачи, основные методы исследования и понятия.
2. Классификация цефалоспоринов. Клинико-фармакологическая характеристика цефалоспоринов. Показания к применению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« » 20 г. Пр. №

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 3

1. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: период полувыведения, объем распределения, клиренс, равновесная концентрация, минимальный терапевтический уровень, терапевтический диапазон, терапевтическая широта.
2. Антиаритмические препараты II класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приема препаратов II класса.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« » 20 г. Пр. №

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 4

1. Фармакоэпидемиология. Определение, задачи, основные методы исследования и понятия.
2. Ингибиторы АПФ и блокаторы АТ₁-рецепторов: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место и АПФ и блокаторов АТ₁-рецепторов в лечении ХСН.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« _____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 5

1. Лекарственная токсикология. Основные клинические синдромы острых отравлений лекарствами. Специфические антидоты.
2. Блокаторы альфа₁-адренорецепторов и препараты центрального действия (центральные альфа₂-симпатомиметики, агонисты I₁-имидазолиновых рецепторов) классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению при АГ.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« _____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 6

1. Особенности фармакотерапии при беременности. Особенности фармакотерапии у лактирующих женщин.
2. Тиазидные диуретики: классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место диуретиков в лечении артериальной гипертензии.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 7

1. Побочное действие лекарственных средств. Аллергические реакции на лекарства. Лекарственная зависимость. Синдром отмены.
2. Нитраты: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах ИБС.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 8

1. Побочное действие лекарственных средств. Специфические побочные эффекты, связанные с фармакологическими свойствами лекарств. Токсическое действие лекарств. Синдром обкрадывания. Парамедикаментозные побочные явления.
2. Антагонисты кальция: классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах ИБС.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

Л.З. Болиева

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 9

1. Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте.
2. Антиаритмические препараты Ic класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ' на фоне приёма препаратов Ic класса.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 10

1. Влияние возраста человека на действие лекарственных средств. Особенности фармакотерапии у новорожденных.
2. Тромбоцитарный гемостаз. Лекарственные средства, препятствующие образованию тромбоцитарного тромба: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к назначению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 11

1. Взаимодействие лекарственных средств. Виды. Фармацевтическое взаимодействие.
2. Коагуляционный гемостаз. Нефракционированные и низкомолекулярные гепарины: классификация, механизм действия, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению. Контроль гепаринотерапии.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 12

1. Понятие о биоэквивалентности лекарственных веществ. Пик концентрации лекарственных веществ в крови. Время достижения максимальной концентрации. Площадь под кривой изменения концентрации лекарства в крови.
2. Системные глюкокортикостероиды (СКС): механизм действия, классификация, основные фармакодинамические эффекты, противопоказания к назначению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 13

1. Фармакодинамика. Определение. Роль и значение в развитии фармакотерапии. Виды действия лекарственных веществ.
2. Петлевые, тиазидные, калийсберегающие диуретики и ингибиторы карбоангдразы (классификация, фармакодинамические особенности). Тактика назначения при ХСН. Спиринолактон как нейрогуморальный модулятор.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 14

1. Моделирование фармакокинетических процессов. Двухкамерная фармакокинетическая модель. Определение клиренса.
2. Лечение хеликобактер-ассоциированных заболеваний: общие принципы и схемы эрадикационной терапии.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 15

1. Выведение лекарственных средств.
2. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Мембраностабилизирующие средства в лечении бронхиальной астмы: клинико-фармакологическая характеристика основных групп препаратов, показания к применению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«_____» _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 16

1. Метаболизм лекарственных средств.
2. H₂-гистаминоблокаторы: классификация, механизм действия, основные побочные эффекты, показания к назначению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. №

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 17

1. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: биологически активное вещество, фармакологическое средство, лекарственное средство, лекарственный препарат, лекарственная форма, действующее вещество.
2. Бета-адреноблокаторы: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Синдром отмены бета-блокаторов. Применение при различных формах ИБС.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 18

1. Пути введения лекарственных средств. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны.
2. Бета 2-адреномиметики короткого действия и антихолинергические средства в лечении бронхиальной астмы. Показания и противопоказания к назначению, препараты выбора, принципы назначения, побочные эффекты.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« _____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 19

1. Терминология в клинической фармакологии и фармакотерапии. Понятия: клиническая фармакология, фармакотерапия, элиминация вещества, квота элиминации, константа элиминации.
2. Ингибиторы АПФ и блокаторы АТ₁ рецепторов: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Место и АПФ и блокаторов АТ₁ рецепторов в лечении артериальной гипертензии.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« _____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 20

1. Роль наследственных факторов в фармакотерапии, фармакогенетика.
2. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика макролидов. Показания к применению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № ____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 21

1. Фармакокинетика. Определение. Роль в развитии фармакотерапии, задачи, возможности.
2. Антиаритмические препараты III класса: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, показания к назначению, побочные эффекты. Возможные изменения ЭКГ на фоне приёма препаратов III класса.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № ____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 22

1. Взаимозаменяемость лекарственных средств. Препараты выбора.
2. Лечение хеликобактер-ассоциированных заболеваний: общие принципы и схемы эрадикационной терапии.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 23

1. Распределение лекарственных средств в органах и тканях.
2. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика фторхинолонов. Показания к применению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 24

1. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Клинико-фармакологическая характеристика ИГК, показания к применению, длительность назначения, оценка эффективности.
2. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Клинико-фармакологическая характеристика ИГК, показания к применению, длительность назначения, оценка эффективности.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« _____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 25

1. Фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств.
2. Блокаторы протонного насоса: классификация, механизм действия, основные побочные эффекты, показания к назначению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« _____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 26

1. Дозирование лекарственных средств.
2. СКС: побочные эффекты. Вторичная надпочечниковая недостаточность: факторы риска, меры предупреждения. Виды фармакотерапии СКС. Хронотерапия, альтернирующая терапия, пульс-терапия.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 27

1. Биологическая доступность. Относительная биодоступность и фактическое значение этих показателей.
2. НПВС: классификация по степени селективности к различным видам ЦОГ. Основные побочные эффекты, факторы риска развития осложнений, контроль безопасности длительной терапии НПВС.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 28

1. Повторное применение лекарственных средств.
2. Классификация метилксантинов. Особенности фармакокинетики препаратов. Показания к назначению. Побочные и токсические эффекты. Основные нежелательные лекарственные взаимодействия.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«_____» _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 29

1. Моделирование фармакокинетических процессов. Двухкамерная фармакокинетическая модель. Определение клиренса.
2. Система фибринолиза. Фибринолитики: классификация, механизм действия, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«_____» _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 30

1. Механизмы действия лекарственных средств.
2. Антацидные препараты: классификация, механизм действия, основные побочные эффекты, показания к назначению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 31

1. Связывание лекарственных средств с белками.
Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Ангилейкотриеновые препараты в лечении бронхиальной астмы: клинико-фармакологическая характеристика основных групп препаратов, показания к применению.
2. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 32

1. Влияние возраста человека на действие лекарственных средств. Особенности фармакотерапии у новорожденных.
2. Бета 2-адреномиметики короткого действия и антихолинергические средства в лечении бронхиальной астмы. Показания и противопоказания к назначению, препараты выбора, принципы назначения, побочные эффекты.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 33

1. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны.
2. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии: цели, выбор препарата, оценка эффективности, длительность антибиотикотерапии. Понятие о «ступенчатой» антибиотикотерапии. Подходы к лечению внебольничной пневмонии.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 34

1. Распределение лекарственных средств в органах и тканях.
2. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика пенициллинов. Показания к применению.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 35

1. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика пенициллинов. Показания к применению.
2. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Клинико-фармакологическая характеристика ИГК, показания к применению, длительность назначения, оценка эффективности.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 36

1. Дозирование лекарственных средств.
2. СКС: побочные эффекты. Вторичная надпочечниковая недостаточность: факторы риска, меры предупреждения. Виды фармакотерапии СКС. Хронотерапия, альтернирующая терапия, пульс-терапия.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 37

5. Всасывание лекарственных средств. Механизмы транспорта лекарственных средств через биомембраны.
6. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии: цели, выбор препарата, оценка эффективности, длительность антибиотикотерапии. Понятие о «ступенчатой» антибиотикотерапии. Подходы к лечению внебольничной пневмонии.
7. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс

VI

Дисциплина

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 38

1. Моделирование фармакокинетических процессов. Двухкамерная фармакокинетическая модель. Определение клиренса.
2. Лечение хеликобактер-ассоциированных заболеваний: общие принципы и схемы эрадикационной терапии.
3. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Дата утверждения на ЦКУМС

« _____ » _____ 20 г. Пр. № _____

Л.З. Болиева

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 39

5. Выведение лекарственных средств.
6. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Мембраностабилизирующие средства в лечении бронхиальной астмы: клинико-фармакологическая характеристика основных групп препаратов, показания к применению.
7. Решить задачу.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20 г. Пр. № _____

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Факультет педиатрический

Курс VI

Дисциплина КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

БИЛЕТ № 40

5. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика пенициллинов. Показания к применению.
6. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Клинико-фармакологическая характеристика ИГК, показания к применению, длительность назначения, оценка эффективности.
7. Решить задачу.
8. Выписать:
 - Противокашлевое средство периферического действия.
 - Противорвотное средство.
 - Противогрибковое средство для лечения системных микозов.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20 г. Пр. № _____