

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ В РЕВМАТОЛОГИИ**

Специальность 31.08.46 Ревматология
код, наименование

Кафедра: терапии и общей врачебной практики

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2026

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Клиническая фармакология в ревматологии»

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

2. Перечень оценочных средств

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

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9, ПК-11	Текущий	Раздел 1. Общие вопросы клинической фармакологии Раздел 2. Основы клинической фармакологии противоревматических препаратов Раздел 3. Базисные противоревматические препараты Раздел 4. Симптоматическая и сопутствующая терапия в ревматологии	Коллоквиум Кейс-задания
ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9, ПК-11	Промежуточный	Раздел 1. Общие вопросы клинической фармакологии Раздел 2. Основы клинической фармакологии противоревматических препаратов Раздел 3. Базисные противоревматические препараты	Тестовые задания

	Раздел 4. Симптоматическая и сопутствующая терапия в ревматологии	
--	---	--

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестов. Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: коллоквиума, кейс-заданий, тестовых заданий.

4.1. Коллоквиум для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9, ПК-11

Вопросы
1. Метаболизм лекарственных средств. Фармакокинетика и фармакодинамика. Взаимосвязь между фармакодинамикой и фармакокинетикой.
2. Побочные действия лекарственных средств.
3. Взаимодействия лекарственных средств.
4. Применение лекарственных препаратов у беременных, кормящих, детей, пожилых.
5. Принципы рациональной фармакотерапии.
6. Общие сведения о противоревматической терапии. Классификация противоревматических препаратов: симптоматическая и базисная терапия при различных ревматологических заболеваниях.
7. Побочные действия, нежелательные реакции, при применении противоревматических препаратов. Безопасность и эффективность применения противоревматических препаратов.
8. Профилактика осложнений при применении противоревматических препаратов.
9. Фармакологическая терапия в периоперационный период.
10. Профилактика и лечение нежелательных явлений фармакологической терапии с учетом коморбидных состояний.
11. Взаимодействие противоревматических средств, особенности метаболизма, фармакокинетики и фармакодинамики.
12. Нестероидные противовоспалительные препараты: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к назначению, режимы дозирования, оценка эффективности и безопасности применения.
13. Глюкокортикоиды в ревматологии, системное и локальное использование. Классификация, механизм действия, режимы дозирования, показания и противопоказания к назначению, оценка эффективности и безопасности применения.
14. Синтетические базисные противоревматические препараты в лечении периферического поражения суставов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к назначению, режимы дозирования, оценка эффективности и безопасности применения.
15. Фармакотерапия микрокристаллических поражений суставов (подагра и другие микрокристаллические артропатии): классификация препаратов, режимы дозирования, показания, противопоказания, осложнения.
16. Средства для лечения остеоартрита: симптоматические медленнодействующие препараты в лечении остеоартрита, локальная терапия в лечении остеоартрита, их классификация, механизм действия, режимы дозирования, показания и противопоказания к назначению, оценка эффективности и безопасности применения.
17. Препараты для лечения остеопороза и остеопении: их классификация, механизм действия, режимы дозирования, показания и противопоказания к назначению, оценка эффективности и безопасности применения.
18. Особенности применения базисной терапии у детей.

19. Симптоматическая терапия заболеваний суставов и позвоночника.
 20. Симптоматическая терапия системных заболеваний соединительной ткани.
 21. Базисная терапия заболеваний суставов и позвоночника.
 22. Препараты для лечения сопутствующей патологии и осложнений при ревматических заболеваниях (антибактериальные препараты, препараты иммуноглобулина).

4.2. Кейс-задания для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11

Вид	Код	Текст названия трудовой функции
Н	-	001
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчине 30 лет установлен диагноз АС (аксиальная форма, соответствует модифицированным Нью-Йоркским критериям). Активность умеренная (BASDAI 5.1), СРБ в норме. На МРТ признаки активного сакроилеита. Сопутствующей патологии нет.
В	1	Какую терапию первой линии необходимо назначить? В каком режиме и почему?
Э	-	Необходимо назначить НПВП в полной терапевтической дозе. Учитывая наличие активного воспаления по данным МРТ, предпочтителен постоянный (ежедневный) прием с целью не только уменьшения симптомов, но и возможного влияния на воспалительный процесс и прогрессирование.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	002
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с АС получает диклофенак 150 мг/сут в течение 1 месяца. Боль и скованность уменьшились незначительно. Побочных эффектов нет.
В	1	Какова дальнейшая тактика в отношении терапии НПВП?
Э	-	Согласно рекомендациям, при неполной эффективности первого НПВП (диклофенака) рекомендуется его замена на другой НПВП. Следует выбрать альтернативный препарат из другой химической группы (например, мелоксикам, эторикокиб, нимесулид) в адекватной дозе
P2	-	Ответ правильный

P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	003
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка с АС, 45 лет, с умеренной активностью заболевания. Имеет хронический гастрит в анамнезе. Для купирования боли и скованности плохо переносит НПВП (развиваются боли в эпигастрии).
В	1	Какие варианты симптоматической терапии можно рассмотреть?
Э	-	1) Использование селективного НПВП (ингибитора ЦОГ-2, например, эторикоксиб) в комбинации с ингибитором протонной помпы для защиты ЖКТ. 2) В качестве дополнительного краткосрочного симптоматического лечения можно рассмотреть парацетамол или трамадол, как указано в тексте при неэффективности или непереносимости НПВП.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	004
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 48 лет с длительным анамнезом подагры, наличием множественных подкожных тофусов на ушных раковинах и пальцах кистей, а также признаками хронического артрита. Уровень МК на фоне приема аллопуринола 600 мг/сут — 340 мкмоль/л. Пациент жалуется на частые, хоть и менее интенсивные, эпизоды боли в суставах.
В	1	Достигнут ли целевой уровень терапии для данного пациента? Если нет, то какой должна быть следующая цель и тактика?
Э	-	Для данного пациента целевой уровень НЕ достигнут. При наличии тофусов и хронического артрита рекомендуется более жесткий целевой уровень МК — <300 мкмоль/л. Тактика: Уровень МК 340 мкмоль/л недостаточен для растворения массивных отложений кристаллов и предотвращения хронического воспаления. Необходимо продолжить титрование дозы аллопуринола до 700-800 мг/сут (с учетом функции почек) с целью снижения МК ниже 300 мкмоль/л. Если на максимально переносимой дозе аллопуринола (900 мг/сут) целевой уровень <300 мкмоль/л не

		достигнут, следует рассмотреть переход на фебуксостат или добавление урикозурического препарата (с учетом противопоказаний).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
И	-	005
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 58 лет, с впервые диагностированным коксартрозом I стадии. Боль умеренная, возникает к концу дня. Сопутствующих заболеваний, рисков со стороны ЖКТ и ССС не имеет.
В	1	Какую группу препаратов ему рекомендуется назначить в первую очередь, согласно тексту? Укажите конкретные примеры препаратов из этой группы, имеющие уровень рекомендаций А. Через какое время следует ожидать выраженного симптоматического эффекта?
Э	-	Ему рекомендуется назначить симптоматические лекарственные средства замедленного действия (СЛСЗД). Конкретные примеры с уровнем рекомендаций А: препараты хондроитина сульфата, глюкозамина, их комбинации, а также препараты на основе неомыляемых соединений авокадо и сои. Выраженный симптоматический эффект развивается через 8-12 недель после начала приема.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
И	-	006
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 50 лет, с коксартрозом II стадии, получал кристаллический глюкозамина сульфат в течение 4 месяцев. Клинического улучшения (снижения боли, увеличения объема движений) не отмечает.
В	1	Каковы дальнейшие действия согласно рекомендациям? Через какое время после начала приема СЛСЗД можно окончательно оценить их эффективность?
Э	-	Согласно тексту, при отсутствии в течение трех месяцев клинического эффекта у пациентов, получающих препараты из группы СЛСЗД, рекомендуется их замена на другие препараты указанной группы или дополнительное назначение препаратов из других фармакологических

		групп. Однако окончательная оценка эффективности СЛСЗД рекомендуется после завершения полного лечебного курса, продолжающегося обычно 5–6 месяцев. Таким образом, можно либо уже сейчас заменить/добавить терапию, либо продолжить прием еще на 1-2 месяца для окончательной оценки.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	007
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с гонартрозом принимает НПВП "по требованию" (2-3 раза в неделю), но отмечает, что боль и скованность стали более постоянными.
В	1	Какой режим приема НПВП может быть более эффективным в его ситуации и почему?
Э	-	Ему рекомендуется непрерывное использование НПВП (короткими курсами), так как оно обеспечивает лучший контроль симптомов и меньшее количество рецидивов, чем прием НПВП в режиме "по требованию". При постоянном болевом синдроме предпочтение отдается пролонгированным формам.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	008
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 72 года, с коксартрозом III стадии и выраженным болевым синдромом. В анамнезе: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (без обострений 5 лет), перенесенный инфаркт миокарда (2 года назад). Принимает антиагреганты.
В	1	Какую стратегию медикаментозного обезболивания вы выберете, учитывая высокие риски? Обоснуйте, ссылаясь на конкретные пункты текста. Можно ли ей назначать НПВП? Если да, то какие и с какой сопроводительной терапией? Если нет, то какие альтернативы существуют?
Э	-	НПВП, особенно неселективные, не рекомендуются из-за очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (перенесенный

		инфаркт) и высокого риска осложнений со стороны ЖКТ (возраст >65 лет, язва в анамнезе, прием антиагрегантов). Альтернатива 1: Рассмотреть препараты из группы СЛСЗД с высоким профилем безопасности (хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат), хотя их эффект развивается медленно. Альтернатива 2: Для контроля сильной боли короткими курсами может быть рассмотрен трамадол (не имеет прямого ulcerогенного и протромботического действия). Альтернатива 3: При наличии признаков нейропатической боли или депрессии – дулоксетин.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	009
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациенту с гонартрозом и ИБС, перенесший инфаркт миокарда 2 года назад, терапевт для купирования суставной боли назначил неселективный НПВП.
В	1	Согласны ли вы с этим назначением? Что сказано в рекомендациях о назначении НПВП пациентам с очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений?
Э	-	Не согласен. В рекомендациях указано: "Не рекомендуется назначать НПВП пациентам с ОА и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений". Пациент с перенесенным инфарктом относится к этой группе.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	010
Ф	A/02.8	<i>Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности</i>
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 70 лет с подагрой и фибрилляцией предсердий принимает дигоксин и верапамил. Для профилактики обострений при начале УСТ ему назначен колхицин по 0.5 мг 2 раза в сутки. Через неделю у пациента развилась выраженная диарея и слабость.
В	1	С чем вероятнее всего связаны данные симптомы? Каков патогенез этого осложнения и какова правильная тактика?

Э	-	Симптомы с высокой вероятностью связаны с токсическим действием колхицина, потенцированным лекарственным взаимодействием. Обоснование и тактика: Немедленно отменить колхицин. Оценить состояние пациента, при тяжелой диарее и слабости рассмотреть госпитализацию. В дальнейшем для профилактики обострений рассмотреть альтернативный вариант (например, низкие дозы НПВП с гастропротекцией, если нет противопоказаний). Важный вывод: перед назначением колхицина необходимо проверять список сопутствующих препаратов на предмет взаимодействия, особенно с ингибиторами Р-гликопротеина и СYP3A4.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	011
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с начальным гонартрозом настаивает на назначении "уколов для восстановления хряща" (хондропротекторов). Готов принимать их длительно.
В	1	Что вы можете рассказать ему, основываясь на тексте, о доказательной базе, времени наступления эффекта и критерии оценки эффективности этой группы препаратов?
Э	-	Доказательства: Эффективность хондроитина и глюкозамина является дискуссионной. Многие международные сообщества их не рекомендуют, некоторые допускают использование при раннем гонартрозе. Безопасность не вызывает сомнений. Время эффекта: Симптоматический эффект развивается медленно, через 8-12 недель. Критерий эффективности: Если клинический эффект спустя 3 месяца терапии отсутствует, лечение должно быть прекращено.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	012
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 72 года, с гонартрозом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в анамнезе (обострения не было 5 лет).

		Требуется длительный прием обезболивающих из-за постоянного болевого синдрома.
В	1	Какую стратегию фармакотерапии НПВП вы выберете для минимизации рисков? Назовите класс препарата и необходимость сопутствующей терапии.
Э	-	Следует назначить НПВП, механизм которых связан с преимущественным блокированием ЦОГ-2 (коксибы, оксикамы). Учитывая высокий риск осложнений со стороны ЖКТ (возраст >65 лет + язва в анамнезе), их применение обязательно должно сочетаться с ингибитором протонного насоса (ИПН).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	013
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 45 лет, с гонартрозом II стадии. Жалуется на периодические, но выраженные боли в колене после нагрузки. Соматически здоров, вредных привычек нет.
В	1	Какую стартовую медикаментозную терапию для купирования боли вы ему порекомендуете? Почему?
Э	-	Трансдермальные (топические) формы НПВП. Они являются препаратом первого выбора для купирования боли при ОА коленных суставов до назначения пероральных НПВП, так как обладают выраженным анальгетическим эффектом, хорошей переносимостью и минимальным системным действием.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	014
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Кейс 1: Пациентке 45 лет установлен диагноз серопозитивного РА (DAS28=5.2). Сопутствующей патологии нет, не курит. Планирует беременность через 2-3 года. Вопрос: Какой препарат первой линии вы назначите? Какие ключевые рекомендации по приему дадите пациентке?

В	1	Какой препарат первой линии вы назначите? Какие ключевые рекомендации по приему дадите пациентке?
Э	-	Препарат первой линии — метотрексат. Однако необходимо информировать пациентку о высоком риске нежелательных явлений при беременности и необходимости надежной контрацепции на время терапии. При планировании беременности препарат должен быть отменен заблаговременно. На фоне приема МТ обязателен еженедельный прием фолиевой кислоты (не менее 5 мг) через 24 часа после МТ.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	Какова рекомендуемая максимальная радиоактивность для однократного внутрисуставного введения у взрослого?
Э	-	Максимальная радиоактивность для однократного введения у взрослого не должна превышать 370 МБк.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	015
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Кейс 2: Пациент 62 лет с диагнозом подагра. Получает аллопуринол в дозе 300 мг/сут в течение 8 месяцев. На очередном визите жалуется на два перенесенных за последние полгода приступа артрита. Уровень мочевой кислоты в сыворотке — 400 мкмоль/л.
В	1	Проанализируйте ситуацию. Соответствует ли лечение цели? Каковы ваши дальнейшие действия?
Э	-	Лечение не соответствует цели. Целевой уровень МК (<360 мкмоль/л) не достигнут, что подтверждается персистирующей гиперурикемией (400 мкмоль/л) и продолжающимися приступами артрита. Дальнейшие действия: Не отменять аллопуринол. Провести титрование (увеличение) дозы аллопуринола. Согласно рекомендациям, дозу следует увеличивать на 100 мг каждые 2-4 недели под контролем уровня МК, трансаминаз и креатинина. Цель — достижение уровня МК <360 мкмоль/л. Максимально допустимая доза аллопуринола — 900 мг/сут. У многих пациентов доза 300 мг/сут является недостаточной. Убедиться, что пациент получает профилактику обострений (например, колхицин 0.5 мг/сут) на фоне повышения дозы УСТ..
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

Н	-	016
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с РА на фоне базисной терапии возникло болезненное опухание коленного сустава (моноартрит).
В	1	Какой метод симптоматического лечения является методом выбора в данной ситуации? Какое ограничение по частоте его применения?
Э	-	Метод выбора — локальная инъекционная терапия глюкокортикоидами (внутриуставное введение). Повторное введение в тот же сустав рекомендуется не чаще 1 раза в 3 месяца.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	017
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с длительным стажем РА получает преднизолон 7.5 мг/сут постоянно в течение 8 месяцев.
В	1	Какое осложнение длительной терапии ГК наиболее актуально? Что необходимо назначить для его профилактики?
Э	-	Наиболее актуальное осложнение — глюкокортикоидный остеопороз. Всем пациентам, принимающим ГК >5 мг/день более 3-х месяцев, рекомендуется профилактика: препараты кальция и витамина D. При наличии остеопении/остеопороза по данным денситометрии могут потребоваться бисфосфонаты.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	018
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Пациент с РА на старте терапии метотрексатом. Для быстрого купирования выраженного болевого синдрома и утренней скованности ревматолог планирует назначить глюкокортикоиды.
В	1	Какова оптимальная стратегия применения ГК в этой ситуации? Какова цель их назначения?
Э	-	Цель — «bridge-терапия»: быстрое подавление симптомов на период, пока не начнет действовать метотрексат (обычно 4-12 недель). ГК назначают в комбинации с МТ, начиная с низкой или средней дозы (например, преднизолон 10-15 мг/сут) с планом постепенного снижения и полной отмены в течение 3-4 месяцев.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	019
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 60 лет с РА получает метотрексат 20 мг/нед перорально. Через 3 месяца активность сохраняется высокой (DAS28=5.0). По результатам планового контроля выявлено повышение АЛТ в 3.5 раза от верхней границы нормы. Пациент отрицает прием алкоголя.
В	1	Каковы ваши дальнейшие действия?
Э	-	Согласно рекомендациям, терапию МТ следует прервать. После нормализации показателей печени можно возобновить лечение в более низкой дозе. Также следует рассмотреть перевод пациента на подкожную форму МТ (лучшая биодоступность, возможно, меньшая гепатотоксичность) или обсудить альтернативный БПВП (лефлуномид, сульфасалазин)..
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	020
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с АС, аксиальная форма. Обратился с жалобами на выраженное воспаление и отек 2-х коленных суставов (периферический артрит). Аксиальная активность низкая.

В	1	Какая медикаментозная тактика, помимо НПВП, показана для лечения периферического артрита? Укажите препарат и срок оценки его эффективности
Э	-	Показано назначение синтетического БПВП — сульфасалазина в дозе до 3 г/сут. Эффективность терапии следует оценивать не ранее, чем через 3 месяца от начала приема.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	021
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка с РА и хроническим гепатитом С в стадии ремиссии. Ей противопоказан метотрексат.
В	1	Какой из стандартных БПВП вы можете рассмотреть в качестве терапии первой линии?
Э	-	В качестве альтернативы метотрексату при его противопоказаниях рекомендуется лефлуномид (20 мг/день) или сульфасалазин (2-3 г/день). Выбор должен учитывать особенности пациента и сопутствующую патологию.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	022
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с давним АС, в позвоночнике по данным рентгена — полный анкилоз («бамбуковая палка»). Периодически беспокоят умеренные боли в спине. Активность заболевания низкая (BASDAI 2.0).
В	1	Какой режим приема НПВП показан данному пациенту?
Э	-	Рекомендован режим приема НПВП «по требованию» (при появлении болей). Постоянный прием не показан, так как отсутствуют факторы риска прогрессирования (есть полный анкилоз, низкая активность). Цель — симптоматическое купирование эпизодов боли
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

Н	-	023
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с ранним РА начал терапию метотрексатом 15 мг/нед подкожно + фолиевой кислотой. Через 3 месяца достигнуто снижение DAS28 на 1.0 балл (с 4.8 до 3.8). Активность низкая, но не ремиссия.
В	1	Следует ли менять терапию? Обоснуйте.
Э	-	Менять терапию не следует. Согласно рекомендациям, если через 3 месяца достигнут умеренный эффект (снижение DAS28 >0.6), терапию тем же БПВП следует продолжить еще на 3 месяца для оценки окончательного ответа.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	024
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент на терапии метотрексатом 20 мг/нед п/к и ингибитором ФНО достиг стойкой ремиссии (DAS28<2.6) длительностью 1.5 года. Глюкокортикоиды отменены ранее.
В	1	Что можно рассмотреть в отношении его терапии? В какой последовательности?
Э	-	Можно рассмотреть постепенное снижение дозы или отмену ГИБП (ингибитора ФНО), так как достигнута длительная ремиссия (>12 мес.) после отмены ГК. После успешной отмены ГИБП и сохранения ремиссии в течение длительного времени (≥12 мес.) можно обсудить возможность осторожного снижения дозы метотрексата.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	025
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Пациент с РА и язвенной болезнью желудка в анамнезе (в стадии ремиссии) нуждается в обезболивании из-за усиления артралгий.
В	1	Какой класс НПВП для приема внутрь предпочтителен?
Э	-	Предпочтительны селективные НПВП (ингибиторы ЦОГ-2, например, эторикокиб, целекокиб) как более безопасные для ЖКТ. Альтернатива — неселективный НПВП в комбинации с ингибитором протонной помпы (ИПП) для гастропротекции.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	026
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациенту 45 лет впервые установлен диагноз подагра. Уровень МК — 520 мкмоль/л. Пациент имеет избыточную массу тела (ИМТ 30), регулярно употребляет пиво, любит красное мясо и сладкие газированные напитки. Принято решение о начале уратснижающей терапии аллопуринолом.
В	1	Составьте для данного пациента комплексный план лечения на первые 6 месяцев. Включите медикаментозные и немедикаментозные компоненты.
Э	-	План лечения на первые 6 месяцев: Немедикаментозная терапия (образ жизни): Диета: Рекомендовать строгое ограничение/отказ от пива и других алкогольных напитков, красного мяса, морепродуктов, фруктозосодержащих напитков. Снижение веса: Дать рекомендации по гипокалорийной диете и дозированной физической активности. Образование: Объяснить хронический характер болезни, важность УСТ и связь питания с приступами. Медикаментозная терапия: Уратснижающая терапия (УСТ): Начать прием аллопуринола с дозы 100 мг 1 раз в сутки. Через 2-4 недели проконтролировать уровень МК, АЛТ, АСТ, креатинина. Титровать дозу аллопуринола вверх на 100 мг каждые 2-4 недели до достижения целевого уровня МК <360 мкмоль/л. Профилактика обострений: Назначить колхицин 0.5-1.0 мг/сут на период первых 6 месяцев инициации УСТ (при отсутствии противопоказаний и с учетом функции почек). Объяснить пациенту, что это необходимо для предотвращения провокации приступов на фоне снижения уровня МК. Тактика при остром приступе: Проинструктировать пациента о схеме самостоятельного приема колхицина (например, 1 мг сразу, затем 0.5 мг через 1 час) при первых признаках обострения, обратив внимание на необходимость приема в первые 12 часов. Мониторинг: Контроль уровня МК каждые 2-4 недели при титровании дозы, затем 1 раз в 6 месяцев после подбора поддерживающей дозы.

P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	027
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентке 70 лет с РА, ишемической болезнью сердца (перенесла инфаркт миокарда 2 года назад) и артериальной гипертензией требуется противовоспалительная терапия для суставного синдрома.
В	1	Какие препараты из группы НПВП следует назначать с особой осторожностью или избегать? Почему?
Э	-	Следует избегать назначения селективных НПВП (коксибов), так как они ассоциированы с повышенным кардиоваскулярным риском, который у данной пациентки очень высок (установленное ССЗ). При необходимости можно рассмотреть неселективный НПВП (например, напроксен) в минимальной эффективной дозе и на короткий срок, оценив соотношение риск/польза.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	028
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с ревматическими заболеваниями или подозрением на ревматические заболевания, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 55 лет, страдает подагрой в течение 7 лет. Обратился с острым, чрезвычайно болезненным моноартритом правого I плюснефалангового сустава, начавшимся 6 часов назад. В анамнезе: язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии, хроническая болезнь почек 3А стадии (СКФ 45 мл/мин/1.73 м ²), артериальная гипертензия. Вопрос: Какой препарат (или метод) для купирования острого приступа является наиболее предпочтительным в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор, учитывая коморбидность.
В	1	Какой препарат (или метод) для купирования острого приступа является наиболее предпочтительным в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор, учитывая коморбидность.
Э	-	Наиболее предпочтительным методом в данной ситуации является внутрисуставная инъекция глюкокортикоидов (ГК). Обоснование: Моноартрит крупного, легкодоступного сустава — прямое показание для локальной терапии. Язвенная болезнь в

		анамнезе — относительное противопоказание для назначения НПВП даже на короткий курс, так как они повышают риск обострения. ХБП 3А стадии — требует коррекции дозы колхицина и повышает риск его токсичности. Хотя колхицин может быть использован в сниженной дозе, внутрисуставное введение ГК является более безопасным в данном контексте, так как дает минимальный системный эффект. Таким образом, внутрисуставное введение ГК позволяет эффективно и быстро купировать воспаление с наименьшим риском для пациента с указанной коморбидностью
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

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

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Анкилозирующий спондилит является единственным ревматическим заболеванием, при котором:</p> <p>а) Длительный прием НПВП патогенетически обоснован и высокоэффективен.</p> <p>б) Анальгетики противопоказаны.</p> <p>в) НПВП применяются только в режиме «по требованию».</p> <p>г) Показаны только селективные НПВП.</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9, ПК-11
<p>2. В каком режиме рекомендован прием НПВП пациенту с АС при отсутствии факторов риска прогрессирования и наличии полного анкилоза позвоночника?</p> <p>а) Постоянный, ежедневный.</p> <p>б) Краткими курсами при обострениях.</p> <p>в) В режиме «по требованию».</p> <p>г) Только в комбинации с БПВП.</p>	
<p>3. Что рекомендуется сделать при неполной эффективности первого назначенного НПВП у пациента с АС?</p> <p>а) Удвоить дозу того же препарата.</p> <p>б) Заменить на другой НПВП.</p> <p>в) Добавить второй НПВП.</p> <p>г) Немедленно назначить ГИБП.</p>	
<p>4. Когда рекомендуется использовать парацетамол или трамадол при АС?</p> <p>а) В качестве препаратов первой линии вместо НПВП.</p> <p>б) Как дополнительное симптоматическое лечение при неэффективности или непереносимости НПВП.</p>	

- | | |
|---|--|
| <p>в) Для профилактики прогрессирования структурных изменений.
г) Только при периферическом артрите.</p> <p>5. Пациенту с АС и высоким риском желудочно-кишечных осложнений рекомендуется назначить:</p> <p>а) Любой НПВП в минимальной дозе.
б) Неселективный НПВП в комбинации с ингибитором протонной помпы или селективный НПВП.
в) Только внутримышечные формы НПВП.
г) Системные глюкокортикоиды.</p> <p>6. Для лечения аксиальной формы АС (поражение позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений) назначение синтетических БПВП (сульфасалазин, метотрексат):</p> <p>а) Рекомендовано как препараты первой линии.
б) Не рекомендовано.
в) Рекомендовано только в комбинации с НПВП.
г) Рекомендовано только при высокой активности (BASDAI>4).</p> <p>7. Какой синтетический БПВП рекомендован для лечения периферического артрита у пациентов с АС?</p> <p>а) Метотрексат.
б) Лефлуномид.
в) Гидроксихлорохин.
г) Сульфасалазин.</p> <p>8. Через какой минимальный срок оценивается эффективность терапии сульфасалазином при периферическом артрите у пациента с АС?</p> <p>а) 1 месяц.
б) 3 месяца.
в) 6 месяцев.
г) 12 месяцев.</p> <p>9. Рекомендовано ли назначать синтетические БПВП одновременно с инициацией терапии ингибиторами ФНО-α при аксиальном варианте АС?</p> <p>а) Да, это повышает эффективность.
б) Нет, не рекомендовано.
в) Рекомендовано только при наличии увеита.
г) Рекомендовано только при периферическом артрите.</p> <p>10. Какова основная роль синтетических БПВП в лечении АС согласно тексту?</p> <p>а) Лечение аксиальных проявлений (боль в спине).
б) Лечение периферического артрита.
в) Профилактика анкилозирования позвоночника.
г) Замещение НПВП при их непереносимости.</p> <p>11. Какой препарат рекомендуется в качестве терапии «первой линии» всем пациентам с диагнозом РА?</p> <p>а) Лефлуномид.</p> | |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| <p>б) Сульфасалазин.
в) Метотрексат (МТ).
г) Гидроксихлорохин.</p> <p>12. С какой начальной дозы рекомендуется начинать терапию метотрексатом у пациентов без факторов риска нежелательных явлений?</p> <p>а) 5 мг/нед.
б) 10-15 мг/нед.
в) 20 мг/нед.
г) 25 мг/нед.</p> <p>13. Какая форма метотрексата рекомендуется при необходимости назначения высокой дозы (≥ 15 мг/нед) или плохой переносимости таблеток?</p> <p>а) Внутримышечная.
б) Подкожная.
в) Внутривенная.
г) Пероральная в разделенных дозах.</p> <p>14. Какой препарат является обязательным для профилактики нежелательных явлений на фоне приема метотрексата и как его правильно принимать?</p> <p>а) Фолиевая кислота, не менее 5 мг/неделя, не ранее чем через 24 ч после приема МТ.
б) Витамин В12, ежедневно вместе с МТ.
в) Кальций и витамин D, ежедневно.
г) Омепразол, за 30 минут до приема МТ.</p> <p>15. При какой ситуации терапию метотрексатом следует прервать?</p> <p>а) При повышении АЛТ/АСТ выше верхней границы нормы (ВГН) в 2 раза.
б) При повышении АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от ВГН.
в) При незначительном повышении СОЭ.
г) При появлении легкой тошноты.</p> <p>16. Какой из перечисленных препаратов НЕ рекомендуется для приема беременными или планирующими беременность женщинами с РА?</p> <p>а) Гидроксихлорохин.
б) Сульфасалазин.
в) Метотрексат.
г) Низкие дозы глюкокортикоидов.</p> <p>17. Что рекомендуется сделать, если через 3 месяца терапии БПВП достигнут умеренный эффект (снижение DAS28 > 0.6)?</p> <p>а) Немедленно перейти на ГИБП.
б) Продолжить терапию тем же БПВП еще 3 месяца.
в) Увеличить дозу НПВП.
г) Отменить терапию.</p> <p>18. Какой препарат рекомендуется в качестве альтернативы метотрексату при его непереносимости или противопоказаниях?</p> | |
|---|--|

<p>а) Парацетамол. б) Целекоксиб. в) Лефлуномид или Сульфасалазин. г) Инфликсимаб.</p> <p>19. Какова рекомендуемая частота контроля состояния пациента на этапе подбора терапии для достижения цели («treat to target»)?</p> <p>а) Каждые 6 месяцев. б) Каждые 12 месяцев. в) Каждые 1-3 месяца. г) Только при обострении.</p> <p>20. Когда можно рассмотреть возможность снижения дозы стандартного БПВП (например, МТ)?</p> <p>а) Сразу после улучшения самочувствия. б) После достижения ремиссии длительностью не менее 12 месяцев и отмены ГИБП. в) При первом снижении титра РФ. г) Снижение дозы не рекомендуется никогда.</p> <p>21. Какова основная цель назначения НПВП и парацетамола при РА?</p> <p>а) Замедление прогрессирования деструкции суставов. б) Уменьшение боли (симптоматический эффект). в) Индукция ремиссии. г) Снижение уровня аутоантител.</p> <p>22. Пациенту с высоким риском желудочно-кишечных осложнений рекомендуется назначить:</p> <p>а) Любой НПВП без сопровождения. б) Селективные НПВП (коксибы) или неселективные НПВП + ингибитор протонной помпы (ИПП). в) Только внутримышечные инъекции НПВП. г) Парацетамол в высоких дозах.</p> <p>23. При каком состоянии НЕ рекомендуется (следует избегать) назначение селективных НПВП (коксибов)?</p> <p>а) При язвенной болезни желудка в анамнезе. б) При очень высоком кардиоваскулярном риске (например, SCORE2 $\geq 10\%$ для возраста 50-69 лет). в) При легкой артериальной гипертензии. г) При остеоартрозе.</p> <p>24. Какова максимальная рекомендуемая продолжительность приема трамадола + парацетамола для купирования боли при РА?</p> <p>а) 2 недели. б) 1 месяц. в) 3 месяца. г) Постоянно при необходимости.</p>	
--	--

25. Для чего применяют глюкокортикоиды (ГК) в стратегии «bridge-терапии» при РА?
- а) Как основной метод лечения для постоянного приема.
 - б) Для быстрого подавления симптомов на время, пока не начнет действовать БПВП.
 - в) Только для внутрисуставного введения.
 - г) Для снижения уровня холестерина.
26. Какой поддерживающей дозы преднизолона (или эквивалента) рекомендуется придерживаться при длительном приеме ГК?
- а) Не более 15 мг/сут.
 - б) Не более 10 мг/сут.
 - в) Не более 5 мг/сут.
 - г) Дозу можно не ограничивать.
27. Что рекомендуется для профилактики глюкокортикоидного остеопороза у пациентов, принимающих ГК >5 мг/день более 3-х месяцев?
- а) Только диета, богатая кальцием.
 - б) Препараты кальция и витамина D.
 - в) Инфузии бисфосфонатов однократно.
 - г) Профилактика не требуется.
28. При обострении моноартрита на фоне базисной терапии рекомендуется:
- а) Немедленно увеличить дозу метотрексата вдвое.
 - б) Назначить системные ГК в высоких дозах.
 - в) Провести локальную инъекционную терапию ГК (внутрисуставно).
 - г) Отменить всю терапию.
29. Какова минимальная рекомендуемая пауза между повторными внутрисуставными инъекциями ГК в один и тот же сустав?
- а) 1 неделя.
 - б) 1 месяц.
 - в) 3 месяца.
 - г) 6 месяцев.
30. Применение двух и более НПВП одновременно:
- а) Усиливает противовоспалительный эффект.
 - б) Увеличивает риск нежелательных явлений.
 - в) Рекомендуется для резистентных болей.
 - г) Не влияет на профиль безопасности.
31. Что является основной и наиболее важной целью долгосрочного лечения подагры?
- а) Купирование острого приступа артрита.
 - б) Проведение хирургического удаления тофусов.
 - в) Проведение постоянной уратснижающей терапии (УСТ) для поддержания целевого уровня мочевой кислоты (МК).
 - г) Пожизненный прием НПВП для профилактики боли.

32. При возникновении острого приступа подагрического артрита колхицин максимально эффективен, если его принять:
- а) В течение первых 12 часов.
 - б) На 2-3 день от начала приступа.
 - в) Только после подтверждения диагноза анализом синовиальной жидкости.
 - г) Однократно в высокой дозе (2 мг).
33. Какой рекомендуемый целевой уровень мочевой кислоты в сыворотке для большинства пациентов с подагрой?
- а) < 300 мкмоль/л.
 - б) < 360 мкмоль/л (< 6 мг/дл).
 - в) < 420 мкмоль/л.
 - г) < 500 мкмоль/л.
34. Для пациента с тофусной подагрой или хроническим артритом рекомендуется более строгий целевой уровень мочевой кислоты:
- а) < 180 мкмоль/л.
 - б) < 300 мкмоль/л.
 - в) < 360 мкмоль/л.
 - г) < 420 мкмоль/л.
35. Препаратом первой линии для уратснижающей терапии у пациентов с нормальной функцией почек является:
- а) Фебуксостат.
 - б) Колхицин.
 - в) Аллопуринол.
 - г) Пробенецид.
36. Какова рекомендуемая стартовая доза аллопуринола для минимизации риска кожных реакций и обострений артрита?
- а) 300 мг/сут.
 - б) 100 мг/сут.
 - в) 600 мг/сут.
 - г) Доза подбирается сразу по весу пациента.
37. Какой препарат является предпочтительной альтернативой аллопуринолу у пациентов со сниженной функцией почек (СКФ <60 мл/мин/1.73 м²)?
- а) Колхицин.
 - б) Пробенецид.
 - в) Фебуксостат.
 - г) Аллопуринол в низкой дозе.
38. Для профилактики обострений артрита в первые 6 месяцев после начала уратснижающей терапии рекомендуется прием:
- а) Высоких доз НПВП.
 - б) Низких доз колхицина (0.5-1.0 мг/сут) или НПВП.
 - в) Системных глюкокортикоидов в средней дозе.
 - г) Антибиотиков широкого спектра.

- | | |
|--|--|
| <p>39. Пациенту с подагрой и артериальной гипертензией, нуждающемуся в гипотензивной терапии, в первую очередь рекомендуется рассмотреть назначение:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Тиазидного диуретика.б) Лозартана (обладает умеренным уратснижающим эффектом).в) Бета-блокатора.г) Ингибитора АПФ без уратснижающего действия. <p>40. Что из перечисленного НЕ рекомендуется в рамках модификации образа жизни при подагре?</p> <ul style="list-style-type: none">а) Ограничение употребления красного мяса и морепродуктов.б) Ограничение алкоголя, особенно пива и крепких напитков.в) Снижение веса при избыточной массе тела.г) Увеличение в рационе фруктозосодержащих напитков и сладких фруктов. <p>41. Препаратом первого выбора для местного (топического) купирования боли при ОА коленных суставов являются:</p> <ul style="list-style-type: none">А) ПарацетамолБ) Трансдермальные (местные) формы НПВПВ) ДулоксетинГ) Хондроитина сульфат <p>42. Основное преимущество местных (топических) форм НПВП перед пероральными:</p> <ul style="list-style-type: none">А) Более сильный противовоспалительный эффектБ) Хорошая переносимость и минимальный риск системных побочных эффектовВ) Возможность длительного непрерывного применения годамиГ) Более быстрый onset действия <p>43. Пациенту с высоким риском осложнений со стороны ЖКТ (возраст >65 лет, язва в анамнезе) для длительного приема рекомендована комбинация:</p> <ul style="list-style-type: none">А) Неселективный НПВП + парацетамолБ) НПВП, селективный к ЦОГ-2 (коксиб) + ингибитор протонного насоса (ИПН)В) Неселективный НПВП без сопроводительной терапииГ) Только трамадол <p>44. Парацетамол при гонартрозе рекомендуется к применению:</p> <ul style="list-style-type: none">А) Как препарат выбора первой линии при умеренной болиБ) При неэффективности или наличии противопоказаний к НПВПВ) В комбинации с НПВП для усиления эффектаГ) Для непрерывного приема с целью модификации структуры хряща <p>45. Симптоматические лекарственные средства замедленного действия (СЛСЗД), такие как хондроитина сульфат и глюкозамин:</p> | |
|--|--|

<p>А) Обладают быстрым (в течение недели) обезболивающим эффектом</p> <p>Б) Проявляют симптоматический эффект через 8-12 недель</p> <p>В) Рекомендованы всеми международными ортопедическими сообществами</p> <p>Г) Заменяют необходимость приема НПВП с первого дня терапии</p> <p>46. Трамадол и дулоксетин рекомендовано применять для купирования сильной боли при гонартрозе:</p> <p>А) В качестве терапии первой линии</p> <p>Б) Для длительного (многолетнего) непрерывного приема</p> <p>В) В случае неэффективности предшествующей терапии, короткими курсами</p> <p>Г) Только в послеоперационном периоде</p> <p>47. Какой из перечисленных НПВП может рассматриваться для пациента с умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений?</p> <p>А) Напроксен или низкие дозы ибупрофена (≤ 1200 мг/сут)</p> <p>Б) Высокие дозы диклофенака</p> <p>В) Любой коксиб в стандартной дозе</p> <p>Г) Индометацин</p> <p>48. При умеренном риске осложнений со стороны ЖКТ рекомендуется:</p> <p>А) Прием неселективных НПВП без профилактики</p> <p>Б) Прием селективных к ЦОГ-2 НПВП без профилактики ИЛИ неселективных НПВП на фоне ИПН</p> <p>В) Полный отказ от НПВП</p> <p>Г) Прием только парацетамола</p> <p>49. Если на фоне приема СЛСЗД (хондропротекторов) через 3 месяца клинический эффект отсутствует, следует:</p> <p>А) Удвоить дозу препарата</p> <p>Б) Добавить второй препарат из той же группы</p> <p>В) Перейти на парентеральные формы</p> <p>Г) Прекратить терапию СЛСЗД</p> <p>50. Согласно тексту, одновременное использование двух и более НПВП:</p> <p>А) Рекомендовано для синергетического эффекта</p> <p>Б) Допустимо под контролем врача</p> <p>В) Не рекомендуется, так как увеличивает риск нежелательных реакций</p> <p>Г) Рекомендовано при резистентном болевом синдроме</p> <p>51. Симптоматические лекарственные средства замедленного действия (СЛСЗД) рекомендуется назначать:</p> <p>А) Только на поздних стадиях коксартроза.</p> <p>Б) Пациентам с преимущественно начальными стадиями вне зависимости от выраженности боли.</p>	
---	--

- В) Только в виде внутрисуставных инъекций.
Г) Вместо НПВП при остром болевом синдроме.
52. Выраженный симптоматический эффект от приема хондроитина сульфата и глюкозамина развивается через:
А) 1-2 недели.
Б) 3-4 недели.
В) 8-12 недель.
Г) Не менее 2 лет.
53. Пациенту 70 лет с коксартрозом и язвенной болезнью в анамнезе для купирования умеренной боли рекомендуется:
А) Неселективный НПВП (ибупрофен) без сопроводительной терапии.
Б) НПВП, селективный к ЦОГ-2 (например, целекоксиб), в комбинации с ингибитором протонного насоса (ИПН).
В) Только парацетамол в высоких дозах.
Г) Трамадол в качестве терапии первой линии
54. Какой препарат из группы СЛСЗД имеет уровень убедительности рекомендаций А и доказанную структурно-модифицирующую активность (замедляет сужение суставной щели)?
А) Препарат на основе неомыляемых соединений авокадо и сои.
Б) Кристаллический глюкозамина сульфат.
В) Диацереин.
Г) Препарат на основе биоактивного концентрата из морских рыб.
55. При отсутствии клинического эффекта от препарата группы СЛСЗД в течение трех месяцев, рекомендуется:
А) Удвоить дозу препарата.
Б) Перейти на парентеральные формы того же препарата.
В) Заменить на другой препарат указанной группы или добавить препарат из другой фармакологической группы.
Г) Сразу назначить сильные опиоиды.
56. Пациентам с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений при коксартрозе:
А) Рекомендуются НПВП в низких дозах под контролем кардиолога.
Б) Не рекомендуется назначать НПВП.
В) Рекомендуются только селективные ингибиторы ЦОГ-2.
Г) Рекомендуется непрерывный прием напроксена.
57. Парацетамол при коксартрозе рекомендуется к применению:
А) Как препарат выбора первой линии при умеренной боли.
Б) В комбинации с НПВП для усиления эффекта.
В) Короткими курсами при неэффективности или противопоказаниях к НПВП.
Г) Для длительного непрерывного приема с целью защиты хряща.

<p>58. Дулоксетин рекомендуется для контроля боли при коксартрозе особенно при:</p> <p>А) Остром травматическом воспалении. Б) Наличии признаков центральной сенситизации, невропатической боли и/или депрессии. В) Необходимости быстрого купирования боли в течение часа. Г) Аллергии на все НПВП.</p> <p>59. Для достижения структурно-модифицирующего действия препаратов группы СЛСЗД (хондроитин, глюкозамин) продолжительность лечения должна составлять:</p> <p>А) 1-3 месяца. Б) 6 месяцев. В) Не менее двух лет. Г) Пожизненно</p> <p>60. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты при коксартрозе:</p> <p>А) Является методом выбора при выраженном синовите. Б) Имеет более высокий риск серьезных НЯ, чем НПВП. В) Следует проводить при отсутствии выраженного синовита («в сухой сустав»). Г) Оказывает эффект, сравнимый с плацебо уже через 1 неделю.</p>	
---	--

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Номер тестового задания	Номер эталона ответа
1	А
2	В
3	Б
4	Б
5	Б
6	Б
7	Г
8	Б
9	Б
10	Б
11	В
12	Б
13	Б
14	А
15	Б
16	В
17	Б
18	В
19	В
20	Б
21	Б
22	Б

23	Б
24	А
25	Б
26	Б
27	В
28	Б
29	В
30	В
31	А
32	Б
33	Б
34	В
35	Б
36	В
37	Б
38	Б
39	Г
40	Г
41	Б
42	Б
43	Б
44	Б
45	Б
46	В
47	А
48	Б
49	Г
50	В
51	Б
52	В
53	Б
54	Б
55	В
56	Б
57	В
58	Б
59	В
60	В

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания.

	основные умения. Имели место грубые ошибки.	Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
37Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Боровкова Наталья Юрьевна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики

Василькова Анастасия Семеновна, к.м.н., доцент кафедры терапии и общей врачебной практики

Туличев Александр Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры терапии и общей врачебной практики