

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Доказательная медицина в стоматологии

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии
Учебный план	31050350_15_24сд.plx 31.05.03 Стоматология
Квалификация	специалист
Форма обучения	очная
Программу составил(и):	д.м.н., Зав. кафедрой, профессор., Юлдашев И. М.; к.м.н., Завуч кафедры, Нуритдинов Р.М.

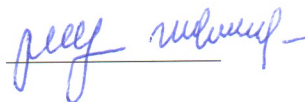
Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	9 (5.1)		Итого	
	уп	рпд	уп	рпд
Неделя				
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18	18	18
Практические	18	18	18	18
В том числе инт.	2	2	2	2
Итого ауд.	36	36	36	36
Контактная	36	36	36	36
Сам. работа	36	36	36	36
Итого	72	72	72	72

УП: 31050350_15_13ед.рп.кхп


Программу составил(и):

д.м.н., Зав. кафедрой, профессор., Юлдашев И. М.; к.м.н., Завуч кафедры, Нуритдинов Р.М.



Рецензент(ы):

д.м.н., зав. каф., доц., Мамытова А. Б.



Рабочая программа дисциплины

**Доказательная медицина в
стоматологии**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 10.09.2015 г. № 1

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой Юлдашев И. М.



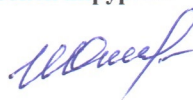
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11.2016 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 10.10.2016 г. № 1
Зав. кафедрой Юлдашев И. М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
06.11.2017 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 17.10.2017 г. № 1.
Зав. кафедрой Юлдашев И. М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
11.10.2018 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 17.09.2018 г. № 1.
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
04.09.2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 26.08.2019 г. № 1
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	обучить студентов научно-обоснованному подходу для выбора эффективных и безопасных вмешательств в отношении полезности
1.2	которых, есть убедительные доказательства; обучение студентов знаниям, умениям и практическим навыкам по доказательной
1.3	медицине, с помощью которых возможно самостоятельное овладение технологией оценки качества медицинской информации и
1.4	ее применимости в клинической практике; обучение методологии освоения знаний по доказательной медицине
1.5	с использованием научной, справочной литературы, официальных статистических обзоров, ресурсов Интернет и принципов доказательности; основам документооборота и правилам изучения информации, научной литературы.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Основы информатики
2.1.2	Биоэтика
2.1.3	Психология и педагогика
2.1.4	Иностранный язык
2.1.5	Физика, математика
2.1.6	Медицинская информатика
2.1.7	Анатомия человека - анатомия головы и шеи
2.1.8	Нормальная физиология - физиология челюстно-лицевой области
2.1.9	Патофизиология - патофизиология головы и шеи
2.1.10	Гистология, эмбриология, цитология - гистология полости рта
2.1.11	Дерматовенерология
2.1.12	Неврология
2.1.13	Педиатрия
2.1.14	Кариесология и заболевание твердых тканей зубов
2.1.15	Оториноларингология
2.1.16	Офтальмология
2.1.17	Внутренние болезни, Клиническая фармакология
2.1.18	Медицина катастроф
2.1.19	Стандарты диагностики
2.1.20	Лучевая диагностика
2.1.21	Биология
2.1.22	Анатомия человека - анатомия головы и шеи
2.1.23	Основы информатики
2.1.24	Физика, математика
2.1.25	Химия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Детская стоматология
2.2.2	Доказательная медицина в стоматологии
2.2.3	Челюстно-лицевая хирургия
2.2.4	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
2.2.5	Детская стоматология, медгенетика в стоматологии
2.2.6	Челюстно-лицевое протезирование
2.2.7	Пародонтология
2.2.8	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ОПК-1: готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	
Знать:	
Уровень 1	современные информационные технологии и применять их в профессиональной деятельности;
Уровень 2	понятие о формулярной системе, виды источников клиничко-фармакологической информации (справочники, электронные базы данных, Интернет-ресурсы). Основы эпидемиологии и статистики в ДМ;
Уровень 3	критерии оценки эффективности и безопасности лечения, статистическую значимость результатов исследования Типы медицинских исследований, их иерархию;
Уметь:	
Уровень 1	работать с научно-технической информацией, систематизировать и обобщать ее, применяя в профессиональной деятельности;
Уровень 2	проводить стратегию поиска информации в сети «Интернет» с использованием различных поисковых механизмов;
Уровень 3	оперировать понятиями: преваленс, инцидент, относительный риск, доверительный интервал, абсолютное снижение риска, снижение относительного риска, NNT, отношение шансов, отношение правдоподобия и др.;
Владеть:	
Уровень 1	теоретическими основами информационных технологий при решении профессиональных задач;
Уровень 2	навыками проведения экспертной оценки научной статьи, истории болезни;
Уровень 3	методами оценки степени доказательности данных, опубликованных в научных медицинских публикациях;
ОПК-5: способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	
Знать:	
Уровень 1	методы и подходы, используемые в доказательной медицине, научиться использовать доступную информацию. Стандарты качества клинических исследований;
Уровень 2	понятие о клинических исследованиях новых лекарственных средств, фазах клинических исследований, дизайне и протоколе исследования, методологии определения размеров исследования и выборе пациентов, информированном согласии, этико-правовые нормы клинических исследований;
Уровень 3	градацию доказательств и рекомендаций. Методику работы с опросником AGREE;
Уметь:	
Уровень 1	формулировать клинический вопрос (PICO, Tq, Ts);
Уровень 2	оценить достоверность результатов исследования;
Уровень 3	определять градацию уровней доказательств и рекомендаций;
Владеть:	
Уровень 1	принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
Уровень 2	навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов;
Уровень 3	навыками прогнозирования нежелательных эффектов, на основе данных анализа клинической и лабораторно-инструментальной деятельности;
ПК-17: готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	
Знать:	
Уровень 1	Требования и особенности доказательной медицины
Уровень 2	Основные принципы и методы доказательной медицины
Уровень 3	Основные направления доказательной медицины и применять их в практику
Уметь:	
Уровень 1	Правильно воспринимать медицинскую информацию
Уровень 2	Диагностировать медицинскую информацию с учетом доказательной медицины
Уровень 3	Анализировать и публично излагать медицинскую информацию с учетом доказательной медицины
Владеть:	
Уровень 1	Навыками использования средств доказательной медицины
Уровень 2	Навыками использования средств доказательной медицины
Уровень 3	Навыками выражения и обоснования собственной позиции относительно медицинской информации , на основе доказательной медицины

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Основные понятия и терминологию доказательной медицины;
3.1.2	Основы эпидемиологии и статистики в ДМ.
3.1.3	Формулировку клинического вопроса (PICO)
3.1.4	Типы медицинских исследований, их иерархию.
3.1.5	Стандарты качества клинических исследований.
3.1.6	Медицинские ресурсы Интернета.
3.1.7	Технологию поиска информации в Интернете.
3.1.8	Формирование стратегии поиска по теме: «Диагностика», «Терапия», «Прогноз», «Клинические рекомендации» и др.
3.1.9	Основы критической оценки медицинских публикаций различных видов.
3.1.10	Методологию критической оценки медицинских публикаций с учетом контрольного вопроса.
3.1.11	Градацию данных клинических испытаний и рекомендаций по степени их достоверности.
3.1.12	Технологию оценки методологического качества клинических руководств (AGREE).
3.1.13	Основы применения ДМ в клинической практике, организации здравоохранения.
3.2	Уметь:
3.2.1	Формулировать клинический вопрос (PICO).
3.2.2	Определить вид клинического вопроса и соответствующий ему дизайн исследования (Ts, Tq)
3.2.3	Выделять по дизайну различные типы клинических исследований: RCT, systematic review, cohort, case-control, case-series, и др.
3.2.4	Оперировать понятиями: преваленс, инцидент, относительный риск, доверительный интервал, абсолютное снижение риска, снижение относительного риска, NNT, отношение шансов, отношение правдоподобия.
3.2.5	Реализовать стратегию поиска медицинских публикаций в Интернет с использованием различных поисковых механизмов для ответа на поставленный вопрос.
3.2.6	Оценить качество медицинских публикаций по различным типам клинических вопросов: «Диагностика», «Терапия», «Прогноз», «Клинические рекомендации» и др.
3.2.7	Оценить уровень данных клинических испытаний и рекомендаций по степени их достоверности.
3.2.8	Оценить методологическое качество клинических рекомендаций с помощью инструмента AGREE.
3.2.9	Уметь оценить, применимость полученных данных на практике в соответствии с поставленным клиническим вопросом.
3.3	Владеть:
3.3.1	использование основных принципов, возможностей ДМ
3.3.2	применение основ эпидемиологии и статистики в ДМ
3.3.3	способность к формулированию клинического вопроса,
3.3.4	использование медицинских ресурсов Интернета,
3.3.5	использование медицинских баз данных, в том числе по ДМ;
3.3.6	обучение стратегии поиска медицинской информации в сети Интернет
3.3.7	изучение типов медицинских публикаций,
3.3.8	обучение критической оценке медицинских публикаций,
3.3.9	обучение критической оценке медицинских публикаций с учетом клинического вопроса,-
3.3.10	использование градации доказательств и рекомендаций,'
3.3.11	проведение оценки качества клинических практических рекомендаций,
3.3.12	ознакомление с методологией AGREE,'
3.3.13	изучение ресурсов ДМ для организации здравоохранения (внедрение клинических практических руководств, вопросов приоритетного финансирования, социальной ориентации медицинской помощи).

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Доказательная медицина в стоматологии						

1.1	Введение в доказательную медицину. История развития доказательной медицины. /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Введение в доказательную медицину. Использование доказательной медицины в клинической практике /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	1	В формате презентации.
1.3	Поиск достоверной информации по актуальным вопросам ведения больных в амбулаторных условиях (на основе принципа доказательной медицины) /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Клинические испытания и их типы. /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.5	Клинические испытания и их типы. /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	1	В формате презентации и видео материала.
1.6	Виды клинических исследований лекарственных средств. Понятие о проблемных лекарствах. Роль доказательной медицины в развитии современной фармакотерапии /Ср/	9	4	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.7	Эпидемиологические аспекты ДМ (основы статистики) /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.8	Основы клинической эпидемиологии /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.9	Общая эпидемиология и основы доказательной медицины. /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.10	Формулирование клинического запроса. Структура и виды клинических запросов. /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.11	Формулирование клинического запроса. Структура и виды клинических запросов. /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.12	Типы поиска медицинской информации с использованием доказательной медицины. Проблемы недостоверных публикаций /Ср/	9	4	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.13	Поиск доказательных данных. Источники информации. /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.14	Уровни доказательности. Оценка научных исследований /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.15	Доказательная медицина, как средство продвижения лекарственных средств. Признаки некорректной рекламы лекарственных средств /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.16	Оценка научных исследований /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 2. Основные понятия и методы доказательной медицины. Базисные принципы и методология доказательной медицины						
2.1	Инструменты для оценки найденных доказательств /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

2.2	Формулирование клинического запроса и формирование стратегии поиска (Диагностика, Лечение, профилактика, Прогноз). /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.3	Пять этапов доказательной медицины. Первый этап ДМ. Формулирование клинической проблемы с использованием принципа PICO /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.4	Формирование клинического вопроса лечение /Ср/	9	4	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	Оценка качества медицинских публикаций и интерпретация результатов. /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.6	Систематические обзоры: синтез наиболее обоснованных фактов, важных для принятия клинических решений Основы мета-анализа: теория и практика /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.7	Формирование клинического вопроса диагноз /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.8	Формирование клинического вопроса риски /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.9	Практическое значение клинических руководств/протоколов. Инструмент AGREE. /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.10	Систематические обзоры и мета-анализы для клин.протоколов /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.11	Оценка качества клинических руководств (опросник AGREE) /Ср/	9	4	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.12	Научно обоснованная практика. Методология создания клинических руководств. Значение стандартов и индикаторов. /Лек/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.13	Выявление препятствий для обучения ДМ в здравоохранении КР. Возможные пути преодоления этих препятствий. Специализированные медицинские сайты /Пр/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.14	Метод рандомизации /Ср/	9	2	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.15	Выявление препятствий для обучения ДМ в здравоохранении КР.Специализированные медицинские сайты /Ср/	9	4	ОПК-1 ОПК-5 ПК-17	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.16	/ЗачётСОц/	9	0		Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

- 1.определение доказательной медицины;
- 2.концепция доказательной медицины;
- 3.основные положения клинической эпидемиологии;
- 4.дизайны исследований;

- 5.основные статистические методы доказательной медицины;
- 6.понятие суррогатные конечные точки;
- 7.систематический обзор и мета-анализ;
- 8.иерархия доказательств;
- 9.уровни и классы доказательности;
- 10.фазы клинического исследования;

Вопросы для проверки уровня обученности УМЕТЬ, ВЛАДЕТЬ:

- 11.формулировать клинический вопрос (PICO);
- 12.пункты оценки качества клинических руководств (AGREE);
- 13.пункты критической оценки медицинских публикаций с учетом контрольного вопроса;
- 14.основные медицинские ресурсы в сети «Интернет» (MedLine, Cochrane, PubMed);
- 15.стратегию поиска медицинской информации;
- 16.основные ресурсы по доказательной медицине;
- 17.анатомию хорошо сформулированного вопроса;
- 18.критическую оценку публикаций в зависимости от клинического вопроса (результаты рандомизированного контролируемого исследования, диагностика, прогноз);
- 19.основные ресурсы по клиническим руководствам;
- 20.инструмент AGREE;

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрено

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела:

1. Основные принципы доказательной медицины
2. Доказательная медицина и медицинское образование
3. Доказательная медицина в фармакологии
4. История доказательной медицины
5. Что и как нужно доказывать в медицине?
6. Возможности освоения доказательной медициной
7. Рандомизированные контролируемые исследования
8. Достоверность доказательств в медицине
9. Проблемы доказательной медицины

ТЕСТЫ:

Перечень тестовых вопросов согласно тематики раздела в ПРИЛОЖЕНИИ № 1.

Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ):

Перечень вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ № 2.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Теоретическое задание.
2. Доклад в формате презентации или реферата.
3. Тесты.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №3.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Триша Гринхальх	Основы доказательной медицины	

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Бубнова М.Г., Бутина Е.К.,Выгодин В.А	Основы доказательной медицины	2010

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	https://www.mediasphera.ru/issues/stomatologiya/2016/1/030039-1735201611/annotation	
Э2	znanium.com	
Э3	lib.krsu.edu.kg	
Э4	biblioclub.ru	

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Для организации изучения дисциплины используются традиционные образовательные технологии, ориентированные на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования. К традиционным образовательным технологиям относятся: пояснительно-иллюстративные лекционные занятия; Инновационные образовательные технологии, занятия в интерактивной форме, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. Инновационные образовательные технологии включают в себя две ролевые игры, контроль которых производится в виде выполнения самостоятельной работы на занятии. Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и Интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы.
---------	---

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Программное обеспечение - общесистемное и прикладное программное обеспечение, в том числе: тесты для самоподготовки студентов по дисциплине, обеспеченные возможностью самоконтроля в компьютерных классах вуза либо через доступные Интернет-ресурсы (разрабатываются коллективом кафедры высшего учебного заведения).
6.3.2.2	Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:
6.3.2.3	1. Сайт Росздравнадзора, на котором размещены типовые клинико-фармакологические статьи (ТКФС) лекарственных средств, зарегистрированных в России. http://www.regmed.ru/search.asp
6.3.2.4	2. Сайт Московского отделения Общества специалистов доказательной медицины http://www.osdm.msk.ru/
6.3.2.5	3. Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины http://osdm.org/
6.3.2.6	4. Cochrane Collaboration http://www.cochrane.org
6.3.2.7	5. Вестник доказательной медицины. http://www.evidence-update.ru/
6.3.2.8	6. Московский центр доказательной медицины. http://evbmed.fbm.msu.ru/
6.3.2.9	7. Сайт предназначен для пациентов, их родственников и лечащих врачей с подробной информацией о клинических исследованиях. www.clinicaltrials.com

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	учебные аудитории, оборудованные мультимедийными (экран, проектор, ноутбук) и иными средствами обучения компьютер; сканер, принтер, комплекты слайдов для отдельных практических занятий и лекций; таблицы для практических занятий и лекций; фантом-муляж «Голова», позволяющими обучающимся осваивать теоретический материал; помещения, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.
-----	---

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ.

При явке на зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы теста - (знать) и правильно выполнить тесты (уметь, владеть).

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия);
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно

формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению);
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 15-20 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 15-20 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1,2 часа в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3-4 часа.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении тестов всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или тестов нужно сначала понять, что требуется, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором и подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение двух недель со дня пропуска (реферат должен быть авторским, и написан «от руки», объем реферата не менее 20 страниц).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отработывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отработываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отработываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

ФРОНТАЛЬНЫЙ ОПРОС.

Каждое занятие начинается с постановки цели и задач, после чего проводится устный или письменный опрос студентов с целью выявления степени подготовки студентов.

Подводя итоги занятия, используются такие критерии оценки ответов, как:

- полнота и конкретность ответа,
- последовательность и логика изложения,
- обоснованность и доказательность излагаемых положений,
- уровень культуры речи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА.

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуются использовать также в качестве дополнительной литературы научные журналы: "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др., а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

1. Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
2. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.
3. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация

(определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говорить за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства;

- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;

- сообщение основной идеи;

- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПИНЫ «Доказательная медицина в стоматологии»

Курс 5, семестр 9, ЗЕ -2, Отчетность-зачет с оценкой.

Изменение модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Доказательная медицина в стоматологии	Текущий	Фронтальный опрос; Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	10	15	9 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата или презентации;	10	20	
Модуль 2					
Основные понятия и методы доказательной медицины. Базисные принципы и методология доказательной медицины	Текущий	Фронтальный опрос; конспекты лекций, Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	10	15	17 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата или презентации;	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Теоретическое задание; Подведение итогов по практическим заданиям		20	60	18 неделя

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

1. ТЕРМИН "EVIDENCE-BASED MEDICINE" (ЕВМ) ИЛИ "НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА" (НДМ) БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН В:
 - А) 1990 Г.
 - Б) 1992 г.
 - В) 1993 г.
 - Г) 1990 г.
 - Д) 1996 г.
2. ТЕРМИН "EVIDENCE-BASED MEDICINE" (ЕВМ) ИЛИ "НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА" (НДМ) БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН:
 1. Канадскими учеными
 2. Американскими учеными
 3. Японскими учеными
 4. Российскими учеными
 5. Всемирной организацией здравоохранения
3. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ:
 - А) Технология сбора, критического анализа, обобщения и интерпретации научной информации
 - Б) Информация о результатах клинических исследований, доказывающих преимущества лекарственного препарата;
 - В) Метод исследования для выбора лечения только одного больного.
 - Г) Теоретическая база научных исследований.
 - Д) Критический анализ информации.
4. ПРАВИЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДМ:
 - А) Большой объем информации
 - Б) периодический обмен информацией
 - В) Устаревшие медицинские знания
 - Г) Более 100 000 статей.
 - Д) Более 4 000 000 статей в год
5. ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ, НЕ ОСНОВАННОЕ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ - ЭТО:
 - А) Принятие решений, основанное на коротком рассказе
 - Б) Принятие решений, основанное на научных подходах

- В) Принятие решений в зависимости от заболевания
- Г) Принятие решения в зависимости от статуса больного
- Д) Принятие решений, основанное на экономических затратах

6. ОСНОВНЫМ АСПЕКТОМ ДМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Критическая оценка доказательств в экономике здравоохранения.
- Б) Выявление обоснованных сведений в медицине.
- В) Критическая оценка научной информации на предмет достоверности и полезности и выявление обоснованных сведений для ответа на вопросы;
- Г) Выявление лучших результатов биологических исследований;
- Д) выявление лучших эпидемиологических результатов.

7. К ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ ОТНОСИТСЯ:

- А) информационный поиск научной информации
- Б) технология сбора информационного материала
- В) технология сбора, анализа научной информации для принятия правильного клинического решения
- Г) технология поиска, сбора, анализа научной доказательной информации
- Д) информации для принятия правильного клинического решения

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ

- А) исследования в науке
- Б) исследования в медицине
- В) завершающий этап клинического исследования
- Г) этап клинического исследования, включающий проведение эксперимента
- Д) этап клинического исследования, включающий сбор научной информации

9. ПОНЯТИЕ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» ВВЕДЕНО УЧЕНЫМИ УНИВЕРСИТЕТА

- А) Сорбонны
- Б) Мак-Мастер
- В) Гарвардский
- Г) Оксфордский
- Д) Кембриджский

10. УНИВЕРСИТЕТ, ГДЕ ВВЕДЕНО ПОНЯТИЕ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» находится в

- А) США
- Б) Канаде
- В) Англии
- Г) Франции
- Д) Германии

11. БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ ВРАЧИ, ИМЕЮЩИЕ ОПЫТ

- А) малый
- Б) средний
- В) большой
- Г) минимальный
- Д) продолжительный

12. ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЗАДАЮТ ВРАЧИ С ОПЫТОМ РАБОТЫ

- А) малым
- Б) средним
- В) большим
- Г) минимальным
- Д) продолжительным

13. ПРИНЦИП PICO ПОДРАЗУМЕВАЕТ

1. поиск научной информации
2. составление 2-х компонентного вопроса
3. составление 4-х компонентного вопроса
4. критический анализ научной информации
5. правильное формулирование клинического вопроса

14. 1 ШАГ В ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

1. разработка практических руководств
2. написание статьи по выбранной теме
3. поиск информации по выбранной теме
4. формулирование клинического вопроса
5. применение научных данных в практику

15. 2 ШАГ ДМ – ЭТО

1. изучение состояние вопроса в мировой литературе

2. поиск научной информации в электронной базе данных
3. выпуск статьи
4. выбор метода лечения
5. выбор методы диагностики

16. 3 ШАГОМ В ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. разработка практических руководств
2. написание статьи по выбранной теме
3. поиск информации по выбранной теме
4. формулирование клинического вопроса
5. критический анализ научной информации

17. В ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ 4 ШАГ ВКЛЮЧАЕТ

1. разработка практических руководств
2. написание статьи по выбранной теме
3. поиск информации по выбранной теме
4. формулирование клинического вопроса
5. применение научных данных в практику

18. К ОДНОМУ ИЗ КОМПОНЕНТОВ ПРИКЛАДНОГО ВОПРОСА ОТНОСИТСЯ

1. исход
2. прогноз
3. инвалидизация
4. лекарственное средство
5. оздоровление

19. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРИКЛАДНОГО ВОПРОСА

1. вопросительное слово
2. пациент или проблема
3. моделирование ситуации
4. медицинский работник
5. литература

20. К КЛИНИЧЕСКИМ ИСХОДАМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ

1. риск
2. прогноз
3. частота
4. лечение
5. инвалидизация

21. К КОМПОНЕНТАМ КЛИНИЧЕСКОГО ВОПРОСА ОТНОСИТСЯ

1. лекарства
2. смерть
3. прогноз
4. патологические проявления
5. изменения на морфологическом уровне

22. ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

1. обобщаемость
2. качественный подход

3. индивидуальное лечение пациента
4. разработка принципов лечения инфекционных больных
5. разработка принципов лечения неинфекционных больных

23. К ПРИНЦИПАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ

1. достоверность
2. правильное лечение
3. внутренняя структура
4. ориентир на процесс
5. применение норм здравоохранения

24. КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД ОТНОСИТСЯ К

1. Принципам клинической эпидемиологии
2. Задачам клинической эпидемиологии
3. Принципам доказательной медицины
4. Задачам доказательной медицины
5. Исходам в клинической эпидемиологии

25. ВНУТРЕННЯЯ ВАЛИДНОСТЬ – ЭТО

1. Достоверность
2. Обобщаемость
3. Доказательность
4. Популяризация
5. Оценка результатов

26. ОБОБЩАЕМОСТЬ ОТНОСИТСЯ К

1. Внешней характеристике выборки
2. Внутренней характеристике выборки
3. Качественным показателям
4. Внешней характеристике популяции
5. Внутренней характеристике популяции

27. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСИТСЯ К

1. Клиническим исходам
2. Клиническим вопросам
3. Общим вопросам медицины
4. Аспектам клинической эпидемиологии
5. Аспектам доказательной медицины

28. ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К

1. Аспектам клинической эпидемиологии
2. Клиническим вопросам
3. Общим вопросам медицины
4. Клиническим исходам
5. Аспектам доказательной медицины

29. ДИАГНОЗ ОЗНАЧАЕТ

1. Насколько точны методы, использованные для диагностики заболевания?
2. Насколько часто встречается данное заболевание?
3. Какие факторы связаны с повышенным риском заболевания?

4. Как изменится прогноз заболевания при лечении?
5. Какие факторы приводят к заболеванию?

30. СТОИМОСТЬ ОЗНАЧАЕТ

1. Сколько стоит лечение данного заболевания?
2. Как часто встречается заболевание?
3. Точны ли методы, использованные для диагностики заболевания?
4. Как часто встречается заболевание?
5. Какие факторы приводят к заболеванию?

31. ВОПРОС «Какие факторы связаны с повышенным риском заболевания?» ОТНОСИТСЯ К

1. Риску
2. Заболеванию
3. Исходам
4. Диагнозу
5. Лечение

32. ВОПРОС «Каковы последствия заболевания?» ОТНОСИТСЯ К

1. Вопросам
2. Клиническим исходам
3. Прогнозу
4. Диагностике
5. Методам лечения

33. НЕСПОСОБНОСТЬ К ОБЫЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОМА, НА РАБОТЕ, ВО ВРЕМЯ ОТДЫХА – ЭТО ОТНОСИТСЯ К

1. Понятию инвалидизации
2. Понятию заболевания
3. Понятию дискомфорта
4. Понятию неудовлетворенности
5. Понятию выздоровления

34. НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ- ЭТО

1. Эмоциональная реакция на болезнь и проводимое лечение
2. Неспособность к обычной деятельности
3. Реакция на лечение
4. Защитная реакция организма
5. Плохой исход

35. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИМЕЕТ ПРИНЦИП

1. ориентации на клинические исходы
2. структуры клинической задачи
3. структуры вопроса
4. клинического подхода
5. результативности

36. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ – ЭТО

1. наука, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать справедливые заключения, контролировать влияние систематических и случайных ошибок

2. Наука, разрабатывающая методы исследований, которые дают возможность делать справедливые заключения
3. Наука, разрабатывающая исследования, контролирующая влияние систематических и случайных ошибок
4. наука, разрабатывающая исследований, контролируя влияние ошибок
5. наука о клинических исследованиях

37. К ОДНОМУ ИЗ ОПРЕДЕЛЕНИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ПОНЯТИЕ

1. наука, позволяющая осуществлять прогнозирование для каждого конкретного пациента на основании изучения клинического течения болезни в аналогичных случаях с использованием строгих научных методов изучения групп больных для обеспечения точности прогнозов
2. наука, позволяющая осуществлять прогнозирование для каждого конкретного пациента
3. наука на основании изучения клинического течения болезни обеспечивает точность прогнозов
4. наука, использующая строгие научные методы изучения групп больных для обеспечения точности прогнозов
5. наука, использующая строгие научные методы

38. ПОИСК ИНФОРМАЦИИ ПО ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НАЧИНАЕТСЯ С

1. печати статьи
2. определения базы данных
3. копирования
4. чтение статьи
5. просмотр резюме

39. ЦЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

1. разработка и применение таких методов клинического наблюдения, которые дают возможность делать справедливые заключения, избегая влияния систематических и случайных ошибок
2. разработка клинического наблюдения, которая дает возможность делать заключения
3. применение методов клинического наблюдения, которое дает возможность избегать систематических и случайных ошибок
4. возможность делать справедливые заключения, избегая влияния систематических и случайных ошибок
5. разработка и применение методов наблюдения

40. ОДНИМ ИЗ КОМПОНЕНТОВ ЦЕЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

1. модификация клинического наблюдения
2. апробация клинического наблюдения
3. разработка и применение методов клинического наблюдения
4. разработка клинического наблюдения
5. справедливость клинического наблюдения

41. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

1. разработка и применение методов клинического наблюдения, которые способствуют справедливым заключениям и позволяют избежать систематических и случайных ошибок
2. внедрение методов клинического наблюдения и анализа данных, обеспечивающие принятие верных решений;
3. внедрение методов статистического наблюдения
4. внедрение методов доказательности достоверных данных;
5. принятие правильных решений.

42. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. в большинство случаев диагноз, прогноз и результаты лечения для конкретного больного однозначно не определены и потому должны быть выражены через вероятности;
2. вероятности для конкретного больного плохо оцениваются;
3. результаты не подвержены систематическим ошибкам, ведущим к неверным заключениям;
4. Любые наблюдения, в том числе клинические, не подвержены влиянию случайности;
5. Чтобы получить выводы, врачи должны полагаться на свой опыт

43. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОКАЗАНА, ЕСЛИ

1. эффективность вмешательства убедительно доказана; при этом ожидаемый вред мал по сравнению с пользой;
2. эффективность вмешательства неубедительно доказана; при этом ожидаемый вред высок по сравнению с пользой;
3. эффективность вмешательства убедительно не доказана;
4. эффективность вмешательства убедительно доказана;
5. эффективность вмешательства доказана; при этом вред не сопоставим с пользой;

44. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ, ЕСЛИ

1. эффективность вмешательства доказана менее убедительно,
2. эффективность вмешательства доказана,
3. эффективность вмешательства не доказана
4. доказана неэффективность вмешательства
5. доказан эффект вмешательства

45. ЕСЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА СОПОСТАВИМЫ, ТО

1. перед использованием таких вмешательств врач и больной должны взвесить соотношение ожидаемой пользы и вреда с учетом конкретной ситуации;
2. перед использованием таких вмешательств врач должен взвесить соотношение ожидаемой пользы и вреда;
3. перед использованием таких вмешательств врач должен взвесить соотношение ожидаемой пользы и вреда с учетом конкретной ситуации;
4. перед использованием таких вмешательств больной должен взвесить соотношение ожидаемой пользы и вреда с учетом конкретной ситуации;
5. перед использованием таких вмешательств больной должен взвесить соотношение ожидаемой пользы и вреда;

46. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕ УСТАНОВЛЕНА, ЕСЛИ

1. доказательства эффективности недостаточно, либо они не вполне надежны;
2. доказательства эффективности недостаточно
3. доказательства не вполне надежны
4. эффективность не доказана
5. нет никакой эффективности

47. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА МАЛОВЕРОЯТНА

1. доказательства неэффективности вмешательства менее убедительны,
2. доказательства неэффективности вмешательства убедительны,
3. доказательства эффективности вмешательства менее убедительны,
4. доказательства эффективности вмешательства не убедительны,
5. эффективность вмешательства менее убедительна

48. ЕСЛИ НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛИ ВРЕД ДОКАЗАНЫ, ТО ЭТО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛИ ВРЕД КОТОРЫХ

1. Убедительно доказаны

2. Доказаны
3. Не доказаны
4. Доказаны неубедительно
5. Нет эффективности

49. ПРИМЕР НЕОБОСНОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

А) Применение антимикробных средств при ОРВИ;

Б) Косметологическая медицина.

В) Бальзамирование трупов.

Г) народная медицина;

Д) восточная медицина

50. УНИВЕРСАЛЬНАЯ БАЗА ДАННЫХ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ

1. Google
2. Yahoo
3. BMJ
4. Cochrane lib.
5. Pubmed

51. ПОИСКОВАЯ МАШИНА ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ

1. Direct Hit
2. Yandex
3. CM.ru
4. Altavista
5. Euroseek

52. РУССКО-ЯЗЫЧНАЯ ПОИСКОВАЯ МАШИНА

1. Inference
2. Oingo
3. +Rambler
4. Lycos
5. HotBot

53. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТА-ПОИСКА ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ, ЕСЛИ

1. Другие поисковые машины ничего не находят
2. Тема четко сформулирована
3. Поисковое предписание сложное
4. Необходимо получить большое количество релевантных результатов
5. Нет никаких исследований по данной теме

54. К МЕДИЦИНСКИМ ПОИСКОВЫМ МАШИНАМ ОТНОСИТСЯ

1. Medical World Search
2. Clinical Review
3. Российский сервер
4. Медицинский сервер
5. Гэотар

55. РУССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕРВЕР – ЭТО

1. Медицинская поисковая машина
2. Медицинская библиотека
3. Электронная библиотека
4. Общественная организация
5. Медицинская организация

56. АПОРТ ОТНОСИТСЯ К

1. поисковым машинам второго поколения
2. поисковым машинам первого поколения
3. мета поисковым машинам
4. +русско-язычным поисковым машинам
5. универсальным сайтам

57. YANOO ОТНОСИТСЯ К

1. сайтам второго поколения
2. + универсальным сайтам первого поколения
3. мета поисковым сайтам
4. русско-язычным сайтам
5. медицинским сайтам

58. К ТЕМАТИЧЕСКИМ КАТАЛОГАМ ОТНОСИТСЯ

1. Yahoo Health
2. Medline
3. Pubmed
4. Российский медицинский сервер
5. Сайт всемирной организации здравоохранения

59. MARTINEDALE HEALTH SCIENCE ОТНОСИТСЯ К

1. Тематическим каталогам
2. Электронным библиотекам
3. Библиотекам
4. Универсальным сайтам
5. Серверам

60. К ЭЛЕКТРОННЫМ БИБЛИОТЕКАМ, СОДЕРЖАЩИМ НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ ЛИТЕРАТУРУ, ОТНОСИТСЯ

1. Pubmed
2. Библиотека КазНМУ
3. Российская библиотека
4. Казахская национальная библиотека
5. Российский медицинский сервер

61. КОКРАНОВСКАЯ БИБЛИОТЕКА ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ

1. Электронных библиотек
2. Сайтов по доказательной медицине
3. Российской библиотеки
4. Универсальных сайтов
5. Сайтов всемирной организации здравоохранения

62. КОКРАНОВСКУЮ БИБЛИОТЕКУ СОЗДАЛ

1. В.В. Власов
2. Кокрановское сотрудничество
3. Международные ассоциации
4. Всемирная организация здравоохранения
5. Университет Гарварда

63. АРЧИ КОКРАН ВПЕРВЫЕ СОЗДАЛ

1. Систематический обзор
2. Мета-анализ
3. Рандомизированное контролируемое исследование
4. Когортное исследование
5. Библиотеку

64. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЭЛЕКТРОННЫМ СРЕДСТВАМ ПОИСКА

1. Электронные версии журналов
2. Библиотеки
3. Книги
4. Доклады
5. Материалы конференций

65. MEDLINE – ЭТО

1. Библиографическая база
2. Библиотека
3. Журнал
4. Электронная версия журнала
5. Сборник рекомендаций

66. ОДНИМ ИЗ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ПОИСКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Библиотеки
2. Книги
3. Сборник рекомендаций
4. Материалы конференций
5. Тематические каталоги

67. ПРИ ПОИСКЕ ИНФОРМАЦИИ В ЭЛЕКТРОННЫХ БАЗАХ ДАННЫХ ЛИМИТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛ

1. Углубления поиска
2. Расширения поиска
3. Прицельного поиска
4. Увеличения объема получаемой информации
5. Облегчения поиска

68. К ДОСТОИНСТВАМ MEDLINE ОТНОСИТСЯ

1. Быстрота поиска и копировки данных
2. Поиск на русском языке
3. Наличие информации на все темы (медицинские и немедицинские)
4. Много книг
5. Наличие рекомендаций для студентов

69. С КАКОГО ПЕРИОДА МОЖНО НАЙТИ ИНФОРМАЦИЮ В MEDLINE

1. С 50 годов
2. С 70-х годов
3. С 80-х годов
4. С 90-х годов
5. С 2000 года

70. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПЕРАТОРА “OR”

1. Расширяет поиск
2. Сужает поиск
3. Определяет поиск
4. Выравнивает поиск
5. Изменяет поиск

71. ОПЕРАТОР “NOT” ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1. Сужения поиска
2. Расширения поиска
3. Изменения поиска
4. Определения траектории поиска
5. Выделения поиска

72. ЧТО ТАКОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ САЙТЫ

1. Сайты, содержащие информацию по определенным категориям
2. Сайты, содержащие информацию по медицине в целом и отдельным ее разделам
3. Сайты, содержащие информацию о доказательной медицине
4. Сайты, содержащие информацию по хирургии
5. Сайты, содержащие информацию по терапии и хирургии

73. К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ САЙТАМ ОТНОСЯТСЯ САЙТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ИНФОРМАЦИЮ

1. Только по отдельным разделам здравоохранения
2. Общую информацию по здравоохранению
3. Выборочную информацию по доказательной медицине
4. Научно-популярную информацию о здоровье
5. +Информацию по медицине и отдельным разделам

74. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ САЙТЫ ПО ДМ

1. National Guidelines Clearinghouse
2. British medical journal
3. Медицинский сервер
4. Российский электронный сайт
5. Международный электронный сайт

75. К ЭЛЕКТРОННЫМ ЖУРНАЛАМ ОТНОСИТСЯ

1. The Lancet
2. The Population
3. Сайт общества специалистов ДМ
4. Consilium Medicum
5. Вестник здравоохранения

76. НАЗОВИТЕ ИСТОЧНИКИ НАУЧНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- А) Сайты DARE, MEDLINE
- Б) Архивные источники
- В) Статистические показатели
- Г) Законодательные материалы
- Д) Экономические материалы

77. БАЗОВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ВОПРОС СОДЕРЖИТ

1. 1 компонент
2. 2 компонента
3. 3 компонента
4. 4 компонента
5. 5 компонентов

78. ПРИКЛАДНОЙ ВОПРОС СОДЕРЖИТ

1. Только два компонента
2. Один компонент
3. Определенное количество компонентов
4. Не содержит никаких компонентов
5. Разное количество в зависимости от проблемы

79. КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ – ЭТО

- А) способ проведения медицинских вмешательств в группе вмешательств
- Б) способ проведения медицинских вмешательств в группе вмешательств или в группу сравнения
- В) ретроспективное исследование, в котором больные включаются в группу вмешательства для определения причинно-следственных связей между медицинским вмешательством и клиническим исходом
- Г) конечный этап клинического исследования, в котором проверяется истинность нового теоретического знания
- Д) специальный вид обсервационного исследования, где в качестве изучаемого прогностического фактора выступает исход терапевтического вмешательства.

80. ДИЗАЙН КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ – это

- А) способ проведения медицинских вмешательств в группе вмешательств
- Б) способ проведения медицинских вмешательств в группе вмешательств или в группу сравнения
- В) способ проведения медицинских вмешательств в группе сравнения
- Г) способ проведения научного исследования в клинике, т.е. его организация или архитектура
- Д) способ проведения экспериментального исследования.

81. ТИП ДИЗАЙНА КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ - это

- А) определенные типовые клинические задачи

Б) набор классификационных признаков

В) назначение лечения

Г) проведение профилактических мероприятий

Д) набор группы больных для проведения клинических испытаний.

82. Типу дизайна как набору классификационных признаков соответствуют

1. Определенные типовые клинические задачи
2. Методы диагностики
3. Методы прогноза
4. Методы профилактики
5. Методы расчета стоимости

83. МЕТОДЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТНОСЯТСЯ К

1. набору классификационных признаков дизайна клинического испытания
2. клиническому испытанию
3. клинической задаче
4. медицинской процедуре
5. признакам коррекции данных

84. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ИСПЫТАНИИ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ

1. набору классификационных признаков определенного дизайна клинического испытания
2. набору признаков клинического исследования
3. перечню медицинских исследований
4. Статистическим исследованиям
5. Научным исследованиям

85. ИССЛЕДОВАНИЕ, В КОТОРОМ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ ОПИСЫВАЮТСЯ И НАБЛЮДАЮТСЯ ПО ОПРЕДЕЛЕННЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ, А ИССЛЕДОВАТЕЛЬ СОБИРАЕТ ДАННЫЕ ПУТЕМ НАБЛЮДЕНИЯ, НЕ ВМЕШИВАЯСЬ В НИХ АКТИВНО, НАЗЫВАЕТСЯ

1. Обсервационным
2. Экспериментальным
3. Квази-экспериментальным
4. Научным
5. Поперечным

86. КРИТЕРИЕМ ОБСЕРВАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ИССЛЕДОВАТЕЛЬ

1. наблюдает события, не вмешиваясь в них активно
2. вмешивается активно в события
3. описывает события, вмешиваясь в них активно
4. активно изменяет события
5. экспериментирует и создает различные модели течения заболевания

87. ЕСЛИ ОДНА ИЛИ БОЛЕЕ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ ОПИСЫВАЮТСЯ И НАБЛЮДАЮТСЯ ПО ОПРЕДЕЛЕННЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ, ТО ЭТО –

1. Обсервационное исследование
2. Экспериментальное исследование
3. Математическое исследование
4. Статистическое исследование

5. Прогнозное исследование

88. ИССЛЕДОВАНИЯ, В КОТОРЫХ ОЦЕНИВАЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И НАБЛЮДАЕТСЯ ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОТНОСИТСЯ К
 1. Экспериментальным исследованиям
 2. Обсервационным исследованиям
 3. Методам моделирования
 4. Методам статистической обработки материала
 5. Методам прогноза

89. ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В ИССЛЕДОВАНИЯХ
 1. Экспериментальных и обсервационных
 2. Только обсервационных
 3. Обсервационных и прогнозных
 4. Только в экспериментальных
 5. Экспериментальных, прогнозных и обсервационных

90. СКОЛЬКО ОБЫЧНО ГРУПП ПАЦИЕНТОВ УЧАСТВУЮТ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ
 1. Много
 2. Мало
 3. Одна, две и более
 4. Десять
 5. Ни одной

91. ЧТО МОЖЕТ ОТНОСИТСЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
 1. Препарат, процедура, лечение
 2. Пациент
 3. Документы исследования
 4. Дизайн исследования
 5. Научно-исследовательский центр

92. СООБЩЕНИЕ О СЛУЧАЕ ОТНОСИТСЯ К
 1. Описательным исследованиям
 2. Аналитическим исследованиям
 3. Экспериментальным исследованиям
 4. Квази-экспериментальным исследованиям
 5. Продольным исследованиям

93. СООБЩЕНИЕ О СЕРИИ СЛУЧАЕВ ОТНОСИТСЯ К ИССЛЕДОВАНИЯМ
 1. Описательным обсервационным
 2. Экспериментальным
 3. Аналитическим обсервационным
 4. Продольным
 5. Срезовым

94. СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ – ЭТО
 1. Исследование
 2. Аналитическое исследование

3. Аналитическое обсервационное исследование
4. Описательное обсервационное исследование
5. Описательное исследование

95. КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

1. Экспериментальное исследование
2. Наблюдательное исследование
3. Описательное исследование
4. Аналитическое исследование
5. Медицинское исследование

96. К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ИССЛЕДОВАНИЯ, В КОТОРЫХ ПРОВОДЯТСЯ

1. Клинические испытания
2. Математические испытания
3. Статистические испытания
4. Экспериментальные испытания
5. Квази-экспериментальные испытания

97. ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР КРИТЕРИЕВ ИСХОДА БОЛЕЗНИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ И БЕЗ НЕГО ОТНОСИТСЯ К

1. Требованиям, предъявляемым к медицинским исследованиям
2. Перечню документации
3. Статистической документации
4. Математическим требованиям
5. Требованиям, предъявляемым к статистической обработке результатов исследования

98. КОРРЕКТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБРАБОТКИ – ЭТО ТРЕБОВАНИЕ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМОЕ К

1. Медицинским исследованиям
2. Математическим исследованиям
3. Операционным испытаниям
4. Терапевтическим испытаниям
5. Лекарственным испытаниям

99. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМИ К МЕДИЦИНСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. Место проведения и продолжительность исследования
2. Способ рандомизации
3. Материальная заинтересованность участников исследования
4. Обязательное согласие родственников
5. Наличие страховки

100. К КЛАССИЧЕСКОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Контролируемые
2. Неконтролируемые
3. +Контролируемые и неконтролируемые
4. Наблюдаемые
5. Ненаблюдаемые

101. КОНТРОЛИРУЕМЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

1. классическим клиническим исследованиям
2. исследованиям
3. квази-экспериментам
4. описаниям
5. наблюдениям

102. НЕКОНТРОЛИРУЕМЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИМЕРОМ

1. клинических исследований
2. рандомизированного контролируемого исследования
3. Систематического обзора
4. Мета-анализа
5. Репрезентативности

103. СРАВНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИЛИ ПРОЦЕДУР С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ ИЛИ ПРОЦЕДУРАМИ ОТНОСИТСЯ К

1. Контролируемым исследованиям
2. Неконтролируемым исследованиям
3. Наглядности экспериментальной группы
4. Типичности экспериментальной группы
5. Нетипичности экспериментальной группы

104. ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШЕ В ИССЛЕДОВАНИЯХ

1. неконтролируемых
2. контролируемых
3. случае-контроле
4. когортных
5. сравнении процедур

105. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА, БЕЗ СРАВНЕНИЯ С ДРУГИМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К

1. Проводимым контролируемым исследованиям
2. Проводимым неконтролируемым исследованиям
3. Проводимым рандомизированным контролируемым испытаниям
4. Проводимым системным обзорам
5. Проводимым мета-анализам

106. ПРОЦЕДУРЫ, БЕЗ СРАВНЕНИЯ С ДРУГИМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

1. испытаниях когортных
2. исследованиях неконтролируемых
3. сообщениях о случаях
4. Описании
5. исследованиях контролируемых

107. ВЕРОЯТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДЛЯ СРАВНЕНИЯ ПРОЦЕДУР БОЛЬШЕ, ЧЕМ ДЛЯ СРАВНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

1. Клинического неконтролируемого исследования
2. Клинического контролируемого исследования
3. Клинического описания случая
4. Правильно назначенного лечения
5. Правильного диагностического теста

108.К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ КЛИНИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ОТНОСЯТСЯ

1. Организация клинических исследований
2. Распространенность заболеваний
3. Посещения клубов по интересам
4. Участие в лекциях по тематикам
5. Участие в фокус-группах

109.К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ, КОТОРЫЕ СТОЯТ ПЕРЕД ВРАЧОМ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ОТНОСЯТСЯ

- А) здоров или болен
- Б) знакомство больного с лекарственными средствами
- В) метод стратификации
- Г) участие в анкетировании
- Д) посещение лекций, проводимых врачами-специалистами.

110.ФАКТОРЫ РИСКА ОТНОСЯТСЯ К

- А) проведению спортивно-массовых мероприятий
- Б) изменениям функционирования медицинской организации
- В) финансирования системы здравоохранения
- Г) к типичным клиническим вопросам
- Д) в проведении аудита в медицинской организации.

111.ПОСТАНОВКА ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОТНОСИТСЯ К

- А) методу стратификации
- Б) методу проведения аудита
- В) исходу болезни
- Г) клиническому вопросу
- Д) обсервационному исследованию.

112.ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ - ЭТО

- А) исследование, в котором наблюдаются больные по определенным характеристикам
- Б) исследования, где изучаемым фактором является литературный обзор
- В) наблюдается предмет исследования
- Г) специально спланированное сравнительное исследование

Д) одна из категорий клинических вопросов.

113.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ – ЭТО

А) оценка результатов предыдущих вмешательств

Б) специально спланированное исследование

В) исследование, проводимое по определенным характеристикам

Г) особый вид исследований прогноза

Д) категория клинических вопросов.

114.К ТРЕБОВАНИЯМ ПО ПРОВЕДЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

А) правильная организация (дизайн) исследования и математически обоснованный способ рандомизации

Б) управление медицинскими организациями

В) организация бесплатной продуктовой корзины

Г) участие в эксперименте по контролю качества исполнения работы

Д) выбор аудитора.

115.ЧЕТКО ОБОЗНАЧЕННЫЕ И СОБЛЮДАЕМЫЕ КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ В ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОСИТСЯ К

А) требованиям по проведению клинических исследований

Б) вероятности выявления исходов заболевания

В) сравнению с другим вариантом лечения

Г) менее распространенным исследованиям

Д) проведению для сравнения процедур.

116.ПРАВИЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЕ И СОБЛЮДАЕМЫЕ КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

А) сравнению с другими проводимыми процедурами

Б) выявлению в различиях в лечении

В) клиническим исследованиям и их требованиям по проведению

Г) исследованиям, которые менее распространены

Д) сравнениям научных источников.

117.ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР КРИТЕРИЕВ ИСХОДА БОЛЕЗНИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ И БЕЗ НЕГО ЭТО

- А) исходные данные начала заболевания
- Б) процедуры, проводимые в сравнении
- В) исследования, относящиеся к клиническим
- Г) клинические практические руководства
- Д) латинский квадрат

118. ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- А) Постановку диагноза
- Б) Место проведения исследования
- В) Частота встречаемости данного заболевания
- Г) Повышение риска заболевания
- Д) Последствия заболевания в семье

119. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСИТСЯ К ТРЕБОВАНИЯМ

- А) Предъявляемым к медицинским исследованиям
- Б) Поиска наиболее часто встречающихся заболеваний
- В) Поставленного диагноза
- Г) Связанных с повышенным риском заболевания
- Д) Связанных с последствиями заболеваний

120. КОРРЕКТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБРАБОТКИ - ЭТО

- А) Определение здоров ли пациент
- Б) Определение болен ли пациент
- В) Факторы риска
- Г) Важные требования, предъявляемые к медицинским исследованиям
- Д) Прогноз заболевания

121. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВОПРОСОВ ПОСТАВЛЕН ПРАВИЛЬНО ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- А) Какие методы предупреждения болезни вы знаете?
- Б) Какие факторы связаны с данным заболеванием?
- В) Насколько часто встречается данное заболевание?

Г) Какие факторы улучшают течение заболевания?

Д) Каковы выраженные последствия заболевания?

122. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВОПРОСОВ ПРАВИЛЬНО ПОСТАВЛЕН ПРИ ПРОГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А) Как вы оцениваете здоровье пациента?

Б) Каковы последствия лечения заболевания?

В) Насколько часто встречается данное заболевание и его последствия?

Г) Каковы последствия заболевания?

Д) Какие факторы связаны с последствиями заболевания?

123. КАКОЙ ИЗ ВОПРОСОВ ПРАВИЛЬНО ПОСТАВЛЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА:

А) Здоров или болен пациент после лечения?

Б) Как изменится течение заболевания при лечении?

В) Насколько часто встречается данное заболевание?

Г) Каковы последствия заболевания?

Д) Какие факторы связаны с повышенным риском заболевания?

124. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ВОПРОСОВ ПРАВИЛЬНО ПОСТАВЛЕН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

А) Какие факторы приводят к заболеванию?

Б) Существуют ли методы предупреждения болезни у здоровых?

В) Улучшается ли течение заболевания при его раннем распознавании и лечении?

Г) Каковы последствия заболевания?

Д) Какие факторы связаны с повышенным риском заболевания?

125. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ТИПАМ ИССЛЕДОВАНИЙ?

А) Литературный обзор

Б) Мета-анализ

В) Заполнение истории болезни

Г) Доклад по поставленной проблеме

Д) Эффективность лечения.

126. СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ – ЭТО

А) научная работа, где объектом исследования служат результаты ряда оригинальных исследований по одной проблеме, анализируются результаты исследований с применением подходов, уменьшающих возможность систематических и случайных ошибок

Б) вершина доказательств

В) медицинская оценка клинической эффективности

Г) метод формирования групп участников испытания

Д) суммарные статистические показатели.

127. ЦЕЛЬЮ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА ЯВЛЯЕТСЯ

А) количественный систематический обзор литературы для получения суммарных статистических показателей

Б) рассмотрение результатов оригинальных исследований по одной проблеме

В) наука являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования

Г) метод, используемый для формирования последовательности отнесения участников испытания к группам

Д) взвешенное и беспристрастное изучение результатов ранее проведенных исследований.

128. КАЧЕСТВЕННЫЙ СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР – ЭТО

А) количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей

Б) серьезное научное исследование

В) клиническая наука являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования для оценки клинической эффективности

Г) метод, используемый для формирования последовательности случайного отнесения участников испытания к группам

Д) рассмотрение результатов оригинальных исследований по одной проблеме или системе, но не проводится статистический анализ.

130. МЕТА-АНАЛИЗ - ЭТО

А) Количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей

Б) Количественная оценка суммарного эффекта, установленного на основании результатов всех научных исследований

В) Медицинская наука являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования для оценки клинической эффективности

Г) Метод, используемый для формирования последовательности случайного отнесения участников испытания к группам

Д) Рассмотрение результатов оригинальных исследований по одной проблеме или системе, но не проводится статистический анализ.

130.РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ИСПЫТАНИЯ (РКИ) – ЭТО

- А) количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей
- Б) вершина доказательств и серьезное научное исследование: количественная оценка суммарного эффекта, установленного на основании результатов всех научных исследований
- В) современная медицинская наука являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования для оценки клинической эффективности
- Г) метод, используемый для формирования последовательности случайного отнесения участников испытания к группам
- Д) «золотой стандарт» общепризнанный эталон научного исследования для оценки клинической эффективности.

130.УКАЖИТЕ СКОЛЬКО ГРУПП ПАЦИЕНТОВ ДОЛЖНО БЫТЬ В РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИСПЫТАНИЯХ

- А) 1 группа
- Б) 2 группы
- В) 3 группы
- Г) 4 группы
- Д) 5 групп.

130.КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА В РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИСПЫТАНИЯХ – ЭТО

- А) группа, где лечение не проводится или проводится стандартное, традиционное (обычное) или пациенты получают плацебо
- Б) группа, где проводится лечение, эффективность которого доказана
- В) группа пациентов, где наблюдается «большие» осложнения
- Г) группа пациентов, где наблюдается повторная госпитализация
- Д) группа пациентов, абсолютно здоровых.

130.ГРУППА АКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИСПЫТАНИЯХ – ЭТО

- А) группа пациентов, где лечение не проводится или проводится стандартное, традиционное (обычное) или пациенты получают плацебо
- Б) группа пациентов, где проводится лечение, эффективность которого исследуется
- В) группа пациентов, абсолютно здоровых
- Г) группа пациентов, где наблюдается «большие» осложнения

Д) группа пациентов, где наблюдается повторная госпитализация

130. ПЛАЦЕБО – ЭТО

А) лекарство, являющееся эффективным относительно исследуемого показателя (чаще применяется препарат «золотого стандарта» - хорошо изученный, давно и широко применяемый в практике)

Б) это индифферентное вещество (процедура) применяемое для сравнения его действия с эффектами настоящего лекарства или другого вмешательства

В) клинические особенности заболевания и сопутствующая патология

Г) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны

Д) возраст, пол, расовая принадлежность

130. АКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ – ЭТО

А) лекарство, являющееся эффективным относительно исследуемого показателя (чаще применяется препарат «золотого стандарта» - хорошо изученный, давно и широко применяемый в практике)

Б) это индифферентное вещество (процедура) применяемое для сравнения его действия с эффектами настоящего лекарства или другого вмешательства

В) клинические особенности заболевания и сопутствующая патология

Г) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны

Д) возраст, пол, расовая принадлежность.

130. УКАЖИТЕ ПО КАКИМ ПРИЗНАКАМ ДОЛЖНЫ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ГОМОГЕННОСТЬ ГРУПП.

А) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны со здоровыми людьми

Б) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по сопутствующим патологиям

В) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по родственным связям

Г) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по месту проживания

Д) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по району проживания.

130. РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ ГРУПП – ЭТО

А) количество пациентов в каждой группе должно быть достаточным для получения статистически достоверных результатов

Б) распределение пациентов по группам должно происходить по желанию участников эксперимента

В) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по сопутствующим патологиям

Г) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по возрасту

Д) группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по полу

130. УКАЖИТЕ СКОЛЬКО ТИПОВ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТИ ГРУПП СУЩЕСТВУЕТ.

- А) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4
- Д) 5

130. РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ – ЭТО

- А) обозначает структурное соответствие выборочной и генеральной совокупностей.
- Б) количество пациентов в каждой группе должно быть достаточным для получения статистически достоверных результатов
- В) определяется числом наблюдений, гарантирующим получение статистически достоверных данных
- Г) распределение пациентов по группам методом случайной выборки
- Д) процедура применяемая для сравнения действия лекарственных средств

130. ИСТИННЫЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ - ЭТО

- А) разработка национальных клинических руководств
- Б) подбор необходимого количества участников эксперимента
- В) основные показатели, связанные с жизнедеятельностью больного
- Г) процесс включения участников в эксперимент
- Д) процесс исключения участников из эксперимента

130. К ИСТИННЫМ КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) достаточное количество пациентов для получения статистически достоверных результатов
- Б) структурное соответствие выборочной и генеральной совокупностей
- В) минимизирование возможности влияния на результаты исследования со стороны его участников
- Г) открытое клиническое исследование
- Д) улучшение качества жизни, снижение частоты осложнений, облегчение симптомов заболевания

130. ОДНИМ ИЗ ИСТИННЫХ КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) метод простого «ослепления»
- Б) результаты лабораторных и инструментальных исследований, которые связаны с истинными конечными точками лечения

- В) метод, обеспечивающий пропорциональное распределение испытуемых по группам
- Г) минимизирование возможности влияния на результаты исследования со стороны его организаторов
- Д) структурное соответствие генеральной совокупности

130.РАНДОМИЗИРОВАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КРИТЕРИИ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

- А) объективность
- Б) репрезентативность
- В) субъективность
- Г) компетентность
- Д) гуманность

130.ПРОСТОЙ «СЛЕПОЙ» МЕТОД – ЭТО

- А) принадлежность к определенной группе, не знает больной, но знает врач
- Б) принадлежность к определенной группе не знают больной и врач
- В) метод, обеспечивающий пропорциональное распределение испытуемых по группам
- Г) метод, минимизирования осознанной или неосознанной возможности влияния на результаты исследования со стороны его участников
- Д) принадлежность к определенной группе, не знают больной, врач и организаторы (статистическая обработка).

130.ДВОЙНОЙ «СЛЕПОЙ» МЕТОД – ЭТО

- А) метод принадлежности к определенной группе, где не знает пациент, но знает врач
- Б) метод принадлежности к определенной группе, где не знают ни пациент, ни врач
- В) метод, обеспечивающий пропорциональное распределение испытуемых по группам
- Г) метод, минимизирования осознанной возможности влияния на результаты исследования со стороны его участников
- Д) метод принадлежности к определенной группе не знают ни пациент, ни врач и организаторы.

130.ТРОЙНОЙ «СЛЕПОЙ» МЕТОД – ЭТО

- А) метод «ослепления», где о принадлежности к определенной группе не знает больной, но знает врач
- Б) метод «ослепления», где о принадлежности к определенной группе не знают больной и врач
- В) метод, «ослепления» обеспечивающий пропорциональное распределение пациентов по группам с учетом факторов, влияющих на результаты лечения

Г) метод, минимизирования неосознанной возможности влияния на результаты исследования со стороны участников

Д) метод «ослепления», где о принадлежности к определенной группе не знают больной, врач и организаторы (статистическая обработка).

130. МЕТОД ОТКРЫТОГО ИССЛЕДОВАНИЯ - ЭТО

А) метод простого «ослепления», т.е. о принадлежности к определенной группе не знает больной, но знает врач

Б) метод двойного «ослепления», т.е. о принадлежности к определенной группе не знают больной и врач

В) метод, обеспечивающий пропорциональное распределение испытуемых по группам с учетом факторов, существенно влияющих на результаты лечения

Г) метод, минимизирования осознанной или неосознанной возможности влияния на результаты исследования со стороны его участников

Д) все участники исследования осведомлены о проведении клинического испытания.

130. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ОТКАЗОВ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПРОДОЛЖЕНИЯ УЧАСТИЯ В РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЯХ СЧИТАЕТСЯ ЗНАЧИМЫМИ И ИНФОРМАТИВНЫМИ

1. $\leq 5\%$

2. $\geq 5\%$

3. $< 10\%$

4. $> 10\%$

5. $\leq 10\%$

130. КАКОЙ СРОК НАБЛЮДЕНИЙ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЯХ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ЗНАЧИМОСТЬ И ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТА

А) при коротком сроке наблюдения

Б) при непродолжительном сроке наблюдения

В) при достаточно длительном сроке наблюдения

Г) нет необходимости срока наблюдения

Д) этот пункт не включается в дизайн эксперимента

130. КАКОЙ УРОВЕНЬ СООТВЕТСТВУЕТ ИСТИННЫМ КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.

А) нулевой уровень

Б) вторичный уровень

В) четвертичный уровень

Г) пятый уровень

Д) шестой уровень

130. К ОБЪЕКТИВНЫМ КРИТЕРИЯМ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОТНОСЯТСЯ

- А) показатель в генеральной совокупности
- Б) показатели, связанные с жизнедеятельностью больного
- В) результаты лабораторных и инструментальных исследований,
- Г) определение искомых факторов в экспонированной группе
- Д) смертность от данного заболевания

130. ОБЪЕКТИВНЫМ КРИТЕРИЯМ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) снижение частоты осложнений
- Б) облегчение симптомов заболевания
- В) общая смертность
- Г) планируемая продолжительность жизни
- Д) минимизирования возможности влияния на результаты исследования со стороны участников

130. ПРИ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ:

- А) закон больших чисел
- Б) повышение показателя продолжительности жизни
- В) частота развития «больших» осложнений
- Г) использование метода случайной выборки
- Д) использование метода «ослепления»

130. КАКОЙ ИЗ КРИТЕРИЕВ ОТНОСИТСЯ К КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- А) определения факторов в экспонированной группе
- Б) определения показателей продолжительности жизни
- В) частота повторных госпитализации
- Г) объективность клинических показателей
- Д) определения фактора риска

130. УКАЖИТЕ КАКОЙ ИЗ КРИТЕРИЕВ ОТНОСИТСЯ К КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- А) младенческая смертность
- Б) смертность от возраста
- В) Оценка качества жизни
- Г) материнская смертность
- Д) перинатальная смертность

130. КОГОРТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ - ЭТО

- А) подборка группы пациентов на предмет сходного признака, которая будет прослежена в будущем
- Б) гипотеза образа жизни
- В) профилактических мероприятий
- Г) подборка группы пациентов на предмет не сходных признаков
- Д) метод, минимизирования осознанной или неосознанной возможности влияния на результаты исследования со стороны его участников.

130. ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЙ – КОНТРОЛЬ ЭТО

- А) исследование, организовано для выявления связи между каким-либо фактором риска и клиническим исходом
- Б) исследование, где сравнивается доля не участвующих в испытании людей
- В) подвергшиеся воздействию фактора риска
- Г) не подвергшиеся воздействию фактора риска
- Д) разработка образовательных программ

130. ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРИИ СЛУЧАЕВ ИЛИ ОПИСАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТО

- А) включает несколько исследовательских гипотез
- Б) результаты лабораторных и инструментальных исследований
- В) в начале исследования исход не известен
- Г) случаи: наличие заболевания или исхода
- Д) основные показатели, связанные с жизнедеятельностью больного

130. РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ - ЭТО

- А) исследование случай – контроль
- Б) мета-анализ
- В) когортное исследование

Г) литературный обзор

Д) систематический обзор

161. НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА

А) эффективный инструмент для непрерывного, поддающегося измерению совершенствования, как повседневного медицинского обслуживания, так и улучшения качества медицинских услуг

Б) описание серии случаев – исследование одного и того же вмешательства у отдельных последовательно включенных больных без группы контроля

В) описывается определенное количество интересующих характеристик в наблюдаемых малых группах пациентов

Г) распределение пациентов по группам должно происходить рандомизировано, т.е. методом случайной выборки, позволяющим исключить все возможные различия между сравниваемыми группами, потенциально способные повлиять на результат исследования

Д) метод, минимизирования осознанной или неосознанной возможности влияния на результаты исследования со стороны его участников.

162. ОДИН ИЗ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В СОЗДАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ.

1. Они используются врачами, менеджерами амбулатории и стационаров, руководителями здравоохранения, экономистами здравоохранения и др.
2. Используются врачами, менеджерами амбулатории, руководителями здравоохранения, экономистами здравоохранения, фельдшерами скорой медицинской помощи.
3. Распределение пациентов по группам должно происходить рандомизированно, т.е. методом случайной выборки, позволяющим исключить все возможные различия между сравниваемыми группами, потенциально способные повлиять на результат исследования.
4. Индифферентное вещество (процедура) применяемое для сравнения его действия с эффектами настоящего лекарства или другого вмешательства.
5. Клинические руководства при правильном составлении и внедрении способствуют повышению качества медицинской помощи и снижению ее стоимости.

163. КЛИНИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

А) Эффективность лечения, результативность затрат на лечение, качество лечения, научный подход к лечению

Б) Улучшение качества жизни, снижение частоты осложнений, облегчение симптомов заболевания

В) Основные показатели, связанные с жизнедеятельностью больного (смерть от любой причины или основного - исследуемого заболевания, выздоровление от исследуемого заболевания)

Г) Повышать удовлетворенность среднего медицинского персонала

Д) Совершенствование организации

164. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА

1. Эффективность лечения, результативность затрат на лечение, качество лечения, научный подход к лечению, повышения уровня образования, правовая защита, совершенствование организации.
2. Результативность лечение, качество лечения, научный подход к лечению эффективность лечения образования, правовая защита, совершенствование организации.

3. Качество лечения, научный подход к лечению, повышения уровня образования, правовая защита пациента, совершенствование организации, эффективность лечения, результативность затрат на лечение
4. Результативность затрат на лечение, качество лечения, повышения уровня образования, правовая защита, совершенствование уровня организации, эффективность лечения
5. качество лечения, научный подход к лечению, повышения уровня образования, правовая защита, совершенствование организации.

165. ТРЕБОВАНИЯ К РАЗРАБОТКЕ КПП

А) отражать оптимальный уровень жизни, обеспечивать непрерывность и преемственность в диагностике, лечении, профилактике и реабилитации

Б) профилактика и реабилитация, диагностика и лечение их непрерывность, улучшение качества жизни с ориентацией на пациента

В) реабилитация и улучшения качества жизни, минимизация ресурсов

Г) улучшение качества жизни, снижение частоты осложнений, облегчение симптомов заболевания

Д) минимизировать нерациональное использование ресурсов, понимать причины

166. ТИПЫ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

1. на основе литературного обзора
2. на основе клинических протоколов
3. на основе клинических протоколов и руководств
4. на основе литературного и систематического обзора
5. +на основе наилучшей практики, клинических протоколов.

167. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ТИП КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

1. Расширенные руководства, на основе доказательств, клинических протоколов и консенсуса
2. Расширенные руководства основанные на статистические показатели – исследуемого заболевания, систематический обзор, мета – анализ
3. Количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей
4. Руководства на основе консенсуса, количественная оценка суммарного эффекта, установленного на основании результатов всех научных исследований.
5. На основе консенсуса, количественная оценка суммарного эффекта, установленного на основании результатов всех научных исследований, клинических протоколов

168. ЭТАПЫ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

1. выбор темы для написания клинических практических руководств, основываясь на наиболее серьезных характеристиках заболевания (заболеваемость, смертность и др. факторы)
2. поведения систематического обзора по данному заболеванию и научных исследований и статистических показателей, разработка проекта рекомендации.
3. сбор анамнеза, мнения врачей, поведения систематического обзора по данному заболеванию и научных исследований и статистических показателей.
4. количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей.
5. разработка проекта рекомендации, проведение систематического литературного обзора и выявление систематических ошибок, поведение аудита (внутреннего и внешнего аудита)

169. ЭТАПЫ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА.

- А) проведение систематического обзора литературы
- Б) проведение систематического обзора программ в СМИ
- В) на основе доказательств и консенсуса, статистических показателей
- Г) на основе консенсуса и серьезных характеристиках заболевания (заболеваемость, смертность и др. факторы)
- Д) разработать проект рекомендаций, завершить разработку КПП и получить одобрение у основных заинтересованных групп

170. ПРЕИМУЩЕСТВА КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ:

- А) могут проводиться проспективные исследования, в которых больные включаются в группу вмешательства для определения причинно-следственных связей между медицинским вмешательством и клиническим исходом
- Б) могут быть использованы в качестве методического материала для разработки информационно-образовательных материалов
- В) могут применяться для разработки кратких справочников для практических работников здравоохранения и раздаточного материала для обучения пациентов
- Г) проводится распределение пациентов по группам рандомизированно, т.е. методом случайной выборки, который позволит исключить все возможные различия между сравниваемыми группами, потенциально способных повлиять на результаты исследования
- Д) могут проводиться количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей

171. ПРОЦЕСС РАЗРАБОТКИ И ОЦЕНКА РУКОВОДСТВ ДОЛЖНЫ ФОКУСИРОВАТЬСЯ НА ИСХОДАХ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ДЛЯ (ПОТРЕБИТЕЛЕЙ) ЭТО-

1. тип клинического руководства
2. принцип разработки клинического руководства
3. принцип типовых разработок клинического руководства
4. основной принцип разработки клинического руководства
5. этап разработки клинических практических руководств на основе доказательств.

172. ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

1. Руководства должны основываться на наилучших доказательствах и должны включать указания по поводу уровня доказательности отдельных положений предлагаемых КПП
2. разработка клинических руководств должна основываться на количественном синтезе первичных данных для получения суммарных статистических показателей
3. разработка клинических руководств должна включать план распространения и внедрения, готовиться в течение 10 лет
4. разработка клинических руководств должна основываться на анализе проведенных медицинских вмешательств.
5. клинических руководств должна основываться на анализе проведенных медицинских вмешательств

173. РАЗРАБОТКА КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ

- А) формирование рабочей группы. формирование текста клинического протокола, внедрение клинического протокола в деятельности медицинской организации

Б) объединение исследований, внедрение клинического руководства в процесс медицинских ВУЗ-ов, формирование исследовательской группы.

В) организация исследовательской группы, составление клинического руководства, в состав рабочей группы входит (менеджеры, организаторы здравоохранения, аудиторы)

Г) формирование исследовательской группы состоит (менеджеры стационара и поликлиники, аудиторы, руководители здравоохранения), внедрение клинического практического руководства в практику здравоохранения.

Д) разработка клинического практического руководства, формирование исследовательской группы руководства, внедрение в практику здравоохранения

174. РАЗРАБАТЫВАЕМЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ИМЕЕТ РАЗДЕЛЫ

А) модель пациента, модель оплаты труда

Б) модель пациента, перечень лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента.

В) модель оплаты труда медицинских работников, стандартные операции и процедуры по выполнению требований протокола

Г) модель пациента, перечень лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента, стандартные операции и процедуры по выполнению требований протокола

Д) перечень лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента, стандартные операции и процедуры по выполнению требований протокола

175. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ЕГО СОДЕРЖАНИЕ

А) стандартизованные подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний на основе принципов доказательной медицины

Б) нормативное обеспечение системы управления качеством медицинской помощи в медицинской организации

В) обоснование программы государственной гарантии оказания медицинской помощи населению

Г) контроль за соблюдением плана мероприятий по внедрению новых методов лечения.

Д) дает возможность применения для пациентов не эффективных лекарственных средств

176. ПРИЕМУЩЕСТВА КПП ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

А) исключает возможность использования клинического мышления

Б) дает возможность применения более дорогостоящих методов диагностики и лечения

В) исключает возможность применения методов диагностики и лечения основанных на доказательной медицине

Г) Встречаясь с нештатной ситуацией, практикующий врач всегда может обратиться к клиническому руководству и назначить пациенту лечение, основанное на доказательной медицине

Д) дает возможность применения не эффективных лекарственных средств

177. РУКОВОДСТВО НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ЕГО ПРЕИМУЩЕСТВА:

1. Используется в качестве модели для разработки протоколов и стандартов менеджерами стационаров и амбулаторий, для планирования здравоохранения и других задач, решающих вопросы штатов лечебных учреждений и разработки реалистичных бюджетов
2. Клинические протоколы составленные менеджерами стационаров и амбулаторий, раздаточные материалы для обучения пациентов, основывается на консенсус и следует провести оценку полезности.
3. Применяется для разработки кратких клинических справочников для практических работников здравоохранения и других задач.
4. Разработка реалистических бюджетов, разработка стандартов, протоколов

178. РУКОВОДСТВО НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ЕГО НЕДОСТАТКИ:

1. Требуется время для создания рабочей группы, в которую войдут все заинтересованные представители.
2. Для сравнения всех положительных эффектов и отрицательных воздействий при всех возможных подходах требуется максимальное количество участников испытания.
3. Требуется время для проведения распределения пациентов по группам рандомизированно, т.е. методом случайной выборки, который позволяет исключить все возможные различия между сравниваемыми группами, потенциально способных повлиять на результаты исследования
4. индифферентное вещество (процедура) применяемое для сравнения его действия с эффектами настоящего лекарства или другого вмешательства.
5. требуется время для проведения количественного систематического обзора литературы и количественного синтеза первичных данных для получения суммарных статистических показателей

179. ОЦЕНКА КПР НУЖНА ДЛЯ

1. Некачественные КПР могут подвергнуть серьезному риску множество пациентов
2. Высокое качество КПР играют важную роль в здравоохранении
3. Качественный КПР для создания рекомендации во всем мире
4. Обладает внутренней достоверностью и обобщаемостью
5. КПР не применимы в практике

180. КАЧЕСТВО КПР

1. Систематические ошибки допущены
2. Внутренняя достоверность и обобщаемость
3. Высокая достоверность, и применимы в практике
4. Обеспечение высокого качества и играет важную роль в здравоохранении.
5. Потенциальные систематические ошибки предупреждены или имеется предупреждения

181. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ «КЛИНИЧЕСКОГО ПРАКТИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВО»

1. это эффективные инструменты для непрерывного совершенствования повседневного медицинского обслуживания и улучшения долгосрочных результатов и благоприятных исходов лечения
2. это научная работа, где объектом изучения служат результаты ряда оригинальных исследований
3. это обзор, в котором результаты оригинальных исследований рассмотрены, но статистически не объединены
4. это количественный анализ объединенных результатов нескольких клинических испытаний одного и того же вмешательства
5. это руководства для изучения фармакокинетики лекарственных препаратов

182. КЛИНИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА КЕМ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

А) менеджерами амбулатории и стационаров

В) руководителями здравоохранения

Б) экономистами здравоохранения

Г) практикующими врачами

Д) пациентами

183. КЛИНИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ

1. Организаторов здравоохранения
2. Студентов медицинских вузов и колледжей
3. Для врачей ординаторов и менеджеров амбулатории
4. Для повышения качества медицинской помощи и страхования
5. Для повышения качества и доступности медицинской помощи.

184. ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

1. Повышение эффективности лечения, совершенствования организации медицинской помощи
2. Доступность медицинской помощи, повышение стоимости медицинских услуг.
3. Качественная организация медицинской помощи, страхование.
4. Научный подход к лечению
5. Качественное лечение

185. ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

А) Диагностика, лечение, профилактика, реабилитация

Б) Отражать оптимальный уровень лечения и услуг

В) Повышать стоимость медицинских услуг

Г) Снижать доступность медицинской помощи

Д) клиническая практика

186. ЦЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ AGREE COLLABORATION

1. Разработка единого подхода к созданию КПП, определение критериев качества, мониторингования.
2. Распространение критического подхода к созданию КПП
3. Мониторирование качества КПП
4. Единый подход к созданию КПП
5. Качественный КПП

187. ЦЕЛИ ОПРОСНИКА AGREE

1. Создание систематического подхода к оценке качества КПП
2. Внедрение КПП в практику здравоохранения
3. Создание рекомендации и мета анализ
4. Мониторинг качества
5. Доступность

188. AGREE ПРЕДНАЗНАЧЕН

1. Государственным органам
2. Для медицинских представителей, их самооценки и обучения
3. Для правильной последовательности, методологии разработки
4. Для принятия решения, какие клинические рекомендации следует внедрять

5. Для составителей клинических рекомендации – что бы следовали строгой методологии разработки и самооценки качества своих рекомендаций

189. СТРУКТУРА ОПРОСНИКА AGREE

1. 23 пункта, в каждом разделе рассматривается самостоятельная

характеристика качества

2. 23 раздела, 6 пунктов в каждом разделе рассматривается самостоятельная характеристика качества.
3. 23 пункта, сгруппированных 8 разделов
4. 23 пункта, сгруппированных 23 раздела
5. 23 пункта, сгруппированных 6 разделов

190. 1 РАЗДЕЛ СТРУКТУРЫ ОПРОСНИКА AGREE

1. Участие заинтересованных сторон (пункты 4-7)
2. Область применения и цели (пункты 1-3)
3. Тщательность разработки (пункты 8-14)
4. Область применения (пункты 1-7)
5. Участие заинтересованных сторон(1-3)

191. 2 РАЗДЕЛ СТРУКТУРЫ ОПРОСНИКА AGREE

1. Участие заинтересованных сторон и цели (пункты 1-3)
2. Участие заинтересованных сторон (пункты 4-7)
3. Цели и участие заинтересованных сторон(1-3)
4. Тщательность разработки (пункты 8-14)
5. Область применения (пункты 1-7)

192. 3 РАЗДЕЛ СТРУКТУРЫ ОПРОСНИКА AGREE

1. Участие заинтересованных сторон и цели (пункты 1-3)
2. Участие заинтересованных сторон (пункты 4-7)
3. Цели и участие заинтересованных сторон(1-3)
4. Тщательность разработки (пункты 8-14)
5. Область применения (пункты 1-7)

193. 4 РАЗДЕЛ СТРУКТУРЫ ОПРОСНИКА AGREE

1. Ясность изложения и форма представления (пункты 15-18)
2. Участие заинтересованных сторон (пункты 14-17)
3. Цели и участие заинтересованных сторон(11-18)
4. Тщательность разработки (пункты 8-14)
5. Область применения (пункты 1-7)

194. 5 РАЗДЕЛ СТРУКТУРЫ ОПРОСНИКА AGREE

1. Ясность изложения и форма представления (15-18)
2. Участие заинтересованных сторон (пункты 4-7)
3. Тщательность разработки (пункты 18-24)
4. Возможность внедрения (пункты 19-21)
5. Область применения (пункты 1-3)

195. 6 РАЗДЕЛ СТРУКТУРЫ ОПРОСНИКА AGREE

1. Ясность изложения и форма представления (15-18)

2. Участие заинтересованных сторон (пункты 4-7)
3. Тщательность разработки (пункты 18-24)
4. Возможность внедрения (пункты 19-21)
5. Независимость разработчиков (пункты 22-23)

196. КОЛИЧЕСТВО ЭКСПЕРТОВ УЧАСТВУЮЩИЕ В ОПРОСНИКЕ AGREE:

1. Рекомендуются привлекать к оценке каждой клинической рекомендации

по крайней мере, 2, а желательно 4 эксперта, поскольку это повысит надежность оценки.

2. Рекомендуется к оценке нескольких клинических рекомендации примерно (4), и желательно 4 эксперта
3. Из 5 клинических рекомендации для надежности 5 эксперта
4. Для достоверной оценки включает 2 эксперта, привлечение к оценке 4 и более КПП
5. Из 2 клинических рекомендации для надежности оценки 4 эксперта

197. КОЛИЧЕСТВО РАЗДЕЛОВ ОПРОСНИКА AGREE:

- А) 6 разделов
- Б) 16 разделов
- В) 4 раздела
- Г) 2 раздела
- Д) 8 разделов

198. «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ»

- А) научная работа, где объектом изучения служат результаты ряда оригинальных исследований
- Б) обзор, в котором результаты оригинальных исследований рассмотрены, но статистически не объединены
- В) количественный анализ объединенных результатов нескольких клинических испытаний одного и того же вмешательства
- Г) протоколы для изучения фармакокинетики лекарственных препаратов
- Д) нормативный документ, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или определенной клинической ситуацией в медицинском учреждении

199. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ТИПЫ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

- А) Руководства на основе наилучшей практики, клинические протоколы
- Б) Руководства на основе критических оценок экспертов
- В) Руководства на основе отрицательных эффектов
- Г) Руководства на основе положительных эффектов
- Д) экспериментальные руководства

200. ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

- А) нормативное обеспечение системы управления качеством медицинской помощи в медицинской организации
- Б) определение степени надежности выводов мета-анализа
- В) исключение возникновения системных ошибок
- Г) сравнение результатов по каждому отдельному исследованию или случаю
- Д) объединение исследований с различными исходами

201. ЗАДАЧИ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

- А) Защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов, проведение экспертизы , оценка качества медицинской помощи больным с определенным заболеванием
- Б) Проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи больным с определенным заболеванием, синдромом или в определенной клинической ситуации, и планированием мероприятий по его совершенствованию
- В) Выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного
- Г) Снижение качества технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных
- Д) Снижение объемов медицинской помощи

202. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА И КООРДИНАЦИИ РАБОТ ПО ЕГО ВНЕДРЕНИЮ:

- А) главный врач или его заместитель по лечебной и клинико-экспертной работе, ведущие специалисты в области применения клинического протокола;
- Б) руководители всех отделений медицинской организации, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам, на которых распространяются требования клинического протокола;
- В) ведущие специалисты, сфера деятельности которых соответствует области применения клинического протокола;
- Г) младший медицинский персонал, заведующие отделением, пациенты
- Д) пациенты;

203. КАКИЕ РАЗДЕЛЫ ИМЕЕТ РАЗРАБАТЫВАЕМЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

- А) модель врача;
- Б) модель пациента;
- В) модель оплаты труда медицинских работников;
- Г) стандартные операции и процедуры по выполнению требований протокола;

Д) перечень лекарственных средств основной, дополнительный, модель пациента, процедуры и операции по выполнению требования протокола.

204. С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИНСТРУМЕНТА ПРОВОДИТСЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

А) Опросник В.В. Власова

Б) Опросник Мак Мастера

В) Опросник Кохрана

Г) Опросник Чалмера

Д) Опросник AGREE

205. НЕДОСТАТКИ ПРИМЕНЕНИЯ РУКОВОДСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

А) Требуется разработка протоколов

Б) Четко отделяют мнения от доказательств

В) Могут быть использованы в качестве модели для разработки протоколов и стандартов менеджерами стационаров и амбулаторий

Г) Могут применяться для разработки кратких справочников для практических работников здравоохранения

Д) Требуется время для создания рабочей группы, в которую войдут все заинтересованные представители

206. КОЛИЧЕСТВО ПУНКТОВ ОПРОСНИКА AGREE

А) 6 пунктов

Б) 8 пунктов

В) 10 пунктов

Г) 23 пункта

Д) 28 пунктов

207. В КАКОЙ СТРАНЕ БЫЛ СОЗДАН ОПРОСНИК AGREE

А) Китай

Б) Россия

В) Украина

Г) Франция

Д) Великобритания

208. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПУНКТОВ НЕ ОТНОСИТЬСЯ К ПУНКТАМ AGREE COLLABORATION

- А) Разработка единого подхода к созданию КПП
- Б) Создание инструмента для оценки и мониторинга качества КПП
- В) Определение критериев качества КПП
- Г) Распространение критического подхода к созданию КПП по всему миру
- Д) разработка разнообразных подходов к созданию КПП

209. КАК ОБОЗНАЧАЮТ ИТОГОВУЮ ЭКСПЕРТНУЮ ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА КПП

- А) Настоятельно рекомендую/Рекомендую с оговорками и изменениями
- Б) Не уверен/ согласен
- В) да/ нет/ не знаю
- Г) согласен/ не совсем согласен
- Д) затрудняюсь ответить

210. КАК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОДСЧЕТ БАЛЛОВ ПО ОПРОСНИКУ AGREE

- А) Баллы по каждому из шести разделов рассчитываются независимо и не суммируются в единую оценку качества
- Б) Баллы по каждому из шести разделов рассчитываются вместе и суммируются в единую оценку качества
- В) Баллы рассчитываются по специальной формуле
- Г) Оценка баллов не проводится
- Д) нет правильного ответа

211. КАКИМ ОБРАЗОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА КАЖДОГО ПУНКТА ОПРОСНИКА AGREE

- А) 4-х балльной шкале
- Б) 9-ти балльной шкале
- В) по 5 балльной шкале
- Г) 10-ти балльной шкале
- Д) не оценивается

212. КАКИЕ РАЗДЕЛЫ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ ОПРОСНИКА AGREE

- А) Область применения и цели
- Б) Надежность опросника
- В) качественная разработка

Г) Ясность изложения

Д) Сложности внедрения

213. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РАЗДЕЛОВ НЕ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ ОПРОСНИКА AGREE

А) Область применения и цели

Б) Надежность опросника

В) Тщательность разработки

Г) Ясность изложения и форма представления

Д) Независимость разработчиков

214. СКОЛЬКО ЭКСПЕРТОВ ПРИВЛЕКАЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА AGREE

А) 2-4 эксперта

Б) 3-4 эксперт

В) 4 эксперта

Г) 5 экспертов

Д) 5 и более экспертов

215. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСНОВНЫХ ТИПОВ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ РАЗРАБОТАНО

1. Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 5 основных типов руководств
2. Разработано 3 типа клинических руководств
3. Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 10 основных типов руководств
4. Разработано 12 основных и дополнительных типов клинических руководств
5. Клинические руководства не подразделяются по типам

216. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛЯ РУКОВОДСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

А) Руководства, разработанные с целью снижения объемов медицинской помощи

Б) включают стратегию описания значимости приведенных свидетельств и стараются четко отделить мнения от доказательств

В) рассчитывают относительную разницу в исходах, включая как позитивный результат, так и положительные проявления

Г) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательный результат

Д) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только положительный результат

217. КАКАЯ ИЗ ХАРАКТЕРИСТИК ОТНОСИТЬСЯ К РУКОВОДСТВАМ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

А) Руководства, разработанные с целью снижения объемов медицинской помощи

- Б) не включают стратегию описания значимости приведенных свидетельств и стараются четко отделить мнения от доказательств
- В) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая как позитивный результат, так и отрицательные проявления
- Г) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательный результат
- Д) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только положительный результат

218. КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

- А) Процесс разработки не должен привлекать к участию потребителей
- Б) Процесс разработки и оценки руководств должен фокусироваться на исходах, наиболее важных для потребителей (показатели качества жизни, показатели выживаемости)
- В) Руководства разрабатываются без учета ограниченности ресурсов
- Г) Руководства разрабатываются с целью снижения качества технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных
- Д) Руководства разрабатываются с целью снижения объемов медицинской помощи

219. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ВЕРСИЯ ГРУПП РАЗРАБОТАЛА ОСНОВНЫЕ ТИПЫ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

- А) Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 5 основных типов руководств
- Б) Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 10 основных типов руководств
- В) Разработано 12 основных и дополнительных типов клинических руководств
- Г) Клинические руководства не подразделяются по типам
- Д) Разработано 3 типа клинических руководств

220. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ .

1. Должны быть ознакомлены с индикаторами и рекомендованным минимум данных, которые им следует собрать , чтобы провести оценку
2. Клиницист рекомендует внедрение РУКОВОДСТВО
3. Специалисты узкого профиля должны ответить на все вопросы , так и группа пациентов
4. Провести презентацию по всему региону и ознакомление с РУКОВОДСТВОМ в полном объеме
5. Внедрение руководства после оценки основных результатов

221. КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

- А) Процесс разработки не должен привлекать к участию потребителей
- Б) Процесс разработки и оценки руководств должен фокусироваться на исходах, наиболее важных для потребителей (показатели качества жизни, показатели выживаемости)
- В) Руководства разрабатываются без учета ограниченности ресурсов

Г) Руководства разрабатываются с целью снижения качества технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных

Д) Руководства разрабатываются с целью снижения объемов медицинской помощи

222. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ АУДИТ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

А) проведение аудита после внедрения КПП в практику не обязательно

Б) рекомендуется проводить в течение двух лет после внедрения КПП в практику

В) аудит в течение 15 лет после внедрения в практику

Г) проводится в течение 10 лет после внедрения в практику

Д) аудит проводится по пожеланиям администрации

223. ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ ОТНОСИТСЯ

1. К целям применения клинических практических руководств
2. К задачам применения клинических руководств
3. Аудит клинических руководств
4. Оценка клинических руководств
5. Пересмотр КПП

224. РУКОВОДСТВА НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ПРЕИМУЩЕСТВА

1. могут быть использованы в качестве модели для разработки протоколов и стандартов менеджерами стационаров и амбулаторий, для планирования здравоохранения и других задач, решающих вопросы штатов лечебных учреждений и разработки реалистичных бюджетов
2. Не могут применяться для разработки кратких справочников для практических работников здравоохранения и раздаточного материала для обучения пациентов
3. Применяется для разработки раздаточного материала и для обучения специалистов разного профиля
4. Не используется для разработки клинических руководств
5. Используется для разработки протоколов и стандартов

225. ПРИ РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ НЕ ТРЕБУЕТСЯ

А) Обеспечивать непрерывность и преемственность в диагностике, лечении, профилактике, реабилитации

Б) повышать удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи

В) Повысить нерациональное использование ресурсов

Г) Обеспечивать снижение качества медицинской помощи

Д) Отражать оптимальный уровень лечения и услуг

226. ЧТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ РУКОВОДСТВО НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

А) не разрабатываются по результатам систематизированного поиска и оценки информации в специальной литературе

Б) не включают стратегию описания значимости приведенных свидетельств и стараются четко отделить мнения от доказательств

В) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая как позитивный результат, так и отрицательные проявления

Г) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательный результат

Д) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только положительный результат

227. ОТЛИЧИЕ РАСШИРЕННЫХ РУКОВОДСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ОТ ДРУГИХ ТИПОВ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ:

А) проектируют последствия, которые принесут изменения в медицинской практике в определенной группе населения, для системы здравоохранения в целом

Б) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательные результаты

В) Снижают удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи

Г) Обеспечивают снижение качества медицинской помощи с ориентацией на пациента

Д) Повышают нерациональное использование ресурсов

228. ОСНОВА РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

А) Процесс разработки не должен привлекать к участию потребителей

Б) Процесс разработки и оценки руководств должен фокусироваться на исходах, наиболее важных для потребителей (показатели качества жизни, показатели выживаемости)

В) Руководства разрабатываются с целью снижения качества технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных

Г) Руководства разрабатываются с целью снижения объемов медицинской помощи

Д) Руководства разрабатываются без учета ограниченности ресурсов

229. КАКИЕ ТРЕБОВАНИЯ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТСЯ К РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ:

А) Обеспечивать непрерывность и преемственность в диагностике, лечении, профилактике, реабилитации

Б) Снижать удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи

В) Обеспечивать повышения качества медицинской помощи

Г) Результаты нерациональных использованных ресурсов

Д) Отражать оптимальный уровень лечения и услуг

230. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ТИП КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ОТЛИЧИЕ ОТ РАСШИРЕННЫХ РУКОВОДСТВ

А) проектируют последствия, которые принесут изменения в медицинской практике в определенной группе населения, для системы здравоохранения в целом

Б) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательные результаты

В) Обеспечивают снижение качества медицинской помощи с ориентацией на пациента

Г) снижают удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи

Д) Повышают нерациональное использование ресурсов

231. КАКИМ ПРИНЦИПАМ СЛЕДУЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА

А) Процесс разработки не должен привлекать к участию потребителей

Б) Процесс разработки и оценки руководств должен фокусироваться на исходах, наиболее важных для потребителей (показатели качества жизни, показатели выживаемости)

В) Руководства разрабатываются без учета ограниченности ресурсов

Г) Руководства разрабатываются с целью снижения качества технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных

Д) Руководства разрабатываются с целью снижения объемов медицинской помощи

232. АУДИТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПОВОДИТСЯ

А) проведение аудита после внедрения КПП в практику не обязательно

Б) в течение двух лет после внедрения КПП в практику

В) в течение 15 лет после внедрения в практику

Г) аудит проводится в течение 10 лет после внедрения в практику

Д) аудит проводится по пожеланиям администрации

233. ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ ОТНОСИТСЯ

1. К целям применения клинических практических руководств
2. К задачам применения клинических руководств
3. Аудит клинических руководств
4. Оценка клинических руководств
5. Пересмотр КПП

234. ОЦЕНКА КПП НУЖНО ДЛЯ

1. Профессиональные и правительственные структуры должны убедиться в высоком качестве КПП прежде чем они смогут рекомендовать их для внедрения в практику
2. Потенциальные систематические ошибки предупреждены или имеется предупреждение их существования
3. КПП играет большую роль в системе здравоохранения большинства стран
4. Пользователи могут оценить качество и внедрить в практику
5. КПП дают измеримые различия в результатах

235. РУКОВОДСТВО НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ПРЕИМУЩЕСТВА

1. могут быть использованы в качестве модели для разработки протоколов и стандартов менеджерами стационаров и амбулаторий, для планирования здравоохранения и других задач, решающих вопросы штатов лечебных учреждений и разработки реалистичных бюджетов

2. Не могут применяться для разработки кратких справочников для практических работников здравоохранения и раздаточного материала для обучения пациентов
3. Применяется для разработки раздаточного материала и для обучения специалистов разного профиля
4. Не используется для разработки клинических руководств
5. Используется для разработки протоколов и стандартов

236. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЯЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА

А) Правовая защита врача, повышение уровня образования врачей

Б) Повышать стоимость медицинских услуг

В) Снижение качества лечения

Г) Повышение уровня образования медицинского персонала

Д) Снижение результативности затрат на лечение

237. ПРИ КАКИХ СЛУЧАЯХ КПП РЕКОМЕНДУЕТСЯ АУДИТУ

1. Если полученные данные, очень значимые, может, потребуются более рани пересмотр
2. Рассмотреть и убедиться о низком качестве КПП, прежде чем они смогут рекомендовать их для внедрения в практику
3. Потенциальные систематические ошибки предупреждены или имеется предупреждение их существования
4. КПП играет большую роль в системе здравоохранения, предварительно пересмотреть, до получения оценки приближенных результатов
5. КПП дают измеримые различия в результатах

238. СОТРУДНИЧЕСТВО AGREE

1. С 1995 году Европа
2. С 1997 году Женева
3. С 1996 году Норвегия
4. С 1999 году Белоруссия
5. С 1998 году Новая Зеландия

239. ГДЕ БЫЛО СОЗДАНО СОТРУДНИЧЕСТВО AGREE

1. Европа
2. Женева
3. Норвегия
4. Индонезия
5. Белоруссия

240. КАКИЕ СТРАНЫ ВХОДЯТ В СОТРУДНИЧЕСТВО AGREE

1. Европа, США, Канада
2. Женева, Канада, США
3. Белоруссия, Россия, Канада
4. Европа, Белоруссия, Россия
5. Норвегия, Австралия, Россия

241. СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ – ЭТО

А) Научная работа, где объектом исследования служат результаты ряда оригинальных исследований по одной проблеме, т.е. анализируются результаты этих исследований с применением подходов, уменьшающих возможность систематических и случайных ошибок

Б) Вершина доказательств и серьезное научное исследование:

В) Современная медицинская наука, являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования для оценки клинической эффективности

Г) Метод, используемый для формирования последовательности случайного отнесения участников испытания к группам

Д) Количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей.

242. УКАЖИТЕ ЦЕЛЬ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА:

А) Количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей

Б) Рассмотрение результатов оригинальных исследований по одной проблеме или системе, но не проводится статистический анализ

В) Современная медицинская наука, являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования для оценки клинической эффективности

Г) Метод, используемый для формирования последовательности случайного отнесения участников испытания к группам

Д) Взвешенное и беспристрастное изучение результатов ранее проведенных исследований.

243. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ОШИБКА ЭТО

А) Систематическое отклонение результатов от истинных значений

Б) Постепенное изменение включаемое человеком

В) Систематическое изменение первичных материалов

Г) Своевременно измененные данные

Д) Количественные показатели исследования

244. КАЧЕСТВЕННЫЙ СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР – ЭТО

А) Количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей

Б) Вершина доказательств и серьезное научное исследование

В) Современная медицинская наука являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования для оценки клинической эффективности

Г) Метод, используемый для формирования последовательности случайного отнесения участников испытания к группам

Д) Рассмотрение результатов оригинальных исследований по одной проблеме или системе, но не проводится статистический анализ.

245. СЛУЧАЙНАЯ ОШИБКА ЭТО:

А) Отклонение результата наблюдения в выборке от истинного значения в популяции

Б) Систематическое отклонение результатов исследования

В) Постепенное изменение включаемое человеком

Г) Своевременно измененные данные

Д) Метод наблюдения в выборке

246. НАЗОВИТЕ ОДИН ИЗ ВОЗМОЖНЫХ НЕДОСТАТКОВ КАЧЕСТВЕННЫХ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

А) Ошибки, связанные с преимущественным отбором положительных результатов

Б) Ошибки, связанные с привлечением респондентов для анализа

В) Рассматривает узкий спектр клинических вопросов

Г) Использование строго научных данных

Д) Используемые данные ложные

247. ВОЗМОЖНЫЕ НЕДОСТАТКИ КАЧЕСТВЕННЫХ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

А) Нередко рассматривают широкий спектр клинических вопросов, не используются строго научные методы, часто отражают лишь субъективное мнение авторов

Б) Не используют строго научные методы, рассматривает узкий спектр клинических вопросов

В) Часто отражают субъективное мнение авторов, ошибки связанные с преимущественным отбором положительных результатов, выбор респондентов для клинических исследований случайный

Г) Ошибки, связанные с преимущественным отбором положительных результатов, часто отражают мнение экспертов, доказательство данных не проверяется

Д) Нередко рассматривают широкий спектр клинических вопросов, ошибки связанные преимущественным отбором отрицательных результатов

247. ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТА-АНАЛИЗА:

А) Помогают обосновать исследовательскую гипотезу, размер планируемого клинического исследования, а также определить важные побочные эффекты изучаемого препарата

Б) Предоставляют врачу субъективную информацию, включая оценку неэффективности различных методов

В) Помогают медицинским сестрам в выработке рекомендаций

Г) Помогают фармакологам в выборе тактики ведения больных

Д) Предоставляют исследователю не достоверные данные

247.ДЛЯ РЕШЕНИЯ КАКИХ ВОПРОСОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТА-АНАЛИЗ:

А) Помогают организаторам здравоохранения в выработке рекомендаций и законодательных актов (регулярно обновляемые рекомендации ААС по ведению больных)

Б) Предоставляют врачу субъективную информацию, включая оценку неэффективности различных методов

В) Помогают медицинским сестрам в выработке рекомендаций

Г) Помогают фармакологам в выборе тактики ведения больных

Д) Предоставляют исследователю не достоверные данные

247.АУДИТ ПРОВОДИМЫЙ СОТРУДНИКАМИ ОТДЕЛА QA ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ ИЛИ CRO, КОТОРЫЕ САМИ НЕПОСРЕДСТВЕННО ОРГАНИЗУЮТ И КОНТРОЛИРУЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ДАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – ЭТО:

А) Внешний аудит

Б) Внутренний аудит

В) Аудит организации

Г) Аудит исследовательского центра

247.УКАЖИТЕ, ЧТО ТАКОЕ МЕТА-АНАЛИЗ?

А) Количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных для получения суммарных статистических показателей

Б) Вершина доказательств и серьезное научное исследование: количественная оценка суммарного эффекта, установленного на основании результатов всех научных исследований

В) Современная медицинская наука являющаяся общепризнанным эталоном научного исследования для оценки клинической эффективности

Г) Метод, используемый для формирования последовательности случайного отнесения участников испытания к группам

Д) Рассмотрение результатов оригинальных исследований по одной проблеме или системе, но не проводится статистический анализ.

247.АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТА-АНАЛИЗА:

А) Установить целесообразность проведения мета-анализа и сформулировать цель, найти все исследования по теме, отвечающие критериям, подготовить выводы и рекомендации для врачебной практики и дальнейших научных исследований

Б) Сформировать ограниченную базу данных по теме мета-анализа, описать все возможные ограничения и расхождения в базе данных, для исследования по выбранной теме включают 1 испытание

В) Подготовить предложения для врачебной практики и дальнейших научных исследований, подготовить структурированный реферат, для мета-анализа отбирают недоказанные исследования

Г) Сформировать базу данных по теме мета-анализа, объединить эти данные для исследования на человеке

Д) С помощью статистических методов учесть факторы влияющие

на конечный результат, провести анализ на совместимость,

подготовить предложения для младшего медицинского персонала

247. ФОРМУЛИРОВАНИЕ ЦЕЛИ МЕТА-АНАЛИЗА:

А) Цель должна быть нечеткой и сформулирована в виде клинического ответа

Б) Часто целью мета-анализа является определение сравнительной эффективности какого либо метода лечения или определение суммарного эффекта нескольких препаратов сходного действия

В) Целью мета-анализа является создание базы данных когортных исследований

Г) Цель мета-анализа должна быть четкой и сформулировано расплывчато в виде вопроса

Д) Часто перед собой ставить вопрос о не совместимости лекарственных препаратов

247. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОИСКА ДАННЫХ ПО ТЕМЕ МЕТА-АНАЛИЗА:

А) Просмотр электронных баз данных (Medline и других), просмотр библиографических ссылок в статьях и книгах, содержащих указания на интересующие публикации, контакты с другими специалистами в данной области

Б) Контакты с другими специалистами в данной области, просмотр электронных баз данных, учет мнения отдельных авторов

В) Контакты с представителями фармфирм производящими оцениваемые препараты, учет мнения отдельных авторов, контакт с другими специалистами разных областей наук

Г) Просмотр электронных баз данных, просмотр книг и статей, из клинических исследований брать только описательные

Д) Просмотр библиографических ссылок в статьях и книгах, содержащих указания на интересующие публикации, учет мнения только отдельных авторов

247. ОТБОР ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В МЕТА-АНАЛИЗ ЭТО:

А) Четкие критерии включения и исключения больных, место проведения исследования, продолжительность исследования, отклонение от протокола (если таковые имелись)

Б) Место проведения исследования, продолжительность исследования, критерии включения и исключения больных не имеет значение

В) Диагностические критерии заболевания, схема применения препарата, место проведения исследования может меняться по обстоятельствам

Г) Место проведения и продолжительность исследования изменяется волнообразно, критерии включения больных в исследование не имеет значение

Д) Четкие критерии включения и исключения больных, отклонения от протоколов не учитываются

247. ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В МЕТА-АНАЛИЗ В ОТБОР ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ВХОДИТ:

- А) Четкие критерии включения и исключения больных
- Б) Место проведения исследования
- В) Продолжительность исследования
- Г) Наличие в исследованиях абсолютного числа больных и клинических исходов
- Д) Длительность периода наблюдения на больными короткий

247. ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ УЧИТЫВАЮТ:

- А) Критерии включения и исключения больных, сведения о соблюдении протокола исследования (например, о полноте наблюдения), описание вмешательства и результаты слепой оценки этой интервенции, характеристики больных (прогностические факторы)
- Б) Сведения о соблюдении протокола исследования (например, о полноте наблюдения), характеристики больных (прогностические факторы)
- В) Характеристики больных (прогностические факторы), критерий включения и исключения больных не имеет значение
- Г) Соблюдении протокола исследования не придерживаются, критерий включения больных, место проведения исследования
- Д) Место проведения исследования, характеристика больных искажены, описание вмешательств

247. ПРИ ОЦЕНКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ РАБОТАМ, КОТОРЫЕ СОДЕРЖАТ:

- А) Характеристики больных (прогностические факторы), критерий включения и исключения больных не имеет значение
- Б) Соблюдении протокола исследования не придерживаются, критерий включения больных, место проведения исследования
- В) Место проведения исследования, характеристика больных искажены, описание вмешательств
- Г) Сведения о соблюдении протокола исследования (например, о полноте наблюдения), критерии включения и исключения больных, описание вмешательства и результаты слепой оценки этой интервенции, характеристики больных (прогностические факторы)
- Д) Соблюдение протоколов исследования не придерживаются, критерии включения и исключения больных, характеристика больных

247. СОПОСТАВИМОСТЬ ВКЛЮЧЕННЫХ В МЕТА - АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ:

- А) Исследования включенные в мета-анализ должны быть с различным лечением и рассматриваемыми исходами
- Б) Исследования включенные в мета-анализ должны быть максимально однородными по виду вмешательства, составу больных, сходные исходы

В) Во всех оригинальных исследованиях не должны приводиться сведения о факторах, имеющих значения для исхода (прогностические факторы)

Г) В мета-анализ обычно включают данные только описательных исследований

Д) Исследования по виду вмешательств разные и не сопоставимые

247. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ОШИБОК ПРИ ОТБОРЕ ДАННЫХ ИЗ
ОРИГИНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НЕОБХОДИМО:

А) Участие в отборе по крайней мере двух, самостоятельно работающих авторов

Б) Участие в отборе двух авторов работающих вместе

В) Участие в отборе нескольких авторов выполняющих разные исследования

Г) Сравнение результатов разных исследований, в случае расхождения данных принимается решение основного автора

Д) Сравнение результатов РКИ и случай-контроля

247. ДЛЯ ВЫБОРА ДАННЫХ ИЗ ОРИГИНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НЕОБХОДИМО:

А) Сравнение результатов разных исследований, в случае расхождения данных принимается решение основного автора

Б) Сравнение результатов по каждому отдельному исследованию, в случае расхождения принимается согласованное решение, участие в отборе по крайней мере двух, самостоятельно работающих авторов, разработать унифицированную форму и стандартизованную форму отбора

В) Участие в отборе нескольких авторов выполняющих разные исследования, результаты исследования не сравниваются, разработать унифицированную форму отбора

Г) Разработать унифицированную форму и стандартизованную форму отбора, сравнение результатов каждого исследования (РКИ и когортное исследование)

Д) Участие в отборе по крайней мере двух, самостоятельно работающих авторов, отбор проводить по собственной методике

247. АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ:

А) проверки степени надежности выводов мета-анализа

Б) проверки правильности выбора метода исследования

В) достоверности полученных данных в описательных исследованиях

Г) сравнения различных методов исследования в хронических экспериментах

Д) извлечения данных из эксперимента

247. АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДЯТ СПОСОБОМ:

А) Проверки правильности выбора метода исследования

- Б) Сравнения различных методов исследования в острых экспериментах
- В) Включение и исключение исследований с низким методологическим уровнем
- Г) Геометрического прогресса
- Д) включения в мета-анализ наиболее крупных исследований

247. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ СПОСОБЫ:

- А) Изменение параметров данных, отбираемых из каждого исследования, исключение из мета-анализа наиболее крупных исследований, включение и исключение исследований с низким методологическим уровнем
- Б) Включения в мета-анализ глобально крупных исследований, включение исследований с высоким методологическим уровнем
- В) Включение и исключение в РКИ крупных исследований, при различных сроках наблюдения изменение данных
- Г) Изменение параметров данных отбираемых из одного исследования, исключение из РКИ наиболее маленьких исследований
- Д) Исключение из когортных исследований математических данных, низки методологический уровень

265. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОМУ АУДИТУ:

- А) Комплексная и независимая проверка относящихся к исследованию деятельности и документации, проводимая для подтверждения соответствия этой деятельности
- Б) Научный труд, проведенный по заранее спланированной методике, для уточнения научных данных
- В) Научный труд, где объектом изучения служат результаты ряда оригинальных исследований по одной и той же проблеме
- Г) Небольшие рандомизированные исследование с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки.
- Д) Когортное исследование лаборатории, для подтверждения данных

266. КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ ЭТО:

- А) Научный труд, проведенный по заранее спланированной методике, для уточнения научных данных
- Б) процедура сбора, анализа и представления данных протоколу, стандартным операционным процедурам спонсора, надлежащей клинической практике (GCP) и нормативным требованиям
- В) Проверка документации, для уточнения правильности выбранных методов исследования
- Г) Комплексное исследование лаборатории, для прохождения этапов исследования
- Д) Небольшие рандомизированные исследование с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки.

267. ЦЕЛЬ АУДИТА ЭТО:

А) Крупные рандомизированные исследование с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки

Б) Небольшие рандомизированные исследования с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки.

В) Нерандомизированные ретроспективные контролируемые исследования

Г) Проведение различных процедур, для того чтобы гарантировать, что при проведении исследования обеспечивается безопасность и соблюдаются права субъектов исследования

Д) Проведение когортных исследований, для подтверждения данных

268. СФОРМУЛИРУЙТЕ ЗАДАЧУ АУДИТА:

А) Исследователь и персонал исследования достаточно квалифицированы, имеют соответствующую подготовку для проведения исследования, соблюдают протокол и процедуры исследования, работают в исследовании, согласно требованиям правил ICH GCP и официальных инстанций

Б) Полученные данные в ходе клинического исследования, не достоверны и не пригодны для представления их в официальные инстанции

В) Исследователи не имеют соответствующую подготовку для проведения исследования, не ознакомлены требованиями правил ICH GCP и официальных инстанций

Г) Обучение исследователей правилам проведения исследования и ведения документации не проводится

Д) Рекомендации по исправлению выявленных замечаний и улучшению качества работы проводится третьим лицом

269. НАЗОВИТЕ ЗАДАЧУ АУДИТА:

А) Проверяется работа мониторов клинических исследований - то, что они выполняют свою работу правильно и своевременно, соблюдая требования ICH GCP, спонсора, протокола клинического исследования, местного законодательства и соответствующих стандартных операционных процедур

Б) Дает исчерпывающую характеристику эпидемического процесса в статике и динамике за прошедший период

Г) Быстрого выявления факта изменения сложившего уровня заболеваемости.

Д) Исследователи не имеют соответствующую подготовку для проведения исследования, не ознакомлены требованиями правил ICH GCP и официальных инстанций

270. ВИДЫ АУДИТОВ:

А) Секторальный

Б) Внутренний

В) Скрытый

Г) Спаренный

Д) Векторный

271. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ВИДЫ АУДИТОВ:

- А) Секторальный
- Б) Открытый
- В) Внешний
- Г) Спаренный
- Д) Векторный

272. КАКОЙ АУДИТ СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЮ: НАПРАВЛЕН НА РАЗЛИЧНЫЕ СТОРОНЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, Т. Е. МОЖЕТ ПРОВЕРЯТЬСЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СОТРУДНИКОВ СПОНСОРА ИЛИ СРО, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВОВЛЕЧЕННЫХ В ПРОЦЕСС ОРГАНИЗАЦИИ, ПРОВЕДЕНИЯ И КОНТРОЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- А) Секторальный
- Б) Диаграммный
- В) Аудит скрытый
- Г) Аудит закрытый
- Д) Аудит организации

273. КАКОЙ АУДИТ СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЮ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА - НЕПОСРЕДСТВЕННОГО МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- А) Секторальный
- Б) Аудит исследовательского центра
- В) Аудит закрытый фермерский
- Г) Спаренный
- Д) Аудит векторный

274. АУДИТ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА БЫВАЕТ:

- А) Плановый, внеплановый
- Б) Плановый, закрытый
- В) Внеплановый, открытый
- Г) Закрытый, учебный
- Д) Производственный, учебный

275. ЧТО ЖЕ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ КВАЛИФИЦИРОВАННЫЙ АУДИТОР?

А) Он должен знать требования официальных инстанций и правила ICH GCP, процедуры спонсора и протокола исследования

Б) Он должен знать мировые законы

В) Он должен уметь и знать законы природы

Г) Он должен использовать интуицию

Д) Он должен использовать свои навыки

276. ЧТО ЖЕ ДОЛЖЕН УМЕТЬ КВАЛИФИЦИРОВАННЫЙ АУДИТОР?

А) Он должен знать требования мирового рынка, процедуры спонсора и протокола

Б) Он должен знать мировые законы бизнеса и навыки бизнесмена

В) Он зависим от предприятия и владеет знанием закона природы

Г) Уметь разработать план аудита, выявлять и разрешать проблемы, связанные с проведением исследования, давать деловые советы

Д) Уметь выявлять ошибки при технических неполадках

277. КАКИМИ КАЧЕСТВАМИ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ КВАЛИФИЦИРОВАННЫЙ АУДИТОР:

А) Он должен знать требования мирового рынка, процедуры спонсора и протокола

Б) Он должен знать мировые законы бизнеса и навыки бизнесмена

В) Он должен уметь и знать законы природы

Г) Обладать достаточными знаниями об исследуемом препарате и владеть информацией, содержащейся в брошюре исследователя, иметь определенные навыки для того, чтобы оценить состояние работы в исследовательском подразделении и документацию исследования

Д) Обладать достаточными знаниями о человеке

278. ЧАЩЕ АУДИТУ ПОДВЕРГАЮТСЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ЦЕНТРЫ:

А) В которых было включено наименьшее число пациентов и/или эти пациенты были включены планоно

Б) В которых было включено наибольшее число пациентов и/или эти пациенты были включены быстро

В) В которых было включено 2 пациента и/или эти пациенты были включены случайно

Г) В которых экспериментальная группа набирается планоно и по выбору больных

Д) В которых исследование проводилось с отставанием от графика

279. АУДИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПРИЧИНОЙ:

А) В которых было включено 2 пациента и/или эти пациенты были включены случайно

Б) Одновременное участие исследователя в нескольких исследованиях, особенно со сходными или почти одинаковыми критериями включения/исключения

В) В которых было включено 2 пациента и/или эти пациенты были включены случайно

Г) В которых экспериментальная группа набирается планоно и по выбору больных

Д) Исследователь участвует в одном эксперименте случайно

280. ПОДВЕРГАЮТСЯ АУДИТУ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ЦЕНТРЫ:

А) В которых было включено наименьшее число пациентов и/или эти пациенты были включены планоно

Б) В котором часто регистрируются отклонения от протокола и процедур исследования, нарушения правил ICH GCP и действующих нормативных требований

В) В которых было включено 2 пациента и/или эти пациенты были включены случайно

Г) В которых экспериментальная группа набирается планоно и по выбору больных

Д) В которых проводились описательные исследования

281. ИССЛЕДОВАТЕЛЬ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ БОЛЬШОЕ ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ ЗА КОРОТКИЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ (ИЛИ ОЧЕНЬ БЫСТРО, ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯМИ), МОЖЕТ ДОПУСТИТЬ БОЛЬШЕ ОШИБОК, СВЯЗАННЫХ:

А) С оценкой критериев включения/ исключения, при выполнении каких-либо процедур протокола или просто не успевать собирать полные и достоверные данные и соблюдать требования по ведению документации клинического исследования.

Б) С оценкой критериев включения респондентов в основной и контрольные группы, при когортных исследованиях

В) Выполнением нормативных актов в лечении больных

Г) Соблюдением этических норм при общении с людьми

Д) С оценкой знаний учащихся

282. АУДИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПРИЧИНОЙ (FOR CAUSE AUDIT):

А) В ходе мониторинга выявлено достаточное качество (полнота) первичной медицинской документации,

Б) В ходе исследования определены все нормативные акты

В) Одновременное участие исследователя в нескольких исследованиях, особенно со сходными или почти одинаковыми критериями включения/исключения

Г) В котором зарегистрирован большой процент положительных явлений по сравнению с другими центрами

Д) В которых было включено 2 пациента и/или эти пациенты были включены случайно

283. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К АУДИТУ, ВЫЗВАННЫЕ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПРИЧИНОЙ (FOR CAUSE AUDIT):

А) В котором часто регистрируются отклонения от протокола и процедур исследования, нарушения правил ICH GCP и действующих нормативных требований - выполнение вышеперечисленных требований регламентируется пунктами 4. 1. 3 и 4. 5 ICH GCP и их несоблюдение - прямой путь к получению невалидных данных

Б) Ограниченный опыт проведения исследований, значительные изменения в команде исследователей в ходе его проведения

В) В котором зарегистрирован большой процент серьезных нежелательных явлений по сравнению с другими центрами

Г) В котором исследователь не сообщает вовсе или сообщает о незначительном количестве нежелательных явлений по сравнению с другими исследователями

Д) В котором не регистрируются отклонения от протокола и процедур исследования, нарушения правил ICH GCP и действующих нормативных требований

284. КРИТЕРИИ ВЫБОРА ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА ДЛЯ АУДИТА

А) Ограниченный опыт проведения исследований, значительные изменения в команде исследователей в ходе его проведения, в котором зарегистрирован большой процент серьезных нежелательных явлений по сравнению с другими центрами

Б) Опыт проведения исследования большой, исследователь сообщает о нежелательных явлениях

В) В которых было включено 2 пациента и/или эти пациенты были включены случайно, в котором не регистрируются отклонения от протоколов

Г) В которых экспериментальная группа набирается планомерно и по выбору больных, опыт проведения исследования небольшой

Д) Исследователь участвует в одном эксперименте случайно, сообщает о нежелательных явлениях

285. ЧАЩЕ АУДИТУ НЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ЦЕНТРЫ

А) В котором нет ошибок и они работают правильно

Б) Ограниченный опыт проведения исследований, значительные изменения в команде исследователей в ходе его проведения, в котором зарегистрирован большой процент серьезных нежелательных явлений по сравнению с другими центрами

В) Недостаточное качество (полнота) первичной медицинской документации, выявленное в ходе мониторинга

Г) В которых экспериментальная группа набирается планомерно и по выбору больных

Д) В котором зарегистрирован большой процент серьезных нежелательных явлений по сравнению с другими центрами

286. РАЗНОВИДНОСТЬ ЛОЖНЫХ ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АУДИТА:

А) Утерянные данные

Б) Измененные данные

В) Методические данные

Г) Скрининговые данные

Д) Систематические данные

287. УКАЖИТЕ ЛОЖНЫЕ ДАННЫЕ

А) Утерянные данные

Б) Методические данные

В) Пропущенные данные

Г) Скрининговые данные

Д) Статистические данные

288. КАКОЙ ВИД ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОЖНЫМИ ДАННЫМИ?

А) Утерянные данные

Б) Архивные данные

В) Методические данные

Г) Скрининговые данные

Д) Сфабрикованные данные

289. ОТЧЕТ ОБ АУДИТЕ – ЭТО:

А) Устное договоренность между аудитором и исследователем

Б) Письменные выводы аудитора о достижениях спонсора

В) «Письменное заключение о результатах аудита, составленное аудитором спонсора»

Г) Благодарное письмо аудитору от исследователя

Д) Благодарность коллективу успешно сдавшим экзамен

290. ИЗМЕНЕННЫЕ ДАННЫЕ ЭТО:

А) Получение неточных или изменение данных, которые были получены соответствующим образом, например раскрытие кода лечения или изменение лабораторных данных

Б) Несообщение данных, которые могут повлиять на результаты исследования, например несообщение или «недооценка» серьезных нежелательных явлений

В) Предоставление вымышленной информации или результатов без выполнения реальной работы

Г) Предоставление результатов физикального обследования без выполнения данных обследований

Д) Данные которые могут повлиять на ход исследования

291. ПРОПУЩЕННЫЕ ДАННЫЕ ЭТО:

А) Получение неточных или изменение данных, которые были получены соответствующим образом, например раскрытие кода лечения или изменение лабораторных данных

Б) Несообщение данных, которые могут повлиять на результаты исследования, например несообщение или «недооценка» серьезных нежелательных явлений

В) Предоставление вымышленной информации или результатов без выполнения реальной работы

Г) Предоставление результатов физикального обследования без выполнения данных обследований

Д) Данные которые могут повлиять на ход исследования

292. СФАБРИКОВАННЫЕ ДАННЫЕ ЭТО:

А) Получение неточных или изменение данных, которые были получены соответствующим образом, например раскрытие кода лечения или изменение лабораторных данных

Б) Несообщение данных, которые могут повлиять на результаты исследования, например несообщение или «недооценка» серьезных нежелательных явлений

В) Предоставление вымышленной информации или результатов без выполнения реальной работы, например заполнение в ИРК значений артериального давления, результатов физикального обследования без выполнения данных обследований

Г) Предоставление результатов антропического обследования без выполнения исследований

Д) Данные которые могут повлиять на ход исследования

293. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АУДИТА:

А) Значительное несоответствие правилам ICH GCP и существенные ошибки в данных исследования (major findings) - требуются срочные меры для их разрешения

Б) Метод, обеспечивающий математическое выражение сочетанного влияния нескольких переменных на результат

В) Количественный анализ объединенных результатов нескольких исследований одного и того же вмешательства.

Г) Процедура, обеспечивающая случайное распределение больных в основную и контрольную группу

Д) Процедура, обеспечивающие распределение больных в основную и контрольную группу

294. КЛАССИФИКАЦИЯ «НАХОДОК» (FINDINGS) АУДИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИХ ВАЖНОСТИ:

А) Значительный количественный анализ объединенных результатов нескольких исследований одного и того же вмешательства.

Б) Метод, обеспечивающий математическое выражение сочетанного влияния нескольких переменных на результат

В) Незначительные ошибки в организации работы мониторов и исследователей (minor findings) - требуются меры для их разрешения

Г) Процедура, обеспечивающая случайное распределение больных в основную и контрольную группу

Д) Правильное использование лекарственных препаратов

295. ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИИ:

А) Тип (дизайн) исследования (чаще всего оптимальный дизайн – РКИ)

Б) Виды последовательности в исследованиях

В) Виды уровней достоверности данных

Г) Тип выбранных животных

Д) Количество животных в исследованиях

296. КАКОЙ ФАКТОР ОПРЕДЕЛЯЕТ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИИ

А) Архитектурный дизайн

Б) Виды последовательности в исследованиях

В) Виды уровней достоверности данных

Г) Тип выбранных животных

Д) Число исследований и количество включенных больных (часто нужен мета-анализ)

297. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИИ НЕОБХОДИМО:

А) Монотонность данных

Б) Надежность результатов

В) Гипохромность результатов

Г) Клиническая значимость эффекта

Д) Гетерозиготностью животных

298. ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИИ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ:

А) Монотонность данных

Б) Надежность результатов

В) Гипохромность результатов

Г) Лабораторный эффект исследования на 50%

Д) Применимость (переносимость, обобщаемость) результатов исследования к интересующей популяции

299. ЧТО ОТНОСИТЬСЯ К УРОВНЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ I A:

А) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного рандомизированного контролируемого исследования

Б) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного контролируемого исследования без рандомизации

В) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного экспериментального исследования

Г) Доказательства, основанные на данных мета-анализа, рандомизированных контролируемых исследований

Д) Доказательства, основанные на результатах правильно построенных не экспериментальных исследований

300. УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ I B - ЭТО:

А) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного рандомизированного контролируемого исследования

Б) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного контролируемого исследования без рандомизации

В) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного экспериментального исследования

Г) Доказательства, основанные на данных мета-анализа, рандомизированных контролируемых исследований

Д) Доказательства, основанные на результатах правильно построенных не экспериментальных исследований

301. УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ I I A- ЭТО:

А) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного рандомизированного контролируемого исследования

Б) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного контролируемого исследования без рандомизации

В) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного экспериментального исследования

Г) Доказательства, основанные на данных мета-анализа, рандомизированных контролируемых исследований

Д) Доказательства, основанные на результатах правильно построенных не экспериментальных исследований

302. УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ I I B – ЭТО:

А) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного рандомизированного контролируемого исследования

Б) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного контролируемого исследования без рандомизации

В) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильно построенного экспериментального исследования

Г) Доказательства, основанные на данных мета-анализа, рандомизированных контролируемых исследований

Д) Доказательства, основанные на результатах правильно построенных не экспериментальных исследований

303. УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ IV – ЭТО:

А) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного рандомизированного контролируемого исследования

Б) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного контролируемого исследования без рандомизации

В) Доказательства, основанные на результатах, по крайней мере, одного правильного построенного экспериментального исследования

Г) Доказательства, основанные на данных мета-анализа, рандомизированных контролируемых исследований

Д) Доказательства, основанные на сообщениях экспертного комитета и мнении и/или клиническом опыте заслуженных авторитетов

304. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАДАЦИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ А

А) Требуется по крайней мере одно рандомизированное контролируемое исследование хорошего качества по конкретной рекомендации (степени I a, I b).

Б) Требуется наличие правильно проведенного клинического испытания, но не рандомизированных клинических исследований (степени доказательства II a, II b, III)

В) Требуется доказательство, основанное на сообщениях экспертного комитета и мнении и/или клиническом опыте заслуженных авторитетов (степень доказательности IV)

Г) Указывает на отсутствие клинических испытаний хорошего качества по данному вопросу

Д) Все уровни доказательности

305. ГРАДАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ В

А) Требуется по крайней мере одно рандомизированное контролируемое исследование хорошего качества по конкретной рекомендации (степени I a, I b).

Б) Требуется наличие правильно проведенного клинического испытания, но не рандомизированных клинических исследований (степени доказательства II a, II b, III)

В) Требуется доказательство, основанное на сообщениях экспертного комитета и мнении и/или клиническом опыте заслуженных авторитетов (степень доказательности IV)

Г) Указывает на отсутствие клинических испытаний хорошего качества по данному вопросу

Д) Все уровни доказательности

306. С УЧЕТОМ УРОВНЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ГРАДАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ С –ЭТО:

А) Требуется по крайней мере одно рандомизированное контролируемое исследование хорошего качества по конкретной рекомендации (степени I a, I b).

- Б) Требуется наличие правильно проведенного клинического испытания, но не рандомизированных клинических исследований (степени доказательства II a, II b, III)
- В) Требуется доказательство, основанное на сообщениях экспертного комитета и мнении и/или клиническом опыте заслуженных авторитетов (степень доказательности IV)
- Г) Указывает на клинических испытаний не хорошего качества по данному вопросу (степени I b и II b).
- Д) Все уровни доказательности

307. УБЕДИТЕЛЬНОСТЬ РЕКОМЕНДАЦИИ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ А, ЕСЛИ ОНИ ПОДТВЕРЖДЕНЫ РЕЗУЛЬТАТАМИ:

- А) Крупных рандомизированных исследований с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки
- Б) Небольших рандомизированных исследований с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки.
- В) Нерандомизированных ретроспективных контролируемых исследований
- Г) Нерандомизированных ретроспективных контролируемых исследований
- Д) Неконтролируемых исследований

308. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ОСНОВАННЫЕ НА СООБЩЕНИЯХ ЭКСПЕРТНОГО КОМИТЕТА И МНЕНИИ И/ИЛИ КЛИНИЧЕСКОМ ОПЫТЕ ЗАСЛУЖЕННЫХ АВТОРИТЕТОВ ОТНОСИТСЯ К УРОВНЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ:

- А) Уровень доказательности I
- Б) Уровень доказательности IV
- В) Уровень доказательности II b
- Г) Уровень доказательности IV Д
- Д) Уровень доказательности III С

309. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ОСНОВАННЫЕ НА РЕЗУЛЬТАТАХ ПРАВИЛЬНО ПОСТРОЕННЫХ НЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ТАКИХ КАК, СРАВНИТЕЛЬНЫЕ, КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОПИСАНИЯ СЛУЧАЕВ ОТНОСИТСЯ К УРОВНЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ:

- А) Уровень доказательности I
- Б) Уровень доказательности IV
- В) Уровень доказательности II b
- Г) Уровень доказательности IV
- Д) Уровень доказательности III

310. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ОСНОВАННЫЕ НА РЕЗУЛЬТАТАХ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ОДНОГО ПРАВИЛЬНО ПОСТРОЕННОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ К УРОВНЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ:

- А) Уровень доказательности I
- Б) Уровень доказательности IV
- В) Уровень доказательности II b
- Г) Уровень доказательности II V
- Д) Уровень доказательности III

311. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ОСНОВАННЫЕ НА РЕЗУЛЬТАТАХ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ОДНОГО ПРАВИЛЬНО ПОСТРОЕННОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕЗ РАНДОМИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ К УРОВНЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ:

- А) Уровень доказательности I
- Б) Уровень доказательности IV
- В) Уровень доказательности II b
- Г) Уровень доказательности II a
- Д) Уровень доказательности III C

312. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ОСНОВАННЫЕ НА РЕЗУЛЬТАТАХ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ОДНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ К УРОВНЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ:

- А) Уровень доказательности I b
- Б) Уровень доказательности IV
- В) Уровень доказательности II b
- Г) Уровень доказательности II a
- Д) Уровень доказательности III C

313. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ОСНОВАННЫЕ НА ДАННЫХ МЕТА-АНАЛИЗА, РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОТНОСИТСЯ К УРОВНЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ:

- А) Уровень доказательности I b
- Б) Уровень доказательности IV
- В) Уровень доказательности II b
- Г) +Уровень доказательности I a
- Д) Уровень доказательности III C

314. УКАЖИТЕ ВАЖНОСТЬ ФОРМУЛИРОВАНИЯ ГИПОТЕЗЫ В ИССЛЕДОВАНИИ:

- А) Формулирование гипотезы до начала исследования
- Б) Формулирование гипотезы в период проведения исследования
- В) Формирование гипотезы при завершении исследования
- Г) Формирование гипотезы на протяжении всего исследования
- Д) Необходимости формирования гипотезы нет

315. УКАЖИТЕ ИЕРАРХИЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ В ПИРАМИДЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ:

- А) Мета-анализ, РКИ, когортные исследования
- Б) Описательные исследования, рандомизированные контролируемые испытания
- В) Аналитические исследования (когортные, случай), мета-анализ, РКИ
- Г) Описательные исследования, экспериментальные исследования, мета-анализ
- Д) РКИ, описательные исследования, случай-контроль

316. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТСЯ МЕТА-АНАЛИЗ:

- А) Позволяет провести оценку сравнительной эффективности какого либо метода лечения или определение суммарного эффекта нескольких препаратов сходного действия
- Б) Не позволяет установить важные побочные эффекты изучаемого лекарственного препарата
- В) Не дает полной информации об изучаемом лекарственном препарате
- Г) Повышает количество необоснованных медицинских назначений
- Д) Снижает качество лекарственных средств

317. КАКИЕ ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ВКЛЮЧАЮТСЯ В МЕТА-АНАЛИЗ:

- А) Данные рандомизированных клинических исследований
- Б) Данные научных публикаций в рецензируемых журналах
- В) Данные научных публикаций в отечественных журналах
- Г) Данные мониторинга распространенности заболеваний
- Д) Данные не достоверных публикаций

318. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТА-АНАЛИЗ В ФАРМАКОТЕРАПИИ?

- А) Позволяет с высокой точностью определить важные побочные эффекты изучаемого лекарственного препарата
- Б) Не позволяет установить важные побочные эффекты изучаемого лекарственного препарата

В) Не дает полной информации об изучаемом лекарственном препарате

Г) Повышает количество необоснованных медицинских назначений

Д) Снижает качество лекарственных средств

319. СКОЛЬКО СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ИМЕЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, В КОКРАНОВСКОЙ БИБЛИОТЕКЕ:

А) 100

Б) 350

В) 716

Г) 800

Д) 1000

320. АУДИТ ПРОВОДИМЫЙ НЕЗАВИСИМОЙ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНОЙ, Т. Е. СОТРУДНИКАМИ ОТДЕЛА QA ДРУГОЙ СРО, КОТОРАЯ НЕ ПРИНИМАЛА БОЛЬШЕ НИКАКОГО УЧАСТИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – ЭТО:

А) Внутренний аудит

Б) Аудит исследовательского центра

В) Внешний аудит

Г) Аудит организации

Д) Организация - зависимый аудит

321. MEDLINE - ЭТО БАЗА ДАННЫХ, КОТОРАЯ СОДЕРЖИТ...

А) Полные тексты всех журнальных статей, опубликованных с 1966 года

Б) Рефераты всех журнальных статей по медицине, опубликованных с 1966 года;

В) Диаграммы исходов истории болезни и мета-анализы;

Г) Библиографические ссылки на большинство журнальных статей по медицине, опубликованных с 1966 года, причем примерно для трети из них приведены рефераты;

Д) все ответы неправильные

322. ПРОСТЫМ ПРИМЕРОМ ИССЛЕДОВАНИЯ «СООБЩЕНИЕ О СЛУЧАЕ» МОЖЕТ БЫТЬ

1. История болезни
2. Отчетная документация медицинской организации
3. Статистический талон
4. Приказы
5. Экстренные извещения

323. ЧТО ТАКОЕ ПРЕВАЛЕНС?

- А) распространенность заболевания
- Б) болезненность
- В) патологическая пораженность
- Г) заболеваемость
- Д) смертность

324. ЧТО ТАКОЕ ИНЦИДЕНС?

- А) распространенность заболевания
- Б) болезненность
- В) патологическая пораженность
- Г) заболеваемость
- Д) инвалидность

324. ЧТО ТАКОЕ КУМУЛЯТИВНЫЙ ИНЦИДЕНС?

- А) число случаев за весь период наблюдения, деленное на численность выборки
- Б) число заболевших, деленное на количество дней
- В) число случаев за весь период наблюдения, деленное на генеральную совокупность
- Г) число заболевших, деленное на всех участников исследования
- Д) число заболевших пациентов.

324. КАКИЕ ЦЕЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАБЛИЦЫ 2 X 2.

- А) для диагностических целей
- Б) определить факторы риска
- В) для когортных исследований определить клинический исход
- Г) для исследования «случай-контроль» определить риск развития заболевания
- Д) определить прогноз заболевания.

324. ЧТО ТАКОЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА?

- А) вероятность положительного результата диагностического теста при наличии болезни
- Б) вероятность положительного результата диагностического теста при отсутствии болезни
- В) вероятность положительного результата диагностического теста

- Г) вероятность отрицательного результата диагностического теста при наличии болезни
- Д) вероятность отрицательного результата диагностического теста при отсутствии болезни.

324. ЧТО ТАКОЕ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА?

- А) вероятность положительного результата диагностического теста при наличии болезни
- Б) вероятность положительного результата диагностического теста при отсутствии болезни
- В) вероятность положительного результата диагностического теста
- Г) вероятность отрицательного результата диагностического теста при наличии болезни
- Д) вероятность отрицательного результата диагностического теста в отсутствие болезни.

324. ЧТО ТАКОЕ ПРЕТЕСТОВАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ?

- А) априорная вероятность наличия заболевания независимо от результата теста
- Б) априорная вероятность заболевания при отсутствии положительного результата диагностического теста
- В) вероятность отсутствия заболевания при наличии положительного результата диагностического теста
- Г) вероятность заболевания
- Д) вероятность летального исхода.

324. ЧТО ТАКОЕ ОТНОШЕНИЕ ПРАВДОПОДОБИЯ?

- А) отношение вероятности получить положительный результат теста у больных к вероятности получить положительный результат у здоровых
- Б) отношение вероятности получить отрицательный результат теста у больных к вероятности получить отрицательный результат у здоровых
- В) отношение вероятности получить любой результат теста у больных к вероятности получить любой результат у здоровых
- Г) отношение вероятности получить положительный результат теста у больных к вероятности получить отрицательный результат у здоровых
- Д) отношение вероятности получить отрицательные результат теста у больных.

324. ЧТО ТАКОЕ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ?

- А) вероятность наличия заболевания при известном результате диагностического теста
- Б) вероятность получить положительный результат теста у больных
- В) вероятность заболевания при любом результате теста у больных
- Г) вероятность заболевания при положительном результате теста у больных
- Д) вероятность заболевания.

324. ЧТО ТАКОЕ ОТНОШЕНИЕ ШАНСОВ?

- А) отношение шансов развития заболевания среди подвергшихся воздействию популяции к шансам развития заболевания в не подвергавшейся воздействию популяции
- Б) отношение шансов развития заболевания в популяции
- В) шанс развития заболевания в подвергшейся воздействию популяции
- Г) шанс развития заболевания в не подвергавшейся воздействию популяции
- Д) вероятность заболевания

324. ЧТО ТАКОЕ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА?

- А) вероятность наличия заболевания при известном результате диагностического теста
- Б) вероятность отсутствия заболевания при отрицательном результате теста
- В) вероятность заболевания при любом результате теста у больных
- Г) вероятность заболевания при положительном результате теста у больных
- Д) вероятность заболевания

324. ЧТО ТАКОЕ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА?

- А) вероятность наличия заболевания при известном результате диагностического теста
- Б) вероятность получить положительный результат теста у больных
- В) вероятность заболевания при любом результате теста у больных
- Г) вероятность заболевания при положительном результате теста у больных
- Д) вероятность летального исхода.

324. ЧТО ТАКОЕ ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК?

- А) отношение заболеваемости среди лиц, подвергшихся и не подвергавшихся воздействию лечения или факторов риска
- Б) отношение заболеваемости лиц, не подвергавшихся воздействию и подвергшихся лечению или факторов риска
- В) отношение количества лиц с вероятностью заболевания к количеству лиц без вероятности заболевания
- Г) отношение количества лиц с заболеваниями к количеству лиц без заболевания
- Д) вероятность летального исхода.

324. ЧТО ВЫРАЖАЕТ СНИЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА?

- А) относительное уменьшение частоты неблагоприятных исходов в группе лечения по сравнению с контрольной группой

Б) относительное уменьшение заболеваемости лиц, не подвергающихся воздействию по сравнению с лицами, подвергшихся лечению или факторов риска

В) относительное уменьшение количества лиц с вероятностью заболевания по сравнению с количеством лиц без вероятности заболевания

Г) относительное уменьшение количества лиц с заболеваниями по сравнению с количеством лиц без заболевания

Д) вероятность летального исхода.

324. ЧТО ВЫРАЖАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА?

А) относительное увеличение частоты неблагоприятных исходов в группе лечения по сравнению с контрольной группой

Б) относительное увеличение заболеваемости лиц, не подвергающихся воздействию по сравнению с лицами, подвергшихся лечению или факторов риска

В) относительное увеличение количества лиц с вероятностью заболевания по сравнению с количеством лиц без вероятности заболевания

Г) относительное увеличение количества лиц с заболеваниями по сравнению с количеством лиц без заболеваний

Д) вероятность летального исхода.

324. ЧТО ВЫРАЖАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПОЛЬЗЫ?

А) относительное увеличение частоты благоприятных исходов в группе лечения по сравнению с контрольной группой

Б) относительное увеличение заболеваемости лиц, не подвергающихся воздействию по сравнению с лицами, подвергшихся лечению или факторов риска

В) относительное увеличение количества лиц с вероятностью заболевания по сравнению с количеством лиц без вероятности заболевания

Г) относительное увеличение количества лиц без заболеваний по сравнению с количеством лиц с заболеваниями

Д) вероятность летального исхода.

324. К ОДНОМУ ИЗ ВИДОВ АБСОЛЮТНЫХ РАЗЛИЧИЙ ОТНОСИТСЯ.

А) повышение абсолютного риска

Б) снижение абсолютной пользы

В) повышение относительной пользы

Г) абсолютный риск

Д) вероятность летального исхода.

324. К ОДНОМУ ИЗ ВИДОВ АБСОЛЮТНЫХ РАЗЛИЧИЙ ОТНОСИТСЯ.

- А) + повышение абсолютной пользы
- Б) абсолютный риск
- В) повышение относительной пользы
- Г) снижение абсолютной пользы
- Д) вероятность летального исхода.

324. К ОДНОМУ ИЗ ВИДОВ АБСОЛЮТНЫХ РАЗЛИЧИЙ ОТНОСИТСЯ.

- А) снижение абсолютного риска
- Б) абсолютный риск
- В) повышение относительной пользы
- Г) снижение абсолютной пользы
- Д) вероятность летального исхода.

324. ИНДЕКС ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ВРЕДА.

- А) число больных, которые должны получить экспериментальное лечение, чтобы у одного дополнительного больного развился неблагоприятный исход, по сравнению с больными из контрольной группы
- Б) число больных, которые должны получить экспериментальное лечение, чтобы у одного дополнительного больного развился благоприятный исход, по сравнению с больными из контрольной группы
- В) число больных, которые должны получить экспериментальное лечение, чтобы у одного больного из группы сравнения развился неблагоприятный исход
- Г) число больных, которые должны получить экспериментальное лечение, чтобы у одного больного в опытной группе развился благоприятный исход
- Д) вероятность летального исхода.

324. ЧТО ТАКОЕ ЧБНЛ?

- А) число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного
- Б) число больных, которых необходимо лечить, чтобы у одного дополнительного больного развился благоприятный исход, по сравнению с больными из контрольной группы
- В) число больных, которых необходимо лечить, чтобы у одного больного из группы сравнения развился неблагоприятный исход
- Г) число больных, которых необходимо лечить, чтобы у одного больного в опытной группе развился благоприятный исход
- Д) вероятность летального исхода.

324. КАКИЕ ФОРМУЛЫ РАСЧЕТА ВЫБОРКИ СУЩЕСТВУЮТ?

- А) быстрые формулы (формула Лера)
- Б) формулы расчета средней из общей генеральной совокупности
- В) 20% от общей совокупности
- Г) 30% от генеральной совокупности
- Д) 10% от общей выборки.

324. КАКИЕ ФОРМУЛЫ РАСЧЕТА ВЫБОРКИ СУЩЕСТВУЮТ?

- А) номограмма Альтмана
- Б) формулы расчета средней из общей генеральной совокупности
- В) 20% от общей совокупности
- Г) 30% от генеральной совокупности
- Д) 1% от генеральной выборки.

324. КАКИЕ ФОРМУЛЫ РАСЧЕТА ВЫБОРКИ СУЩЕСТВУЮТ?

- А) с помощью компьютерного обеспечения
- Б) формулы расчета средней из общей генеральной совокупности
- В) 20% от общей совокупности
- Г) 30% от генеральной совокупности
- Д) 1% от генеральной выборки.

324. ЧТО ТАКОЕ ДОВЕРИТЕЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ И УРОВЕНЬ ЗНАЧИМОСТИ, ПОНЯТИЕ.

- А) диапазон значений, внутри которого обычно с 95% доверием лежит истинный параметр популяции
- Б) диапазон значений, внутри которого обычно с 50% доверием лежит истинный параметр популяции
- В) диапазон значений, внутри которого обычно с 10% доверием лежит истинный параметр популяции
- Г) диапазон значений, внутри которого обычно с 50% доверием лежит ложный параметр популяции
- Д) диапазон значений, внутри которого обычно с 0,5% доверием лежит ложный параметр популяции

324. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА - ЭТО:

- А) добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного и новая технология сбора, критического анализа, обобщения и интерпретации научной информации. *
- Б) обобщения и интерпретации клинических данных.

В) самостоятельная медицинская наука, является одним из сложнейших предметов медицинского образования.

Г) здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды.

Д) теоретическая база советского здравоохранения.

349. УКАЖИТЕ, КТО И КОГДА ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ ТЕРМИНОЛОГИЮ - "EVIDENCE-BASED MEDICINE" (ЕВМ) ИЛИ "НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА" (НДМ):

А) в 1990 г. Группа канадских ученых из университета Мак-Мастер;

Б) в 1992 г. Группа канадских ученых из университета Мак-Мастер;

В) в 1993 г. группа канадских ученых из университета Мак-Мастер;

Г) в 1990 г. группа ученых из Оксфордского Университета.

Д) в 1992 г. Группа советских ученых из университета Ломоносова.

350. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ:

А) доступная, сжатая и объективная информация о лучших и достоверных результатах клинических исследований, проводимых во всем мире и объективно доказывающих преимущества того или иного метода лечения или лекарственного препарата*

Б) метод исследования для выбора лечения конкретного больного.

В) здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды.

Г) теоретическая база советского здравоохранения.

Д) сбор критических анализов в интерпретации научной информации.

351. УКАЖИТЕ НУЖНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СИСТЕМЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ:

А) Всегда надо помнить, что выздоровление больного зависит от квалификации врача.

Б) Число наблюдаемых пациентов часто слишком мало, чтобы делать далеко идущие выводы.

В) Имеется противоречивость результатов и выводов клинических исследований.

Г) Наблюдается доброжелательность результатов и заключение клинических исследований.

Д) внедрить результаты оценки когортного исследования в клиническую практику.

352. УКАЖИТЕ, ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМ АСПЕКТОМ ДМ:

А) Критически оценить доказательные сведения в экономике;

Б) Выявить лучшие обоснованные сведения для поставление диагноза;

В) Критически оценить доказательные сведения на предмет достоверности и полезности и выявить лучшие обоснованные сведения для ответа на вопросы;

Г) Выявить лучшие результаты клинических исследований;

Д) выявить лучшие результаты эпидемиологии.

353. УКАЖИТЕ ЭЛЕМЕНТЫ АЛГОРИТМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ;

А) Формулировка проблемы;

Б) Проведение поиска информации – литературных данных по этой проблеме;

В) Оценка научной доказательности (достоверности) и полезности информации;

Г) Постановление клинического диагноза;

Д) санитарная обработка.

354. НАЗОВИТЕ ЭЛЕМЕНТЫ АЛГОРИТМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ:

А) Применение на практике и/или распространение (публикация) полученных результатов;

Б) формирование баз данных систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований;

В) разработка клинических рекомендаций;

Г) дизайн медицинских данных;

Д) данные выборочного исследования.

355. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ШАГИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ:

А) Правильный вопрос, на который возможен ответ;

Б) Критическая оценка сведений;

В) Литературный обзор;

Г) Журнальный обзор;

Д) Газетный обзор.

356. УКАЖИТЕ, ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРАВИЛЬНЫЕ ШАГИ ДМ:

А) Интернет обзор;

Б) Интернет-ресурсов;

В) все ответы правильные;

Г) Поиск сведений (доказательств);

Д) Интеграция полученных сведений с известными особенностями пациента.

357. УКАЖИТЕ В ШАГЕ 1 – ФОРМУЛИРОВКА ПРОБЛЕМ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ:

- А) Каковы вероятность повторного обострения и прогноз у пациента?
- Б) Какие диагностические модели являются оптимальными при данной патологии?
- В) Какова эффективность или безопасность различных вариантов терапии?
- Г) отрицание вопроса что делать?
- Д) антитерапия.

358. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ НЕОБОСНОВАННЫХ ТРАДИЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ:

- А) Применение антимикробных средств (антибиотики, сульфаниламиды) при ОРВИ;
- Б) Парентеральное введение витаминных препаратов с целью вспомогательного лечения заболеваний внутренних органов;
- В) Назначение средств метаболической коррекции энергетического обмена ишемизированного миокарда;
- Г) народная медицина;
- Д) применение так называемых гепатопротекторов для лечения цирроза печени

359. НАЗОВИТЕ ПРИМЕРЫ НЕОБОСНОВАННЫХ ТРАДИЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ:

- А) Применение так называемых гепатопротекторов для лечения цирроза печени;
- Б) косметологическая медицина
- В) народная медицина
- Г) траволечение;
- Д) тибетская медицина

360. УКАЖИТЕ КАК МОЖНО ПРОВЕСТИ ПОИСК ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ:

- А) Пролистывание, при котором бегло просматривают страницы в поиске интересующего материала;
- Б) фотографирование интересующего материала;
- В) видеонаблюдение интересующего материала;
- Г) реферирование интересующего материала;
- Д) написание данных

361. ПОИСК ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ – ЭТО:

- А) Пролистывание, при котором бегло просматривают страницы в поиске интересующего материала;
- Б) Чтение для получения информации, при котором в литературе ищут ответ на специфический вопрос, обычно связанный с актуальной для читателя проблемой;

В) Чтение – исследование, при котором проводят целенаправленный поиск для формирования всестороннего взгляда на знание, незнание и неопределенность в соответствующей области;

Г) написание сочинение;

Д) видеонаблюдение интересующего материала

362. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ПУНКТЫ В ПОИСКЕ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ:

А) Чтение для получения информации, при котором в литературе ищут ответ на специфический вопрос, обычно связанный с актуальной для читателя проблемой;

Б) Пролитывание, при котором бегло просматривают страницы в поиске интересующего материала;

В) Видеонаблюдение интересующего материала;

Г) Реферирование интересующего материала;

Д) Чтение – исследование

363. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ НАУЧНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ:

А) База данных библиотеки Кохрана в России на дисках или (www.cochrane.ru);

Б) Публикации в периодической медицинской печати в т.ч. международных медицинских журналах", «Evidence-based medicine»;

В) Только в отечественных литературах;

Г) Только в художественной литературе;

Д) только в сказках.

364. НАЗОВИТЕ ИСТОЧНИКИ НАУЧНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ:

А) Интернет DARE, MEDLINE www.ncbi.nlm.nih.gov/Entrez/medline.html, EMBASE;

Б) архивные источники;

В) статистические показатели;

Г) в Законодательных материалах;

Д) все ответы неправильные.

365. MEDLINE - ЭТО БАЗА ДАННЫХ, КОТОРАЯ СОДЕРЖИТ...

А) Полные тексты всех журнальных статей, опубликованных с 1966 года

Б) Рефераты всех журнальных статей по медицине, опубликованных с 1966 года;

В) Диаграммы исходов истории болезни и мета-анализы;

Г) Библиографические ссылки на большинство журнальных статей по медицине, опубликованных с 1966 года, причем примерно для трети из них приведены рефераты;

Д) Библиографические ссылки на большинство журнальных статей по медицине, опубликованных с 1976 года, причем примерно для трети из них приведены рефераты;

366. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТСЯ К РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

- А) Отражать оптимальный уровень лечения и услуг
- Б) Снизить качество диагностики, лечения, профилактики и реабилитации пациентов
- В) Снизить объем бесплатной гарантированной медицинской помощи
- Г) Обеспечить снижение качества медицинской помощи
- Д) Повысить нерациональное использование ресурсов.

367. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСНОВНЫХ ТИПОВ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ РАЗРАБОТАНО.

- А) Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 5 основных типов руководств
- Б) Разработано 3 типа клинических руководств
- В) Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 10 основных типов руководств
- Г) Разработано 12 основных и дополнительных типов клинических руководств
- Д) Клинические руководства не подразделяются по типам.

368. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОТНОСЯТСЯ К РУКОВОДСТВАМ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ (РОД):

- А) разрабатываются с целью снижения объемов медицинской помощи
- Б) не могут четко отделить мнения от доказательств
- В) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая как позитивный результат, так и отрицательные проявления
- Г) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательный результат
- Д) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только положительный результат.

369. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОТЛИЧИЕ РАСШИРЕННЫХ РУКОВОДСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ОТ ДРУГИХ ТИПОВ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ.

- А)+ проектируют последствия, которые принесут изменения в медицинской практике в определенной группе населения, для системы здравоохранения в целом
- Б) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательные результаты
- В) Снижают удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи
- Г) Обеспечивают снижение качества медицинской помощи с ориентацией на пациента
- Д) Повышают нерациональное использование ресурсов.

370. КАКОЙ ПРИНЦИП ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ?

- А) Процесс разработки не должен привлекать к участию потребителей
- Б) + Процесс разработки и оценки руководств должен фокусироваться на исходах, наиболее важных для потребителей (показатели качества жизни, показатели выживаемости)
- В) Руководства разрабатываются без учета ограниченности ресурсов
- Г) Руководства разрабатываются с целью снижения качества технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных
- Д) Руководства разрабатываются с целью снижения объемов медицинской помощи

371. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЯЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА.

- А) Повышение результативности затрат на лечение
- Б) Снижение качества лечения
- В) Снижение уровня образования врачей
- Г) Исключение клинического мышления
- Д) Снижение результативности затрат на лечение.

372. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТСЯ К РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ.

- А) Отражать оптимальный уровень лечения и услуг
- Б) Обеспечивать непрерывность и преемственность в диагностике, лечении, профилактике, реабилитации
- В) Повысить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи
- Г) Повысить качество медицинской помощи
- Д) Повысить нерациональное использование ресурсов.

373. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСНОВНЫХ ТИПОВ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ РАЗРАБОТАНО.

- А) Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 5 основных типов руководств
- Б) Разработано 3 типа клинических руководств
- В) Новозеландская Группа Разработки Клинических Руководств определила 10 основных типов руководств
- Г) Разработано 12 основных и дополнительных типов клинических руководств
- Д) Клинические руководства не подразделяются по типам.

374. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОТНОСЯТСЯ К РУКОВОДСТВАМ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ (РОД).

А) включают стратегию описания значимости приведенных свидетельств и стараются четко отделить мнения от доказательств

Б) обеспечивают снижение качества медицинской помощи с ориентацией на пациента

В) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательные результаты

Г) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только положительные результаты.

Д) разрабатываются по результатам поиска информации в научно-популярной литературе

375. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОТЛИЧИЕ РАСШИРЕННЫХ РУКОВОДСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ОТ ДРУГИХ ТИПОВ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ.

А) проектируют последствия, которые принесут изменения в медицинской практике в определенной группе населения, для системы здравоохранения в целом

Б) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательные результаты

В) Снижают удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи

Г) Обеспечивают снижение качества медицинской помощи с ориентацией на пациента

Д) Повышают нерациональное использование ресурсов.

376. КАКОЙ ПРИНЦИП ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ?

А) Процесс разработки не должен привлекать к участию потребителей

Б) Процесс разработки и оценки руководств должен фокусироваться на исходах, наиболее важных для потребителей (показатели качества жизни, показатели выживаемости)

В) Руководства разрабатываются без учета ограниченности ресурсов

Г) Руководства разрабатываются с целью снижения качества технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных

Д) Руководства разрабатываются с целью снижения объемов медицинской помощи.

377. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЯЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА.

А) Исключение клинического мышления

Б) Снижение качества лечения

В) Снижение доступности медицинской помощи

Г) Повышение результативности затрат на лечение

Д) Снижение результативности затрат на лечение.

378. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ АУДИТ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ.

- А) проведение аудита после внедрения КПП в практику не обязательно
- Б) аудит рекомендуется проводить в течение двух лет после внедрения КПП в практику
- В) аудит проводится в течение 15 лет после внедрения в практику
- Г) аудит проводится в течение 10 лет после внедрения в практику
- Д) аудит проводится по пожеланиям администрации.

379. КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИМЕЮТ РУКОВОДСТВА НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ:

- А) Четко отделяют мнения от доказательств
- Б) Дают измеримые различия в результатах, включая только отрицательные стороны
- В) не могут применяться для принятия клинических решений
- Г) не могут отделить мнения от доказательств
- Д) не могут быть использованы для планирования практического здравоохранения.

380. КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ ВРАЧА ДАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ:

- А) исключает возможность использования клинического мышления
- Б) дает возможность применения более дорогостоящих методов диагностики и лечения
- В) исключает возможность применения методов диагностики и лечения основанных на доказательной медицине
- Г) встречаясь с нештатной ситуацией, практикующий врач всегда может обратиться к клиническому руководству и назначить пациенту лечение, основанное на доказательной медицине
- Д) дает возможность применения не эффективных лекарственных средств.

381. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТА-АНАЛИЗ В ФАРМАКОТЕРАПИИ?

- А) позволяет с высокой точностью определить важные побочные эффекты изучаемого лекарственного препарата
- Б) не позволяет установить важные побочные эффекты изучаемого лекарственного препарата
- В) не дает полной информации об изучаемом лекарственном препарате
- Г) повышает количество необоснованных медицинских назначений
- Д) снижает качество лекарственных средств.

382. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТСЯ МЕТА-АНАЛИЗ.

- А) позволяет провести оценку сравнительной эффективности какого либо метода лечения или определение суммарного эффекта нескольких препаратов сходного действия

- Б) не позволяет установить важные побочные эффекты изучаемого лекарственного препарата
- В) не дает полной информации об изучаемом лекарственном препарате
- Г) повышает количество необоснованных медицинских назначений
- Д) снижает качество лекарственных средств.

383. ПО КАКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ДОЛЖНЫ БЫТЬ СХОДНЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В МЕТА-АНАЛИЗ

- А) различные по виду медицинского вмешательства
- Б) различные по исходу лечения
- В) максимально однородными по виду медицинского вмешательства, исходу лечения, составу больных.
- Г) сходные по бюджету исследований
- Д) исследования, выполненные только одним автором или группой авторов.

384. КАКИЕ ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ВКЛЮЧАЮТСЯ В МЕТА-АНАЛИЗ.

- А) данные РКИ
- Б) данные научных публикаций в нерецензируемых журналах
- В) данные научных публикаций в отечественных журналах
- Г) данные мониторинга распространенности заболеваний
- Д) данные не достоверных публикаций.

385. УКАЖИТЕ КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПУНКТОВ ОТНОСЯТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ РУКОВОДСТВАМ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ:

- А) разрабатываются по результатам систематизированного поиска и оценки информации в специальной литературе
- Б) описывают доказательно не обоснованные свидетельства и факты
- В) не могут отделить мнения от доказательств
- Г) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только отрицательный результат
- Д) рассчитывают абсолютную разницу в исходах, включая только положительный результат

386. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА - ЭТО:

- А) добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного.
- Б) обобщения и интерпретации лабораторных данных.

В) самостоятельная медицинская наука

Г) изучение здоровья населения.

Д) теоретическая база советского здравоохранения.

Приложение 2

1. История доказательной медицины
2. Почему возникла необходимость в доказательной медицине?
3. Нормативно-правовое регулирование программ снижения вреда в России
4. Основные понятия доказательной медицины
5. Базовые статистические знания, необходимые для интерпретации данных по доказательной медицине
6. Анализ данных по доказательной медицине
7. Контролируемые клинические испытания
8. Рандомизированные клинические исследования – основа доказательной медицины
9. Источники информации по доказательной медицине
10. Принципы кокреновского сотрудничества
11. Современная клиническая диагностика с позиций доказательной медицины
12. Методология клинических исследований
13. Экономический эффект программ профилактики
14. Актуальные вопросы профилактической медицины с позиций доказательной медицины
15. Актуальные вопросы кардиологии с позиций доказательной медицины
16. Актуальные вопросы пульмонологии с позиций доказательной медицины
17. Актуальные вопросы гастроэнтерологии с позиций доказательной медицины
18. Актуальные вопросы нефрологии с позиций доказательной медицины
19. Актуальные вопросы инфекционных болезней с позиций доказательной медицины

20. Актуальные вопросы эпидемиологии с позиций доказательной медицины

21. Актуальные вопросы педиатрии с позиций доказательной медицины

22. Актуальные вопросы эндокринологии с позиций доказательной медицины

23. Актуальные вопросы кардиологии с позиций доказательной медицины

24. Актуальные вопросы неврологии и психосоматики с позиций доказательной медицины

25. Доказательная медицина инсульта

26. Актуальные вопросы геронтологии и гериатрии с позиций доказательной медицины

27. Традиционные методы лечения с позиций доказательной медицины

28. Доказательная медицина и медицинская реклама

29. Уровни доказательности

30. Чем доказательная медицина отличается от обычной медицины

31. Какие критерии необходимо учитывать при оценке эффективности изучаемого метода лечения?

32. Критическая оценка статей по экономическому анализу медицинских вмешательств

33. Критическая оценка медицинских публикаций с позиции доказательной медицины

Приложение 3

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 процентов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки, глубина и полнота раскрытия вопроса	0-30
3	Умение объяснять, делать выводы и обобщения при ответе	0-30
4	Логичность и последовательность ответа	0-15
5	Умение отвечать на дополнительные вопросы	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

	Минимальный ответ - 0-59%	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ – 70- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	оценка
Раскрытие проблемы	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта неполностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	Представляемая информация логически не связана.	Представляемая информация не-систематизирована и не последовательна.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	
Оформление	Несоблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации	3-4 ошибки в представляемой информации	Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на Вопросы	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
Итоговая оценка	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
	Всего баллов	Среднее арифметическое, в % (сумма %/3). С учетом градации в технологической карте рассчитывается балл

Оценивается каждый вопрос теоретического задания:

«85-100%»:

- ✓ глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- ✓ полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- ✓ демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно;
- ✓ рекомендованной литературы;
- ✓ воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»:

- ✓ наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- ✓ демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- ✓ четкое изложение учебного материала.

«60-74%»:

- ✓ наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- ✓ демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- ✓ не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

«менее 60%»:

- ✓ не знание материала темы или раздела;
- ✓ при ответе возникают серьезные ошибки.