

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ДИАБЕТОЛОГИЯ И ТИРЕОИДОЛОГИЯ**

Специальность 31.08.53 Эндокринология  
*код, наименование*

Кафедра: эндокринологии и внутренних болезней

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2023

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Доказательная диabetология и тиреоидология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Доказательная диabetология и тиреоидология». 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 «Доказательная диabetология и тиреоидология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам

### 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
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Текущий контроль	Раздел 1. Клинические исследования и клинические рекомендации в диabetологии	Тестовые задания
		Раздел 2. Клинические исследования и клинические рекомендации в тиреоидологии	
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Промежуточная аттестация	Раздел 1. Клинические исследования и клинические рекомендации в диabetологии	Тестовые задания Перечень вопросов для собеседования
		Раздел 2. Клинические исследования и клинические рекомендации в тиреоидологии	

### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

**Правильный ответ для всех вопросов – первый**

1. Типичным количеством участников для международных клинических исследований в области сахароснижающей терапии сахарного диабета 1 типа является
  - a. 300-1000 человек
  - b. 5000-20000 человек
  - c. 5-10 человек
  - d. 50-100 человек
2. Типичным количеством участников для международных клинических исследований в области сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа является
  - a. 5000-2000 человек
  - b. 300-500 человек
  - c. 5-10 человек
  - d. 50-100 человек
3. Минимальным клинически значимым снижением уровня HbA1c в исследованиях сахароснижающей терапии считается
  - a. 0,5%
  - b. 10%
  - c. 0,1%
  - d. 2%
4. К «жестким» показателям эффективности сахароснижающей терапии в лечении сахарного диабета в клинических исследованиях относится
  - a. снижение доли пациентов на гемодиализе
  - b. снижение уровня HbA1c
  - c. снижение средних показателей гликемии по данным самоконтроля
  - d. уменьшение дозы инсулина
5. Наиболее надежным источником данных по эффективности и безопасности лекарственной терапии являются
  - a. метаанализы клинических исследований
  - b. описания клинических случаев применения препарата
  - c. эпидемиологические исследования реальной клинической практики
  - d. данные экспериментов на животных и культурах клеток
6. Двойная слепая рандомизация пациентов при проведении клинических исследований позволяет исключить
  - a. проблему назначения новой терапии пациентам с более тяжелым течением заболевания
  - b. влияние низкой приверженности пациентов приему лекарственного препарата на результаты
  - c. влияние этнических и социоэкономических факторов на результаты лечения
  - d. низкий уровень включения пациентов в исследование в связи с их беспокойством по поводу лечения
7. Типичным источником систематической ошибки в оценке эффективности лечения может быть
  - a. отличие групп экспериментального и стандартного лечения
  - b. недостаточное количество участников исследования
  - c. большая тяжесть и плохой прогноз изучаемой патологии
  - d. высокая физиологическая вариабельность изучаемых показателей
8. Допустимым шансом пропустить заданный уровень клинической эффективности при планировании клинических исследований считается уровень в
  - a. 10%
  - b. 5%
  - c. 1%

- d. 30%
9. При оценке эффективности лечения по 5 различным параметрам получение уровня  $p=0,02$  в простом тесте Стьюдента для одного из параметров следует считать
- a. недостоверным различием в силу проблемы множественных сравнений
  - b. достоверным различием
  - c. достоверным различием при условии подтверждения данного уровня непараметрическим методом
  - d. недостоверным различием в связи с тем, что полученное значение меньше общепринятого уровня в 0,05
10. К типичным методам манипулирования данными в рандомизированных клинических исследованиях является
- a. поиск отдельных подгрупп с выявляемыми желательными различиями
  - b. применение исследуемого лечения в группе пациентов с более легким течением заболевания
  - c. ссылка на экспериментальные исследования на животных в качестве аргумента
  - d. финансирование обучения врачей с использованием данных исследования
11. Первым масштабным исследованием сахарного диабета 1го типа, ставшим основой современной концепции инсулинотерапии, стало исследование
- a. DCCT
  - b. UKPDS
  - c. ACCORD
  - d. VADT
12. Концепция достижения целевых значений показателей гликемии и HbA1c у пациентов с сахарным диабетом основывается на
- a. данных клинических исследований с оценкой эффективности различных подходов к сахароснижающей терапии
  - b. физиологических значениях глюкозы у здоровых людей
  - c. результатах экспериментальных исследований по провоцированию гипергликемии у лабораторных животных
  - d. теоретических расчетных показателей для достижения оптимального метаболизма
13. Исследования, ставшие основой концепции «гликемической памяти», изучали результаты сахароснижающей терапии спустя
- a. 5-10-20 лет после периода применения терапии
  - b. 1-2 года после периода применения терапии
  - c. спустя 3-6 месяцев после начала терапии на фоне ее продолжения
  - d. в течение нескольких дней-недель после назначения терапии
14. Снижение уровня HbA1c ниже 6,5-6% в сравнении с достижением значений 7-7,5% у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в клинических исследованиях продемонстрировало
- a. неоднозначное влияние на исходы с повышением смертности в ряде исследований
  - b. ухудшение всех основных исходов в большинстве исследований
  - c. улучшение всех основных исходов в большинстве исследований
  - d. недостижимость данной цели для подавляющего большинства пациентов с сахарным диабетом 2 типа
15. Согласно данным исследования по профилактике сахарного диабета 2 типа DPP наиболее эффективным методом профилактики у пациентов с преддиабетом является
- a. программа обучения, контролируемых физических нагрузок и коррекции питания

- b. назначение метформина
  - c. назначение инсулинотерапии в малых дозах
  - d. психотерапия и управление стрессом
16. Одним из основных отличий терапии сахарного диабета в клинических исследованиях от обычной практики часто является
- a. большая интенсивность самоконтроля
  - b. назначение большего количества сахароснижающих препаратов
  - c. включение более молодых пациентов
  - d. низкий уровень HbA1c при включении в исследования
17. Согласно современным требованиям, новые сахароснижающие препараты в клинических исследованиях должны продемонстрировать
- a. нейтральность в отношении сердечно-сосудистой смертности
  - b. снижение частоты ампутаций, слепоты и гемодиализа на фоне лечения
  - c. уменьшение количества гипогликемий на фоне терапии
  - d. снижение общей смертности на фоне терапии
18. При участии пациента с сахарным диабетом в клиническом исследовании
- a. он может отказаться от продолжения приема исследуемого препарата в любое время
  - b. все назначения сахароснижающих препаратов осуществляются только врачом, участвующим в клиническом исследовании
  - c. пациент лишается права на получение лекарственных средств за счет ОМС и бюджета
  - d. лечение любых осложнений терапии осуществляется только в организации, проводящей клиническое исследование
19. Получение разнонаправленных результатов одного и того же лечения в двух клинических исследованиях свидетельствует о
- a. необходимости проведения метаанализа уже полученных данных с учетом дизайна исследований
  - b. наличии ошибок при планировании или проведении одного из исследований
  - c. отсутствии эффекта препарата
  - d. необходимости повторного проведения каждого из этих исследований
20. К третьей фазе относятся клинические исследования а.с участием
- a. больших групп пациентов и с целью демонстрации клинической эффективности
  - b. здоровых добровольцев с целью оценки фармакологии и физиологии лекарственного препарата у человека
  - c. пациентов после получения официальной регистрации препарата для лечения заболевания
  - d. небольшого количества пациентов с целью демонстрации биологического эффекта и подбора оптимальной дозы
21. При субклиническом гипотиреозе доказана эффективность назначения заместительной терапии в отношении
- a. Некоторого улучшения лабораторных показателей липидного спектра
  - b. Снижения частоты сердечно-сосудистых событий
  - c. Улучшения смертности в отдаленном периоде
  - d. Уменьшения госпитальной летальности
22. Важным фактором в принятии решения о назначении заместительной терапии субклинического гипотиреоза является уровень
- a. антител к ТПО
  - b. свТ4 и свТ3
  - c. захвата радиоактивного йода при сцинтиграфии ЩЖ
  - d. АД и ЧСС по данным мониторингования

23. Абсолютным показанием к началу приема левотироксина при выявлении субклинического гипотиреоза является
- Беременность
  - Возраст старше 80 лет
  - Одновременное наличие сахарного диабета
  - Наличие ожирения
24. Действующие клинические рекомендации по диагностике узлового зоба предусматривают проведение пункционной биопсии при выявлении узлового образования щитовидной железы
- более 1 см в диаметре
  - и снижения ТТГ
  - и общем объеме железы выше нормы
  - и наличии локальной болезненности
25. Повторное проведение пункции узлового образования щитовидной железы в течение нескольких недель после первичной рекомендуется в случае
- Малой клеточности пунктата
  - Подозрении на злокачественное образование
  - Развитии тиреотоксикоза
  - Возраста пациента старше 60 лет
26. Повторное проведение пункционной биопсии узлового образования щитовидной железы спустя несколько лет после первичной пункции рекомендуется в случае
- Увеличения размера образования на 20%
  - Развития гипотиреоза
  - Активном центральном кровотоке в зоне образования по результатам УЗИ
  - Необъяснимом снижении веса пациента
27. Частота развития рецидивов болезни Грейвса-Базедова после консервативного лечения, по данным клинических исследований составляет около
- 50%
  - 10%:
  - 1%
  - 20%
28. По результатам эпидемиологических исследований, частота выявления микрокарцином щитовидной железы достигает
- 20%
  - 5%
  - 50%
  - 1%
29. Согласно клиническим рекомендациям, выбор тактики лечения аутоимунной эндокринной офтальмопатии у пациента с болезнью Грейвса-Базедова определяется
- активностью офтальмопатии
  - тяжестью тиреотоксикоза
  - степенью увеличения щитовидной железы
  - возрастом пациента
30. Согласно клиническим рекомендациям, радиойодтерапия или хирургическое лечение является вариантом выбора у пациентов с болезнью Грейвса-Базедова в случае
- Первого рецидива заболевания после проведенного курса консервативной терапии
  - Отсутствии увеличения щитовидной железы
  - Субклинического тиреоксикоза
  - Наличии анемии

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень вопросов к зачету и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1. Тестовые вопросы к зачету по дисциплине «Доказательная диабетология и тиреологидология»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Типичным количеством участников для международных клинических исследований в области сахароснижающей терапии сахарного диабета 1 типа является</p> <p>a. 300-1000 человек</p> <p>b. 5000-20000 человек</p> <p>c. 5-10 человек</p> <p>d. 50-100 человек</p> <p>2. Типичным количеством участников для международных клинических исследований в области сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа является</p> <p>a. 5000-2000 человек</p> <p>b. 300-500 человек</p> <p>c. 5-10 человек</p> <p>d. 50-100 человек</p> <p>3. Минимальным клинически значимым снижением уровня HbA1c в исследованиях сахароснижающей терапии считается</p> <p>a. 0,5%</p> <p>b. 10%</p> <p>c. 0,1%</p> <p>d. 2%</p> <p>4. К «жестким» показателям эффективности сахароснижающей терапии в лечении сахарного диабета в клинических исследованиях относится</p> <p>a. снижение доли пациентов на гемодиализе</p> <p>b. снижение уровня HbA1c</p> <p>c. снижение средних показателей гликемии по данным самоконтроля</p> <p>d. уменьшение дозы инсулина</p> <p>5. Наиболее надежным источником данных по эффективности и безопасности лекарственной терапии являются</p> <p>a. метаанализы клинических исследований</p> <p>b. описания клинических случаев применения препарата</p> <p>c. эпидемиологические исследования реальной клинической практики</p> <p>d. данные экспериментов на животных и культурах клеток</p> <p>6. Двойная слепая рандомизация пациентов при проведении клинических исследований позволяет исключить</p> <p>a. проблему назначения новой терапии пациентам с более тяжелым течением заболевания</p>	<p>УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7</p>

<p>b. влияние низкой приверженности пациентов приему лекарственного препарата на результаты</p> <p>c. влияние этнических и социальноэкономических факторов на результаты лечения</p> <p>d. низкий уровень включения пациентов в исследование в связи с их беспокойством по поводу лечения</p> <p>7. Типичным источником систематической ошибки в оценке эффективности лечения может быть</p> <p>a. отличие групп экспериментального и стандартного лечения</p> <p>b. недостаточное количество участников исследования</p> <p>c. большая тяжесть и плохой прогноз изучаемой патологии</p> <p>d. высокая физиологическая вариабельность изучаемых показателей</p> <p>8. Допустимым шансом пропустить заданный уровень клинической эффективности при планировании клинических исследований считается уровень в</p> <p>a. 10%</p> <p>b. 5%</p> <p>c. 1%</p> <p>d. 30%</p> <p>9. При оценке эффективности лечения по 5 различным параметрам получение уровня <math>p=0,02</math> в простом тесте Стьюдента для одного из параметров следует считать</p> <p>a. недостоверным различием в силу проблемы множественных сравнений</p> <p>b. достоверным различием</p> <p>c. достоверным различием при условии подтверждения данного уровня непараметрическим методом</p> <p>d. недостоверным различием в связи с тем, что полученное значение меньше общепринятого уровня в 0,05</p> <p>10. К типичным методам манипулирования данными в рандомизированных клинических исследованиях является</p> <p>a. поиск отдельных подгрупп с выявляемыми желательными различиями</p> <p>b. применение исследуемого лечения в группе пациентов с более легким течением заболевания</p> <p>c. ссылка на экспериментальные исследования на животных в качестве аргумента</p> <p>d. финансирование обучения врачей с использованием данных исследования</p> <p>11. Первым масштабным исследованием сахарного диабета 1го типа, ставшим основой современной концепции инсулинотерапии, стало исследование</p> <p>a. DCCT</p> <p>b. UKPDS</p> <p>c. ACCORD</p> <p>d. VADT</p> <p>12. Концепция достижения целевых значений показателей гликемии и HbA1c у пациентов с сахарным диабетом основывается на</p> <p>a. данных клинических исследований с оценкой эффективности различных подходов к сахароснижающей терапии</p> <p>b. физиологических значениях глюкозы у здоровых людей</p>	
--	--



<p>с. результатах экспериментальных исследований по провоцированию гипергликемии у лабораторных животных</p> <p>d. теоретических расчетных показателей для достижения оптимального метаболизма</p> <p>13. Исследования, ставшие основой концепции «гликемической памяти», изучали результаты сахароснижающей терапии спустя</p> <p>a. 5-10-20 лет после периода применения терапии</p> <p>b. 1-2 года после периода применения терапии</p> <p>с. спустя 3-6 месяцев после начала терапии на фоне ее продолжения</p> <p>d. в течение нескольких дней-недель после назначения терапии</p> <p>14. Снижение уровня HbA1c ниже 6,5-6% в сравнении с достижением значений 7-7,5% у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в клинических исследованиях продемонстрировало</p> <p>a. неоднозначное влияние на исходы с повышением смертности в ряде исследований</p> <p>b. ухудшение всех основных исходов в большинстве исследований</p> <p>с. улучшение всех основных исходов в большинстве исследований</p> <p>d. недостижимость данной цели для подавляющего большинства пациентов с сахарным диабетом 2 типа</p> <p>15. Согласно данным исследования по профилактике сахарного диабета 2 типа DPP наиболее эффективным методом профилактики у пациентов с преддиабетом является</p> <p>a. программа обучения, контролируемых физических нагрузок и коррекции питания</p> <p>b. назначение метформина</p> <p>с. назначение инсулинотерапии в малых дозах</p> <p>d. психотерапия и управление стрессом</p> <p>16. Одним из основных отличий терапии сахарного диабета в клинических исследованиях от обычной практики часто является</p> <p>a. большая интенсивность самоконтроля</p> <p>b. назначение большего количества сахароснижающих препаратов</p> <p>с. включение более молодых пациентов</p> <p>d. низкий уровень HbA1c при включении в исследования</p> <p>17. Согласно современным требованиям, новые сахароснижающие препараты в клинических исследованиях должны продемонстрировать</p> <p>a. нейтральность в отношении сердечно-сосудистой смертности</p> <p>b. снижение частоты ампутаций, слепоты и гемодиализа на фоне лечения</p> <p>с. уменьшение количества гипогликемий на фоне терапии</p> <p>d. снижение общей смертности на фоне терапии</p> <p>18. При участии пациента с сахарным диабетом в клиническом исследовании</p> <p>a. он может отказаться от продолжения приема исследуемого препарата в любое время</p> <p>b. все назначения сахароснижающих препаратов осуществляются только врачом, участвующим в клиническом исследовании</p> <p>с. пациент лишается права на получение лекарственных средств за счет ОМС и бюджета</p> <p>d. лечение любых осложнений терапии осуществляется только в организации, проводящей клиническое исследование</p>	
--	--

- |  |  |
|--|--|
| <p>19. Получение разнонаправленных результатов одного и того же лечения в двух клинических исследованиях свидетельствует о</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. необходимости проведения метаанализа уже полученных данных с учетом дизайна исследований</li><li>b. наличии ошибок при планировании или проведении одного из исследований</li><li>c. отсутствии эффекта препарата</li><li>d. необходимости повторного проведения каждого из этих исследований</li></ul> <p>20. К третьей фазе относятся клинические исследования а. с участием</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. больших групп пациентов и с целью демонстрации клинической эффективности</li><li>b. здоровых добровольцев с целью оценки фармакологии и физиологии лекарственного препарата у человека</li><li>c. пациентов после получения официальной регистрации препарата для лечения заболевания</li><li>d. небольшого количества пациентов с целью демонстрации биологического эффекта и подбора оптимальной дозы</li></ul> <p>21. При субклиническом гипотиреозе доказана эффективность назначения заместительной терапии в отношении</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Некоторого улучшения лабораторных показателей липидного спектра</li><li>b. Снижения частоты сердечно-сосудистых событий</li><li>c. Улучшения смертности в отдаленном периоде</li><li>d. Уменьшения госпитальной летальности</li></ul> <p>22. Важным фактором в принятии решения о назначении заместительной терапии субклинического гипотиреоза является уровень</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. антител к ТПО</li><li>b. свТ4 и свТ3</li><li>c. захвата радиоактивного йода при сцинтиграфии ЩЖ</li><li>d. АД и ЧСС по данным мониторинга</li></ul> <p>23. Абсолютным показанием к началу приема левотироксина при выявлении субклинического гипотиреоза является</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Беременность</li><li>b. Возраст старше 80 лет</li><li>c. Одновременное наличие сахарного диабета</li><li>d. Наличие ожирения</li></ul> <p>24. Действующие клинические рекомендации по диагностике узлового зоба предусматривают проведение пункционной биопсии при выявлении узлового образования щитовидной железы</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. более 1 см в диаметре</li><li>b. и снижения ТТГ</li><li>c. и общем объеме железы выше нормы</li><li>d. и наличии локальной болезненности</li></ul> <p>25. Повторное проведение пункции узлового образования щитовидной железы в течение нескольких недель после первичной рекомендуется в случае</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Малой клеточности пунктата</li><li>b. Подозрения на злокачественное образование</li><li>c. Развитии тиреотоксикоза</li></ul> |  |
|--|--|

<p>d. Возраста пациента старше 60 лет</p> <p>26. Повторное проведение пункционной биопсии узлового образования щитовидной железы спустя несколько лет после первичной пункции рекомендуется в случае</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Увеличения размера образования на 20%</li> <li>Развития гипотиреоза</li> <li>Активном центральном кровотоке в зоне образования по результатам УЗИ</li> <li>Необъяснимом снижении веса пациента</li> </ol> <p>27. Частота развития рецидивов болезни Грейвса-Базедова после консервативного лечения, по данным клинических исследований составляет около</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>50%</li> <li>10%:</li> <li>1%</li> <li>20%</li> </ol> <p>28. По результатам эпидемиологических исследований, частота выявления микрокарцином щитовидной железы достигает</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>20%</li> <li>5%</li> <li>50%</li> <li>1%</li> </ol> <p>29. Согласно клиническим рекомендациям, выбор тактики лечения аутоиммунной эндокринной офтальмопатии у пациента с болезнью Грейвса-Базедова определяется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>активностью офтальмопатии</li> <li>тяжестью тиреотоксикоза</li> <li>степенью увеличения щитовидной железы</li> <li>возрастом пациента</li> </ol> <p>30. Согласно клиническим рекомендациям, радиойодтерапия или хирургическое лечение является вариантом выбора у пациентов с болезнью Грейвса-Базедова в случае</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Первого рецидива заболевания после проведенного курса консервативной терапии</li> <li>Отсутствии увеличения щитовидной железы</li> <li>Субклинического тиреоксикоза</li> <li>Наличии анемии</li> </ol>	
--	--

5.1.2 Вопросы к зачету по дисциплине « Доказательная диабетология и тиреоидология»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> <li>Виды и фазы клинических исследований</li> <li>Проблемы трансляции результатов клинических исследований в клиническую практику</li> <li>Показатели эффективности сахароснижающей терапии в клинических исследованиях</li> <li>Оценка сердечно-сосудистых исходов в клинических исследованиях в диабетологии</li> <li>Концепция гликемической памяти и ее доказательная база</li> <li>Концепция целевых показателей гликемии и ее доказательная база</li> </ol>	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

<p>7. Гипогликемические состояния в клинических исследованиях</p> <p>8. Частота развития микрососудистых осложнений сахарного диабета в клинических исследованиях и факторы их развития</p> <p>9. Клинические исследования сахароснижающей терапии у госпитализированных пациентов</p> <p>10. Клинические исследования по профилактике сахарного диабета</p> <p>11. Индикаторы эффективности терапии тиреотоксикоза в клинических исследованиях</p> <p>12. Результаты терапии субклинического гипотиреоза по данным клинических исследований</p> <p>13. Факторы риска и частота развития аутоимунной офтальмопатии на фоне лечения болезни Грейвса-Базедова</p> <p>14. Варианты назначения тиреостатической терапии и их результаты по данным клинических исследований</p> <p>15. Сравнение клинических рекомендаций по диагностике узлового зоба</p> <p>16. Эпидемиологические исследования рака щитовидной железы</p> <p>17. Влияние патологии щитовидной железы на исходы беременности по данным клинических исследований</p> <p>18. Клинические исследования радиойодтерапии при различных формах патологии щитовидной железы</p> <p>19. Эпидемиология хирургических вмешательств как метода лечения тиреотоксикоза – эффективность и безопасность</p> <p>20. Эффективность и безопасность терапии ГКС и НПВС при подостром тиреоидите</p>	
--	--

## 6. Критерии и оценивания знаний обучающихся

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.

Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Петров А.В., к.м.н., доцент, доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г..