


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.04.2026 15:13:06
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

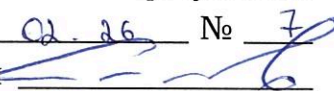
Согласовано:
Руководитель программы
ординатуры
« 26 » 02 2026 г.

Палеев Ф.Н./

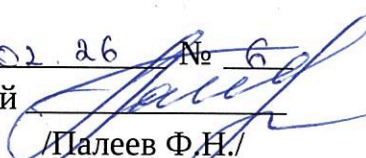
Фонды оценочных средств
к рабочей программе учебной дисциплины (модуля)
Генно-инженерные биологические препараты в терапии внутренних болезней

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Специальность
31.08.49 Терапия

Форма обучения
Очная

Согласовано с учебно-методической
комиссией медицинского факультета:
Протокол от « 26 » 02.26 № 7
Председатель УМКом 
/Максимов А.В./

Рекомендовано кафедрой терапии
Протокол от « 26 » 02.26 № 6
Заведующий кафедрой 
/Палеев Ф.Н./

г. Москва
2026 г.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара		
ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – Методику осмотра и обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом или подозрениями на них; – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями, пациентам с бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Этиологию и патогенез иммуновоспалительных ревматических заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Методы клинической и параклинической диагностики иммуновоспалительных ревматических заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Медицинские показания для направления пациентов, получающих генно-инженерные биологические или синтетические таргетные препараты к врачам-специалистам смежных специальностей; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Правила установки диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и его обоснование.
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающих терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Производить физикальное обследование пациента с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и интерпретировать его результаты; – Оценивать тяжесть состояния пациента, стратифицировать риск развития жизнеопасных осложнений, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях; – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и

		<p>обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и остеопорозом и получающих генно-инженерные биологические и/или таргетные синтетические препараты; – Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов (ревматолога, пульмонолога, кардиолога); – Использовать алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов (их законных представителей) с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом.
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – Навыками проведения сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками проведения физикального обследования пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками направления пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами на лабораторное и инструментальное обследование, а также консультации смежных специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников; – Принципы лечения и тактику ведения пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с применением генно-инженерных биологических и/или таргетных синтетических препаратов, в том числе при неотложных состояниях, показания к госпитализации в реанимационное отделение; – Механизмы действия лекарственных генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы; – Клинико-фармакологическую характеристику генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным

	<p>ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате применения генно-инженерных биологических или синтетических таргетных препаратов; – Алгоритмы оказания помощи при осложнениях, вызванных применением генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Особенности вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой на фоне терапии генно-инженерными биологическими и таргетными синтетическими препаратами; – Правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для лечения генно-инженерными биологическими препаратами.
Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план лечения больных ревматическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – Назначать рациональную медикаментозную терапию пациентам с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, остеопорозом, атеросклерозом и оценивать ее эффективность и безопасность; – Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов; – Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Оформлять медицинские документы при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами.
Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – Навыками разработки плана лечения больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с клиническими рекомендациями; – Навыками оценки эффективности и безопасности применения генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов – Навыками разработки плана вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой – Навыками оформления и выдачи медицинских документов при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами.

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками

и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырёхбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

3. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

Таблица 2

Раздел, тема	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное задание	Код индикатора
	Полугодие 2			
Раздел 1	Генно-инженерные биологические и синтетические таргетные препараты: общие вопросы	Устный опрос	Примерные вопросы: 1. Классификация воспалительных заболеваний суставов и позвоночника. 2. Современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, критериях диагноза, диагностике, прогнозе ревматоидного артрита. 3. Современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, критериях диагноза, диагностике, прогнозе псориатического артрита 4. Современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, критериях диагноза, диагностике, прогнозе анкилозирующего спондилита и других заболеваний из группы спондилоартритов. 5. Современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, критериях диагноза, диагностике, прогнозе системной красной волчанки. 6. Патогенез и клиническая картина, прогноз, дифференциальный диагноз системной склеродермии. 7. Патогенез, клиническая картина, прогноз, дифференциальный диагноз синдрома Шегрена. 8. Патогенез, клиническая картина, прогноз, дифференциальный диагноз при системных васкулитах. 9. Современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, критериях диагноза, диагностике аутовоспалительных заболеваний. 10. Современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, критериях диагноза, диагностике бронхиальной астмы. 11. Современные представления о патогенезе и диагностике атеросклероза. 12. Остеопороз: патогенез, диагностика, 13. Тактика лечения пациентов с	ПК-1.1 ПК-1.2
Тема 1.1	Классификация воспалительных заболеваний суставов и позвоночника.			
Тема 1.2	Современные принципы ведения больных иммуновоспалительными ревматическими, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом.			
Тема 1.3	Таргетная терапия с использованием генно-инженерных препаратов в лечении больных с иммуновоспалительными ревматическими, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом.			
Тема 1.4	Вопросы безопасности и контроля эффективности применения генно-инженерных биологических и синтетических таргетных препаратов в клинике внутренних			

	<p>болезней.</p>	<p>ревматоидным артритом.</p> <p>14. Тактика лечения больных псориатическим артритом.</p> <p>15. Тактика лечения больных спондилоартритами.</p> <p>16. Лечение больного анкилозирующим спондилитом в зависимости от формы заболевания.</p> <p>17. Принципы лечения системной красной волчанки.</p> <p>18. Лечение болезни Шегрена.</p> <p>19. Лечение системных васкулитов.</p> <p>20. Современные принципы ведения больных с аутовоспалительными заболеваниями.</p> <p>21. Современные принципы ведения больных с бронхиальной астмой, цели терапии.</p> <p>22. Современные принципы ведения больных с атеросклерозом. Целевые уровни холестерина.</p> <p>23. Принципы лечения больных остеопорозом. Цели лечения.</p> <p>24. Основные группы генно-инженерных препаратов, используемых для лечения больных с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями</p> <p>25. Нейтрализация фактора некроза опухоли α (моноклональными антителами и растворимыми рецепторами): общая характеристика группы, основные подклассы и представители.</p> <p>26. Нейтрализация активности интерлейкина 1 – особенности применения в ревматологии.</p> <p>27. Анти-В-клеточная терапия – основные представители, механизм действия, побочные реакции.</p> <p>28. Моноклональные антитела к рецепторам интерферона типа I: показания, противопоказания.</p> <p>29. Блокирование интерлейкина-6 – спектр применения, принципы назначения препаратов.</p> <p>30. Блокирование интерлейкина-17, интерлейкина 12 и 23.</p> <p>31. Таргетные синтетические препараты, применяемые в терапии пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ингибиторы янус-киназы, ингибиторы фосфодиэстеразы-4).</p> <p>32. Антитела против RANKL: показания при лечении больного с остеопорозом, контроль эффективности.</p> <p>33. Генно-инженерно-биологические препараты в терапии бронхиальной астмы</p> <p>34. Ингибиторы PCSK9: показания, контроль эффективности.</p> <p>35. Вопросы безопасности применения генно-инженерных биологических и синтетических таргетных препаратов, применяемых в клинике внутренних болезней.</p> <p>36. Скрининг на туберкулез при</p>	
--	------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>назначении генно-инженерных и таргетных препаратов.</p> <p>37. Контроль эффективности применения генно-инженерных биологических и синтетических таргетных препаратов.</p> <p>38. Побочные действия различных групп генно-инженерных и таргетных препаратов, методы их коррекции.</p> <p>39. Вопросы назначения генно-инженерной и таргетной терапии при сопутствующих заболеваниях.</p> <p>40. Понятие о биоаналогах (биосимилярах) генно-инженерных биологических препаратов.</p> <p>41. Иммуногенность генно-инженерных биологических препаратов.</p>	
Раздел 2	Частные вопросы применения генно-инженерных биологических и синтетических таргетных препаратов в клинике внутренних болезней	Устный опрос	<p>1. Генно-инженерные биологические и синтетические таргетные препараты, применяемые для лечения ревматоидного артрита.</p> <p>2. Генно-инженерные биологические и синтетические таргетные препараты, применяемые для лечения псориатического артрита.</p> <p>3. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения анкилозирующего спондилита.</p> <p>4. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения системной красной волчанки.</p> <p>5. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения системной склеродермии.</p> <p>6. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения системных васкулитов.</p> <p>7. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения болезни Шегрена.</p> <p>8. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения аутовоспалительных заболеваний.</p> <p>9. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения системного остеопороза.</p> <p>10. Тактика назначения деносуаба при остеопорозе.</p> <p>11. Контроль эффективности лечения деносуабом, тактика лечения после отмены препарата.</p> <p>12. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения бронхиальной астмы: классификация, механизм действия.</p> <p>13. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения бронхиальной астмы: показания, побочные эффекты.</p> <p>14. Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения бронхиальной астмы: контроль эффективности и безопасности терапии.</p> <p>15. Генно-инженерные биологические</p>	<p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p>
Тема 2.1	Генно-инженерные биологические и синтетические таргетные препараты, применяемые для лечения воспалительных заболеваний суставов и спондилоартритов.			
Тема 2.2	Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов.			
Тема 2.3	Генно-инженерные биологические препараты, применяемые для лечения остеопороза.			
Тема 2.4	Генно-инженерные биологические препараты, используемы для лечения бронхиальной астмы.			
Тема 2.5	Генно-инженерные биологические препараты, используемы для лечения атеросклероза.			

			препараты, используемые для лечения атеросклероза: показания, цели терапии. 16. Генно-инженерные биологические препараты, используемые для лечения атеросклероза: тактика назначения, контроль эффективности и безопасности.	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации (зачет)

1. Об активности ревматоидного артрита свидетельствуют:
 - **увеличение СОЭ**
 - утренняя скованность менее 1 часа
 - повышение АЛТ
 - появление узелков Гебердена
 - высокий титр АСЛ-О

2. Наиболее значимыми медиаторами воспаления при ревматоидном артрите являются:
 - интерлейкин 5
 - **интерлейкин 1**
 - **интерлейкин 6**
 - интерлейкин 10
 - **фактор некроза опухоли α**

3. В патогенезе ревматоидного артрита на ранней стадии имеет значение:
 - активация Т-супрессоров
 - супрессия В-лимфоцитов
 - **активация Т-хелперов 1-го типа**
 - активация Т-супрессоров
 - механизм нетоза

4. При ревматоидном артрите генно-инженерные биологические препараты используются:
 - при тяжелом течении заболевания
 - при непереносимости терапевтических доз метотрексата
 - для быстрого снижения активности заболевания
 - для поддержания ремиссии заболевания
 - **при невозможности достичь низкой активности или ремиссии заболевания на фоне адекватной терапии синтетическими базисными противовоспалительными препаратами**

5. Высокая активность ревматоидного артрита устанавливается при значениях DAS28:
 - >2,3
 - >3,2
 - >4,2
 - **>7,2**
 - **>5,1**

6. Для болезни Стилла у взрослых характерно
 - наличие лейкопении
 - **развитие фарингита**

- определение положительного антинуклеарного фактора
 - развитие заболевания в возрасте старше 65 лет
 - наличие геморрагической сыпи
7. К синтетическим болезнь-модифицирующим противовоспалительным препаратам для лечения ревматоидного артрита относятся
- Инфликсимаб
 - Фебуксостат
 - Канакинумаб
 - Метилпреднизолон
 - **Лефлуномид**
8. Определение активности (ASAS, 2009; APP, 2013) анкилозирующего спондилита рекомендуется осуществлять на основании:
- уровня СОЭ
 - уровня С-реактивного белка
 - индекса LEI
 - **индексов BASDAI и ASDAS**
 - индекса BASMI
9. Роль какого цитокина наиболее важна в индукции воспаления при анкилозирующем спондилите?
- интерлейкин-6
 - интерлейкин-1
 - интерлейкин-5
 - **фактор некроза опухоли-α**
10. Препараты первой линии для лечения анкилозирующего спондилита
- **нестероидные противовоспалительные препараты**
 - анальгетики
 - системные глюкокортикоиды
 - симптом-модифицирующие препараты замедленного действия
 - генно-инженерные биологические препараты
11. Какие утверждения являются верными при лечении спондилоартрита?
- ГИБП назначаются при наличии у пациента с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилита быстро прогрессирующего коксита, без учета активности болезни
 - **ГИБП назначаются при высокой активности болезни (BASDAI > 4 или ASDAS > 2,1) и при резистентности (или непереносимости) двух предшествующих НПВП, назначенных последовательно в полной терапевтической дозе с длительностью применения в целом не менее 4-х недель**
 - ГИБП назначаются при наличии у пациента с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилита рецидивирующего или резистентного к стандартной терапии увеита только при высокой активности основного заболевания
 - ГИБП назначаются у больных с периферическим спондилоартритом при резистентности (или непереносимости) к терапии сульфасалазином в дозе не менее 2гр в течение не менее чем 3-х месяцев и внутрисуставных инъекций ГК (не менее 2-х)
12. Для лечения ревматоидного артрита рекомендуется
- **Инфликсимаб**

- Белимумаб
 - Деносумаб
 - Экулизумаб
 - Инфликсимаб
13. Для лечения остеопороза рекомендуется
- Иксекизумаб
 - Инфликсимаб
 - **Деносумаб**
 - Ритуксимаб
 - Омализумаб
14. При лечении подагрического артрита могут использоваться
- **Ингибиторы интерлейкина-1**
 - Ингибиторы интерлейкина-17
 - Блокаторы V_Lys
 - Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа
15. Дайте определение препарату Канакинумаб
- рекомбинантная уриказа с присоединённой цепью полиэтиленгликоля
 - рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело к
- человеческому рецептору ИЛ-6
- **человеческое моноклональное антитело IgG1/каппа изотипа к ИЛ-1 β**
 - селективный ингибитор ксантиноксидазы
 - ингибитор интерлейкина 6
16. Моноклональные антитела, направленные против интерлейкина-4R α при тяжелой эозинофильной бронхиальной астме:
- **дупилумаб**
 - Меполизумаб
 - Бенрализумаб
 - Реслизумаб
 - Меполизумаб
17. Ингибиторы PCK9
- **эволокумаб**
 - левилимаб
 - омализумаб
 - реслизумаб
 - экулизумаб
18. К моноклональным антителам к рецепторам интерферона I типа относится
- левилимаб
 - **анифролумаб**
 - ритуксимаб
 - экулизумаб
 - меполизумаб
19. При лечении ревматоидного артрита с применением генно-инженерных биологических препаратов ранним признаком удовлетворительного эффекта является

- снижение температуры тела
- уменьшение числа болезненных суставов в 2 раза или более
- уменьшение числа припухших суставов в 2 раза или более
- **снижение DAS28 на 0,6 или более**
- достижение значений CDAI менее 2,8
- отсутствие рентгенологического прогрессирования

20. Противопоказанием к применению инфликсимаба у пациента с ревматоидным артритом является

- носительство вируса гепатита С и В
- **возраст менее 18 лет**
- гиперхолестеринемия
- перенесенный инфаркт миокарда
- латентная туберкулезная инфекция

21. Противопоказанием к применению ингибитора фактора некроза опухоли альфа является

- рецидивирующие венозные тромбозы при отсутствии антикоагуляционной терапии
- перенесенный туберкулез легких
- **хроническая сердечная недостаточность III или IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации**
- дивертикулярная болезнь кишечника с эпизодами дивертикулита в анамнезе

22. К селективным ингибиторам интерлейкина-23 относится

- тофацитиниб
- ритуксимаб
- **рисанкизумаб**
- белимумаб
- деносумаб

23. Противопоказанием к применению тофацитиниба в дозе 10 мг в сутки является

- перенесенный туберкулез
- хроническая обструктивная болезнь легких с дыхательной недостаточностью II или III степени

- **возраст менее 18 лет**
- перенесенный гайморит в анамнезе
- перенесенный инфаркт миокарда

24. Противопоказанием к применению ритуксимаба при лечении гранулематоза с полиангиитом является

- возраст менее 18 лет
- перенесенный туберкулез
- хроническая обструктивная болезнь легких с дыхательной недостаточностью II или III степени
- **хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации**

25. Противопоказанием к применению тофацитиниба в дозе 5 мг 2 раза в день является
- риск возникновения сепсиса
 - **носительство вируса гепатита С**
 - хроническая сердечная недостаточность III или IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации
 - перенесенный инфаркт миокарда
26. Противопоказанием к применению апремиласта является
- риск возникновения сепсиса
 - носительство вируса гепатита С
 - хроническая сердечная недостаточность III или IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации
 - содержание нейтрофилов в крови менее 2000/мкл
 - **возраст менее 18 лет**
27. Барицитиниб противопоказан при
- перенесенной пневмонии 3 мес. назад
 - перенесенном тромбозе глубоких вен голени
 - хронической сердечной недостаточности III или IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации
 - **концентрации нейтрофилов в крови менее 1000/мкл**
28. Белimumаб противопоказан в следующих клинических ситуациях:
- риск возникновения сепсиса
 - возраст до 18 лет
 - перенесенный тромбоз глубоких вен
 - **возраст до 5 лет**
 - содержание нейтрофилов в крови менее 2000/мкл
29. Деносумаб противопоказан в следующих случаях
- риске возникновения сепсиса
 - гиперпаратиреозе
 - гиперкальциемии
 - **гипокальциемии**
 - грибковом поражении кожи
30. Левилимаб противопоказан при
- хронической сердечной недостаточности III или IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации
 - перенесенном тромбозе глубоких вен
 - содержании нейтрофилов в крови менее 1000/мкл
 - **вирусном гепатите В**
 - пневмонии в анамнезе
31. При лечении ревматоидного артрита с применением генно-инженерных биологических препаратов первая оценка их эффективности производится
- через 14 дней после первого введения
 - через 1 месяц после первого введения

- **через 3 месяца после первого введения**
- через 6 месяцев после первого введения
- через 12 месяцев после первого введения

32. Тофацитиниб противопоказан в следующих клинических ситуациях:

- нарушение функции печени
- возраст менее 18 лет
- **перенесенный тромбоз глубоких вен**
- клиренс креатинина менее 40 мл/мин

33. К наиболее значимым характерным нежелательным явлениям ритуксимаба относится:

- реактивация туберкулеза
- перфорация толстой кишки
- острая печеночная недостаточность
- острое почечное повреждение
- **прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия**

34. К наиболее значимым характерным нежелательным явлениям ингибиторов интерлейкина-6 относится:

- полинейропатия
- прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- **перфорация толстой кишки**
- реактивация вирусного гепатита В
- острое почечное повреждение

35. К наиболее значимым характерным нежелательным явлениям ингибиторов интерлейкина-23 относится:

- Инфекционный эндокардит
- **грибковая инфекция кожи**
- опоясывающий герпес
- прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия

36. К наиболее значимым характерным нежелательным явлениям деносумаба относится:

- венозный тромбоз и эмболия
- реактивация вирусного гепатита В
- обострение воспалительного заболевания кишечника
- **бактериальная инфекция кожи и подкожной клетчатки**
- анемия

37. Какие генно-инженерные биологические препараты показали свою эффективность при волчаночном нефрите?

- эзулизумаб
- этанерцепт
- **белимумаб**
- адалимумаб
- **ритуксимаб**

38. В отношении назначения белимуаба при волчаночном нефрите верны следующие утверждения:

- назначается всем пациентам с волчаночным нефритом
- **назначается больным при отсутствии полного эффекта на стандартную терапию нефрита iii/iv классов**
- назначается больным с неэффективностью ритуксимаба
- назначается больным при отсутствии полного эффекта на стандартную терапию нефрита v классов
- назначается больным вместо иммуносупрессивной терапии
- назначается больным только при наступлении ремиссии

39. Биоаналогом (биосимиляром) генно-инженерного биологического препарата является:

- препарат с воспроизведенной аминокислотной последовательностью оригинала
- **препарат с воспроизведенной аминокислотной последовательностью оригинала, по эффективности не уступающий оригиналу**
- препарат с воспроизведенной аминокислотной последовательностью оригинала, по эффективности соответствующий оригиналу
- препарат другой структуры, сходный по биологическим эффектам с оригиналом
- препарат с воспроизведенной аминокислотной последовательностью оригинала, по эффективности превосходящий

40. Для регистрации препарата в качестве биоаналога требуется:

- заявление производителя о соответствии биологических эффектов оригиналу
- **подтверждение терапевтической эквивалентности оригиналу в клиническом исследовании**
- проведение длительного наблюдательного исследования для подтверждения безопасности
- подтверждение терапевтического превосходства перед оригиналом в клиническом исследовании
- подтверждение точного соответствия аминокислотной последовательности

41. Под иммуногенностью генно-инженерных биологических препаратов понимают:

- способность вызывать аутоиммунные заболевания
- **способность вызывать продукцию антител против лекарственного препарата**
- способность формировать иммунные комплексы
- способность активировать ретикуло-эндотелиальную систему
- способность взаимодействовать с ауто-антигенами

42. Пациент Б, 38 лет. Наблюдается с диагнозом псориатический артрит в течение 5 лет. 2 года назад в связи с наличием эпизодов рецидивирующей диареи консультирован гастроэнтерологом. Выявлена болезнь Крона. В настоящий момент у пациента установлена ремиссия болезни Крона, активность псориатического артрита по шкале DAPSA составляет 42.6 баллов. Проводится терапия метотрексатом 25 мг 1 раз в неделю и месалазином 3 грамма в сутки. Применение какой группы генноинженерных препаратов пациенту противопоказано?

- ингибиторы ФНО α

- ингибиторы интерлейкина 23p19
- **ингибиторы интерлейкина 17**
- ингибиторы интерлейкина 12/23

43. Пациент Г, 45 лет. Наблюдается с диагнозом «псориатический спондилоартрит» в течение 4-х лет. Выявлен положительный HLA B27. Пациенту проводится терапия метотрексатом 15 мг 1 раз в неделю с достижением PASI 100 и ACR 90. Год назад у пациента развился эпизод иридоциклита. В течение года иридоциклит рецидивировал трижды. У пациента исключена инфекционная и структурная причина иридоциклита. Офтальмологом установлен диагноз «иридоциклит, ассоциированный с HLA B27. Какая дальнейшая тактика ведения будет оптимальной?

- увеличение дозы метотрексата
- **назначение ингибиторов ФНОα**
- назначение ингибиторов CD20
- назначение ингибиторов Jak-киназ
- назначение ингибиторов интерлейкина 12/23

44. Пациентка К, 40 лет. Наблюдается с диагнозом «псориатический артрит» в течение 8 лет. После терапии метотрексатом в дозе до 25 мг в неделю в течение 5 лет в связи с сохранением высокой активности пациентка переведена на терапию адалимумабом 40 мг 1 раз в 2 недели с достижением эффекта ACR90. 6 месяцев назад пациентка отметила «ускользание» эффекта. Текущая активность по шкале DAPSA 36 баллов. Какова дальнейшая оптимальная тактика ведения больной?

- **смена терапии на голимумаб**
- смена терапии на апремиласт
- увеличение дозы адалимумаба до 80мг 1 раз в 2 недели
- добавление к терапии лефлуномида 20мг в сутки
- смена терапии на ритуксимаб

45. Оптимальным выбором терапии для пациентки 35 лет с псориатическим артритом без аксиального поражения, без значимых энтезитов, без признаков увеита и воспалительного заболевания кишечника, с анамнезом непереносимости всех базисных препаратов замедленного действия, без сопутствующих инфекций и высокой клинико-лабораторной активностью заболевания будет являться:

- **назначение ингибиторов ФНОα**
- назначение ингибиторов интерлейкина 12/23
- назначение ингибиторов интерлейкина 23
- назначение ингибиторов интерлейкина 17
- все варианты равноценны

46. Пациент, 20 лет, жалуется на боль и припухание правого коленного сустава, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39°C, острой болью в животе. Данные эпизоды обычно беспокоят в течение 3 дней, разрешаются самостоятельно независимо от лечения. Известно, что данные симптомы беспокоят с 18 лет с частотой 1 раз в 5-6 недель. Проводилось дообследование, серологические маркеры инфекционных заболеваний, онкомаркеры, диаскин- тест - отрицательны. Инструментальные исследования (ЭГДС, колоноскопия, КТ органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием) в пределах нормы. Проводилась диагностическая лапароскопия –

данных за объемный процесс, острую хирургическую патологию не получено. По данным лабораторных исследований в межприступный период: общий анализ крови (в т.ч. СОЭ) – норма, С-реактивный белок, креатинин, мочеви́на, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза – норма, прокальцитонин – отр., РФ, АЦЦП, АНФ - норма. Ревматологические заболевания у родственников отрицает, однако известно, что у бабушки диагностирована терминальная почечная недостаточность неизвестной этиологии. -Какой диагноз следует предположить у данного пациента?

- системная красная волчанка
- болезнь Бехчета
- **семейная средиземноморская лихорадка**
- болезнь Уиппла
- узелковый полиартериит

47. Пациент, 27 лет, 5 лет назад диагностирована семейная средиземноморская лихорадка. Проводилось лечение колхицином 2 г/сут., однако в связи с возобновлением приступов спустя 2 года на фоне терапии доза колхицина была увеличена до 2г 2 раза/сут. В течение последних 3 месяцев отмечает возобновление эпизодов повышения температуры тела, сопровождающиеся острой болью в животе. При дообследовании в межприступный период СОЭ норма, СРБ - 15 мг/л. Какой препарат необходимо назначить данному пациенту?

- тоцилизумаб
- ритуксимаб
- **канакинумаб**
- инфликсимаб
- тофацитиниб

48. Пациенту 28 лет с установленным диагнозом «криопирин-ассоциированный периодический синдром (CAPS)» планируется назначение лекарственной терапии. Проведено дообследование в межприступный период: клинический анализ крови (в т.ч. СОЭ), общий анализ мочи – норма; биохимический анализ крови: ЩФ, ГГТП, АЛТ, АСТ, креатинин, мочеви́на, общий белок - норма. ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис – отрицательны. Какой минимальный объем дообследования необходим данному пациенту перед назначением терапии?

- **диаксин-тест, рентгенография органов грудной клетки**
- ЭГДС, колоноскопия
- бактериологическое исследование крови, прокальцитон
- КТ органов грудной клетки, УЗИ периферических лимфоузлов
- определение уровня белковых фракций

49. Пациент, 35 лет, на приеме ревматолога с жалобами на боль в нижней части спины до 7-8 баллов по ВАШ в утренние часы, продолжающуюся в течение 1,5 часов и уменьшающуюся после зарядки. Данные симптомы беспокоят в течение последних 2 лет с тенденцией к усилению болевого синдрома. По совету терапевта поликлиники принимал мелоксикам 15 мг/сут., нимесулид 200 мг/сут. в течение 3 недель (каждый препарат – без выраженного эффекта). На фоне приема эторикоксиба 90 мг/сут. отмечал значительное облегчение симптомов, однако спустя 6 месяцев приема отметил ускользание эффекта, в связи с чем направлен на прием к ревматологу. При дообследовании в лабораторных исследованиях отмечается повышение СОЭ до 40 мм/ч, СРБ до 25 мг/л. По данным рентгенографии костей таза, выполненным в поликлинике, признаки остеоартрита крестцово-подвздошных сочленений: отмечается симметричное сужение нижней трети крестцово-подвздошных сочленений. С учетом полученных

данных планируется смена терапии. Какой препарат должен быть назначен данному пациенту?

- Метотрексат
- Сульфасалазин
- Ритуксимаб
- Высокие дозы ГКС
- **Инфликсимаб**

50. Пациент, 38 лет, обратился на прием к ревматологу с жалобами на боль в нижней части спины в ночное время, утреннюю скованность в нижней части спины в течение 1,5 часов. Указанные жалобы беспокоят на протяжении последних 2 лет. При дообследовании выявлено умеренное повышение острофазовых показателей, HLA B27 антиген положительный, назначена терапия целекоксибом 200 мг 2 раза/сут. с положительным эффектом, на фоне постоянного лечения болевой синдром полностью купирован. В течение последних 5 месяцев наблюдается у офтальмолога по поводу рецидивирующего иридоциклита, проводится топическая терапия иридоциклита – без выраженного положительного эффекта. Планируется смена лекарственной терапии. Какой препарат должен быть назначен данному пациенту?

- метотрексат
- тоцилизумаб
- циклоспорин
- этанерцепт
- **адалimumаб**

51. Пациент, мужчина, 37 лет, наблюдается у ревматолога в связи с установленным диагнозом «Аксиальный спондилоартрит». В связи с неэффективностью базисной терапии НПВП в течение последнего года получает секукиумаб. На фоне лечения отмечает значительное улучшение самочувствия; уменьшение боли и скованности в нижней части спины, при этом уровни острофазовых показателей сохраняются повышенными (СОЭ 30 мм/ч, СРБ 20 мг/л). При дообследовании выявлены повышенные уровни фекального кальпротектина, во время проведения колоноскопии выявлен терминальный илеит. Планируется смена терапии. Препарат из какой фармакологической группы должен быть назначен данному пациенту?

- Ингибиторы ИЛ-1
- **Ингибиторы ФНОα**
- Ингибиторы ИЛ12/23
- Ингибиторы ИЛ 17
- Ингибиторы ИЛ6

52. Пациент, 44 года, обратился на прием ревматолога с жалобами на боль в нижней части спины в утренние часы, боль и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Боль и припухание периферических суставов, покраснение глаз отрицает. При дообследовании: СОЭ 44 мм/ч, С-реактивный белок 15 мг/л, HLA B27 – положительный. По данным МРТ крестцово-подвздошных сочленений выявлены участки усиления сигнала в режиме STIR от боковых масс крестца и субхондральных отделов подвздошных костей симметрично с обеих сторон. Лечение ранее не проводилось.

Какая терапия должна быть назначена в данном случае?

- Сульфасалазин 3г/сут.

- Метотрексат 15 мг/нед.
- Целекоксиб 400 мг/сут.
- Секукинумаб 150 мг/месяц
- Тофацитиниб 10 мг/сут.

53. Пациент А, 34 лет, работает на стройке штукатуром с 30 лет, наблюдается с диагнозом «Бронхиальная астма». Бронхиальная астма контролируется постоянным приемом фиксированной комбинации: ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе/длительнодействующие бета-2 агонисты (ДДБА). В качестве препаратов неотложной помощи пациент использует короткодействующие бета-2 агонисты (КДБА) 1-2 раза в сутки, 1-2 раза в неделю отмечает приступы затрудненного дыхания в предутренние часы. По рекомендации пульмонолога ЛПУ пациент ежедневно проходит пикфлоуметрию и заполняет дневник самоконтроля. В течение последней недели отмечается снижение ПСВ пациента по сравнению с ее наилучшим значением (ПСВ в период контроля БА), разброс утренних и вечерних показателей ПСВ составляет 30%. ПСВ в день визита к Вам – 70% от индивидуального наилучшего значения. Аллергологический анамнез: с 16 лет отмечает приступы удушья на резкие запахи, аллергический ринит и конъюнктивит на пыльцу березы и осины. При осмотре обращают внимание рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких на фазе выдоха. ЧДД 22 в минуту. Вопрос: какой диагноз может быть установлен у пациента?

• **Бронхиальная астма: аллергическая, средней степени тяжести, частично контролируемое течение, обострение. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)**

• Бронхиальная астма: аллергическая, легкое контролируемое течение. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)

• Бронхиальная астма: аллергическая, интермиттирующая, неконтролируемое течение. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)

• Бронхиальная астма: аллергическая, тяжелая персистирующая, контролируемая. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)

• ХОБЛ: бронхитический фенотип, GOLD 3, категория D.

54. Пациент А, 34 года, работает на стройке штукатуром с 30 лет, наблюдается с диагнозом «Бронхиальная астма». Бронхиальная астма контролируется постоянным приемом фиксированной комбинации: ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе+длительно действующие бета-2 агонисты. В качестве препаратов неотложной помощи пациент использует короткодействующие бета-2 агонисты 1-2 раза в сутки, 1-2 раза в неделю отмечает приступы затрудненного дыхания в предутренние часы. По рекомендации пульмонолога пациент ежедневно выполняет пикфлоуметрию и заполняет дневник самоконтроля. В течение последней недели отмечается снижение пиковой скорости выдоха (ПСВ) по сравнению с ее наилучшим значением (ПСВ в период контроля бронхиальной астмы), разброс утренних и вечерних показателей ПСВ составляет 30%. ПСВ в день визита – 70% от индивидуального наилучшего значения. Аллергологический анамнез: с 16 лет отмечает приступы удушья на резкие запахи, аллергический ринит и конъюнктивит на пыльцу березы и осины. При осмотре обращают внимание рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких на выдохе. ЧДД 22 в минуту. Вопрос: какая дальнейшая тактика медикаментозного лечения пациента?

• **Ингаляционные глюкокортикостероиды в средней или высокой дозе+длительно действующие бета-2 агонисты + тиотропия бромид**

• Оставить терапию прежней

- Добавление респираторных фторхинолонов (например, левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки – 7 дней)
- Добавить системные глюкокортикоиды коротким курсом (преднизолон 40 мг перорально 7 дней)
- Оставить только бета-2 агонисты при потребности.

55. Пациент А, 34 года, работает на стройке штукатуром с 30 лет, наблюдается с диагнозом «Бронхиальная астма». Бронхиальная астма контролируется постоянным приемом фиксированной комбинации: ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе/длительно действующие бета-2 агонисты (ДДБА). В качестве препаратов неотложной помощи пациент использует короткодействующие бета-2 агонисты (КДБА) 1-2 раза в сутки, 1-2 раза в неделю отмечает приступы затрудненного дыхания в предутренние часы. По рекомендации пульмонолога ЛПУ пациент ежедневно проходит пикфлоуметрию и заполняет дневник самоконтроля. В течение последней недели отмечается снижение ПСВ пациента по сравнению с ее наилучшим значением (ПСВ в период контроля БА) Аллергологический анамнез: с 16 лет отмечает приступы удушья на резкие запахи, аллергический ринит и конъюнктивит на пыльцу березы и осины. При осмотре обращают внимание рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких в фазе выдоха. ЧДД 22 в минуту. При проведении спирометрии на фоне отмены терапии: ОФВ₁ – 52%, ОФВ₁ после ингаляции 200 мкг сальбутамола – 69%, ОФВ₁/ФЖЕЛ = 75% Вопрос: какой диагноз у пациента?

- Бронхиальная астма: аллергическая, легкое средне-контролируемое течение. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)
- Бронхиальная астма: аллергическая, интермиттирующая. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)
- **Бронхиальная астма: аллергическая, тяжелое неконтролируемое течение. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)**
- Бронхиальная астма: аллергическая, тяжелая персистирующая, контролируемая. Аллергия к аллергенам пыльцы деревьев (береза, осина)
- ХОБЛ: бронхитический фенотип, GOLD 3, категория D

56. Пациентка 48 лет. Поступила в стационар в связи с обострением тяжелой аллергической бронхиальной астмы. Бронхиальной астмой болеет длительное время. В последние 5 лет заболевание прогрессирует. Использовались различные варианты базисной терапии, на фоне которых не удавалось добиться продолжительного и устойчивого контроля бронхиальной астмы. В последнее время проводилась трехкомпонентная базисная терапия: Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)/Длительно действующие бета 2 агонисты + Длительно действующие антихолинэргики. Применялись высокие дозы ИГКС. Сохранялась ежедневная респираторная симптоматика с потребностью в короткодействующих ингаляционных бронхолитиках. За прошедший год дважды обострение. При обследовании в стационаре выявлен повышенный уровень IgE до 380 МЕ/мл, эозинофилы в клиническом ан. крови $0,1 \times 10^9/\text{л}$. Проводилась терапия системными и ингаляционными (небулайзерными) глюкокортикоидами с умеренным положительным эффектом. При выписке даны рекомендации по продолжению базисной терапии, включающей применение генно-инженерных биологических препаратов. Вопрос: какой из перечисленных ниже генно-инженерных биологических препаратов наиболее верно использовать в данном случае?

- Омализумаб
- Меполизумаб
- Реслизумаб
- Бенрализумаб

- Дупилумаб

57. Пациент 47 лет, преподаватель. Обратился с жалобами на кашель с отхождением слизистой мокроты, кровохарканье (прожилки крови в мокроте). За последний месяц отмечает прогрессивное ухудшение общего состояния - нарастающая одышка, не может пройти 3 лестничных пролета до квартиры. Анамнез: не курит, алкоголь употребляет умеренно. Ранее заболеваний, связанных с органами грудной клетки - не было. При осмотре: состояние средней тяжести, в покое цианоза и одышки нет. температура 38,7°C, ЧСС 90 в минуту. Аускультативно над поверхностью легких диффузная крепитация, диффузные сухие свистящие хрипы на выдохе. Рентгенография органов грудной клетки: уплотнение в базальных отделах легких, больше справа. Спирометрия: обструктивные изменения, положительная проба с бронхолитиком. Были назначены амоксициллин, сальбутамол и теофиллин - без положительной динамики. В течение недели сохранялись лихорадка и кровохарканье. Пациент госпитализирован. В общем анализе мочи обращают внимание протеинурия не нефротического уровня, гематурия. Вопрос: какое дообследование необходимо выполнить с целью дифференциальной диагностики поражения легких и почек?

- АНА, ANCA, определение антител к гломерулярной мембране, IgA
- Определение 5-гидроксииндолуксусной кислоты в моче
- Анализ суточной мочи на метанефрин и норметанефрин
- Определение суточной экскреции кортизола с мочой, далее - малая дексаметазоновая проба
- Измерение оксида азота - NO - в выдыхаемом воздухе

58. К Вам на прием обратился пациент А, 56 лет. На момент приема жалобы отсутствуют. Сопутствующие заболевания: в течение последних 10 лет – артериальная гипертензия с максимальными цифрами артериального давления 170/100 мм рт. ст., получает постоянную гипотензивную терапию. 2 года назад перенес инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST со стентированием среднего сегмента передней нисходящей артерии, после чего постоянно получает антитромботическую терапию. Вопрос: Каким должен быть целевой уровень липопротеидов низкой плотности у пациента с учетом сердечно-сосудистого риска?

- $\leq 1,4$ ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного
- $\leq 1,0$ ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного
- $\leq 1,8$ ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного
- $\leq 2,6$ ммоль/л
- ≤ 3 ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного

59. К Вам на прием обратился пациент Б., 26 лет. На момент приема жалобы отсутствуют. Из анамнеза известно, что 2 года назад у пациента был выявлен сахарный диабет 1 типа. Получает постоянную инсулинотерапию. Поражений органов-мишеней нет. Сопутствующие заболевания: отсутствуют. Курение: отрицает. Вопрос: Каким должен быть целевой уровень ЛПНП у пациента, с учетом сердечно-сосудистого риска?

- $\leq 1,4$ ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного
- $\leq 1,0$ ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного
- $\leq 1,8$ ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного
- $\leq 2,6$ ммоль/л
- ≤ 3 ммоль/л и снижение $>50\%$ от исходного

60. К Вам на прием обратился пациент Б, 26 лет. На момент приема жалобы отсутствуют. Из анамнеза известно, что 2 года назад у пациента был выявлен сахарный диабет 1 типа. Получает постоянную инсулинотерапию. Поражений органов-мишеней нет. Сопутствующие заболевания: отсутствуют. Курение: отрицает. При дообследовании у пациента была выявлена дислипидемия (холестерин ЛПНП – 7 ммоль/л, триглицериды – 3 ммоль/л), в связи с чем даны рекомендации по немедикаментозной коррекции дислипидемии и назначен розувастатин 40 мг в сутки. При повторном контроле липидного профиля через 3 месяца – снижение холестерина ЛПНП до 4 ммоль/л, триглицериды – до 1,7 ммоль/л. Вопрос: Какая дальнейшая тактика ведения пациента?

- Добавить второй статин (например, аторвастатин 20 мг в сутки)
- **Добавить препарат из группы селективных ингибиторов всасывания холестерина в кишечнике (эзетимиб 10 мг в сутки)**
- Направить пациента к липидологу с вопросом о назначении препаратов из группы ингибиторов PCSK-9
- Оставить все без изменений
- Добавить второй статин + эзетимиб

61. К Вам на прием обратился пациент А., 56 лет. На момент приема жалобы отсутствуют. Сопутствующие заболевания: в течение последних 10 лет – артериальная гипертензия с максимальными цифрами артериального давления 170/100 мм рт. ст., получает постоянную гипотензивную терапию, 2 года назад перенес острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST со стентированием среднего сегмента передней нисходящей артерии, после чего получал двойную антитромботическую терапию, последний год – ацетилсалициловую кислоту. Курение отрицает. Рекомендации по здоровому образу жизни соблюдает. Лабораторно обращает внимание дислипидемия: холестерин ЛПНП – 4 ммоль/л, триглицериды – 4 ммоль/л. В связи с очень высоким уровнем сердечно-сосудистого риска был назначен розувастатин 40 мг в сутки. При контроле через 3 месяца – ЛПНП 1,5 ммоль/л, триглицериды – 3 ммоль/л. Вопрос: Какая дальнейшая тактика ведения пациента?

- **Добавление к терапии фенофибрата**
- Коррекция триглицеридемии не требуется, целевые уровни ЛПНП достигнуты, значит можно оставить пациента на прежнем лечении
- Добавление препарата из группы секвестрантов жирных кислот (эзетимиб 10 мг в сутки)
- Рассмотреть вопрос о назначении ингибиторов PCSK-9
- Добавить второй статин (например, аторвастатин 20 мг в сутки)

62. К Вам на прием обратился пациент А, 45 лет. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациенту в связи с обращением по поводу жалоб на боль в грудной клетке стенокардитического характера, было проведено дообследование и установлен диагноз «ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК», после чего начал принимать аторвастатин в дозировке 10 мг в сутки. При повышении дозировки наблюдалось повышение трансаминаз до 200 ЕД/л. Семейный анамнез: отец – внезапная сердечная смерть в 50 лет. Лабораторно: холестерин ЛПНП – 7 ммоль/л. При осмотре обращают внимание ксантомы ахиллового сухожилия, ксантелазмы век, липоидная дуга роговицы. Вопрос: какая дальнейшая тактика ведения пациента?

- Ничего не менять, оставить аторвастатин в прежней дозировке
- **Назначить розувастатин в минимальной дозировке до достижения целевых уровней ЛПНП, при невозможности достижения целевых уровней – добавить эзетимиб или ингибитор PCSK-9**

- Отменить аторвастатин, ничего не назначать до нормализации уровня печеночных ферментов
- Добавление к аторвастатину в прежней дозе эзетимиба или ингибитора PCSK-9
- Добавление к терапии фенофибрата

63. На прием к ревматологу обратилась женщина, 45 лет. Жалобы: на сухость во рту, в глазах, в носу, на боль, периодическое припухание мелких суставов кистей. Начало заболевания 10 лет назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Обращалась к офтальмологу, назначались препараты искусственной слезы, капли с циклоспорином. Боль и припухлость в суставах купировала приемом НПВП. Диагностирована болезнь Шегрена. Настоящие ухудшения в течение года: заметила припухлость в правой околоушной области. Проведена биопсия: диагностирована MALT – лимфома. Онкогематологами проведена клон-редуцирующая терапия с эффектом. Суставной статус: Экссудативных изменений в суставах нет. Болезненность при пальпации ПЯФС и ПМФС. Лабораторные данные: общий анализ крови - эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты $220 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $4,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 20 мм/ч. Биохимический анализ крови: СРБ 4,9 мг/л, РФ 12 МЕд/мл, антинуклеарный фактор 1:320, SSA/Ro +. АЦЦП 3 МЕ/мл (норма 0-20). Тест Ширмера: левый глаз - 3 мм, правый - 2 мм за 5 минут. Рентгенография кистей: эрозий нет, субхондральный склероз суставных поверхностей межфаланговых суставов, там же незначительное сужение суставных щелей. Настоящая терапия: гидроксихлорохин 200 мг в сутки. Какой иммуносупрессивный препарат наиболее целесообразен в данной клинической ситуации?

- Преднизолон 5 мг/сут.
- **Ритуксимаб 1000 мг 1 раз в 6 мес**
- Пульс-терапия ГКС.
- Циклофосфамид 1000 мг 1 раз в месяц
- Сульфасалазин 2 г/сут.

64. На прием к ревматологу обратилась женщина, 45 лет. Жалобы: на сухость во рту, в глазах, в носу, на боль, периодическое припухание мелких суставов кистей, одышка при подъеме на 1 этаж. Начало заболевания 5 лет назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Обращалась к офтальмологу, назначались препараты искусственной слезы. Боль и припухлость в суставах купировала приемом НПВП. При обследовании. Общий анализ крови: эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты $220 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $4,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 20 мм/ч. Биохимический анализ крови: СРБ 4,9 мг/л, РФ 12 МЕд/мл, АНФ 1:320, SSA/Ro +. АЦЦП 8 МЕ/мл (0-20). Биоптат малых слюнных желёз (2 фокуса очаговой лимфоцитарной инфильтрации в 4 мм²). Тест Ширмера: левый глаз: 3 мм, правый: 5 мм за 5 минут. Диагностирована Болезнь Шегрена. При КТ ОГК: КТ – картина интерстициального заболевания легких. КТ – паттерн НСИП. Назначался микофенолата мофетил без эффекта. Препарат заменен на циклофосфамид (суммарная доза 12 г). При контрольной КТ – ОГК – отмечается увеличение площади поражения преимущественно за счет увеличения зон матового стекла, ретикулярных изменений. Суставной статус: Экссудативных изменений в суставах нет. Болезненность при пальпации пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов. Какой препарат наиболее предпочтителен в данной клинической ситуации?

- Циклофосфамид
- **Ритуксимаб**
- Пульс-терапия ГКС
- Цертолизумаб Пэгол

- Голимумаб

65. Больная Н., 36 лет, в течении 8 лет страдает системной красной волчанкой с поражением кожи (дискоидные очаги на коже лица, фотодерматоз, очаговая алопеция), суставов (артриты мелких суставов кистей, синдром Жакку), иммунологическими нарушениями (высокие титры АНФ, антител к ДНК, снижение С3-комплемента). Пациентка обратилась к ревматологу в связи с частыми головными болями, слабостью, изменениями в анализе мочи (эритроциты 3-4 в поле зрения, измененные; лейкоциты 50-60 в поле зрения, белок 0,8 г/л, цилиндры отсутствуют). Креатинин 124 мкмоль/л, мочевиная кислота. Выполнена биопсия почки, диагностирован III класс волчаночного нефрита. Начата терапия циклофосфамидом, однако в связи выраженной нейтропенией препарат был отменен, затем микофенолата мофетил, однако через 3 мес. частичная ремиссия не была достигнута. Какой генно-инженерный препарат будет являться предпочтительным для лечения данной пациентки?

- Белимумаб
- Этанерцепт
- **Ритуксимаб**
- Анифролумаб
- Адалимумаб

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

- введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);
- содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);
- заключение (краткая формулировка основных выводов);
- список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по

первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения (для магистерских диссертаций);
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов

Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки - зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочтает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовки.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребует на её показ.

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

– задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);

- задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

- задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;
- задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);
- задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.
2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает

стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

- ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;
- для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;
- ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;
- ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;
- проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;
- решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

- решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;
- предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;
- предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;
- предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;
- предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период промежуточной аттестации, установленной календарным учебным графиком.