Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 12.10.2023 12:12:18
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72418757c

Приложение к РПД

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)

кафедра эпидемиологии, социальной гигиены и организации госсанэпидслужбы

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной
деятельности и молодежной политике
Г.Р. Бородулина
26 ____ 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Направление подготовки: 34.03.01 Сестринское дело
Уровень высшего образования: Бакалавриат
Квалификация: Академическая медицинская сестра
(для лиц мужского пола - Академический
медицинский брат). Преподаватель

г. Екатеринбург
2023 г.

Фонд оценочных средств составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата), утверждённого Приказом Министерства образования и науки РФ от 22.09.2017 г. № 971, и с учётом требований профессионального стандарта 02.069 «Специалист по организации сестринского дела», утверждённого Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.07.2020 г. № 479н.

Фонд оценочных средств составлен:

	ФИО	Должность	Уч. звание	Уч. степень
1.	Голубкова Алла Александровна	Профессор кафедры	профессор	д.м.н.
2.	Косова Анна Александровна	Доцент кафедры	доцент	к.м.н.
3.	Кутлаева Юлия Юрьевна	Старший преподаватель кафедры	-	-

Фонд оценочных средств дисциплины рецензирован доцентом кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии, д.м.н., доцентом Хамановой Ю.Б.

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании кафедры эпидемиологии, социальной гигиены и организации госсанэпидслужбы 28 февраля 2023 года (протокол №2).

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен методической комиссией направления подготовки сестринское дело 27.04.2023 (протокол №9).

1. Кодификатор

(на основе ФГОС ВО по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело»)

Дидактическая Единица (ДЕ)		Индикаторы достижений (составляющая компетенций, элементы компетенций, дескрипторы и т.п.)			ОК, ОПК, ПК
		Знать	**Уметь**	**Владеть**	
ДМ 1. Общая эпидемиология и эпидемиология ИСМП	ДЕ 1. Учение об эпидемическом процессе	- основные понятия; механизм развития, факторы проявление эпидемического процесса; - значение мероприятий, направленных на каждое из 3-х звеньев эпидемического процесса	- оценивать взаимоотношения возбудителя и источника инфекции на проявления эпидемии при антропонозах, зоонозах и сапронозах; - принимать участие в обследование эпидемических очагов	- умением использовать учение об эпидемическом процессе в практической деятельности	ОК-3,5 ПК - 10
	ДЕ 2. Иммунопрофилактика инфекционных болезней	- принцип организации и критерии оценки качества профилактических прививок	- оценивать качество и эффективность профилактических прививок	– навыками оценки качества и эффективности профилактических прививок	ОК-3,5 ПК - 10
	ДЕ 3. Особенности эпидемиологии инфекции связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	- систему надзора за ИСМП; - роль и место в системе противоэпидемических мероприятий дезинфекции и стерилизации	- осуществлять профилактические и противоэпидемические мероприятия по профилактике ИСМП - проводить дезинфекцию и стерилизацию и оценивать ее качество и эффективность	- способностью проводить профилактические мероприятия по результатам эпидемиологической диагностики - способностью проводить противоэпидемические мероприятия (дезинфекцию) в очагах инфекционных заболеваний	ОК-3,5 ПК - 10

Тестовые задания по дисциплине «Эпидемиология»

ДМ 1. Общая эпидемиология и эпидемиология ИСМП.
ДЕ1. Учение об эпидемическом процессе.

1. Выберите мероприятия, направленные на источник инфекции при антропонозах:

а. исследование объектов окружающей среды на контаминированность возбудителями инфекции;

б. госпитализация больного;

в. проведение истребительных мероприятий, направленных на сокращение численности грызунов ;

г. дезинфекция нательного и постельного белья;

д. активное выявление заболевших.

2. К основным положениям теории саморегуляции эпдемического процесса относятся:

а. взаимообусловленная изменчивость свойств популяции возбудителя и хозяина;

б. фазность развития эпидемического процесса ;

в. наличие и неразрывная связь трех звеньев эпидемического процесса (источник инфекции, внешняя среда, восприимчивый организм) ;

г. действие различных видов естественного отбора.

3. Эпидемиология изучает болезни:

а. на тканевом уровне;

б. на клеточном уровне;

в. на органическом уровне;

г. на популяционном уровне.

4. Пути передачи – это:

а. перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки с помощью элементов внешней среды или их сочетания

б. эволюционно выработанный механизм, обеспечивающий паразиту смену индивидуальных организмов специфического хозяина для поддержания биологического вида;

в. перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью элементов внешней среды.

5. Вертикальный механизм передачи имеет место:

а. при сальмонеллезах;

б. при геморрагической лихорадке с почечным синдромом;

в. при стафилококкозах;

г. при токсоплазмозе;

д. при брюшном тифе.

6. Основными положениями учения об эпидемическом процессе (по Громашевскому) являются:

а. обусловленность процесса наличием источника инфекции, механизма передачи и восприимчивого населения;

б. соответствие механизма основной локализации возбудителя в организме хозяина;

в. действие стабилизирующего и направленного отбора в процессе взаимоотношений возбудителя и хозяина;

г. способность некоторых возбудителей существовать вне зависимости от человека в природных очагах.

7. К механизмам передачи относятся:

а. пищевой;
б. контактно-бытовой;
в. контактный;
г. аэрозольный;
д. трансмиссивный;
е. фекально-оральный;
ж. воздушно-капельный;
з. воздушно-пылевой.

8. Лечебно-профилактические учреждения могут выполнять следующие мероприятия:

а. дезинфекционные:
б. дератизационные;
в. изоляционные;
г. иммунопрофилактику.

9. Наиболее эффективное средство управления эпидемическим процессом управляемых аэрозольных инфекций:

а. иммунопрофилактика;
б. изоляционные мероприятия;
в. санитарно-гигиенические мероприятия;
г. дезинфекционные мероприятия.

10. Факторы передачи – это:

а. абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя;

б. элементы внешней среды, обеспечивающие перенос возбудителя из одного организма в другой;

в. биотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя.

11. К путям передачи относятся:

а. контактно-бытовой;
б. воздушно – капельный;
в. контактный;
г. вэрозольный;
д. трансмиссивный;
е. пищевой;
ж. воздушно-пылевой;
з. фекально-оральный.

12. Механизм передачи – это:

а. перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью элементов внешней среды;

б. эволюционно выработанный способ,обеспечивающий паразиту смену индивидуальных организмов специфич-кого хозяина для поддержания биологического вида;

в. перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки с помощью элементов внешней среды или их сочетания

13. Для существования эпидемического процесса необходимы:

а. источник инфекции

б. обязательное сочетание всего пеечисленного, регулируемое природными факторами

в. обязательное сочетание всего перечисленного, регулируемое социальными и природными факторами;

г. восприимчивое население;

д. механизм передачи.

14. Выберите мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи антропонозных инфекций:

а. проведение экстренной профилактики лицам, контактировавшим с больным ;

б. выявление лиц. контактировавших с больным;

в. проведение мероприятий, направленных на сокращение численности переносчиков;

г. дезинфекция квартиры и личных вещей больного;

д. выявление и изоляция больного.

15. К основным положениям теории саморегуляции эпидемического процесса относятся:

а. регулирующая роль природных и социальных условий;

б. соответствие механизма передачи основной локализации возбудителя в организме хозяина;

в. генотипическая и фенотипическая гетерогенность популяции возбудителя и хозяина;

г. действие различных видов естественного отбора.

16. Механизм инфекции соответствует:

а. устойчивости возбудителя во внешней среде;

б. путям распространения инфекции;

в. основной локализации возбудителя в организме хозяина;

г. характеристикам источника инфекции.

17. Природный очаг – это:

а. территория, на которой постоянно регистрируются зоонозные инфекции;

б. сообщество биологических объектов;

в. эпизоотический очаг;

г. место заражения человека зоонозной инфекцией;

д. участок территории географического ландшафта со свойственным ему биоценозом, среди особей которого стабильно циркулирует возбудитель.

18. Объектом изучения инфекционной эпидемиологии является:

а. любые массовые явления в населении;

б. состояние здоровья населения;

в. заболеваемость инфекционными болезнями;

г. эпидемический процесс.

Коды ответов: 1-б,д, 2-а,б, 3-г, 4-а, 5-г, 6-б, 7-в,г,д,е, 8-а,в,г, 9-а, 10-б, 11-а,б,е,ж, 12-б, 13-в, 14-в,г, 15-а,в, 16-в, 17-д, 18-г.

ДЕ2 Иммунопрофилактика инфекционных болезней

1. **Какие неврологические состояния являются абсолютными противопоказаниями для проведения вакцинации детям:**
   а. ДЦП;
   б. болезнь Дауна;
   в. прогредиентная неврологическая симптоматика;
   г. перинатальная энцефалопатия;
   д. фебрильные судороги в анамнезе.

2. **Укажите возраст ребенка для начала иммунизации против ветряной оспы:**
   а. 15 мес.;
   б. 12 мес.;
   в. 24 мес.;
   г. 5 лет;
   д. подростки 15-17 лет.

3. **В какие сроки возможно развитие аллергической реакции на введение инактивированной вакцины:**
   а. немедленно;
   б. в первые 4 часа;
   в. 24 часа;
   г. все перечисленные;
   д. ни одного из перечисленных.

4. **Выберите средства для профилактики гриппа в предэпидемический период:**
   а. гриппозная вакцина;
   б. человеческий лейкоцитарный интерферон;
   в. ремантадин;
   г. иммуномодуляторы.

5. **Определите тактику иммунизации против дифтерии после перенесенной дифтерийной инфекции**:
   а. не прививать;
   б. прививать заново;
   в. у ранее не привитых засчитывать как первую прививку;
   г. у привитых однократно засчитывать как вторую прививку;
   д. прививать по календарю.

6. **В вакцинальном периоде какой прививки возможно развитие желтухи:**
   а. Энджерикс В;
   б. Комбиотех;
   в. Геп-А-ин-вак;
   г. Все перечисленные;
   д. Ни одного из перечисленных.

7. **Какие вакцины можно использовать для профилактики дифтерии у подростков:**
   а. Бубо-М;
   б. АДС-М;
   в. Имовакс Д.Т. Адюльт;

г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

8. Укажите моновалентные вакцины против ВГВ:
а. Комбитех;
б. Регевак;
в. Энджерикс В;
г. Неогепатект;
д. Твинрикс.

9. **Вакцинопрофилактика гемофильной инфекции проводится вакцинациями:**
а. Имовакс полио;
б. Хиберикс;
в. Рувакс;
г. Пневмо 23;
д. Акт-Хиб.

10. **Реактогенность вакцины АКДС зависит от:**
а. дифтерийного анатоксина;
б. столбнячного анатоксина;
в. коклюшного антигена;
г. от всех антигенов.

11. **Преимущества плановой вакцинопрофилактики столбняка по сравнению с экстренной профилактикой:**
а. позволяет предупредить заболевание при получении микротравмы;
б. уменьшает риск возникновения поствакцинальных осложнений;
в. сохраняет антитела в организме человека продолжительное время;
г. уменьшает количество тяжелых клинических форм заболевания;
д. формирует напряженный стойкий иммунитет;

12. **Когда и какими препаратами следует проводить вакцинацию детей с поллинозами:**
а. в весенне - летний период, живыми вакцинами;
б. в холодное время года, живыми вакцинами;
в. летом, любыми вакцинами;
г. зимой, инактивированными ИБП;
д. осенью и зимой, любыми вакцинами.

13. **Из медицинского пункта школы сообщили, что у 5 детей из 150 привитых через 3-4 дня после введения АДС в месте инъекции появилось слегка болезненное уплотнение. Дайте рекомендации о дальнейшей тактике проведения прививок:**
а. прививки прекратить;
б. прививки продолжить после обследования детей;
в. запросить в «ЦГ и Э» информацию о реакциях на данную серию вакцины;
г. прививки продолжить.

14. **Объективной оценкой уровня популяционного иммунитета являются:**
а. полнота охвата прививками;
б. снижение заболеваемости;
в. результаты серологического исследования;
г. результаты аллергических проб.

15. **Потенциальная эффективность вакцины оценивается:**
   а. по изменению динамики заболеваемости;
   б. по изменению сезонности;
   в. по сопоставлению заболеваемости привитых, в сравнении с не привитыми;
   г. по изменению возрастной структуры заболевших.

16. **В вакцинальном периоде какой прививки возможно развитие артрита:**
   а. против краснухи;
   б. против туберкулеза;
   в. против кори;
   г. против гепатита;
   д. против столбняка;

17. **Укажите вакцины для профилактики бешенства:**
   а. Тританрикс;
   б. Рудивакс;
   в. КОКАВ;
   г. Рабивар;
   д. Рабипур.

18. **У детей с непрерывно-рецидивирующим течением атопического дерматита следует:**
   а. полностью отказаться от прививок;
   б. вводить только анатоксины и ОПВ;
   в. прививать согласно по календарю;
   г. дополнить календарь вакцинами против гриппа, гемофильной инфекции;
   д. вакцинировать против клещевого энцефалита.

19. **Какие препараты должны входить в состав противошоковой аптечки:**
   а. адреналин;
   б. этиловый спирт;
   в. сальбутамол;
   г. эфедрин;
   д. преднизолон.

20. **Укажите сплит-вакцины (расщепленные) против гриппа:**
   а. Ваксигрип;
   б. Флюарикс;
   в. Бегривак;
   г. все перечисленные;
   д. ни одного из перечисленных.

21. **Выберите вакцины, которые используются для иммунизации против ротавирусного гастроэнтерита:**
   а. РотаТек;
   б. Менцевакс;
   в. Шигеллвак;
   г. Ротарикс;
   д. Роташильд.

22. **Какая из вакцин против гепатита А является аттенуированной:**
а. Вакта;
б. Аваксим;
в. Хаврикс;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

23. **Ребенку с перинатальным контактом по ВИЧ нельзя вводить:**
а. БЦЖ-М;
б. Тетракок;
в. АКДС;
г. Имовакс-полио;
д. Оральную полиомиелитную вакцину.

24. **Укажите оптимальные сроки вакцинации живыми вакцинами после введения больших доз внутривенных иммуноглобулинов:**
а. 1 месяц;
б. 3 месяца;
в. 5-6 месяцев;
г. 8 месяцев;
д. 1 год.

25. **В вакцинальном периоде какой прививки возможно появление катарального синдрома:**
а. против краснухи;
б. против клещевого энцефалита;
в. против коклюша;
г. против кори;
д. против дифтерии.

26. **Определите тактику вакцинации против гепатита В подростков и взрослых:**
а. 2х кратно;
б. 4х кратно;
в. 3х кратно с интервалом 4 недели;
г. 3х кратно по схеме 0, 1, 12;
д. 3х кратно по схеме 0, 1, 6.

27. **Тактика вакцинации против полиомиелита ребенка с верифицированным диагнозом первичного иммунодефицита:**
а. не вакцинировать, оформить медицинский отвод;
б. прививать инактивированными вакцинами (ИПВ);
в. использовать заместительную терапию иммуноглобулинами;
г. для вакцинации членов семьи ребенка использовать только инактивированную полиовакцину;
д. проводят иммунокорректирующую терапию, затем вакцинируют.

28. **Для профилактики столбняка у детей до 1 года жизни не применяют:**
а. АКДС;
б. Инфанрикс;
в. Тетракок;
г. АДС;
д. АДС-М.

29. **Выберите вакцины, которые используются для иммунизации против папилломавирусной инфекции:**
а. Инфанрикс;
б. Приорикс;
в. Гардасил;
г. Шигеллвак;
д. Церварикс.

30. **Критерием степени выраженности местных вакцинальных реакций является:**
а. размер инфильтрата;
б. размер инфильтрата и температура;
в. размер инфильтрата, температура, наличие воспаления;
г. размер инфильтрата, температура, наличие воспаления, лимфаденит.

31. **В какие сроки после введения любой вакцины возможно развитие анафилактического шока:**
а. 4 часа;
б. 48 часов;
в. 4-30 дни;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

32. **Какая вакцина предназначена для профилактики гемофильной инфекции:**
а. Хаврикс;
б. Аваксим;
в. Энцевир;
г. Хиберикс;
д. Геп-А-ин-Вак.

33. **Какие вакцины являются рекомбинантными:**
а. против гепатита В;
в. против гепатита А;
г. против гемофильной инфекции;
д. против клещевого энцефалита;
е. против гриппа.

34. **В вакцинальном периоде какой прививки возможно развитие лимфаденита:**
а. против гепатита;
б. против кори;
в. против полиомиелита;
г. против краснухи;
д. против дифтерии.

35. **После введения какой вакцины возможно развитие артралгий и артритов:**
а. против бешенства;
б. против клещевого энцефалита;
в. против краснухи;
г. против желтой лихорадки;
д. против кори.

36. **Какие вакцины предназначены для вакцинации против гепатита А:**
   а. Бегривак;
   б. Вакта;
   в. Аваксим;
   г. Хаврикс;
   д. Геп-А-ин-ВАК.

37. **Укажите дозу иммуноглобулина для постэкспозиционной профилактики клещевого энцефалита:**
   а. 0,05 мл/кг;
   б. 0,1 мл/кг;
   в. 0,2 мл/кг;
   г. 0,5 мл/кг;
   д. 1 мл/кг.

38. **Ребенку с перинатальным контактом по ВИЧ прививка БЦЖ:**
   а. не проводится;
   б. проводится в роддоме в обычные сроки;
   в. проводится на участке в 6 месяцев;
   г. проводится после снятия с учета;
   д. проводится после 3 лет жизни.

39. **В вакцинальном периоде какой прививки возможно развитие острого вялого пареза:**
   а. против полиомиелита;
   б. против кори;
   в. против краснухи;
   г. против коклюша;
   д. против паротита.

40. **Допустимое сочетание вакцины против туляремии с вакциной против:**
   а. чумы;
   б. бруцеллеза;
   в. Ку-лихорадки;
   г. ветряной оспы;
   д. клещевого энцефалита;

41. **Для контроля температурного режима при хранении ИБП можно использовать:**
   а. термометр;
   б. термоиндикатор;
   в. термограф;
   г. биологический метод.

42. **Укажите необходимую продолжительность клинико-лабораторной ремиссии при остром пиелонефрите для проведения вакцинации:**
   а. 1 месяц;
   б. 2 месяца;
   в. 3 месяца;
   г. 4 месяца;
   д. 6 месяцев.

43. **Выберите схему иммунизации детей против ротавирусной инфекции вакциной РотаТек:**
а. однократное введение вакцины в возрасте 4-6 недель жизни;
б. двукратное введение вакцины с возраста 6 недель с интервалом 4-6 недель;
в. трехкратное введение вакцины с интервалом 4-6 недель;
г. прививать независимо от возраста;
д. только по эпид. показаниям в очаге.

44. **Каждый случай поствакцинального осложнения:**
а. подлежит расследованию главным врачом поликлиники;
б. подлежит расследованию врачом-эпидемиологом;
в. подлежит комиссионному расследованию;
г. расследованию не подлежит.

45. **Укажите оптимальные сроки вакцинации инактивированными вакцинами после введения больших доз внутривенных иммуноглобулинов:**
а. 1 месяц;
б. 3 месяца;
в. по окончанию лечения;
г. 5-6 месяцев;
д. 1 год.

46. **Определите продолжительность протективного эффекта иммуноглобулина против клещевого энцефалита:**
а. 24 часа;
б. 48 часов;
в. 1 месяц;
г. 2 месяца;
д. 1 год;

47. **Выберите вакцины, которые используются для иммунизации против ветряной оспы:**
а. Варилрикс;
б. Менцевакс;
в. Окавакс;
г. Шигеллвак;
д. Приорикс.

48. **Возможно ли провести прививку ребенку вакциной, привезенной из-за рубежа, если наставление к вакцине отсутствует?**
а. можно, предварительно изучив характеристику вакцины по этикетке;
б. можно, если вакцина есть в перечне зарубежных вакцинных препаратов, зарегистрированных в РФ;
в. можно по согласованию с главным врачом поликлиники;
г. нельзя.

49. **Выберите вакцину для профилактики полиомиелита контактному по ВИЧ ребенку:**
а. Оральная полиомиелитная вакцина;
б. Тетракок;
в. АКДС и оральная полиомиелитная вакцина;

г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

50. **В какие сроки возможно развитие общей реакции с повышение температуры на введение инактивированной вакцины:**
а. 2 часа;
б. 48 часов;
в. 72 часа;
г. 1 неделя;
д. 30 дней.

51. **Какой вид вакцин вызывает формирование иммунного ответа, сходного с постинфекционным:**
а. гетерогенные вакцины;
б. живые аттенуированные вакцины;
в. инактивированные вакцины;
г. рекомбинантные вакцины;
д. анатоксины.

52. **Перечислите инфекции, против которых защищает Тетракок:**
а. полиомиелит;
б. гепатит В;
в. коклюш;
г. дифтерия;
д. столбняк .

53. **Укажите основные серотипы ротавирусов, вызывающие гастроэнтерит:**
а. G1P1A [8];
б. G4P1A [8];
в. G3P1A [8];
г. G2P1B [4];
д. все вышеперечисленные.

54. **Эффективность вакцины количественно выражается:**
а. показателем наглядности;
б. коэффициентом корреляции;
в. показателем защищенности;
г. показателем смертности;
д. индексом эффективности.

55. **Туровая иммунизация - это:**
а. плановая иммунопрофилактика;
б. одна из организационных форм иммунопрофилактики, рекомендуемых ВОЗ;
в. профилактика по эпидемическим (экстренным) показаниям;
г. профилактика, проводимая по решению руководящих структур и обусловленная чрезвычайной ситуацией по конкретной инфекции.

56. **Укажите «бесклеточную» вакцину для профилактики коклюша:**
а. Инфанрикс;
б. Тетракок;
в. АКДС;

г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

57. **Закон об иммунопрофилактике гарантирует:**
а. бесплатные прививки Национального календаря;
б. бесплатные прививки Регионального календаря;
в. безопасность применяемых ИБП;
г. сопровождение на всех этапах вакцинопрофилактики;
д. бесплатную помощь при прививочных осложнениях.

58. **Перечислите субъединичные вакцины против гриппа:**
а. Гриппол;
б. Инфлювак;
в. Инфлексал;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

59. **Какая из вакцин является живой (аттенуированной):**
а. БЦЖ;
б. Тетракок;
в. Ротарикс;
г. АДС-М;
д. Геп-А-ин-вак.

60. **Как сохранить ИБП при неисправности холодильника в медицинском кабинете школы в холодное время года?**
а. в медицинском шкафу вместе с лекарственными препаратами;
б. между оконными рамками;
в. в холодильнике пищеблока в герметично закрывающейся ёмкости;
г. вакцинные препараты хранить нельзя, следует вернуть в поликлинику.

61. **В каком случае противопоказано введение три вакцины против кори, краснухи, паротита:**
а. проявление атопического дерматита в анамнезе;
б. фебрильные судороги в анамнезе;
в. анафилактический шок на белок куриного яйца;
г. недоношенность в анамнезе;
д. перинатальный контакт с ВИЧ-положительной матерью.

62. **Какие вакцины против гриппа являются сплит-вакцинами:**
а. Гриппол;
б. Инфлювак;
в. Агриппал;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

63. **После 1 вакцинации АКДС в 3 месяца прошло 10 месяцев. Следует:**
а. начать вакцинацию заново;
б. продолжить вакцинацию;
в. закончить вакцинацию;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

64. **Укажите инфекции, против которых вакцинация проводится анатоксинами:**
а. дифтерия и коклюш;
б. дифтерия и столбняк;
в. дифтерия, коклюш и полиомиелит;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

65. **В вакцинальном периоде какой прививки возможно развитие дыхательной недостаточности:**
а. против коклюша;
б. против кори;
в. против пневмококковой инфекции;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

66. **Перечислите допустимые сочетания АДС и АДС-М с другими ИБП:**
а. столбнячный анатоксин;
б. брюшнотифозная вакцина;
в. вакцина против желтой лихорадки;
г. клещевого энцефалита;
д. БЦЖ.

67. **К поствакцинальной реакции относят:**
а. стойкое нарушение состояния здоровья, обусловленное введением прививочного препарата;
б. нарушение состояния здоровья, связанное с неправильным отбором на прививку;
в. нормальную физиологическую реакцию организма на введение прививочного препарата;
г. патологическую реакцию организма, обусловленную нарушением техники проведения прививки.

68. **С какого возраста используется сорбированная жидкая вакцина "ЭнцеВир" против клещевого энцефалита:**
а. с 1 года;
б. с 4 лет;
в. С 7 лет;
г. только у взрослых;
д. с 15 лет.

69. **Укажите вакцины для профилактики гриппа у детей до 1 года:**
а. Гриппол-плюс;
б. Бегривак;
в. Инфлювак;
г. Ваксигрип;
д. Флюарикс.

70. **Какой иммунологический эффект лежит в основе вакцинации:**
а. первичный иммунный ответ;
б. вторичный иммунный ответ;
в. активация системы комплимента;

г. выработка специфических антител;
д. выработка специфических цитотоксических лимфоцитов.

71. **В какие сроки возможно развитие аллергической реакции на введение живой вакцины:**
а. немедленно;
б. в первые 48 часов;
в. с 4 по 30 дни;
г. все вышеперечисленное;
д. ни одного из перечисленных.

72. **До какого возраста проводят профилактику дифтерии у взрослых:**
а. до 45 лет;
б. до 60 лет;
в. нет ограничения возраста;
г. все варианты правильные;
д. нет правильных вариантов.

73. **С какого возраста применяется вакцина Геп-А-ин-ВАК:**
а. с 2-х лет;
б. до года;
в. с 1 года;
г. с 18 лет (взрослые);
д. с 3-х лет (дети).

74. **По какой схеме следует вакцинировать против гепатита В детей в регионе с уровнем носительства HbsAg менее 5%:**
а. 0, 6, 12 мес. жизни;
б. 0, 1, 6 мес. жизни;
в. 4-5, 5-6, 12 мес. жизни;
г. 0, 1, 2, 12 мес. жизни;
д. подростки по схеме 0, 1, 2, 6.

75. **Если данные о вакцинации против клещевого энцефалита утрачены, как следует проводить вакцинацию:**
а. сделать одну ревакцинацию;
б. определить уровень специфических антител;
в. начать вакцинацию по первичной схеме;
г. ни одного из вариантов;
д. все перечисленные.

76. **С какими вакцинами сочетается брюшнотифозная вакцина:**
а. против клещевого энцефалита;
б. АДС;
в. АДС-М;
г. АД-М;
д. против чумы.

77. **Профилактику каких инфекций целесообразно включить в прививочный календарь детей с бронхо-легочной патологией:**
а. гепатита В;
б. гемофильной инфекции;

в. гепатита А;
г. гриппа;
д. пневмококковой инфекции.

78. **По какой схеме следует вакцинировать против гепатита В ребенка, рожденного женщиной с HbsAg:**
а. 0, 6, 12 мес.;
б. 0, 1, 6 мес.;
в. 4-5, 5-6, 12 мес.;
г. 0, 1, 2, 12 мес.;
д. подростки по схеме 0, 1, 2, 6.

79. **Не привитого здорового ребенка 4 месяцев следует:**
а. привить против туберкулеза, без предварительной туберкулинодиагностики;
б. провести пробу Манту для решения вопроса о последующей вакцинации против туберкулеза;
в. срочно привить против коклюша, дифтерии, столбняка и полиомиелита;
г. записать на консультацию в кабинет иммунопрофилактики для решения вопроса о тактике прививок.

80. **С какими вакцинами одновременно может вводиться бруцеллезная живая вакцина:**
а. против Ку-лихорадки;
б. против чумы;
в. против туляремии;
г. против клещевого энцефалита;
д. против сибирской язвы.

81. **Выберите вакцины для профилактики клещевого энцефалита для ребенка 2 лет:**
а. Энцепур детский;
б. ЭнцеВир;
в. ФСМЕ-иммун Джуниор;
г. Вакцина клещевого энцефалита культуральная очищенная концентрированная сухая;
д. все перечисленное.

82. **План прививок против коклюша, дифтерии и столбняка на педиатрическом участке составляет:**
а. участковый педиатр;
б. медицинская сестра прививочного кабинета;
в. заместитель главного врача, отвечающий за иммунопрофилактику;
г. старшая медицинская сестра.

83. **Величина иммунной прослойки определяется:**
а. количеством привитых;
б. количеством лиц, имеющих естественный иммунитет;
в. количеством лиц, имеющих искусственный иммунитет;
г. количеством лиц, имеющих иммунитет.

84. **Наиболее эффективное средство управления эпидемическим процессом при инфекциях с аэрогенным механизмом передачи:**
а. изоляционные мероприятия;
б. дезинфекционные мероприятия;

в. иммунопрофилактика;
г. санитарно-гигиенические мероприятия.

85. **Перечислите инфекции, от которых защищает Инфанрикс Гекса:**
а. коклюш;
б. дифтерия;
в. полиомиелит;
г. корь;
д. краснуха.

86. **В очаге кори экстренная профилактика:**
а. не проводится;
б. проводится только коревой вакциной;
в. проводится только иммуноглобулином;
г. проводится коревой вакциной или иммуноглобулином.

87. **К неуправляемым инфекциям относят:**
а. паракоклюш;
б. коклюш;
в. эпидемический паротит;
г. дифтерию.

88. **При введении какой вакцины возможно развитие серозного менингита:**
а. АКДС;
б. АДС-М;
в. ОПВ;
г. Коревой;
д. Паротитной.

89. **В Национальном календаре профилактических прививок (приказ Минздрава РФ №125-н от 21.03.2014г.) регламентируются:**
а. возраст для проведения прививки;
б. изменения в схеме прививок против туберкулеза, полиомиелита и гемофильной инфекции;
в. допустимые сочетания ИБП при их одномоментном введении;
г. перечень инфекций, против которых проводятся прививки.

90. **В какие сроки после прививки развитие анафилактического шока имеет четкую временную связь с вакцинацией:**
а. первые 24 часа;
б. первые 48 часов;
в. 15 дней;
г. 30 дней;
д. 2 месяца.

91. **При нарушении календаря профилактических прививок у здорового ребенка врач обязан:**
а. начать прививки заново;
б. продолжить введение ИБП в соответствии с календарем прививок;
в. разработать индивидуальный график прививок;
г. увеличить кратность введения вакцинного препарата;

д. провести прививки, регламентированные в данном возрасте и пропущенные ранее за исключением БЦЖ.

92. **Какая из вакцин является убитой:**
а. Оральная полиомиелитная вакцина;
б. РотаТек;
в. БЦЖ;
г. Энцепур;
д. Геп-А-ин-Вак.

93. **Выберите оптимальную схему иммунизации против папилломавирусной инфекции лиц старше 15 лет:**
а. 0-2-6;
б. 0-1-6;
в. 0-6-12;
г. 0-6;
д. 0-1-2.

94. **Выберите вакцину для профилактики паротита:**
а. MMR-II;
б. Приорикс;
в. Вакцина паротитно-коревая;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

95. **С какой из вакцин связан риск поствакцинального клещевого энцефалита:**
а. Энцевир;
б. Энцепур;
в. ФСМЕ;
г. со всеми перечисленными;
д. ни с одной из перечисленных.

96. **Если женщина является носителем HbsAg, по какой схеме вакцинируют ее новорожденного ребенка:**
а. 0, 1, 6 месяцев;
б. 0, 1, 12 месяцев;
в. 0, 1, 2, 12 месяцев;
г. 0, 1, 2, 24 месяца;
д. ни одного из перечисленных.

97. **Выберите вакцины для профилактики гепатита В:**
а. Твинрикс;
б. Вакта;
в. Неогепатект;
г. Бубо-М;
д. Регевак.

98. **Назовите учетные документы для регистрации профилактических прививок и иммунологических проб:**
а. карта профилактических прививок (ф 063у);
б. история развития ребенка (ф 112);

в. индивидуальная карта ребенка (ф 026);
г. сертификат профилактических прививок (ф 156е-93).

99. **Какая из вакцин является рекомбинантной:**
а. Бубо-кок;
б. Инфанрикс;
в. Комбиотех;
г. Энджерикс;
д. Хаврикс.

100. **Выберите вакцину для профилактики кори:**
а. Рувакс;
б. Приорикс;
в. Вакцина паротитно-коревая;
г. все перечисленные;
д. ни одного из перечисленных.

Коды ответов: 1-в, 2-б, 3-г 4-а,г, 5-в, г, 6-г, 7-б, 8-а,б,в, 9-г,д, 10-в,11-а,б,в,г,д, 12-д, 13-г, 14-в, 15-в, 16-а, 17-в,г,д, 18-б, 19-а,б,в,д, 20-г21-а,г, 22-д, 23-д, 24-г, 25-г, 26-д, 27-б,в,г, 28-г, 29-в,д, 30-а,31-а, 32-г, 33-а,б, 34-г, 35-в, 36-б,в,г,д, 37-б,в, 38-г, 39-а, 40-а,б, 41-а,б,в,г, 42-д, 43-в, 44-в, 45-в, 46-в, 47-а,в, 48-г, 49-д, 50-б, 51-б, 52-а,в,г,д, 53-д, 54-в,д, 55-б,г, 56-а, 57 а,в,г,д, 58-г, 59-а,в, 60-г, 61-в, 62-д, 63-б, 64-б, 65-д, 66-б,в, 67-в, 68-а, 69-а,б,в,г,д, 70-б,г, 71-г, 72-в, 73-г,д, 74-б, 75-б, 76-б,в,г, 77-б,г,д, 78-г, 79-б, 80-а,б,в, 81-а,в, 82-а, 83-г, 84-в, 85-а,б,в, 86-г, 87-а, 88-д, 89-а,б,в,г, 90-а, 91-б,д, 92-г,д, 93-б;94-г, 95-д, 96-в, 97-а,г,д, 98-а,б,в,г, 99-в,г, 100-а.

ДЕ 3. Особенности эпидемиологии инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)

1. Для обработки рук хирургов используют:
а. виркон;
б. гибитан;
в. микроцид;
г. амфолан.

2. Дезинфекция (в узком смысле слова) как противоэпидемическое мероприятие - это уничтожение:
а. патогенных микроорганизмов на различных предметах, в организме животных и членистоногих;
б. возбудителей инфекционных болезней в различных источниках инфекции;
в. (удаление) возбудителей инфекционных болезней на (в) объектах внешней среды, которые могут послужить факторами передачи заразного начала;
г. любых микроорганизмов на различных предметах окружающей среды.

3. Для дезинфекции и стерилизации предметов медицинского назначения можно использовать:
а. хлорамин
б. гипохлопит лития
в. глутаровый альдегид
г. амфолан

4. Белье и посуду в квартирном очаге обеззараживают:

а. автоклавированием;
б. погружением в дезинфицирующий раствор;
в. кипячением;
г. в дезинфекционной камере.

5. Лечебно-профилактические учреждения могут выполнять следующие мероприятия:

а. дезинфекционные:
б. дератизационные;
в. изоляционные;
г. иммунопрофилактику.

6. При попадании крови пациента на слизистые ротоглотки медработника необходимо прополоскать:

а. рот и глотку большим количеством воды и далее 70% раствором спирта
б. дважды раствором фурацилина
в. однократно 2 % раствором перекиси водорода
г. обработать слизистую тампоном смоченным 0,5% раствором хлоргексидина

7. Наиболее уязвимые для ИСМП субпопуляции пациентов:

а. пожилые люди;
б. пациенты с тяжелым течением основного заболевания и множественными сопутствующими заболеваниями;
в. пациенты, подвергающиеся агрессивным и инвазивных медицинским манипуляциям;
г. пациенты, подвергающиеся трансплантации органов;
д. пациенты, получающие терапию антидепрессантами.

8. К отделениям высокого эпидемиологического риска по ИСМП являются:

а. отделение гнойной хирургии;
б. амбулаторно-поликлиническое отделение;
в. отделение реанимации и интенсивной терапии;
г. отделение функциональной диагностики;
д. отделение лучевой диагностики.

9. Примерно 90% всех ВБИ имеют этиологию:

а. бактериальную;
б. вирусную;
в. грибковую;
г. прионную.

10. Факторы, способствующие отбору резистентных к антибиотикам клонов микроорганизмов:

а. ротация антибиотиков;
б. проведение микробиологического мониторинга;
в. длительная госпитализация пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии;
г. применение антибиотиков узкого спектра действия.

11. Основными источниками возбудителя инфекции при ИСМП являются:

а. главный врач МО;
б. пациент, госпитализированный в хирургическое отделение;
в. врач-анестезиолог;
г. врач- патологоанатом.

12. Основными категориями источников возбудителя инфекции при ИСМП являются:

а. пациенты;
б. окружающая среда;
в. медицинский персонал**;**
г. посетители МО.

13. Какие механизмы передачи возбудителя инфекции реализуются при традиционных ВБИ:

а. аэрогенный;
б. фекально-оральный;
в. вертикальный;
г. контактный

14. Какие пути реализуются в рамках артифициального механизма передачи:

а. воздушно-капельный;
б. инъекционный;
в. трансфузионный;
г. пищевой

15. У врачей каких специальностей больше риск ИСМП:

а. терапевт поликлиники;
б. анестезиолог;
в. судебно-медицинский эксперт;
г. хирург;
д. все ответы правильны

16. По современным данным наибольшую долю в структуре ИСМП составляют:

а. послеоперационные инфекции;
б. пневмонии;
в. постинфекционные инфекции;
г. все ответы правильны

17. Ведущими нозологическими формами ИСМП являются:

а. инфекции в области хирургического вмешательства;
б. инфекции мочевыводящих путей;
в. инфекции кровотока;
г. инфекции нижних дыхательных путей

18. Система надзора и контроля за антимикробной резистентностью, принятая в европейских странах, определяет следующие клинически значимые бактерий в качестве индикаторов развития антимикробной резистентности:

а) P. aeruginosa;
б) S. aureus;
в) S. pneumoniae;
г) E. coli;
д) E. faecalis;
е) K. pneumonia;
ж) E. faecium;
з) S. hominis

19. Возбудителями ВБИ могут быть:

а. бактерии;

б. вирусы;

в. грибы;

г. простейшие;

20. Определение госпитального штамма:

а. однородная по фено- и генотипическим признакам совокупность особей определенного вида микроорганизмов, сформировавшихся в госпитальной экосистеме и адаптированная к условиям больничной среды;

б. чистая культура микроорганизмов, изолированная от пациента, медицинского персонала или из внешней среды, обладающая фено- и генотипическими характеристиками, идентичными таковым выявленной популяции госпитальных микроорганизмов

в. внутривидовая систематическая категория;

разновидность штамма микроорганизмов, отличающаяся от других вариантов этого же вида по спектру чувствительности к типовым фагам. Часто используется для характеристики патогенных микроорганизмов.

21. Определение понятия ИСМП:

а. любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществляемой им деятельности независимо, от того, проявляются или нет симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в больнице;

б. случаи инфекции связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности;

в. инфекционное заболевание, имеющееся у больного на момент поступления в стационар, или проявившееся в стационаре, но приобретенное до госпитализации.

22. **ИОХВ классифицируют на:**

а. субфасциальные;

б. поверхностные;

в. глубокие;

г. органа/полости;

23. Основными задачами программы инфекционного контроля являются:

а. эпидемиологическое наблюдение за ВБИ;

б. участие в мероприятиях по охране здоровья медицинского персонала;

в. расследование вспышек;

г. мониторинг применения антибиотиков, антибиотикорезистентности

24. К активным методам выявления ВБИ относятся:

а. добровольное информирование врачами и медицинскими сестрами; госпитального эпидемиолога о возникших инфекциях;

б. ежедневный просмотр результатов посевов из микробиологической лаборатории;

в. просмотр температурных листов;

г. просмотр отчетов патологоанатомического отделения

25. Гигиенической антисептикой является:

а. удаление грязи и транзиторной флоры, контаминирующей кожу рук медицинского персонала в результате контакта с инфицированными или колонизированными пациентами и/или контаминированными объектами окружающей среды;

б. удаление и уничтожение транзиторной микрофлоры;

в. удаление или уничтожение транзиторной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры.

26. Гигиеническая антисептика рук проводится:

а. перед надеванием стерильных перчаток при постановке центрального внутрисосудистого катетера;

б. перед постановкой мочевого катетера;

в. после контакта с неинтактной кожей пациента;

г. в предоперационном периоде членами операционной бригады

27. Критическими объектами являются:

а. имплант;

б. мочевой катетер;

в. подмышечный термометр;

г. скальпель.

28. Полукритическими объектами являются:

а. ранорасширитель Микулича;

б. сердечный катетер;

в. гинекологическое зеркало;

г. подмышечный термометр;

д. эндоскоп.

29. Некритическими объектами являются:

а. постельное белье;

б. прикроватный столик;

в. манжета тонометра;

г. сосудистый катетер

30. Определение понятия «занос инфекции в медицинскую организацию»:

а. любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществляемой им деятельности независимо, от того, проявляются или нет симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в больнице;

б. случаи инфекции связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности;

в. инфекционное заболевание, имеющееся у больного на момент поступления в стационар, или проявившееся в стационаре, но приобретенное до госпитализации.

31. Наибольшую долю в структуре этиологических агентов при ИОХВ составляют:

а. S. aureus

б. Стрептококки
в. Коагулазонегативные стафилококки
г. C. albicans

32. Факторы, ассоциированные с риском развития ИОХВ:
а. диабет;
б. курение;
в. недостаточный гемостаз;
г. наличие в ране дренажа.

33. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться грыжесечение:
а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

34. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться спленэктомия:
а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

35. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться фиксация закрытого перелома:
а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

36. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться холецистэктомия при отсутствии острого воспаления:
а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

37. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться простатэктомия:
а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

38. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться ринопластика:
а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

39. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться открытый массаж сердца:

а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

40. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться острый холецистит:

а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

41. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться ушивание рваной раны более 8 часов после травмы:

а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

42. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться огнестрельные раны:

а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

43. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться вскрытие и дренирование абсцесса:

а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

44. К какому классу операций по степени микробной контаминации относиться обработка травматической раны:

а. Класс I, чистая;
б. Класс II, условно чистая;
в. Класс III, контаминированная;
г. Класс IV, инфицированная.

45. Сосудистые катетеры, из какого материала предпочтительнее использовать с точки зрения профилактики КАИК:

а. поливинила;
б. полиуретана;
в. тефлона**.**

46. По степени потенциального риска загрязнения микобактериями туберкулеза объекты разделяются на классы:

а. Класс А (неопасные)
б. Класс I, чистая;

в. Класс III, контаминированная;
г. Класс Б (потенциально опасные);
д. Класс В (опасные)

47. Объекты, относящиеся к классу В (опасные) по степени потенциального риска загрязнения микобактериями туберкулеза:

а. микробиологические лаборатории;
б. клинико-диагностические лаборатории;
в. объекты, в которых осуществлялось лечение пациентов с внелегочными формами туберкулеза;
г. аптеки;
д. патолого-анатомические отделения

48. Объекты, относящиеся к классу А (неопасные) по степени потенциального риска загрязнения микобактериями туберкулеза:

а. микробиологические лаборатории;
б. административный корпус;
в. пищеблок;
г. аптеки;
д. патологоанатомические отделения

49. Частота проведения заседаний комиссии по профилактике ВБИ в МО:

а. не реже одного раза в месяц;
б. нет регламентированных сроков, по мере необходимости;
в. не реже одного раза в квартал;
г. не реже двух раз в год;
д. не чаще 1 раз в неделю

50. Председателем комиссии по профилактике ВБИ в МО является:

а. заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии - один из заместителей руководителя лечебной организации по лечебной работе) ;
б. врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога;
в. заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии – врач-эпидемиолог) ;
г. главная медицинская сестра

51. Групповыми заболеваниями следует считать:

а. появление случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи;
б. появление 3 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи;
в. появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний;
г. появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

52. Риск развития ВБИ для чистых ран составляет:

а. 1 - 5 %;
б. 3 - 11 %;
в. 10 - 17 %;
г. 25 - 27 %

53. Риск развития ВБИ для условно чистых ран составляет:

а. 1 - 5 %;
б. 3 - 11 %;
в. 10 - 17 %;
г. 25 - 27 %

54. Риск развития ВБИ для загрязненных ран составляет:

а. 1 - 5 %;
б. 3 - 11 %;
в. 10 - 17 %;
г. 25 - 27 %

55. Риск развития ВБИ для грязных ран составляет:

а. 1 - 5 %;
б. 3 - 11 %;
в. 10 - 17 %;
г. 25 - 27 %

56. Территория операционного блока разделяется на следующие функциональные зоны:

а. неограниченная;
б. несвободная;
в. полусвободная;
г. ограниченная;
д. полуограниченная;
е. свободная.

57. Неограниченная функциональная зона операционного блока состоит из:

а. служебных помещений;
б. комнаты для наркоза;
в. помещения для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов класса Г;
г. помещения для хранения аппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья;
д. помещения для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов классов А и Б.

58. Полусвободная функциональная зона операционного блока состоит из:

а. служебных помещений;
б. комнаты для наркоза;
в. помещения для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов класса Г;
г. помещения для хранения аппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья;
д. помещений санпропускника.

59. Ограниченная функциональная зона операционного блока состоит из:

а. служебных помещений;
б. комнаты для наркоза;
в. стерилизационной;
г. операционных залов;
д. помещения для хранения аппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья.

60. Сроки выписки из акушерского стационара с точки зрения эпидемиологических позиций оправдана на:

а. 3 - 4 сутки после родов, в т.ч. до отпадения пуповины.

б. 3 - 4 сутки после родов, в т.ч. до заживления пупочной ранки.

в. 7 сутки после родов.

г. 5 - 7 сутки после родов

61. Групповыми заболеваниями в акушерских стационарах следует считать:

а. появление 3 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи;

б. появление 3 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных или родильниц, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи;

в. появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи;

г. появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных или родильниц, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи

62. Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

а. с хориоамнионитом в родах;

б. с болезнями мочеполовой системы, в т.ч. кольпитами;

в. с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;

г. с иммунодефицитными состояниями;

д. после оперативного родоразрешения (кесарево сечения).

63. К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

а) доношенные;

б) недоношенные;

в) переношенные;

г) после оперативного родоразрешения.

64. К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации в акушерском стационаре относятся следующие:

а. факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня);

б. увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;

в. появление локальных форм инфекций;

г. увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);

д. возникновение нескольких случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой.

65. Эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (далее - ТБО) относятся к:

а. классу А;

б. классу Б;

в. классу В;

г. классу Г;

д. классу Д

66. Эпидемиологически опасные отходы относятся к:

а. классу А;
б. классу Б;
в. классу В;
г. классу Г;
д. классу Д;

67. Чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы относятся к:

а. классу А;
б. классу Б;
в. классу В;
г. классу Г;
д. классу Д

68. Токсикологически опасные отходы 1 - 4 классов опасности относятся к:

а. классу А;
б. классу Б;
в. классу В;
г. классу Г;
д. классу Д

69. Радиоактивные отходы относятся к:

а. классу А;
б. классу Б;
в. классу В;
г. классу Г;
д. классу Д

70. Кем утверждается инструкция, в которой определены ответственные сотрудники и процедура обращения с медицинскими отходами в МО

а. руководителем организации МО;
б. заместителем руководителя по эпид. вопросам МО;
в. врачом - эпидемиологом МО;
г. заместителем руководителя по административно-хозяйственным вопросам МО;
д) начальником территориального отдела Управления Роспотребнадзора;
е. зав. эпид. отделом филиала ФБУЗ «ЦГиЭ».

71. Сбор отходов класса В осуществляется:

а. в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (непрокалываемую) упаковку (контейнеры) красного цвета или имеющую красную маркировку;
б. в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (непрокалываемую) упаковку (контейнеры) желтого цвета или имеющие желтую маркировку;
в. в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (непрокалываемую) упаковку (контейнеры) беого цвета или имеющие белую маркировку.

72. Для учета медицинских отходов классов Б и В служат следующие документы:

а. технологический журнал учета отходов классов Б и В;
б. документы, подтверждающие вывоз и обезвреживание отходов, выданные специализированными организациями, осуществляющими транспортирование и обезвреживание отходов
в. технологический журнал участка по обращению с отходами

г. технологический журнал учета медицинских отходов организации

73. К «грязной» зоне участка по обращению с медицинскими отходами классов Б и В относятся:

а. помещение приема и временного хранения поступающих медицинских отходов;

б. комната персонала;

в. помещения хранения обеззараженных/обезвреженных отходов;

г. помещение мойки и дезинфекции;

д. санузел

74. К «чистой» зоне участка по обращению с медицинскими отходами классов Б и В относятся:

а. помещение приема и временного хранения поступающих медицинских отходов;

б. комната персонала;

в. помещения хранения обеззараженных/обезвреженных отходов;

г. помещение мойки и дезинфекции;

д. санузел

75. К медицинским отходам класса А относятся:

а. отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными;

б. канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства;

в. отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения и другие;

г. отходы лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1 - 2 групп патогенности;

д. смет от уборки территории.

76. К медицинским отходам класса Б относятся:

а. отходы лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1 - 2 групп патогенности;

б. пищевые отходы из инфекционных отделений;

в. патологоанатомические отходы;

г. биологические отходы вивариев;

д. отходы сырья и продукции фармацевтических производств.

77. К медицинским отходам класса В относятся:

а. отходы лечебно-диагностических подразделений фтизиатрических стационаров (диспансеров), загрязненные мокротой пациентов, отходы микробиологических лабораторий, осуществляющих работы с возбудителями туберкулеза;

б. живые вакцины, непригодные к использованию;

в. отходы лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1 - 2 групп патогенности;

г. органические операционные отходы (органы, ткани и так далее).

78. К медицинским отходам класса Г относятся:

а. все виды отходов, в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности.

б. ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование.

в. канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства;

г. отходы сырья и продукции фармацевтических производств.

79. К медицинским отходам класса Д относятся:

а. все виды отходов, в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности;

б. ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование;

в. канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства;

г. отходы сырья и продукции фармацевтических производств.

80. Персонал, занятый транспортированием медицинских отходов, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты:

а. маски/респираторы/защитные щитки;

б. специальная обувь;

в. фартуки;

г. перчатки

81. Микробиологический мониторинг возбудителей ИСМП предусматривает:

а. обязательное перманентное микробиологическое обеспечение системы эпидемиологического надзора за ИСМП;

б. этиологическую расшифровку ИСМП у пациентов и медицинского персонала, внутривидовую идентификацию (типирование) возбудителей ИСМП;

в. исследование объектов больничной среды;

г. определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к антимикробным средствам.

82. Эпидемиологическая деятельность в организациях здравоохранения включает:

а. организацию и осуществление эпидемиологического надзора за ИСМП;

б. проведение эпидемиологической диагностики;

в. участие в проведении административных расследований по фактам нарушений законодательства о защите прав потребителей на потребительском рынке;

г. стандартизацию мер защиты пациентов и медицинского персонала от инфицирования при различных медицинских технологиях;

д. участие в работе по лицензированию деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний;

83. Оценка экономической эффективности мероприятий по профилактике ИСМП предполагает:

а. расчет экономического ущерба, наносимого одним случаем при различных нозологических формах ИСМП;

б. расчет затрат на внедрение и проведение мероприятий по профилактике ИСМП и компонентов эпидемиологического надзора;

в. определение экономической эффективности мероприятий по профилактике ИСМП и компонентов эпидемиологического надзора;

г. анализ соотношения затраты/выгоды;

д. анализ соотношения затраты/эффективность;

е. анализ соотношения затраты/польза.

84. Доля гнойно-септические инфекции и их осложнений в структуре хирургической патологии составляет:

а. до 80%;
б. 10-20%;
в. 30-40%;
г. 50%

85. Факторами риска MRSA-инфекций являются:

а. предшествующая госпитализация;
б. применение бета-лактамнх антибиотиков;
в. применение антибиотиков из группы карбапенемов;
г. проведение искусственная вентиляция легких;
д. постановка внутрисосудистых катетеров;
е. назофарингеальное носительство MRSA.

86. К первичным неосложненным инфекциям кожи и мягких тканей относятся:

а. фурункул;
б. целлюлит;
в. мионекроз;
г. пролежни

87. К первичным осложненным инфекциям кожи и мягких тканей относятся:

а. гидраденит;
б. пиомиозит;
в. рожа;
г. некротический целлюлит.

88. К вторичным инфекциям кожи и мягких тканей относятся:

а. укусы;
б. инфицированные ожоговые раны;
в. инфекция области хирургического;
г. пролежни.

89. G. Magliacani и M. Stella (1994) подразделяют инфекции у больных с ожогами на типы:

а. нозокомиальные инфекции, связанные с окружающей средой больницы, полирезистентной флорой, характеризующиеся перекрестным инфицированием через определенные источники;
б. ятрогенные инфекции, связанные с инвазивными диагностическими и терапевтическими процедурами;
в. оппортунистические инфекции, связанные с обычной флорой и иммунокомпрометированным хозяином.

90. Деэскалационная антибиотикотерапия ИСМП это:

а. отказ от проведения антибактериальной терапии при сомнительном диагнозе ВБИ;
б. административные ограничения назначения антибиотиков;
в. смена режима антибактериальной терапии широкого спектра на более узкий по результатам бактериологического исследования;

г. сокращение общей длительности курса антибактериальной терапии на основании регулярного контроля состояния пациента, мониторинга биохимических маркеров бактериальной инфекции и результатов микробиологического исследования.

91. Состояние, при котором под действием дезинфектанта в бактерицидном режиме (в концентрации и экспозиции, заявленных производителем как бактерицидные), наблюдается неполная гибель бактериальной культуры (рост от 1 до 299 КОЕ/мл) это:

а. неполная чувствительность микроорганизмов к дезинфицирующим средствам;
б. перекрестная устойчивость микроорганизмов к дезинфицирующим средствам;
в. приобретенная устойчивость микроорганизмов к дезинфицирующим средствам;
г. сочетанная устойчивость микроорганизмов к дезинфицирующим средствам.

92. К изоляционно-ограничительным противоэпидемическим мероприятиям в МО относятся:

а. соблюдение адекватной гигиены рук медицинского персонала;
б. прием пищи в палате;
в. изоляция пациентов с инфекциями, вызванными MRSA, в отдельной палате (индивидуальная изоляция) или в палате, где находятся другие пациенты с такой же инфекцией (групповая изоляция);
г. проведение текущей дезинфекции.

93. Риск заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией при контакте с инфицированным биоматериалом:

а. 5-7%;
б. 0,3-0,6%;
в. 10-30%;
г. 50%

94. Риск заражения медицинского персонала ВГС при контакте с инфицированным биоматериалом:

а. 5-7%;
б. 0,3-0,6%;
в. 10-30%;
г. 50%

95. Риск заражения медицинского персонала ВГВ при контакте с инфицированным биоматериалом:

а. 5-7%;
б. 0,3-0,6%;
в. 10-30%;
г. 50%

96. Риск заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией при уколах иглой:

а. 0,3%;
б. 0,3-1%;
в. 0,1%;
г. 0,09%

97. Риск заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией при попадании инфицированного биоматериала на поврежденную кожу:

а. 0,3%;
б. 0,3-1%;
в. 0,1%;
г. 0,09%

98. Риск заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией при порезах:

а. 0,3%;
б. 0,3-1%;
в. 0,1%;
г. 0,09%

99. Риск заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией при попадании инфицированного биоматериала на слизистые глаз:

а. 0,3%;
б. 0,3-1%;
в. 0,1%;
г. 0,09%

100. Причиной аварийной ситуации у медработника может быть:

а. случайный укол острым инструментом;
б. работа без барьерных средств защиты;
в. одевание колпачка на иглу;
г. забор крови

Коды ответов: 1-а,б, 2-в, 3-в, 4-б,в, 5-а,в,г, 6-а, 7-а,б,в,г, 8-а,в, 9-а, 10-в., 11-б,в,г, 12-а,б,в, 13-а,б,в,г, 14-б,в, 15-б,в,г, 16-а, 17-а,б,в,г, 18-а,б,в,г,д,е,ж, 19-а,б,в,г, 20-б, 21-б, 22-б,в,г, 23-а,б,в,г, 24-б,в,г, 25-а, 26-а,б,в, 27-а,б,г, 28-в,д, 29-а,б,в, 30-в, 31-а,в, 32-а,б,в,г, 33-а, 34-а, 35-а, 36-б, 37-б, 38-б, 39-в, 40-в, 41-в, 42-г, 43-г, 44-г, 45-б,в, 46-а,г,д. 47-а,б,д, 48-б,в,г, 49-в, 50-а, 51-г, 52-а, 53-б, 54-в, 55-г, 56-а,в,г, 57-а,д, 58-г,д, 59-б,в,г, 60-а, 61-в, 62-а,б,в,г, 63-б,в,г, 64-а,б,г, 65-а, 66-б, 67-в, 68-г, 69-д, 70-а, 71-а, 72-а,б,в,г, 73-а,г, 74-б,в,д, 75-а,б,д. 76-б,в,г, 77-а,в, 78-б,г, 79-а, 80-а,б,в,г, 81-а,б,в,г, 82-а,б,г, 83-а,б,в,г,д,е, 84-в, 85-а,б,г,д,е, 86-а,б, 87-б,г, 88-а,б,в,г, 89-а,б,в, 90-в, 91-а, 92-б,в, 93-б, 94-а, 95-в, 96-а, 97-в, 98-б, 99-г, 100-б,в.

Методика оценивания: Промежуточный контроль по проверке получаемых студентами знаний проводится в форме тестового контроля. Тестовые задания формируются случайным образом. Оценка ставится в баллах в соответствии с количеством правильных ответов от 8 до 4 баллов. Менее 70% правильных ответов – не зачет, от 70% до 79% правильных ответов – 4 балла, от 80% до 89% - 6 баллов, от 90% до 100% - 8 баллов.

Ситуационные задачи по дисциплине «Эпидемиология»

ДМ 1. Общая эпидемиология и эпидемиология ИСМП.
ДЕ1. Учение об эпидемическом процессе.

Задача 1. Сгруппируйте инфекции по механизму передачи: столбняк, вирусный гепатит А, вирусный гепатит В, малярия, клещевой энцефалит, холера, бруцеллез, менингококковая инфекция, туберкулез, сальмонеллез, скарлатина, дизентерия Зонне, коклюш, сыпной тиф.

Задача 2. Выберите из указанных возможные признаки водного, пищевого предметно-бытового типа эпидемического процесса острых кишечных инфекций:

а) большинство заболеваний зарегистрировано в течение одного инкубационного периода;

б) заболевания носят массовый характер;

в) употребление в пищу преимущественно одного пищевого продукта;

г) использование воды из одного водоисточника;

д) резкий подъем и резкий спад заболеваемости;

е) вялая волнообразная динамика заболеваемости;

ж) моноэтиологичность заболеваний;

з) полиэтиологичность заболеваний;

и) укорочение инкубационного периода;

к) степень тяжести заболеваний;

л) обнаружение возбудителя в водоисточнике;

м) обнаружение возбудителя в продуктах питания;

н) обнаружение возбудителя на предметах обихода;

о) значительная семейно-квартирная очаговость с возникновением заболеваний в течение одного инкубационного периода (одномоментно или последовательно возникшие заболевания).

Задача 3. Назовите инфекции, которые в современных условиях регистрируются в виде вспышек, эпидемий, пандемий, спорадических заболеваний.

Задача 4. Укажите механизмы, возможные пути и факторы передачи для следующих инфекций: вирусный гепатит А, скарлатина, дизентерия Зонне, вирусный гепатит В, корь, скарлатина, краснуха, сибирская язва, туляремия, бешенство.

Задача 5. В семье, занимающей комнату в 3-х комнатной квартире, зарегистрирован случай:

а) дизентерии Флекснера;

б) кори;

в) туберкулеза;

г) легионеллеза.

Определите границы очага инфекции.

Задача 6. Вирусный гепатит А, корь, вирусный гепатит В, скарлатина, холера, брюшной тиф. Сравните опасность для окружающих больных этими инфекциями в различные периоды болезни:

а) инкубационный период;

б) продромальный период;

в) период разгара болезни;

г) период реконвалесценции.

Задача 7. Соедините стрелками пищевые продукты и инфекции, через которые возможна передача возбудителей ниже перечисленных инфекций:

дифтерия	овощи
брюшной тиф	фрукты
сальмонеллез	ягоды
бруцеллез	зелень
туберкулез	мясные продукты (колбасы, копчености)
скарлатина	консервированные продукты
сибирская язва	молоко и молочные продукты
ботулизм	яйцо куриное
холера	хлебобулочные изделия
вирусный гепатит А	полуфабрикаты из мяса

Задача 8. Клещевой энцефалит, брюшной тиф, холера, дизентерия Зонне, чума, сибирская язва, малярия, сыпной тиф, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лихорадка Западного Нила, туляремия, бруцеллез.

1. Назовите инфекции с трансмиссивным механизмом передачи.
2. Укажите переносчиков.

Задача 9. Укажите источник инфекции (больной человек или животное) при нижеперечисленных инфекциях: корь, скарлатина, дифтерия, лептоспироз, дизентерия Флекснера, сальмонеллез, брюшной тиф, сибирская язва, чума, холера, бешенство, клещевой энцефалит, малярия, туберкулез, лихорадка Западного Нила.

Задача 10. На какие звенья эпидемического процесса направлены мероприятия, проводимые в очагах вирусного гепатита А, дизентерии Зонне, гриппа, кори, туберкулеза, полиомиелита? Какие мероприятия при этих инфекциях, по Вашему мнению, являются основными: направленные на источник инфекции, механизм передачи, восприимчивый организм?

ДЕ2 Иммунопрофилактика инфекционных болезней

Задача 1. Семья из шести человек (мать, 37 лет, отец, 41 год, и их дети - два сына, 2 и 14 лет и две дочери 8 и 9 лет) прибыла на постоянное место жительства в Российскую Федерацию из Туркменистана.

Со слов матери, дети были по возрасту вакцинированы, однако, документы о прививках (ф. 156/у-93 – прививочные сертификаты) отсутствуют. В амбулаторной карте старшего сына указано, что в 5 лет он переболел коревой краснухой, в картах обеих дочерей есть отметки о заболевании дифтерией 5 лет тому назад. Данные о прививках взрослых также отсутствуют.

1. Определите необходимость и тактику иммунизации членов данной семьи.
2. Составьте индивидуальные схемы прививок для каждого из членов семьи.
3. Из имеющихся в практике иммунобиологических препаратов, каким из них Вы отдадите предпочтение? Обоснуйте свое решение.

Задача 2. Для иммунопрофилактики против кори, эпидемического паротита и краснухи в прививочный кабинет детской поликлиники, согласно поданной заявке на иммунобиологические препараты, из территориального склада доставлена партия вакцины MMR_{II} новой серии.

При анализе результатов иммунизации 320 детей вакциной MMR_{II} этой серии в прививочном кабинете поликлиники было установлено, что у 7% привитых детей на 5 – 10-

е сутки после вакцинации отмечался подъем температуры до 38°С, у 3% детей на 10 – 15-й день после прививки имели место высыпания, а в 2% случаев - жалобы на боли в суставах.

У одного ребенка через 15 мин после введения препарата возникла анафилактическая реакция.

1. Оцените ситуацию, возникшую после вакцинации новой серией MMR_{II}.
2. Определите план Ваших действий и необходимые мероприятия.

Задача 3. При обследовании прививочного кабинета Вы установлено, что он располагается на первом этаже. В нем имеется медицинская документация, шкаф для хранения инструментов, холодильник для хранения иммунобиологических препаратов (АКДС, БЦЖ, корь, паротит, ОПВ), столы (пеленальный и для подготовки препаратов к применению), емкость с дезинфицирующим раствором.

Плановые профилактические прививки против всех инфекций проводятся в одном помещении.

В перечне иммунобиологических препаратов была импортная вакцина против краснухи, поступившая в кабинет от частной торгующей фирмы для платных услуг по иммунизации населения.

1. Из представленной в задаче информации отметьте выявленные нарушения требований санитарного законодательства по безопасности иммунизации.
2. Где, как и какими инструментами должны проводиться вакцинация против туберкулеза и туберкулинодиагностика?
3. Какие требования предъявляются к транспортировке и хранению иммунобиологических препаратов?
4. В какие документы вносится запись о прививке? Какие сведения о препарате необходимо указать в этих документах?
5. Против каких инфекций, включенных в национальный прививочный календарь РФ, проводится вакцинопрофилактика?

Задача 4. В прививочном кабинете детской поликлиники районного центра одной и той же серией АКДС - вакцины в течение двух дней были привиты 45 детей. Из них 5 человек получили первую, 15 человек - вторую и 5 человек - третью прививку вакцинального комплекса. 20 детям в возрасте 1,5 лет в течение этих двух дней была проведена первая ревакцинация этой же серией препарата.

На следующий день после прививки у 5 детей температура тела повысилась до 38°С, у трех - до 39°С. У одного, пятимесячного ребенка, была отмечена общая токсическая реакция с температурой и фебрильными судорогами. Эти реакции были зарегистрированы участковым педиатром при вызове на дом. Ребенок был госпитализирован.

1. Какое незамедлительное решение должно последовать в адрес прививочного кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения?
2. Какие постпрививочные реакции, в каких документах должны быть зафиксированы?
3. Какими инструктивными документами необходимо воспользоваться для комиссионного принятия решений по этим случаям?

Задача 5. Вам поручено оценить качество иммунопрофилактики в городе Н., где возникли ряд эпизодов, связанных с проведением плановой иммунизации детей.

1. При проведении ревакцинации против дифтерии и столбняка АДС-М анатоксином детям первых классов школы № 5 у трёх из 59 привитых детей на второй день после прививки в месте инъекции появилась гиперемия 3-4 см, болезненность, а у двух других детей - кратковременное повышение температуры до 38,1^{0}С и недомогание.
2. На педиатрическом участке детской поликлиники № 73 у ребенка 4 месяцев на месте прививки БЦЖ отмечается плотный инфильтрат, спаянный с подлежащими

тканями. Ребенок вакцинирован в роддоме.

3. При проведении ревакцинации против кори, эпидемического паротита и краснухи вакциной M-M-RII в детском саду в трех старших группах у трех из 50 привитых детей на 4-е сутки появилась гиперемия зева, явления ринита, повышение температуры тела до 37,8-38,2^{0}С. У одного ребенка на 13-е сутки после прививки появились кашель, насморк, конъюнктивит и повысилась температура до 38,8^{0}С. Все остальные дети здоровы. В группе инфекционных заболеваний в течение трех последних недель не зарегистрировано.

4. При вакцинации 17 подростков в возрасте 13 лет против вирусного гепатита В, ранее не привитых, на 7 сутки у одного из них в месте инъекции возник абсцесс.

5. При проведении ревакцинации против дифтерии и столбняка 25 детям 14 лет у одного из них возникло состояние анафилактического шока.

1. Оцените состояние детей в каждом конкретном случае: поствакцинальная реакция или поствакцинальное осложнение. Укажите порядок их регистрации. Назовите возможные причины поствакцинальных осложнений. Укажите факторы, обеспечивающие безопасность иммунизации.

2. В соответствии с официальными инструктивно-методическими документами, составьте план эпидемиологического расследования случаев поствакцинальных осложнений.

3. Обоснуйте планируемые управленческие решения по профилактике поствакцинальных осложнений, назовите порядок их документального оформления.

4. К какому виду профилактики относятся мероприятия по вакцинации? Какие нормативные документы регламентируют проведение прививочной компании?

Задача 6. Для оценки качества плановой иммунизации и прививок по эпидпоказаниям провели выборочную проверку амбулаторно-поликлинических учреждений на территории районов Г. и Д. В области отмечается рост заболеваемости корью и паротитом среди подростков и взрослых. Районы Г. и Д. частично расположены на территории природных очагов клещевого энцефалита (КЭ) и лептоспироза.

Санитарно-эпидемиологическая ситуация в районах следующая.

1. В поселке Л. района Г. проживает 420 человек. На лесозаготовках в 85 км от поселка в течение всего года работает 150 человек. Для жилья приспособлены баржи, стоящие на якоре у берега реки. Среди заготовителей леса регистрируются единичные случаи лептоспироза. Иммунопрофилактика проводится работающим на лесозаготовках ежегодно в марте на ФАПе поселка Л. Охват прививками составляет 80%. В июле текущего года зарегистрирован случай лептоспироза у лесоруба 25 лет, проживающего в одной каюте с членами бригады из 6 человек.

2. Леспромхоз района Д. расположен на территории, энзоотичной по клещевому энцефалиту, с высоким риском заражения. Лесозаготовители и члены их семей (350 человек) проживают постоянно в поселке в частных домах. Среди сезонных рабочих (110 человек) отмечается ежегодная смена состава до 40%. Прививки против КЭ проводятся в конце мая - начале июня, с охватом постоянных жителей 69%, а сезонных рабочих 31%. Экстренная специфическая профилактика КЭ не проводится.

3. У школьника первого класса в поселке Л. зарегистрирован случай кори. Ребенок привит против кори однократно в возрасте двух лет, не госпитализирован. В контакте с ним находится брат 2,5 лет, вакцинированный против кори в возрасте 1,5 лет, и мать ребенка, 30 лет, которая работает ночной няней в детском доме. Была привита против кори по эпидемическим показаниям через 4 дня после постановки диагноза у заболевшего ребенка.

1. Обоснуйте необходимость проведения вакцинации в каждом конкретном случае, назовите порядок документального оформления управленческих решений.

2. Оцените качество вакцинации по эпидемическим показаниям.

3. Укажите особенности организации вакцинации по эпидемическим показаниям.

4. Назовите принцип составления национального календаря профилактических

прививок и последовательность применения вакцин.

Задача 7. При проверке работы прививочного кабинета медицинского пункта учебного заведения, установлено, что на медицинском пункте обнаружено 150 доз вакцины против кори с истекшим сроком годности и 25 доз вакцины против гепатита В с нормальным сроком годности. Все медицинские иммунобиологические препараты (МИБП) хранятся в медицинском шкафу при комнатной температуре.

1. Можно ли использовать данные МИБП для иммунизации студентов?
2. Укажите правила хранения МИБП. Какие меры необходимо предпринять для предупреждения подобных ситуаций?

Задача 8. В учреждении здравоохранения районного города в поликлинике хранятся МИБП: 120 доз АКДС, 50 доз АДС-М, 300 доз туберкулина, 218 доз вакцины против гепатита В, 200 доз вакцины против кори, 500 доз вакцины против гриппа. В воскресенье произошло аварийное отключение электроэнергии, о чем главному врачу с пункта охраны незамедлительно поступило сообщение. Главный врач узнала в администрации муниципального образования, что восстановление электроснабжения возможно только через 24 часа.

1. Какие меры необходимо предпринять для сохранения МИПБ?
2. Возможно ли дальнейшее использование данных МИБП? Укажите исполнителей.

Задача 9. При оценке работы прививочного кабинета детского дошкольного учреждения, установлено, что в группе дошкольного детского учреждения в настоящее время карантин по скарлатине. По плану работы медицинской сестры дошкольного учреждения на текущий месяц необходимо провести плановые прививки против полиомиелита 12 детям, иммунизацию АКДС-вакциной – 5 детям.

1. Можно ли начать проведение прививок?
2. Когда следует начать плановую вакцинацию?

Задача 10. При оценке работы прививочного кабинета школы, установлено, что при отборе на ревакцинацию БЦЖ школьников пятого класса средней школы выявлено трое детей с положительной пробой Манту (10, 12 и 17 мм).

1. Подлежат ли эти дети прививкам против туберкулеза и в какие сроки?

Задача 11. При оценке работы прививочного кабинета детского дошкольного учреждения, установлено, что в детском саду в подготовительной группе после проведения пробы Манту с целью отбора на ревакцинацию прошел один месяц. Отрицательно реагировавшие на туберкулин дети своевременно не были привиты против туберкулеза вакциной БЦЖ.

1. Возможно ли в данный момент провести прививки этим детям?

Задача 12. При оценке работы прививочного кабинета детской поликлиники, установлено, что в поликлинику прибыли дети в возрасте 2,4 года и 9 лет, не имеющие никаких сведений о проведенных ранее прививках.

Определите схему и возможные сроки проведения прививок данным детям с учетом требований Национального календаря профилактических прививок Российской Федерации.

Задача 13. Вам необходимо по данным рисунка охарактеризовать многолетнюю динамику заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА) детей до 14 лет в городе Н. на фоне проведения массовой вакцинопрофилактики.

Для этого необходимо:

1. оценить многолетнюю тенденцию заболеваемости ВГА, её направленность, выраженность и достоверность;
2. высказать гипотезу о возможных причинах, формирующих многолетнюю тенденцию заболеваемости ВГА среди детского населения города Н. и указать прием формальной логики, использованный для формулирования гипотезы;
3. для оценки гипотезы рассчитать коэффициент ранговой корреляции между заболеваемостью ВГА детей и охватом профилактическими прививками против ВГА, сделать заключение о влиянии вакцинопрофилактики на заболеваемость ВГА.

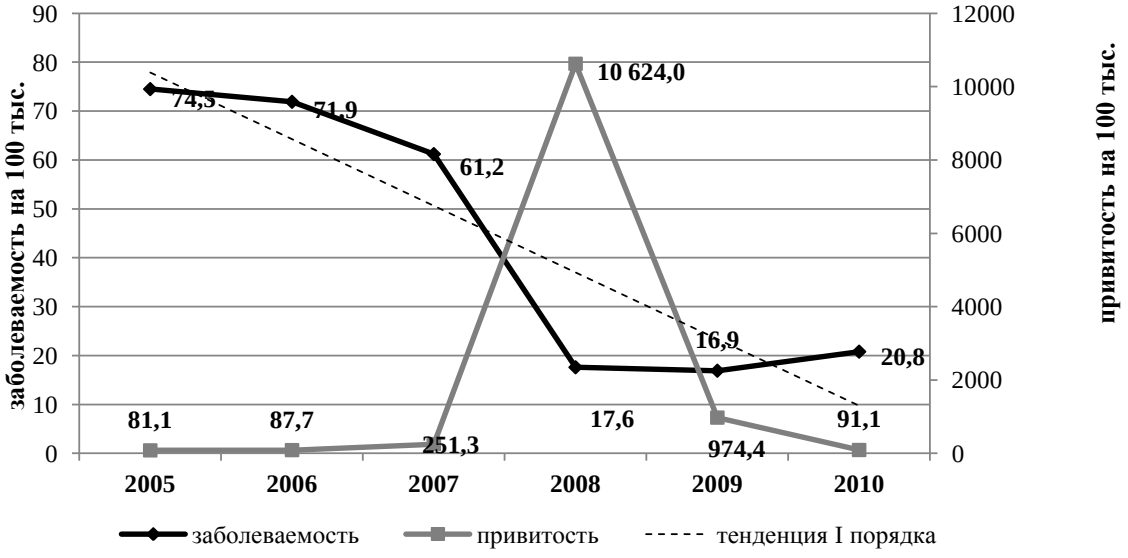

Рис. 1. Заболеваемость и привитость детского населения до 14 лет в г. Н. за 2005-2010гг (на 100 тыс. нас.)

По оси абцисс - годы, по оси ординат - заболеваемость на 100 тыс. детей до 14 лет (слева), привитость детей на 100.тыс. детей до 14 лет (справа).

*Примечание: среднегодовой темп снижения -8,2%($y_{теор2005г.} > y_{теор2010г}$; $p<0,05$)

Задача 14. Вам необходимо оценить эффективность вакцинации против гриппа в детских образовательных учреждениях. У Вас имеются следующие данные:

Учреждение	Количество детей в учреждении		Заболело гриппом и ОРВИ		Индекс эффективности
	привитые	непривитые	привитые	непривитые	
ДОУ	253	439	118	310	--
школы	1441	710	249	386	--
ДОУ	показатель заболеваемости на 1000 человек		?	?	?
школы	показатель заболеваемости на 1000 человек		?	?	?

1. Рассчитайте показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ среди привитых и непривитых детей в ДОУ и школах.
2. Рассчитайте индекс профилактической эффективности вакцины против гриппа среди детей ДОУ и школ.

Задача 15. Вам необходимо изучить заболеваемость острым гепатитом В среди детей и взрослых в городе Н. и сопоставить её с охватом прививками против гепатита В (данные представлены на рис. 1 и рис. 2). Кроме того, Вам необходимо оценить структуру антител к HbsAg в сыворотках крови привитых в разные сроки с момента последней вакцинации (таблица) и высказать мнение о необходимости ревакцинаций против гепатита В.

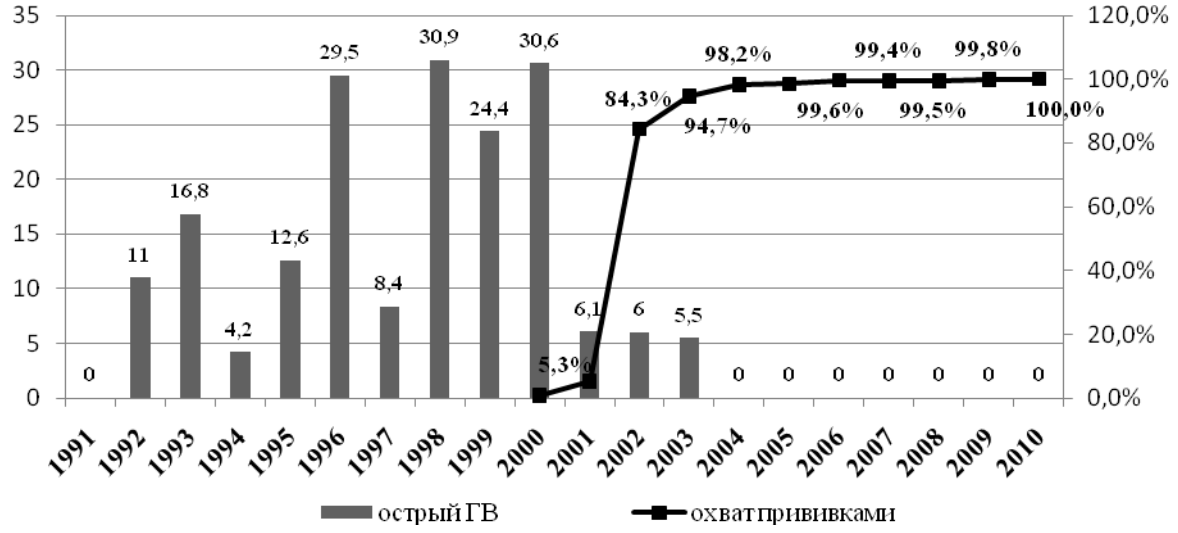

Рис. 1. Заболеваемость острым ГВ (в показателях на 100 тысяч) и охват прививками против ГВ (в %%) детского населения до 14 лет города Н. в 1991-2010 гг.

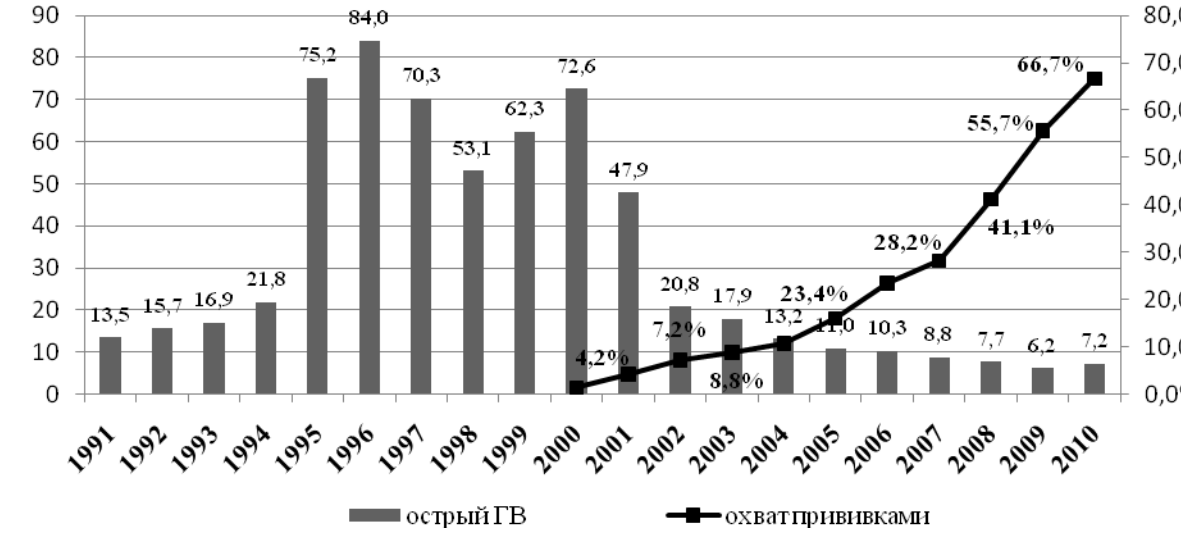

Рис. 2. Заболеваемость острым ГВ (в показателях на 100 тысяч) и охват прививками против ГВ (%%) взрослого населения города Н. в 1991-2010 гг.

Таблица

Структура антител к HbsAg в сыворотках крови привитых против гепатита В жителей г. N (n=500) в зависимости от давности вакцинации (в %%)

Интервал от законченного курса вакцинации	Доля лиц с сероконверсией по титрам анти-Hbs антител в мМЕ/мл				
	< 10	10-100	101-500	501-1000	> 1000
Менее года	8,8	17,4	21,7	4,3	47,8
1-2 года	15,4	30,8	38,4	0,0	15,4

2-3 года	20,0	24,0	24,0	8,0	24,0
3-4 года	20,0	29,7	24,4	6,4	23,5
Итого	16,0	46,7	13,3	13,3	6,7

1. Какие данные и из какой документации ЛПО Вам необходимо получить для подтверждения факта инфицирования в ОРИТ ГВ?

2. Назовите условия, способствовавшие инфицированию пациентов.

3. Составьте план профилактических и противоэпидемических мероприятий.

4. Определите меру ответственности за факт инфицирования четырех пациентов ВГВ.

ДЕ 3. Особенности эпидемиологии инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)

Задача 1. В отделении новорожденных городской детской больницы врачом - педиатром в течение четырех дней (с 5 по 7 августа) выявлено 8 детей с острой кишечной инфекцией. Дети были госпитализированы в инфекционное отделение с диагнозами "энтерит?" и "энтероколит?". При лабораторном обследовании заболевших в инфекционном стационаре патогенной микрофлоры не обнаружено, но у шести детей из фекалий выделен протей, у двух - протей и клебсиелла. Госпитальным эпидемиологом в отделении детской больницы установлен карантин, проведена заключительная дезинфекция. При бактериологическом обследовании контактных детей и персонала отделения, проведенном 6 августа, возбудителей кишечных инфекций (в том числе и условно-патогенных) не обнаружено.

6 августа в отделении был проведен лабораторный контроль объектов внешней среды, результаты также были отрицательными.

1. Какие сведения необходимо выяснить эпидемиологу о каждом заболевшем, по каким документам?
2. На основании каких материалов врач-эпидемиолог составит рабочую гипотезу о факторах передачи инфекции в отделении?
3. Какие мероприятия должен был провести госпитальный эпидемиолог в детской больнице после подачи экстренных извещений?
4. Кто будет участвовать в реализации плана по купированию вспышки ОКИ в отделении новорожденных и контролировать его выполнение?

Задача 2. В родильном доме, в отделении новорожденных на 140 коек, в период с 7 по 12 января зарегистрированы 6 случаев гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) у новорожденных. Из их числа один случай сепсиса и пять локализованных форм (2 - омфалита, 2 - конъюнктивита, 1 - пиодермия). Случаи ГВЗ были зарегистрированы 7, 8, 9 и 10 января и расценены педиатром как случаи внутрибольничной инфекции.

Кроме того, в период с 10 по 12 января у одной из родильниц был выявлен мастит, а у другой - эндометрит. В праздничные дни января контроль за родильным домом был ослаблен.

В декабре, при плановых посещениях роддома, отмечались отдельные нарушения технологии проведения туалета новорожденных и ряда лечебно-диагностических процедур. Все заболевшие новорожденные были переведены в септическое отделение детской инфекционной больницы в день постановки диагноза.

Перед госпитализацией детей обследовали бактериологически однократно, и у четырех из них из патологических локусов были выделены золотистый стафилококк, у двух - эпидермальный стафилококк. Кроме того, золотистый стафилококк был выделен у одной родильницы и санитарки отделения новорожденных.

Расследуя причину возникших внутрибольничных заболеваний, ответьте на следующие вопросы:

1. Какие сведения необходимо получить дополнительно к имеющимся о каждом заболевшем ребенке и родильницах?

2. Результаты каких лабораторных исследований Вам потребуются для определения возможных факторов инфицирования?

3. По каким признакам эпидемического процесса Вы будете считать, что инфицирование заболевших произошло в стационаре?

4. Назовите основные противоэпидемические мероприятия по профилактике ГВЗ, которые Вы будете рекомендовать для проведения в роддоме.

Задача 3. На второй день после родов у новорожденного З. были выявлены проявления гнойно-септической инфекции. Ранее, при плановом обследовании пары З. («родильница-новорожденный») непосредственно после родов у матери из цервикального канала и у новорожденного в смыве с кожи подмышечной впадины был выделен Enterococcus faecium со следующей антибиотикочувствительностью (в мм), определенной диско-диффузионным методом.

	Цефатоксим	Оксациллин	Эритромицин	Гентамицин	Ципрофлоксацин	Амикацин
мать	34	25	6	18	30	18
новорожденный	35	27	6	18	29	17

Выскажите предположение, является случай инфекции у ребенка следствием внутриутробного или экзогенного инфицирования?

Задача 4. На третий день после родов у новорожденного Б. были выявлены признаки ГСИ (гнойный конъюнктивит). При плановом обследовании пары Б-х («родильница-новорожденный») у матери из цервикального канала непосредственно после родов был выделен *Staphylococcus aureus* (фаговар не определяли). При бактериологическом обследовании пары на третий день (в связи с ГСИ у новорожденного) у матери были выделены *Staphylococcus aureus* фаговара 52А, а у новорожденного из патологического очага – *Staphylococcus aureus* фаговара 52А и *Escherichia coli.*

Выскажите предположение, могла ли родильница стать источником *Staphylococcus aureus* для своего новорожденного ребенка?

Задача 5. По данным микробиологического мониторинга микрофлоры пациентов ОПНиНД в период с 17 по 26 июня у восьми пациентов патологии новорожденных из фекалий была выделена *Kl.pneumonia*, в том числе у четырех пациентов - в ассоциации с эпидермальным стафилококком и энтерококком, и у трех - в монокультуре.

Клиника энтероколита по дневникам в историях болезни (ф. 003) не описывалась, диагноз энтероколита, вызванного условно-патогенной микрофлорой, пациентам не выставлялся.

В июле отмечено резкое увеличение частоты выделения из фекалий пациентов ОПНиНД клебсиелы (18 культур). В предыдущие месяцы года выделялись не более 8-10 культур клебсиелы преимущественно в ассоциации с другими микроорганизмами, тогда как в монокультуре клебсиела не выделялась.

1. Как Вы оцениваете данную ситуацию, и что считаете необходимым провести в ОПНиНД?

2. Составьте план мероприятий, определите и обоснуйте последовательность их проведения.

3. Какие специалисты должны быть привлечены для расследования данной ситуации?

Задача 6. Из отделения неотложной хирургии городской больницы 20 июня в

филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» поступило экстренное извещение на выявленный случай гнойно-септической инфекции (перитонит) у пациента отделения. При бактериологическом обследовании из отделяемого раны выделена синегнойная палочка. Городская больница - многопрофильное учреждение на 1200 коек, в штате больницы работает госпитальный эпидемиолог. 22 июня, при расследовании случаев заболеваемости ГСИ, выявили еще четыре случая ГСИ в этом же отделении, на которые экстренные извещения не подавались (3 случая нагноения послеоперационной раны, 1 случай флегмоны подключичной области на месте катетеризации подключичной вены). Все отмеченные осложнения были в июне, возникали на 5-7 день после операции, и были связаны с синегнойной инфекцией. Больные с ГСИ были переведены для долечивания в отделение гнойной хирургии.

Из представленных документов при плановых проверках выявлено, что госпитальный эпидемиолог отмечал нарушения санитарно-противоэпидемического режима отделения.

1. Какая информация о заболевших в стационаре Вам потребуется для выяснения причинно-следственных связей?
2. При расследовании этой вспышки будет ли представлять для Вас интерес характеристика выделенных штаммов синегнойной палочки?
3. Назовите возможные факторы передачи возбудителей синегнойной инфекции в этом отделении. По каким показателям можно предполагать их ведущую роль в инфицировании пациентов?
4. Какие, по Вашему мнению, нарушения санитарно-противоэпидемического режима могли способствовать возникновению ГСИ в хирургическом отделении?

Задача 7. Больная Л. направлена на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга поликлиники после планового хирургического вмешательства в условиях стационара по поводу папилломы волосистой части головы (иссечение папилломы под местной анестезией 23 ноября). На амбулаторном приеме 24 ноября пациентка предъявляла жалобы на умеренную боль в области послеоперационной раны. При осмотре: рана чистая, без признаков воспаления, с незначительным количеством серозного отделяемого, швы лежат хорошо. Отделяемое раны взято для бактериологического исследования. 26 ноября пациентка продолжает жаловаться на боли в области послеоперационного шва. При осмотре линия швов отечна, отмечается незначительная гиперемия. 29 ноября — признаки воспаления нарастают: края раны под швами разошлись, линия швов отечна, гиперемирована, из раны истекает умеренное серозно-гнойное отделяемое. Больная жалуется на пульсирующую боль в области оперативного вмешательства, нарушение сна. Отмечается субфебрильная температура. Хирург поликлиники поставил диагноз «нагноение послеоперационной раны». При бактериологическом исследовании отделяемого раны (от 24 ноября) выделена *Pseudomonas aeruginosa* (10^5КОЕ/мл), резистентная к гентамицину, канамицину, цефуроксиму, цефалотину и полимиксину.

1. Отнесите данный случай к одной из трех групп ГСИ по условиям возникновения. Обоснуйте ответ.
2. Какие действия должен предпринять госпитальный эпидемиолог?

Задача 8. Больной Т. 4 октября обратился к хирургу поликлиники по поводу трофической язвы левой голени. При осмотре на внутренней поверхности левой голени обнаружена обширная язвенная поверхность размерами 10х4 см с незначительным гнойным отделяемым. Диагноз: “варикозная болезнь, тромбофлебит, трофическая язва левой голени”. Отделяемое раны взято для бактериологического исследования. В результате бактериологического исследования из отделяемого раны (от 4 октября) выделен *Staphylococcus aureus* (10^3 КОЕ/мл), резистентный к бензилпенициллину. Больному

назначены троксевазин в капсулах, туалет раны и асептические повязки с мазью левомеколь через день. С 4 по 10 октября, в соответствии с назначениями врача, больному обрабатывали рану в гнойной перевязочной хирургического отделения поликлиники.

10 октября состояние больного ухудшилось - поднялась субфебрильная температура, появились отек и гиперемия левой голени. При объективном осмотре: рана прежних размеров, с «подрытыми краями» и обильным зловонным гнойным отделяемым. Патологический материал из раны взят для повторного бактериологического исследования, в результате которого из отделяемого раны (от 10 октября) были выделены:

1. *Staphylococcus aureus* (10^3 КОЕ/мл), резистентный к бензилпенициллину;
2. *Pseudomonas aeruginosa* (10^1 КОЕ/мл), резистентная к цефалоспоринам III поколения, гентамицину, полимиксину, циирофлоксацину;
3. *Escherichia coli* (10^5 КОЕ/мл), резистентная к ампициллину, циирофлоксацину, тетрациклину и гентамицину. Выделенная ассоциация микроорганизмов чувствительна к пиобактериофагу.

Отнесите данный случай к одной из трех групп ГСИ по условиям возникновения. Каковы действия врача-эпидемиолога?

Задача 9. Больная А. 19 января обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на болезненность в области большого пальца левой стопы. Диагноз: “вросший ноготь I пальца левой стоны без признаков воспаления”. Больной назначена плановая операция в амбулаторных условиях. 21 января под местной анестезией проведено удаление ногтевой пластины. Операция проводилась в гнойной перевязочной хирургического отделения поликлиники.

23 января, при очередной перевязке, больная предъявляет жалобы на постоянные сильные боли в области послеоперационной раны. При осмотре: рана отечна, с обильным сукровичным отделяемым. Произведен туалет раны, наложена асептическая повязка. 25 января больная поступила в приемный покой с жалобами на резкую пульсирующую боль в левой стопе. При осмотре I палец гиперемирован, из раны обильное серозно-гнойное отделяемое, тыл стопы отечен. Больная направлена в отделение гнойной хирургии для стационарного лечения.

1. Какие ошибки были допущены врачом при ведении больной?
2. Какие действия необходимо было предпринять?
3. Отнесите данный случай к одной из трех групп ГСИ по условиям возникновения.

Задача 10. Больной М. обратился к хирургу поликлиники 19 декабря по поводу ожога правой стопы. Со слов пациента, ожог получен две недели назад. Ожоговый пузырь вскрылся самостоятельно на следующий день и спустя несколько дней рана нагноилась. При осмотре: на тыльной поверхности правой стопы видна ожоговая рана размером 4х4 см, частично под сухой корочкой. Отмечается умеренный отек стопы, рана со скудным гнойным отделяемым. Диагноз: “инфицированный ожог II—III степени тыльной поверхности правой стопы”. Отделяемое раны 19 декабря взято для бактериологического исследования. В результате которого были высеяны *Staphylococcus epidermidis* (MKSE) - 10^5КОЕ/мл, резистентный к бензилпенициллину и эритромицину.

1. К какой группе ГСИ по условиям возникновения относится данный случай?
2. Какие действия необходимо предпринять?

Задача 11. Больной К. 21 января обратился на прием к хирургу поликлиники. Два дня тому назад в ДТП получил травму правой голени. Обратился в травмопункт района, где был поставлен диагноз: “открытый перелом большеберцовой кости правой голени” и наложен гипс. Больной направлен к хирургу поликлиники для амбулаторного лечения. При осмотре: на правую голень наложен гипс, в области наружной лодыжки оставлено окно,

через которое видна рваная рана размером 10х2 см. Рана чистая, с умеренным сукровичным отделяемым. В динамике 23 января рана прежних размеров, с умеренным сукровичным отделяемым, края раны отечны. Отделяемое раны взято для бактериологического исследования. Результат бактериологического исследования (от 23 января) - обнаружен *Staphylococcus aureus* (10-КОЕ/мл), чувствительный к антибиотикам и стафилококковому бактериофагу.

26 января - рана с умеренным гнойным отделяемым, краевыми некрозами. Отмечается выраженный отек голеностопного сустава. Назначен ампиокс, ежедневные перевязки.

Отнесите данный случай к одной из трех групп ГСИ по условиям возникновения.

Задача 12. Больной С. с 15 по 30 сентября находился в хирургическом отделении городской больницы по поводу правосторонней паховой грыжи. В плановом порядке 16 сентября под местной анестезией произведено грыжесечение. По данным выписного эпикриза в послеоперационном периоде отмечался невыраженный отек мошонки. 23 сентября были сняты все швы, заживление первичное. Выписан под наблюдение хирурга поликлиники.

1 октября на осмотре у хирурга поликлиники предъявляет жалобы на пульсирующие боли в области послеоперационного рубца. Объективно: в области послеоперационного рубца гиперемия, отек, две раны размерами 2х0,8 и 1,5х0,8 см с умеренным сукровично-гнойным отделяемым. Отделяемое ран взято для бактериологического исследования. Результат бактериологического исследования (от 1.10): *Staphylococcus epidermidis* (10^6 КОЕ/мл), резистентный к оксациллину, цефалоспоринам, гентамицину, эритромицину, линкомицину, ципрофлоксацину.

1. Отнесите данный случай к одной из трех групп ГСИ. Обоснуйте ответ.
2. Какие действия должен предпринять в данной ситуации хирург поликлиники?

Задача 13. В крупной детской многопрофильной больнице в 5-этажном корпусе на протяжении месяца периодически возникали случаи сальмонеллеза.

Распределение отделений по этажам следующее: 1 этаж – приемное отделение, 2 этаж – соматическое отделение, 3 этаж – нефрологическое отделение, 4 этаж – соматическое отделение, 5 этаж – соматическое отделение. Всего заболели 18 детей.

Распределение больных по датам заболевания в марте

дата	1	5	6	10	12	20	25	29	всего
количество больных	2	3	4	3	2	1	2	1	18

Легкая форма сальмонеллеза имела место у 13 больных, средне-тяжелая – у четырех, тяжелая – у одного. В возрасте до 6 месяцев было пять больных, 6 -12 месяцев – 4; 1 года - 1 года 11 месяцев – 2; 2 лет – 1; 4 лет – 2; 5 лет - 2; 6 лет – 1; 7-14 лет – 2 больных.

На втором этаже было 4 больных на третьем – 3, на четвертом – 5, на пятом этаже – 6 больных. Заболевания возникали в разных палатах.

Результаты при бактериологическом обследовании заболевших: у 18 человек была выявлена *S. typhimurium*. При бактериологическом обследовании контактных выявлено 22 носителя этого возбудителя (8 чел. – на пятом этаже, 5 чел. – на четвертом этаже, 6 чел. - на третьем этаже, 3 чел. – на втором этаже) в разных палатах. При 3-кратном обследовании медицинского персонала 20 марта у медицинской сестры нефрологического отделения выделена *S. typhymurium*.

При повторных обследованиях этой медсестры (после отстранения от работы) сальмонеллы не обнаруживались, кишечной дисфункции у нее не наблюдалось.

При бактериологическом обследовании смывов с вентиляционных решеток в палатах всех четырех отделений обнаружены сальмонеллы.

Санитарное состояние подвала удовлетворительное, но на чердаке здания обнаружены трупы голубей, обилие помета.

1. Оцените ситуацию и определите тип вспышки.
2. В соответствии с официальными инструктивно-методическими документами и представленными данными, определите объем и характер мероприятий, направленных на ликвидацию вспышки.
3. Обоснуйте необходимость планируемых противоэпидемических мероприятий, укажите порядок осуществления управленческих решений.

Задача 14. В детском 2-этажном боксированном корпусе, в отделении на этапе выхаживания новорожденных, в октябре возникла вспышка сальмонеллеза в количестве 12 случаев. Возраст пострадавших пациентов варьировал от 5 до 12 дней жизни, в том числе: 5-6 дней – 3 ребенка, 7-8 дней – 6 детей, 9-10 дней – 2 ребенка, 11-12 дней – 1 ребенок.

Из числа заболевших 3 детей находились на грудном вскармливании, 4 – на искусственном, с докормом сцеженным молоком, и 5 – только на искусственном.

Таблица

Распределение заболевших по датам заболеваний

дата	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	всего
количество заболевших	1	3	3	1	2	1	-	1	-	-	-	-	12

У всех детей выделена *S. typhimurium*, полирезистентная к антибиотикам. Значительная часть заболевших перенесла сальмонеллез в тяжелой и средне-тяжелой клинической форме (4 и 6 соответственно), двое – в легкой форме.

При бактериологическом обследовании 16 новорожденных без признаков острой кишечной инфекции, медицинского персонала, матерей, ухаживающих за детьми, смывов с объектов окружающей среды, воздуха получены отрицательные результаты (сальмонеллы не обнаружены).

1. Определите предполагаемые пути и факторы передачи возбудителя в стационаре.
2. Разработайте план противоэпидемических мероприятий с указанием исполнителей.

Задача 15. По заявке отдела госпитализации инфекционных больных станции скорой и неотложной медицинской помощи, бригада из отдела очаговой дезинфекции дезстанции провела заключительную дезинфекцию в квартире госпитализированного в стационар больного туберкулезом.

1. Каковы показания для проведения заключительной дезинфекции?
2. Перечислите объекты в квартире, подлежащие дезинфекции.
3. Назовите методы и способы обеззараживания.
4. Укажите антимикробную активность дезинфектантов, используемых в очагах туберкулеза.
5. К каким группам химических соединений относятся средства для обеззараживания объектов в очагах туберкулеза?
6. Объясните, что такое активированные растворы и с какой целью их используют в очагах туберкулеза (на примере хлорамина).
7. Объясните, почему дезинфицирующие средства из группы альдегидсодержащих соединений, обладающие высокой антимикробной активностью, практически не используются в очагах туберкулеза.

8. Укажите средства, которыми могла бы воспользоваться бригада при проведении заключительной дезинфекции в очаге: Сульфохлорантин-Д, Лизетол АФ, Виркон, Нейтральный гипохлорит натрия, Квартет, Фрисепт-гамма, активированные хлорамины.

Задача 16. В специнтернате для детей с психическими нарушениями, расположенном в областном городе Н., 2 ноября был зарегистрирован случай скарлатины.

Через три недели после первого случая скарлатины, 22 и 25 ноября, заболели еще два школьника 7 и 9 лет, которые были госпитализированы в инфекционное отделение больницы.

При обследовании эпидемического очага, установили, что в этом интернате имеется школа со своим штатом преподавателей на 350 человек. Школа и жилые комнаты находятся в благоустроенных корпусах. В интернате в комнатах с коридорной системой проживают по 6-8 учащихся, туалет и умывальник на этаже общие. Имеется столовая на 150 посадочных мест. Заселение в спальные помещения ежегодно происходит в сентябре после летних каникул. В октябре при плановых проверках в интернате были отмечены нарушения санитарно-противоэпидемического режима (температурный режим, проветривание помещений, отсутствие дезинфицирующих средств, высокая плотность детей в жилых помещениях, случаи поздней изоляции детей с респираторными заболеваниями).

На случай заболевания от 22 ноября имеется бактериологическое заключение - выделен стрептококк группы А.

1. Определите основные мероприятия, которые позволят предотвратить дальнейшее распространение скарлатины в интернате.
2. Определите наиболее вероятные факторы и пути передачи стрептококка группы А.
3. Какие противоэпидемические мероприятия могут быть наиболее эффективными как в распространении возбудителя инфекции, так и в профилактике постстрептококковых осложнений?

Задача 17. Больной К., 30 лет, коренной москвич, работает врачом хирургом-урологом в поликлинике. В первый день желтухи госпитализирован в инфекционную больницу, где поставлен диагноз «гепатит В, острая форма, средней тяжести». Диагноз подтвержден результатами лабораторного обследования (выделен антиген ВГВ и антитела класса «М» к HBsAg) и через месяц К. выписан из больницы. В выписных документах - «состояние после перенесенного острого гепатита В». Рекомендовано диспансерное наблюдение в поликлинике по месту жительства в течение 6 месяцев.

Женат. Имеет трехлетнюю дочь. Ребенок посещает ДОУ. Жена, студентка медицинского университета, подрабатывает дежурствами на станции скорой помощи, несколько раз в экстренных ситуациях сдавала кровь. Вместе с его семьей в 3-комнатной квартире проживает его мать, которая работает процедурной медицинской сестрой в городской больнице. Никто из лиц, проживающих в очаге, против гепатита В не привит.

1. По случаю острого гепатита В у больного К. составьте план эпидемиологического расследования данной ситуации.
2. Определите объем, направленность и очередность проведения противоэпидемических мероприятий по месту работы пациента в поликлинике и семейно-квартирном очаге.
3. Определите степень значимости отдельных противоэпидемических (профилактических) мероприятий. На какие звенья эпидемиологической цепочки они должны быть направлены?

Задача 18. В июле 1998 года зарегистрированы 4 случая острого гепатита С у пациентов, лечившихся в реанимационном отделении городской больницы:

- больной К., 61 год, находился в реанимационном отделении с 4 по 8 мая, переведен в неврологическое отделение 8 мая;

- больной Б., 62 года, лечился в реанимационном отделении с 30 апреля по 8 мая, переведен в терапевтическое отделение 8 мая;

- больной И., 73 года, находился в отделении реанимации с 7 по 14 мая, переведен в неврологическое отделение 14 мая;

- больной П., 49 лет, лечился в реанимационном отделении с 8 по 14 мая, переведен в неврологическое отделение 14 мая.

Все заболевшие проживали в разных районах города, не имели дополнительных рисков возникновения заболевания гепатитом С (половые связи, употребление наркотических средств, отсутствие больных гепатитом в семейном окружении). В других отделениях случаев острого гепатита С среди пациентов не выявлено. При обследовании медицинского персонала реанимационного отделения маркеров гепатитов В и С не выявлено.

По случаям острого гепатита С у пациентов составьте план эпидемиологического расследования данной ситуации.

2. Определите объем, направленность и очередность проведения противоэпидемических мероприятий.

3. Определите степень значимости отдельных противоэпидемических (профилактических) мероприятий. На какие звенья эпидемиологической цепочки они должны быть направлены?

Задача 19. В хирургическое отделение поступил пациент с ножевым ранением брюшной полости. Во время операции у хирурга произошел разрыв перчатки на 2-ом пальце левой руки, с затеканием крови внутрь перчатки. Врач обработал руки согласно инструкции, через час после аварии. На коже рук у хирурга отмечены микротравмы, которые до операции не были обработаны и заклеены лейкопластырем. Пациент ВИЧ-инфицирован. Наметьте необходимые мероприятия по данной аварийной ситуации.

Задача 20. В приемный покой травматологического отделения поступил пациент с черепно-мозговой травмой. Врач-хирург, проводя ревизию раны у пациента, низко наклонился над пациентом и кровь брызнула ему в глаз струей. Врач был в перчатках, маске, но без очков. Пациент ВИЧ-инфицирован. Наметьте необходимые мероприятия по данной аварийной ситуации.

Задача 21. Медсестра процедурного кабинета поликлиники проводила внутривенную инъекцию пациенту. После окончания процедуры медсестра при одевании колпачка на иглу глубоко уколола указательный палец правой руки. Выступила кровь. Медсестра работала в перчатках. ВИЧ-статус пациента неизвестен. Наметьте необходимые мероприятия по данной аварийной ситуации.

Задача 22. Врач акушер-гинеколог при проведении операции кесарева сечения уколола палец левой руки скальпелем. Выступила кровь. Операция была продолжена и в конце операции врач укололась шовной иглой. Пациентка ВИЧ-инфицирована. Врач работала в перчатках. Наметьте необходимые мероприятия по данной аварийной ситуации.

Задача 23. В одной из центральных городских больниц участились случаи аварийных ситуаций у медработников разных отделений. Составьте схему проверки организации мероприятий по профилактике профессионального заражения медработников ВИЧ-инфекцией в данном ЛПО.

Задача 24. При постановке на учет в женской консультации первичное обследование женщины на ВИЧ-инфекцию дало отрицательный результат. При повторном обследовании накануне родов были выявлены антитела к ВИЧ. С отцом будущего ребенка женщина развелась вскоре после установления беременности и отрицала после развода наличие других, кроме мужа, половых партнеров. В процессе эпидрасследования удалось установить, что ее бывший муж состоял на учете в СПИД-центре как ВИЧ-инфицированный, но при женитьбе скрыл этот факт.

1. Составьте программу консультирования беременной женщины.
2. Объясните полученные результаты при первом и последующем тестировании на антитела к ВИЧ.
3. Оцените риски инфицирования плода и определите программу ведения родов и превентивного лечения беременной, а также этапности АРВТ её ребенку.

Задача 25. В областном городе Н., с населением 800 тыс. человек, в феврале зарегистрировано три случая ВИЧ-инфекции среди подростков - учащихся профессионально-технического училища. Из анамнеза известно, что у одного из заболевших в течение трех недель отмечалась субфебрильная температура, явления полиаденита и он вынужден был обратиться в поликлинику. Подросток сообщил, что в течение двух лет он и двое его приятелей принимают парентерально наркотики. При серологическом исследовании сывороток крови трех учащихся в областном центре СПИД у всех выявлены антитела к ВИЧ.

1. Составьте план действий в данной ситуации и определите первоочередные задачи этого плана.
2. Какие службы Вы будете привлекать для эпидемиологического расследования выявленных случаев инфицирования подростков и реализации профилактических мероприятий?
3. Определите свою тактику в отношении выявленных ВИЧ-инфицированных подростков.
4. Какими правовыми документами Вы будете руководствоваться при расследовании случаев ВИЧ-инфицирования?

Задача 26. После проведения оперативного вмешательства у ВИЧ-инфицированного пациента хирург, ушивая послеоперационную рану, случайно поранил руку шовной иглой.

1. Оцените степень опасности данной аварийной ситуации.
2. Опишите действия хирурга при возникновении данной ситуации.
3. Какие действия должен предпринять госпитальный эпидемиолог?

Задача 27. Вам необходимо по материалам, представленным в таблице, рассчитать показатели: инцидентности, атрибутивного и относительного рисков, этиологической доли и отношения шансов.

После проведения расчетов подтвердите или опровергните гипотезу о том, что фактором риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, является отсутствие трехэтапной химиопрофилактики (в период беременности, во время родов и новорожденному).

Таблица

Случаи ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, при отсутствии и наличии 3-этапной химиопрофилактики

группы	**случаи ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей**		**всего**
	есть	**нет**	

основная группа: химиопрофилактика не проводилась	32 (a)	123 (b)	155 (a+b)
контрольная группа: трехэтапная химиопрофилактика проводилась	2 (c)	215 (d)	217 (c+d)
ВСЕГО	34 (a+c)	338 (b+d)	372 (n)

Задача 28. Больной М., 1 год 4 месяца, родился от второй нормально протекавшей беременности, с массой тела 3700,0. В возрасте 5 месяцев началась пищевая аллергия, которая выражалась в развитии диарейного синдрома и крапивницы. В возрасте 10 месяцев заболел острым бронхитом, к которому через несколько дней присоединились симптомы поражения миндалин в виде островчатых налетов. Ребенок был госпитализирован в инфекционное отделение детской больницы с диагнозом «пневмония, лакунарная ангина». Получал массивную антибиотикотерапию, а также различные растворы внутримышечно и внутривенно через подключичный катетер. После выписки у ребенка периодически наблюдался неустойчивый стул, лихорадил. В возрасте двух лет ребенок вновь госпитализирован в стационар с симптомами выраженной диареи (стул 7-8 раз в сутки) и многократной рвотой. Проведено лечение. Однако, состояние ребенка не улучшилось. Сохранялась субфебрильная температура до 37,4^{0}С, присоединился сухой кашель, стул оставался неустойчивым до 8-10 раз в сутки. На слизистой оболочке полости рта появились налеты белого цвета (при обследовании выявлены грибы рода Candida). Впервые у лечащего врача возникло предположение о ВИЧ-инфекции, и было назначено обследование. Через 2 дня получен положительный результат тестирования на ВИЧ, который был подтвержден повторными исследованиями в реакции ИФА и иммунном блотинге.

1. Какова дальнейшая тактика врача стационара и поликлиники по месту жительства ребенка?
2. Укажите предполагаемое время и место инфицирования пациента.
3. Составьте план эпидрасследования. Какая дополнительная информация и от каких специалистов Вам необходима для постановки эпидемиологического диагноза?

Методика оценивания: По итогам решения ситуационной задачи студент, получает от 5 до 8 баллов. Развернутый мотивированный ответ на все вопросы одной задачи – 8 баллов, развернутый мотивированный ответ не на все вопросы одной задачи – 6 баллов, участие в обсуждении нескольких задач – 5 баллов.

Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Эпидемиология»

Самостоятельная работа студентов - является обязательным видом учебной деятельности в процессе освоения ООП и может быть реализована в виде рефератов.

Тематика рефератов:

1. Учение об эпидемическом процессе: теории Л.В. Громашевского.
2. Учение об эпидемическом процессе: В.Д. Белякова.
3. Учение об эпидемическом процессе: Е.Н. Павловского.
4. Особенности эпидемиологии и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в хирургических стационарах.
5. Особенности эпидемиологии и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в акушерских стационарах.
6. Особенности эпидемиологии и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

7. Особенности эпидемиологии и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в патологоанатомических отделениях.

8. Особенности эпидемиологии и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в клинической и бактериологической лаборатории.

9. Социально-психологические особенности приверженности вакцинопрофилактике.

10. Профилактика профессиональных заболеваний у медицинских работников.

Требования к реферату:

Тема реферата выбирается с учетом предлагаемого перечня. Название и содержание реферата следует согласовать с преподавателем кафедры (куратором).

Оформление реферата производится в следующем порядке: титульный лист; оглавление; введение; основная часть, разбитая на главы и параграфы; список используемой литературы; приложения.

Объем реферата – 15-20 страниц машинописного текста, но не более 30 стр. Титульный лист реферата должен соответствовать общепринятым требованиям. Список использованной литературы должен содержать не менее 5 источников, опубликованных за последние 5 лет. Список литературы следует оформлять в соответствии с библиографическими требованиями. Реферат должен быть иллюстрирован таблицами, рисунками, схемами, которые следует располагать по тексту. На все таблицы в тексте должны быть ссылки. Не злоупотреблять прямым цитированием больших фрагментов текста. Не отходить от темы реферата. Не использовать при написании авторскую форму от 1-го лица. Все аббревиатуры и другие сокращения при первичном представлении должны быть расшифрованы. Реферат должен быть сброшюрован в пластиковый скоросшиватель с прозрачной первой страницей.

Методика оценивания: Реферат оценивается от 7 до 12 баллов.

12 баллов выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на нормативно-правовые акты, примеры из судебной практики, мнения известных учёных в данной области. Студент работе выдвигает новые идеи и трактовки, демонстрирует способность анализировать материал.

10 баллов выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на нормативно-правовые акты, примеры из судебной практики, мнения известных учёных в данной области.

7 баллов выставляется, если студент выполнил задание, однако не продемонстрировал способность к научному анализу, не высказывал в работе своего мнения, допустил ошибки в логическом обосновании своего ответа.

0 баллов выставляется, если студент не выполнил задание, или выполнил его формально, ответил на заданный вопрос, при этом не ссылался на мнения учёных, не трактовал нормативно-правовые акты, не высказывал своего мнения, не проявил способность к анализу, то есть в целом цель реферата не достигнута.

Вопросы к зачету по дисциплине «Эпидемиология»

1. Локализация возбудителя в организме человека и связь механизма передачи с локализацией возбудителя в организме хозяина.
2. Закономерности передачи возбудителей инфекционных болезней, передающихся разными путями и занимающих разной локализацией в организме.
3. Факторы и проявления эпидемического процесса.
4. Восприимчивость населения — необходимая предпосылка для возникновения и поддержания эпидемического процесса.

5. Биологические, социальные и природные факторы, как необходимые или дополнительные причины эпидемического процесса.
6. Виды вакцин, сыворотки и иммуноглобулины.
7. Организация профилактических прививок.
8. Нормативно-правовые акты, регламентирующие сроки, последовательность, схему применения вакцин.
9. Характеристика вакцин, механизмы действия, понятие «холодовая цепь».
10. Федеральная программа «Вакцинопрофилактика» — значение в осуществлении мероприятий по предупреждению распространения, снижению уровня инфекционной заболеваемости и ликвидации отдельных инфекций (полиомиелит, натуральная оспа, корь, краснуха).
11. Основные положения Национальной концепции профилактики ИСМП.
12. Эпидемиологическая, экономическая и социальная значимость ИСМП.
13. Этиология, классификация и факторы, способствующие возникновению ИСМП.
14. Естественные и артифициальные механизмы передачи ИСМП.
15. Госпитальные штаммы, их характеристика.
16. ИСМП в хирургическом стационаре (профилактические и противоэпидемические мероприятия).
17. ИСМП в акушерском стационаре (профилактические и противоэпидемические мероприятия).
18. ИСМП в отделении реанимации и интенсивной терапии (профилактические и противоэпидемические мероприятия).
19. ИСМП в клинической и бактериологической лабораториях (профилактические и противоэпидемические мероприятия).
20. Профилактика профессиональных заболеваний у медицинских работников.

Методика оценивания: Ответ на вопросы зачета оценивается от 10 до 20 баллов.

Распределение рейтинговых баллов по видам зачета по учебной дисциплине «Эпидемиология»

Виды зачета		Количество рейтинговых баллов
Собеседование	min	10
	max	20
Итого:	min	**10**
	max	**20**

В случае получения за зачет менее 10 баллов, ставится оценка "неудовлетворительно". Неудовлетворительная оценка за зачет в итоговый рейтинг не включается.

Методика балльно-рейтинговой оценки студентов по дисциплине «Эпидемиология»

1. Общие положения

1) Настоящая Методика балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по дисциплине «Эпидемиология» разработана в соответствии с Положением о балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений студентов УГМУ, принятой на заседании Учёного совета 31.08.16 г. (протокол № 1) и утвержденной приказом ректора от 06.09.16г. № 548-р

2) Кафедра исходит из того, что балльно-рейтинговая система оценивания учебных достижений является основой текущего и экзаменационного контроля знаний

студентов всех форм обучения.

1.3. В соответствии с настоящей Методикой преподаватели кафедры оценивают знания студентов на каждом практическом занятии и в конце занятия информируют студентов о результатах.

2. Порядок определения дисциплинарных модулей

Дисциплинарные модули

Дисциплинарный модуль – это часть рабочей программы дисциплины, имеющая логическую завершенность и несущая определенную функциональную нагрузку, может включать одну или несколько дидактических единиц.

Дидактическая единица **(ДЕ)** – это законченный по смыслу элемент знаний или умений, подлежащий усвоению в соответствии с ФГОС ВО и/или рабочей программой учебной дисциплины.

2.1. По учебной дисциплине эпидемиология аудиторная нагрузка составляет 18 лекционных часа и 18 часов практических занятий.

В связи с этим выделяется дисциплинарный модуль: «Общая эпидемиология и эпидемиология ИСМП» и три дидактические единицы: «Учение об эпидемическом процессе», «Иммунопрофилактика инфекционных болезней», «Особенности эпидемиологии инфекции связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)»

2.2. Дидактическая единица заканчивается проведением теста. Дисциплинарный модуль заканчивается проведением зачета, и выведением рейтинга студента по дисциплине в семестре.

2.3. После окончания дисциплинарного модуля студент имеет право, при проведении преподавателем текущих консультаций, на добор баллов путём отработки пропущенных тем практических занятий, а также путём выполнения заданий по пропущенным рубежным контролям (тестовые задания) и т.п. В связи с этим, текущая рейтинговая оценка может изменяться, и преподаватель вправе вносить в журнал текущей успеваемости соответствующие исправления с указанием даты и балла.

Изучение дисциплины «Эпидемиология»

Тема (основной раздел дисциплины)	**№ дидактической единицы**	**Часы по видам занятий**			
		лекции	**практика**	**самостоятельная работа**	**всего**
ДМ1. Общая эпидемиология и эпидемиология ИСМП	ДЕ1. Учение об эпидемическом процессе	4	4	10	18
	ДЕ2. Иммунопрофилактика инфекционных болезней	2	4	5	11
	ДЕ3. Особенности эпидемиологии инфекции связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	12	10	21	43
ИТОГО		18	18	36	72

3. Алгоритм определения рейтинга студента по дисциплине в семестре

3.1.Баллы начисляются по результатам оценки девяти показателей успеваемости студента при изучении дисциплины:

	Критерий	Кол-во баллов	Min балл	Max балл
1	Посещение 1 лекции (3)	1	3,0	3,0
2	Посещение 1 практического занятия (3)	1	3,0	3,0
3	Ответ на занятии, в том числе решение	«5» - 8,0	15,0	24,0

	ситуационных задач (3)	«4» - 6,0 «3» - 5,0		
4	Написание реферата по теме, предложенной преподавателем и выступление с ним в группе (дополнительно к материалу практических занятий)	«5» - 12,0 «4» - 10,0 «3» - 7,0	7,0	12,0
5	Выполнение тестовых заданий (3)	90%-100% - 8,0 80%-89% - 6,0 70%-79% - 4,0	12,0	24,0
6	Доклад на заседании студенческого научного кружка кафедры	4,0	0	4,0
7	Посещение 1 заседания студенческого научного кружка кафедры	5,0	0	5,0
8	Участие в научной работе кафедры (статья в сборнике НОМУС, доклад на сессии НОМУС, видеофильм, аудиопособие)	5,0	0	5,0
9	Критерии оценки ответа в рамках итогового зачета	«удовлетворительно» - 10,0 «хорошо» - 15,0 «отлично» - 20,0	10,0	20,0
ИТОГО			50,0	100,0

3.2. За посещение лекций выставляются рейтинговые баллы: 1 балл за 1 лекцию, всего предусмотрено 3 лекции (3 балла).

3.3. Допускается добор баллов путём предоставления конспектов лекций при отсутствии студента на лекционных занятиях по уважительной причине (если имеется соответствующая справка или иной другой документ, подтверждающий факт отсутствия) – 1 балл-1 лекция.

3.4. Устный ответ на занятии, в том числе - решение на занятиях ситуационных задач оценивается от 5 до 8 баллов. При этом учитывается качество ответа, использование дополнительных источников информации.

3.5. Рубежный контроль (тест) по окончании каждой дидактической единицы оценивается в 4-8 баллов. При выполнении задания объемом до 70% студент получает 0 баллов, до 79% - 4 балла, до 89% - 6 баллов, до 100% - 8 баллов.

3.6. После окончания дисциплинарного модуля студент имеет право на добор баллов путем отработки пропущенных тем практических занятий, путем решения ситуационных задач.

3.7. Реферат оценивается от 7 до 12 баллов. 12 баллов выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на нормативно-правовые акты, примеры из судебной практики, мнения известных учёных в данной области. Студент работе выдвигает новые идеи и трактовки, демонстрирует способность анализировать материал. 10 баллов выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на нормативно-правовые акты, примеры из судебной практики, мнения известных учёных в данной области. 7 баллов выставляется, если студент выполнил задание, однако не продемонстрировал способность к научному анализу, не высказывал в работе своего мнения, допустил ошибки в логическом обосновании своего ответа. 0 баллов выставляется, если студент не выполнил задание, или выполнил его формально, ответил на заданный вопрос, при этом не ссылался на мнения учёных, не трактовал нормативно-правовые акты, не высказывал своего мнения, не проявил способность к анализу, то есть в целом цель реферата не достигнута.

Критерии оценки текущего тестирования

Количество рейтинговых баллов	Критерии оценки
8 балла	Ответы на 90% и более вопросов
6 балла	Ответы на 80-89% вопросов
4 балл	Ответы на 70-79% вопросов
0 баллов	Ответы на менее чем 70% вопросов

4. Алгоритм определения рейтинга по учебной дисциплине

4.1. Студент, имеющий рейтинг по дисциплине, в общей сложности, **не менее 40 баллов**, считается допущенным к сдаче зачета.

4.2. Студент, имеющий рейтинг по дисциплине в семестре, в общей сложности не менее 50 баллов, приобретает право на сдачу зачёта в формате «автомат».

«Зачет» автоматом выставляется при выполнении условий:

По истечении цикла занятий по дисциплине набрано **не менее 50 баллов;**

1. Посещено 100% лекций (исключение: при пропуске по уважительной причине, подтвержденной документально);
2. Посещены все практические занятия;
3. Выполнены задания по всем контрольным точкам, по каждой дидактической единице в дидактическом модуле, предусмотренным учебным планом (тестовые задания и реферат).

Распределение рейтинговых баллов по видам зачета по учебной дисциплине «Эпидемиология»

Виды зачета		Количество рейтинговых баллов
Собеседование	min	10
	max	20
Итого:	min	**10**
	max	**20**

В случае получения за зачет менее 10 баллов, ставится оценка "неудовлетворительно". Неудовлетворительная оценка за зачет в итоговый рейтинг не включается.

5. Алгоритм определения премиальных баллов

С целью поощрения студентов за демонстрацию высоких учебных достижений, высокой учебной мотивации, прилежания и на основании высоких результатов текущего контроля, в т.ч. контроля самостоятельной работы, студентам, которые желают сдавать зачёт в формате «автомат», могут предоставляться премиальные баллы по одному из видов работ.

Распределение премиальных рейтинговых баллов по видам учебной работы студентов по учебной дисциплине «Эпидемиология»

	Виды учебной работы		Количество рейтинговых баллов
	Посещение 1 заседания студенческого научного кружка кафедры	min	0
		max	5
	Доклад на заседании студенческого научного	min	0

	кружка кафедры	max	4
	Участие в научной работе кафедры (статья в сборнике НОМУС, доклад на сессии НОМУС, видеофильм, аудиопособие)	min	0
		max	5
ИТОГО		min	0
		max	14

6. Алгоритм определения итогового рейтинга студента по учебной дисциплине

6.1. Итоговый рейтинг студента по учебной дисциплине определяется в результате суммирования рейтинговых баллов, набранных студентом в течение семестра (лекции, практические занятия, в том числе решение ситуационных задач, тесты, реферат), премиальных баллов и рейтинговых баллов, полученных студентом по результатам зачета. В случае получения за зачет менее 10 баллов, ставится оценка "неудовлетворительно". Неудовлетворительная оценка за зачет в итоговый рейтинг не включается.

Студент, имеющий рейтинг по дисциплине в семестре, в общей сложности, не менее 50 баллов, при выполнении условий: посещено 100% лекций, посещены все практические занятия, выполнены задания по всем контрольным точкам, по каждой дидактической единице в дидактическом модуле, предусмотренным учебным планом приобретает право на сдачу зачёта в формате «автомат».

6.2. Для перевода итогового рейтинга студента по дисциплине в аттестационную оценку вводится следующая шкала:

Аттестационная оценка студента по дисциплине	Итоговый рейтинг студента по дисциплине, рейтинговые баллы
«незачтено»	0 – 49
«зачтено»	50 – 100

6.3. Полученные студентом аттестационная оценка и итоговый рейтинг по дисциплине, выставляются в зачётную книжку студента и зачетную ведомость.

7. Порядок и сроки добора баллов

7.1. После подведения итогов текущего контроля знаний студентов и выставления рейтинга студенту по дисциплине в семестре данная информация доводится до сведения студентов на последнем практическом занятии.

7.2. До начала экзаменационной сессии студент вправе добрать баллы до минимальной суммы рейтинговых баллов (40 рейтинговых баллов), при которой он может быть допущен зачёту.

7.3. Добор рейтинговых баллов может проходить в форме отработок пропущенных лекций и практических занятий, решения тестовых заданий, выполнение реферата и собеседования.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящая Методика вступают в силу с момента её утверждения на заседании кафедры эпидемиологии, социальной гигиены и организации госсанэпидслужбы.

8.2. Преподаватели, ведущие занятия по дисциплине, обязаны ознакомить студентов с Методикой балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов в начале изучения дисциплины.

8.3. Настоящая Методика размещается на информационном стенде кафедры для всеобщего ознакомления (страница кафедры эпидемиологии, социальной гигиены и организации госсанэпидслужбы на сайте УГМУ).