

**Вопросы для Аттестации врачей Клинических фармакологов  
(РЕДАКЦИЯ 2018)**

№ п/п	Вопрос
1.	Фармакокинетическая кривая – это: а) зависимость концентрации препарата в крови от времени. б) зависимость скорости выведения препарата от времени. в) зависимость метаболизма ЛС от времени. г) зависимость полноты связи с альбумином крови от времени. д) зависимость частоты развития нпр от максимальной концентрации лс в плазме крови.
2.	Биоэквивалентность – это: а) сравнительная фармакокинетика (биодоступность) оригинального и генерического препаратов. б) сравнительная фармакодинамика оригинального и генерического препаратов. в) сравнительная эффективность оригинального и генерического препаратов. г) сравнительная безопасность оригинального и генерического препаратов. д) сравнительная растворимость ЛС.
3.	Коррекцию дозы лс при гипоальбуминемии необходимо осуществлять при применении ЛС, которые связываются с белками плазмы крови: а) 0–20%. б) 20–40%. в) 40–60%. г) 60–90%. д) более 90%.
4.	Карведилол является $\beta$ -адреноблокатором, который может применяться для купирования неосложненных гипертонических кризов из-за: а) короткого времени наступления максимальной концентрации. б) метаболизма в печени под действием CYP2D6. в) наличия эффекта первого прохождения через печень. г) подтвержденной эффективности при хсн. д) наличия сродства к Р-гликопротеину.
5.	Объем распределения ЛС может быть использован для расчета: а) поддерживающей дозы ЛС. б) нагрузочной дозы ЛС. в) суточной дозы ЛС. г) курсовой дозы ЛС. д) DDD.
6.	При проведении терапевтического лекарственного мониторинга для определения минимальной равновесной концентрации забор крови пациента необходимо произвести: а) сразу после приема очередной дозы препарата. б) перед приемом очередной дозы препарата. в) на «предполагаемом» временном максимуме концентрации препарата в крови. г) в любое время на фоне применения препарата. д) через пять периодов выведения после отмены препарата.

7.	Терапевтический лекарственный мониторинг ванкомицина проводится не ранее, чем после введения: а) 2 доз препарата. б) 3 доз препарата. в) 4 доз препарата. г) 5 доз препарата. д) 6 доз препарата.
8.	Оптимальное время отбора крови для оценки остаточной равновесной концентрации ванкомицина: а) непосредственно перед введением следующей дозы. б) непосредственно после введения следующей дозы. в) через 2 часа после завершения инфузии. г) через 3 часа после завершения инфузии. д) через 6 часов после завершения инфузии.
9.	Оптимальное время отбора крови для оценки остаточной равновесной концентрации дигоксина: а) через 3 часа после очередного приема препарата и позже. б) через 6 часов после очередного приема препарата и позже. в) через 8 часов после очередного приема препарата и позже. г) через 12 часов после очередного приема препарата и позже. д) через 18 часов после очередного приема препарата и позже.
10.	НПР типа а: а) зависят от дозы. б) не зависят от дозы. в) имеют аллергическую природу. г) синдром Стивенса–Джонсона при применении метотрексата. д) крапивница при применении амоксициллина.
11.	НПР типа б: а) зависят от дозы. б) не зависят от дозы. в) связаны с механизмом действия ЛС. г) язвы желудка при применении диклофенака. д) брадикардия при применении бисопролола.
12.	Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к НПР: а) типа а. б) типа в. в) типа с. г) типа d. д) типа е.
13.	При фармакодинамическом взаимодействии одно ЛС влияет на такие процессы другого, как: а) всасывание. б) распределение. в) метаболизм (биотрансформация). г) выведение. д) механизм действия.
14.	Всасывание ЛС, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника (например, дигоксина), при их совместном применении с

	<p>антибиотиками:</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) в зависимости от состояния слизистой кишечника.</p> <p>г) не изменяется.</p> <p>д) в зависимости от принимаемой пищи.</p>
15.	<p>Всасывание ЛС, являющихся субстратами Р-гликопротеина (например, дигоксина), при их совместном применении с препаратами-ингибиторами Р-гликопротеина (например, верапамилом):</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) в зависимости от состояния слизистой кишечника.</p> <p>г) в зависимости от принимаемой пищи.</p> <p>д) не изменяется.</p>
16.	<p>Выведение ЛС, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) в зависимости от состояния почек.</p> <p>г) в зависимости от объема выделяемой мочи.</p> <p>д) не изменяется.</p>
17.	<p>Применение антагонистов кальция (верапамил, дилтиазем, амлодипин) в сочетании с симвастатином в дозе более 20 мг может привести к развитию:</p> <p>а) нефротоксичности.</p> <p>б) гепатотоксичности.</p> <p>в) миопатии.</p> <p>г) аритмий по типу «пируэт».</p> <p>д) гипотонии.</p>
18.	<p>Фруктовый сок, замедляющий биотрансформацию лс путем ингибирования СУРЗА4:</p> <p>а) персиковый.</p> <p>б) апельсиновый.</p> <p>в) грейпфрутовый.</p> <p>г) вишневый.</p> <p>д) яблочный.</p>
19.	<p>Фруктовый сок, усиливающий антикоагулянтное действие варфарина:</p> <p>а) клюквенный.</p> <p>б) апельсиновый.</p> <p>в) манговый.</p> <p>г) вишневый.</p> <p>д) гранатовый.</p>
20.	<p>Полипрагмазия – это:</p> <p>а) необоснованное назначение большого количества ЛС.</p> <p>б) необходимость в использовании нескольких стандартов лечения.</p> <p>в) наличие у пациента нескольких показаний к применению ЛС.</p> <p>г) применение фиксированных комбинаций ЛС.</p> <p>д) применение ЛС с большим спектром НПР.</p>
21.	<p>При фармакодинамическом взаимодействии концентрация одного ЛС под действием</p>

	<p>другого:</p> <p>а) повышается.</p> <p>б) снижается.</p> <p>в) не изменяется.</p> <p>г) изменяется в зависимости от состояния печени.</p> <p>д) изменяется в зависимости от состояния почек.</p>
22.	<p>Всасывание ЛС, являющихся слабыми основаниями, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН желудочного содержимого (ипп, блокаторами H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов):</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) не изменяется.</p> <p>г) изменяется в зависимости от наличия или отсутствия <i>H. Pylori</i> в желудке.</p> <p>д) изменяется в зависимости от состояния нормальной микрофлоры.</p>
23.	<p>Всасывание ЛС при их совместном применении с препаратами, повышающими моторику ЖКТ (слабительные, эритромицин):</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) не изменяется.</p> <p>г) изменяется в зависимости от состояния нормальной микрофлоры.</p> <p>д) изменяется в зависимости от состояния поджелудочной железы.</p>
24.	<p>Причиной усиления всасывания быстро всасывающихся ЛС при их совместном применении с прокинетиками является:</p> <p>а) увеличение скорости опорожнения желудка.</p> <p>б) повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера.</p> <p>в) угнетение моторики ЖКТ.</p> <p>г) нивелирование эффекта первого прохождения через печень.</p> <p>д) уменьшение ионизации ЛС.</p>
25.	<p>Всасывание ЛС, являющихся субстратами Р-гликопротеина, при их совместном применении с препаратами-индукторами р-гликопротеина:</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) не изменяется.</p> <p>г) изменяется в зависимости от состояния печени.</p> <p>д) изменяется в зависимости от состояния нормальной микрофлоры в кишечнике.</p>
26.	<p>Метаболизм ЛС, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при его совместном применении с препаратами-индукторами:</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) не изменяется.</p> <p>г) изменяется в зависимости от состояния портального кровотока.</p> <p>д) изменяется в зависимости от лекарственной формы препарата.</p>
27.	<p>Выведение ЛС, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:</p> <p>а) угнетается.</p> <p>б) усиливается.</p> <p>в) не изменяется.</p> <p>г) изменяется в зависимости от состояния клубочков нефрона.</p>

	д) изменяется в зависимости от содержания в моче уратов.
28.	<p>При назначении антидепрессантов из группы ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) пациента следует предупредить об исключении из рациона продуктов, богатых:</p> <p>а) кофеином.  б) тирамином.  в) танином.  г) витамином к.  д) ресвиратролом.</p>
29.	<p>У курильщиков, по сравнению с некурящими, биотрансформация теофиллина:</p> <p>а) ускоряется.  б) угнетается.  в) не изменяется.  г) изменяется в зависимости от сорта табака.  д) изменяется в зависимости от состояния функции легких.</p>
30.	<p>Концентрация ЛС, являющихся субстратами CYP3A4, снижается при их совместном применении с:</p> <p>а) экстрактом чеснока.  б) экстрактом зверобоя.  в) экстрактом пустырника.  г) экстрактом валерианы.  д) экстрактом ромашки.</p>
31.	<p>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что:</p> <p>а) изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ у больного.  б) изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.  в) для внедрения в практику требует применения ДНК-чипов.  г) не требует изучения генотипа больного.  д) изучает влияние эпигенетических факторов на действие ЛС.</p>
32.	<p>ДНК-чипы позволяют:</p> <p>а) последовательно определять носительство отдельных аллельных вариантов генов, ответственных за изменение фармакологического ответа.  б) одномоментно определять несколько (вплоть до тысяч) аллельных вариантов генов, ответственных за изменение фармакологического ответа.  в) определять активность изоферментов цитохрома P450 и транспортеров лс.  г) оценивать эпигенетические факторы.  д) проводить фармакопротеомный анализ.</p>
33.	<p>Определять индивидуальные особенности фармакодинамики ЛС может полиморфизм генов, кодирующий:</p> <p>а) транспортеры органических катионов.  б) АПФ.  в) Р-гликопротеин.  г) тиопуриметилтрансферазу.  д) CYP2D6.</p>
34.	<p>При выявлении у пациента генотипа, соответствующего «экстенсивному» (нормальному) метаболитатору (ЕМ) по тому или иному ферменту биотрансформации, следует выбрать:</p> <p>а) минимальную дозу ЛС.</p>

	<p>б) среднетерапевтическую дозу ЛС.  в) максимальную дозу ЛС.  г) дозу ЛС в зависимости от возраста.  д) дозу ЛС в зависимости от пола.</p>
35.	<p>Определение полиморфизма генов CYP2C9 и VKORC1 используется для персонализации применения:  а) непрямых антикоагулянтов.  б) антипсихотических ЛС.  в) азатиоприна.  г) клопидогрела.  д) статинов.</p>
36.	<p>При выявлении у пациента генотипа, соответствующего «быстрому» метаболитору по CYP2D6, обезболивающий эффект трамадола:  а) недостаточный.  б) средний.  в) выраженный.  г) зависит от уровня АСТ и АЛТ.  д) зависит от клиренса креатинина.</p>
37.	<p>У пациенток с раком молочной железы – носителей генотипа CYP2D6*1/*4 по сравнению с пациентками с генотипом CYP2D6*1/*1 при применении тамоксифена в стандартной дозе продолжительность ремиссии:  а) большая.  б) не различается.  в) меньшая.  г) зависит от производителя тамоксифена.  д) зависит от полиморфизма CYP2C9.</p>
38.	<p>Длительное апноэ при применении суксаметония чаще всего связано с полиморфизмом гена, кодирующего:  а) рианодиновые рецепторы типа 1.  б) N-ацетилтрансферазу 2.  в) бутирилхолинэстеразу.  г) пароксоназу.  д) типопуринометилтрансферазу.</p>
39.	<p>Выявление генотипирования по UGT1A1*28 используется в онкологической практике для персонализации дозирования:  а) 5-фторурацила.  б) меркаптопурина.  в) иринотекана.  г) тамоксифена.  д) капецитабина.</p>
40.	<p>Фармакогенетический подход к дозированию изониазида снижает риск:  а) поражения печени.  б) полиневритов.  в) агранулоцитоза.  г) поражения почек.  д) нарушения ритма сердца.</p>
41.	<p>Полиморфизм гена, кодирующего тиопуринометилтрансферазу, влияет на фармакокинетику:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) 5-фторурацила.</li> <li>б) азатиоприна.</li> <li>в) иринотекана.</li> <li>г) тамоксифена.</li> <li>д) капецитабина.</li> </ul>
42.	<p>Генетический полиморфизм <math>\beta 1</math>-адренорецепторов влияет на фармакодинамику:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <math>\beta</math>-адреноблокаторов.</li> <li>б) инсулина.</li> <li>в) <math>\beta 2</math>-адреномиметиков.</li> <li>г) блокаторов медленных кальциевых каналов.</li> <li>д) адренокортикотропного гормона.</li> </ul>
43.	<p>У больных с БА, являющихся носителями аллеля 16GLY, в качестве бронхолитиков препаратами выбора являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) короткодействующие <math>\beta 2</math>-адреномиметики.</li> <li>б) пролонгированные <math>\beta 2</math>-адреномиметики.</li> <li>в) блокаторы лейкотриеновых рецепторов.</li> <li>г) М-холиноблокаторы.</li> <li>д) теофиллин.</li> </ul>
44.	<p>Дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы наследуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) по аутосомно-рецессивному типу.</li> <li>б) по аутосомно-доминантному типу.</li> <li>в) сцеплено с полом.</li> <li>г) с помощью вирусных векторов.</li> <li>д) с помощью митохондриальной ДНК.</li> </ul>
45.	<p>Пациенту с порфирией в качестве обезболивающего препарата безопасно применить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ибупрофен.</li> <li>б) диклофенак.</li> <li>в) трамадол.</li> <li>г) ацетаминофен (парацетамол).</li> <li>д) фенилбутазон</li> </ul>
46.	<p>Не характерен клинически значимый генетический полиморфизм изофермента цитохрома P450:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) CYP2D6.</li> <li>б) CYP3A4.</li> <li>в) CYP2C9.</li> <li>г) CYP2C19.</li> <li>д) CYP1A2.</li> </ul>
47.	<p>При выявлении дубликации функционального аллеля CYP2D6*1 у пациента биотрансформация метопролола:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) угнетается.</li> <li>б) усиливается.</li> <li>в) в зависимости от состояния печени.</li> <li>г) не изменяется.</li> <li>д) в зависимости от пищевых предпочтений пациента.</li> </ul>
48.	<p>При выявлении у пациента с острым коронарным синдромом (ОКС) генотипа CYP2C19*1/*3 вместе с ацетилсалициловой кислотой следует назначить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) клопидогрел.</li> </ul>

	б) тикагрелор. в) дипиридабол в пролонгированной форме. г) эноксапарин. д) тиклопидин.
49.	Применение фармакогенетического тестирования для выбора максимальной безопасной дозы статина особенно показано: а) пациентам с высоким риском развития гепатотоксичности. б) пациентам с высоким риском развития СД. в) пациентам с высоким риском развития миопатии. г) пациентам с высоким риском развития кровотечений. д) пациентам с мнестико-интеллектуальными нарушениями.
50.	У беременной женщины в качестве жаропонижающего средства относительно безопасно применять: а) ибупрофен. б) ацетаминофен. в) метамизол. г) кетопрофен. д) диклофенак.
51.	При случайном курсовом приеме препарата из категории X в I триместре беременности целесообразно: а) искусственное прерывание беременности. б) проведение мероприятий, направленных на сохранение беременности. в) наблюдение. г) генетическое исследование и принятие решения о сохранении беременности в соответствии с его результатами. д) проведение хориоцентеза.
52.	Хорошо проникать в грудное молоко могут ЛС со следующими характеристиками: а) средний молекулярный вес, гидрофильное, слабая кислота. б) низкий молекулярный вес, липофильное, неионизированное. в) высокий молекулярный вес, умеренно липофильное, слабое основание. г) средний молекулярный вес, умеренно липофильное, неионизированное. д) субстрат Р-гликопротеина.
53.	Первичная конечная точка клинического исследования ЛС: а) частота госпитализаций. б) смерть от инфаркта миокарда. в) длительность госпитализации. г) уровень холестерина лнп. д) частота приступов стенокардии в неделю.
54.	Вторичная конечная точка клинического исследования ЛС – это: а) частота госпитализаций. б) смерть от ишемического инсульта. в) частота кровотечений. г) время нахождения пациента в терапевтических значений мно. д) частота приступов удушья в год.
55.	Стандарт проведения качественных клинических исследований ЛС – это: а) GMP. б) GCP. в) GLP.



	<p>г) GSM. д) GPP.</p>
56.	<p>Исследование ЛС, в котором участников в случайном порядке распределяют в группы (по меньшей мере в две – основную и контрольную):</p> <p>а) когортные исследования. б) исследования по типу «случай–контроль». в) рандомизированные исследования. г) псевдорандомизированные исследования. д) наблюдательные исследования.</p>
57.	<p>Из представленных видов клинических исследований ЛС наивысшим уровнем доказательности обладают:</p> <p>а) нерандомизированные контролируемые испытания. б) неконтролируемые испытания. в) рандомизированные контролируемые испытания (РКИ). г) систематический обзор, метаанализ РКИ. д) описательные исследования, мнения специалистов.</p>
58.	<p>Метод статистического анализа, в ходе которого объединяются результаты нескольких исследований ЛС, а итоговая оценка представляется в виде одного взвешенного показателя:</p> <p>а) систематический обзор. б) мета-анализ. в) кластерный анализ. г) анализ данных в подгруппах. д) анализ в зависимости от полученного вмешательства.</p>
59.	<p>Разновидность фармакоэпидемиологического анализа:</p> <p>а) анализ стоимость–эффективность. б) анализ минимизации затрат. в) DDD методология. г) методология QALY. д) методология GCP.</p>
60.	<p>DDD ЛС устанавливает:</p> <p>а) ВОЗ. б) Минздрав. в) FDA. г) ООН. д) Росздравнадзор.</p>
61.	<p>Метод оценки рациональности расходования денежных средств путем распределения ЛС по трем классам в соответствии со степенью их жизненной необходимости:</p> <p>а) DDD методология. б) ABCVEN анализ. в) концепция QALY. г) модель «дерево решений». д) марковское моделирование.</p>

62. Понятие фармакодинамика включает:

- а) Механизм действия и фармакологические эффекты.
- б) Пути введения лекарственных средств.
- в) Закономерности абсорбции лекарственных средств.
- г) Закономерности элиминации лекарственных средств.
- д) Жежелательные эффекты лекарственных средств и меры их профилактики.

63. Основной механизм всасывания большинства лекарственных веществ в пищеварительном тракте:

- а) фильтрация
- б) пиноцитоз
- в) пассивная диффузия
- г) активный транспорт
- д) облегченная диффузия

64. Биоэквивалентность лекарства в основном зависит:

- а) от фармакодинамической характеристики
- б) от физико-химической характеристики
- в) от лекарственной формы
- г) от технологии изготовления
- д) от состояния организма пациента

65. Биодоступность – это:

- а) количество препарата всосавшегося в ЖКТ
- б) количество препарата, поступающее в системную циркуляцию по отношению к введённой дозе
- в) разрушение препарата в печени
- г) количество препарата, поступившее к рецептору
- д) количество свободной фракции препарата

66. Величина биодоступности важна для определения:

- а) пути введения ЛС
- б) скорости выведения
- в) величины нагрузочной дозы
- г) эффективности препарата
- д) кратности введения

67. Скорость биотрансформации большинства лекарственных веществ увеличивается при:

- а) индукции микросомальных ферментов печени
- б) ингибирования микросомальных ферментов печени
- в) связывании веществ с белками плазмы крови
- г) заболеваниях печени

68. Период полувыведения лекарств – это:

- а) время достижения максимальной концентрации лекарства в плазме
- б) время, в течение которого лекарство достигает системного кровотока
- в) время, в течение которого лекарство распределяется в организме
- г) время, за которое концентрация лекарства в плазме снижается на 50%

д) время, за которое половина введенной дозы достигает органа-мишени

69. 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

70. Селективность действия лекарственного вещества зависит от:

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

71. Строго дозозависимым является следующая группа побочных эффектов:

- а) фармацевтические
- б) фармакогенетические
- в) аллергические
- г) мутагенные
- д) синдром отмены

72. Объем распределения лекарственного средства (VD) – это:

- а) отношение дозы препарата к объему циркулирующей крови
- б) объем всего организма
- в) отношение дозы препарата к объему межтканевой жидкости
- г) такой объем, при распределении в котором препарат имел бы ту же концентрацию, что и в плазме крови
- д) отношение дозы препарата к объему всего организма

73. Клиренс – это:

- а) мера способности организма элиминировать лекарственный препарат
- б) мера длительности нахождения лекарственного препарата в организме
- в) скорость кровотока через почки
- г) скорость метаболизма лекарства в печени
- д) скорость удаления лекарств из крови в ткани

74. Органы-мишени – это:

- а) транспортные системы организма, способствующие переносу молекул лекарственного вещества из места введения в ткани
- б) ткани, в которых молекулы лекарственного препарата подвергаются метаболическим превращениям
- в) органы, функции которых влияют на удаление лекарственного препарата из организма
- г) ткани и органы, где расположены рецепторы, реагирующие на данное вещество
- д) органы, функции которых влияют на накопление лекарственного препарата в тканях

75. Биодоступность это:

- а) Количество всосавшегося препарата в ЖКТ
- б) Количество препарата, поступающее в системную циркуляцию по отношению к введенной дозе
- в) Разрушение препарата в печени
- г) Количество свободной фракции препарата

76. Что такое «международное непатентованное наименование» лекарственного средства:

- а) Наименование действующего вещества фармацевтической субстанции, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)
- б) Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) наименование лекарственного средства, присвоенное его разработчиком

77. Препараты, обладающие высокой липофильностью:

- А) Хорошо всасываются в ЖКТ
- Б) Плохо всасываются в ЖКТ
- В) Выводятся почками в неизменном виде

78. Препараты, обладающие высокой гидрофильностью:

- А) Равномерно распределяются в органы и ткани
- Б) Выводятся почками в неизменном виде
- В) Подвергаются метаболизму в печени

79. Равновесная концентрация это:

- А) Состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого препарата
- Б) Максимальная концентрация после разового введения препарата
- В) Минимальная концентрация после разового введения препарата
- Г) Концентрация перед очередным введением препарата

80. Период полувыведения лекарства – это:

- А) время достижения максимальной концентрации лекарства в плазме
- Б) время, в течение которого лекарство достигает системного кровотока
- В) время, в течение которого лекарство распределяется в организме
- Г) время, за которое концентрация лекарства в плазме снижается на 50%
- Д) время, за которое половина введенной дозы достигает органа-мишени

81. Функцию печени и почек следует учитывать при назначении следующих лекарственных средств:

- А) липофильных, образующих неактивные метаболиты
- Б) липофильных, образующих активные метаболиты
- В) гидрофильных
- Г) гепатотоксичных
- Д) нефротоксичных

82. Фактор, определяющий необходимость перерасчета режима введения препарата при

ХПН:

- А) высокая липофильность препарата
- Б) низкая связь с белками плазмы
- В) наличие систем активного канальцевого пути экскреции
- Г) высокая степень экскреции в неизмененном виде

83. В понятие «пресистемный метаболизм» входит:

- А) биотрансформация препаратов в печени при первом прохождении и в кишечнике
- Б) биотрансформация препаратов в кишечнике
- В) биотрансформация препаратов в печени при первом прохождении и в почках
- Г) биотрансформация препаратов в печени, в почках и в кишечнике

84. Определите группу препаратов с узким терапевтическим индексом:

- А)  $\beta$ -блокаторы
- Б) пенициллины
- В) сердечные гликозиды
- Г) ингибиторы АПФ
- Д) мощные диуретики

85. У медленных метаболизаторов каптоприла его эффект:

- А) Усилен
- Б) Ослаблен
- В) Требуется проведения ТЛМ
- Г) Сохранен, но отсрочен по времени

86. Степень связи с белками плазмы минимальна у:

- А) Амиодарона
- Б) Варфарина
- В) Целекоксиба
- Г) Метопролола

87. Степень связи с белками плазмы максимальна у:

- А) Аторвастатина
- Б) Атенолола
- В) Гентамицина
- Г) Амикацина

88. Основная изоформа цитохрома P450, метаболизирующая НПВП:

- А) 1A2
- Б) 2C19
- В) 2C9
- Г) 2D6

89. Основная изоформа цитохрома P450, метаболизирующая бета-блокаторы:
- А) 1A2
  - Б) 2C19
  - В) 2C9
  - Г) 2D6
90. Варфарин преимущественно метаболизируется при участии изоформы цитохрома P450:
- А) 3A4
  - Б) 2C19
  - В) 2C9
  - Г) 2D6
91. Основная изоформа цитохрома P450, участвующая в метаболизме клопидогрела:
- А) 3A4
  - Б) 2C19
  - В) 2C9
  - Г) 2D6
92. Наименьшим почечным клиренсом обладает:
- А) Симвастатин
  - Б) Розувастатин
  - В) Правастатин
  - Г) Аторвастатин
93. Основной задачей в работе врача клинического-фармаколога является:
- А) консультация пациентов в условиях стационара
  - Б) закупка лекарственных препаратов
  - В) непосредственное назначение терапии пациентам
  - Г) контроль над выбором проводимой фармакотерапии в отделениях стационаров и поликлинических отделений
94. Степень всасывания лекарственного препарата при введении внутрь можно оценить по следующему показателю:
- А) объем распределения
  - Б) период «полувыведения»
  - В) константа ионизации
  - Г) биодоступность

95. Кратность назначения лекарственного препарата определяется в зависимости от следующего показателя:
- А) объем распределения
  - Б) период «полувыведения»
  - В) константа ионизации
  - Г) биодоступность
96. Терапевтический индекс - это
- А) терапевтическая доза лекарственного препарата
  - Б) показатель, отражающий отношение средней летальной дозы к средней терапевтической ( $LD_{50}/ED_{50}$ ).
  - В) соотношение между минимальной терапевтической дозы и концентрации лекарства в плазме
  - Г) процент не связанного с белком лекарства
97. Терапевтический диапазон (терапевтическое окно):
- А) интервал концентраций от минимальной терапевтической до концентрации, вызывающей появление первых признаков проявления побочного действия ЛС
  - Б) отношение верхней границы терапевтического диапазона к его нижней границе, промежуточное значение терапевтического диапазона — средняя терапевтическая концентрация
  - В) соотношение между минимальной терапевтической дозы и концентрации лекарства в плазме
  - Г) терапевтическая доза лекарственного препарата
98. Выберите взаимодействие лекарственных препаратов, относящихся к фармакодинамическим типам взаимодействия:
- А) образование компонентами пищи с ЛС невсасывающихся хелатных соединений и комплексов.
  - Б) введение препарата «в одном шприце»
  - В) влияние лекарственных веществ на метаболические превращения других средств
  - Г) потенцирование
99. Выберите взаимодействие лекарственных препаратов, относящихся к фармакокинетическим типам взаимодействия:
- А) влияние лекарственных веществ на метаболические пути превращения других лекарственных средств
  - Б) введение препарата «в одном шприце»
  - В) аддиктивность
  - Г) потенцирование
100. Дозонезависимыми являются нежелательные эффекты при применении лекарственных препаратов, связанные с:
- А) аллергические реакции немедленного и замедленного типа

- Б) токсические осложнения, обусловленные абсолютной или относительной передозировкой
- В) вторичные эффекты, обусловленные нарушением иммунобиологических свойств организма
- Г) фармакологическими свойствами ЛС

101. Снижение терапевтического ответа на повторные введения лекарственного вещества характерно для:

- А) привыкания
- Б) функциональной кумуляции
- В) материальной кумуляции
- Г) идиосинкразии

102. Материальная кумуляция – это:

- А) накопление действующего вещества лекарственного препарата
- Б) постепенное накопление терапевтического эффекта лекарственного препарата
- В) постепенное накопление лекарственного препарата и появление неожиданного терапевтического эффекта на фоне применения лекарственного препарата
- Г) накопление метаболитов лекарственного препарата

103. Объем распределения жирорастворимых лекарственных препаратов у пациентов с выраженным ожирением:

- А) уменьшается
- Б) уменьшается или остается неизменным
- В) остается неизменным или увеличивается
- Г) увеличивается

104. Распределение лекарственных препаратов в различных органах и тканях изучает:

- А) фармакодинамика
- Б) фармакогенетика
- В) фармакокинетика
- Г) хронофармакология

105. Скорость метаболизма лекарственных препаратов у пациентов при декомпенсированном гипотиреозе как правило:

- А) повышается
- Б) остается неизменной
- В) снижается или остается неизменным
- Г) снижается

106. Основные пути элиминации ЛС из организма:

- А) биотрансформация и экскреция
- Б) связь с белками плазмы крови



- В) экскреция
- Г) биотрансформация

107. Основной эффект лекарственного препарата определяется

- А) связыванием лекарственного препарата с белками плазмы
- Б) длительностью латентного периода
- В) элиминацией лекарственного вещества
- Г) взаимодействием лекарственного препарата с рецептором

108. Латентный период при введении лекарственного препарата – это:

- А) длительность терапевтического эффекта
- Б) промежуток времени между введением лекарственного препарата в организм и появлением терапевтического эффекта
- В) время, необходимое для осуществления метаболических превращений лекарственного препарата
- Г) интервал до введения повторной дозы лекарственного препарата

109. Непреодолимое стремление пациента к повторным приемам лекарственного препарата характерно для:

- А) кумуляции
- Б) тахифилаксии
- В) лекарственной зависимости
- Г) привыкания

110. В настоящее время выполнение фармакогенетического тестирования возможно при применении следующих препаратов:

- А) Варфарин, Клопидогрел
- Б) Клопидогрел, Дабигатран
- В) Азатиоприн, Софосбувир
- Г) Вориконазол Софосбувир

111. Выберите гены, определение которых является клинически значимым при назначении варфарина:

- А) CYP2C9
- Б) CYP3A4
- В) CYP2C19
- Г) SLCO1B1

112. Выберите гены, полиморфизм которых может влиять на фармакологический ответ в результате изменённой активности ферментов биотрансформации лекарственных средств:
- А) CYP2D6, SLCO1B1
  - Б) CYP2C19, CYP2D6
  - В) SLCO1B1, NAT2
  - Г) ADRB1, CYP2D6
113. Проведение фармакогенетического тестирования показано:
- А) Пациентам с хроническим гепатитом С перед началом терапии софосбувиром
  - Б) Пациентам, с отягощенным семейным анамнезом по тромбозам перед началом приема оральных контрацептивов
  - В) Пациентам перед началом терапии дабигатраном
  - Г) Всем пациентам в условиях стационара
114. Проведение фармакогенетического тестирования для индивидуализации фармакотерапии показано:
- А) Пациентам с высоким риском развития нежелательных явлений на фоне проводимой фармакотерапии
  - Б) При применении большого количества лекарственных препаратов у одного пациента
  - В) Пациентам, работающим с ионизирующим излучением.
  - Г) Пациентам в период беременности для выбора ЛС
115. Проведение фармакогенетического тестирования для индивидуализации фармакотерапии показано:
- А) При применении большого количества лекарственных препаратов у одного пациента
  - Б) Пациентам с туберкулезом легких в анамнезе
  - В) При применении лекарственных препаратов эффективных у ограниченного числа пациентов
  - Г) Пациентам, работающим с ионизирующим излучением.
116. Фармакокинетика - это:
- А) изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств
  - Б) изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
  - В) изучение токсичности и побочных эффектов
  - Г) методология клинического испытания лекарств
  - Д) изучение взаимодействий лекарственных средств
117. Какие существуют виды абсорбции в ЖКТ:
- А) фильтрация
  - Б) диффузия
  - В) активный транспорт

- Г) пиноцитоз
- Д) все виды

118. Всасывание из ЖКТ слабых электролитов при повышении степени их ионизации:

- А) слабо усиливается
- Б) значительно усиливается
- В) ослабляется
- Г) не изменяется
- Д) изменяется незначительно

119. Укажите, где происходит всасывание большей части лекарств:

- А) в ротовой полости
- Б) в пищеводе
- В) в желудке
- Г) в тонком кишечнике
- Д) в толстом кишечнике

120. Результатом высокой степени связывания препарата с белками плазмы является:

- А) уменьшение  $T_{1/2}$
- Б) повышение концентрации свободной фракции препарата
- В) снижение концентрации свободной фракции препарата
- Г) лучшая эффективность препарата
- Д) все перечисленное

121. Какие препараты приводят к индукции ферментов в печени:

- А) фенобарбитал
- Б) циметидин
- В) амиодарон
- Г) эритромицин
- Д) ципрофлоксацин

122. Какие факторы фармакокинетики изменяются в пожилом возрасте:

- А) всасывание
- Б) объём распределения
- В) почечная экскреция
- Г) метаболизм
- Д) всё перечисленное

123. Величина биодоступности важна для определения:
- А) пути введения лекарственных средств
  - Б) кратности приема
  - В) скорости выведения
  - Г) эффективности препарата
  - Д) продолжительности лечения
124. Что такое период полувыведения ( $T_{1/2}$ ):
- А) время выведения препарата из организма
  - Б) время снижения концентрации препарата в плазме на 50%
  - В) снижение скорости выведения на 50%
  - Г) время достижения терапевтической концентрации
  - Д) верных ответов нет
125. Терапевтический индекс - это:
- А) разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами
  - Б) между максимальной терапевтической и максимальной токсической
  - В) между минимальной терапевтической и максимальной токсической
  - Г) между максимальной терапевтической и минимальной токсической
  - Д) верный ответ отсутствует
126. Что является результатом биотрансформации лекарств в печени:
- А) образование активных метаболитов
  - Б) образование неактивных метаболитов
  - В) образование токсических продуктов
  - Г) всё вышеперечисленное
  - Д) ничего из перечисленного
127. 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
128. Более высокая концентрация препарата в плазме при сублингвальном введении, чем пероральном объясняется тем, что:
- А) лекарство не подвергается пресистемному метаболизму

- Б) лекарство не связывается с белками плазмы
- В) лекарства не связываются с тканями
- Г) увеличивается гидрофильность препарата
- Д) увеличивается липофильность препарата

129. Укажите заболевание, при котором снижается связывание препаратов с белками плазмы:

- А) ишемическая болезнь сердца
- Б) острые инфекции
- В) цирроз печени
- Г) бронхиальная астма
- Д) пневмония

130. Какой фактор приводит к замедлению метаболизма лекарств:

- А) курение
- Б) пожилой возраст
- В) однократное употребление алкоголя
- Г) прием барбитуратов
- Д) прием рифампицина

131. Аутоиндукция вызывает:

- А) повышение эффективности препарата при повторном применении
- Б) инактивация препарата другим лекарственным средством
- В) увеличение активности препарата при первом введении
- Г) снижение эффективности препарата при повторном применении
- Д) все перечисленное

132. При заболеваниях печени увеличивается период полувыведения:

- А) дигоксина
- Б) гентамицина
- В) теofilлина
- Г) преднизолона
- Д) ванкомицина

133. Хронический прием алкоголя приводит к:

- А) увеличению абсорбции лекарств
- Б) увеличению объема распределения лекарств
- В) замедлению метаболизма в печени
- Г) снижению почечной экскреции
- Д) снижению  $T_{1/2}$

134. Никотин приводит к:
- А) уменьшению абсорбции лекарств
  - Б) увеличению объема распределения лекарств
  - В) увеличению связи с белками плазмы
  - Г) ускорению метаболизма в печени
  - Д) ускорению почечной экскреции
135. Объем распределения жирорастворимых лекарственных средств у тучных больных:
- А) уменьшается.
  - Б) увеличивается.
  - В) не меняется или увеличивается.
  - Г) уменьшается или не меняется.
  - Д) не меняется.
136. Фармацевтическое взаимодействие ЛС:
- 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.
137. Что входит в понятие фармацевтическое взаимодействие:
- А) вытеснение препарата из связи с белком
  - Б) ингибирование метаболизма в печени
  - В) инактивация препаратов в инфузионном растворе
  - Г) торможение всасывания лекарств
  - Д) взаимодействие на уровне экскреции в почках
138. На почечную экскрецию влияют:
- А) уровень клубочковой фильтрации
  - Б) уровень канальцевой реабсорбции
  - В) уровень канальцевой секреции
  - Г) всё вышеперечисленное
  - Д) ничего из перечисленного
139. В щелочной моче увеличивается выведение:
- А) морфина
  - Б) новокаинамида
  - В) барбитуратов
  - Г) хинина

Д) варфарина

140. Если эффект двух лекарств превышает сумму из отдельных эффектов, то это называется:

- А) антагонизм
- Б) суммарный эффект
- В) аддитивный эффект
- Г) потенцирование
- Д) сенситизация

141. Усиление эффекта действия неодикумарина при сочетанном приеме с НПВС объясняется:

- А) увеличением абсорбции
- Б) конкуренцией за связь с белками плазмы крови
- В) ингибированием биотрансформации
- Г) уменьшением экскреции
- Д) индуцированием биотрансформации

142. Профиль фармакокинетической кривой (кривой «концентрация – время») характеризует:

- А) всасывание лекарственного средства
- Б) распределение лекарственного средства
- В) элиминацию лекарственного средства
- Г) одновременное протекание всех фармакокинетических процессов

143. Для лекарственных средств, подвергающихся интенсивному метаболизму в печени и/или кишечнике, ректальное введение приводит к:

- А) более полному поступлению лекарственного вещества в системный кровоток
- Б) менее полному поступлению лекарственного вещества в системный кровоток
- В) поступлению лекарственного вещества в кровь, проходящую через печень прежде, чем достигает общего кровотока
- Г) замедлению всасывания лекарственного средства

144. Через мембраны эпителия пищеварительного тракта в большей степени проникают лекарственные средства

- А) в неионизированной форме
- Б) с кислотными свойствами
- В) с высокой способностью связывания с белками плазмы крови
- Г) в ионизированной форме

145. При заболеваниях, приводящих к снижению кровотока в пищеварительном тракте из-за местных сосудистых явлений, для лекарственных средств, легко проходящих сквозь мембраны эпителия желудочно-кишечного тракта, будет наблюдаться:
- А) снижение скорости и степени всасывания
  - Б) увеличение скорости и степени всасывания
  - В) увеличение биодоступности
  - Г) снижение биотрансформации
146. Лекарственные средства, медленно проходящие через мембраны желудочно-кишечного тракта:
- А. всасываются со скоростью, ограниченной процессами переноса через мембрану
  - Б. всасываются со скоростью, ограниченной скоростью кровообращения в зоне всасывания
  - В. обладают более высокой биодоступностью
  - Г. в большей степени связываются с белками плазмы крови
147. Проникновение лекарственных средств через гематоплацентарный барьер обычно происходит путем:
- А. фильтрации
  - Б. активного транспорта
  - В. пиноцитоза
  - Г. простой диффузии
148. У лактирующих женщин в большей степени проникают через полупроницаемую липидную мембрану из плазмы крови в молоко лекарственные средства, характеризующиеся:
- А. высокой способностью связывания с белками плазмы крови
  - Б. высокой молекулярной массой
  - В. липофильными свойствами
  - Г. высокой степенью ионизации
149. Фактором, влияющим на проникновение лекарственного средства через гематоэнцефалический барьер, является
- А. степень связывания лекарственного средства с белками плазмы крови
  - Б. кратность приема лекарственного средства
  - В. путь введения лекарственного средства
  - Г. пол больного
150. Функциональные особенности гематоликворного и гематомозгового барьеров
- А. проявляются в неодинаковой проницаемости для одного и того же лекарственного средства
  - Б. проявляются в одинаковой проницаемости для одного и того же лекарственного средства
  - В. не имеют клинического значения
  - Г. незначительны
151. При повреждении гематоэнцефалического барьера, например, при травме,



проницаемость лекарственных средств через него:

- А. снижается
- Б. увеличивается
- В. не меняется
- Г. замедляется

152. Развитие необратимой бронхиальной обструкции при БА предотвращают:

- А) Антилейкотриены.
- Б) Кромоны.
- В)  $\beta$ 2-агонисты длительного действия.
- Г) ИГКС.
- Д) Омализумаб.

153. Частой НПР ИГКС является:

- А) Орофарингеальный кандидоз.
- Б) Гипокортицизм.
- В) Эозинофильная пневмония.
- Г) Глаукома.
- Д) Синдром Кушинга.

154. При оценке возможных клинических проявлений межлекарственного взаимодействия следует учитывать роль в метаболизме глюкокортикостероидов (ГКС) изофермента P450:

- А) CYP 1A2.
- Б) CYP 3A4.
- В) CYP 3A5.
- Г) CYP 2E1.
- Д) CYP 2C8.

155. ИГКС с минимальными эффективными суточными дозами является:

- А) Беклометазон.
- Б) Будесонид.
- В) Флутиказон.
- Г) Циклесонид.
- Д) Мометазон.

156. Высокая связь дезциклесонида (активного метаболита циклесонида) с белками плазмы определяет:

- А) Низкую фармакологическую активность.
- Б) Высокую фармакологическую активность.
- В) Низкую вероятность системных НПР.
- Г) Высокую вероятность системных НПР.
- Д) Высокое содержание во внелегочных тканях.

157. Самой высокой селективностью в отношении  $\beta_2$ -адренорецепторов бронхов обладает:

- А) Салметерол.
- Б) Фенотерол.
- В) Сальбутамол.
- Г) Формотерол.
- Д) Изопреналин.

158. Максимальная суточная доза салметерола составляет:

- А) 25 мкг.
- Б) 50 мкг.
- В) 100 мкг.
- Г) 150 мкг.
- Д) 200 мкг.

159. Начало действия индакатерола после ингаляции наступает через:

- А) 1 минуту.
- Б) 5 минут.
- В) 15 минут.
- Г) 20 минут.
- Д) 30 минут.

160. Самая частая НПР рофлумиласта:

- А) Артралгия.
- Б) Миалгия.
- В) Диарея.
- Г) Тахикардия.
- Д) Головокружение.

161. Клинический эффект ИГКС при БА отмечается через:

- А) 1–2 часа.
- Б) 1–2 дня.
- В) 1–2 недели.
- Г) 4 месяца.
- Д) 6 месяцев

162. Длительность применения системных ГКС при обострении ХОБЛ:

- А) 1–2 дня.
- Б) 2–3 дня.
- В) 3–5 дней.
- Г) 5–14 дней.
- Д) 14–21 день.

163. Длительность применения системных ГКС при обострении БА составляет:
- А) 1–2 дня.
  - Б) 3–4 дня.
  - В) 5–10 дней.
  - Г) 10–14 дней.
  - Д) 14–21 день.
164. Абсолютными показаниями к длительной кислородотерапии при хобл являются:
- А)  $P_{aO_2}$  равное 60 мм рт. ст. и  $SaO_2$  равная 90%.
  - Б)  $P_{aO_2}$  более 60 мм рт. ст. и  $SaO_2$  более 90%.
  - В)  $P_{aO_2}$  менее 55 мм рт. ст. и  $SaO_2$  менее 88%.
  - Г)  $P_{aO_2}$  55–56 мм рт. ст. и  $SaO_2$  89%.
  - Д)  $P_{aO_2}$  57–59 мм рт. ст. и  $SaO_2$  90%.
165. Двухчасовой интервал в приеме с ампициллином из-за возможной взаимной инактивации требуется при применении:
- А) Ацетилцистеина.
  - Б) Амброксола.
  - В) Карбоцистеина.
  - Г) Бромгексина.
  - Д) Дорназы альфа.
166. К селективным  $\beta_2$ -1. агонистам длительного действия относится:
- А) флутиказон
  - Б) салметерол
  - В) сальбутамол
  - Г) фенотерол
  - Д) тербуталин
167. Препаратом базисной терапии при хроническом обструктивном бронхите является:
- А) тиотропиум бромид
  - Б) недокромил натрия
  - В) фенотерол
  - Г) монтелукаст
  - Д) эуфиллин
168. Проявляет липо-гидрофильные свойства:
- А) Сальбутамол
  - Б) Салметерол
  - В) Формотерол
  - Г) Фенотерол

169. Механизм действия омализумаба:
- А) Стабилизирует мембраны тучных клеток
  - Б) Блокирует лейкотриеновые рецепторы,
  - В) Снижает экспрессию рецепторов к IgE
  - Г) Блокирует также фосфодиэстеразу
170. Основную роль в развитии инфекционного обострения ХОБЛ играет:
- А) *Streptococcus pneumoniae*
  - Б) *Haemophilus influenzae*
  - В) *Staphylococcus aureus*
  - Г) *Enterobacteriaceae*
171. В наиболее тяжелой форме протекает обострение ХОБЛ, вызванное:
- А) *H. influenzae*
  - Б) *M. Cattarhalis*
  - В) *S. Aureus*
  - Г) *P. aeruginosa*
172. Синдром “запирания” может развиваться при использовании следующих препаратов:
- а)  $\beta_2$  – адреномиметиков
  - б) ингаляционных ГКС
  - в) ацетилсалициловой кислоты
  - г) эуфиллина
173. Передозировка может возникнуть при одновременном назначении эуфиллина с:
- а) метилпреднизолоном
  - б) эналаприлом
  - в) рифампицином
  - г) ципрофлоксацином
174. К базисным препаратам, применяемым для лечения бронхиальной астмы относится:
- а) теofilлин
  - б)  $\beta_2$ -адреномиметики
  - в) ингаляционные глюкокортикостероиды
  - г) ацетилцистеин
175. При применении какого из перечисленных классов лекарственных препаратов требуется проведение лекарственного мониторинга:
- а) теofilлины
  - б) стабилизаторы мембран тучных клеток
  - в)  $\beta_2$ -адреномиметики
  - г) все ответы верны

176. Из перечисленных препаратов селективно стимулирует  $\beta_2$  – адренорецепторы:

- а) теofilлин
- б) фликсотид
- в) атровент
- г) формотерол

177. К эффектам на фоне применением теофиллина относится:

- а) все ответы верны
- б) увеличение мукоцилиарного клиренса
- в) стимуляция дыхания и сердечной деятельности
- г) бронходилатирующее действие

178. Агонист  $\beta_2$ - адренорецепторов, зарегистрированный только для применения при ХОБЛ – это:

- А) сальбутамол
- Б) индакатерол
- В) фенотерол
- Г) салметрол
- Д) формотерол

179. Длительность применения системных ГКС при обострении ХОБЛ:

- А) 1-2 дня
- Б) 2-4 дня
- В) 3-5 дней
- Г) 5-10 дней
- Д) 14-21 день

180. В каких дозах наиболее высок риск глюкокортикоидной недостаточности при применении беклометазона:

- А) 250 мкг\сут
- Б) 500 мкг\сут
- В) 750 мкг\сут
- Г) 1000 мкг\сут
- Д) 1500 мкг\сут

181. Оценка эффективности терапии при бронхообструктивных заболеваниях проводится с помощью:

- А) клинический анализ мокроты
- Б) компьютерная томография легких
- В) биохимический анализ крови
- Г) электрокардиография
- Д) спирометрия

182. Продолжительность антибактериальную терапию при пневмонии:
- А) 7-10 дней
  - Б) до того момента, когда у больного нормализовалась температура тела
  - В) до момента исчезновения симптомов (слабость, кашель, боли в грудной клетке)
  - Г) до того момента, когда на рентгенограмме полностью исчезли признаки пневмонии
183. У больных с какой бронхиальной астмой противопоказан теофедрин:
- А) Атопической
  - Б) Инфекционно-зависимой
  - В) Физического усилия
  - Г) Смешанной
  - Д) Аспириновой
184. Чаще всего внебольничная пневмония вызывается:
- А) Пневмококком
  - Б) Стрептококком
  - В) Стафилококком
  - Г) Кишечной палочкой
  - Д) Клебсиеллой
185. Стандарты лечения и клинические рекомендации/ руководства профессиональных медицинских ассоциаций составляются на основе принципов:
- А) Доказательной медицины
  - Б) Персонализированной медицины
186. О значительном накоплении ЛС в тканях свидетельствует:
- А) Большая степень связи с белками плазмы
  - Б) Большой объем распределения
187. Изофермент цитохрома Р-450, метаболизирующий большую часть ЛС - это:
- А) СYP 1A2
  - Б) СYP 3A4
188. У пациента с гипоальбуминемией требуется коррекция дозы, если лекарственное средство:
- А) Связывается с альбумином крови менее чем на 90%
  - Б) Связывается с альбумином крови более чем на 90%

189. При проведении терапевтического лекарственного мониторинга для определения минимальной равновесной концентрации забор крови пациента необходимо произвести:
- А) Сразу после приема очередной дозы препарата
  - Б) Перед приемом очередной дозы препарата
190. Неблагоприятные побочные реакции типа Б:
- А) Зависят от дозы
  - Б) Не зависят от дозы
191. Коррекцию дозы ЛС при гипоальбуминемии необходимо осуществлять при применении ЛС, которые связываются с белками плазмы крови на:
- А) 0-20%
  - Б) Более 90 %
192. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:
- А) Угнетается
  - Б) Усиливается
193. Фруктовый сок, замедляющий биотрансформацию лекарственных средств путем ингибирования СУР3А4, это:
- А) Грейпфрутовый
  - Б) Апельсиновый
194. Фруктовый сок, усиливающий антикоагулянтное действие варфарина:
- А) Клюквенный
  - Б) Апельсиновый
195. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении с препаратами, повышающими моторику ЖКТ (слабительные, эритромицин):
- А) Угнетается
  - Б) Усиливается
196. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:
- А) Угнетается
  - Б) Усиливается
197. У курильщиков, по сравнению с некурящими, биотрансформация теофиллина:
- А) Ускоряется

Б) Угнетается

198. Фармакокинетическая кривая – это зависимость:

- А) Концентрации препарата в крови от времени
- Б) Скорости выведения препарата от времени

199. Объем распределения ЛС может быть использован для расчета:

- А) Поддерживающей дозы ЛС
- Б) Нагрузочной дозы ЛС

200. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на:

- А) Всасывание другого лекарственного средства
- Б) Механизм действия другого лекарственного средства

201. Патологическая реакция – это:

- А) Кратковременная, элементарная, необычная реакция организма на раздражитель
- Б) Симптом заболевания

202. Патофизиологическая стадия аллергических реакций характеризуется:

- А) Активацией биологически активных веществ
- Б) Структурными и функциональными нарушениями в органах и тканях

203. Резистентность организма - это свойство организма:

- А) Отвечать на любые воздействия окружающей среды
- Б) Оказывать сопротивление патогенному воздействию окружающей среды

204. Стандарт проведения качественных клинических исследований ЛС - это:

- А) GMP
- Б) GCP

205. Преимущественно снижают уровень триглицеридов:

- А) Фибраты
- Б) Статины

206. Снижение объема базисной терапии бронхиальной астмы при достижении контроля течения заболевания возможно:

- А) Через 3 месяца
- Б) Через год



207. При назначении теофиллина курильщику:  
А) Назначается стандартная доза  
Б) Доза увеличивается
208. Исследование ЛС, в котором участников в случайном порядке распределяют в группы (по меньшей мере, в две - основную и контрольную):  
А). Рандомизированные исследования  
Б). Псевдорандомизированные исследования
209. Из представленных видов клинических исследований ЛС наивысшим уровнем доказательности обладают:  
А). Систематический обзор, метаанализ РКИ  
Б). Описательные исследования, мнения специалистов
210. Мониторинг за безопасностью ЛС в условиях медицинских учреждений является частью деятельности, называемой:  
А) Комплаенсом  
Б) Фармаконадзором
211. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования невсасывающихся (хелатных) соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом времени в:  
А) 2 часа и более  
Б) Избежать нельзя и необходимо отказаться от таких комбинаций
212. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника (например, дигоксина), при их совместном применении с антибиотиками:  
А) Угнетается  
Б) Усиливается
213. Всасывание лекарственных средств при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ (например, слабительными):  
А) Угнетается  
Б) Усиливается
214. Среднее число больных, которых необходимо лечить определенным ЛС в течение определенного времени, чтобы достичь определенного благоприятного исхода или предотвратить один неблагоприятный исход:

- A. RRR
- Б. NNT

215. Разновидность фармакоэпидемиологического анализа - это:  
А). DDD методология  
Б). Методология GCP

216. Концепция QALY используется при проведении фармакоэкономического анализа:  
А). Минимизация затрат  
Б). Стоимость-полезность

217. Генетический полиморфизм  $\beta_2$ -адренорецепторов влияет на фармакодинамику:  
А)  $\beta$ -адреноблокаторов  
Б)  $\beta_2$ -адреномиметиков

218. Фармакогенетическое тестирование по CYP2C19 должно проводиться :  
А) Пациентам с ОКС, с высоким риском развития тромбозов стентов, получающим клопидогрел  
Б) Пациентам с ОКС с высоким риском развития кровотечений

219. Различия в дозах ЛС для приема внутрь и для внутривенного введения может быть обусловлено:  
А) Низкой биодоступностью  
Б) Влиянием пищи на всасывание ЛС

220. Генетический полиморфизм  $\beta_1$ -адренорецепторов влияет на фармакодинамику:  
А)  $\beta$ -адреноблокаторов  
Б) Инсулина

221. Промежуток времени, необходимый для достижения равновесного состояния, обычно равен:  
А) Одному периоду полувыведения  
Б) Пяти периодам полувыведения

222. Неблагоприятные побочные реакции типа А:  
А) Зависят от дозы  
Б) Не зависят от дозы

223. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к неблагоприятным побочным реакциям:
- А) Типа А
  - Б) Типа С
224. После однократного приема внутрь период полувыведения тикагрелора составляет:
- А) 4 часа
  - Б) 18 часов
225. Медицинская этика – это:
- А) Специфическое проявление общей этики и деятельности врача
  - Б) Наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
226. Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется:
- А) Финансовой состоятельностью
  - Б) Уникальностью и неповторимостью личности
227. Медицинский работник, причинивший значительный ущерб здоровью пациента, связанный с небрежным отношением к профессиональным обязанностям, несет ответственность:
- А) Уголовную ответственность
  - Б) Гражданско-правовую ответственность
228. Международная классификация болезней – это:
- А) Перечень наименований болезней в определенном порядке
  - Б) Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
229. «Болезнь» характеризуется:
- А) Состоянием полного физического, психического и социального благополучия
  - Б) Снижением трудоспособности
230. Патологическое состояние – это:
- А) Состояние, промежуточное между здоровьем и болезнью
  - Б) Медленно развивающийся патологический процесс
231. Полипразматизация - это:
- А) Необоснованное назначение большого количества лекарственных средств
  - Б) Необходимость в использовании нескольких стандартов лечения

232. К внешним причинам болезни относят:
- А) Патологическую наследственность
  - Б) Ионизирующую радиацию
233. Среди неинфекционных социально значимых заболеваний первое место в структуре инвалидности занимают:
- А) Злокачественные новообразования
  - Б) Сердечно-сосудистые заболевания
234. DDD ЛС устанавливает:
- А) ВОЗ
  - Б) Минздрав РФ
235. Применение ингибиторов АПФ в сочетании со спиронолактоном в дозе более 25 мг может привести к:
- А) Гипернатриемии
  - Б) Гиперкалиемии
236. Применение амиодарона в сочетании с симвастатином в дозе более 20 мг может привести к развитию:
- А) Нефротоксичности
  - Б) Миопатии
237. Противопоказанием к применению ацетилсалициловой кислоты при стабильной стенокардии является:
- А) Сахарный диабет
  - Б) Желудочно-кишечное кровотечение
238. Относительный риск (RR) развития хронической почечной недостаточности при приеме ЛС, равный 1,4, означает:
- А. 1,4% случаев заболеваемости ХПН в популяции обусловлено приемом данного ЛС
  - Б. У лиц, принимающих ЛС, заболеваемость ХПН возрастает в 1,4 раза по сравнению с лицами, не принимающими данное ЛС
239. Метод оценки рациональности расходования денежных средств путем распределения лекарственных средств по трем классам в соответствии со степенью их жизненной необходимости.
- А. DDD методология
  - Б. ABC VEN анализ

240. Болезнь – это:  
А) Необычная реакция организма на какое-либо воздействие  
Б) Качественно новое в отличие от здоровья состояние организма, возникающее при его повреждении факторами окружающей среды и характеризующееся ограничением способности приспосабливаться к условиям окружающей среды и понижением трудоспособности

241. Патологическим процессом называется:  
А) Неадекватный ответ организма на различные воздействия  
Б) Закономерное сочетание явлений повреждения и защитно-приспособительных реакций в поврежденных тканях, органах или организме

242. Причиной язтрогенной болезни является:  
А) Инфекция  
Б) Неправильные действия врача

243. Какие побочные эффекты антидепрессантов не обусловлены их холинолитической активностью?  
А) Потливость  
Б) Увеличение массы тела

244. Транквилизатор с наибольшим седативным действием - это:  
А) Диазепам  
Б) Нитразепам

245. Наибольшей селективностью в отношении бета2-адренорецепторов обладает:  
А) Салметерол  
Б) Сальбутамол

246. Абсолютным противопоказанием к применению кардиоселективных бета-адреноблокаторов является:  
А) Хроническая обструктивная болезнь легких  
Б) Бронхиальная астма

247. К антиангинальным препаратам относятся:  
А) Ингибиторы АПФ  
Б) Бета-адреноблокаторы

248. К миокардиальным цитопротекторам относятся:  
А) Никорандил  
Б) Триметазидин

249. Антиангинальные препараты, противопоказанные при закрытоугольной форме глаукомы:
- А) Органические нитраты
  - Б) Бета-адреноблокаторы
250. Развитие необратимой бронхиальной обструкции при бронхиальной астме предотвращают:
- А) бета2-агонисты длительного действия
  - Б) Ингаляционные глюкокортикостероиды
251. Наиболее частая нежелательная побочная реакция ингаляционных глюкокортикостероидов:
- А) Орофарингеальный кандидоз
  - Б) Гипокортицизм
252. Наибольшей продолжительностью действия из бронхолитиков обладает:
- А) Беродуал
  - Б) Индакатерол
253. Клинический эффект ингаляционных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме отмечается через:
- А) 1-2 часа
  - Б) 1-2 недели
254. К ингибиторам фосфодиэстеразы относится:
- А) Дипиридамол
  - Б) Ацетилсалициловая кислота
255. Противопоказания к применению клопидогрела является:
- А) Сахарный диабет
  - Б) Острое кровотечение
256. Показаниями к применению сульфат железа двухвалентного являются:
- А) Апластическая анемия
  - Б) Железодефицитная анемия
257. Внутриклеточная регуляция нарушений секреции соляной кислоты возможна с помощью:
- А) Ранитидина
  - Б) Омепразола

258. Прокинетиками называют средства:
- А) Средства, которые меняют пропульсивную активность ЖКТ и ускоряют транзит пищевого болуса по нему
  - Б) Средства, способствующие ускорению фармакокинетических процессов
259. Наиболее мощным антисекреторным действием обладают:
- А) Блокаторы H-2 гистаминовых рецепторов
  - Б) Ингибиторы протонной помпы (ИПП)
260. Применение солей лития показано для:
- А) Лечения невротозов
  - Б) Предупреждения приступов маниакально-депрессивного психоза
261.  $\beta$ -адреноблокаторы при сахарном диабете 2 типа:
- А) Противопоказаны
  - Б) Могут быть назначены при отсутствии значительных колебаний глюкозы
262. Противопоказанием к применению ацетилсалициловой кислоты при стабильной стенокардии является:
- А) Одновременный прием с клопидогрелем
  - Б) Желудочно-кишечное кровотечение
263. При сезонном аллергическом рините у больных бронхиальной астмой из-за отсутствия седативного и холинолитического действия предпочтителен:
- А) Дифенгидрамин
  - Б) Дезлоратадин
264. Адекватные дозы системных глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ составляют:
- А) 5-10 мг
  - Б) 30-40 мг
265. При выписывании врачом одному пациенту 5 и более лекарственных препаратов в амбулаторных условиях необходимо:
- А) Решение врачебной комиссии
  - Б) Согласование с заместителем главного врача по медицинской части
  - В) Согласование с врачом - клиническим фармакологом
  - Г) Согласование с заведующим отделением
  - Д) Не требует согласования с кем-либо и решения врачебной комиссии

266. Для современной модели профессиональной морали - биоэтики, основным является принцип:
- А) "Соблюдения долга"
  - Б) "Не навреди"
  - В) Приоритета науки
  - Г) Приоритета прав и уважения достоинства пациента
  - Д) Невмешательства
267. Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к неблагоприятным побочным реакциям:
- А) Типа А
  - Б) Типа В
  - В) Типа С
  - Г) Типа D
  - Д) Типа Е
268. «Синдром обкрадывания» характерен для:
- А) Ацетилсалициловой кислоты
  - Б) Клопидогрела
  - В) Тикагрелора
  - Г) Тиклопидина
  - Д) Дипиридамола
269. При применении в виде монотерапии в наибольшей степени может снижать HbA1c у пациентов с сахарным диабетом 2 типа:
- А) Инсулин
  - Б) Метформин
  - В) Росиглитазон
  - Г) Глибенкламид
  - Д) Ситаглиптин
270. Пациенту с сахарным диабетом 2 типа и стенокардией, принимающему органические нитраты, не рекомендуется назначать:
- А) Метформин
  - Б) Глибенкламид
  - В) Пиоглитазон
  - Г) Лираглутид
  - Д) Гликлазид
271. Хроническая сердечная недостаточность любого функционального класса является противопоказанием к применению:
- А) Тиазолидинонов



- Б) Бигуанидов
- В) Инсулина
- Г) Глинидов
- Д) Производных сульфанилмочевины

272. Предболезнь – это:

- А) Сочетание повреждения и приспособительных механизмов
- Б) Простейшая форма патологического процесса
- В) Типовая патологическая реакция организма
- Г) Первая стадия болезни
- Д) Состояние, промежуточное между здоровьем и болезнью

273. Наибольшей селективностью по отношению к бета1-адренорецепторам обладает:

- А) Пропранолол
- Б) Карведилол
- В) Метопролол
- Г) Бисопролол
- Д) Небиволол

274. К антидепрессанту относится:

- А) Лития карбонат
- Б) Амитриптилин
- В) Аминазин
- Г) Галоперидол
- Д) Феназепам

275. Транквилизатор-это:

- А) Аминазин
- Б) Галоперидол
- В) Диазепам
- Г) Амитриптилин
- Д) Флуоксетин

276. Усугубить ишемию при сопутствующем облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей могут:

- А) Органические нитраты
- Б) Бета-адреноблокаторы
- В) Активаторы калиевых каналов
- Г) Ингибиторы If каналов
- Д) Антагонисты кальция

277. Отеки тыла стоп является характерной неблагоприятной побочной реакцией:

- А) Амлодипина
- Б) Дилтиазема
- В) Верапамила
- Г) Ивабрадина
- Д) Триметазидина

278. Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню HbA1c осуществляется:

- А) Каждый месяц
- Б) Каждые 3 месяца
- В) Каждые 6 месяцев
- Г) Каждые 12 месяцев
- Д) 1 раз в 3 года

279. Длительность применения системных глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ составляет:

- А) 1-2 дня
- Б) 2-3 дня
- В) 3-5 дней
- Г) 5-14 дней
- Д) 14-21 день

280. Адекватные дозы системных глюкокортикостероидов при обострении бронхиальной астмы- это:

- А) 5-10 мг
- Б) 10-20 мг
- В) 20-30 мг
- Г) 30-40 мг
- Д) 40-50 мг и более

281. На 3 ступени лечения бронхиальной астмы наиболее эффективны:

- А) Низкие дозы ИГКС + бета2-агонисты короткого действия
- Б) Монотерапия средними дозами ИГКС
- В) Низкие доз ИГКС + бета2-агонисты длительного действия
- Г) Низкие доз ИГКС + антилейкотриены
- Д) Низкие доз ИГКС + теофиллин замедленного высвобождения

282. Частые нежелательные реакции ( $\geq 1/100$ ) при приеме тикагрелора – это:

- А) Парестезии
- Б) Гиперурикемия
- В) Рабдомиолиз
- Г) Кровотечение в месте проведения процедуры
- Д) Гемартроз

283. В соответствии с Приложением 2 к Приказу Минздрава РФ № 131, основными обязанностями врача- клинического фармаколога являются:

- 1) Контроль за проведением фармакотерапии в медицинских учреждениях
- 2) Участие в курации больных с неблагоприятными побочными реакциями или резистентностью к фармакотерапии
- 3) Контроль за соблюдением правил парентерального введения лекарственных средств
- 4) Организация разборов сложных случаев и ошибок по применению лекарственных средств, режима дозирования, взаимодействия, развития неблагоприятных побочных реакций

284. К факторам, повышающим риск развития неблагоприятных побочных реакций типа А, относится:

- 1) Пожилой возраст
- 2) Тяжелое состояние больного, включая дисфункцию печени и почек
- 3) Одновременное назначение нескольких лекарственных средств
- 4) Генетическая предрасположенность

285. Комбинация ингибитора АПФ и тиазидоподобного диуретика является:

- 1) Рациональной
- 2) Нерациональной
- 3) Комбинацией, в основе которой лежит фармакодинамическое взаимодействие
- 4) Комбинацией, в основе которой лежит фармакокинетическое взаимодействие

286. Факторами риска взаимодействия лекарственных средств являются:

- 1) Пожилой и старческий возраст
- 2) Тяжелое и крайне тяжелое состояние пациента
- 3) Применение лекарственного средства с узким терапевтическим диапазоном
- 4) Носительство аллельных вариантов генов, ответственных за фармакокинетику и фармакодинамику

287. В фармакоэпидемиологических исследованиях используются показатели:

- 1) DDD на 100 койко-дней
- 2) DDD на 1000 койко-дней
- 3) DDD на 1000 населения
- 4) DDD на 10000 населения

288. ABC VEN анализ позволяет ответить на вопросы:

1. Целесообразны ли затраты финансовых средств на лекарства в медицинском учреждении
2. Какие шаги необходимо предпринимать, чтобы рационализировать закупки ЛС в медицинском учреждении
3. Какие препараты следует в первую очередь включить в формуляр
4. Соответствуют ли финансовые затраты данным анализа структуры заболеваемости

289. Активация  $\beta$ -адренорецепторов дыхательных путей вызывает:

- 1) Расслабление гладких мышц бронхов
- 2) Уменьшение высвобождения медиаторов тучными клетками и эозинофилами
- 3) Снижение проницаемости кровеносных сосудов
- 4) Улучшение мукоцилиарного клиренса

290. К основным фармакодинамическим характеристикам пропafenона относятся:

- 1) Угнетение синусового узла
- 2) Удлинение QRS
- 3) Удлинение интервала QT
- 4) Укорочение QRS

291. К основным фармакодинамическим характеристикам верапамила относятся:

- 1) Удлинение фазы 2 (периода медленной реполяризации)
- 2) Укорочение фазы 2
- 3) Удлинение фазы 4 (потенциала покоя)
- 4) Укорочение потенциала действия

292. Противопоказаниями к назначению аллапинина являются:

- 1) Синоатриальная блокада
- 2) Наличие постинфарктного кардиосклероза
- 3) Беременность
- 4) AV блокада I степени

293. Для контроля ЧСС при постоянной форме фибрилляции предсердий рекомендованы:

- 1) Верапамил
- 2) Метопролол
- 3) Дигоксин
- 4) Дилтиазем

294. Увеличивают риск развития гликозидной интоксикации:

- 1) Препараты кальция
- 2) Катехоламины
- 3) Глюкокортикоиды
- 4) Диуретики

295. Преимущества новых пероральных антикоагулянтов по сравнению с варфарином при неклапанной фибрилляции предсердий заключаются в:

- 1) Предсказуемый антикоагулянтный эффект без необходимости постоянного контроля за показателями свертываемости крови
- 2) Меньшей степени взаимодействия с лекарственными средствами
- 3) Меньшей степени взаимодействия с пищевыми продуктами

4) Лучшем соотношении эффективности и безопасности

296. Лечение экстрасистолии у пациентов без признаков органического поражения сердца включает:

- 1)  $\beta$ -адреноблокаторы
- 2) Амиодарон
- 3) Этакизин
- 4) Пропафенон

297. Факторами риска развития статин-индуцированной миопатии являются:

- 1) Сахарный диабет 2 типа
- 2) Гипотиреоз
- 3) Нарушения функции печени
- 4) Прием системных глюкокортикостероидов

298. Показанием к проведению фармакогенетического тестирования прогнозирования максимальной безопасной дозы статинов является:

- 1) Подозрение на развитие статин-индуцированной миопатии
- 2) Увеличение уровня трансаминаз
- 3) Наличие факторов риска развития миопатии
- 4) Нарушения функции печени

299. Серьезными неблагоприятными побочными реакциями являются:

- 1) Анафилактический шок
- 2) Желудочно-кишечное кровотечение
- 3) Агранулоцитоз
- 4) Коллапс

300. При применении диклофенака с гипогликемическими средствами их эффект:

- 1) Не меняется
- 2) Уменьшается или не меняется
- 3) Усиливается
- 4) Уменьшается

301. Выраженный анальгетический эффект лорноксикама обуславливает механизм:

- 1) Высокая проницаемость через гематоэнцефалический барьер
- 2) Снижение синтеза иммуноглобулинов
- 3) Селективная ингибция ЦОГ-1
- 4) Стимуляция выработки эндорфинов

302. Для фармакокинетики ацеклофенака верны утверждения:

- 1) Стах в плазме после приема внутрь достигается через 1,25-3 часа

- 2) Стах в синовиальной жидкости достигается на 2-4 часа позже, чем в плазме крови
- 3) Выводится почками
- 4) Выводится печенью и почками

303. При одновременном приеме ацеклофенака и антигипергликемических препаратов при сахарном диабете уровень сахара в крови:

- 1) Всегда повышается
- 2) Никогда не меняется
- 3) Всегда понижается
- 4) Возможно как повышение, так и снижение

304. Препаратами выбора при осложненных инфекциях мочевыводящих путей являются:

- 1) Цефалоспорины III поколения
- 2) Цефалоспорины IV поколения
- 3) Фторхинолоны
- 4) Карбапенемы

305. Неблагоприятные побочные реакции фосфомицина - это:

- 1) Транзиторное повышение АЛТ, АСТ
- 2) Головокружение
- 3) Рвота
- 4) Диарея

306. Фосфомицин эффективен в отношении:

- 1) Кишечной палочки
- 2) Сальмонелл
- 3) Шигелл
- 4) Протея

307. Оповещать о развитии НПР следует:

- 1) При развитии серьезных НПР
- 2) При развитии НПР при применении ЛС, зарегистрированных 5 и менее лет назад
- 3) При развитии неожиданных НПР
- 4) При НПР, развившихся вследствие межлекарственного взаимодействия

308. К серьезным неблагоприятным побочным реакциям относятся:

- 1) Приводящие к смерти
- 2) Требуют госпитализации
- 3) Приводят к стойкой потере трудоспособности (инвалидности)
- 4) Приводят к стойкому снижению трудоспособности
- 5) Приводят к продлению госпитализации

309. Перечень жизненно-важных лекарственных средств формируется на основе:

1. Заявок от пациентов
2. Доказательной базы эффективности и безопасности (результатов рандомизированных клинических исследований)
3. Запросов пациентских организаций
4. Экономической эффективности по сравнению с другими лекарственными средствами

310. Виды фармакоэкономического анализа:

- 1) Анализ стоимость-эффективность
- 2) Анализ стоимость-полезность
- 3) Анализ минимизации затрат
- 4) DDD методология

311. Депрессия может быть следствием применения:

- 1) Противотревожных средств
- 2) Бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция
- 3) Кортикостероидов
- 4) Противоязвенных препаратов

312. НПВС с ЦОГ-2 селективным и специфическим действием:

- 1) Нимесулид
- 2) Лорноксикам
- 3) Целекоксиб
- 4) Кеторолак

313. НПВП без противовоспалительного действия - это:

- 1) Нимесулид
- 2) Лорноксикам
- 3) Целекоксиб
- 4) Кеторолак

314. Побочные действия НПВП- это:

- 1) Ульцерогенное действие
- 2) Кровотечения
- 3) Поражения ЦНС
- 4) Аномалии развития почек

№ п/п	Вопрос
315.	<p>ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПО CYP2C19 ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ:</p> <p>А) Пациентам с ОКС, получающим клопидогрел, с высоким риском развития тромбозов стентов.</p> <p>Б) Пациентам с ОКС с высоким риском развития кровотечений.</p> <p>В) Всем пациентам с ОКС, получающим клопидогрел.</p> <p>Г) Всем пациентам с ОКС, получающим тикагрелор.</p> <p>Д) Всем пациентам с ОКС, получающим прасугрел.</p>
316.	<p>К ИНГИБИТОРАМ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ 1 ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А) Пентоксифиллин.</p> <p>Б) Ацетилсалициловая кислота.</p> <p>В) Клопидогрел.</p> <p>Г) Тикагрелор.</p> <p>Д) Гепарин натрия.</p>
317.	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КЛОПИДОГРЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) СД.</p> <p>Б) Одновременный прием с ацетилсалициловой кислотой.</p> <p>В) Острое кровотечение.</p> <p>Г) ОКС с подъемом сегмента ST.</p> <p>Д) ОКС без подъема сегмента ST.</p>
318.	<p>ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА ВНУТРЬ ДОЗЫ 75 МГ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ КЛОПИДОГРЕЛА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А) 2 часа.</p> <p>Б) 24 часа.</p> <p>В) 18 часов.</p> <p>Г) 6 часов.</p> <p>Д) 4 часа.</p>
319.	<p>ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА ВНУТРЬ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ТИКАГРЕЛОРА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А) 2 ч.</p> <p>Б) 4 ч.</p> <p>В) 7 ч.</p> <p>Г) 12 ч.</p> <p>Д) 18 ч.</p>
320.	<p>ОДЫШКА ЯВЛЯЕТСЯ «СПЕЦИФИЧЕСКОЙ» НПР:</p> <p>А) Ацетилсалициловой кислоты.</p> <p>Б) Клопидогрела.</p> <p>В) Тикагрелора.</p> <p>Г) Тиклопидина.</p> <p>Д) Просугрела.</p>
321.	<p>«СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:</p> <p>А) Ацетилсалициловой кислоты.</p> <p>Б) Клопидогрела.</p> <p>В) Тикагрелора.</p> <p>Г) Тиклопидина.</p> <p>Д) Дипиридамола.</p>



322.	<p>НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА ПРИ ОКС ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:</p> <p>А) 90 мг 1 раз/сут.  Б) 90 мг 2 раза/сут.  В) 180 мг однократно.  Г) 180 мг 2 раза/сут.  Д) 360 мг однократно.</p>
323.	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) СД  Б) Одновременный прием с клопидогрелем.  В) Желудочно-кишечное кровотечение.  Г) ОКС с подъемом сегмента ST.  Д) ОКС без подъема сегмента ST.</p>
324.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.  Б) БА.  В) Профилактика острых респираторных заболеваний.  Г) Профилактика повторного инфаркта миокарда.  Д) Беременность I триместр.</p>
325.	<p>ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА – ЭТО:</p> <p>А) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.  Б) БА.  В) Профилактика острых респираторных заболеваний.  Г) Нарушение периферического кровообращения атеросклеротического генеза.  Д) Профилактика гестозов во время беременности.</p>
326.	<p>БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОКС, КАК С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ТАК И БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОДОЛЖИТЬ ПРИЕМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В СОЧЕТАНИИ С ОДНИМ ИЗ БЛОКАТОРОВ P2Y12 РЕЦЕПТОРА ТРОМБОЦИТОВ В ТЕЧЕНИЕ:</p> <p>А) 2 месяца.  Б) 3 месяца.  В) 6 месяцев.  Г) 12 месяцев.  Д) 24 месяца.</p>
327.	<p>ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС И ФП ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>А) Ацетилсалициловой кислоты в сочетании с блокатором P2Y12 рецептора тромбоцитов и пероральными антикоагулянтами.  Б) Ацетилсалициловой кислоты в сочетании с антагонистами витамина К и новыми пероральными антикоагулянтами (НПОАК).  В) Антагонистов витамина К в сочетании с НПОАК и блокатором P2Y12 рецептора тромбоцитов.  Г) Антагонистов витамина К в сочетании с парентеральными антикоагулянтами и блокатором P2Y12 рецептора тромбоцитов.</p>

	Д) Ацетилсалициловой кислоты в сочетании с антагонистами витамина К и парентеральными антикоагулянтами.
328.	КРИТЕРИЕМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ПОСЛЕ ИНДУКЦИИ АРАХИДОНОВОЙ КИСЛОТОЙ: А) 10% и более. Б) 20% и более. В) 30% и более. Г) 40% и более. Д) 50% и более.
329.	ДЛЯ ОЦЕНКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФП ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ: А) SCORE. Б) HAS-BLED. В) CHADS2. Г) CHA2DS2-VASc. Д) GRACE.
330.	Комбинация ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем у пациентов с ФП может применяться: А) Как альтернатива варфарину на усмотрение врача. Б) Как альтернатива «новым» оральным антикоагулянтам на усмотрение врача. В) Если пациент отказывается от приема любых антикоагулянтов и имеет низкий риск развития кровотечений. Г) Если пациент имеет высокий риск кровотечений. Д) Если пациент не может контролировать МНО.
331.	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИСТЕМНОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ: А) Варфарин. Б) Дабигатран этексилат. В) Ривароксабан. Г) Апиксабан. Д) Эдоксабан.
332.	ИЗ ВСЕХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЭЛИМИНИРУЕТСЯ ПОЧКАМИ: А) Варфарин. Б) Дабигатран этексилат. В) Ривароксабан. Г) Апиксабан. Д) Эдоксабан.
333.	ТРЕБУЕТ ПОДБОРА ДОЗЫ И КОНТРОЛЬ МНО ОРАЛЬНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ: А) Варфарин. Б) Дабигатран этексилат. В) Ривароксабан. Г) Апиксабан.

	Д) Эдоксабан.
334.	<p>НЕКРОЗЫ КОЖИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПРИЕМА ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ НПР ПРИ ПРИМЕНЕНИИ:</p> <p>А) Эноксапарина натрия.  Б) Фондапаринукса натрия.  В) Варфарина.  Г) Дабигатрана этексилата.  Д) Апиксабана.</p>
335.	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНТИКОАГУЛЯНТОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЯМИ (ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН ИЛИ ЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ) МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ:</p> <p>А) Дабигатран этексилат.  Б) Варфарин.  В) Ривароксабан.  Г) Апиксабан.  Д) Эдоксабан.</p>
336.	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЧАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ПРИМЕНЯЕТСЯ СХЕМА:</p> <p>А) 80 Ед/кг болюсом, затем инфузия со скоростью 18 Ед/кг/ч.  Б) 40 Ед/кг болюсом, затем инфузия со скоростью 16 Ед/кг/ч.  В) 20 Ед/кг болюсом, затем инфузия со скоростью 12 Ед/кг/ч.  Г) 20 Ед/кг болюсом, затем инфузия со скоростью 12 Ед/кг/ч.  Д) 10 Ед/кг болюсом, затем инфузия со скоростью 12 Ед/кг/ч.</p>
337.	<p>РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА У БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ВКЛЮЧАЕТ ЕГО ВВЕДЕНИЕ:</p> <p>А) Болюсом внутривенно 60 Ед/кг (максимально 4000 Ед) с последующей инфузией со скоростью 12 Ед/кг/ч (максимально 1000 Ед/ч).  Б) Болюсом внутривенно 100 Ед/кг (максимально 10 000 Ед) с последующей инфузией со скоростью 20 Ед/кг/ч (максимально 4000 Ед/ч).  В) Болюсом внутривенно по 60–70 Ед/кг (максимально 5000 Ед) с последующим подкожным введением по 5000 Ед 4 раза/сут.  Г) Болюсом внутривенно по 90–100 Ед/кг (максимально 10 000 Ед) с последующим подкожным введением по 15 000 Ед 4 раза/сут.  Д) Болюсом внутривенно по 90–100 Ед/кг (максимально 15 000 Ед) с последующим подкожным введением по 5000 Ед 4 раза/сут.</p>
338.	<p>ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БОЛЕЕ ВЫСОКИХ ДОЗ (200–400 ЕД/КГ) ГЕПАРИНА НАТРИЯ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ, ЕГО ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ:</p> <p>А) МНО.  Б) Активированного времени свертывания.  В) Времени кровотечения.  Г) Активированного частичного тромбопластинового времени.  Д) Протромбинового времени.</p>
339.	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДИАПАЗОН АКТИВИРОВАННОГО ЧАСТИЧНОГО

	<p>ТРОМБОПЛАСТИНОВОГО ВРЕМЕНИ:</p> <p>А) Должен быть единым для всех медицинских учреждений во всех странах мира.</p> <p>Б) Принимается для каждого лечебного учреждения в зависимости от чувствительности реактивов и коагулометра.</p> <p>В) Принимается единым для каждой страны.</p> <p>Г) Зависит от времени года.</p> <p>Д) Зависит от географического региона проживания.</p>
340.	<p>ХАРАКТЕРНОЙ НПР ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФОНДАПАРИНУКСА НАТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) Некроз кожи.</p> <p>Б) Тромбоцитопения.</p> <p>В) Остеопороз.</p> <p>Г) АГ.</p> <p>Д) Кровотечение.</p>
341.	<p>К СПЕЦИФИЧЕСКИМ АНТИДОТАМ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ОТНОСЯТ:</p> <p>А) Свежезамороженную плазму.</p> <p>Б) Тромбоцитарную массу.</p> <p>В) Протамина сульфат.</p> <p>Г) Витамин К.</p> <p>Д) Активированный концентрат протромбинового комплекса.</p>
342.	<p>ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ 5000 ЕД НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ТРЕБУЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРОТАМИНА СУЛЬФАТА В КОЛИЧЕСТВЕ:</p> <p>А) 1 МГ.</p> <p>Б) 5 мг.</p> <p>В) 15 мг.</p> <p>Г) 50 мг.</p> <p>Д) 250 мг.</p>
343.	<p>У БОЛЬНОГО РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ НА ФОНЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ГЕПАРИНА НАТРИЯ СО СКОРОСТЬЮ 1250 ЕД/Ч, КОТОРОЕ БЫЛО ПРЕКРАЩЕНО 2 ЧАСА НАЗАД) ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ГЕПАРИНА НАТРИЯ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 60 МИНУТ. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ действия гепарина натрия необходимо ввести дозу протамина сульфата, составляющую:</p> <p>А) 10 мг.</p> <p>Б) 20 мг.</p> <p>В) 30 мг.</p> <p>Г) 40 мг.</p> <p>Д) 50 мг.</p>
344.	<p>БИОДОСТУПНОСТЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА ПОСЛЕ ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А) Около 10%.</p> <p>А) Около 30%.</p> <p>Б) Около 50%.</p> <p>В) Около 70%.</p>

	Г) Около 90%. Д) 100%.
345.	ВРЕМЯ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА: А) Не зависит от дозы препарата, вводимой подкожно. Б) Зависит от дозы препарата, вводимой подкожно, при использовании низких доз. В) Зависит от дозы препарата, вводимой подкожно, при использовании высоких доз. Г) Зависит от дозы препарата, вводимой подкожно, при использовании средних доз. Д) Зависит от дозы препарата, вводимой подкожно, при использовании любых доз.
346.	ПОСЛЕ ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА МАКСИМУМ АНТИ-ХА-АКТИВНОСТИ ДОСТИГАЕТСЯ ЧЕРЕЗ: А) 30–60 минут. Б) 1–2 часа. В) 2–3 часа. Г) 3–5 часов. Д) 5–7 часов.
347.	В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ ЗА ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ: А) Анти-Ха-активности. Б) МНО. В) Времени свертывания. Г) Протромбинового времени. Д) Активированного частичного тромбопластинового времени.
348.	ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭНОКСАПАРИНА НАТРИЯ 2 РАЗА/СУТ С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИЕМЛЕМЫМ СЧИТАЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АНТИ-ХА-АКТИВНОСТИ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ: А) 0,2–0,4 ед/мл. Б) 0,6–1,0 ед/мл. В) 1,0–2,0 ед/мл. Г) 3,0–4,0 ед/мл. Д) 4,0–5,0 ед/мл.
349.	ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДАЛТЕПАРИНА НАТРИЯ 1 РАЗ/СУТ СЧИТАЕТСЯ ПРИЕМЛЕМОЙ МАКСИМАЛЬНАЯ АНТИ-ХА-АКТИВНОСТЬ, СОСТАВЛЯЮЩАЯ: А) 0,05 ед/мл. Б) 1,05 ед/мл. В) 2,05 ед/мл. Г) 3,05 ед/мл. Д) 4,05 ед/мл.
350.	В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ У БОЛЬНЫХ С

	<p>ТЯЖЕЛОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ &lt;30 МЛ/МИН) МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ ОБОСНОВАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕ:</p> <p>А) Антагонистов витамина К.  Б) Низкомолекулярного гепарина в стандартной дозе.  В) Дабигатрана этексилата 75 мг 2 раза/сут.  Г) Нефракционированного гепарина.  Д) Дабигатрана этексилата 110 мг 2 раза/сут.</p>
351.	<p>ПРИ СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ДО 30 МЛ/МИН ДОЗА РИВАРОКСАБАНА ДОЛЖНА БЫТЬ:</p> <p>А) 20 мг 1 раз/сут.  Б) 15 мг 1 раз/сут.  В) 5 мг 2 раза/сут.  Г) 2,5 мг 2 раза/сут.  Д) 2,5 мг 1 раз/сут.</p>
352.	<p>У БОЛЬНЫХ С КЛИРЕНСОМ КРЕАТИНИНА 60 МЛ/МИН ИЛИ МЕНЕЕ, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЮТ НПОАК, ФУНКЦИЮ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОЦЕНИВАТЬ:</p> <p>А) 1 раз в 2 года.  Б) 1 раз в год.  В) 1 раз в 6 месяцев.  Г) 1 раз в 3 месяца.  Д) 1 раз в 1 месяц.</p>
353.	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСТРАНЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ГЕПАРИНА НАТРИЯ С ПОМОЩЬЮ ВВЕДЕНИЯ ПРОТАМИНА СУЛЬФАТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:</p> <p>А) Протромбиновое время.  Б) Время кровотечения.  В) МНО.  Г) Время свертывания крови.  Д) Активированное частичное тромбопластиновое время.</p>
354.	<p>ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С НЕБОЛЬШИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК РЕКОМЕНДУЮТ ПРЕКРАЩАТЬ ПРИЕМ НПОАК:</p> <p>А) За 2 часа до выполнения планового вмешательства.  Б) За 6 часов до выполнения планового вмешательства.  В) За 12 часов до выполнения планового вмешательства.  Г) За 24 часа до выполнения планового вмешательства.  Д) За 48 часов до выполнения планового вмешательства.</p>
355.	<p>РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ПРОДОЛЖЕНИИ ПРИЕМА ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЗАВИСИТ:</p> <p>А) От пола больного.  Б) От возраста больного.  В) От расовой принадлежности.  Г) От размера инфаркта мозга.  Д) От функции почек.</p>
356.	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ФП</p>

	<p>РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ШКалу:</p> <p>А) GRACE.  Б) CHA2DS2-VASc.  В) HAS-BLED.  Г) SCORE.  Д) CHADS2.</p>
357.	<p>ТРЕБУЕТ ПОДБОРА ДОЗЫ И КОНТРОЛЯ МНО ОРАЛЬНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ:</p> <p>А) Варфарин.  Б) Дабигатран этексилат.  В) Ривароксабан.  Г) Апиксабан.  Д) Эдоксабан.</p>
358.	<p>НЕКРОЗЫ КОЖИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПРИЕМА ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ НПР ПРИ ПРИМЕНЕНИИ:</p> <p>А) Эноксапарина натрия.  Б) Фондапаринукса натрия.  В) Варфарина.  Г) Дабигатрана этексилата.  Д) Апиксабана.</p>
359.	<p>ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ БИВАЛИРУДИНА ПО СРАВНЕНИЮ С ГЕПАРИНОМ НАТРИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:</p> <p>А) Менее частом развитии тромбоза стента.  Б) Менее частом развитии кровотечений.  В) Менее частом развитии тромбозэмболических осложнений.  Г) Менее частом развитии повторного инфаркта миокарда.  Д) Менее частом развитии сердечной недостаточности.</p>
360.	<p>ПРИ ПРИЕМЕ НОВЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА В КРОВИ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ:</p> <p>А) Развитии угрожающего жизни кровотечения.  Б) Развитии инсульта или эмболии в сосуды большого круга кровообращения.  В) У больных старше 75 лет.  Г) При нарушении функции почек.  Д) При нарушении функции печени.</p>
361.	<p>КОМБИНАЦИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ С КЛОПИДОГРЕЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С ФП МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ:</p> <p>А) Как альтернатива варфарину на усмотрение врача.  Б) Как альтернатива «новым» оральным антикоагулянтам на усмотрение врача.  В) Если пациент отказывается от приема любых антикоагулянтов и имеет низкий риск развития кровотечений.  Г) Если пациент имеет высокий риск кровотечений.  Д) Если пациент не может контролировать МНО.</p>
362.	<p>ДИУРЕТИК С НАИБОЛЬШЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЯ, БИОДОСТУПНОСТЬ КОТОРОГО НЕ ЗАВИСИТ ОТ ПРИЕМА ПИЩИ:</p>

	<p>А) Фуросемид.  Б) Буметанид.  В) Этакриновая кислота.  Г) Торасемид.  Д) Гидрохлортиазид.</p>
363.	<p>ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СПИРОНОЛАКТОНА:  А) Острая левожелудочковая недостаточность.  Б) Лечение АГ.  В) Нефротический синдром.  Г) Лечение ХСН.  Д) Гиперкалиемия.</p>
364.	<p>НПР СПИРОНОЛАКТОНА СО СТОРОНЫ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА:  А) Вызывает гипокалиемию.  Б) Вызывает гипомагниемию.  В) Увеличивает содержание кальция.  Г) Гиперкалиемия.  Д) Нарушение толерантности к глюкозе.</p>
365.	<p>ВЫБРАТЬ ПРЕПАРАТЫ, БЛОКИРУЮЩИЕ РЕАБСОРБЦИЮ НАТРИЯ В КОРТИКАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ПЕТЛИ ГЕНЛЕ И В НАЧАЛЬНОЙ ЧАСТИ ДИСТАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ:  А) Тиазидные диуретики.  Б) Ингибиторы карбоангидразы.  В) Петлевые диуретики.  Г) Калийсберегающие диуретики.  Д) Комбинированные диуретики.</p>
366.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭПЛЕРЕНОНА В ДОЗЕ 25–50 МГ/СУТ ЯВЛЯЕТСЯ:  А) Дисфункция ЛЖ (ФВ ЛЖ менее 40%) после перенесенного ОИМ.  Б) ХСН со II ФК.  В) Острая декомпенсация кровообращения.  Г) ХСН II–III ФК (ФВ больше 40%).  Д) Выраженная ХСН III–IV ФК.</p>
367.	<p>ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДИГОКСИНА С ВЕРАПАМИЛОМ ПРИВОДИТ К:  А) Усилению положительного инотропного действия.  Б) Усилению атриовентрикулярной проводимости.  В) Усилению отрицательного хронотропного действия.  Г) Повышению возбудимости миокарда.  Д) Развитию брадикардии и атриовентрикулярной блокаде.</p>
368.	<p>ВЫБРАТЬ ДОЗУ ЛОЗАРТАНА, ПРИ КОТОРОЙ ДОСТОВЕРНО СНИЖАЕТСЯ РИСК СМЕРТИ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХСН:  А) 50 мг/сут.  Б) 75 мг/сут.  В) 100 мг/сут.  Г) 125 мг/сут.  Д) 150 мг/сут.</p>
369.	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХСН С ФВ ЛЖ&lt;40%, СИНУСОВЫМ РИТМОМ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ТРОМБОВ В ПОЛОСТИ СЕРДЦА – ПОКАЗАНО:</p>



	<p>А) Применение варфарина.  Б) Применение «новых» оральных антикоагулянтов.  В) Назначение пациентам старше 70 лет.  Г) Не показано применение варфарина.  Д) Применение антиагрегантов.</p>
370.	<p>КАКИЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ ФП У БОЛЬНЫХ С УХУДШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК (СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МЕНЕЕ 30 МЛ/МИН):  А) Дабигатран этексилат 110 мг 2 раза/сут.  Б) Ривароксабан 20 мг 1 раз/сут.  В) Апиксабан 2,5 мг 2 раза/сут.  Г) Апиксабан 5 мг 2 раза/сут.  Д) Дабигатран этексилат 150 мг 2 раза/сут.</p>
371.	<p>МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МЕТИЛДОПЫ ОБУСЛОВЛЕН:  А) Блокадой центральных имидазолиновых рецепторов.  Б) Блокадой <math>\alpha 2</math>-адренорецепторов в области ядра солитарного тракта с последующим угнетением симпатической импульсации продолговатого мозга.  В) Стимуляцией <math>\alpha 2</math>-адренорецепторов в области ядра солитарного тракта с последующим угнетением симпатической импульсации продолговатого мозга.  Г) Блокадой периферических <math>\beta 1</math>-адренорецепторов.  Д) Блокадой периферических <math>\beta 2</math>-адренорецепторов.</p>
372.	<p>БРА ОТНОСЯТ К:  А) Противоишемическим средствам.  Б) Дополнительным антигипертензивным средствам.  В) Основным антигипертензивным средствам.  Г) Гиполипидемическим средствам.  Д) Средствам для лечения гипертонических кризов.</p>
373.	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АГ СЧИТАЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ:  А) Антагонистов кальция и диуретиков.  Б) иАПФ и антагонистов кальция.  В) БРА и диуретиков.  Г) <math>\beta</math>-блокатора + иАПФ.  Д) иАПФ и БРА.</p>
374.	<p>НАИБОЛЬШЕЕ СРОДСТВО К РЕЦЕПТОРАМ АНГИОТЕНЗИНА II I ТИПА ИМЕЕТ?  А) Лозартан.  Б) Кандесартан.  В) Валсартан.  Г) Ирбесартан.  Д) Эпросартан.</p>
375.	<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ССЗ:  А) БРА более эффективны по сравнению с иАПФ.  Б) БРА не менее эффективны, чем иАПФ.  В) БРА равны по эффективности иАПФ.  Г) БРА менее эффективны по сравнению с иАПФ.</p>

	Д) иАПФ не менее эффективны, чем БРА.
376.	БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИЕМА АМЛОДИПИНА ПО СРАВНЕНИЮ С АТЕНОЛОЛОМ БЫЛА ДОКАЗАНА В ИССЛЕДОВАНИИ: А) LIFE. Б) ASCOT. В) PROGRESS. Г) ONTARGET. Д) ALOFT.
377.	У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ АГ С УРОВНЕМ АД 150/90 ММ РТ. СТ. И ПОДАГРА) РАННЕЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ НЕ ПРИНИМАЛ. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ, МОЖНО СЧИТАТЬ: А) Гидрохлоротиазид. Б) Индапамид. В) Эпросартан. Г) Валсартан Д) Лозартан.
378.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БОЛЬНЫХ С ХСН И СНИЖЕНИЕМ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА МЕНЕЕ 40% ПРОТИВОПОКАЗАНЫ? А) Бисопролол. Б) Карведилол. В) Верапамил. Г) Амлодипин. Д) Фелодипин.
379.	ЦЕЛЕВАЯ ДОЗА КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ ДОСТИГАЕТ: А) 6,25 мг каждые 12 часов. Б) 12,5 мг каждые 12 часов. В) 25 мг каждые 12 часов. Г) 50 мг каждые 12 часов. Д) 100 мг каждые 12 часов.
380.	ПОСЛЕ ПРИЕМА КАРВЕДИЛОЛА ЕГО АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ НАЧИНАЕТСЯ ЧЕРЕЗ: А) 30 минут. Б) 1 час. В) 2 часа. Г) 3 часа. Д) 4 часа.
381.	МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АМЛОДИПИНА ДОСТИГАЕТ: А) 2,5 мг. Б) 5 мг. В) 10 мг. Г) 20 мг. Д) 40 мг.
382.	К КЛАССУ ПРЯМЫХ ИНГИБИТОРОВ РЕНИНА ОТНОСИТСЯ: А) Валсартан. Б) Молсидомин. В) Моксонидин.

	Г) Олмесартан медоксомил. Д) Алискирен.
383.	У БОЛЬНОГО С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ ОПАСНОЙ СЧИТАЕТСЯ СКОРОСТЬ СНИЖЕНИЯ АД, СОСТАВЛЯЮЩАЯ: А) 10 мм рт. ст. в течение 1 часа. Б) 20 мм рт. ст. в течение 1 часа. В) 30 мм рт. ст. в течение 1 часа. Г) 40 мм рт. ст. в течение 1 часа. Д) 50 мм рт. ст. в течение 1 часа.
384.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИЕМА АМЛОДИПИНА СОСТОИТ В РАЗВИТИИ: А) Сердцебиения. Б) Кожной сыпи. В) Запоров. Г) Периферических отеков. Д) Одышки.
385.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ НПР ПРИ ПРИЕМЕ ВЕРАПАМИЛА СОСТОИТ В РАЗВИТИИ: А) Кашля. В) Периферических отеков. Г) Запоров. Д) Поноса. Е. Учащенного мочеиспускания.
386.	СРЕДИ УКАЗАННЫХ БРА НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ: А) Лозартан. Б) Кандесартан. В) Валсартан. Г) Ирбесартан. Д) Эпросартан.
387.	У БОЛЬНЫХ С ОКС ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ: А) До 2 месяцев. Б) До 15 месяцев. В) До 24 месяцев. Г) До 6 месяцев. Д) До 3 месяцев.
388.	ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС И ФП ПОДРАЗУМЕВАЕТ: А) Назначение ацетилсалициловой кислоты в сочетании с блокатором P2Y12 рецептора тромбоцитов и пероральными антикоагулянтами. Б) Назначение ацетилсалициловой кислоты в сочетании с антагонистами витамина К и НПОАК. В) Назначение антагонистов витамина К в сочетании с НПОАК и блокатором P2Y12 рецептора тромбоцитов.

	<p>Г) Назначение антагонистов витамина К в сочетании с парентеральными антикоагулянтами и блокатором P2Y12 рецептора тромбоцитов.</p> <p>Д) Назначение ацетилсалициловой кислоты в сочетании с антагонистами витамина К и парентеральными антикоагулянтами.</p>
389.	<p>К <math>\beta</math>-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ С ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А) Метопролол.  Б) Пропранолол.  В) Бисопролол.  Г) Карведилол.  Д) Пиндолол.</p>
390.	<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИСТЕМНОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:</p> <p>А) Варфарин.  Б) Дабигатран этексилат.  В) Ривароксабан.  Г) Апиксабан.  Д) Тикагрелор.</p>
391.	<p>УРЕЖЕНИЕ ЧСС ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ФП ПРИ НАЛИЧИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ:</p> <p>А) Дигоксин.  Б) Пропранолол.  В) Метопролол.  Г) Верапамил.  Д) Прокаинамид.</p>
392.	<p>МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВЕРСИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДАВНО РАЗВИВШЕЙСЯ ФП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ОРГАНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА:</p> <p>А) Прокаинамид.  Б) Амiodарон.  В) Пропафенон.  Г) Верапамил.  Д) Пропранолол.</p>
393.	<p>ШКАЛА CHA2DS2-VASc ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ:</p> <p>А) Оценки риска системных эмболий у пациентов с ФП и целесообразности использования оральных антикоагулянтов.  Б) Оценки риска кровотечений у пациентов с ФП, принимающих оральные антикоагулянты.  В) Оценки риска развития амиодаронового поражения легких у пациентов с ФП.  Д) Оценки риска декомпенсации сердечной недостаточности у пациентов с ФП.</p>
394.	<p>У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А) &lt;1,0 ммоль/л.</p>

	<p>Б) &lt;1,8 ммоль/л.  В) &lt;2,5 ммоль/л.  Г) &lt;3,0 ммоль/л.  Д) &lt;3,5 ммоль/л.</p>
395.	<p>У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ УМЕРЕННОГО РИСКА ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ:  А) &lt;1,0 ммоль/л.  Б) &lt;1,8 ммоль/л.  В) &lt;2,5 ммоль/л.  Г) &lt;3,0 ммоль/л.  Д) &lt;3,5 ммоль/л.</p>
396.	<p>ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ СТАТИНОВ И АНТИКОАГУЛЯНТОВ ИЗ ГРУППЫ АНТАГОНИСТОВ ВИТАМИНА К ПРИВОДИТ К:  А) Повышению риска кровотечений.  Б) Снижению эффективности действия антагонистов витамина К.  В) Повышению риска развития рабдомиолиза.  Г) Снижению эффективности статинов.  Д) Повышению эффективности статинов.</p>
397.	<p>К ИНГИБИТОРАМ ФЕРМЕНТА ГМГ-КоА РЕДУКТАЗЫ ОТНОСЯТСЯ:  А) Антиагреганты.  Б) Никотиновая кислота.  В) Фибраты.  Г) Статины.  Д) Омега-3-жирные кислоты.</p>
398.	<p>ГИДРОФИЛЬНЫМ ИНГИБИТОРОМ ФЕРМЕНТА ГМГ-КоА РЕДУКТАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:  А) Ловастатин.  Б) Симвастатин.  В) Правастатин.  Г) Аторвастатин.  Д) Флувастатин.</p>
399.	<p>169. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЧЬ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ХС ЛПНП МОНОТЕРАПИЕЙ СТАТИНАМИ К ЛЕЧЕНИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОБАВИТЬ:  А) Антиагреганты.  Б) Флавоноиды расторопши.  В) Ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике.  Г) Фибраты.  Д) Эссенциальные фосфолипиды.</p>
400.	<p>ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ СТАТИНЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ:  А) Всем больным с ИБС.  Б) Только больным с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда.  В) Только больным с ИБС, перенесшим ишемический инсульт.  Г) Только больным с ИБС и гиперлипидемией.  Д) Только больным с ИБС с сопутствующим СД.</p>
401.	<p>ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СТАТИНОВ ПРИ ОКС ЦЕЛЕВЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ</p>

	<p>ХС ЛНП ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) Менее 1 ммоль/л.  Б) Менее 1,6 ммоль/л.  В) Менее 1,8 ммоль/л.  Г) Менее 2 ммоль/л.  Д) Менее 2,5 ммоль/л.</p>
402.	<p>ВЫПУСКАЕТСЯ ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ ЭЗЕТИМИБА С:</p> <p>А) Ловастатином.  Б) Симвастатином.  В) Аторвастатином.  Г) Розувастатином.  Д) Флувастатином.</p>
403.	<p>ОТМЕНУ СТАТИНОВ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВИТЬ ПРИ УСЛОВИИ:</p> <p>А) Увеличения креатинфосфокиназы (КФК) более 2 «норм».  Б) Увеличения КФК более 3 «норм».  В) Увеличения КФК более 4 «норм».  Г) Увеличения КФК более 5 «норм».  Д) Любого увеличения КФК.</p>
404.	<p>ПРИ ОКС НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ АТОРВАСТАТИНА:</p> <p>А) В любой дозе.  Б) В дозе 10 мг/сут.  В) В дозе 20 мг/сут.  Г) В дозе 40 мг/сут.  Д) В дозе 80 мг/сут.</p>
405.	<p>НЕ ПОДВЕРГАЕТСЯ БИОТРАНСФОРМАЦИИ В ПЕЧЕНИ И ВЫВОДИТСЯ ЖЕЛЧЬЮ В НЕИЗМЕНЕННОМ ВИДЕ:</p> <p>А) Аторвастатин.  Б) Симвастатин.  В) Розувастатин.  Г) Флувастатин.  Д) Правастатин.</p>
406.	<p>УВЕЛИЧИВАЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ МИОПАТИИ ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ СТАТИНОВ С:</p> <p>А) Фибратами.  Б) Эзетимибом.  В) Никотиновой кислотой.  Г) Коэнзимом Q.  Д) Омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами.</p>
407.	<p>ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СНИЖАЮТ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ:</p> <p>А) Фибраты.  Б) Статины.  В) Эзетимиб.  Г) Никотиновая кислота.  Д) Эссенциальные фосфолипиды.</p>
408.	<p>ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА НЕОБХОДИМ СУБЛИНГВАЛЬНЫЙ ПРИЕМ:</p>

	<p>А. Триметазидина  Б. Нифедипина  В. Нитроглицерина  Г. Атенолола</p>
409.	<p>ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ АСПИРИНОВОГО ВАРИАНТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, В КАЧЕСТВЕ ДЕЗАГРЕГАНТА НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ:  А. Ибупрофен  Б. Клопидогрель  В. Кишечнорастворимую лекарственную форму ацетилсалициловой кислоты  Д. Дипиридомол</p>
410.	<p>ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ОРГАНИЧЕСКИМ НИТРАТАМ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ:  А. Мази, содержащей нитроглицерин  Б. Трансдермальной системы нитроглицерина  Г. Препаратов изосорбида динитрата  Д. Препаратов изосорбида моонитрата</p>
411.	<p>НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ГРУППОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ, ЯВЛЯЮТСЯ:  А. Антиагреганты  Б. Высокмолекулярный гепарин  В. Непрямые антикоагулянты  Г. Фибринолитики</p>
412.	<p>ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:  А. Подавление воспаления в атеросклеротической бляшке  Б. Профилактика инфаркта миокарда  В. Профилактика ангинозных приступов  Г. Устранение эндотелиальной дисфункции  Д. Угнетение окисления атерогенных липопротеидов</p>
413.	<p>АГРАНУЛОЦИТОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНОЙ НПР ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНАЛЬГЕТИКОВ ИЗ ГРУППЫ:  А) Производных уксусной кислоты.  Б) Селективных ингибиторов ЦОГ-2.  В) Производных пиразолона.  Г) Производных пропионовой кислоты.  Д) Производных анилина.</p>
414.	<p>ИЗ ВСЕХ НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:  А) Лорноксикам.  Б) Парацетамол.  В) Кетопрофен.  Г) Кеторолак.</p>

	Д) Диклофенак.
415.	<p>МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ И МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ СООТВЕТСТВЕННО:</p> <p>А) 500 и 2000 мг.  Б) 1 000 и 2000 мг.  В) 1 000 и 3000 мг.  Г) 1000 и 4000 мг.  Д) 1500 и 3000 мг.</p>
416.	<p>ОСНОВНЫМ ИЗОФЕРМЕНТОМ ЦИТОХРОМА P450, ПРЕВРАЩАЮЩИМ ПАРАЦЕТАМОЛ В ГЕПАТОТОКСИЧНЫЙ МЕТАБОЛИТ N-АЦЕТИЛБЕНЗОХИНОНИМИН, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) CYP1A2.  Б) CYP2C9.  В) CYP2C19.  Г) CYP2E1.  Д) CYP3A4.</p>
417.	<p>ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖКТ НПВП ДОЛЖНЫ СОЧЕТАТЬСЯ С:</p> <p>А) БЛОКАТОРАМИ H2-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ.  Б) ИПП.  В) Блокаторами M-холинорецепторов.  Г) Антацидами.  Д) Препаратами висмута.</p>
418.	<p>ИМЕЕТ ВТОРОЙ – НЕОПИОИДНЫЙ МЕХАНИЗМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В ВИДЕ УГНЕТЕНИЯ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА НОРАДРЕНАЛИНА И СЕРОТОНИНА В СТРУКТУРАХ ЦНС:</p> <p>А) Морфин.  Б) Трамадол.  В) Буторфанол.  Г) Бупренорфин.  Д) Налбуфин.</p>
419.	<p>МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬ АКТИВИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА СИСТЕМУ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВИДЕ ПОВЫШЕНИЯ АД, ВКЛЮЧАЯ ЛЕГОЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ:</p> <p>А) Морфин.  Б) Трамадол.  В) Буторфанол.  Г) Бупренорфин.  Д) Налбуфин.</p>
420.	ПОВТОРНЫЕ ДОЗЫ НАЛОКСОНА, В НЕСКОЛЬКО РАЗ



	<p>ПРЕВЫШАЮЩИЕ ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЕМЫЕ (ДО 2–4 МГ), МОГУТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ:</p> <p>А) Морфина.  Б) Трамадола.  В) Буторфанола.  Г) Бупренорфина.  Д) Налбуфина.</p>
421.	<p>НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ НПВП В ПЛАНЕ РАЗВИТИЯ ЛЮБОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ (ЖЕЛУДОК, 12-ПЕРСТНАЯ КИШКА) И НИЖЕЛЕЖАЩИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ (ТОНКАЯ КИШКА) ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) Ибупрофен.  Б) Ацеклофенак.  В) Целекоксиб.  Г) Лорноксикам.  Д) Индометацин.</p>
422.	<p>СРЕДИ НПВП – НЕСЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦОГ НАИМЕНЬШИЙ РИСК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ДИСПЕПСИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:</p> <p>А) Ибупрофена.  Б) Нимесулида.  В) Диклофенака.  Г) Кеторолак.  Д) Ацеклофенака.</p>

423. Абсолютное противопоказание к применению нитратов
- А) нестабильная стенокардия  
Б) стенокардия напряжения  
В) острый инфаркт миокарда правого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения  
Г) острый инфаркт миокарда левого желудочка, гипертоническая болезнь  
Д) недостаточность кровообращения 2-й степени
424. Ивабрадин действует на
- А) дофамино-ренорецепторы  
А)  $\beta$ -адренорецепторы  
В) имидазолиновые рецепторы  
Г)  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторы  
Д) If каналы синусового узла
425. Препарат, снижающий токсичность дигитоксина при совместном применении
- А) гипотиазид  
Б) преднизолон  
В) амфотерицин Б  
Г) альмагель

426. Укажите группу антиаритмических средств, оказывающих антифибрилляторное действие:
- А) сердечные гликозиды;
  - Б) антагонисты кальция (IV группа);
  - В) этmozин и другие препараты Ib группы;
  - Г) амиодарон, бретилия тозилат (III группа);
  - Д) хинидин, прокаинамид и другие препараты Ia группы.
427. Укажите препарат, которому свойственен антиаритмический эффект:
- А) аймалин;
  - Б) мексилетин;
  - В) пропафенон;
  - Г) пропранолол;
  - Д) все перечисленные.
428. К кардиальным побочным эффектам амиодарона относятся:
- А) проаритмии;
  - Б) симптоматические брадиаритмии;
  - В) гипотония;
  - Г) усугубление недостаточности кровообращения;
  - Д) всё вышеперечисленное.
429. Результатом взаимодействия бета-а.б. с амиодароном и антиаритмиками 1 класса является:
- А) Ингибирование CYP 3A4
  - Б) Аддитивное угнетающее действие
  - В) Синергизм за счет дополнительной блокады K, Ca, Na каналов
  - Г) Уменьшение биодоступности БМКК за счет индукции CYP 3A4
  - Д) Ингибирование P-gp
430. Результатом взаимодействия амиодарона с непрямыми антикоагулянтами является:
- А) Ингибирование CYP 3A4
  - Б) Аддитивное угнетающее действие
  - В) Синергизм за счет дополнительной блокады K, Ca, Na каналов
  - Г) Уменьшение биодоступности БМКК за счет индукции CYP 3A4
  - Д) Ингибирование CYP 2C9
431. Метаболизирующим изоферментом цитохрома P450 пропафенона является:
- А) CYP 3A4
  - Б) CYP 2C9
  - В) CYP 2C19

- Г) СYP 1A2
- Д) СYP 2D6

432. Метаболизирующим изоферментом цитохрома P450 амиодарона является:  
А) СYP 3A4  
Б) СYP 2C9  
В) СYP 2C19  
Г) СYP 1A2  
Д) СYP 2D6

433. Укажите наиболее эффективный и безопасный препарат, применяющийся для лечения желудочковых аритмий при дигиталисной интоксикации  
А) хинидин  
Б) этазизин  
В) дифенин  
Г) верапамил

434. Правильным утверждением по тактике применения антиаритмических средств являются следующие:  
А) Изоптин противопоказан для купирования фибрилляции предсердий при синдроме  
Б) Этазизин показан у больных с желудочковой экстрасистолией в первый год после инфаркта миокарда  
В) Дифенин нельзя применять для профилактики нарушений ритма у больных с врождённым удлинением интервала QT  
Г) АТФ-препарат выбора для купирования желудочковой тахикардии  
Д) Аймалин эффективнее изоптина при купировании суправентрикулярной тахикардии

435. ПОСЛЕДСТВИЯ ВВЕДЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ВО ВРЕМЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- а) потеря слуха
- б) поражение кожных покровов
- в) гипотрофия плаценты и плода
- г) преждевременное закрытие Боталлова протока
- д) геморрагический синдром

436. ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ТИПА "ПИРУЭТ" ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ  
ПРИЁМА

- а) верапамила
- б) лидокаина
- в) магния сульфата

- г) хинидина
- д) пропafenона

437. Обычной формой высвобождения лекарственного вещества характеризуется:
- А) нитронг
  - Б) сустак-мите
  - В) нитросорбид
  - Г) нифедипин-GITS
  - Д) верапамил SR
438. Для предотвращения развития толерантности при регулярном применении нитровазодилатора безнитратный интервал должен составлять:
- А) 2–4 часа
  - Б) 4–6 часов
  - В) 6–8 часов
  - Г) 8–12 часов
439. У больного стенокардией в сочетании с артериальной гипертонией имеют преимущество препараты:
- А) нитровазодилаторы
  - Б) блокаторы  $\beta$ -адренорецепторов
  - В) блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов
  - Г) агонисты имидазолиновых рецепторов
  - Д) блокаторы рецепторов ангиотензина II
440. При вазоспастической стенокардии препаратами выбора являются препараты следующего класса:
- А) блокаторы гистаминовых рецепторов
  - Б) блокаторы  $\beta$ -адренорецепторов
  - В) блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов
  - Г) блокаторы медленных кальциевых каналов
  - Д) блокаторы рецепторов ангиотензина II
441. Для лечения артериальной гипертензии препаратом первого выбора у больного хронической сердечной недостаточностью является:
- А) эналаприл
  - Б) верапамил
  - В) клофелин
  - Г) празозин
  - Д) нифедипин

442. При артериальной гипертонии в сочетании с синусовой тахикардией предпочтение следует отдать:
- А) антагонистам кальция дигидропиридинового ряда
  - Б) петлевым диуретикам
  - В)  $\beta$ -адреноблокаторам
  - Г)  $\alpha$ 1-адреноблокаторам
  - Д) тиазидным диуретикам
443. Пациентам с артериальной гипертензией и инфарктом миокарда в анамнезе в первую очередь следует назначить:
- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
  - Б) диуретики
  - В) антагонисты кальция
  - Г) агонисты имидазолиновых рецепторов
  - Д)  $\alpha$ 1-адреноблокаторы
444. Перечислите группы препаратов, улучшающих прогноз пациентов с ХСН:
- А) ингибиторы АПФ
  - А)  $\beta$ -блокаторы
  - В) антагонисты рецепторов к ангиотензину II
  - Г) спиронолактон
  - Д) все перечисленные препараты
445. Перечислите  $\beta$ -блокаторы, обладающие доказанной эффективностью в лечении пациентов с ХСН:
- А) атенолол
  - Б) пропранолол
  - В) карведилол
  - Г) соталол
  - Д) все перечисленные препараты
446. Показания для назначения амлодипина при ХСН:
- А) застойная сердечная недостаточность
  - Б) неконтролируемые цифры артериального давления
  - В) инфаркт миокарда в анамнезе
  - Г) нарушения ритма
  - Д) все перечисленные признаки
447. Эффекты ингибитора АПФ у пациентов с ХСН:
- А) влияние ингибитора АПФ на смертность зависит от продолжительности лечения
  - Б) снижение риска летального исхода более выражено у пациентов с более высоким ФК
  - В) наличие дозозависимого эффекта ингибитора АПФ у больных сердечной недостаточностью
  - Г) все перечисленные

448. К антикоагулянтам относят:  
А) далтепарин натрия и апротинин  
Б) стрептокиназа и варфарин  
В) варфарин и гепарин
449. Гепарин:  
А) является антикоагулянтом непрямого действия  
Б) инактивирует тромбин (фактор II свёртывания крови)  
В) повышает агрегацию тромбоцитов  
Г) эффективен при приёме внутрь  
Д) оказывает антикоагулянтное действие в течение 24 часов
450. Наибольший эффект двойной антиагрегантной терапии АСК+клопидогрел по сравнению с АСК+плацебо отмечается при лечении пациентов перенесших:  
А) ОКС с подъемом сегмента ST  
Б) ОКС без подъема сегмента ST  
В) Плановое ЧКВ  
Г) Ишемическом инсульте
451. При фибрилляции предсердий (ФП) показано:  
А) Сразу назначить апиксабан,  
Б) Оценить риск инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  
В) Сразу назначить варфарин  
Г) Немедленного госпитализировать пациента
452. Наибольший риск инсульта отмечается при:  
А) Постоянной форме ФП  
Б) Пароксизмальной форме ФП  
В) Персистирующей форме ФП  
Г) Частой желудочковой экстрасистолии
453. Какой фактор свертывания ингибирует Фондапаринукс?  
А)  
Б) II  
В) VII  
Г) IX

454. При изолированной систолической АГ рекомендованы:
- А) иАПФ
  - Б) Сартаны
  - В) Антагонисты кальция
  - Г) Бета-блокаторы
455. При сочетании АГ и микроальбуминурии наиболее эффективен:
- А) Валсартан
  - Б) Атенолол
  - В) Амлодипин
  - Г) Моксонидин
456. К петлевым диуретикам относится:
- А) Индапамид
  - Б) Эплеренон
  - В) Торасемид
  - Г) Ацетазоламид
457. Плейотропные эффекты иАПФ преимущественно реализуются благодаря:
- А) Прямому влиянию на тканевую РАС
  - Б) Прямому влиянию на циркулирующую РАС
  - В) Усилению синтеза брадикинина
  - Г) Ингибированию деградации брадикинина
458. ИАПФ не применяются у негроидной расы по причине:
- А) Высокой частоты побочных эффектов
  - Б) Низкой активности РАС
  - В) Большой эффективности сартанов
  - Г) Более высокой активностью метаболизма ИАПФ по сравнению с европеоидной расой
459. У пациентов с ХСН ивабрадин назначается при:
- А) ЧСС > 70
  - Б) ЧСС > 75
  - В) ЧСС > 80
  - Г) ЧСС > 85
460. Пациентам с ХСН наиболее рационально назначить
- А) Атенолол
  - Б) Пропранолол
  - В) Метопролол
  - Г) Эсмолол

461. Бета-адреноблокатор с  $\alpha_1$ -блокирующими свойствами:
- А) Надолол
  - Б) Атенолол
  - В) Метопролол
  - Г) Карведилол
462. Статины при ХСН:
- А) Благоприятно влияют на прогноз при ФВ<45%
  - Б) Назначаются всем пациентам с ХСН
  - В) Назначаются при ишемической этиологии ХСН
  - Г) Особенно эффективны у пациентов с фибрилляцией предсердий
463. Торасемид в отличие от фуросемида
- А) Чаще приводит к гипергликемии
  - Б) Мало влияет в уровень калия
  - В) Активирует симпатическую НС
  - Г) Повышает уровень мочевой кислоты
464. При одновременном применении ацетилсалициловой и аскорбиновой кислоты происходит:
- а) снижение клинической эффективности ацетилсалициловой кислоты
  - б) повышение концентрации ацетилсалициловой кислоты в плазме крови за счет снижения скорости ее выделения почками
  - в) повышение концентрации ацетилсалициловой кислоты за счет нарушения ее метаболизма в печени
  - г) снижение концентрации ацетилсалициловой кислоты за счет нарушения абсорбции в ЖКТ
465. При одновременном применении варфарина и препаратов ацетилсалициловой кислоты:
- а) повышается риск тромбоэмболических осложнений
  - б) значительно возрастает риск развития кровотечений
  - в) риск кровотечений не изменяется
  - г) возрастает риск развития пристеночного тромбоза в левом желудочке
466. Антикоагулянтный эффект при применении гепарина натрия:
- а) обусловлен снижением активности тромбина в присутствии антитромбина III
  - б) развивается через 48 часов после первого введения
  - в) снижен или не развивается у пациентов на фоне сахарного диабета
  - г) вызван снижением агрегации тромбоцитов



467. Выберите лекарственный препарат, который относится к группе тромболитических средств:
- а) гепарин натрия
  - б) клопидогрел
  - в) варфарин
  - г) тенектеплаза
468. Фраксипарин относится к классу:
- а) тромболитики
  - б) антиагреганты
  - в) антагонисты витамина К
  - г) низкомолекулярные гепарины
469. У пациентов, получающих варфарин для оценки выраженности антикоагулянтного эффекта следует контролировать:
- а) протромбиновое время
  - б) время кровотечения
  - в) активированное частичное тромбопластиновое время
  - г) МНО (международное нормализованное отношение)
470. При назначении какого из препаратов группы антикоагулянтов возможно проведение фармакогенетического тестирования:
- а) надропарин натрия
  - б) гепарин натрия
  - в) варфарин
  - г) эноксапарин натрия
471. Для нифедипина характерно:
- а) все ответы верны
  - б) увеличение сердечного выброса, снижение ЧСС
  - в) увеличение ЧСС, дилатация артериол
  - г) снижение ЧСС
472. Пролекарством является:
- а) каптоприл
  - б) клонидин
  - в) эналаприл
  - г) все ответы верны
473. Для препаратов группы иАПФ характерны следующие нежелательные явления:
- а) развитие сухого кашля
  - б) задержка  $\text{Na}^+$
  - в) ульцерогенное действие

г) все ответы верны

474. Наиболее быстро гипотензивный эффект развивается при применении сублингвально:

- а) нифедипина
- б) каптоприла
- в) клонидина
- г) атенолола

475. На фоне применения  $\beta$ -блокаторов происходит:

- а) снижение активности ренина плазмы
- б) блокада рецепторов к ангиотензину
- в) торможение сосудодвигательного центра
- г) блокада  $\alpha_1$ -рецепторов

476. При одновременном применении нифедипина и празозина происходит:

- а) повышение периферического сосудистого сопротивления
- б) задержка жидкости
- в) нарастание тахикардии
- г) все ответы верны

477. Выберите препарат применение, которого будет приводить к повышению концентрации дигоксина при их совместном применении:

- а) лозартан
- б) эналаприл
- в) верапамил
- г) гидрохлоротиазид

478. Феномен «первой волны» на фоне применения каптоприла проявляется:

- а) гипотонией
- б) повышением ЧСС
- в) возможным развитием аритмий
- г) временным повышением АД

479. Применение  $\beta$ -блокаторов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на фоне проводимой терапии гипогликемическими препаратами может приводить:

- а) к развитию тахиаритмий
- б) к снижению эффективности гипогликемических препаратов
- в) ко всем перечисленным состояниям
- г) к потенцированию гипогликемического эффекта

480. Выберите диуретик, применяемый для купирования гипертонического криза:

- а) гипотиазид
- б) фуросемид
- в) индапамид
- г) спиронолактон

481. С целью уменьшения выраженности отечного синдрома на фоне применения амлодипина целесообразно совместное применение амлодипина с:

- а) спиронолактоном
- б) диакарбом
- в) ингибиторами АПФ
- г) метопрололом

482. Причиной снижения эффективности диуретиков при их длительном применении является:

- а) ускорение их метаболизма в печени
- б) все ответы верны
- в) повышение активности САС
- г) повышение активности РААС

483. При одновременном применении верапамила и дигоксина:

- а) безопасность проводимой терапии многократно возрастает
- б) увеличивается абсорбция дигоксина в ЖКТ
- в) все ответы верны
- г) снижается риск развития дигиталисной интоксикации

484. У пациентов с ХСН и хронической болезнью почек с низкой скоростью клубочковой фильтрации целесообразно применение:

- а) индапамида
- б) фуросемида
- в) гидрохлоротиазида
- г) любого из перечисленных диуретиков

485. Применение препаратов группы  $\beta$ -адреноблокаторов у беременных может привести к:

- а) потере слуха у плода
- б) поражение кожных покровов плода
- в) гипотрофия плаценты и плода
- г) преждевременное закрытие Боталлова протока у плода

486. Выберите препараты при комбинации, которых возможно увеличение смертности у больных с ХСН:

- а) ингибиторов АПФ и  $\beta$ -адреноблокаторов
- б) ингибиторов АПФ и нитратов
- в) ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II и альфа-адреноблокаторов

г) ингибиторов АПФ и спиронолактона

487. На фоне терапии пациента иАПФ у пациента развился сухой кашель. Врачу следует

- а) уменьшение дозы иАПФ
- б) заменить препарат на другой иАПФ
- в) продолжить терапию препаратом в прежней дозе
- г) отменить иАПФ, назначить блокатор рецепторов ангиотензина II

488. Оцените рациональность назначения пациенту верапамила в сочетании с бисопрололом:

- а) комбинация нерациональна из-за риска развития АВ-блокады
- б) комбинация рациональна при наличии признаков сердечной недостаточности
- в) комбинация нерациональна, так увеличивается риск бронхоспазма
- г) комбинация рациональна, в результате потенцируется антиангинальный эффект

489. У пациента на фоне применения сердечных гликозидов присоединение глюкокортикостероидов может привести к: происходит

- а) неэффективности сердечных гликозидов
- б) снижению эффективности сердечных гликозидов
- в) усилению действия сердечных гликозидов
- г) не приводит к изменению эффективности проводимой терапии

490. Критериями эффективности при терапии у больных с ХСН считают:

- а) увеличение фракции выброса по данным ЭХО-КГ
- б) переход ХСН в более низкий ФК
- в) увеличение толерантности к физической нагрузке
- г) все ответы верны

491. Для лечения артериальной гипертонии у пациента с артериальной гипертонией и наличием микроальбуминурии (скорость клубочковой фильтрации в норме) наиболее предпочтительна комбинация

- А) бисопролол + рамиприл
- Б) телмисартан + индапамид ретард
- В) Бисопролол + гидрохлортиазид
- Г) Метопролола сукцинат + амлодипин
- Д) Телмисартан + рамиприл

492. У пациента с артериальной гипертонией и стенокардией рекомендована комбинация

- А) бисопролол + индапамид ретард
- Б) бисопролол + амлодипин
- В) Амлодипин + периндоприл
- Г) периндоприл + индапамид ретарид

Д) Бисопролол + верапамил

493. Для лечения артериальной гипертонии у пациента с артериальной гипертонией и наличием атеросклеротических бляшек в бедренных артериях (симптомы перемежающейся хромоты у пациента отсутствуют) наиболее предпочтительна комбинация
- А. бисопролол + амлодипин
  - Б. бисопролол + лерканидипин
  - В. Рамиприл + амлодипин
  - Г. Рамиприл + хлорталидон
  - Д. Амлодипин + хлорталидон
494. Какой препарат показан для лечения артериальной гипертонии у беременных (является препаратом первой линии для лечения артериальной гипертонии у беременных)?
- А. Рамиприл
  - Б. Хлорталидон
  - В. Каптоприл
  - Г. Метилдопа
  - Д. Ирбесартан
495. Какая из нижеперечисленных комбинаций антигипертензивных препаратов является наиболее предпочтительной при сочетании артериальной гипертонии и сахарного диабета?
- А. Периндоприл + индапамид ретард
  - Б. Амлодипин + бисопролол
  - В. Периндоприл + доксазозин
  - Г. Рамиприл + гидрохлортиазид
  - Д. Периндоприл + телмисартан
496. Какая из нижеперечисленных комбинаций антигипертензивных препаратов является наиболее предпочтительной при сочетании артериальной гипертонии и метаболического синдрома?
- А. амлодипин + индапамид ретард
  - Б. периндоприл + индапамид ретард
  - В. Бисопролол + индапамид ретард
  - Г. Телмисартан + гидрохлортиазид
  - Д. периндоприл + телмисартан
497. Какая из нижеперечисленных двухкомпонентных комбинаций антигипертензивных препаратов не рекомендована при сочетании артериальной гипертонии и метаболического синдрома?
- А. Бисопролол + индапамид ретард
  - Б. Бисопролол + амлодипин
  - В. Периндоприл + бисопролол
  - Г. Небиволол + амлодипин

Д. Телмисартан + индапамид ретард

498. Какая из нижеперечисленных комбинаций антигипертензивных препаратов является наиболее предпочтительной при изолированной систолической артериальной гипертензии?

- А. Амлодипин + бисопролол
- Б. Амлодипин + доксазозин
- В. Бисопролол + гидрохлортиазид
- Г. Индапамид ретард + амлодипин
- Д. Моксонидин + индапамид ретард

499. К нерациональным комбинациям антигипертензивных препаратов относят:

- А. рамиприл + амлодипин
- Б. периндоприл + телмисартан
- В. Периндоприл + хлорталидон
- Г. амлодипин + верапамил
- Д. периндоприл + бисопролол

500. К нерациональным комбинациям антигипертензивных препаратов относят:

- А. рамиприл + амлодипин
- Б. рамиприл + гидрохлортиазид
- В. Рамиприл + бисопролол
- Г. Рамиприл + азилсартан
- Д. рамиприл + верапамил