

**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 от «05» февраля 2021г. пр. №3

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология,  
утвержденной 26.02.2021 г.

по дисциплине «Клиническая фармакология»

для ординаторов 1 года

по специальности 31.08.36 Кардиология

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от «05» февраля 2021 г. (протокол №9)

г. Владикавказ

## СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств  
- эталоны тестовых заданий

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине  
«Клиническая фармакология»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) практики / модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименования оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1	Общая фармакология	УК-1, ПК-6	эталонные тестовые задания
	Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в кардиологии	УК-1, ПК-6, ПК-8	эталонные тестовые задания
	Клиническая фармакология antimicrobных средств	ПК-6, ПК-8	эталонные тестовые задания
	Клиническая фармакология лекарственных средств, влияющих на воспаление и метаболизм	ПК-6, ПК-8	эталонные тестовые задания

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

**Кафедра фармакологии с клинической фармакологией**

Эталоны тестовых заданий

Основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология,  
утвержденной 26.02.2021 г.

по дисциплине «Клиническая фармакология»

для ординаторов 1 года

по специальности 31.08.36 Кардиология

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от «05» февраля 2021 г. (протокол №9)

г. Владикавказ

## 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. пропранолона
  - 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, подвергшееся 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
- трициклических антидепрессантов
  - сердечных гликозидов
  - антикоагулянтов и антиагрегантов
  - все перечисленное
  - ничего из перечисленного
27. Терапевтический индекс это:
- терапевтическая доза лекарства
  - отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови
  - соотношение между минимальной терапевтической и токсической концентрациями лекарства в плазме
  - процент не связанного с белком лекарства
  - соотношение между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства
28. К рецепторным средствам конкурентного действия относятся:
- нестероидные противовоспалительные средства
  - бета-адреноблокаторы
  - петлевые диуретики
  - нитраты
  - фторхинолоны
29. Функцию и печени и почек следует учитывать при назначении:
- липофильных препаратов, образующих неактивные метаболиты
  - липофильных препаратов, образующих активные метаболиты
  - гидрофильных препаратов
  - гепатотоксичных препаратов
  - нефротоксичных препаратов
30. Селективность действия лекарственного вещества зависит от:
- периода полувыведения
  - способа приема
  - связи с белком
  - объема распределения
  - дозы
31. При патологии почек возникают следующие изменения фармакокинетики лекарств, кроме:
- нарушение почечной экскреции
  - увеличение концентрации лекарств в плазме крови
  - уменьшение связывания с белками плазмы
  - увеличение  $T_{1/2}$
  - уменьшение биодоступности
32. Цирроз печени вызывает следующие изменения фармакокинетики лекарств, кроме:
- снижение пресистемного метаболизма
  - уменьшение связывания с белками плазмы
  - увеличение  $T_{1/2}$
  - увеличение биодоступности
  - уменьшение объема распределения
33. Алкоголь приводит к:
- увеличению абсорбции лекарств
  - увеличению объема распределения лекарств
  - замедлению метаболизма в печени
  - снижению почечной экскреции
  - увеличение  $T_{1/2}$
34. Никотин приводит к:
- уменьшению абсорбции лекарств
  - увеличению объема распределения лекарств
  - увеличению связи с белками плазмы
  - ускорению метаболизма в печени
  - 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 теофиллинов пролонгированного действия из организма уменьшается при назначении их вместе с:
- а. фторхинолонами
  - б. ванкомицином
  - в. циметидином
  - г. сердечные гликозидами
  - д. цефалоспорины
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 непрямым 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 прямыми 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 гипопроteinемии
  - г. Ее концентрация ниже при гипопроteinемии
  - 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%