

**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 «28» августа 2020г. пр. №1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

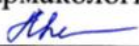
Основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия,
утвержденной 31.08.2020 г.

по дисциплине «Клиническая фармакология»

для ординаторов 1 года

по специальности 31.08.16 Детская хирургия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «26» августа 2020 г. (протокол №1)

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

г. Владикавказ, 2020

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	эталоны тестовых заданий
2	Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях в детской хирургии	УК-1, ПК-6, ПК-8	эталоны тестовых заданий
3	Клиническая фармакология antimicrobных средств	ПК-6, ПК-8	эталоны тестовых заданий
4	Клиническая фармакология лекарственных средств, влияющих на воспаление и метаболит	ПК-6, ПК-8	эталоны тестовых заданий

**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 31.08.16 Детская хирургия,
утвержденной 31.08.2020 г.

по дисциплине «Клиническая фармакология»

для ординаторов 1 года

по специальности 31.08.16 Детская хирургия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «26» августа 2020 г. (протокол №1)

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

г. Владикавказ, 2020

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. Биоэквивалентность
 - 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. Гипохлоргидрия 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 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 дозы не прямых 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 гипопротеинемии
 - г. Ее концентрация ниже при гипопротеинемии
 - 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 фенobarбитала
 - 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 фенobarбитала
 - г. Усиление эффекта не прямых 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. Анафилоидная 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%