***КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ* 2012 ВАРИАНТ 3**

**Итоговое тестирование**

*Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:*

*А) – если правильны ответы 1, 2 и 3*

*Б) – если правильны ответы 1 и3*

*В) – если правильны ответы 2 и 4*

*Г) – если правильный ответ 4*

*Д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5*

001 К всасывающим антацидам относятся:

1. Натрия гидрокарбонат
2. Окись магния
3. Карбонат кальция
4. Гидроокись алюминия
5. Трисиликат магния

002 Антацидным препаратом, обладающим наиболее выраженной нейтрализующей соляную кислоту способностью, является:

1. Гидрокарбонат натрия
2. Трисиликат магния
3. Окись магния

4. Гидроокись алюминия

5. Трисиликат магния

003 К побочным эффектам, вызываемым алюминий содержащими препаратами, относят:

1. Нарушение абсорбции фосфатов (мышечная слабость)
2. Остеопороз
3. Остеомаляцию
4. Нефропатии
5. Энцефалопатию

004 Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются:

1. для лечения прогрессирующих форм заболевания
2. при угрожающих жизни состояниях
3. при тяжелых формах с целью подготовки больного к операции
4. для лечения всех форм заболевания, включая легкие
5. для профилактики обострения

005 При протейном дисбактериозе целесообразно назначать:

1. производные нитрофурана
2. протейный бактериофаг
3. эубиотики
4. пенициллин

5. ампициллин

006 Для нормализации состава кишечной флоры при дисбактериозе используются все перечисленные препараты, кроме:

1. эубиотики
2. производные нитрофурана
3. антибиотики широкого спектра
4. альмагель
5. прокинетики

007 Препараты нитрофурановой группы оказывают преимущественное действие на следующие микробы:

1. стафилококки
2. протей
3. синегнойную палочку
4. эшерихии (патологические штаммы)
5. энтерококки

008 При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой, лучше назначить:

1. карбенициллин
2. эритромицин
3. гентамицин
4. ванкомицин

5. пенициллин

009 Антабусный эффект при сочетании с алкоголем вызывают:

1. нестероидные противовоспалительные препараты

2. снотворные средства

3. гипогликемические средства

4. противотуберкулезные препараты

5. нитрофураны

010 Какие методы фармакоэкономического анализа считаются наиболее приемлемыми в деятельности клинического фармаколога:

1. Анализ минимизации стоимости

2. Анализ стоимость-эффективность

3. Анализ стоимость-утилитарность

4. Анализ стоимость-прибыль

5. Подсчет затрат на лечение

011 Фармакоэкономический анализ стоимость-утилитарность подразумивает:

1. оценку продолжительности жизни, достигаемой за счет лечения

2. оценку качества жизни

3. оценку стоимости 1 года жизни с абсолютным качеством (1 QALY)

4. оценку получаемой за счет лечения прибыли

5. оценку простоты применения метода лечения

012 Лечение с большей стоимостью будет менее экономически эффективным, чем лечение с меньшей стоимостью:

1. когда лечение имеет одинаковую клиническую эффективность

2. когда лечение имеет большую клиническую эффективность

3. когда лечение имеет меньшую клиническую эффективность

4. во всех случаях

5. когда клиническую эффективность определить невозможно

013 В каких случаях лечение с меньшей стоимостью будет более экономически эффективным, чем лечение с большей стоимостью:

1. в тех случаях, когда оно имеет такую же клиническую эффективность

2. в тех случаях, когда оно имеет более высокую клиническую эффективность

3. в тех случаях, когда преимущества более дорогостоящего лечения не оправдывают большую стоимость

4. во всех случаях

5. когда трудно оценить клиническую эффективность

014 Разработка формулярного списка лекарственных средств включает:

1. анализ структуры заболеваемости и состояния лекарственного обеспечения

2. отбор лекарственных средств для формулярного списка

3. утверждение формулярного списка лекарственных средств

4. установление поставщиков лекарственных средств

5. штатное расписание фармацевтической службы

015 Прямые затраты на лечение включают:

1. затраты на приобретение лекарственных препаратов

2. затраты, связанные с использованием оборудования

3. затраты на оплату труда медицинских работников

4. затраты, связанные с потерей производительности

5. стоимость непроизведенной пациентом продукции

016Среди B2-адреномиметиков длительным действием обладают:

1. сальбутамол
2. сальметерол
3. беротек
4. формотерол
5. тербуталин

017К отхаркивающим препаратам со способностью увеличивать содержание сурфактанта в легких относят:

1. Бромгексин
2. Трипсин
3. Амброксол
4. Химотрипсин
5. Калия йодид

018 Пульс-терапия метилпреднизолоном у больных с системной красной волчанкой более эффективна:

1. в сочетании с экстракорпоральными методами лечения (плазмаферез)
2. в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами
3. в сочетании с пульс-терапией циклофосфамидом
4. при достижении ремиссии
5. при отсутствии признаков люпус-нефрита

019К холеретикам относятся следующие препараты:

1. Ксилит
2. Аллохол
3. Сернокислую магнезию
4. Холензим
5. Но-шпу

020К препаратам, которые окрашивают кал в черный цвет, относят:

1. викалин
2. атропин
3. препараты железа
4. метацин
5. альмагель

021 Препараты, обладающие высокой липофильностью:

1. хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте

2. метаболизируются в печени

3. хорошо проникают через гемотоэнцефалический барьер

4. плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте

5. выводятся почками в неизменном виде

022 Основные особенности фармакокинетики лекарственных средств у лиц пожилого возраста:

1. снижение скорости абсорбции

2. снижение скорости распределения

3. уменьшения связывания лекарственных средств с белками плазмы

4. замедление метаболизма

5. замедление выведения лекарственных средств

023 При приеме препаратов железа внутрь возникают следующие побочные эффекты:

1. диспептические расстройства

2. дизурические расстройства

3. окрашивание мочи в красный цвет

4. головная боль

5. кашель

024 Характерные для аминогликозидов побочные эффекты:

1. ототоксичность

2. усиление моторики желудка

3. проявление нефротоксичности во время лечения и после него

4. наличие высокого риска развития реакций гиперчувствительности подобно пенициллинам

5. нарушение мозгового кровообращения

025 У кормящей матери противопоказано назначение:

1. метронидазол (трихопола)

2. эритромицина

3. хлорамфеникола (левомицетина

4. линкомицина

5. ампициллина

026 К антибиотикам, устойчивым к действию бета-лактамаз, относят:

1. Ампициллин-сульбактам
2. Тобрамицин
3. Кефзол
4. Бензилпенициллин
5. Ампициллин

027 Выберите факторы, имеющие значение при назначении антибиотиков:

1. Состояние функции печени
2. Масса больного
3. Состояние функции почек
4. Сократительная способность миокарда
5. Масса миокарда левого желудочка

028 Наиболее типичные побочные эффекты пенициллинов:

1. Крапивница
2. Псевдомембранозный колит
3. Аллергический шок
4. Токсический гепатит
5. Нарушение толерантности к углеводам

029 Причины неэффективности антибиотикотерапии:

1. Резистентность возбудителя инфекции к антибиотикам
2. Одновременный прием витаминов
3. Неадекватный подбор дозы
4. Дисфункция кишечника
5. Печеночная недостаточность

030 Выберите антибиотики для лечения пневмококковой инфекции:

1. Хинолоны

1. Пенициллины
2. Аминогликозиды
3. Цефалоспорины
4. Ванкомицин

031 Передозировка тиреоидных препаратов проявляется:

1. тахикардией, болями в области сердца

2. уменьшением массы тела

1. повышением артериального давления
2. сонливостью
3. сухостью кожных покровов

032 Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении:

1. нейролептиков
2. антидепрессантов
3. оральных контрацептивов
4. спиронолактона
5. гидрохлортиазида

033 Механизм сахаропонижающего действия препаратов сульфанилмочевины обусловлен:

1. повышением секреции эндогенного инсулина
2. потенцированием действия инсулина
3. нейтрализацией действия антагонистов инсулина
4. ухудшением утилизации глюкозы
5. повышением глюконеогенеза

034 Какие из приведенных препаратов могут увеличить гипогликемический эффект пероральных гипогликемизирующих препартов?

1. салицилаты
2. фенилбутазон
3. хлорамфеникол
4. тетрациклины
5. кумарины

035 Продолжительность действия инсулина увеличивается при:

1. почечной недостаточности
2. увеличении дозы инсулина
3. использовании пролонгированных форм препаратов
4. на поздних стадиях заболевания
5. уменьшении дозы инсулина

036 Механизм действия атенолола при диффузном токсическом зобе заключается в:

1. блокирования повышенной активности катехоламинов
2. повышения эффективности антитиреоидных препаратов
3. снижения превращения тироксина в трийодтиронин
4. повышении содержания катехоламинов плазмы
5. снижения чувствительности бета-адренорецепторов

037 Инсулин вызывает снижение уровня сахара крови за счет:

1. уменьшения захвата глюкозы периферической тканью
2. снижения распада гликогена
3. уменьшения глюконеогенеза
4. снижения всасывания глюкозы из кишечника
5. увеличения глюконеогенеза

038 К препаратам выбора при инфекции мочевых путей, вызванной синегнойной палочкой, относят:

1. ципрофлоксацин
2. офлоксацин
3. цефтазидим
4. нитрофураны
5. налидиксовую кислоту

039 Для лечения хламидийной инфекции мочеполового тракта используют:

1. азитромицин
2. доксициклин
3. офлоксацин
4. нитроксолин
5. цефалексин

040 Уроантисептики, наиболее эффективные при кислой реакции мочи:

1. доксициклин
2. норфлоксацин
3. нитрофураны
4. гентамицин
5. эритромицин

041 Наиболее эффективные уроантисептики при щелочной реакции мочи:

1. макролиды
2. ципрофлоксацин
3. линкомицин

4.ампициллин

5. доксициклин

042 Синергизм наблюдается при сочетании нитрофуранов со следующими препаратами:

1. макролиды
2. невиграмон
3. тетрациклины
4. сульфаниламиды
5. пенициллин

043 К антибиотикам, режим дозирования которых корригируется при снижении клиренса креатинина ниже 50 мл/мин, относят:

1. аминогликозиды
2. карбенициллин
3. цефалоридин
4. ристомицин
5. полимиксин В

044 Отметьте антибиотики, режим дозирования которых корригируется при снижении клиренса креатинина ниже 30 мл/мин:

1. бензилпенициллин

2. амипициллин

1. метициллин
2. оксациллин
3. цефалоспорины (кроме цефалоридина)

045 Антибиотики группы цефалоспоринов:

1. активны в отношении фам (+) кокков
2. активны против кишечной палочки, клебсиелл, протея
3. могут быть нефротоксичны в высоких дозах в комбинации с аминогликозидами
4. могут быть свободно использованы при указаниях в анамнезе на аллергические реакции на пенициллин
5. являются препаратами выбора для лечения инфекционного эндокардита

046 К средствам, которые показаны при гипотонической дискинезии желчных путей, относят:

1. холензим

1. циквалон
2. мяту перечную
3. ксилит
4. альмагель

047 К препаратам, применяемым для лечения желчнокаменной болезни, относят:

1. Хенодезоксихолевая кислота
2. Ксилит
3. Урсодезоксихолевая кислота
4. Циквалон

5.Холензим

048 При повышенном тонусе желчевыводящих путей назначают.

1. атропин
2. платифиллин
3. метацин
4. экстракт белладонны
5. эуфиллин

049 К противопоказаниям к проведению хенотерапии у больных желчекаменной болезнью относят:

1. Наличие камней с содержанием кальция
2. Желтуха
3. Повышение печеночных трансаминаз
4. Наличие чисто холестериновых камней
5. Размеры камней диаметром до 2 см

050 Какие из перечисленных желчегонных средств обладают противовоспалительным действием?

1. Холензим

1. Никодин
2. Циквалон
3. Оксафенамид
4. Мята перечная

051 К средствам, улучшающим откашливание молоты, путем повышения ее текучести (уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят:

1. бромгексин
2. ацетилцистеин
3. амброксол
4. трипсин
5. мукодин

052 Возбудителями пневмонии у заболевшего вне стационара чаще являются:

1. пневмококка
2. микоплазмы
3. клебсиеллы
4. стафилококка
5. грибы

053 Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии обычно являются все перечисленные микроорганизмы:

1. стафилококка
2. клебсиеллы
3. хламидии
4. пневмококка
5. грибы

054 Показанием к пульс-терапии у больных с подострым течением системной красной волчанки является:

1. наличие выраженной активности процесса
2. наличие активного люпус-нефрита
3. отсутствие достаточного эффекта от проведения терапии подавляющими дозами преднизолона при приеме внутрь
4. достижение ремиссии
5. отсутствие признаков люпус-нефрита

055 К препаратам для приема внутрь, которые рекомендуют использовать для профилактики ревматизма, относят:

1. азитромицин
2. эритромицин
3. феноксимтилпенициллин (пенициллин V)
4. тетрациклин
5. метронидазол

056 Наиболее эффективными антибиотиками для лечения грамотрицательной инфекции являются:

1. Бензилпенициллин
2. Амикацин
3. Пиперациллин
4. Имипенем
5. Амоксициллин

057 Для лечения микоплазменной пневмонии высокоэффективными антибиотиками являются:

1. Эритромицин
2. Рокситромицин
3. Азитромицин
4. Бензилпенициллин
5. Ампициллин

058 Наибольшее влияние на фармакокинетику и фармакодинамику антибактериальных препаратов у детей оказывают:

1. характер и интенсивность абсорбции
2. активность ферментных систем
3. объем экстрацеллюлярной жидкости
4. концентрация белка в плазме крови

5. функциональная зрелость органов выведения, прежде всего почек и печени

059 Комбинация антибактериальных препаратов используется:

1. чтобы избежать развития устойчивости микроорганизмов
2. для получения синергизма
3. для расширения спектра действия комбинации препаратов при ассоциации бактериальных агентов
4. для сохранения функции почек
5. для сохранения функции печени

060 К хорошо всасывающимся (более чем на 70%) антибиотикам относят:

1. левомицетин
2. ампициллин '
3. метациклин
4. доксициклин
5. рифампицин

061 Основная антимикробная направленность фторхинолонов характеризуется:

1. очень широким спектром, в равной степени высокой активнос­тью как против грам(+), так и против грам(-) флоры
2. очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(-) флоры
3. очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(+) флоры
4. позволяют успешно лечить большинство урогенитальных инфекций
5. тем, что они являются препаратами первого выбора для лечения инфекционного эндокардита

062 Фторхинолоны противопоказаны в фазе роста организма:

1. потому что они могут привести к искривлению длинных трубчатых костей

2. потому что у детей наблюдались повреждения суставов

3. потому что в опыте на животных высокие дозы повреждают суставной хрящ

1. потому что они могут привести к гигантизму
2. потому что они усиливают рост костей

063 В послеоперационном периоде больному с токсическим зобом продолжают лечение:

1. кортикостсроидными препаратами в убывающих дозах
2. йодистыми препаратами
3. тиреостатическими препаратами в течение 7-8 дней после субтотальной резекции щитовидной железы
4. бета-адреноблокаторами с постепенным снижением препарата
5. при необходимости другими сердечно-сосудистыми средствами

064 Метформин может вызвать:

1. кетонурию
2. алкалоз
3. гипогликемический шок
4. реакцию гиперчуствительности
5. повышение уровня мочевой кислоты плазмы

065 Характеристики гиперосмолярной диабетической комы:

1. умеренно высокий уровень сахара в крови при избыточном количестве жидкости в организме
2. тяжелая дегидратация с очень высоким уровнем сахара в крови (больше 600мг/100мл)
3. небольшая дегидратация с умеренно высоким уровнем сахара в крови
4. наличие большого количества лактатов в крови
5. нормальный уровень сахара при избыточном количестве жид­кости в организме

066 При развитии почечной недостаточности следует отменить:

1. гентамицин
2. пенициллин
3. индометацин
4. амоксициллин
5. пропранолол

067 Образованию камней в мочевых путях способствуют.

1. Гиперурикемия
2. Инфекция мочевыводящих путей
3. Нарушение уродинамики
4. Гипопаратиреоз
5. Лечение антибиотиками

068 Для больного хроническим пиелонефритом полезно:

1. Ограничение поваренной соли
2. Чередование курсов уросептиков
3. Ограничение жидкости
4. Применение уросептических трав в течение года
5. Ограничение белка в диете

069 При хронической почечной недостаточности противопоказаны:

1. Сульфаниламиды
2. Пенициллины
3. Фенацетин содержащие препараты
4. Цефалоспорины
5. Нитрофураны

070 Бактерицидным действием обладают:

1. пенициллины
2. амоксициллин
3. ампициллин
4. тетрациклин
5. хлорамфеникол

071 Препаратами, которые вмешиваются в синтез бактериальной стенки, являются:

1. амоксициллин
2. пенициллин
3. цефалоспорины
4. хлорамфеникол
5. тетрациклины

072 Мониторинг следующих показателей является обязательным при лечении метотрексатом:

1. уровня лейкоцитов периферической крови
2. уровня мочевой кислоты в плазме
3. уровня печеночных ферментов в плазме ACT, АЛТ
4. уровня фолатов в крови
5. уровня общего белка плазмы

073 Для ацетилсалициловой кислоты характерно:

1. при оральном приеме всасывается в основном из верхнего отдела тонкого кишечника
2. при оральном приеме всасывается в основном из желудка
3. в организме метаболизируется в печени
4. в организме метаболизируется в стенке желудочно-кишечного тракта и печени
5. хорошо проникает в спинномозговую и перитонеальную жидкости

074 Желудочно-кишечные осложнения при применении ацетилсалициловой кислоты связаны с:

1. увеличением количества свободной соляной кислоты
2. уменьшением продукции мукополисахаридов слизистой ЖКТ
3. снижением репаративных процессов в слизистой оболочке
4. уменьшением образования защитного слизистого барьера
5. угнетением синтеза слизистой оболочкой ЖКТ простагландинов и простациклина

075 К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят:

1. трипсин, химопсин
2. производные тиолов — ацетилцистеин (мукосольвин и др.)
3. препараты бактериальных ферментов

4. стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол)

5. натрия йодид

076 Врач клинический фармаколог имеет следующие права:

1. вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда

2. в случае необходимости отменять терапию, назначенную лечащим врачом

3. осуществлять закупку медикаментозных препаратов

4. участвовать в совещаниях, конференциях по вопросам, связанным с фармакотерапией и лекарственным обеспечением

5. проверять знания заведующих клиническими отделениями

077 Врач клинический фармаколог должен уметь:

1. организовать исследования основных показателей по фармакодинамике и фармакокинетике лекарственные средства;

2. проводить лекарственный тест

3. проводить поиск по вопросам клинической фармакологии с использованием информационных систем

4. разработать протокол исследования

5. определять и оценивать равновесную концентрацию

078 При введении в штат должности врача – клинического фармаколога в лечебном учреждении должны быть следующие организационные документы:

1. Приказ о введении в штатное расписание лечебного учреждения должности врача – клинического фармаколога.

2. Должностная инструкция врача – клинического фармаколога

3. «Положение о враче – клиническом фармакологе»

4. Приказ о введении в учреждении лекарственного формуляра

5. Приказ о размещении в лечебном учреждении аптечного киоска

079 К показаниям для назначения антидепрессантов относят:

1. депрессивные состояния

2. эпилепсия

3. нейро-циркуляторная дистония

4. паркинсонизм

5. бессонница

080 К основным показаниям для назначения транквилизаторов относят:

1. психо-эмоциональное возбуждение

2. алкоголизм

3. фобии

4. миастенический синдром

5. артериальная гипертония

081 К основным показаниям для назначения ноотропных препаратов относят:

1. нарушение памяти

2. церебро-васкулярная недостаточность

3. острое нарушение мозгового кровообращения

4. бессонница

5. стенокардия

082 При выборе дозы снотворных учитывают:

1. возраст больного

2. состояние функции печени

3. состояние функции почек

4. наличие беременности

5. характеристики препарата

083 К наиболее характерным побочным эффектам снотворных относят:

1. зависимость

2. развитие гастрита

3. гепатотоксичность

4. развитие артериальной гипертонии

5. развитие почечной недостаточности

084 Противопоказанием к использованию кетамина в акушерстве является:

1. наличие гипертензии

2. психических заболеваний

3 гипоксии плода

4. угрозы разрыва матки

5. наличие первых родов

085 Для дигоксина характерно:

1. насыщающая доза одинакова при оральном и в/в введении
2. дозу уменьшают при одновременном назначении нералам ила
3. около 1/3 насыщающей дозы препарата является поддержива­ющей дозой
4. равновесная плазменная концентрация устанавливается через 3 дня при постоянном приеме ежедневной дозы
5. улучшение аппетита - признак передозировки дигоксина

086 Для сердечных гликозидов характерно, что они:

1. замедляют AV проводимость
2. могут вызывать предсердную тахикардию с AV-блокадой
3. улучшают диастолическое наполнение желудочков при тахисистолии предсердий
4. укорачивают интервал PQ на ЭКГ
5. увеличивают амплитуду зубца Т на ЭКГ

087 Для проведения неотложных мероприятий при остро возник­шей брадикардии наиболее эффективны:

1. атропин
2. нифедипин (коринфар)
3. изадрин
4. верапамил

5.пропранолол

088 При купировании пароксизмов наджелудочковой тахикар­дии применяются следующие препараты:

1. новокаинамид
2. изоптин  
   З.АТФ
3. лидокаин
4. Рибоксин

089 К препаратам, влияющим на холинергические синапсы, от­носят:

1. антихолинэстеразные средства
2. средства, влияющие на м-холинорецепторы
3. средства, влияющие на н-холинорецепторы
4. бета-адреноблокаторы
5. альфа-адреноблокаторы

090 При раздражении холинергических нервов в сердце развива­ется:

1. Брадикардия
2. Замедление проведения импульсов по атрио-вентрикулярному узлу
3. Снижение скорости проведения возбуждения по проводящей системе сердца
4. Повышение сократительной способности желудочков сердца
5. Тахикардия

091 Атропин:

1. вызывает тахикардию
2. вызывает брадикардию
3. улучшает атрио-вентрикулярную проводимость
4. не влияет на атрио-вентрикулярную проводимость
5. ухудшает атрио-вентрикулярную проводимость

092 Метацин характеризуется:

1. более высокой проницаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
2. менее высокой проницаемостью через гемато-энцефалический барьер по сравнению с атропином
3. более сильным влиянием на функции глаз по сравнению с ат­ропином
4. менее влиянием на функции глаз по сравнению с атропином
5. отсутствием влияния на функции глаз

093 При стимуляции b-адренорецепторов:

1. расширяются сосуды скелетных мышц
2. повышается частота и сила сердечных сокращений
3. снижается моторика и тонус кишечника
4. повышается тонус бронхов
5. уменьшается частота сердечных сокращений

094 Основными препаратами, применяемыми при лечении ги­пертрофической кардиомиопатии являются:

1. Бета-блокаторы
2. Верапамил
3. Дипиридамол (большие дозы)
4. Сердечные гликозиды и диуретики
5. Периферические вазодилататоры

095 К факторам, повышающим риск развития интоксикации сер­дечными гликозидами, относят:

1. гипокалиемия
2. гипомагниемия
3. алкалоз
4. гиперкалиемия
5. гиперкальциемия

096 К состояниям и заболеваниям, повышающие риск развития интоксикации сердечными гликозидами:

1. гипотиреоз
2. пожилой возраст больных
3. почечная недостаточность (для гидрофильных препаратов)
4. печеночная недостаточность (для липофильных препаратов)
5. воспалительные заболевания миокарда

097 Лекарственные средства, повышающие риск развития инток­сикации сердечными гликозидами:

1. бета-адреностимуляторы
2. соли кальция
3. хинидин
4. кортикостероиды
5. салуретики

098 Критерии насыщения сердечными гликозидами у больного с мерцательной тахиаритмией является:

1. исчезновение дефицита пульса
2. урежение ЧСС до 60-75 уд. в мин
3. «корытообразная» депрессия сегмента ST
4. снижение амплитуды зубца Т
5. удлинение интервала PQ

099 При передозировке симпатомиметиков возникают:

1. блокады сердца
2. сужение сосудов кишечника
3. нарушения ритма сердца

4 . синдром «рикошета»

5. снижение сердечного выброса

100 К физиологическим факторам, снижающим элиминацию теофиллина, относятся:

1. сердечную недостаточность
2. заболевания печени
3. гипотиреоз
4. заболевания почек
5. Гипертиреоз