

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Специальность: 31.08.16 Детская хирургия
(код, наименование)

Кафедра: общей и клинической фармакологии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2025

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Клиническая фармакология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Клиническая фармакология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Клиническая фармакология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тестовое задание	Оценочное средство в системе стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2.	Ситуационные задачи	Оценочное средство, позволяющее оценить уровень знаний и практических навыков обучающихся, критичность мышления, степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием видов контроля, разделов дисциплины и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Виды контроля	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Общие вопросы клинической фармакологии; подходы к оптимизации эффективного и безопасного применения лекарств Раздел 2. Сравнительная фармакологическая характеристика отдельных групп фармакологических препаратов	Тестовые задания Ситуационные задачи
УК-1, ПК-6	Промежуточный	Раздел 1. Общие вопросы клинической фармакологии; подходы к оптимизации эффективного и безопасного применения лекарств Раздел 2. Сравнительная фармакологическая характеристика отдельных групп фармакологических препаратов	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств для текущего контроля

Текущий контроль осуществляется при проведении занятий в форме решения тестовых заданий, ситуационных задач.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, ПК-6

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ – ЭТО НАУКА, КОТОРАЯ
1) изучает взаимодействие лекарств с организмом человека, законы и закономерности этого взаимодействия, совокупность принципов, которые лежат в основе фармакотерапии;
2) изучает действие лекарств в опытах на животных;
3) контролирует правильность выполнения стандартов лечения при фармакотерапии
2. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭТО:
1) Использование тех способов и методов лекарственного лечения, которые наиболее эффективны для данного больного
2) Использование тех способов и методов лекарственного лечения, которые врач лучше всего выучил в вузе
3) Использование тех лекарств, которые чаще всего используются в данном лечебном учреждении
3. ЧТО ТАКОЕ МОНИТОРИНГ (по А.Н. Панченкову):
1) Это только регистрация
2) Это только контролирование
3) Это элемент управления сложной системой
4. ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРЕДПОЛАГАЕТ:
1) Изучение параметров фармакокинетической кривой после однократного введения лекарств внутривенно
2) Контроль фармакотерапии на основе слежения за сдвигами концентрации препарата в средах организма (в основном в крови)
3) Изучение параметров фармакокинетической кривой после однократного введения лекарств внутрь
5. ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА ДОСТИГНЕТ УРОВНЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА:
1) Перейти на применение доз поддерживающей терапии
2) Уменьшить дозу лекарства
3) Прекратить применение лекарства
6. ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРЕВЫСИТ УРОВЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА:
1) Уменьшить дозу лекарства
2) Увеличить дозу лекарства
3) Применить дополнительно синергично действующее лекарство
7. ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПОНИЗИТСЯ НИЖЕ УРОВНЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА:
1) Увеличить дозу/частоту применения лекарства
2) Уменьшить дозу лекарства
3) Отменить лекарственное лечение
8. ТЕСТИРУЮТСЯ ЛИ ГЕНЕРИКИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ НА БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ:
1) Нет
2) Не всегда
3) Да
9. МОГУТ ЛИ ЛЕКАРСТВА БЫТЬ ПРИЧИНОЙ НАЧАЛА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА?
1) Да, в некоторых случаях;
2) Да, всегда;

3) Нет, никогда.
10. НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВО: 1) Непреднамеренная неблагоприятная реакция организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата 2) Непреднамеренная благоприятная реакция организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата 3) Неблагоприятная реакция организма, которая не связана с применением лекарственного препарата
11. ТИПЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВО ПО МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ: 1) Частые, нечастые, редкие, очень редкие 2) Реакции типов А, В, С, D 3) Легкие, умеренные, тяжелые
12. РЕАКЦИИ ТИПА D НА ЛЕКАРСТВО: 1) Эффекты кумуляции 2) Лекарственная зависимость, синдром отмены 3) Мутагенное, тератогенное, канцерогенное действие
13. . РЕАКЦИИ ТИПА С НА ЛЕКАРСТВО: 1) Возникают при длительной терапии, редко, чаще предсказуемы 2) Возникают после коротких курсов терапии 3) Возникают часто
14. . РЕАКЦИИ ТИПА В НА ЛЕКАРСТВО: 1) Обусловлены фармакологическими свойствами препарата 2) Не зависят от дозы, не связаны с фармакологическими свойствами препарата 3) Являются следствием основного (терапевтического) или вторичного фармакологического эффекта препарата
15. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК НА ВВЕДЕНИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА В ВЕНУ РАЗВИВАЕТСЯ 1) сразу после введения пенициллина 2) между 6 и 12 часами после введения 3) через 12 часов после введения пенициллина 4) спустя 12 часов после введения
16. ПРИМЕНЕНИЕ РЕТИНОИДОВ У ЖЕНЩИН ТРЕБУЕТ КОНТРАЦЕПЦИИ: 1) Только у женщин, живущих половой жизнью 2) У всех женщин фертильного возраста 3) Не требуется
17. ВЫБЕРИТЕ ТЕРАТОГЕННЫЙ ПРЕПАРАТ: 1) Мизопростол 2) Амоксициллин 3) Талидомид
18. БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ 1) пенициллины 2) линкомицин 3) эритромицин 4) тетрациклин 5) хлорамфеникол
19. ВЫБРАТЬ ОДНУ ИЗ ОСНОВНЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ АМИНОГЛИКОЗИДОВ: 1) Аллергические реакции 2) Расстройство со стороны ЖКТ 3) Нефротоксичность

20. КОМБИНАЦИЯ ГЕНТАМИЦИНА И АМИКАЦИНА СЧИТАЕТСЯ

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

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	1
2.	1
3.	3
4.	2
5.	1
6.	1
7.	1
8.	1
9.	1
10.	1
11.	2
12.	3
13.	1
14.	2
15.	1
16.	2
17.	3
18.	1
19.	3
20.	1

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций УК-1, ПК-8

Ситуационная задача 1.

В хирургическом отделении для местной анестезии использован новокаин, после введения которого пациент 14 лет пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. Артериальное давление составило 80/34 мм рт. ст., пульс 120–130 уд./мин, слабого наполнения, напряжения, нитевидный. Снижение неинвазивной сатурации $SpO_2 < 90\%$. Одышка до 30 в мин. Сознание ясное, возбуждение сменяется оглушением.

1. Какое патологическое состояние диагностировано?
2. Какие симптомы Вами выявлены?
3. Какие неотложные мероприятия нужно провести?
4. Какова дальнейшая тактика лечения?
5. Укажите механизм развития анафилактической реакции в данном случае.
6. Характер инфузионной терапии.
7. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы.
8. Вероятный прогноз?
9. Какие препараты 2-го ряда при оказании медицинской помощи?
10. Какая тактика лечения при сохранении острой гипоксии ($SpO_2 < 88\%$) на фоне проведения кислородотерапии?

Ситуационная задача 2.

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с дочерью трех лет с жалобами на прожилки крови в стуле. Из анамнеза болезни: около двух недель назад девочка перенесла коронавирусную инфекцию, в том числе получала лечение супраксом в течение 7 дней. На фоне антибиотикотерапии стул стал тугим, 1 раз в 3 дня. Девочка тужилась во время акта дефекации. Три дня назад в туалетном горшке мама заметила алую кровь (не более 1 мл), в виде прослойки сбоку на плотных оформленных каловых массах, девочка пожаловалась, что ей больно какать, намеренно удерживает акт дефекации. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесные, чистые, нормальной температуры влажности. Слизистые розовые, влажные. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, умеренно вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно, без признаков воспаления. Мочится свободно, безболезненно, моча прозрачная. Сегодня стула не было. Ректально пальцевое исследование: анус сомкнут, на 6 часах воображаемого циферблата обнаружена трещина с розовым дном, уходящая за наружный сфинктер. Тонус сфинктера удовлетворительный, в прямой кишке плотные каловые массы. Крови на перчатке нет. Ребёнок умеренно беспокоен во время осмотра.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические методы исследования необходимо провести?
3. Назначьте лечение.
4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации?
5. Нуждается ли ребёнок в консультации других специалистов, если да, то каких и с какой целью?
6. Укажите причину возникновения заболевания.
7. Какое неблагоприятное течение может быть у данного заболевания, и как в таком случае изменится лечебная тактика?

Ситуационная задача 3.

Механизм антибактериального действия препарата обусловлен ингибированием бактериальных ферментов топоизомераз II и IV (ДНК-гиразы); обладает широким антибактериальным спектром, подавляя жизнедеятельность не только грамотрицательных бактерий, таких как кишечная палочка, шигелла, сальмонелла, клебсиелла, синегнойная палочка, но и возбудителей с внутриклеточной локализацией, таких как микоплазма, легионелла и хламидия. Является производным хинолона, содержащего в структуре молекулы атом фтора. Применяется при инфекциях мочевыводящих путей, желудочнокишечного тракта, атипичных и госпитальных пневмониях, способен подавить L-формы бактерий.

Дайте ответы на поставленные вопросы.

1. Какой препарат соответствует данной характеристике?
2. Какие препараты, аналогичные ципрофлоксацину можете назвать?
3. Какие преимущества имеются у ципрофлоксацина по сравнению с другими представителями второго поколения хинолонов и фторхинолонов?
4. С какими другими антибактериальными препаратами возможно комбинировать ципрофлоксацин?
5. Какие побочные эффекты вызывает ципрофлоксацин?

Ситуационная задача 4.

Данный препарат обладает тремя основными эффектами, присущими группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Наряду с положительными эффектами вызывает угнетение кроветворения и агранулоцитоз. В 1991 г. Всемирная

организация здравоохранения сформулировала специальные рекомендации о запрете данного препарата. Дайте ответы на поставленные вопросы.

1. Назовите международное непатентованное и общепринятое у нас в стране название препарата.
2. Назовите главные эффекты, присущие данному препарату?
3. Объясните механизмы перечисленных эффектов данного препарата?
4. Имеются ли способы профилактики гематологических осложнений данного препарата?
5. Назовите препараты, которые должны использоваться в качестве безопасной замены данному препарату.

Ситуационная задача 5.

Проанализируйте случай из клинической практики. При ответе на вопросы используйте информацию о ЛС варфарин. (разделы «Взаимодействие», «Особые указания»).

Пациенту 63 лет с постоянной формой мерцательной аритмии для профилактики тромбоэмболических осложнений подобрана доза варфарина 7,5 мг, при этом по данным коагулограммы МНО - 2,5. Через 1,5 мес приема варфарина пациент обратился с жалобами на частые носовые кровотечения. При лабораторном контроле по данным коагулограммы МНО - 4. При целенаправленном опросе выяснилось, что при подборе дозы варфарина пациент ежедневно употреблял большое количество зеленых овощей (салат, шпинат, капусту), богатых витамином К, а примерно за 2 нед до появления носовых кровотечений полностью исключил из своего рациона эти продукты.

Дайте ответы на поставленные вопросы.

1. Каковы тип, уровень и механизм возможного взаимодействия варфарина и зеленых овощей?
2. Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.
3. Как можно избежать данного взаимодействия?

Ситуационная задача 6.

Проанализируйте случай из клинической практики. При ответе на вопросы используйте информацию о ЛС силденафил (раздел «Взаимодействие»).

Пациент 48 лет с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения III ФК, постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту 125 мг 1 раз в сутки (днем), метопролол 12,5 мг 2 раза в сутки (утром и вечером), изосорбида динитрат (пролонгированная форма) 20 мг 2 раза в сутки (утром и днем). На фоне проводимой терапии ангинозные боли не рецидивировали, гемодинамика стабильная (АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 60 в минуту). В связи с эректильной дисфункцией вечером больной принял силденафил (виагру*) 50 мг внутрь. Через 1,5 ч после приема силденафила отметил резкую слабость, головокружение, АД 80/50 мм рт.ст., ЧСС 100 в минуту.

Дайте ответы на поставленные вопросы.

1. Какая наиболее вероятная причина коллапса?
2. Каковы уровень и механизм возможного фармакодинамического взаимодействия ЛС?
3. Как можно избежать данного взаимодействия ЛС?
4. Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с силденафилом по подобному механизму?
5. Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

Ситуационная задача 7.

Ребёнок, 14 лет, обратился в травматологический пункт с жалобами на головную боль, головокружение и однократную рвоту. Из анамнеза известно: 3 ч назад мальчик поскользнулся на улице возле своего дома, упал на спину и ударился затылком о лёд на земле, была кратковременная потеря сознания (не более 3-х минут со слов мамы, которая был рядом). Затем мальчик при поддержке мамы смог самостоятельно встать и пойти домой. Дома возникла однократная рвота, слабость, головокружения. Было принято решение обратиться в травматологический пункт. При осмотре: мальчик ходит самостоятельно, походка уверенная. Кожные покровы бледные, слизистые блестящие, розовые. Периферических отёков нет, тургор тканей сохранён. Локальный статус: визуально ссадин, гематом на голове не выявлено, но отмечается зона болезненности в области затылка. Неврологический статус: мальчик о случившемся помнит неточно, другие факты жизни помнит, ориентирован во времени и пространстве, в позе Ромберга устойчив, но определяется умеренный тремор пальцев рук, парезов и параличей нет, чувствительность сохранена, сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов нет, лицо симметричное, мышечных сокращений (тиков) не выявлено, язык без девиаций. Движения яблок в полном объёме, имеется установочный горизонтальный нистагм, зрачки симметричные, реакция на свет сохранена. По данным ЭхоЭГ – смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

1. Предположите диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Нуждается ли ребёнок в госпитализации, если да, то с какой целью?
4. Предложите возможные варианты лечения.
5. Предположите длительность госпитализации
6. Предположите возможные способы реабилитации

Ситуационная задача 8.

Пациент 16 лет с кандидозом пищевода получает флуконазол в дозе 50 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней, на фоне лечения положительной динамики не отмечается. Достаточна ли данная дозировка для пациента, учитывая, что он получает также варфарин, амиодарон, амлодипин по поводу кардиологической патологии и доза была назначена с учетом возможных лекарственных взаимодействий?

Ситуационная задача 9.

Пациент 18 лет с бронхиальной астмой в анамнезе получал амоксициллин по поводу гнойного риносинусита. На фоне лечения отмечалось снижение температуры до нормальных цифр, уменьшение слизисто-гнойного отделяемого, однако одновременно с улучшением состояния у больного возникла зудящая сыпь на теле. Врач заменил амоксициллин на цефуроксим, зуд усилился. Общий курс лечения - 4 суток. Ваша дальнейшая тактика?

Ситуационная задача 10.

Ребёнок, 5 лет, опрокинул на себя кастрюлю с горячей водой и получил ожог всей передней стенки грудной клетки и передней брюшной стенки. Вскоре на кожных покровах появилась «мозаичная» картина повреждения: участки гиперемии, области отёка кожи с отслойкой её и образованием пузырей серозного характера и пузырей с жидкостью желтого цвета. Вызвана бригада «скорой помощи».

При осмотре в приёмном покое состояние расценено тяжелым, отмечается выраженное двигательное и голосовое беспокойство. Температура тела 36 °С, пульс учащен до 130 уд./мин, дыхание – 28 в мин, АД 122/70 мм рт. ст., неинвазивная сатурация SpO2 96%. Status localis: помимо гиперемизированных участков кожи определяются сильно болезненные при прикосновении лопнувшие пузыри, дно которых красного цвета, и пузыри с желеобразным содержимым, при разрыве выявляется белесовато-розового цвета дно со сниженной чувствительностью.

1. Назовите полный диагноз.

2. Определите и обоснуйте степень термического поражения.
3. Какими способами можно подсчитать площадь ожога у данного пострадавшего?
4. Определите и обоснуйте основные моменты интенсивной терапии ожоговой болезни в первые сутки в предложенном случае

5. Содержание оценочных средств для промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачёту по дисциплине «Клиническая фармакология»:

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
1. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ – ЭТО НАУКА, КОТОРАЯ 1) изучает взаимодействие лекарств с организмом человека, законы и закономерности этого взаимодействия, совокупность принципов, которые лежат в основе фармакотерапии; 2) изучает действие лекарств в опытах на животных; 3) контролирует правильность выполнения стандартов лечения при фармакотерапии 2. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭТО: 1) Использование тех способов и методов лекарственного лечения, которые наиболее эффективны для данного больного 2) Использование тех способов и методов лекарственного лечения, которые врач лучше всего выучил в вузе 3) Использование тех лекарств, которые чаще всего используются в данном лечебном учреждении 3. ЧТО ТАКОЕ МОНИТОРИНГ (по А.Н. Панченкову): 1) Это только регистрация 2) Это только контролирование 3) Это элемент управления сложной системой 4. ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРЕДПОЛАГАЕТ: 1) Изучение параметров фармакокинетической кривой после однократного введения лекарств внутривенно 2) Контроль фармакотерапии на основе слежения за сдвигами концентрации препарата в средах организма (в основном в крови) 3) Изучение параметров фармакокинетической кривой после однократного введения лекарств внутрь 5. ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА ДОСТИГНЕТ УРОВНЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА: 1) Перейти на применение доз поддерживающей терапии 2) Уменьшить дозу лекарства 3) Прекратить применение лекарства 6. ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРЕВЫСИТ УРОВЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА: 1) Уменьшить дозу лекарства 2) Увеличить дозу лекарства 3) Применить дополнительно синергично действующее лекарство	УК-1, ПК-6

7. ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПОНИЗИТСЯ НИЖЕ УРОВНЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА: 1) Увеличить дозу/частоту применения лекарства 2) Уменьшить дозу лекарства 3) Отменить лекарственное лечение 8. ТЕСТИРУЮТСЯ ЛИ ГЕНЕРИКИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ НА БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ: 1) Нет 2) Не всегда 3) Да 9. МОГУТ ЛИ ЛЕКАРСТВА БЫТЬ ПРИЧИНОЙ НАЧАЛА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА? 1) Да, в некоторых случаях; 2) Да, всегда; 3) Нет, никогда. 10. НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВО: 1) Непреднамеренная неблагоприятная реакция организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата 2) Непреднамеренная благоприятная реакция организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата 3) Неблагоприятная реакция организма, которая не связана с применением лекарственного препарата 11. ТИПЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВО ПО МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ: 1) Частые, нечастые, редкие, очень редкие 2) Реакции типов А, В, С, D 3) Легкие, умеренные, тяжелые 12. РЕАКЦИИ ТИПА D НА ЛЕКАРСТВО: 1) Эффекты кумуляции 2) Лекарственная зависимость, синдром отмены 3) Мутагенное, тератогенное, канцерогенное действие 13. . РЕАКЦИИ ТИПА С НА ЛЕКАРСТВО: 1) Возникают при длительной терапии, редко, чаще предсказуемы 2) Возникают после коротких курсов терапии 3) Возникают часто 14. . РЕАКЦИИ ТИПА В НА ЛЕКАРСТВО: 1) Обусловлены фармакологическими свойствами препарата 2) Не зависят от дозы, не связаны с фармакологическими свойствами препарата 3) Являются следствием основного (терапевтического) или вторичного фармакологического эффекта препарата 15. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК НА ВВЕДЕНИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА В ВЕНУ РАЗВИВАЕТСЯ 1) сразу после введения пенициллина 2) между 6 и 12 часами после введения 3) через 12 часов после введения пенициллина 4) спустя 12 часов после введения 16. ПРИМЕНЕНИЕ РЕТИНОИДОВ У ЖЕНЩИН ТРЕБУЕТ КОНТРАЦЕПЦИИ: 1) Только у женщин, живущих половой жизнью	
---	--

2) У всех женщин фертильного возраста 3) Не требуется 17. ВЫБЕРИТЕ ТЕРАТОГЕННЫЙ ПРЕПАРАТ: 1) Мизопростол 2) Амоксициллин 3) Талидомид 18. БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ 1) пенициллины 2) линкомицин 3) эритромицин 4) тетрациклин 5) хлорамфеникол 19. ВЫБРАТЬ ОДНУ ИЗ ОСНОВНЫХ НЕЖЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ АМИНОГЛИКОЗИДОВ: 1) Аллергические реакции 2) Расстройство со стороны ЖКТ 3) Нефротоксичность 20. КОМБИНАЦИЯ ГЕНТАМИЦИНА И АМИКАЦИНА СЧИТАЕТСЯ 1) нерациональной из-за риска высокой нейро- и нефротоксичности 2) нерациональной из-за риска высокой гепатотоксичности 3) нерациональной из-за снижения антибактериальной активности 4) рациональной вследствие уменьшения токсичности препаратов 21. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА У ВЗРОСЛЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ РЕДКИМИ И/ИЛИ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Амоксициллин 2) Левофлоксацин 3) Эртапенем 22. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА У ВЗРОСЛЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ РЕДКИМИ И/ИЛИ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Амикацин 2) Ингибиторзащищенные пенициллины 3). Азитромицин 23. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ 1) пенициллины 2) аминогликозиды 3) нитрофураны 4) ко-тримоксазол 5) фторхинолоны 24. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ ПРЕПАРАТ У БЕРЕМЕННЫХ 1) амоксициллин 2) гентамицин 3) левомицетин 4) тетрациклин 5) ванкомицин 25. НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫЙ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ	
--	--

1) неомицин 2) тобрамицин 3) амикацин 4) гентамицин 5) стрептомицин 26. ПРИЧИНА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ 1) резистентность возбудителя инфекции к антибиотикам 2) одновременный прием витаминов 3) печеночная недостаточность 4) дисфункция кишечника 5) печеночная недостаточность 27. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАВУЛАНОВОЙ КИСЛОТЫ В СОЧЕТАНИИ С АМОКСИЦИЛЛИНОМ ПОЗВОЛЯЕТ 1) расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий, производящих бета-лактамазу 2) снизить токсичность амоксициллина 3) сократить частоту приема амоксициллина 4) увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань 5) уменьшить концентрацию амоксициллина в плазме 28. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН 1) азитромицин 2) цефатоксим 3) цефазолин 4) бензилпенициллин 5) ампициллин 29. ПРОТИВОПОКАЗАН ДЕТЯМ ДО 7 ЛЕТ 1) тетрациклин 2) азитромицин 3) эритромицин 4) бензилпенициллин 5) амоксициллин 30. В СРАВНЕНИИ С ИНДОМЕТАЦИНОМ У АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО 1) антиагрегантное действие на тромбоциты 2) угнетение синтеза простагландинов 3) анальгетическое действие 4) жаропонижающее действие 5) противовоспалительное действие 31. ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ЦОГ-2 ЯВЛЯЕТСЯ 1) Целекоксиб 2) Ибупрофен 3) Ацетилсалициловая кислота 4) Пироксикам 32. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1) Омепразол 2) Алгедрат+Магния гидроксид 3) Метилурацил 4) Сукралфат	
--	--

33. ПЕРВЫЙ ШАГ ПРИ НАЧАЛЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ: 1) максимально быстрая отмена препарата, вызвавшего развитие поражения; 2) симптоматическая терапия антигистаминными препаратами; 3) использование гепатопротекторов 34. УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА – ЭТО: 1) Эпимер хенодезоксихолевой кислоты 2) Рацемат желчных кислот 3) Нет правильного ответа	
---	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

Ловцова Любовь Валерьевна, д.м.н., доцент, зав. кафедрой общей и клинической фармакологии

Сорокина Юлия Андреевна, к.б.н., доцент, доцент кафедры общей и клинической фармакологии

«17» апреля 2025 года